Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Verbändebeteiligung des BMG

Zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG)

Stand: 04.10.2024

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

AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.

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

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung **6**

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen **10**

Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch **10**

Nr. 2 § 5 SGB XI Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation 10

Nr. 3 § 7a SGB XI Pflegeberatung 12

Nr. 5 § 8 SGB XI Gemeinsame Verantwortung 14

Nr. 6 § 8a Absatz 5 Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung 18

Nr. 7 § 9 Aufgaben der Länder 18

Nr. 8 § 10 SGB XI Berichtspflichten des Bundes und der Länder 19

Nr. 9 § 10a SGB XI Amt der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege 20

Nr. 10 § 11 SGB XI Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen 21

Nr. 11 § 12 SGB XI Aufgaben der Pflegekassen 23

Nr. 12 § 15 SGB XI Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument 25

Nr. 13 § 17a SGB XI Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6 27

Nr. 14 § 18e SGB XI Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen 28

Nr. 17 § 37 SGB XI Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen 30

Nr. 19 § 39a SGB XI Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen 31

Nr. 20 § 40 SGB XI Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen 32

Nr. 21 § 40a SGB XI Digitale Pflegeanwendungen 33

Nr. 22 § 40b SGB XI Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen 34

Nr. 23 § 44a SGB XI Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung 35

Nr. 25 § 45a SGB XI Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung 36

Nr. 27 § 45 c SGB XI Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung 39

Nr. 28 § 45d SGB XI Förderung der Selbsthilfe in der Pflege, Verordnungsermächtigung 41

Nr. 29 § 45e SGB XI Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken .. 44

Nr. 29 § 45f SGB XI Anspruch auf Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags 46

Nr. 29 § 45g SGB XI Anspruch auf Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags 47

Nr. 30 § 45h SGB XI Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen 49

Nr. 31 § 47b neu SGB XI Aufgabenerledigung durch Dritte 50

Nr. 32 § 69 SGB XI Sicherstellungsauftrag 52

Nr. 33 § 72 SGB XI Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag 53

Nr. 34 § 73a SGB XI Sicherstellung der pflegerischen Versorgung 54

Nr. 35 § 78a SGB XI Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung 56

Nr. 36 § 85 SGB XI Pflegesatzverfahren 60

Nr. 37 § 86a SGB XI Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen 61

Nr. 30 § 45j SGB XI Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c 63

Nr. 40 § 92c SGB XI Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen 63

Nr. 42 § 109 SGB XI Pflegestatistiken 69

Nr. 44 § 113 SGB XI Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität 70

Nr. 45 § 113b SGB XI Qualitätsausschuss 72

Nr. 46 § 113c SGB XI Personalbemessung in vollstationären Pflege-einrichtungen 75

Nr. 47 § 114 SGB XI Qualitätsprüfungen 80

Nr. 48 § 114a SGB XI Durchführung der Qualitätsprüfungen 82

Nr. 49 § 114c SGB XI Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht 84

Nr. 50 § 115 SGV XI Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung 86

Nr. 52 § 118a SGB XI Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung 88

Nr. 54 § 125a SGB XI Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege 90

Nr. 55 § 125c SGB XI Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung 91

Artikel 2 Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch 92

Nr. 1 § 34 SGB XI Ruhen der Leistungsansprüche 92

Nr. 3 § 55 Absatz 3a SGB V Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung 93

Artikel 3 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 95

Nr. 1 § 15 Absatz 1 SGB V Ärztliche Behandlung, elektronische Gesundheitskarte 95

Nr. 2 § 15a SGB V Pflegerische Leistungen und heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen 96

Nr. 3 § 20 Absatz 5 Satz 2 SGB V Primäre Prävention und Gesundheitsförderung 100

Nr. 4 § 33 Absatz 5a SGB V Hilfsmittel 102

Nr. 5 § 39 Absatz 1 Satz 3 SGB V Krankenhausbehandlung 103

Nr. 6 § 63 SGB V Grundsätze 105

Nr. 7 § 64d SGB V Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten 106

Nr. 8 § 73d SGB V Selbständige Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; selbständige Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation 107

Nr. 9 § 87 Absatz 2a Satz 9 SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte 112

Nr. 10 § 132 a SGB V Versorgung mit häuslicher Krankenpflege 113

Nr. 11 § 197b Absatz 1 Satz 1 SGB V Aufgabenerledigung durch Dritte 116

Artikel 4 Änderung des Pflegezeitgesetzes 118

Nr. 1 § 2 Absatz 2 Satz 2 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung 118

Artikel 5 Änderung des Pflegeberufegesetzes 119

Nr. 2 § 4 Vorbehaltene Aufgaben 119

Nr. 3 § 4a Selbständige Heilkundeausübung 120

Nr. 4 § 14a Standardisierte Module für erweiterte heilkundliche Aufgaben ... 121

Nr. 5 § 37 Ausbildungsziele 122

III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes 123

§ 275 b SGB V Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege durch den Medizinischen Dienst und Verordnungsermächtigung 123

§ 89 SGB XI Grundsätze der Vergütungsregelung 125

§ 120 SGB XI Pflegevertrag bei häuslicher Pflege 126

I. Zusammenfassung

Wie die pflegerische Versorgung und Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen unter den Bedingungen des Personalengpasses in der Pflege und der Alterung der Bevölkerung heute und in den nächsten Dekaden gelingen kann, ist eine zentrale pflegepolitische Aufgabe dieser Bundesregierung, aber auch für die nächsten Legislaturen. Mit dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz werden wichtige Weichen für eine Stärkung der Handlungsautonomien der professionellen Pflege und zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gestellt.

Effiziente Nutzung der Pflegekompetenzen von Pflegefachpersonen für die Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung

Der Fachkräfteengpass in der Pflege erhöht den Druck auf den Gesetzgeber, die professionelle Pflege zu stärken und attraktive Rahmenbedingungen zu gestalten. Ein zentrales Ziel des Referentenentwurfs ist es, der Profession Pflege zu ermöglichen, ihre Kompetenzen in der Ausübung ihres Berufs einzusetzen und ihnen mehr Handlungsautonomie in der Versorgung, auch in Abgrenzung zu anderen Gesundheitsprofessionen, zu geben. Ein zentraler Baustein besteht darin, den Pflegefachberuf als Heilberuf anzuerkennen und sowohl die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben als auch die im Pflegeberufegesetz festgelegten Handlungsautonomien im Leistungs- und Vertragsrecht der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung abzubilden. Dem wird im Referentenentwurf mit dem § 15a, wenn auch missverständlich formuliert, Rechnung getragen. Dies trägt wesentlich dazu bei, den Pflegeberuf als Heilberuf anzuerkennen und seine Bedeutung im interprofessionellen Versorgungsteam zu erhöhen.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist heute noch stark vom Arztvorbehalt in der Versorgung geprägt, die einen effizienten Einsatz der Kompetenzen von Pflegefachpersonen, auch in Abgrenzung zu anderen in der Versorgung Beteiligten, derzeit nicht ausreichend erlauben. Bisherige Bemühungen aus dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz, im Rahmen von Modellvorhaben die Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen flächendeckend zu erproben, blieben erfolglos. Die gesetzliche Verankerung, nun Pflegefachpersonen regelhaft heilkundliche Aufgaben zuzuschreiben und ihre heilkundlichen Kompetenzen in die Regelversorgung zu integrieren, wird ausdrücklich begrüßt. Sie wird als wichtiger Schritt zur Anerkennung des Pflegeberufs gewertet. Allerdings lässt die Übertragung der vertragsrechtlichen Ausgestaltung der Modellvorhaben zahlreiche Umsetzungsfragen für die Regelversorgung unbeantwortet, die regelungsbedürftig sind und eine gesetzliche Lösung beziehungsweise Klarstellung erfordern.

In der Gesamtschau wirken die vorgeschlagenen Regelungen wenig stringent und kaum verständlich.

Der Katalog heilkundlicher Aufgaben muss dem Grundsatz nach „wer kann der darf" im Leistungs- und Vertragsrecht zur Anwendung kommen, unabhängig davon, ob die Pflegefachperson in der Akut- oder Langzeitversorgung beziehungsweise ambulant oder stationär ihren Beruf ausübt; eine Eingrenzung auf die ambulante Gesundheitsversorg und auf die Langzeitpflege, wie der Referentenentwurf es vorsieht, ist nicht sachgerecht.

Parallel wird an mehreren Stellen im Entwurf eine systematische Klärung und Erweiterung der Kompetenzen von Pflegefachpersonen und zur Aufgabenverteilung in der Pflege angestoßen

- die Erarbeitung von Empfehlungen einer systematischen und umfassenden Beschreibung der Aufgaben von Pflegefachpersonen einschließlich heilkundlicher Aufgaben sowie Mindestanforderungen an Weiterbildungen in Verantwortung der Vertretung der Pflegeberufe (Muster-Scope of Practice),
- die Verpflichtung von Pflegeeinrichtungen, Delegationskonzepte zu entwickeln und
- der Auftrag, in Rahmenverträgen die Aufgaben hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege zu beschreiben.

Diese stellen einen wichtigen Schritt dar, um die beruflichen und hochschulischen Qualifikationen von Pflegefachpersonen effizient zu nutzen. Bedauerlicherweise wird es jedoch versäumt, diese Regelungen zueinander in Beziehung zu setzen.

An einigen Stellen im Referentenentwurf wird die Erwartungshaltung des Gesetzgebers formuliert, dass Pflegefachpersonen mit Verantwortung für heilkundliche Aufgaben, unter Verweis auf tarifliche Höhergruppierung, auch höher zu entlohnen sind. Solche Aussagen können als Eingriff in die Tarifautonomie gewertet werden; auf solche Darstellung des gesetzgeberischen Willens sollte verzichtet werden.

Strukturreformen der Sozialen Pflegeversicherung zur Sicherstellung der Pflege- und Unterstützungsstrukturen vor Ort im demografischen Wandel

Die soziale Pflegeversicherung setzt auf die Pflege- und Unterstützungsbereitschaft des familiären und nachbarschaftlichen Umfelds: Ob ein Leben unter Bedingungen von Pflegebedürftigkeit in Pflegearrangements gelingt, hängt im Wesentlichen von den Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung für pflegebedürftige Menschen und ihren An- und Zugehörigen, ihrer Informiertheit wie auch von den Bedingungen vor Ort ab. Die Gestaltung der Bedingungen vor Ort hängt nicht allein von den Leistungen der Kranken- und Pflegekassen ab. Regionalen Akteuren und kommunalen Institutionen kommen im Rahmen der Daseinsvorsorge eine besondere Verantwortung zu. Sie sind ein unverzichtbarer Bestandteil bei der Gestaltung der Lebenswelten, indem sie über die pflegerischen und medizinischen Versorgungsbedarfslagen hinaus planen und handeln. Sie nehmen eine wichtige Rolle beim Aufbau

von Netzwerkstrukturen und der Einbindung von ehrenamtlich engagierten Menschen in die Unterstützung von Menschen mit Pflegeverantwortung ein.
Dem werden durch die strukturelle Weiterentwicklung des Pflegeversicherungsrechts mit dem Ausbau von Unterstützungsangeboten, der Förderung der Netzwerke vor Ort und der Selbsthilfe im Sinne einer verstetigten Strukturförderung Rechnung getragen.

Ausdrücklich begrüßt wird die vorgesehene Stärkung der Rolle der Kommunen. In der Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen, Krankenkassen und Kommunen, insbesondere bei der kommunalen Sorgestrukturplanung, insbesondere durch die Nutzung von Routinedaten der Kassen und gemeinsamen Empfehlungen der regionalen Pflegekonferenzen, liegt ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die Sicherstellung der Unterstützungs- und Pflegestrukturen.

In der Praxis wird es jedoch darauf ankommen, inwieweit die landesrechtlichen Regelungen in den Bundesländern entsprechend ergänzt werden. Einige Bundesländer haben bislang keine Regelungen zu einer kommunalen Pflegestrukturplanung getroffen (Hessen, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt); ebenfalls fehlen zum Teil konkrete Regelungen zur Errichtung von gemeinschaftlichen Gremien nach § 8a Absatz 3 SGB XI auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte (Berlin auf Bezirksebene, Hessen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen). Es ist jedoch zu begrüßen, dass gemeinsame Empfehlungen der regionalen Ausschüsse den Status als Bestandteil einer kommunalen Pflegestrukturplanung erhalten können. Dies wertet die Arbeit in den regionalen Gremien auf.

Ebenso ausdrücklich begrüßt werden die Maßnahmen zur Stärkung der Prävention im Umfeld von Pflegebedürftigkeit. Das setzt allerdings auch voraus, dass Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V vorhanden und zugänglich sind. Dies könnte unter den Bedingungen, wie sie im Entwurf des Gesundes-Herz-Gesetzes vorgesehen sind, fraglich sein.

Positiv zu bewerten ist auch die Möglichkeit für pflegebedürftige Menschen, den hälftigen Leistungsanspruch auf Tagespflege alternativ auch für niedrigschwellige Gruppenbetreuung einzusetzen. Das schafft insbesondere Kompensationsmöglichkeiten bei fehlenden Tagespflegeangeboten.

Hingegen wird eine weitere Differenzierung des Leistungs- und Vertragsrechts einschließlich Qualitätssicherungsinstrumenten der Pflegeversicherung zur Etablierung von gemeinschaftlichen Wohnformen in der sozialen Pflegeversicherung in der vorgeschlagenen Form abgelehnt. Das bisherige Leistungs- und Vertragsrecht in der ambulanten Pflege ermöglicht heute bereits vielfältige Wohn- und Pflegeangebote, in Selbst- oder Trägerverantwortung. Nun für eine spezielle Versorgungsform eigene leistungs- und vertragsrechtliche Regelungen einschließlich Qualitätssicherungsinstrumente und Qualitätsdarstellungen zu schaffen, und damit einen dritten Sektor

in der Sozialen Pflegeversicherung zu etablieren, ist nicht nur nicht sachgerecht, sondern konterkariert die eigentliche Zielsetzung der sektorenunabhängigen Versorgung und des damit verbundenen einfacheren und flexibleren Leistungsrechts für pflegebedürftige Menschen.

Die dahinterstehende Grundidee dieser gesetzlichen Neuregelung, nämlich eine Kombination einer klar abgesteckten Versorgungssicherheit einerseits und mehr Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen und Einbringung von An- und Zugehörigen sowie ehrenamtlich Tätigen auf der anderen Seite, ist zu begrüßen. Eher kann durch die Öffnung des vollstationären Sektors in die ambulante Pflege und durch den Verzicht auf eine weitere leistungsrechtliche Ausdifferenzierung dieses Ziel erreicht werden. Dadurch wird gleichermaßen ein Beitrag geleistet, um auch dem langfristig manifestierten Personalengpass in der Pflege oder der Entwicklung von stetig ansteigenden Eigenanteilen in der Pflege entgegenzuwirken. Ein ausformulierter Vorschlag, mit dem diese Anforderungen erreicht werden können, ist der Stellungnahme zu § 92c zu entnehmen.

Nachfolgend wird im Einzelnen nur zu den wesentlichen Regelungen des Referentenentwurfs Stellung genommen. Darüber hinaus sind in dieser Stellungnahme weitere AOK-Vorschläge aufgegriffen.

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen

Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 2 § 5 SGB XI Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen sollen den Zugang zu Leistungen der Krankenkasse für präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen nach § 20 Absatz 5 SGB V für pflegebedürftige Personen im häuslichen Setting unterstützen. Es soll eine Bedarfserhebung erfolgen. Pflegefachpersonen können im Rahmen der Beratung nach §§ 7a und 7c SGB XI, sowie eines Beratungsbesuchs nach § 37 Absatz 3 SGB XI als auch im Rahmen der Leistungserbringung nach § 36 SGB XI eine Präventionsempfehlung aussprechen. Dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird die Aufgabe übertragen, Kriterien für die Bedarfserhebung und Präventionsempfehlungen hinsichtlich des Inhalts, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verbundenen Ziele festzulegen.

B Stellungnahme

Das Ziel, den Zugang zu Präventionsleistungen der Krankenkassen zu stärken für Pflegebedürftige, die in der Häuslichkeit gepflegt werden, sowie ihre An- und Zugehörigen und andere Pflegepersonen, wird begrüßt. Die bereits jetzt bestehenden Möglichkeiten zur Hinleitung zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der Pflegebegutachtung, der Beratung einschließlich des Beratungsbesuches als auch in der regelhaften Leistungserbringung durch Pflegefachpersonen werden durch die Ergänzungen hervorgehoben und präzisiert. Es wird begrüßt, dass die Rolle von Pflegefachpersonen in der Prävention gestärkt wird.

Gerade für pflegebedürftige Menschen als auch ältere Menschen mit Unterstützungsbedarf und ggf. ersten Einschränkungen aber (noch) ohne Pflegebedarf ist der Ortsbezug sehr wichtig und daher das Zusammenspiel mit den Kommunen entscheidend. Die Kranken- und Pflegekassen unterstützen die Umsetzung der Rahmenvereinbarungen auf Landesebene nach § 20f SGB V ebenso wie Landesministerien und kommunale Vertretungen. Der Schwerpunkt „Ältere Menschen“ setzt genau den nötigen Ansatzpunkt, um auch für pflegebedürftige Menschen in der Häuslichkeit entsprechende Angebote auszubauen, weiterzuentwickeln und flächendeckend umzusetzen. Hier bedarf es weiterer Anstrengungen.

Die Leistungen der Krankenkassen zur primären Gesundheitsförderung und Prävention nach § 20 Absatz 5, die als zertifizierte Angebote sich Gesunden widmen und z. B.

in der Form von Gruppenkursen durchgeführt werden, schließen in ihrer jetzigen Systematik Menschen mit bestimmten bereits diagnostizierten Erkrankungen und Multimorbidität aus. Es ist daher nicht ausreichend, nur den Zugang zu bestehenden Angeboten zu fördern. Für viele pflegebedürftige Menschen ist auch eine Teilnahme an Angeboten, die an einem anderen Ort stattfinden und zu denen eine selbständige Anreise notwendig ist, nicht oder nur mit sehr großem Aufwand möglich. Neue Angebote müssten gezielt für die Personengruppe der in der Häuslichkeit gepflegten pflegebedürftigen Menschen entwickelt werden, was von Konzeption von Angeboten bis zu ihrer Zertifizierung auch einen erheblichen zeitlichen Vorlauf benötigt.

Ebenfalls bedarf es einer klaren Regelung zur Finanzierung der Angebote. Mit der vorgesehenen Regelung bleibt die Finanzierungsverantwortung unklar. Durch die Aufnahme des neuen § 1a in § 5 Absatz 2 SGB XI wird einerseits darauf abgestellt, dass die Finanzierung durch die Pflegekassen über den 30-Cent-Betrag pro versicherte Person (zukünftig 37 Cent) erfolgen soll, andererseits wird aber mit § 5 Absatz 1a Satz 1 SGB XI (neu) der Bezug zu den Leistungen der Krankenkassen nach § 20 Absatz 5 SGB V hergestellt. Es bleibt also unklar, wie Angebote nach § 20 Absatz 5 SGB V, wenn solche spezifisch für pflegebedürftige Personen entwickelt werden, letztendlich finanziert werden sollen. Durch die Ausweitung der Personengruppe, die vom § 5 Absatz 1a SGB XI (neu) umfasst wird, würde bei Bezug nur auf den 30-Cent-Betrag (zukünftig 37 Cent) die zur Verfügung stehende Summe auf deutlich mehr Köpfe und Angebote verteilt werden müssen.

Es ist zudem darauf hinzuweisen, dass die Bereitstellung spezifischer Präventionsangebote für die verschiedenen Bedarfe pflegebedürftiger Menschen unter Nutzung der bestehenden Strukturen des § 20 Absatz 5 SGB V und Verortung im Angebotsspektrum des § 20 Absatz 5 SGB V eine Erhöhung der Angebote bedeuten würde, die aber gerade durch die im Gesundes-Herz-Gesetz vorgesehenen Regelungen der Anrechenbarkeit von Medikamentenkosten zur Tabakentwöhnung massiv eingeschränkt werden sollen. Weder die Strukturen noch die notwendigen Finanzmittel würden zukünftig zur Verfügung stehen. Die Regelungen der beiden Gesetzesentwürfe stehen hier in einem eklatanten Gegensatz zueinander.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 3 § 7a SGB XI Pflegeberatung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die angemessene Beratung ihrer Versicherten wird Teil des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen. Die Pflegekassen können gemeinsam und einheitlich Vereinbarungen zur kassenartenübergreifenden Organisation der Pflegeberatung im Land und zur Abstimmung und Zuordnung der Beratungsstrukturen zu definierten räumlichen Einzugsbereichen treffen. Diese Aufgabe kann auch an die Landesverbände der Pflegekassen übertragen werden.

Vorbehaltsaufgaben von Pflegefachpersonen bleiben im Rahmen der Pflegeberatung unberührt.

B Stellungnahme

Das Recht der Versicherten unter Einbezug ihrer An- und Zugehörigen auf angemessene Beratung wird durch die Neufassung des § 7a Absatz 3 betont und bestätigt, indem die Pflegeberatung dem Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen zugeordnet wird. Materiell bedeutet dies keine Änderung. Die Pflegekassen erhalten die Möglichkeit, weitergehende Organisationsabsprachen für die räumliche Aufteilung von Zuständigkeiten zu treffen. Da die Organisation der Pflegeberatung erheblichen regionalen Unterschieden unterliegt, ist zu diesem Aspekt regional und vor Ort zu prüfen, inwieweit es über die bisher getroffenen Absprachen und Aufteilungen hinaus weiterer Vereinbarungen bedarf.

In der Pflegeberatung findet als Hauptaufgabe die Erhebung des Hilfebedarfs und die Erstellung eines Versorgungsplans zur Unterstützung der pflegebedürftigen Person und bei Bedarf ihrer An- und Zugehörigen sowie die Begleitung der Umsetzung des Versorgungsplans im Rahmen eines Case Managements statt, soweit dies notwendig ist. Es ist sehr wichtig, insbesondere pflegebedürftige Menschen, die allein durch An- und Zugehörige betreut werden, zu begleiten. Pflegefachpersonen können als Teil ihrer Aufgaben individuelle Bedarfserhebung des Pflegebedarfs und die Pflegeprozesssteuerung übernehmen. Die AOK sieht eine fachpflegerische Steuerung des Pflegeprozesses für Versicherte mit Pflegegeldbezug als Zielvorstellung an. Durch die Zusammenführung der unterschiedlichen Beratungsansprüche kann eine solche fachpflegerische Begleitung erreicht werden. Die Abgrenzung zwischen den verschiedenen Beratungsansprüchen ist für die Pflegebedürftigen und ihre An- und Zugehörigen schwer verständlich und führt nicht nur zu Hürden in der Inanspruchnahme, sondern auch zu ineffizienten Beratungsstrukturen. Durch die Zusammenführung der verschiedenen Beratungsansprüche und die Bereitstellung dieser Leistungen aus einer Hand würde auch der organisatorische Aufwand für die Versicherten und für die Beratenden erheblich reduziert. Die Ergänzung des Hinweises auf die Vorbehaltsaufgaben von Pflegefachpersonen wird daher begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 5 § 8 SGB XI Gemeinsame Verantwortung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird verpflichtet, die Weiterentwicklung der ambulanten Pflegeversorgung durch die Finanzierung von Studien, Modellprojekten und wissenschaftlichen Untersuchungen zu unterstützen. Neben der wissenschaftlichen Begleitung für die Einführung und Weiterentwicklung eines einheitlichen Personalbemessungsverfahrens in stationären Pflegeeinrichtungen, das seit 2016 entwickelt wurde, sollen nun auch wissenschaftliche Grundlagen für die ambulante Pflege erarbeitet werden. Dabei soll der Fokus im ambulanten Bereich nicht nur auf einem effizienten Einsatz von Pflegepersonal und betrieblicher Organisationsentwicklung liegen. Es muss auch sichergestellt werden, dass ausreichend Pflegefachpersonen und Assistenzpersonal vorhanden sind, um die Versorgung zu gewährleisten – insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels. Um fundierte Entscheidungsgrundlagen für die systematische Weiterentwicklung der ambulanten Pflege zu schaffen, wird das bestehende Modellprogramm bis Ende 2028 verlängert. Ziel ist es, Szenarien für die zukünftige Sicherstellung der ambulanten Versorgung zu entwickeln und wissenschaftlich zu untermauern.

Die Kompetenzen von Pflegefachpersonen werden derzeit nicht vollständig ausgeschöpft, obwohl in einigen Bereichen eine Erweiterung der Befugnisse fachlich bereits weitgehend geklärt ist. Es fehlt jedoch an einer umfassenden und systematischen Darstellung der Aufgaben von Pflegefachpersonen, wie sie international durch sogenannte „Scope-of-Practice“-Modelle festgelegt wird. Diese Modelle beschreiben typischerweise, welche Aufgaben auf Basis beruflicher, hochschulischer oder weitergebildeter Qualifikationen ausgeführt werden dürfen.

Ziel ist es, auf Basis einer umfassenden fachlichen Klärung zu prüfen, ob weitere gesetzliche Anpassungen zur Klarstellung und Erweiterung der Aufgaben von Pflegefachpersonen notwendig und sinnvoll sind. Ein sektorenübergreifender Katalog soll die Aufgaben von Pflegefachpersonen auf Grundlage ihrer Qualifikationen detailliert beschreiben.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird zusammen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen beauftragt, wissenschaftliche Expertisen einzuholen, um diesen Katalog zu erstellen. Dabei sollen maßgebliche Pflegeorganisationen auf Bundesebene einbezogen werden. Die Finanzierung dieses Vorhabens erfolgt aus dem Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung, und die gesetzlichen Krankenkassen tragen ebenfalls einen Teil der Kosten.

Zusätzlich sollen bereits vorhandene Beschreibungen pflegerischer Aufgaben, wie sie in nationalen und internationalen Modellen existieren, in die Entwicklung des Katalogs einfließen. Dies könnte auch als Grundlage für die Entwicklung einer gemeinsamen Fachsprache dienen. Schließlich sollen Empfehlungen für Mindestinhalte von Weiterbildungen entwickelt werden, um sicherzustellen, dass Pflegefachpersonen über die notwendigen Qualifikationen verfügen, um ihre Aufgaben effektiv zu erfüllen.

Zur Förderung von Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zur Verbesserung von Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf werden in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro aus Mitteln des Ausgleichfonds der Pflegeversicherung bereitgestellt. In den Jahren 2025 bis 2030 werden diese Maßnahmen mit den in den Jahren 2023 und 2024 nicht in Anspruch genommenen Fördermitteln gefördert. Ab dem Jahr 2025 wird dieses verfügbare Fördervolumen sowohl für Modellvorhaben nach § 123 SGB XI als auch die für die Geschäftsstelle nach § 113c Absatz 9 SGB XI beanspruchten Mittel des Ausgleichfonds verringert.

Darüber hinaus soll künftig den Pflegeeinrichtungen die Konzeption und Umsetzung eines betrieblichen Integrationsmanagements für Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland erleichtert werden. Dafür werden die förderfähigen Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, die die Einrichtungen der Langzeitpflege aus Mitteln des Ausgleichfonds erhalten, entsprechend erweitert.

B Stellungnahme

Die Ausweitung der Modellvorhaben auf die ambulante Versorgung stellt einen wichtigen Schritt dar, um den steigenden Herausforderungen im Pflegesektor, insbesondere dem Fachkräfteengpass, begegnen zu können. Die geplante Verlängerung des Modellprogramms bis 2028 ist zu begrüßen, da sie die dringend notwendige wissenschaftliche Grundlage zur systematischen Weiterentwicklung und Sicherstellung der ambulanten Pflege schafft.

Es ist sachgerecht, dass die Weiterentwicklung des Personalbemessungsverfahrens in der vollstationären Pflege parallel fortgesetzt wird. Dies schafft die erforderliche Kontinuität, um die Pflegequalität sowohl in stationären als auch ambulanten Bereichen nachhaltig zu verbessern.

Die im Referentenentwurf vorgesehene systematische Klärung und Erweiterung der Kompetenzen von Pflegefachpersonen stellt einen wichtigen Schritt dar, um die beruflichen und hochschulischen Qualifikationen von Pflegefachpersonen vollständig zu nutzen. Bislang werden die Kompetenzen der Pflegefachpersonen nicht in dem Umfang ausgeschöpft, wie es aufgrund ihrer Qualifikationen möglich wäre.

Die Verpflichtung des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen, gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, einen Katalog zur Aufgabenverteilung von Pflegefachpersonen zu entwickeln, ist in ihrer Grundidee positiv zu bewerten. Ein solcher Katalog wird die Grundlage für eine fachlich fundierte und kompetenzorientierte Aufgabenverteilung in der Pflege schaffen. Gerade angesichts des Fachkräfteengpasses könnte dieser Katalog einen erheblichen Beitrag zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung leisten. Der GKV-Spitzenverband übernimmt zwar die Entwicklung, aber eigentlich liegt die fachliche Expertise zur Beschreibung der pflegerischen Aufgaben bei der Fachkommission nach § 53 des Pflegeberufegesetzes. Daher ist die Einbindung der Fachkommission nach § 53 des Pflegeberufegesetzes unerlässlich. Diese Kommission ist maßgeblich für die Entwicklung und Fortschreibung der Rahmenpläne der Pflegeausbildung zuständig und verfügt über fundiertes Wissen zu den Qualifikationsanforderungen von Pflegefachpersonen. Ihre Einbindung könnte entscheidend dazu beitragen, dass der geplante Katalog praxisnah und auf die aktuellen fachlichen Standards abgestimmt wird. Die Fachkommission bringt nicht nur die notwendige fachliche Expertise mit, sondern auch die Perspektive der Pflegeberufe aus der Praxis. Diese Perspektive ist entscheidend, um eine sektorenübergreifende Aufgabenverteilung zu entwickeln, die sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege anwendbar ist.

Ein weiterer Aspekt ist die fehlende Klarheit darüber, wer die Verantwortung für die Umsetzung und Weiterverwendung des Katalogs trägt. Dies könnte dazu führen, dass die erarbeiteten Ergebnisse nicht in die Praxis integriert werden. Die gesetzliche Regelung greift derzeit nicht auf, ob und wie der Katalog tatsächlich verbindlich umgesetzt wird. Ohne klare Richtlinien und Verantwortlichkeiten für die Weiterführung der Ergebnisse besteht die Gefahr, dass der Katalog zwar erstellt, aber nicht systematisch in die Praxis der pflegerischen Versorgung eingebettet wird. Sinnvoll ist es daher, den Bildungsauftrag der Länder in diesem Prozess zu berücksichtigen. Die Länder sind verantwortlich für die Umsetzung der schulischen und hochschulischen Pflegeausbildung sowie der Qualifizierungsmaßnahmen. Da der geplante Katalog maßgeblich die Aufgaben und Kompetenzen von Pflegefachpersonen definiert, ist eine enge Einbindung der Länder notwendig, um sicherzustellen, dass die Ausbildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen den neuen Anforderungen gerecht werden. Ohne diese Abstimmung besteht das Risiko, dass die bundesweit entwickelten Qualifikationsanforderungen nicht adäquat in den Bildungsstrukturen der Länder verankert werden.

Besonders wichtig ist es, den Auftrag aus § 8 Absatz 3c SGB XI, der die Kompetenzüberprüfung auf Grundlage wissenschaftlicher Expertise vorsieht, auch mit der geplanten Evaluation gemäß § 73d Absatz 3 SGB V, die sich mit der Entwicklung und Umsetzung erweiterter heilkundlicher Leistungen befasst, zu koppeln. Eine enge Verknüpfung dieser Evaluation mit der des § 8 Absatz 3c SGB XI wäre sinnvoll, um sektorenübergreifende Synergiepotenziale zu nutzen und das Kompetenzspektrum der Pflegefachpersonen zu vereinheitlichen.

Perspektivisch sollte die Verortung der Entwicklung des Katalogs zur Aufgabenverteilung der Pflegefachpersonen bei den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe nach § 118a SGB XI angesiedelt werden. Diese Organisationen vertreten die berufspolitischen Interessen der Pflegeberufe und verfügen über die notwendige fachliche Expertise sowie das fundierte Verständnis der praktischen Anforderungen im Pflegealltag. Die derzeitig angedachte Einbindung dieser maßgeblichen Organisationen stellt zwar sicher, dass der Katalog praxisnah und qualifikationsgerecht erarbeitet wird, jedoch würde eine gesetzliche Verortung an den Organisationen der Pflegeberufe § 118a SGB XI die professionelle Stellung der Pflegeberufe im gesundheitspolitischen System stärken und deren Kompetenzen effizient nutzen.

Die Finanzierung der Geschäftsstelle nach § 113c Absatz 9 SGB XI aus nicht in Anspruch genommenen Fördermitteln nach § 8 Absatz 7 SGB XI ist sachgerecht.

Ein strukturell erfolgreich verankertes und umgesetztes betriebliches Integrationsmanagement, welches auf die Bedarfe der Zielgruppe abgestimmt ist, stellt eine der Säulen in der erfolgreichen und nachhaltigen Anwerbung von Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland dar. Da diese Maßnahme dem Grunde nach zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege dient und zusätzliches Pflegepersonal dringend benötigt wird, ist eine Erweiterung des Spektrums der Förderfähigkeit nach Absatz 7 zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Im Absatz 3c werden folgende Ergänzungen vorgenommen: In Satz 2 wird nach „nach § 118a“ eingefügt:
„sowie der Fachkommission nach § 53 des Pflegeberufegesetzes“.

In Satz 4 wird nach „nach § 118a“ das folgende eingefügt: „und der Fachkommission nach § 53 des Pflegeberufegesetzes“.

In Satz 5 wird nach „Weitere geeignete Fachorganisationen“ das folgende eingefügt: „sowie die zuständigen Länderbehörden“.

Nr. 6 § 8a Absatz 5 Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung

Nr. 7 § 9 Aufgaben der Länder

A Beabsichtigte Neuregelung

Empfehlungen des Landespflegeausschusses und, sofern sie auf Landesebene gebildet werden können, Empfehlungen des sektorenübergreifenden Landespflegeausschusses sowie von regionalen Ausschüssen auf kommunaler Ebene zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung sind zu beachten.

Empfehlungen der regionalen Ausschüsse können als Bestandteil einer kommunalen Pflegestrukturplanung definiert werden, sofern eine kommunale Pflegestrukturplanung landesrechtlich geregelt wird.

B Stellungnahme

Mit der Änderung der Wortwahl (von „soll ... einbezogen werden“ zu „sind ... zu beachten“) erhält die bereits existierende Regelung zur Erarbeitung gemeinsamer Empfehlung in Ausschüssen zur Pflege sowie sektorenübergreifend auf Landesebene und auf kommunaler Ebene ein größeres Gewicht. In der Praxis wird es jedoch darauf ankommen, inwieweit die landesrechtlichen Regelungen in den Bundesländern entsprechend ergänzt werden. Einige Bundesländer haben bislang keine Regelungen zu einer kommunalen Pflegestrukturplanung getroffen (Hessen, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt); ebenfalls fehlen zum Teil konkrete Regelungen zur Errichtung von gemeinschaftlichen Gremien nach § 8a Absatz 3 SGB XI auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte (Berlin auf Bezirksebene, Hessen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen). Es ist jedoch zu begrüßen, dass gemeinsame Empfehlungen der regionalen Ausschüsse den Status als Bestandteil einer kommunalen Pflegestrukturplanung erhalten können. Dies wertet die Arbeit in den regionalen Gremien auf.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 8 § 10 SGB XI Berichtspflichten des Bundes und der Länder

A Beabsichtigte Neuregelung

Das Jahr für die nächste Vorlage des Berichtes der Bundesregierung wird auf das Jahr 2029 verschoben. Der Turnus für die Berichterstattung – alle vier Jahre – bleibt erhalten.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

Der Bericht wird seit 2016 alle 4 Jahre vorgelegt. Der Neunte Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland wäre nach geltendem Recht bis spätestens Ende des Jahres 2028 vorzulegen. Damit die Pflegestatistik 2027, welche nicht vor Dezember 2028 veröffentlicht wird, im Bericht berücksichtigt werden kann, ist eine Verschiebung der Berichtspflicht in das Jahr 2029 nachvollziehbar. Die Berichterstattung erfolgt im Anschluss wie bisher alle 4 Jahre, dann ebenfalls unter Berücksichtigung der jeweiligen Pflegestatistiken.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 9 § 10a SGB XI Amt der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird eine gesetzliche Grundlage für das Amt der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege geschaffen. Das Themenfeld der beauftragten Person bezieht sich auf die Anliegen pflegebedürftiger Menschen, ihrer An- und Zugehörigen sowie der beruflich Pflegenden, welche die beauftragte Person im Pflege- und Gesundheitssystem vertreten soll.

Die beauftragte Person hat die Aufgabe, für eine frühzeitigen und umfassende Beteiligung pflegebedürftiger Menschen und beruflich Pflegender bei Fragestellungen zur pflegerischen Versorgung Sorge zu tragen. Ziel dieser Vertretung ist die Wahrung der Selbstbestimmung der Menschen mit Pflegebedarf, die Sicherung der Qualität der pflegerischen Versorgung, unterschiedliche Lebensbedingungen und Bedürfnisse beachtet und in allen Bereichen der Versorgung berücksichtigt werden. Bei dem Amt wird ein Beirat zur Verbesserung der Wahrnehmung der Interessen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und Nahestehenden eingerichtet.

B Stellungnahme

Das Amt der oder des Pflegebevollmächtigten wird verstetigt und dafür eine gesetzliche Grundlage geschaffen. Sie richtet sich an den Regelungen des Amtes der oder des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten im § 140h SGB V aus. Dies ist sinnvoll und stimmig.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 10 § 11 SGB XI Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die geplanten Änderungen zielen darauf ab, die Verantwortung der Pflegefachpersonen für die Steuerung des Pflegeprozesses deutlicher zu betonen und gleichzeitig die Delegation von Aufgaben in Pflegeeinrichtungen systematisch zu regeln. Es wird ausdrücklich klargestellt, dass Pflegeeinrichtungen die fachgerechte Steuerung der Pflegeprozesse durch Pflegefachpersonen sicherstellen müssen. Dies bedeutet, dass nicht nur die Pflege selbst, sondern auch die Verantwortung für die Planung, Durchführung und Kontrolle der Pflegeleistungen durch qualifiziertes Fachpersonal erfolgen muss. Eine weitere wesentliche Änderung betrifft die Delegation von Aufgaben von Pflegefachpersonen auf Pflegeassistenzpersonen sowie Pflegehilfskräfte. Pflegeeinrichtungen werden verpflichtet, spezifische Delegationskonzepte zu entwickeln, die den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern klare Vorgaben zu ihren Aufgaben und Befugnissen bieten. Diese Konzepte sollen dafür sorgen, dass die Zuständigkeiten eindeutig geregelt sind und die Pflegequalität gewahrt bleibt.

Die betriebliche Interessenvertretung muss in diesen Prozess der Konzepterstellung einbezogen werden, um sicherzustellen, dass die Delegation nicht nur den betrieblichen Anforderungen entspricht, sondern auch den Bedürfnissen der Beschäftigten.

B Stellungnahme

Die Änderungen des § 11 zielen darauf ab, klare Regelungen zu den Verantwortlichkeiten und Aufgaben in der Pflege zu schaffen. Besonders im Kontext sich verändernder Qualifikationen und Aufgabenverteilungen bei den beruflich Pflegenden ist es von großer Bedeutung, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflege- und Betreuungseinrichtungen transparente Vorgaben und Rechtssicherheit haben, welche Aufgaben sie übernehmen dürfen und welche Verantwortung sie tragen.

Die Verankerung der Steuerung des Pflegeprozesses als Vorbehaltsaufgabe einer Pflegefachperson im Elften Gesetzbuch wird begrüßt.

Die Einführung der Verpflichtung zur Entwicklung von Delegationskonzepten ist ein wichtiger Schritt, um eine klare Aufgabenverteilung zwischen Pflegefachpersonen, Pflegeassistenzpersonen und Pflegehilfskräften zu gewährleisten. Diese Konzepte sollen sicherstellen, dass nur Aufgaben delegiert werden, die den Qualifikationen der Assistenz- und Hilfskräfte entsprechen. Dies ist ein wichtiger Beitrag zur Kompetenzorientierung in der Pflege. Gleichzeitig entlastet es Pflegefachpersonen, indem Routineaufgaben an qualifizierte Assistenzpersonen übertragen werden können.

Kritisch ist jedoch, dass das Gesetz zwar die Entwicklung solcher Konzepte fordert, aber keine zentralen Vorgaben oder Leitlinien bereitstellt, um die Pflegeeinrichtungen bei der Erstellung dieser Konzepte zu unterstützen. In der Konzertierten Aktion Pflege (2019) wurde bereits auf die Notwendigkeit gemeinsamer Delegationsleitlinien und Muster-Delegationskonzepte hingewiesen. Diese Unterstützung wird jedoch im Gesetz nicht explizit verankert. Dadurch besteht die Gefahr einer uneinheitlichen Umsetzung, da jede Pflegeeinrichtung eigenständig Konzepte entwickeln muss. Dies birgt die Gefahr einer Fragmentierung der Pflegepraxis und stellt die damit verbundene angestrebte Qualitätssicherung in Frage.

In Verbindung mit dem Modellprogramm zur Personalbemessung nach § 8 Absatz 3b SGB XI und der Geschäftsstelle nach § 113c Absatz 9 SGB XI ist eine gesetzliche Verknüpfung sinnvoll, da sowohl die Modellprogramme als auch die Geschäftsstelle eine kompetenzorientierte Personalplanung fördern. Während die Modellprogramme auf eine qualifikationsgerechte Personalbesetzung abzielen, soll das Delegationskonzept die Aufgabenverteilung in der Pflege klar regeln. Eine fehlende rechtliche Verbindung zwischen diesen Programmen könnte zu einer isolierten Umsetzung führen, was die Effizienz und Kohärenz in der Pflegeorganisation beeinträchtigen kann.

Insgesamt ist die Änderung von § 11 ein wichtiger Schritt zur Strukturierung der Arbeits- und Organisationsprozesse in Pflegeeinrichtungen. Um jedoch eine einheitliche Umsetzung und damit die bestmögliche Versorgung der pflegebedürftigen Menschen zu gewährleisten, wäre eine stärkere gesetzliche Unterstützung durch Leitlinien und eine Verknüpfung mit bestehenden Programmen zur Personal- und Organisationsentwicklung notwendig.

C Änderungsvorschlag

Im Absatz 1a wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Dabei sind die Ergebnisse der Modellprogramme gemäß § 8 Absatz 3b zur Personal- und Organisationsentwicklung zu berücksichtigen, um eine kompetenzorientierte und bundesweit einheitliche Aufgabenverteilung zu gewährleisten. Die Geschäftsstelle gemäß § 113b Absatz 9 erarbeitet Muster-Delegationskonzepte und stellt diese den Pflegeeinrichtungen zur Verfügung. "

Nr. 11 § 12 SGB XI Aufgaben der Pflegekassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen nutzen ihre Versorgungsdaten zur Evaluation der regionalen pflegerischen Versorgungssituation. Über die gewonnenen Erkenntnisse werden die an der Versorgung Beteiligten informiert. Die regionalen Gebietskörperschaften können auf Anfrage regionale Versorgungsdaten der Pflegekassen für ihre eigene kommunale Pflegestrukturplanung erhalten. Hierfür werden den Pflegekassen anfallende Kosten erstattet. Die Aufgabe der Weitergabe der regionalen pflegerischen Versorgungsdaten kann auch den Landesverbänden der Pflegekassen übertragen werden. Empfehlungen zu Umfang, Struktur, Turnus und möglichen Indikatoren der Datensätze vereinbaren der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene.

B Stellungnahme

Der Ansatz, Versorgungsdaten der Pflegekassen für die kommunale Pflegestrukturplanung zu nutzen und so eine bessere Verzahnung zwischen den verschiedenen Akteuren herzustellen, wird grundsätzlich begrüßt. Die Routinedaten der Pflegekassen, einschließlich Daten zur Prävalenz von Pflegebedürftigkeit und zum Abruf verschiedener Leistungen der Pflegekassen, stellen gerade auf kommunaler Ebene wichtige Grundlagen für die Organisation von Pflege und Unterstützung vor Ort dar. Sie bieten einen deutlichen Mehrwert und ergänzen die Pflegestatistik des Bundes und Bevölkerungsstatistiken auf Landesebene. Als Methode für eine solche Datenbereitstellung für die Kommunen wird bereits in den Bundesländern Brandenburg und Baden-Württemberg die Plattform Smart Analysis Health Research Access (SAHRA) regelhaft genutzt. Sie ist aus einem Projekt des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie (BMWi) und der AOK Nordost entstanden. Hierbei werden die aufbereiteten Rohdaten jeweils der AOK Nordost und der AOK Baden-Württemberg in eine benutzerfreundliche Anwenderoberfläche übernommen, zu welcher die Kommunen Zugang haben. Mit wiederum bundesweiter Perspektive (d. h. für alle AOKs) entwickelt das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) gegenwärtig ein System regionaler Planungskennzahlen aus Routinedaten. Zur Definition des Datenkranzes (Indikatoren) sollten diese Vorarbeiten bei der Erarbeitung von Empfehlungen herangezogen werden.

Nicht nur Daten der Pflegeversicherung, auch Routinedaten der Krankenversicherung, bspw. zu wesentlichen Diagnosen, die im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit stehen, bieten einen Mehrwert für die kommunale Planung und sollten mit einbezogen werden können. So unterscheiden sich z. B. Demenzquoten regional deutlich. Auch die regional unterschiedliche Inanspruchnahme der SGB V-Versorgung ist für die Pflegeplanung relevant.

Die mit der Regelung zu § 9 SGB XI (neu) im Pflegekompetenzgesetz angestrebte Verknüpfung, gemeinsame Empfehlungen der Gremien nach § 8a Absatz 3 SGB XI (regionale Pflegekonferenzen) als kommunale Pflegestrukturplanung aufzuwerten, wird durch diese gemeinsame Datengrundlage ebenfalls unterstützt. Ebenso wichtig ist es, die Informationen aus dem Monitoring zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung (§ 73a SGB XI neu) mit einzubeziehen. Informationen zu Beeinträchtigungen der Leistungserbringung, insbesondere wenn sie nicht nur kurzfristig auftreten, sind wesentlich für die Planung und vor allem die Überwindung von Versorgungsengpässen vor Ort.

Um dem formulierten Evaluierungsgebot möglichst effizient und bürokratiearm nachzukommen, sollte eine automatisierte Bereitstellung (bspw. über eine digitale Plattform) angestrebt werden, so dass die Kommunen bei Bedarf die für sie relevanten Daten abrufen können. Die Etablierung eines möglichen Systems von Einzelanfragen von Seiten der Kommunen wäre sicher sehr aufwändig und nicht zielführend. Regelungen zum Modus der Bereitstellung als auch zur Kostentragung können in den Empfehlungen getroffen werden.

C Änderungsvorschlag

§ 12 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Pflegekassen evaluieren regelmäßig auf Basis der ihnen zur Verfügung stehenden Versorgungsdaten der Pflegeversicherung als auch der Krankenversicherung die Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation und informieren die an der Versorgung Beteiligten über ihre Erkenntnisse; die Informationen nach § 73a Absatz 2 sind zu berücksichtigen."

§ 12 Absatz 2 Satz 4 wird wie folgt ergänzt:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene vereinbaren Empfehlungen zu Umfang, Struktur, Turnus und möglichen Indikatoren der entsprechenden Datensätze, sowie zur Art der Bereitstellung und Kostentragung."

Nr. 12 § 15 SGB XI Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige gesetzliche Regelung wird um einen Absatz 8 erweitert. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2025 Bericht zu den Erfahrungen der Pflegekassen und der Medizinischen Dienste mit dem Begutachtungsinstrument einschließlich der Wirkungsweisen zur Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit hinterlegten Bewertungssystematik und zu möglichen Weiterentwicklungen vorzulegen. Der Bericht ist unter unabhängiger wissenschaftlicher Begleitung zu erstellen.

Im Bericht soll auch die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen seit 2017 unter Berücksichtigung insbesondere von medizinisch-pflegerischen Aspekten, demographischen Faktoren und sozioökonomischen Einflüssen auf wissenschaftlicher Grundlage untersucht werden.

Zur Finanzierung stehen Mittel aus dem Ausgleichfonds nach § 8 Absatz 3 zur Verfügung.

B Stellungnahme

Die Evaluation des Begutachtungsinstruments wird begrüßt. Seit 2017 konnten mit der Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des zugrundliegenden Begutachtungsinstruments umfassende Erfahrungen gesammelt werden. Die unterschiedlichen Erfahrungen der Beteiligten gilt es zu bündeln, zu analysieren und wissenschaftlich unabhängig bewerten zu lassen. Dies gilt insbesondere für die getroffenen Festsetzungen hinsichtlich der Gewichtungen und Schwellenwerte der Module und Pflegegrade.

Auch die wissenschaftliche Untersuchung der Gründe und Ursachen des seit 2017 zu beobachtenden Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen ist zu begrüßen. Der jährliche Zuwachs übersteigt regelmäßig die aufgrund der demografischen Entwicklung erwartbaren Zahlen. Weitere, über das Begutachtungsinstrument hinausgehende, Informationen aus dem Begutachtungsverfahren (z. B. Präventionsempfehlungen, Sicherstellung der Pflege) selbst können wertvolle Begründungszusammenhänge auch für die Umsetzung von Prävention in Pflegeeinrichtungen und häuslicher Pflege nach § 5 SGB XI herleiten. Dies sollte im Gesetzesauftrag klargestellt werden. Ein unabhängiges wissenschaftliches Gutachten kann hierbei wertvolle Hinweise und Empfehlungen für die Weiterentwicklung geben.

C Änderungsvorschlag

In § 15 Absatz 8 neu wird Satz 2 wie folgt formuliert:

„In dem Bericht ist auch die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen seit 2017 unter Berücksichtigung insbesondere von weiteren im Begutachtungsverfahren erhobenen Informationen, medizinisch-pflegerischen Aspekten, demografischen Faktoren und sozioökonomischen Einflüssen auf wissenschaftlicher Grundlage zu untersuchen."

Nr. 13 § 17a SGB XI Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6

A Beabsichtigte Neuregelung

Der bisher in § 40 Absatz 6 Satz 6 verankerte Auftrag an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln zu erlassen, wird in einen eigenständigen, neuen § 17a überführt. In den Richtlinien soll zukünftig auch das Qualifikationsniveau der empfehlenden Pflegefachpersonen berücksichtigt werden. Dabei wird das Beteiligungsrecht der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe durch Einführung eines Stellungnahmeverfahrens gestärkt. Die erstmals zum 31.12.2025 festzulegenden Richtlinien bedürfen der Genehmigung durch das BMG und sollen nach 2 Jahren evaluiert werden.

B Stellungnahme

Die Konkretisierung, dass in den Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln zukünftig auch die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus der Pflegefachpersonen zu berücksichtigen sind, ist zu begrüßen.

Überdacht werden sollte aber die Zeitachse bzw. die Taktung für die Erstellung dieser Richtlinien. Der entsprechend des Referentenentwurfs nach § 73d SGB V (siehe Art. 3 Nr. 8) zwischen KBV und Pflegeorganisationen zu schließende Rahmenvertrag soll u.a. einen Katalog der Leistungen enthalten, für den Pflegefachpersonen eigenständig Folgeverordnungen ausstellen können. Dieses Folgeverordnungsrecht soll ausdrücklich auch die für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel umfassen. Frist für die Festlegung respektive Abschluss dieses Rahmenvertrages ist ebenfalls der 31.12.2025. Kommt der Rahmenvertrag nicht fristgerecht zustande, ist er von einer Schiedsperson festzulegen, die innerhalb eines Monats bestimmt wird und 3 Monate Zeit für die entsprechende Festlegung hat.

Um sicherzugehen, dass die Richtlinien nach § 17a SGB XI sachgerecht auf die entsprechend dem Rahmenvertrag nach § 73d SGB V erweiterte Handlungskompetenz der Pflegefachpersonen aufbauen, sollten diese daher erst nach Abschluss des Rahmenvertrages nach § 73d SGB V finalisiert werden.

C Änderungsvorschlag

Die in § 17a Absatz 1 Satz 1 genannte Frist wird auf den 31.12.2027 geändert. Die für die Evaluierung nach Absatz 3 vorgesehene Frist wird ebenfalls um zwei Jahre verlängert (korrespondierend zur Stellungnahme zu Art. 3 Nr. 8).

Nr. 14 § 18e SGB XI Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen

A Beabsichtigte Neuregelung

Für die Durchführung von Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen kann künftig eine Vereinbarung mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen geschlossen werden.

Der Medizinische Dienst Bund hat bis spätestens 31. Dezember 2025 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige mit der Durchführung eines Modellprojekts zur Erweiterung des Gutachterkreises um Pflegefachpersonen in Einrichtungen nach § 72 zu beauftragen. Im Modellprojekt sollen Anforderungen, Umfang und Voraussetzungen geprüft werden, die eine Beauftragung von Pflegefachpersonen zur Übernahme von Aufgaben im Rahmen des Begutachtungsverfahrens bei den von ihnen versorgten Personen ermöglichen. Dabei sind die Feststellungen und Empfehlungen durch Pflegefachpersonen einer Vergleichsgruppe von gutachtlichen Feststellungen und Empfehlungen gegenüber zu stellen. Die Prüfung umfasst zudem Fragen im Zusammenhang mit der Umsetzung einer regelhaften Durchführung von Feststellungen und Empfehlungen zur Pflegebedürftigkeit durch Pflegefachpersonen. Dabei sollen Aussagen zu möglichen Antrags- und Versorgungssituationen, zum Umfang der zu treffenden Feststellungen und Empfehlungen sowie zu den in diesem Zusammenhang erforderlichen Änderungen im Begutachtungsverfahren getroffen werden. Der Abschlussbericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2027 vorzulegen.

B Stellungnahme

Die Klarstellung, dass der GKV-Spitzenverband auch Vereinbarungspartner sein kann, ist sachgerecht.

Das Modellvorhaben zur Erweiterung des Gutachterkreises um Pflegefachpersonen in Einrichtungen nach § 72 wird begrüßt. Pflegefachpersonen verfügen über spezifische pflegerische Kenntnisse, die ihnen ermöglichen, detaillierte Pflegebegutachtungen durchzuführen. Ihre umfassende medizinische und pflegerische Expertise und auch das „Kennen“ der pflegebedürftigen Personen und ihrer Versorgungssituation ermöglichen eine präzise und individuell abgestimmte Sichtweise, auch auf die Früherkennung von potenziellen Gesundheitsrisiken und die Einleitung bzw. Empfehlung präventiver Maßnahmen. Die direkte Verfügbarkeit und das spezialisierte Wissen der Pflegefachpersonen tragen dazu bei, dass Begutachtungen schneller durchgeführt und abgeschlossen werden können, wodurch die Bearbeitungszeiten von Pflegeanträgen verkürzt und eine fristgerechte Begutachtung sichergestellt wird.

Mit der Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und seines wissenschaftlichen Instrumentes zur systematischen Einschätzung der Pflegebedürftigkeit und das dahinterstehende Pflegeverständnis wurde nicht nur den Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung neugestaltet. Beides ist auch die Grundlage für alle Facetten der Pflege und der Pflegeversicherung, sei es für die Steuerung des Pflegeprozesses, die Pflegequalitätssicherung und Personalbemessung und auch für die Beschreibung pflegerischer Aufgaben in Verträgen. Auch das Pflegegradmanagement der Pflegeeinrichtungen, das den Pflegebedarf systematisch mit dem Pflegegrad abgleicht, profitiert von diesen Grundlagen.

Dieses systemische Zusammenspiel und die erhobenen Informationen aus der Pflegebegutachtung stellen also einen Schlüsselbereich dar und bieten eine wertvolle Basis für das Pflegegradmanagement, die Qualitätsprüfungen und Indikatorenerhebungen, die Umsetzung des Strukturmodells und die Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen. Da all diese Themen ineinandergreifen und die Informationen synergetisch verwendet werden, ist der zusätzliche Ressourcenaufwand für die Pflegeeinrichtungen als gering einzustufen. Systematische Fehleinstufungen sind kaum möglich, da dies im Zusammenspiel mit den Qualitätsprüfungen oder Indikatorenerhebungen zu Auffälligkeiten führen würde.

Allgemein bestehen jedoch Bedenken hinsichtlich eines möglichen Interessenskonfliktes, insbesondere in Bezug auf wirtschaftliche Vorteile für die Pflegeeinrichtungen, auf die Sicherstellung einer unabhängigen Begutachtung und die Qualifikation der Pflegefachpersonen. Auch der damit für die Pflegeeinrichtungen verbundene zusätzliche Arbeitsaufwand wird in der Fachwelt thematisiert.

Es ist daher wichtig, dass die Unabhängigkeit der Pflegefachpersonen durch klare Richtlinien, regelmäßige Schulungen und die Etablierung von Überprüfungsmechanismen sichergestellt wird. Dabei darf nicht vergessen werden, dass die Pflegekasse die Pflegebedürftigkeit ihrer Versicherten feststellt und hierzu den Bescheid erlässt.

Modellvorhaben können hier nicht nur Hinweise für eine regelhafte Etablierung geben, wie die Schulungen und Richtlinien ausgestaltet sein müssen, um subjektive Risiken zu vermeiden und die Unabhängigkeit zu gewährleisten. Darüber hinaus muss auch das Augenmerk darauf gerichtet werden, welche Anforderungen im Zusammenspiel zwischen den Pflegefachpersonen resp. Pflegeeinrichtungen und den Pflegekassen zu erfüllen sind (z. B. Datenverfahren zwischen Einrichtungen und Pflegekasse über die TI-Anbindung).

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 17 § 37 SGB XI Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige gesetzliche Reglung zu den Beratungsbesuchen für Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, wird inhaltlich konkretisiert. Die Beratungspersonen haben auf die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des zuständigen Pflegestützpunktes, die Pflegeberatung nach § 7a einschließlich der Erstellung eines Versorgungsplans, die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegekursen nach § 45, auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen sowie auf sonstige geeignete Beratungs- oder Hilfsangebote hinzuweisen. Die Empfehlungen sind im Nachweisformular zu dokumentieren.

Zudem werden die Pflegekassen verpflichtet, Pflegebedürftige und ihre pflegenden Angehörige bei der Inanspruchnahme der empfohlenen Beratungs- und Unterstützungsangebote zeitnah zu unterstützen.

Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse aus dem jeweiligen Beratungsbesuch durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen sind aufgrund der Neureglung entsprechend anzupassen.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist sachgerecht und wird begrüßt. Die Vielzahl der Beratungs- und Unterstützungsangebote ist den pflegebedürftigen Menschen und ihren pflegenden Angehörigen, insbesondere bei ausschließlich alleiniger häuslicher Pflege, nicht immer bekannt. Der regelmäßig durchzuführende Beratungsbesuch ist daher ein adäquates Mittel, auf die vorhandenen Beratungs- und Unterstützungsangebote hinzuweisen und kann damit Pflegekompetenzen der pflegenden Angehörigen stärken und folglich die Sicherstellung der Pflege im häuslichen Umfeld gewährleisten.

Eine Unterstützung durch die Pflegekassen ist sinnvoll, da viele Beratungs- und Unterstützungsangebote ohnehin von den Pflegekassen angeboten werden.

Durch die Konkretisierung zum Inhalt der Beratungsbesuche ist die Umsetzung der Empfehlungen insbesondere aufgrund der Unterstützung durch die Pflegekassen in der Richtlinie zu berücksichtigen. Die Änderung ist daher sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 19 § 39a SGB XI Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung entfällt die Feststellung der Erforderlichkeit der ergänzenden Unterstützungsleistung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.

B Stellungnahme

Die Streichung ist insofern sachgerecht, da ergänzende Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit digitalen Pflegeanwendungen inzwischen generell zugelassen sind. Die Unterstützungsleistungen müssen nicht mehr funktions- oder konstruktionsbezogen mit der digitalen Pflegeanwendung im Zusammenhang stehen. Eine gesonderte Prüfung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erscheint vor diesem Hintergrund obsolet.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 20 § 40 SGB XI Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

A Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung zur Einfügung des neuen § 17a (Nr. 13) wird der Leistungsanspruch hinsichtlich der von Pflegefachpersonen empfohlenen Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel konkretisiert. Für die in den Richtlinien nach § 17a gelisteten Hilfsmittel bedarf es bei einer Empfehlung durch eine Pflegefachperson keiner weiteren ärztlichen Verordnung. Bei Vorliegen der nach § 17a festzulegenden Voraussetzungen ist die Notwendigkeit und Erforderlichkeit der Versorgung zu vermuten.

B Stellungnahme

Die Änderung aktualisiert die bereits bestehende Regelung, dass Pflegefachpersonen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel empfehlen können, für deren Versorgung der Versicherte dann keine weitere ärztliche Verordnung benötigt. Die Gesetzesbegründung führt auf, dass sich die Empfehlungskompetenz insbesondere auf „pflegenahe" Produkte wie Inkontinenzhilfen, Stomaartikel, Hilfsmittel gegen Dekubitus sowie Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie bezieht. Hier wird die Notwendigkeit und Erforderlichkeit als gegeben angenommen.

Wichtig ist, dass sich die bei jeder Versorgung stellende zwingend erforderliche Einschätzung zur Wirtschaftlichkeit nicht ebenfalls vorweggenommen wird, sondern weiter von der Pflegekasse zu prüfen ist. Insbesondere in der Versorgung mit Hilfsmitteln gegen Dekubitus werden langlebige und teure Produkte eingesetzt, bei denen eine Versorgung aus dem Wiedereinsatzlager Kosten spart und Ressourcen schont.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 21 § 40a SGB XI Digitale Pflegeanwendungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung in Absatz 1a werden die Zulassungskriterien von digitalen Pflegeanwendungen dahingehend vereinfacht, dass die Verknüpfung mit den Kriterien für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit nicht mehr erforderlich ist. Darüber hinaus können digitale Pflegeanwendungen auch zugelassen werden, wenn sie die häusliche Versorgungssituation der pflegebedürftigen Person stabilisieren resp. Zu- und Angehörigen mit Pflegeverantwortung oder sonstige ehrenamtlich Pflegende entlasten.

Ergänzend wird der Zeitpunkt, ab wann der Anspruch auf digitale Pflegeanwendungen wirksam wird, konkretisiert. Es gilt der vereinbarte Zeitpunkt für die Geltung der Vergütungsvereinbarung.

B Stellungnahme

Die Regelung zur Öffnung der digitalen Pflegeanwendung für die Nutzung durch pflegende Angehörige oder ehrenamtlich Helfende zur Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation oder zur Entlastung der pflegenden Angehörigen ist zu begrüßen. Damit kann ein Beitrag zur Stärkung des häusliches Pflegesettings und der Pflege- und Unterstützungsbereitschaft der pflegenden Angehörigen und ehrenamtlich Helfenden geleistet werden.

Hingegen wird die Aufhebung, dass für die digitale Pflegeanwendung kein Nutzennachweis zur Unterstützung und Entlastung in den relevanten Lebensbereichen mehr erbracht werden muss, kritisch gesehen. Die Beitragsmittel der sozialen Pflegeversicherung dienen ausschließlich dem Zweck, pflegebedürftige Menschen zu unterstützen und einen Ausgleich für die durch Krankheit und Alter entstandenen Beeinträchtigungen in den relevanten Lebensbereichen auszugleichen. Der Bezug zu den pflegefachlich begründeten Kriterien ist beizubehalten.

Da der Zeitpunkt der Vergütungsverhandlung nach der Listung im Verzeichnis liegt, ist die Ergänzung sachgerecht: der Anspruch beginnt nun zeitgleich.

C Änderungsvorschlag

In § 40a Absatz 1 wird nach den Wörtern „Fähigkeiten des Pflegebedürftigen“ die Wörter „in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen oder bei der Haushaltsführung“ eingefügt.

Nr. 22 § 40b SGB XI Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Leistung der Pflegeversicherung bei Versorgung mit einer digitalen Pflegeanwendung von bisher insgesamt 50 Euro im Monat für die Anwendung sowie für die Inanspruchnahme von ergänzenden Unterstützungsleistungen wird neu aufgeteilt. Für die Erstattung von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen stehen dann insgesamt bis zu 40 Euro im Kalendermonat zur Verfügung. Zusätzlich besteht ein Anspruch von insgesamt 30 Euro im Kalendermonat für ergänzende Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegeeinrichtungen.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht und wird begrüßt. Obwohl es bisher keine zugelassen digitale Pflegeanwendungen und somit auch keine Praxisfälle gibt, hat der gemeinsame Leistungsbetrag zumindest in der Theorie Probleme bereitet. Mit der Neuregelung werden die Fragestellungen hinsichtlich einer Vorrangigkeit oder hinsichtlich der Erstattungshöhe geklärt. Abrechnungsprozesse lassen sich damit vereinfachen und schaffen Transparenz für die Nutzer und Nutzerinnen.

Da bisher keine digitalen Pflegeanwendungen zugelassen sind, lässt sich die Finanzwirkung der insgesamt höheren Leistungsbeträge (statt 50 Euro dann bis zu 70 Euro im Monat) nicht abschätzen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 23 § 44a SGB XI Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung in Absatz 1 wird dahingehend ergänzt, dass der Anspruch auf die Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung bis zum Ende der Pflegezeit gewährt werden, auch wenn der Pflegebedürftige innerhalb der Pflegezeit verstirbt.
In Absatz 3 wird die Ausstellung der Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die akut aufgetretene Pflegesituation durch eine Pflegefachperson aufgenommen.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Damit wird eine gesetzliche Lücke geschlossen, die in der Praxis zum Teil im Rahmen der Auslegung von den Pflegekassen entsprechend umgesetzt wurde. Obwohl die Mitgliedschaft mit dem Tod der versicherten Person beendet wird und damit der Anspruch auf Leistungen entfällt, endet die Pflegezeit erst 4 Wochen nach dem Tod der pflegebedürftigen Person. Mit der gesetzlichen Änderung wird klargestellt, dass die Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung über den Tod hinaus bis zum Ende der Pflegezeit gezahlt werden.

Bei der Anpassung in Absatz 3 handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung in § 2 Absatz 1 Pflegezeitgesetz.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 25 § 45a SGB XI Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

In der Definition der Betreuungsangebote wird klargestellt, dass die Helfenden bei Bedarf mit einer pflegefachlichen Begleitung oder mit Supervision tätig werden können.

Die bisherige Regelung in Absatz 2 wird neu strukturiert. Darüber hinaus wird zur Klarstellung ergänzt, dass im Konzept Angaben zur Verfügbarkeit des Angebots und zur Zielgruppe oder den Zielgruppen, an die sich das Angebot richtet, gemacht werden. Weiterhin wird konkretisiert, dass der Anbietende Angaben zur Gewährleistung für eine dauerhaft ordnungsgemäße Durchführung des Angebots machen muss und keine Anhaltspunkte für eine Gefährdung der Pflegebedürftigen sowie Pflegepersonen oder Helfende im Rahmen der Durchführung des Angebots bestehen.

Ergänzt werden zudem Regelungen zum Erwerb einer zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation und von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen.

Die Anerkennung von Angeboten zur Entlastung im Alltag, bei denen die praktische Unterstützung von Pflegebedürftigen im Alltag im Vordergrund steht, werden vereinfacht. Als Nachweis ist im Rahmen der Anerkennung für Angebote, die sich an alle Pflegebedürftigen richten, ausreichend, wenn eine verlässliche und sachgerechte Ausführung der angebotenen Leistungen sichergestellt wird. Zudem hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen für Angebote zur Entlastung im Alltag, die im Schwerpunkt praktische Unterstützung im Haushalt anbieten, eine Empfehlung zu beschließen, wann die Voraussetzungen als erfüllt anzusehen sind. Dabei ist sicherzustellen, dass die Helfenden über ausreichendes Wissen verfügen, um auf hierfür bestehende weitere Beratungs- und Unterstützungsstrukturen im Bereich Pflege hinweisen zu können.
Die Angebote zur Unterstützung im Alltag durch Einzelhelfende (personenbezogen anerkannte Einzelhelfende oder sog. Nachbarschaftshelfer), die nur eine eng begrenzte Anzahl jeweils persönlich benannter Pflegebedürftiger unterstützen, werden gesondert geregelt. Es wird klargestellt, dass die Veröffentlichung von Angaben zu den Angeboten personenbezogen anerkannter Einzelhelfenden in einer Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 freiwillig ist und diese Veröffentlichung nur mit ausdrücklicher Zustimmung erfolgen darf.

Die bisherige Regelung zur Ermächtigung der Landesregierungen zum Erlass von Rechtsverordnungen wird im Absatz 6 neu gefasst. Ergänzt wird die Ermächtigung um die nähere Bestimmung der Vorgaben für die Anerkennung von Angeboten personen-

bezogen anerkannter Einzelhelfender als Angebote zur Unterstützung im Alltag. Weiterhin wird die Ermächtigung um Bestimmung zu Maßnahmen zu einer regelmäßigen Überprüfung der weiterhin bestehenden Erfüllung der Anerkennungsvoraussetzungen bei anerkannten Angeboten erweitert. Der Niedrigschwelligkeit der Angebote zur Unterstützung im Alltag ist dabei Rechnung zu tragen.

B Stellungnahme

Da es im Rahmen der Anerkennung Auslegungsschwierigkeiten gab, sorgt die Änderung für eine Klarstellung und ist sachgerecht. Das Anerkennungsverfahren für Betreuungsangebote sollte damit nachvollziehbarer werden. Da es sich um niedrigschwellige Angebote handelt, ist eine zwingende Begleitung durch Pflegefachpersonen nicht immer erforderlich.

Angebote zur Unterstützung im Alltag haben bereits heute über ein Konzept zu verfügen. Die Ergänzung des Konzeptes um Angaben zur Verfügbarkeit des Angebots und zu der Zielgruppe oder den Zielgruppen sind insbesondere für pflegebedürftige Menschen relevant, die sich für die Angebote interessieren und nutzen wollen.

Im Sinne des Schutzes der Interessen der pflegebedürftigen Personen sowie der Pflegepersonen oder Helfenden ist es sachgerecht, dass vom Anbieter Angaben zur Gewähr für eine dauerhaft ordnungsgemäße Durchführung des Angebots gefordert werden. Dass keine Anhaltspunkte für eine Gefährdung der Pflegebedürftigen sowie Pflegepersonen oder Helfende im Rahmen der Durchführung des Angebots bestehen, sollte grundsätzlich selbstverständlich sein. Eine Gefährdung, insbesondere besonders vulnerabler Zielgruppen, ist zwingend auszuschließen. Insofern sind die Änderungen im Anerkennungsverfahren begrüßenswert.

Bei niedrigschwelligen Angeboten, bei denen die praktische Unterstützung von Pflegebedürftigen im Alltag im Vordergrund steht, kann es als ausreichend angesehen werden, wenn im Anerkennungsverfahren dargelegt wird, dass eine verlässliche und sachgerechte Ausführung der angebotenen Leistungen sichergestellt ist. Näheres wird zudem in der Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes zu regeln sein. Die Zahl der sog. Nachbarschaftshelfer steigt zunehmend. Insofern ist es nachvollziehbar, eigene Anerkennungsregelungen hierfür zu treffen, zumal deutliche Unterschiede in der Regelungspraxis auf der Ebene der Rechtsverordnungen in den Ländern erkennbar geworden sind.

Die Bestrebungen des Gesetzgebers, die Entwicklung von Unterstützungsstrukturen vor Ort zu befördern und ein Engagement in der Nachbarschaftshilfe möglichst vielen Personen zu ermöglichen, sind zu begrüßen. Es geht darum, vor Ort und im Quartier nicht nur die notwendigen Angebote aufzubauen, sondern auch genügend Personen zu motivieren und ihr Engagement zu unterstützen, damit im Sinne von „Caring Communities“ perspektivisch sorgende Gemeinschaften vor Ort entstehen können. Dazu ist

die Ausgestaltung der Regelungen für einen niedrigschwelligen Zugang und eine praxisnahe Umsetzung geeignet, um insbesondere mehr Angebote zur praktischen Unterstützung im Haushalt zu ermöglichen und die Zahl von Nachbarschaftshelfenden zu erhöhen. Allerdings wirken die Regelungen für die Einzelhelfenden, die eine begrenzte Anzahl von benannten pflegebedürftigen Personen unterstützen, sehr kleinteilig und bürokratisch.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 27 § 45c SGB XI Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die für die Förderung des Auf- und Ausbaus von Angeboten zur Unterstützung im Alltag zur Verfügung stehenden Mittel aus dem Ausgleichsfonds werden von 25 Mio. Euro auf 60 Mio. Euro je Kalenderjahr erhöht. Das Fördervolumen wird insgesamt auf 100 Mio. Euro ausgeweitet. Der Förderanteil der Pflegeversicherung wird von bisher 50 Prozent auf 60 Prozent der für die jeweilige Fördermaßnahme insgesamt geleisteten Fördermittel erhöht. Der Zuschuss vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme beträgt demnach 40 Prozent. Neben der Projektförderung wird eine dauerhafte Förderung als Möglichkeit aufgeführt. Die beispielhafte Aufzählung wird ergänzt. Es werden Kosten benannt, die verbunden sind mit einer Begleitung oder Supervision der Helfenden, mit einer Schulung oder Fortbildung der Helfenden, mit Aufwendungen für einen angemessenen Versicherungsschutz oder mit einer Vernetzung mit Pflegebedürftigen, Pflegepersonen oder mit anderen Helfenden. Die Tagesbetreuung wird zudem gesondert aufgeführt. Als förderfähig werden notwendige Personal- und Sachkosten für die Gestaltung von Gruppenbetreuungsangebotes, das Anbieten eines Fahrdienstes und das Vorhalten angemessener Räume bei Angeboten der Tagesbetreuung aufgenommen.

Neben den Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der erforderlichen Hilfen werden auch die Möglichkeiten einer Weiterentwicklung der erforderlichen Hilfen für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige und andere Gruppen von Pflegebedürftigen benannt. Zusätzlich werden die Weiterentwicklung und Erprobung von Möglichkeiten einer Versorgung von Pflegebedürftigen über Nacht geschaffen.

Die Landesregierungen erhalten das Recht, die Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen auf oberste Landesbehörden zu übertragen. Zudem wird die bisher in Absatz 9 geregelte Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken aufgehoben und in den neuen § 45e überführt.

B Stellungnahme

Mit der Erhöhung der Fördersumme der Pflegekassen auf 60 Mio. Euro je Kalenderjahr und der Möglichkeit, eine dauerhafte Förderung für Angebote der Unterstützung im Alltag zu etablieren, wird ein Strukturaufbau und eine Verstetigung von wichtigen Unterstützungsmöglichkeiten von pflegebedürftigen Menschen und ihren Pflegepersonen vor Ort in den Blick genommen. Hierzu zählen die Schaffung und der Ausbau von Angeboten der Tagesbetreuung und Gruppenangebote als auch die Nachtbetreuung für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige. Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt.

Ebenso werden die Finanzierungsströme klarer geregelt, da keine Übertragung von in einem Jahr nicht genutzten Fördermitteln zur Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken mehr stattfindet.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 28 § 45d SGB XI Förderung der Selbsthilfe in der Pflege, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift wird in sechs Absätze neu gegliedert, um die Regelungen übersichtlicher zu gestalten.

Die Fördermittel zum Auf- und Ausbau und zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen werden von 0,15 Euro je Versicherten auf 0,20 Euro je Versicherten erhöht. Davon werden 0,16 Euro nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder aufgeteilt. Die restlichen 0,04 Euro je Versicherten (bisher 0,01 Euro) werden zur Verfügung gestellt, ohne dass es einer Mitfinanzierung durch ein Land oder eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf.

Die Förderung über den GKV-Spitzenverband ohne Ko-Finanzierung als Gründungszuschüsse neuer Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen sowie die Förderung der bundesweiten Tätigkeiten und Strukturen dieser Organisationen wird ein eigener Mittelbestand und steht von Beginn an zur Förderung zur Verfügung. Ebenfalls wird der Bewilligungszeitraum auf drei bis fünf Jahre verlängert, wobei auch je nach Einzelfall kürzere Förderzeiten möglich sind.

Die bisherigen Regelungen hinsichtlich der Anwendung des § 45c sowie der Förderung nach § 20h SGB V gelten unverändert.

B Stellungnahme

Die Vereinfachung und Verstetigung der bundesweiten Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen wird begrüßt. Dies ermöglicht eine bessere Vernetzung der bestehenden Selbsthilfeorganisationen und -kontaktstellen, die wiederum die Selbsthilfegruppen vor Ort unterstützen. Für Unterstützungsstrukturen für pflegebedürftige Menschen und ihre An- und Zugehörigen vor Ort ist der Zugang zur Selbsthilfe sehr wichtig. Neben dem Aufbau von professionellen Strukturen wie z. B. zur Unterstützung im Haushalt und der Förderung von Einzelhelfenden, wie sie im § 45a SGB XI (neu) nun vorgesehen, sind auch möglichst flächendeckende Selbsthilfestrukturen in der Pflege wesentlicher Teil, um funktionierende „Caring Communities“ im Sinne von sorgenden Gemeinschaften mit Leben zu erfüllen.

Die Erhöhung des nominalen Förderbetrags der Pflegeversicherung ist aufgrund der Preisentwicklung in den vergangenen Jahren sachgerecht.

Durch die Neustrukturierung und teilweise Neuformulierung der Absätze sind jedoch Unklarheiten entstanden. Es bleibt unklar, inwieweit „Aufbau“ in Absatz 1 Satz 1 und

„Gründungszuschüsse“ in Absatz 4 Satz 1 dasselbe meinen oder sich auf zwei verschiedene Tatbestände beziehen. Wenn dasselbe gemeint ist, nämlich die Erstgründung von Selbsthilfegruppen, -organisationen oder -kontaktstellen, dann resultiert hieraus eine Doppelfinanzierung, die abzulehnen ist. Daher ist es notwendig, im Absatz 1, Absatz 3 und Absatz 4 entsprechende Klarstellungen vorzunehmen, welcher Teil der Förderung sich auf Ausbau, d. h. die Förderung der Tätigkeit (pauschale Unterstützung) der Aktivitäten von Selbsthilfegruppen, -organisationen oder -kontaktstellen bezieht, und welcher Teil der Förderung Gründungszuschüsse zum Ziel hat.

Darüber hinaus ist es zielführend, Tätigkeiten von Selbsthilfekontaktstellen – aufgefasst als Projekte – nicht auf Bundesebene zu beschränken, sondern auch die Förderung durch den GKV-Spitzenverband auf Landesebene zuzulassen. Somit wird eine klare Zweiteilung der Förderung hergestellt: einerseits den Ausbau und die reguläre Strukturförderung (Regelförderung) von Selbsthilfegruppen, -organisationen oder -kontaktstellen auf Landesebene durch die gemeinsame Förderung durch Pflegekassen sowie Länder und Kommunen, und andererseits eine Gründungsförderung und die Förderung von spezifischen Projekten, die beim GKV-Spitzenverband angesiedelt ist. Dies würde ebenfalls zu einer Vereinfachung der Förderprüfungen auf Landesebene führen und zahlt auf die von vielen Akteuren gewünschte Beschleunigung des Verfahrens auf Landesebene ein.

In der Überschrift wird auf Verordnungsermächtigungen verwiesen. Diese Ermächtigung wird allerdings nicht ausgeführt, sondern ist nur über den Verweis auf die Vorgaben des § 45c Absatz 7 Satz 5 impliziert. Die Ermächtigung ist sinnvollerweise direkt zu ergänzen; zur Klarstellung sind die antragsberechtigten Organisationen mit aufzunehmen. Der Vorschlag beruht auf der Erfahrung, dass die Rechtsverordnungen der Länder unterschiedliche Vorgaben zu den antragsberechtigten Organisationen vorsehen und damit wichtige Selbsthilfeorganisationen auf Landesebene von der Förderung ausgeschlossen wurden.

C Änderungsvorschlag

Absatz 1 Satz 1 lautet wie folgt:
„Je Kalenderjahr werden Fördermittel im Umfang von 0,20 Euro pro Versicherten zur Verfügung gestellt, um Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zum Ziel gesetzt haben, zu fördern.“

Absatz 3 Satz 1 lautet wie folgt:
„Von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Fördermitteln werden Mittel im Umfang von 0,16 Euro pro Versicherten nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder aufgeteilt, um den Ausbau und die Strukturen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zu unterstützen, die eine Förderung durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft ergänzen.“

In Absatz 3 wird der folgende Satz angefügt:
„Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen für Unterstützung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zu bestimmen."

Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt gefasst.
„Von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Fördermitteln werden Mittel im Umfang von 0,04 Euro pro Versicherten als Gründungszuschüsse für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zur Verfügung gestellt, sowie um Tätigkeiten und Projekte zu fördern, ohne dass es einer Mitfinanzierung durch ein Land oder eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf."

Absatz 4 Satz 1 zweiter Halbsatz (nach dem Semikolon) wird gestrichen.

Nr. 29 § 45e SGB XI Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Regelung in § 45c Absatz 9 wird in fünf Absätzen neu gliedert und erweitert.

Der pro Netzwerk maximal zur Verfügung stehende Förderbetrag wird um 20 Prozent auf 30.000 Euro je Kalenderjahr erhöht. Die Landesverbände der Pflegekassen haben die Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke künftig jährlich bis zum 30. November für das Folgejahr zu erstellen.

Statt bisher auf den Internetseiten der Landesverbände der Pflegekassen sind die Übersichten künftig durch die vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu errichtende Geschäftsstelle auf einer eigenen Internetseite gebündelt zu veröffentlichen.

Die Geschäftsstelle wird für fünf Jahre errichtet. Dafür steht insgesamt jährlich maximal eine Million Euro zur Verfügung. Die Geschäftsstelle agiert bundesweit.

B Stellungnahme

Die Erhöhung der Netzwerkförderung wird begrüßt. Der Ausbau und die Verstetigung von Netzwerken vor Ort, die pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen unterstützen, ist ein Teil der Pflege- und Unterstützungsstrukturen vor Ort. Sie stellen einen Baustein für die Umsetzung von Caring Communities als Sorgende Gemeinschaften vor Ort dar.

Die Errichtung einer Geschäftsstelle ist abzulehnen. Die Sinnhaftigkeit einer Geschäftsstelle, die jährlich bis zu eine Million Euro aus dem für die Förderung zur Verfügung stehenden Mitteln abzieht, ist nicht nachvollziehbar. Die Aufgaben der Geschäftsstelle werden heute von den Pflegekassen bzw. den Landesverbänden der Pflegekassen bereits übernommen. Die Pflegekassen sind erste Ansprechpartner und unterstützen bei Netzwerkgründungen und der flächendeckenden Etablierung von Netzwerken. Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen zudem die Übersicht über die geförderten regionalen Netzwerke, aktualisieren diese mindestens einmal jährlich und veröffentlichen sie auf den eigenen Internetseite.

Nicht nachvollziehbar ist zudem, weshalb eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Geschäftsstelle nach allgemeinen wissenschaftlichen Standards erforderlich wird. Das ist ein nicht sachgerechter Einsatz von finanziellen Mitteln der Beitragszahlenden, die nicht mehr für die Förderung von Netzwerken genutzt werden können.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 1 neu wird Satz 4 gestrichen.

Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen jährlich bis zum 30. November für das Folgejahr eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite.“

Absatz 5 ist zu streichen.

Nr. 29 § 45f SGB XI Anspruch auf Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags

A Beabsichtigte Neuregelung

Der bisher in § 45a Absatz 4 geregelte Umwandlungsanspruch wird neu in drei Absätzen gegliedert und weitgehend unverändert übernommen.

Der maximale Betrag für die Umwandlung wird von bisher 40 Prozent auf 50 Prozent des jeweiligen Höchstleistungsbetrags nach § 36 erhöht.

Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 36 abrechnen, werden verpflichtet, auf Wunsch der Pflegebedürftigen unverzüglich nach Erstellung der Abrechnung in Textform eine Mitteilung über die Höhe der zur Abrechnung eingereichten Leistungen und den Monat, auf den sich die Abrechnung bezieht, auszuhändigen oder zu übermitteln. Im Zusammenhang mit der Neuregelung des Anspruchs auf Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags gemäß § 45g wird klargestellt, dass beide Ansprüche nebeneinander und ohne gegenseitige Anrechnung genutzt werden können, jedoch nicht für dasselbe Unterstützungsangebot.

B Stellungnahme

Die Änderung wird begrüßt. Durch die damit verbundene höhere Flexibilität der Nutzung der Leistungsbeträge auch für passgenaue niedrigschwellige Alltagsangebote und die Transparenz über den noch zur Verfügung stehenden Sachleistungsanspruch unterstützen pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen bei einer passgenauen und stabilen Gestaltung des Versorgungssettings.

Die Transparenz hinsichtlich der von der ambulanten Pflegeeinrichtung abgerechneten Leistungen sollte eigentlich eine Selbstverständlichkeit im vertrauensvollen Verhältnis zwischen ambulanter Pflegeeinrichtung und pflegebedürftige Menschen sein und generell gelten, nicht nur im Zusammenhang mit dem Umwandlungsanspruch von ambulanten Sachleistungen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 29 § 45g SGB XI Anspruch auf Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags

A Beabsichtigte Neuregelung

Nehmen Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2, die häuslich gepflegt werden, Leistungen eines nach Landesrecht anerkannten Angebots zur Unterstützung in Anspruch, das eine regelmäßige mehrstündige Betreuung in Gruppen anbietet, können sie für die dafür angefallenen Aufwendungen bis zu 50 Prozent des für den Pflegegrad vorgesehenen Höchstbetrag der teilstationären Pflege nach § 41 verwenden, soweit für diesen noch keine Tagespflegeleistungen in Anspruch genommen wurden. Eine vorherige Antragstellung ist nicht erforderlich. Dazu wird ergänzend geregelt, dass eine Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags für die Erbringung von Leistungen durch Tagespflegeeinrichtungen ausgeschlossen ist.

Der Entlastungsbetrags nach § 45b kann unabhängig in Anspruch genommen werden.

Tagespflegeeinrichtungen werden verpflichtet, auf Wunsch des pflegebedürftigen Menschen unverzüglich nach Erstellung der Abrechnung in Textform eine Mitteilung über die Höhe der zur Abrechnung eingereichten Leistungen und den Monat, auf den sich die Abrechnung bezieht, auszuhändigen oder zu übermitteln.

B Stellungnahme

Die Umwandlung des hälftigen Leistungsbetrags der Tagespflege wird begrüßt. Die Verfügbarkeit von Tagespflegeangeboten ist nicht in allen Regionen sichergestellt, mit der Folge, dass pflegebedürftige Menschen nicht immer ihren Leistungsanspruch auf Tagespflege einlösen können. Hier stellen nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Gruppenangebote, die eine mehrstündige Betreuung anbieten, ein ergänzendes beziehungsweise ein alternatives Angebot dar. Um die Inanspruchnahme zu stärken und damit zu einer Entlastung der häuslichen Pflegesituation beizutragen, ist eine flexiblere Nutzung des Leistungsanspruchs sachgerecht.

Mit dem Pflegestärkungsgesetz I wurden Anreize zur Schaffung von teilstationären Pflegeangeboten geschaffen. Es ist darauf zu achten, dass pflegebedürftige Menschen auch den umgewandelten Sachleistungsanspruch für die vom Land anerkannten niedrigschwellige Gruppenangebote von Tagespflegeeinrichtungen nutzen können gleichermaßen, wie sie bereits den umgewandelten Pflegesachleistungsanspruch nach § 36 für die vom Land anerkannten niedrigschwelligen Angebote des Pflegedienstes einsetzen können.

Die Transparenz hinsichtlich der von der Tagespflegeeinrichtung abgerechneten Leistungen sollte eigentlich eine Selbstverständlichkeit im vertrauensvollen Verhältnis

zwischen Einrichtung und pflegebedürftige Menschen sein und generell gelten und nicht nur im Zusammenhang mit dem Umwandlungsanspruch.

C Änderungsvorschlag

In § 45g Absatz 2 wird Satz 5 gestrichen.

Nr. 30 § 45h SGB XI Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um die bisherige Regelung des § 38a. Die Regelung wurde unverändert übernommen. Ergänzt wurde die Regelung um die bisher in § 28a enthaltene Bestimmung über die Anwendbarkeit für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1.

B Stellungnahme

Die Verschiebung der Regelung in den Sechsten Abschnitt des Vierten Kapitels sowie die Ergänzung um die Anwendbarkeit für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 sind sachgerecht.

Auch ambulant betreute Wohngruppen sind gemeinschaftliche Wohnformen; sie sind trotz fehlender Legaldefinition von gemeinschaftlichen Wohnformen im Pflegeversicherungsrecht von diesen leistungs- und vertragsrechtlichen Regelungen des §§ 45j und 92c ausgeschlossen. Für die Akzeptanz solcher ausdifferenzierter Leistungsansprüche in ambulanten Wohnformen mit vollstationärer Versorgungssicherheit sind Begründungszusammenhänge nachvollziehbar darzulegen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 31 § 47b neu SGB XI Aufgabenerledigung durch Dritte

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung des neuen § 47b SGB XI wird für die Pflegekassen eine Rechtsgrundlage zur Auslagerung von Aufgaben auf private Dritte geschaffen. Insofern wird den Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 30.08.2023 (B 3 A 1/23 R und B 3 A 1/22 R) Rechnung getragen. Die Regelung orientiert sich dabei an § 197b SGB V und § 97 Absatz 1 Satz 1 SGB X.

Daneben bleiben die weiteren Möglichkeiten zur Auslagerung von Aufgaben wie u. a. nach § 88 SGB X an einen anderen Leistungsträger oder seinen Verband und nach § 94 SGB X an eine Arbeitsgemeinschaft unberührt.

B Stellungnahme

Die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage zur Auslagerung von Aufgaben der gesetzlichen Pflegekassen auf private Dritte im Rahmen der gesetzlichen Konkretisierung wird ausdrücklich begrüßt.

Es wird darauf hingewiesen, dass das Bundessozialgericht mit den Entscheidungen vom 30.08.2023 (B 3 A 1/23 R und B 3 A 1/22 R) eine nähere Differenzierung, wann eine Aufgabe zu den „wesentlichen Aufgaben zur Versorgung der Versicherten“ gehört und ihre Erledigung deshalb gemäß § 197b SGB V nicht in Auftrag gegeben werden darf, unmittelbar durch den Gesetzgeber angeregt hat (Rn. 26 bzw. 27). Die Gründe, die für eine Konkretisierung von § 197b SGB V gesprochen haben, bestehen ebenso in der sozialen Pflegeversicherung. Diesem Auftrag wird der – dem Grunde nach begrüßenswerte – Gesetzesentwurf noch nicht vollständig gerecht.

Vorgeschlagen wird deshalb eine gesetzliche Konkretisierung, ohne die Möglichkeiten und Grenzen einer zulässigen Aufgabenerledigung durch Dritte grundsätzlich zu verändern. Mit dem Ausschluss der Wahrnehmung von Aufgaben, die unmittelbar die Leistungsgewährung an Versicherte nach dem vierten Kapitel betreffen, wird die vom BSG geforderte Differenzierung umgesetzt, wonach die Versicherten unmittelbar berührende qualifizierte Sachbearbeitungen mit inhaltlicher Prüfung der versicherungs- und leistungsrechtlichen Voraussetzungen nicht an Dritte übertragen werden dürfen (Rn. 28 bzw. 29). Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die alleinige, ausschließliche und abschließende Entscheidung über zugrundeliegende Leistungsansprüche der Versicherten bei der Pflegekasse verbleibt.

Von der Änderung unberührt bleiben zum einen die weiteren Möglichkeiten zur Auslagerung von Aufgaben wie u. a. nach § 88 SGB X an einen anderen Leistungsträger oder seinen Verband und nach § 94 SGB X an eine Arbeitsgemeinschaft. Dies gilt

ebenso für die bisher bestehende Möglichkeit der Beauftragung einer juristischen Person des privaten Rechts, über die die Pflegekasse eine ähnliche Kontrolle ausübt wie über ihre eigenen Dienststellen, bleibt ebenso unberührt (vgl. § 108 GWB, i. E. ebenso LSG Hamburg vom 29.11.2012, Az.: L 1 KR 156/11 KL, Rn. 70). Eine entsprechende Klarstellung auch letztgenannter Konstellation in der Gesetzesbegründung wird als ausreichend angesehen und insofern vorgeschlagen.

C Änderungsvorschlag

Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Aufgaben, die unmittelbar die Leistungsgewährung an Versicherte nach dem vierten Kapitel betreffen, dürfen nicht in Auftrag gegeben werden."

Die Gesetzesbegründung wird wie folgt ergänzt:

„Es wird klargestellt, dass auch die bisher bestehende Möglichkeit der Beauftragung einer juristischen Person des privaten Rechts, über die die Pflegekasse eine ähnliche Kontrolle ausübt wie über ihre eigenen Dienststellen, ebenso unberührt bleibt (vgl. § 108 GWB, i. E. ebenso LSG Hamburg vom 29.11.2012, Az.: L 1 KR 156/11 KL, Rn. 70)."

Nr. 32 § 69 SGB XI Sicherstellungsauftrag

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen haben beim Abschluss von Versorgungsverträgen sowie Vergütungsvereinbarungen ihre eigenen Erkenntnisse zur Evaluation der regionalen Versorgungssituation, Empfehlungen der Landespflegeausschüsse sowie, wenn vorhanden, Empfehlungen der regionalen Pflegekonferenzen oder entsprechender regionaler Gremien als auch Anzeigen von Pflegeeinrichtungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zu berücksichtigen.

Zur Gewährleistung des Sicherstellungsauftrages können Pflegekassen Verträge mit Einzelpflegekräften abschließen oder diese selbst anstellen.

B Stellungnahme

Die gesetzliche Neuregelung ist sachgerecht und stellt klar, dass die neu eingeführten Aufgaben der Pflegekassen, wie bspw. die Evaluation der regionalen Versorgungssituation oder Erkenntnisse aus den Anzeigen der Pflegeeinrichtungen nach § 73a, künftig bei der Umsetzung des Sicherstellungsauftrags zu berücksichtigen sind. Dies stellt den Zusammenhang mit den Regelungen des § 12 Absatz 2 SGB XI (neu) her, über den eine engere Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen und Kommunen bei der kommunalen Pflegestrukturplanung durch die Bereitstellung von Daten der Pflegekassen (perspektivisch der Kranken- und Pflegekassen) ermöglicht wird. Wenn wie im § 9 SGB XI (neu) vorgesehen, Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 3 SGB XI (regionale Pflegekonferenzen) durch landesrechtliche Regelungen zukünftig als Bestandteil der Pflegestrukturplanung anzusehen sind und somit aufgewertet werden, dann ergibt sich daraus eine bessere Verzahnung in der Planung der Pflegeinfrastruktur zwischen den Kommunen und den Pflegekassen. Dies zahlt somit auch auf die Gewährleistung des Sicherstellungsauftrages der Pflegekassen ein.

Die Pflegekassen haben bereits zur Gewährleistung des Sicherstellungsauftrags nach § 77 umfassende Möglichkeiten, Verträge mit Einzelpflegekräften abzuschließen oder diese selbst anzustellen. Eine weitere gesetzliche Normierung mit demselben Sachverhalt resp. Sicherstellungsauftrag ist nicht sachgerecht. Der letzte Satz in Absatz 2 ist daher zu streichen.

C Änderungsvorschlag

In § 69 Absatz 2 wird Satz 2 gestrichen.

Nr. 33 § 72 SGB XI Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Empfehlungen der Landespflegeausschüsse nach § 8a SGB XI sind von den Landesverbänden der Pflegekassen vor Abschluss eines Versorgungsvertrages zu berücksichtigen. 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. Davon unberührt bleibt die marktwirtschaftliche Orientierung des Vertragsrechts der sozialen Pflegeversicherung.

Zudem werden betroffenen Pflegeeinrichtungen bei Änderungen von Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nach deren Veröffentlichung durch die Pflegekassen künftig drei statt bislang zwei Monate für die Umsetzung gewährt. Zugleich wird die Umsetzungsfrist bei Änderungen des regional üblichen Entlohnungsniveaus beziehungsweise der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge um einen Monat verlängert.

B Stellungnahme

Unter Verweis auf die Kommentierung zu § 8a wird die gesetzgeberische Intention begrüßt. Die neu aufgenommene Berücksichtigungspflicht ist in § 8a Absatz 5 bereits angelegt. Intendiert ist eine bessere Verzahnung der Pflegestrukturplanung auf Landes- und kommunaler Ebene mit der Zulassung von Pflegeeinrichtungen zur Versorgung durch die Pflegekassen. Allerdings werden die Kriterien der Zulassung nicht materiell verändert und eine eventuell vorliegende Pflegestrukturplanung wird auch nicht mit der Pflicht zur Berücksichtigung zu einer verpflichtenden Planungsgrundlage.

In ihrer jetzigen Ausprägung stellt die Regelung keine Abkehr vom Kontrahierungszwang dar und wird auch keine wahrnehmbare Wirkung entfalten können.

Darüber hinaus ist die Änderung des Zeitrahmens bei den Tariftreueregelungen sachgerecht. Den beteiligten Akteuren wird dadurch für den etwaigen Abschluss angepasster Vergütungsvereinbarungen eine angemessenere Zeitspanne eingeräumt. Zudem kann durch eine Verschiebung der Umsetzungsfrist für die jährlich von den Pflegekassen neu zu veröffentlichen regional üblichen Entlohnungsniveaus auch eine zeitliche Entzerrung der Verhandlungszeitpunkte erwirkt werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 34 § 73a SGB XI Sicherstellung der pflegerischen Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund dieser gesetzlichen Neuregelung haben zugelassene Pflegeeinrichtungen im Fall einer absehbaren oder bereits eingetretenen wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung die Verpflichtung, diese umgehend bei den Pflegekassen anzuzeigen. Damit soll die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen in absehbaren oder bereits eingetroffenen Krisensituationen besser gewährleistet werden.

In der Konsequenz haben die Pflegekassen gemeinsam mit der Pflegeeinrichtung und den weiteren Beteiligten an der pflegerischen Versorgung vor Ort Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung für die Pflegebedürftigen zu prüfen. Dabei können auch kurzfristige Abweichungen von zulassungsrechtlichen Vorgaben sowie den vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmalen einschließlich der Personalausstattung gewährt werden. Bei längerfristigen Beeinträchtigungen sind die bestehenden Instrumente und Mittel des Vertragsrechts anzuwenden.

Flankiert wird diese Anzeigeverpflichtung der Pflegeeinrichtungen durch eine regelmäßige Berichtspflicht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen an das Bundesministerium für Gesundheit zu den Entwicklungen in den pflegerischen Versorgungsstrukturen. Der Bericht ist nach Bundesländern zu differenzieren und soll neben den numerischen Angaben auch Bewertungen der Pflegekassenverbände zur Versorgungssituation in den einzelnen Ländern erhalten.

B Stellungnahme

Mit dieser Neuregelung wird die auf die COVID-19-Pandemie konzentrierte und für deren Dauer befristete Vorschrift in § 150 Absatz 1 in generalisierter Form dauerhaft gesetzlich verankert. Die Meldeverpflichtung der Pflegeeinrichtungen bei Beeinträchtigung ihrer Leistungserbringung sowie der damit zusammenhängenden Reaktionsmöglichkeiten der Pflegekassen und weiterer Beteiligten ist sachgerecht und dient der Gewährleistung der pflegerischen Versorgung in absehbaren oder bereits eingetroffenen erheblichen Krisensituationen.

Besonders zu begrüßen ist die zusätzliche Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen, auch interne Gegebenheiten wie bspw. wirtschaftliche Schwierigkeiten, die den weiteren Betrieb der Pflegeeinrichtung in der vertraglich vereinbarten Form gefährden, den Pflegekassen mitzuteilen. Dadurch wird gesetzlich normiert, dass nicht nur Naturkatastrophen oder schwerwiegende Infektionsausbrüche gegenüber den Pflegekassen anzuzeigen sind, sondern auch Informationen zu wirtschaftlichen Notlagen oder drohenden Insolvenzen von Pflegeeinrichtungen.

Neben der Notwendigkeit, Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung für die Pflegebedürftigen gemeinsam mit allen daran vor Ort beteiligten Akteuren zu prüfen, wird mit dieser Regelung den Pflegekassen zusätzlich ein erweiterter Handlungsspielraum eröffnet. Damit können die Pflegekassen kurzfristige Abweichungen von zulassungsrechtlichen Vorgaben sowie den vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmalen einschließlich der Personalausstattung den Pflegeeinrichtungen gewähren. Diese gesetzliche Neuregelung bietet den Pflegekassen gewisse Vertragsspielräume bei besonders herausfordernden Situationen von Pflegeeinrichtungen und ermöglicht zudem vorübergehend von bestehenden gesetzlichen Regelungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung abzuweichen.

Die Berichtspflicht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Entwicklung der Versorgungsverträge in den Bundesländern ist zu begrüßen, um regelmäßig einen bundesweiten Überblick über die Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge in der voll- und teilstationären sowie der ambulanten pflegerischen Versorgung inklusive der Anzahl der vertraglich vereinbarten Pflegeplätze in den einzelnen Versorgungsbereichen zu erhalten. Dadurch wird es den Pflegekassen ermöglicht, ein Monitoring zur aktuellen Versorgungssituation zu flankieren und damit erstmals auch Informationen über Gründe für Zulassungsrückgaben von Pflegeeinrichtungen abzubilden. Dennoch sollte sich aber bei der Berichtspflicht der Pflegekassen im Wesentlichen auf die Erhebung der Daten zur Anzahl der zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie auf die Übermittlung von Gründen für Zulassungsrückgaben beschränkt werden, um auch für die Pflegekassen ein ressourcenschonendes, aber dennoch aussagekräftiges Monitoring zu etablieren. Ergänzend ist die regelmäßige Analyse auf Basis der den Pflegekassen zur Verfügung stehenden Versorgungsdaten zur Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgung nach § 12 Absatz 2 mit diesem Monitoring zu verknüpfen; die Informationen aus dem Monitoring stellen auch wichtige Informationen zur Erarbeitung von Empfehlungen der Ausschüsse nach §§ 8a Absatz 1 und 3 dar (siehe auch Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 11 § 12 SGB XI).

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 35 § 78a SGB XI Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Absatz 1 wird der Zeitpunkt, ab wann der Anspruch auf digitale Pflegeanwendungen wirksam wird, konkretisiert. Es gilt der vereinbarte Zeitpunkt für die Geltung der Vergütungsvereinbarung.

Im Absatz 4 wird die Nachweispflicht des pflegerischen Nutzens vereinfacht und ergänzt. Insofern unterstützt die digitale Pflegeanwendung die pflegenden Angehörigen oder sonstige ehrenamtlich Pflegende dabei, dass die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen stabilisiert wird oder pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende dadurch entlastet werden.

Nach Absatz 5 sind die Anträge der Hersteller abzulehnen, sofern keine vollständigen Unterlagen vorliegen und der Hersteller keine Erprobung beantragt hat.

Der Absatz 6 legt fest, dass für digitale Pflegeanwendungen, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende unterstützen, der Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation des Pflegebedürftigen oder der Entlastung für pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende dienen, in der Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit ergänzend Näheres als Anforderungen für digitale Pflegeanwendungen zu regeln ist. Ebenfalls dort festzulegen sind die vom Hersteller bei fehlendem Nachweis zu begründenden Erfordernisse des pflegerischen Nutzens für digitale Pflegeanwendungen, die zur Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation oder Entlastung der pflegenden Angehörigen dienen sowie Vorgaben zu dem beizufügenden Evaluationskonzept.

Der neue Absatz 6a ermöglicht dem Hersteller eine Erprobung der digitalen Pflegeanwendung bis zu 12 Monate und die Beantragung einer vorläufigen Aufnahme in das Verzeichnis, sofern dieser bei der Beantragung auf Zulassung einer digitalen Pflegeanwendung keinen pflegerischen Nutzen oder keine Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation oder keine Entlastung der pflegenden Angehörigen nachweisen kann. Dem Antrag sind eine plausible Begründung für die Wirkungen und ein von einer herstellerunabhängigen Institution erstelltes wissenschaftliches Evaluationskonzept zum Nachweis dieser Wirkungen beizufügen. Mit Ablauf der Erprobungsphase sind vom Hersteller die Nachweise für die Wirkungen der erprobten digitalen Pflegeanwendung vorzulegen. Liegen die Nachweise weiterhin nicht vor, kann der Erprobungszeitraum um weitere 12 Monate verlängert werden.

B Stellungnahme

Die Änderung im Absatz 1, dass Vergütungsverhandlungen zwischen Herstellern und Kostenträgern direkt nach Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufzunehmen sind, ist sachgerecht.

Die Änderung im Absatz 3 stellt eine notwendige Folgeänderung zu der Änderung des § 40a Absatz 1a Satz 1 dar. Die Öffnung der digitalen Pflegeanwendung für die Nutzung durch pflegende Angehörige oder ehrenamtlich Helfende für eine Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation oder zur Entlastung der pflegenden Angehörigen ist zu begrüßen. Damit kann ein Beitrag zur Stärkung des häuslichen Pflegesettings und für das Engagement der pflegenden Angehörigen und ehrenamtlich Helfenden geleistet werden. Die Änderung führt dazu, dass Hersteller die Wahl haben, ob die Zulassung einer digitalen Pflegeanwendung mit einem Nachweis eines pflegerischen Nutzens oder mit einem Nachweis der Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation des Pflegebedürftigen oder der Entlastung pflegender Angehöriger oder sonstiger ehrenamtlich Pflegender beantragt wird. Da es bisher keine zugelassene digitale Pflegeanwendung gibt, die einen pflegerischen Nutzen nachweisen kann, ist zu befürchten, dass sich mit der Öffnung für Anwendungen, die keinen pflegerischen Nutzen nachweisen müssen, auch keine Änderung einstellt. Es ist eine Konzentration auf digitale Pflegeanwendungen für pflegende Angehörige oder ehrenamtlich Helfende zu erwarten.

Bei den Anpassungen im Absatz 5 handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund der im Absatz 6a neu geregelten Möglichkeit einer Erprobungsphase.
Die Änderungen im Absatz 6 sind aufgrund der Anpassung des § 40a Absatz 1a Satz 1 sachgerecht. Bei der Anpassung der Rechtsverordnung ist jedoch darauf zu achten, dass die Anforderungen an die digitalen Pflegeanwendungen für die Entlastung der pflegenden Angehörigen oder zur Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation umfassend formuliert werden. Auch wenn kein pflegerischer Nutzen nachzuweisen ist, muss aus dem Nachweis dennoch klar ein Bezug zur pflegerischen Versorgungssituation zu erkennen sein.

Die im neuen Absatz 6a geregelte Möglichkeit einer Erprobungsphase ohne Nachweis des pflegerischen Nutzens ist nicht sachgerecht und daher abzulehnen. Gerade im Zusammenhang mit der vulnerablen Gruppe der pflegebedürftigen Menschen kann eine digitale Pflegeanwendung nicht ohne Nachweis zugelassen werden. Eine Erprobung von digitalen Anwendungen an pflegebedürftigen Menschen und pflegenden Angehörigen, die aufgrund des gedeckelten Leistungsbetrages die Mehrkosten einer digitalen Pflegeaufwendung zu zahlen haben, ist abzulehnen. Hersteller haben für diese Personengruppe eine besondere Verantwortung zu übernehmen und können diese nicht in Form einer Erprobungsphase für ihre Produkte zu Lasten der pflegebedürftigen Menschen und pflegende Angehörige aufkündigen. Da auch im Rahmen der digitalen Ge-

sundheitsanwendungen bisher nicht nur positive Erfahrungen mit der Erprobungsphase gemacht wurden, sind solche Öffnungsregelungen als nicht zielführend zu bewerten und besonders im Interesse der Schutzbedürftigkeit pflegebedürftiger Menschen abzulehnen.
Sollte an der Regelung festgehalten werden, dann ist eine Teilnahme pflegebedürftiger Menschen und ihrer pflegenden Angehörigen während der Erprobungsphase freiwillig und jederzeit kündbar sowie kostenfrei für die Nutzer sicherzustellen. Alle Kosten sind während der Erprobungsphase vom Hersteller zu tragen.

C Änderungsvorschlag

Der Absatz 6 Satz 1 Nr. 7 und der Absatz 6a sind zu streichen.

Ergänzend ist auch die Folgeänderung zu Absatz 6a im Absatz 5 zu streichen.

Nr. 36 § 85 SGB XI Pflegesatzverfahren

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser gesetzlichen Vorgabe wird den Vereinbarungsparteien nun die Option ermöglicht, den Antrag bei der Schiedsstelle gemeinsam auch vor Ablauf der sechs Wochen zu stellen. Dafür muss aber bereits vorzeitig das Scheitern der Vergütungsverhandlungen von den Vertragsparteien festgestellt werden. Sofern die Schiedsstelle als Zeitpunkt des Wirksamwerdens des Schiedsspruches den Antragseingang festsetzt, gilt das Verbot einer rückwirkenden Vereinbarung von Pflegevergütungen nicht. Ansonsten ist weiterhin kein rückwirkendes Inkrafttreten von Vergütungsvereinbarungen zulässig.

B Stellungnahme

Eine frühzeitige Antragstellung bei der Schiedsstelle ist zu begrüßen, damit Konfliktlösungen schneller greifen können. Die Möglichkeit zur rückwirkenden Festsetzung durch die Schiedsstelle dient der Klarstellung, ohne dabei den Grundsatz der Prospektivität bei Vergütungsverhandlungen aufzuweichen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 37 § 86a SGB XI Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Zur effizienteren und einfacheren Gestaltung der Verhandlungs- und Vereinbarungspraxis werden Verfahrensleitlinien für Vergütungsverhandlungen gesetzlich verankert, um künftig Pflegeeinrichtungen zeitnah eine auskömmliche Finanzierung der Aufwendung zu sichern.

Künftig können Pflegeeinrichtungen frühzeitig vor dem angestrebten Laufzeitbeginn den zuständigen Kostenträger zu Vergütungsverhandlungen auffordern. Zudem wird auch eine zeitnahe Nachweisforderung und -darlegung geregelt. Zur Beschleunigung der Verfahren wiederum sind von den Kostenträgern umgehend nach Antragsstellung eine bevollmächtigte Ansprechperson für das Verfahren festzulegen, die eine Befugnis zur schriftlichen Vertragserklärung hat. Um neben Einzelverhandlungen mit den Pflegeeinrichtungen auch pauschalierte Kollektivverfahren durchführen zu können, ermöglicht der Gesetzgeber, vereinfachte Verfahren zur Beschleunigung des Verhandlungsgeschehens auf Landesebene in der Pflegesatzkommission oder vergleichbare Gremien zu beschließen. Vorbereitend für die Etablierung von vereinfachten pauschalierten Verfahrensabläufen sind maßgebliche Annahmen und Werte für den Abschluss der Vergütungsvereinbarung darin entsprechend auszuweisen.

Abschließend sollen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie weitere Beteiligte Empfehlungen zur Etablierung pauschaler Anpassungsverfahren für die Pflegevergütung für die Länder abgeben. Damit die entsprechenden Kriterien in den Pflegesatz- und Pflegevergütungsverhandlungen schnellstmöglich Anwendung finden, gelten die Bundesempfehlungen für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich. Auf Grundlage dieser Empfehlungen überprüfen die Vertragsparteien nach § 75 Absatz 1 in den Ländern ihre Rahmenverträge und können bei Bedarf auch davon abweichen.

B Stellungnahme

Mit Blick auf die wirtschaftliche Situation der Pflegeeinrichtungen und zur Stabilisierung des Verhandlungsgeschehens ist es zu begrüßen, dass durch Verfahrensleitlinien Perspektiven für die Entbürokratisierung der zunehmend komplexen Vergütungsverhandlungen gesetzlich flankiert werden.

Positiv hervorzuheben ist die gesetzliche Neuregelung, dass die Kostenträger eine bevollmächtigte Person als verbindliche Ansprechperson für den Verhandlungsprozess festlegen. Um zusätzliche Verzögerungen aufgrund der Formalitäten im Unterschriftenverfahren der Vergütungsvereinbarung zu vermeiden, ist die Befugnis der bevollmächtigten Person zur schriftlichen Vertragserklärung besonders vorteilhaft. Auch die gesetzliche Klarstellung, das vereinfachte und pauschalierte Verfahren in der Landespflegesatzkommission oder vergleichbaren Gremien vereinbart werden können, ist sachgerecht.

Darüber hinaus sollen künftig die maßgeblichen Annahmen und Werte, die die Grundlage für den Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung bilden, zusätzlich in der Vergütungsvereinbarung verpflichtend ausgewiesen werden. Ziel dieser Regelung ist es, dass anschließende vereinfachte Verfahren für Vergütungsvereinbarungen dadurch ermöglicht werden. Jedoch besteht zur Etablierung von Pauschalverfahren keine Erforderlichkeit, Verhandlungsparameter in der Vereinbarung zu hinterlegen, sondern die ausschließliche Protokollierung dieser Werte in den Verhandlungstools reicht aus. Im Ergebnis würde die verpflichtende Angabe der Annahme und Werte in der Vergütungsvereinbarung das Verhandlungsgeschehen eher verkomplizieren als vereinfachen und ist daher abzulehnen.

Aufgrund der föderalen Aufstellung der Pflegekassen im Vertrags- und Vergütungsgeschäft haben sich in den Ländern sehr heterogene, aber auch bewährte Systematiken zur Ermittlung der Pflegevergütung herauskristallisiert. Zusätzlich haben sich inzwischen mehrere Bundesländer auf den Weg gemacht, mit allen Akteuren der Pflege und der Politik im jeweiligen Bundesland länderindividuelle Handlungsoptionen zu flankieren. Zugleich wurden bereits vereinfachte Verfahren für Vergütungsverhandlungen sowohl für ambulante als auch für die stationäre Pflege in mehreren Bundesländern etabliert, die inzwischen zur Stabilisierung des Verhandlungsgeschehens beigetragen haben. Daher ist eine Entwicklung der in Absatz 3 vorgesehenen Empfehlungen auf Bundesebene zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Verfahren in den Ländern besonders kritisch zu bewerten. Zudem würde dadurch die Pflegeselbstverwaltung vor besondere Herausforderungen gestellt, allgemein anwendbare Verfahrensleitlinien zu entwickeln, obwohl sich bereits bestehende unterschiedliche Vorgehensweisen zur Vereinfachung von Vergütungsverfahren in den Ländern etabliert haben. Darüber hinaus besteht aufgrund der gesetzlichen Öffnungsregelung für die Rahmenvertragsparteien in den Ländern ohnehin die Möglichkeit, von den Empfehlungen abweichende Vorgaben zu vereinbaren. Deshalb ist auch angesichts des Ziels einer bürokratischen Entlastung aller Beteiligten die Erstellung von Empfehlungen auf Bundesebene abzulehnen.

C Änderungsvorschlag

In § 86a Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „sind“ durch das Wort „können“ ersetzt.
In § 86a sind die Absätze 3 und 4 zu streichen.

Nr. 30 § 45j SGB XI Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c

Nr. 40 § 92c SGB XI Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Regelungen zur Etablierung von gemeinschaftlichen Wohnformen in der sozialen Pflegeversicherung schafft der Gesetzgeber leistungs- und vertragsrechtliche Sonderregelungen nach dem Vorbild der „stambulanten" Versorgung im Haus Wyhl des Einrichtungsträgers Benevit. Künftig sollen pflegebedürftige Menschen in gemeinschaftlichen Wohnformen flexibel Leistungen wählen resp. stapeln können, ausgehend von einer partiell abgedeckten Versorgungssicherheit im Basispaket.

Für pflegebedürftige Menschen, die aufgrund eines Vertrages nach § 92c in einer gemeinschaftlichen Wohnform leben, wird ein neuer Leistungsanspruch geschaffen. Dabei handelt es sich weder um eine ambulante Versorgung in der eigenen Häuslichkeit und noch um eine klassische stationäre Versorgungsform. Deshalb erhalten pflegebedürftige Menschen unabhängig vom Pflegegrad nur in dieser gemeinschaftlichen Wohnform einen pauschalen Zuschuss von 450 Euro pro Monat zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege. Zudem können Pflegeberatungen, digitale Pflegeanwendungen, ergänzende Unterstützungsleistungen, Leistungen bei Pflegezeit (Pflegeunterstützungsgeld) und Pflegekurse in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus besteht ein Anspruch auf Häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V.

Pflegebedürftige Menschen mit Pflegegrad 2 bis 5 erhalten zusätzlich Leistungen, die den Pflegesachleistungen nach § 36 entsprechen, Leistungen zur Sicherung der Pflegepersonen sowie Kurzzeitpflege im Anschluss einer stationären Behandlung.

Für die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen in gemeinschaftlichen Wohnformen können zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen Verträge mit den Landesverbänden der Pflegekassen, den Trägern der Sozialhilfe und den Landesverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich abschließen. Für vollstationäre Pflegeeinrichtung oder ambulante Betreuungsdienste besteht die Möglichkeit nicht.

Die Verträge sollen ein einheitliches Basispaket bestehend aus Pflegesachleistungen im Sinne des § 36 und einer Versorgung mit bestimmten Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V vorsehen. Eine Abwahl einzelner Leistungen in diesem Paket ist nicht möglich und die Vorhaltung sowie die Leistungserbringung hat ausschließlich von der ambulanten Pflegeeinrichtung zu erfolgen. Darüber hinaus sind eine nach Art und Inhalt hinausgehende Versorgung der Pflegebedürftigen mit Pflegesachleistungen gemäß § 36 SGB XI in den Verträgen nach § 120 zu vereinbaren, die

über die ambulante Pflegeeinrichtung oder in Kooperation mit anderen zugelassenen Einrichtungen erbracht werden können. Alternativ können diese Leistungen Angehörige, Pflegepersonen, ehrenamtlich Tätige oder Dritte übernehmen.

Weiterhin sind vertraglich die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der ambulanten Pflegeeinrichtung zur Leistungserbringung sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung einschließlich eines Qualitätsmanagements und der Verpflichtung zur Mitwirkung an Maßnahmen nach den §§ 114 und 114a zu regeln. Neben der gesetzlich normierten Mindestanzahl von mindestens zwei pflegebedürftigen Menschen, die in der konkreten gemeinschaftlichen Wohnform zusammenleben, ist auch eine qualitätsgesicherte pflegerische Versorgung auf Grundlage eines Versorgungskonzeptes als Voraussetzung für den Vertragsabschluss nach § 92c vorzulegen.

Die nähere Ausgestaltung der Vertragsinhalte soll durch Empfehlungen der Spitzenverbände Bund der Pflegekassen und Bund der Krankenkassen sowie den Trägern der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene in Zusammenarbeit mit weiteren Beteiligten erfolgen. Außerdem hat nach drei Jahren der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter wissenschaftlicher Begleitung über den Stand der abgeschlossenen Verträge einen Evaluationsbericht dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen.

B Stellungnahme

Die Grundidee dieser gesetzlichen Neuregelung, nämlich eine Kombination einer klar abgesteckten Versorgungssicherheit einerseits und mehr Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen und Einbringung von An- und Zugehörige sowie ehrenamtlich Tätigen auf der anderen Seite, ist zu begrüßen. Zudem ist es sinnvoll, in den Blick zu nehmen, wie die klassischen Versorgungssettings weiterentwickelt werden können, um auch dem langfristig manifestierten Personalengpass in der Pflege oder der Entwicklung von stetig ansteigenden Eigenanteilen in der Pflege entgegenzuwirken.

Allerdings für diese spezielle Versorgungsform eigene leistungs- und vertragsrechtliche Regelungen einschließlich Qualitätssicherungsinstrumente und Qualitätsdarstellungen zu schaffen, und damit einen dritten Sektor in der Sozialen Pflegeversicherung zu etablieren, ist nicht nur nicht sachgerecht, sondern konterkariert die eigentliche Zielsetzung der sektorenunabhängigen Versorgung und des damit verbundenen einfacheren und flexibleren Leistungsrechts für pflegebedürftige Menschen.

Die gesetzgeberische Intention, die pflegerische Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen zu fördern, zielt auf die Verbesserung des Pflegesettings für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen ab. Die Evaluation des Haus Wyhl/Benevit hat gezeigt, dass eine Versorgung mit vollstationärer Versorgungssicherheit durch einen anderen Personalmix unter Einbindung der Angehörigenpflege und ggf. durch geringere Eigenanteile möglich ist. Mit Augenmerk auf den Fachkräfteengpass und auf

die Eigenanteilsentwicklung, insbesondere in der vollstationären Pflege, müssen daher alternativ auch Versorgungsformen ermöglicht werden, die diesen Herausforderungen begegnen und die Potenziale für den effizienten Einsatz von Pflegeressourcen wie auch von Ehrenamt und bürgerschaftlich Engagierten nutzt. Solche Versorgungslösungen müssen gleichermaßen in den Blick nehmen, Sektorengrenzen zu überwinden und ergänzende quartiersbezogene ambulante Versorgung zu ermöglichen.

Aber aufgrund der im Referentenentwurf skizzierten leistungs- und vertragsrechtlichen Sonderregelungen speziell für gemeinschaftliche Wohnformen werden nicht nur das Leistungs- und Vertragsrecht verkompliziert, sondern daraus entstehen wieder eine nicht sachgerechte Benachteiligung anderer Wohn- und Betreuungsformen, insbesondere für Pflege-Wohngemeinschaften.

Auch aus der Perspektive des pflegebedürftigen Menschen stellt diese Versorgungsform keinen besonderen Mehrwert dar. Aufgrund verschiedener Leistungsansprüche und Wahlmöglichkeiten muss der pflegebedürftige Mensch in solchen gemeinschaftlichen Wohnformen zahlreiche Verträge – für Wohnen, für das Basispaket, ggf. einen Pflegevertrag nach § 120 und für sonstige Zusatzleistungen - teilweise mit unterschiedlichen Laufzeiten und unterschiedlichen Anbietern abschließen. Somit entsteht ein deutlich bürokratischer Aufwand für alle Beteiligten in diesem Hausgemeinschaftsmodell als in einer klassischen vollstationären Versorgung.

Das stambulante Modell aus Wyhl/Benevit lässt sich im heutigen Leistungs- und auch Vertragsrecht über das Stapeln von ambulanten Leistungen abbilden. Solche Versorgungslösungen wurden in der Vergangenheit zahlreich kritisiert, weil sie sich für die pflegebedürftigen Menschen in der Versorgungsrealität kaum von vollstationären Einrichtungen unterscheiden, die gleichermaßen eine vollstationäre Versorgungssicherheit anbieten.

Mit Augenmerk auf die langfristigen Herausforderungen der sozialen Pflegeversicherung, die pflegerische Versorgung und Unterstützung auch unter Personalengpass in der Pflege sicherzustellen und zu finanzieren, muss es bei Gewährleistung einer Versorgungssicherheit vielmehr vollstationären Pflegeeinrichtungen ermöglicht werden, Personal effizient einzusetzen, sich ins Quartier zu öffnen, und ehrenamtliches Engagement wie auch die Angehörigenpflege in die Versorgung einzubinden und somit mit einem anderen Personalmix als bisher klassische vollstationäre Einrichtungen zu arbeiten. Dies ist auch mit Blick auf die wirtschaftliche Situation der vollstationären Pflegeeinrichtungen dringend erforderlich.

Dies kann gelingen, wenn anstelle eines dritten Sektors für solche Hausgemeinschaftsmodelle

- eine Einbindung von Angehörigen in der Versorgung und/oder auch das Ehrenamt über § 82b Abweichungen von den Vorgaben zur personellen Ausstattung begründet,

- An- und Zugehörigenpflege auf den persönlichen Eigenanteil des pflegebedürftigen Bewohners angerechnet wird und
- ergänzend eine ambulante pflegerische Versorgung im Quartier ohne explizite Gründung eines eigenständigen Pflegedienstes ermöglicht wird.

Hierfür ist auch keine weitere Ausdifferenzierung des Leistungsrecht erforderlich, sondern die Leistungsansprüche nach den Vorschriften des §§ 43 bis 43c SGB XI finden Anwendung. Vertragsrechtlich kann dies durch die Anpassung einschlägiger Vorschriften im Pflegeversicherungsrecht, im Zulassungsrecht, in den Rahmenverträgen und in den Bemessungsgrundlagen für die Pflegesatzvereinbarung für die vollstationäre Pflege gelingen:

Um die Leistungserbringung durch bspw. An- und Zugehörige unter Anrechnung auf den persönlichen Eigenanteil zu ermöglichen, sind im ersten Schritt die Zulassungsvoraussetzungen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen um die Angehörigeneinbindung bei der Leistungserbringung zu erweitern. Der Umfang der Abwahlmöglichkeiten von Leistungen und sowie Abweichungen von den Regelungen des § 113c durch Einbindung der Angehörigenpflege und von Ehrenamt gemäß § 82b sind auf Landesebene unter den Rahmenvertragsparteien nach § 75 SGB XI zu regeln. Zudem sind in der Pflegesatzvereinbarung Vergütungsabschläge auf die Angehörigenpflege in vollstationären Einrichtungen festzulegen und dieser Abschlag auf den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil ist nach Abzug der Zuschläge nach § 43c zwischen der Pflegeeinrichtung und dem Einrichtungsbewohner zu verrechnen.

Damit die ambulante pflegerische Versorgung im Quartier ohne explizite Gründung eines eigenständigen Pflegedienstes erbracht werden kann, sollten die bereits bestehenden Regelungen hinsichtlich des Abschlusses von Gesamtversorgungsverträgen dahingehend erweitert werden, dass es vollstationären Leistungsanbietern ohne explizite Gründung einer eigenständigen ambulanten Pflegeeinrichtung ermöglicht wird, eine Versorgung auch außerhalb der unmittelbaren Sphäre der Einrichtung zu eröffnen. Neben pflegerischen Leistungen können auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege von den Einrichtungen analog einer ambulanten Pflegeeinrichtung erbracht werden.

C Änderungsvorschlag

§ 92c ist zu streichen.

<u>Einbindung der An- und Zugehörigenpflege resp. des Ehrenamtes nach § 82b:</u>

In § 72 wird ein neuer Absatz 2a eingefügt:
„(2a) Im Versorgungsvertrag mit einer vollstationären Pflegeeinrichtung kann vereinbart werden, dass Leistungen der vollstationären Pflege auf Wunsch des Pflegebe-

dürftigen durch An- und Zugehörige unter Anrechnung auf ihren zu zahlenden Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen sowie auf die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung übernommen werden."

In § 75 wird in Absatz 2 eine neue Nummer 1b eingefügt:
„eine Beschreibung von Leistungen der vollstationären Pflege, die durch An- und Zugehörige, ehrenamtlich Tätige oder Dritte erbracht werden können."
In § 75 wird in Absatz 2 die Nummer 3 vor dem Komma wie folgt ergänzt:
„unter Berücksichtigung der Einbindung von An- und Zugehörigen sowie Einsatz vom Ehrenamt nach § 82b."

In § 84 wird in Absatz 3 folgender Satz angefügt:
„Für Leistungen der vollstationären Pflege durch An- und Zugehörige sind bei Pflegeheimen mit Versorgungsvertrag nach § 72 Absatz 2a Abschläge von den Eigenanteilen an den pflegebedingten Aufwendungen sowie auf die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung zu vereinbaren."

In § 43c wird ein Satz 2 eingefügt:
„Bei der Bemessung des zu zahlenden Eigenanteils bleiben die Abschläge nach § 84 Absatz 3 Satz 2 unberücksichtigt."

<u>Öffnung vollstationärer Pflegeeinrichtung für eine ambulante Versorgung im Quartier:</u>

In § 72 wird der Absatz 2b eingefügt:
„Zur sektorenübergreifenden Versorgung im Quartier kann im Gesamtversorgungsvertrag mit einer vollstationären Pflegeeinrichtung auch eine Versorgung von Pflegedürftigen in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 vereinbart werden. Zudem kann mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich die Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches, die Preise und deren Abrechnung (entsprechend § 132a Absatz 4 des Fünften Buches) vereinbart werden. Im Versorgungsvertrag ist der Einzugsbereich festzulegen.

In § 75 wird der Absatz 2 Nr. 3 wie erfolgt ergänzt:
„; dabei werden im Rahmen von Versorgungsverträgen nach § 72 Absatz 2b mögliche Abweichungen zur sektorenübergreifenden Versorgung im Quartier berücksichtigt."

In § 84 wird ein Absatz 1a eingefügt:
„Für Pflegeheime mit einem Versorgungsvertrag nach § 72 Absatz 2b ist für die Versorgung von Pflegedürftigen in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 zusätzlich eine Vergütungsvereinbarung nach § 89 zu vereinbaren."

In § 89 wird ein Absatz 1a hinzugefügt:
„Mit Pflegeheimen, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 Absatz 2b abgeschlossen haben, ist für die Versorgung von Pflegedürftigen in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 eine Vergütung zu vereinbaren."

In 113c wird ein Absatz 9 ergänzt:
„Bei vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 72 Absatz 2b bleibt die vorzuhaltende Personalausstattung für die Versorgung von Pflegedürftigen in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 unberücksichtigt".

Nr. 42 § 109 SGB XI Pflegestatistiken

A Beabsichtigte Neuregelung

Neben der Anpassung an die Legaldefinition der „Pflegefachperson" wird im neuen Absatz 6 klargestellt, dass Angaben zur Art und zu den organisatorischen Einheiten der Pflegeeinrichtungen sowie zu den Entgelten der stationären Pflegeeinrichtungen von der statistischen Geheimhaltungspflicht ausgenommen sind.

B Stellungnahme

Die Änderung ist grundsätzlich sachgerecht. Bereits jetzt enthalten die Informationsangebote der Pflegekassen Angaben zur Art und Organisation der Pflegeeinrichtungen sowie zur Vergütung der Pflegeeinrichtungen. Es erschließt sich jedoch nicht, warum die Entgelte der ambulanten Pflegeeinrichtung nicht von der Geheimhaltungspflicht ausgenommen werden soll. Auch die Vergütungen für ambulante Leistungen unterliegen der Verpflichtung der Pflegekassen, darüber zu informieren. Eine Geheimhaltung ist hierfür nicht mehr erforderlich. Für die Leistungsfähigkeit und Personalausstattung einzelner Einrichtungen und für Angaben zu einzelnen Pflegebedürftigen oder den tätigen Personen besteht auch weiterhin die Pflicht zur statistischen Geheimhaltung nach § 16 BStatG.

C Änderungsvorschlag

In § 109 Absatz 6 Satz 1 werden nach dem Wort „stationären" die Wörter „und ambulanten" eingefügt.

Nr. 44 § 113 SGB XI Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

A Beabsichtigte Neuregelung

Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach 118a SGB XI sollen an der Erarbeitung der Maßstäbe und Grundsätze beteiligt werden.

Innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten des Pflegekompetenzgesetzes müssen die Regelungen für die gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c ergänzt werden, wobei die Bundesrahmenempfehlungen nach § 92c Absatz 2 SGB XI zu berücksichtigen sind.

In die Maßstäbe und Grundsätze sollen Anforderungen an die Pflegeprozesssteuerung einfließen.

B Stellungnahme

Die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach 118a SGB XI an der Erarbeitung der Maßstäbe und Grundsätze ist sachgerecht. Ihre Position in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung wird damit gestärkt.

Die Maßstäbe und Grundsätze für die stationäre Pflege sind mit Augenmerk auf Öffnung der vollstationären Pflege zur Einbindung von An- und Zugehörigenpflege wie auch von Ehrenamt nach § 82b (vgl. Stellungnahmen zu Nr. 30 § 45j Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c, Stellungnahme zu Nr. 45 § 113b Qualitätsausschuss) weiterzuentwickeln; eine gesetzliche Normierung resp. eine Etablierung von Qualitätsanforderungen für gemeinschaftlichen Wohnformen über Maßstäbe und Grundsätze ist nicht erforderlich. Die Änderung wird daher abgelehnt.
Die Aufnahme der Pflegeprozesssteuerung in den Maßstäben und Grundsätzen wird begrüßt, da dies die zentrale Bedeutung der Pflegeprozesssteuerung im Rahmen der Versorgung unterstreicht. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die fachlichen Anforderungen an die Pflegeprozesssteuerung bereits im Pflegeberufegesetz klar geregelt sind. Pflegefachpersonen haben im Rahmen ihrer Ausbildung die Kompetenz zur eigenverantwortlichen Steuerung und Koordination des Pflegeprozesses erworben. Zusätzliche Anforderungen an die Pflegeprozesssteuerung in den Maßstäben und Grundsätzen zu definieren ist nicht sachgerecht und wird abgelehnt.

C Änderungsvorschlag

In § 113 Absatz 1 wird Satz 2 neu gestrichen.

In § 113 Absatz 1 Satz 3 werden vor dem Wort „Anforderungen" folgende Wörter eingefügt:
„die Pflegeprozesssteuerung unter Berücksichtigung der Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 Pflegeberufegesetz und an"

Nr. 45 § 113b SGB XI Qualitätsausschuss

A Beabsichtigte Neuregelung

Es ist vorgesehen, dass die maßgeblichen Organisationen der Vertreter der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a SGB XI berechtigt sind, Vertreter in den Qualitätsausschuss Pflege zu entsenden. Die Entscheidung darüber liegt bei den entsprechenden Organisationen. Wird ein Vertreter der Pflegeberufe auf Bundesebene im Qualitätsausschuss Pflege tätig, wird dieses Mitglied auf die Zahl der Leistungserbringer angerechnet. Die maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a SGB XI sollen in die Geschäftsordnung des Qualitätsausschusses aufgenommen werden.

Der erweiterte Qualitätsausschuss Pflege kann zukünftig bis zu zwei Mal im Jahr Themen beraten und beschließen, die über gesetzliche Aufträge hinausgehen. Die Initiative dazu geht von der/dem unparteiischen Vorsitzenden des erweiterten Qualitätsausschusses aus. Es kann auch mit einfacher Mehrheit über die Errichtung einer Arbeitsgruppe im erweiterten Qualitätsausschuss entschieden werden. Diese wird durch die/den unparteiische/-n Vorsitzende/-n geleitet und durch die Geschäftsstelle unterstützt. Die/Der unparteiische Vorsitzende kann künftig Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung vorschlagen. Die Ablehnung eines Vorschlags muss schriftlich begründet und auf der Internetseite des Qualitätsausschusses veröffentlicht werden.

Es wird festgelegt, dass spezifische Regelungen zu Qualitätsprüfungen für ambulante Pflegeeinrichtungen, die gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c betreiben, durch wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige erarbeitet werden sollen. In der wissenschaftlichen Expertise soll auch untersucht werden, ob ein indikatorengestütztes Verfahren anwendbar ist und Vorschläge zu dessen Ausgestaltung sollen erarbeitet werden; hierzu ist ein Abschlussbericht vorzulegen.

Die nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1,2,3 und 6 erarbeiteten Qualitätssicherungssysteme sollen entsprechend dem aktuell wissenschaftlichen und technischen Stand weiterentwickelt werden (Absatz 4a)

B Stellungnahme

Die geplante Regelung, die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene gemäß § 118a SGB XI die Möglichkeit zu geben, Vertreter in den Qualitätsausschuss Pflege zu entsenden, ist sachgerecht und wird begrüßt. Es ist angemessen, dass die Organisationen der Pflegeberufe aktiv an der Entwicklung und Umsetzung von Qualitätsstandards in der Pflege beteiligt werden.

Die Regelung, dass der erweiterte Qualitätsausschuss Pflege auf Initiative der/des unparteiischen Vorsitzenden Themen über die konkreten gesetzlichen Aufträge hinaus

aufgreifen und Entscheidungen treffen kann, wird abgelehnt. Auch wenn die/der Vorsitzende des erweiterten Qualitätsausschusses als unparteiisch gilt, stellt die Entscheidungskompetenz über zusätzliche Themenbereiche einen potenziellen Interessenkonflikt dar. Der erweiterte Handlungsspielraum könnte dazu führen, dass bestimmte Interessengruppen indirekt oder direkt Einfluss auf die Themenauswahl nehmen. Dies kann die Unparteilichkeit der/des Vorsitzenden untergraben und die Entscheidungen des Ausschusses in eine Richtung lenken, die nicht im Sinne einer neutralen, am Gemeinwohl orientierten Entscheidungsfindung ist.

Die Möglichkeit, dass der erweiterte Qualitätsausschuss Arbeitsgruppen einrichten kann, die von der/dem unparteiischen Vorsitzenden geleitet werden, ist ebenfalls kritisch zu betrachten. Die Leitung von Arbeitsgruppen durch die/den unparteiischen Vorsitzenden könnte ihre/seine unabhängige Position gefährden, da sie/er direkt in operative Entscheidungen und Prozesse eingebunden wäre. Dies könnte dazu führen, dass die/der unparteiische Vorsitzende nicht mehr nur die Moderation und Vermittlung übernimmt, sondern aktiv in die inhaltliche Arbeit eingreift, was ihre/seine Neutralität beeinträchtigen könnte.

Die vorgesehenen speziellen Regelungen zu Qualitätsprüfungen für ambulante Pflegeeinrichtungen, die gemeinschaftliche Wohnformen nach § 92c betreiben, werden in Absatz 6 des § 113b dargelegt. Diese werden abgelehnt (vgl. Stellungnahmen zu Nr. 30 § 45j Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c). Statt zusätzlicher Regelungen für spezielle Versorgungsformen wäre es zielführender, ein einheitliches Qualitätssicherungssystem zu schaffen, welches sektorenübergreifend alle Pflegeeinrichtungen einbezieht. Besonders im Hinblick auf die Qualitätssicherung in der Pflege ist es entscheidend, dass diese neuen Modelle nicht nur bedarfsgerecht sind, sondern auch in die bestehenden Qualitätssicherungssysteme integriert werden, um eine gleichbleibend hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang bedarf es einer Anpassung des § 113b SGB XI, um die wissenschaftliche Prüfung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung auf eine solide Basis zu stellen. Die derzeitigen Qualitätssicherungssysteme beziehen sich jedoch hauptsächlich auf klassische stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen.

Mit den vorgeschlagenen erweiterten Versorgungsangeboten – insbesondere der Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen und der quartiersbezogenen ambulanten Versorgung – entstehen neue Herausforderungen für die Qualitätssicherung. Um sicherzustellen, dass diese neuen Versorgungsangebote in bestehende Qualitätssicherungssysteme integriert werden, muss der § 113b SGB XI um einen klaren Auftrag zur wissenschaftlichen Prüfung ergänzt werden. Die wissenschaftliche Untersuchung sollte sich darauf fokussieren, wie die Qualität der Pflege in diesen Angeboten gemessen und dargestellt werden kann. Dies stellt sicher, dass auch bei flexibleren Versorgungsmodellen eine hohe Pflegequalität erhalten bleibt. Die bestehenden Prüfmechanismen nach § 114 SGB XI haben sich bewährt und bieten eine solide Grundlage zur

Sicherstellung der Qualität in der Pflege. Sie gewährleisten eine kontinuierliche Überprüfung der Versorgungsstandards und sind in der Lage, flexibel auf neue Entwicklungen zu reagieren. Ein völlig neues Qualitätssicherungssystem für die alternative Pflegeformen zu entwickeln, wäre nicht nur mit nicht gerechtfertigtem Aufwand verbunden, sondern könnte auch zu einer Fragmentierung des Pflegesystems führen. Vielmehr sollte eine wissenschaftliche Prüfung darauf abzielen, welche spezifischen Anpassungen innerhalb des bestehenden Qualitätsprüfungssystems vorgenommen werden müssen, um die Besonderheiten der neuen Versorgungsmodelle abzubilden, ohne die Prinzipien der bisherigen Qualitätskontrollen zu untergraben.

C Änderungsvorschlag

In § 113b Absatz 3 werden die Sätze 9 und 10 neu gestrichen.

In § 113b Absatz 4 wird die Neufassung der Nummer 6 gestrichen.

In § 113b SGB XI wird in Absatz 4 eine neue Nummer 7 eingefügt:

„7. zur Sicherstellung der Qualität in neuen Versorgungsangeboten wird der Qualitätsausschuss beauftragt, die Anpassung der bestehenden stationären Qualitätssysteme zu prüfen, um quartiersbezogene ambulante Versorgung für vollstationäre Einrichtungen und den Einbezug von Angehörigen und Ehrenamtlichen nahtlos einzubinden. Ziel der wissenschaftlichen Untersuchung ist es, festzustellen, welche Anpassungen notwendig sind, um diese neuen Versorgungsangebote an die bestehenden stationären Qualitätsprüfungen gemäß § 114 anzudocken. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Prüfung sind bis zum [Datum einsetzen] vorzulegen.“

Nr. 46 § 113c SGB XI Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Einsatz von hochschulisch qualifiziertem Pflegefachpersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen soll gefördert und stärker in die Praxis integriert werden. Bislang wurde dieses Qualifikationsniveau in den empirisch fundierten Personalanhaltswerten nach § 113c SGB XI nicht berücksichtigt, da Hochschulabsolventen im Bereich Pflege selten in der Regelversorgung eingesetzt wurden. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben bereits jetzt die Möglichkeit, akademisch ausgebildetes Personal einzustellen; der Gesetzgeber weist explizit darauf hin, dass damit verbunden die Möglichkeit besteht, diese Berufsgruppe höher zu entlohnen, wenn sie spezifische Aufgaben übernimmt. Die Intention ist die Schaffung zusätzlicher Beschäftigungsanreize: Pflegeeinrichtungen sollen über die bestehenden Personalanhaltswerte hinaus weitere Stellen für hochschulisch qualifiziertes Pflegepersonal verhandeln können, wenn diese mindestens 50 Prozent ihrer Arbeitszeit in der direkten Pflege tätig sind. Dadurch soll der Theorie-Praxis-Transfer und die Anwendung evidenzbasierter Pflege in der Praxis gewährleistet werden.

Die Einführung eines Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in vollstationären Pflegeeinrichtungen wird wissenschaftlich im Rahmen der Modellvorhaben nach § 8 Absatz 3b SGB XI begleitet und evaluiert. Bereits vor Abschluss dieser Projekte stellt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen freiwillige Informationen zur Verfügung, die Pflegeeinrichtungen bei der Vorbereitung von Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen unterstützen sollen. Neben den Maßnahmen, die im Rahmen des Modellprogramms entwickelt werden, können auch trägereigene Konzepte verwendet werden, sofern sie die Ziele des § 113c SGB XI erfüllen. Dies soll zur Entbürokratisierung beitragen, indem bei einer geringfügigen Aufstockung des Personals nicht sofort umfassende Entwicklungsprozesse erforderlich sind.

Angesichts der aktuellen Herausforderungen auf dem Arbeitsmarkt, insbesondere des Fachkräfteengpasses, wird die Einbindung von Pflegeassistenzpersonen hervorgehoben. Pflegehelferinnen und Pflegehelfer sowie Assistentinnen und Assistenten, wie beispielsweise Stationsassistentinnen und -assistenten, sollen Aufgaben übernehmen, die Pflegefachpersonen entlasten, insbesondere in der administrativen Unterstützung wie bei der Pflegedokumentation.

Der Einsatz akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen soll durch klare Aufgabenbereiche unterstützt und die Rahmenbedingungen für ihren Einsatz auf Landesebene harmonisiert werden. Hierfür sollen die Vertragspartner Aufgabenbereiche für diese Fachpersonen erarbeiten, um eine notwendige Anpassung und Ergänzung der Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 SGB XI vorzubereiten. Darüber hinaus wird die ursprünglich gesetzte Frist zur Erarbeitung der Bundesempfehlungen gestrichen, um fortlaufende Weiterentwicklungen und Ergänzungen zu ermöglichen. Dies soll sicherstellen, dass die Empfehlungen flexibel an sich verändernde Anforderungen angepasst werden können. Zusätzlich wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen gemäß § 118a SGB XI gestärkt.

Zur Unterstützung von Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung des Personalbemessungsverfahren wird eine Geschäftsstelle eingerichtet, die als Anlaufstelle für Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen dient. Die Geschäftsstelle soll Schulungen entwickeln, koordinieren und Multiplikatorenschulungen durchführen, um möglichst viele Pflegefachpersonen und Einrichtungen zu erreichen. Außerdem werden digitale Lernangebote wie Selbstlernkonzepte und Assessment-Instrumente zur Verfügung gestellt, um die Kompetenzen des Pflegepersonals effizient zu fördern. Die Geschäftsstelle wird außerdem Kriterien für Personal- und Organisationsentwicklungskonzepte erarbeiten, die eine abgestufte, kompetenzorientierte Entwicklung in Pflegeeinrichtungen ermöglichen, auch in ambulanten und teilstationären Settings. Die Erkenntnisse aus den laufenden Modellprojekten fließen in diese Arbeit mit ein.

B Stellungnahme

Die Einführung eines wissenschaftlich fundierten Personalbemessungsverfahrens und die stärkere Integration akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in vollstationäre Pflegeeinrichtungen stellen wichtige Schritte dar, um die Qualität der Pflege zu erhöhen und dem Fachkräfteengpass entgegenzutreten. Die Maßnahmen im Rahmen des § 113c SGB XI sowie die Modellprojekte nach § 8 Absatz 3b SGB XI zielen darauf ab, Personal effizienter und zielgerichteter einzusetzen, was den Pflegeprozess optimieren und die Pflegequalität nachhaltig verbessern kann.

Besonders hervorzuheben ist der Fokus auf akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen. Der gezielte Einsatz dieser Pflegefachpersonen soll durch die Schaffung von zusätzlichen Stellen über die bestehenden Personalanhaltswerte hinaus gefördert werden, wobei mindestens 50 Prozent der Arbeitszeit in der direkten Pflege verbracht werden müssen. Diese Maßnahme ist ein wesentlicher Schritt, um den Theorie-Praxis-Transfer zu stärken und die Anwendung evidenzbasierter Pflege in den Pflegeeinrichtungen voranzutreiben. Die akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen erhalten dadurch einen klar definierten Platz in der Pflegepraxis, was nicht nur die Qualität der Versorgung verbessert, sondern auch das Berufsbild aufwertet.

Der in der Gesetzesbegründung aufgenommene Verweis, dass akademisch qualifiziertes Pflegepersonal höher zu entlohnen ist, wirkt wie ein Eingriff in die Tarifautonomie der Sozialpartner. Auch wenn Rahmenbedingungen oder Anreize für eine differenzierte Vergütung gerechtfertigt erscheinen, muss es den Tarifparteien obliegen, diese in den tariflichen Vereinbarungen auszugestalten.

Ein weiterer positiver Aspekt ist die Flexibilität, die den Pflegeeinrichtungen eingeräumt wird. Neben den im Rahmen des Modellprogramms entwickelten Maßnahmen zur Personalentwicklung können auch trägereigene Konzepte umgesetzt werden, sofern sie die Ziele des § 113c SGB XI erfüllen. Diese Flexibilität trägt zur Entbürokratisierung bei und erleichtert es den Einrichtungen, Maßnahmen schrittweise umzusetzen, insbesondere bei einer geringfügigen Personalaufstockung.

Die Einrichtung einer zentralen Geschäftsstelle zur Unterstützung der Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung der neuen Personalbemessungsverfahren ist sachgerecht. Diese Geschäftsstelle soll nicht nur als Anlaufstelle für Fragen und Unterstützung dienen, sondern auch Schulungen entwickeln und koordinieren. Durch Multiplikatorenschulungen und digitale Angebote wie Selbstlernkonzepte wird sichergestellt, dass die Einrichtungen und das Pflegepersonal auf die neuen Anforderungen vorbereitet sind und ihre Kompetenzen kontinuierlich weiterentwickeln können.

Derzeit gibt es mehrere zentrale Ansätze zur Kompetenzorientierung und Aufgabenverteilung in der Pflege, die jedoch nicht ausreichend miteinander verbunden sind. Ein wichtiger Aspekt ist der im § 8 Absatz 3c SGB XI vorgesehene Katalog zur Aufgabenverteilung von Pflegefachpersonen, der von dem Spitzenverband der Pflegekassen und dem Spitzenverband der Krankenkassen gefördert werden soll. Dieser Katalog hat das Potenzial, eine klare und kompetenzorientierte Struktur in der Pflege zu schaffen, indem er definiert, welche Aufgaben von Pflegefachpersonen übernommen werden sollen. Gleichzeitig fordert § 11 SGB XI die Entwicklung von Delegationskonzepten, um eine klare Aufgabenverteilung zwischen Pflegefachpersonen, Pflegeassistenzpersonen und Pflegehilfskräften sicherzustellen. Diese Konzepte sind essenziell, um sicherzustellen, dass Aufgaben entsprechend der Qualifikationen delegiert werden und Pflegefachpersonen entlastet werden, indem Routineaufgaben an qualifizierte Assistenz- und Hilfskräfte übertragen werden.

Es besteht jedoch derzeit keine direkte Anknüpfung zwischen diesen Konzepten und der Arbeit der Rahmenvertragspartner, die gemäß § 75 SGB XI unter anderem für die Festlegung von Leistungsinhalten und personellen Anforderungen zuständig sind. Dies führt zu einem erheblichen Defizit in der praktischen Umsetzung. Der Katalog gemäß § 8 Absatz 3c SGB XI bleibt ohne rechtliche Verknüpfung mit den Rahmenverträgen auf einer abstrakten Ebene, ohne verbindliche Wirkung in der Praxis. Stattdessen sollen die Vertragspartner festlegen, welche Aufgaben akademisierte Pflegefachpersonen in den Pflegeeinrichtungen zu übernehmen haben. Ebenso fordert § 11 SGB XI zwar die Entwicklung von Delegationskonzepten, stellt aber keine zentralen Vorgaben oder Leitlinien bereit, um Pflegeeinrichtungen bei der Erstellung dieser Konzepte zu unterstützen (vgl. Stellungnahme zu Nr. 10 § 11 SGB XI Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen).

Insgesamt ist die fehlende Verbindung zwischen dem Katalog gemäß § 8 Absatz 3c SGB XI, den Delegationskonzepten nach § 11 SGB XI und den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI ein strukturelles Defizit, das sowohl die Versorgung in der Pflege als auch die Nutzung der personellen Ressourcen behindert. Eine rechtliche Verknüpfung dieser Bereiche wäre notwendig, um sicherzustellen, dass die Aufgabenverteilung und die Delegationskonzepte nicht nur als Empfehlungen bleiben, sondern in der Praxis zur Grundlage der Pflege werden. Nur so kann die pflegerische Versorgung langfristig gesichert und der Fachkräfteengpass gezielt angegangen werden.

Die Zusammenführung der Aufgaben in der Geschäftsstelle bietet die Möglichkeit, eine Fragmentierung unterschiedlicher Umsetzungskonzepte zu verhindern. Durch eine zentrale Steuerung können einheitliche Standards entwickelt und etabliert werden, was zu einer höheren Qualität und Kohärenz in der Pflegepraxis führt. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff nach § 14 SGB XI stellt die übergeordnete Klammer für die verschiedenen Handlungsfelder dar. Das daraus resultierende Pflegeverständnis sollte in allen Bereichen, von der Personalentwicklung bis zur Pflegedokumentation, konsequent berücksichtigt werden (vgl. hierzu aus Roadmap zur Umsetzung des Pflegeverständnisses in der Praxis, Konzertierte Aktion Pflege). Die Geschäftsstelle kann hierbei eine zentrale Rolle spielen, indem sie konkrete Umsetzungshilfen auch für die Umsetzung des Pflegeverständnis für die Pflegepraxis entwickelt und bereitstellt.

Zudem ist nicht nachvollziehbar, warum es bei der Unterstützung von Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung bewohner- und kompetenzorientierter Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen, eine Unterscheidung zwischen vollstationären Einrichtungen (Nummer 3) sowie ambulanten und teilstationären Pflegeeinrichtungen (Nummer 4) gibt. Sowohl vollstationäre als auch ambulante und teilstationäre Einrichtungen stehen vor ähnlichen Herausforderungen bei der Personal- und Organisationsentwicklung. Indem die Maßnahmen nicht nach Einrichtungsart getrennt werden, können einheitliche Konzepte entwickelt werden, die für alle Pflegeeinrichtungen gelten. Das vermeidet Inkonsistenzen und fördert eine einheitliche Umsetzung.

C Änderungsvorschlag

§ 113c SGB XI wird wie folgt geändert:

In § 113c Absatz 2 wird folgender Satz 3 angefügt:

"Pflegeeinrichtungen sollen akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen in die pflegerischen Strukturen integrieren, wobei mindestens 50 Prozent ihrer Arbeitszeit für direkte Pflegeleistungen am Pflegebedürftigen verwendet werden müssen. Diese Stellen sind zusätzlich zu den regulären Personalanhaltswerten zu schaffen, um den Theorie-Praxis-Transfer und die evidenzbasierte Pflege zu fördern."

§ 113c Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt geändert:

"Die Rahmenvertragspartner gemäß § 75 SGB XI haben sicherzustellen, dass der Katalog zur Aufgabenverteilung nach § 8 Absatz 3c SGB XI sowie die Delegationskonzepte nach § 11 SGB XI als Grundlage für die Vereinbarungen von Regelungen nach § 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 dienen."

Absatz 9 neu werden Nummer 3 und 4 zu Nummer 3 wie folgt zusammengefasst:

3. "Vollstationäre, ambulante und teilstationäre Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von bewohner- und kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen nach § 113c Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 unterstützen. Dies umfasst insbesondere die gezielte Integration akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen, die mindestens 50 Prozent ihrer Arbeitszeit für direkte Pflegeleistungen am Pflegebedürftigen verwenden, sowie die Möglichkeit, eigene trägereigene Konzepte zur Personalentwicklung umzusetzen, sofern diese die Ziele des § 113c erfüllen und nachweislich zur Verbesserung der Pflegequalität beitragen."

Absatz 9 werden eine neue Nummer 4 ergänzt und eine Nummer 5 hinzugefügt:

4. Pflegeeinrichtungen bei der praktischen und einheitlichen Umsetzung des Katalogs zur Aufgabenverteilung gemäß § 8 Absatz 3c SGB XI sowie der Delegationskonzepte gemäß § 11 SGB XI sowie
5. Pflegeeinrichtungen und Pflegefachpersonen bei der praktischen Umsetzung eines ganzheitlichen Pflegeverständnisses, das auf den Prinzipien der individuellen, bewohnerzentrierten Pflege beruht und die Förderung der Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt stellt."

Nr. 47 § 114 SGB XI Qualitätsprüfungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem 01.01.2026 sollen die Prüfaufträge zur Durchführung einer Qualitätsprüfung statt wie bisher von den Landesverbänden der Pflegekassen an die Medizinischen Dienste und dem Prüfdienst der PKV zentral über eine bis zum 31.12.2025 vom GKV-Spitzenverband zu errichtende Daten- und Kommunikationsplattform übermittelt werden. In der Plattform sollen aktuelle einrichtungsbezogene Daten und Informationen zu Anzahl und Art der durchgeführten Prüfungen sowie für den vollstationären Bereich zu unangemeldeten und zu Verlängerungen des Prüfrhythmus zusammengeführt werden. Auf Basis dieser Daten soll der GKV-Spitzenverband statistische Datenauswertungen erstellen.

Die privaten Versicherungen haben sich mit 10 Prozent an den Kosten für Aufbau und Betrieb zu beteiligen.

B Stellungnahme

Die Regelung zur Einführung einer Daten- und Kommunikationsplattform ist nicht sachgerecht und daher zu streichen.

Bei den Beauftragungen zur Durchführung von Qualitätsprüfungen kann trotz aller Komplexität auf etablierte und sichere technische Verfahren zum Datenaustausch zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Medizinischen Diensten und dem Prüfdienst der PKV gesetzt werden. Die Beteiligten stehen in regelmäßigem Austausch, die Verfahren sowie die Anforderungen an technische Schnittstellen zu verbessern und weiterzuentwickeln.

Die bestehenden Systeme und technischen Schnittstellen haben sich in der Praxis bewährt und werden fortlaufend verbessert. Die direkte Kommunikation zwischen Auftraggebern und Auftragnehmern ist ein gut etabliertes und funktionierendes Verfahren, das durch die Einführung einer zusätzlichen Plattform unnötig aufgebrochen wird. Dies könnte nicht nur zu einem höheren administrativen Aufwand führen, sondern auch die Effizienz in der Zusammenarbeit beeinträchtigen.

Ohne erkennbaren Grund soll mit einer Daten- und Kommunikationsplattform beim GKV-Spitzenverband die etablierten und sicheren Verfahren verändert werden. Es sind sowohl bei den Pflegekassen als auch bei den Medizinischen Diensten und dem Prüfdienst der PKV neue Verfahren und Schnittstellen zu entwickeln. Die direkte Kommunikation zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer wird durch diese zusätzliche Schnittstelle unnötig aufgebrochen.

Betrachtet man die erhebliche Anzahl und den Umfang der Prüfaufträge kann von erheblichen Kosten für den Aufbau und den Betrieb der Plattform ausgegangen werden. Es handelt sich gegenüber dem Status quo um zusätzliche Kosten, die in keinem Verhältnis zum zu erwartenden Nutzen stehen.

Regelprüfungen für gemeinschaftliche Wohnformen werden in die bestehenden Rahmenbedingungen, die für vollstationäre Einrichtungen gelten und bereits Anwendung finden, einbezogen (vgl. Stellungnahmen zu Nr. 30 § 45j Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c). Regelprüfungen sind dahingehend anzupassen, dass quartiersbezogene ambulante Versorgungsangebote von vollstationären Einrichtungen, auch unter Berücksichtigung der Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen integriert werden.

C Änderungsvorschlag

In § 114 SGB XI wird der Absatz 1a gestrichen.

Die neu hinzugefügten Regelungen in § 114 Absatz 2 Satz 7 werden gestrichen.

Nr. 48 § 114a SGB XI Durchführung der Qualitätsprüfungen

A Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 2 nimmt der Gesetzgeber eine Konkretisierung zur Überprüfung der Pflegequalität von ambulanten Pflegeeinrichtungen vor. Die Prüfinstitutionen dürfen die Qualität der Pflege in Gemeinschaftsräumen und mit Einwilligung der pflegebedürftigen Person auch in deren privaten Wohnräumen überprüfen.

Darüber hinaus sollen auf Grundlage der Bundesempfehlungen und bestehender Regelungen für gemeinschaftliche Wohnformen sowie unter Berücksichtigung der langjährigen Expertise in der Qualitätssicherung, Anpassungen der Richtlinien für die ambulante Pflege erfolgen. Sobald die wissenschaftlichen Ergebnisse nach § 113b vorliegen, ist der Medizinische Dienst Bund verpflichtet, die vorgeschlagenen Anpassungen unverzüglich umzusetzen.

Bei einer Unterschreitung der Prüfquote des Verbandes der privaten Krankenversicherungen e.V. übermittelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die entsprechenden Daten an das Bundesamt für Soziale Sicherung. Das Bundesamt für Soziale Sicherung stellt die Höhe der Unterschreitung sowie die durchschnittlichen Kosten für die nicht durchgeführten Prüfungen fest (Absatz 5).

Der Medizinische Dienst Bund hat die maßgeblichen Organisationen der Vertreter der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a SGB XI zu beteiligen.

B Stellungnahme

Die vorgeschlagenen Anpassungen der Richtlinien für die ambulante Pflege auf Grundlage der Bundesempfehlungen und bestehender Regelungen für gemeinschaftliche Wohnformen sowie die verpflichtende Umsetzung der wissenschaftlichen Ergebnisse nach § 113b durch den Medizinischen Dienst Bund sind abzulehnen (vgl. auch Stellungnahmen zu Nr. 30 § 45j Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c und zu Nr. 45 § 113b Qualitätsausschuss).

Die Anpassung der Richtlinien sollte dahingehend erfolgen, dass quartiersbezogene ambulante Versorgungsangebote für vollstationäre Einrichtungen sowie die Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen in den Pflegeprozess und in das bestehende stationäre Qualitätssicherungssystem integriert werden. Diese Erweiterung ist notwendig, um der steigenden Bedeutung flexibler und neuer Versorgungsangebote gerecht zu werden, ohne dabei die Qualitätsprüfungen unnötig zu verkomplizieren oder separate Prüfmechanismen zu schaffen.

Eine zentrale Stärke dieser Anpassung liegt darin, dass keine neuen, separaten Prüfmechanismen für die quartiersbezogene ambulante Versorgung und die Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen geschaffen werden müssen.

Dies verhindert eine Zersplitterung der Qualitätsprüfungen und würde sowohl die Prüfinstitutionen als auch die betroffenen Pflegeeinrichtungen vor unnötigen administrativen Belastungen schützen. Stattdessen werden diese neuen Versorgungsformen sinnvoll und effizient in die bereits bestehenden, bewährten stationären Qualitätsprüfungen integriert. Dies fördert die Einheitlichkeit der Qualitätsstandards und ermöglicht eine sektorenübergreifende Vergleichbarkeit der Pflegequalität.

Die getroffene Regelung in Absatz 5 ist in Teilen sachgerecht und wird begrüßt. Positiv ist zu werten, dass das Bundesamt für Soziale Sicherung zukünftig nur tätig werden muss, wenn der Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine Unterschreitung der Prüfquote des PKV-Verbands erhoben und übermittelt hat. Die Einrichtung einer Daten- und Kommunikationsplattform durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Bereitstellung der Informationen wird jedoch aufgrund des hohen Kosten- und Bürokratieaufwands abgelehnt (Vgl. Stellungnahme Nr. 47 §114 SGB XI Qualitätsprüfungen).

Die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Vertreter der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a SGB XI ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

In § 114a Absatz 7 Satz 1 wird die Ergänzung gestrichen.

In § 114a wird in Absatz 7 Satz 3 gestrichen und folgender Satz 3 ergänzt:

„Die Richtlinien sind dahingehend anzupassen, dass quartiersbezogene ambulante Versorgungsangebote von vollstationären Einrichtungen unter Berücksichtigung der Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen, in die bestehenden stationären Qualitätsprüfungen integriert werden. Diese neuen Versorgungsangebote sollen unter Berücksichtigung der spezifischen Anforderungen, wie die Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen in den Pflegeprozess, innerhalb des stationären Qualitätssicherungssystems geprüft und bewertet werden, ohne dass separate Prüfmechanismen geschaffen werden müssen.

Nr. 49 § 114c SGB XI Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Medizinische Dienst Bund hat die maßgeblichen Organisationen der Vertreter der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a SGB XI zu beteiligen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit über die Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI in allen Settings sowie im gemeinschaftlichen Wohnformen nach §92c SGB XI. Es erfolgt eine Aufschlüsselung der Daten nach Ländern zum Stichtag 31.12.

B Stellungnahme

Die Erweiterung der Berichterstattung nach § 114c SGB XI ist sehr zu begrüßen. Indem zukünftig auch teilstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen in die Berichterstattung einbezogen werden, wird ein umfassenderer und transparenterer Überblick möglich. Die Einführung einer gesonderten Berichtspflicht für gemeinschaftliche Wohnformen ist nicht sachgerecht und nicht erforderlich, da die bestehenden Rahmenbedingungen für vollstationäre Einrichtungen weitergelten (vgl. Stellungnahmen zu Nr. 30 § 45j Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c, Nr. 45 § 113b Pflegequalitätsausschuss, Nr. 48 § 114a Durchführung von Qualitätsprüfungen).

Die Ausweitung der Berichterstattung auf teilstationäre, ambulante und vollstationäre Versorgungsformen ist zu begrüßen, da sie einen umfassenderen Überblick über das Prüfgeschehen in der Pflege ermöglicht; hierfür ist die geplante Daten- und Kommunikationsplattform beim GKV-Spitzenverband, wie sie im Rahmen der Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI vorgesehen ist und abgelehnt wird (vgl. Stellungnahme zu Nr. 47 § 114 Qualitätsprüfungen) nicht erforderlich. Die eingeführte Berichtspflicht kann auch mit den bereits etablierten und bewährten technischen Verfahren zum Datenaustausch zwischen den Pflegekassen, den Medizinischen Diensten und dem Prüfdienst der PKV sichergestellt werden.

C Änderungsvorschlag

§ 114c wird Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt geändert:

„2. Qualitätsprüfungen, die nach § 114 in vollstationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden; die entsprechenden Daten sollen nach Ländern aufgeschlüsselt werden."

Der in Absatz 3 angefügte Satz wird wie folgt geändert:

„Erstmals zum 31.03.2027 und danach jährlich enthält der Bericht nach Satz 1 jeweils eine statistische Datenaufstellung aufgeschlüsselt nach Ländern zum Stichtag 31.12.“

Nr. 50 § 115 SGV XI Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Richtlinien nach § 114a Absatz 7 SGB XI sollen hinsichtlich der Durchführung von Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c SGB XI angepasst werden. Es soll eine Veröffentlichung der Prüfergebnisse bzw. ein Aushang in den Einrichtungen nach § 92c SGB XI erfolgen. Die Qualitätsdarstellungsvereinbarung für Einrichtungen nach § 92c SGB XI soll auch unter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Vertreter der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a SGB XI geschlossen werden. Sollten Mängel durch die Pflegekasse bei Einrichtungen nach § 92c SGB XI festgestellt werden, kann der Betrieb versagt werden. Die Pflegekasse vermittelt in diesem Falle eine Weiterversorgung der Pflegebedürftigen. Die Haftung für entstandene Kosten liegt bei der ambulanten Pflegeeinrichtung.

B Stellungnahme

Die Anpassung der Richtlinien nach § 114a Absatz 7 SGB XI in Bezug auf gemeinschaftliche Wohnformen nach § 92c SGB XI ist in der vorgeschlagenen Form abzulehnen (Vgl. Stellungnahmen zu Nrn. 30 und 45ff. Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c). Der Fokus auf spezifische Sonderregelungen für gemeinschaftliche Wohnformen führt zu einer weiteren Sektorierung der Überprüfung von Pflegequalität und erschwert eine einheitliche und vergleichbare Qualitätsprüfung über verschiedene Versorgungsformen hinweg.

Anstatt separate Prüfkriterien und Aushangpflichten für Wohnformen nach § 92c zu schaffen, sollte vielmehr das Ziel verfolgt werden, die bestehenden Qualitätsprüfungsinstrumente zu erweitern und an alle Versorgungsformen anzupassen. Die Einführung von Sonderregelungen und spezifischen Aushangpflichten für einzelne Versorgungsmodelle führt zu einer Fragmentierung des Qualitätsmanagements in der Pflege und erschwert die Vergleichbarkeit der Qualität von Pflegeeinrichtungen.

Die Richtlinien nach § 114a Absatz 7 SGB XI müssen im Hinblick auf die Durchführung von Qualitätsprüfungen an die Entwicklungen aus dem wissenschaftlichen Auftrag nach § 113b Absatz 4 Nummer 7 SGB XI angepasst werden. Es ist notwendig, dass die Richtlinien so modifiziert werden, dass die spezifischen Anforderungen dieser neuen Versorgungsangebote, wie die Beteiligung von Angehörigen und Ehrenamtlichen bei der Pflege und die Ausweitung stationärer Einrichtungen auf quartiersbezogene Pflegeleistungen, innerhalb des bestehenden Prüfrahmens erfasst werden.

Die Veröffentlichung der Prüfergebnisse sollte wie gewohnt auch für diese neuen Versorgungsangebote erfolgen, um Transparenz zu gewährleisten. Gleichzeitig muss die Qualitätsdarstellungsvereinbarung unter Einbeziehung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe erfolgen, um sicherzustellen, dass die neuen Modelle dieselben Qualitätsstandards erfüllen, wie klassische stationäre Pflegeeinrichtungen.

Sollten in den neuen Versorgungsmodellen Mängel festgestellt werden, ist es notwendig, dass die bestehenden Mechanismen zur Mängelbeseitigung und Haftung auch hier greifen. Die Anpassung der Richtlinien stellt sicher, dass diese neuen Versorgungsformen nicht nur organisatorisch in das System eingebunden werden, sondern auch denselben hohen Qualitätsanforderungen unterliegen wie die etablierten Pflegeeinrichtungen.

C Änderungsvorschlag

In § 115 wird im Absatz 1a die vorgenommene Änderung in Satz 2 gestrichen.

In § 115 wird im Absatz 1a nach Satz 2 ein neuer Satz 3 eingefügt:

„Dies gilt auch für neue Versorgungsangebote, wie quartiersbezogene ambulante Versorgung für vollstationäre Einrichtungen und der Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen, die in das stationäre Qualitätssicherungssystem integriert werden. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen dieser Versorgungsmodelle sind in das bestehende stationäre Prüf- und Darstellungssystem gemäß den Richtlinien nach § 114a aufzunehmen."

In § 115 wird im Absatz 5 die vorgenommene Änderung in Satz 1 und Satz 2 gestrichen.

In § 115 wird im Absatz 6 die vorgenommene Änderung in Satz 1 gestrichen.

Nr. 52 § 118a SGB XI Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung zielt darauf ab, die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene zu vereinheitlichen. Dies betrifft die im Fünften und Elften Buch SGB vorgesehenen Beteiligungen. Da es derzeit keine Bundespflegekammer gibt und eine Vielzahl von Verbänden existiert, wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, per Rechtsverordnung festzulegen, welche Organisationen als maßgeblich gelten und wie das Beteiligungsverfahren abläuft. Die Regelung soll sicherstellen, dass die Pflegeberufe trotz der heterogenen Verbändelandschaft angemessen in Entscheidungen einbezogen werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit legt dabei die Voraussetzungen und das Verfahren für die Anerkennung der Organisationen per Verordnung fest. Ziel ist, die Rolle der Pflegeorganisationen zu stärken und ihre umfassende Beteiligung sicherzustellen. Zudem soll geprüft werden, wie auch landesrechtlich geregelte Organisationen beteiligt werden können.
Da viele Vertreter der Pflegeberufe ehrenamtlich tätig sind, soll die Verordnung auch regeln, unter welchen Bedingungen Reisekosten und Verdienstausfall erstattet werden können, damit die Pflegeberufe ihre Expertise in der Erfüllung gesetzlicher Aufgaben einbringen können.

B Stellungnahme

Die Vereinheitlichung zur Beteiligung maßgeblicher Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene ist zu begrüßen. Sie stärkt die Einbindung der Pflegeberufe in Entscheidungsprozesse, insbesondere da derzeit keine Bundespflegekammer existiert. Durch die Vielzahl an Organisationen im Pflegebereich wird eine klare Definition der maßgeblichen Organisationen notwendig, um effektive Mitbestimmung sicherzustellen. Die Pflegebranche ist sehr divers, mit Organisationen, die unterschiedliche Interessen (z. B. akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen, spezialisierte Pflegeberufe oder Pflegehilfspersonal) vertreten. Die Definition von "maßgeblichen" Organisationen könnte dazu führen, dass bestimmte Fachrichtungen oder Berufsgruppen nicht ausreichend Gehör finden. Dies könnte insbesondere bei Fachthemen zu Nachteilen führen, wenn die "maßgeblichen" Organisationen nicht über die notwendige Expertise in spezifischen Pflegebereichen verfügen.
Der Referentenentwurf sieht bereits eine Anerkennung maßgeblicher Organisationen durch das Bundesministerium für Gesundheit vor, allerdings sollte der Prozess transparenter gestaltet werden. Eine unabhängige Kommission aus Vertretern verschiedener Interessengruppen (Pflegeberufe, Politik, Wissenschaft) kann den Anerkennungsprozess überwachen und regelmäßig evaluieren. Eine klare Kommunikationsstrategie, die den Auswahlprozess öffentlich darlegt, könnte das Vertrauen der Pflegeberufe in die Maßnahme stärken.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 54 § 125a SGB XI Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Regelung wird neu strukturiert. Statt bisher 10 Mio. Euro stehen für die laufenden Vorhaben bis Ende 2025 noch 5 Mio. Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zur Verfügung.

Neu aufgenommen wird die Verpflichtung des GKV-Spitzenverbandes, bis zum 31.12.2026 Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in der ambulanten und stationären Langzeitpflege zu erarbeiten.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Die nicht verausgabten Mittel in Höhe von 5 Millionen werden sinnvoll zur Weiterentwicklung der Leistungen der pflegerischen Versorgung im Rahmen des neu eingerichteten Modellprogramms nach § 8 Absatz 3c eingesetzt.

Die laufenden Modellprogramme und Evaluationen können wesentliche Erkenntnisse darüber liefern, wie Telepflege in der Praxis umgesetzt werden kann und welche telepflegerischen Ansätze effektiv sind. Daher ist es sachgerecht, auf die Ergebnisse dieser wissenschaftlichen Erprobungen zu warten und auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse Empfehlungen zu entwickeln.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 55 § 125c SGB XI Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung

A Beabsichtigte Neuregelung

In den Jahren 2025 und 2026 wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beauftragt, Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung durchzuführen. Mit dieser Neuregelung wird das Ziel verfolgt, dass Vergütungsverhandlungen künftig effizient und zügig zum Abschluss gebracht werden können. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben, die mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen sind.

B Stellungnahme

Das Vorhaben wird begrüßt, im Rahmen von Modellvorhaben unter Federführung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und den am Verhandlungsverfahren beteiligten Akteuren digitale Verhandlungsprozesse für die Pflegevergütung zu erproben.

Nicht zuletzt mit der Einführung der Regelungen zur tariflichen Bezahlung im Pflegevertrags- und -vergütungsrecht haben sich die Anforderungen für zeitnahe Abschlüsse der Vereinbarungen neu sortiert. Aufgrund der daraus resultierenden, auf bestimmte Zeitpunkte im Kalenderjahr konzentrierte Verhandlungsdichte scheint es besonders vorteilhaft, bestehende Prozesse im Verhandlungsgeschäft unter wissenschaftlicher Begleitung zu bewerten und mit dem Ziel effizienter und zügiger Abschlüsse zu digitalisieren. Dabei sind aber auch bereits bestehende vereinfachte Verhandlungsverfahren aus einzelnen Bundesländern in den Blick zu nehmen und diese auf eine digitale Weiterentwicklung entsprechend hin zu überprüfen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 34 SGB XI Ruhen der Leistungsansprüche

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Fristen werden auf jeweils 8 Wochen vereinheitlicht.

B Stellungnahme

Die Änderung ist nicht sachgerecht und nicht nachvollziehbar.

Begründet wird die Vereinheitlichung der Fristen mit der Entbürokratisierung. Die Pflegekassen werden - anders als in der Begründung behauptet - nicht vom Prüfaufwand entlastet. Der Aufwand verschiebt sich nur auf einen späteren Zeitpunkt. Die Prüfung, ob die Wochenfrist überschritten wird, ist trotzdem durchzuführen.

Es ist zudem fraglich, ob die längere Zahlung des Pflegegeldes trotz Abwesenheit von der häuslichen Pflegesituation sachgerecht ist. Es kann bezweifelt werden, ob ein Auslandsaufenthalt von 8 Wochen noch als vorübergehend anzusehen ist.

Bei einem Krankenhausaufenthalt, der vier Wochen übersteigt oder einer medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation, die länger als vier Wochen dauert, ist die Weiterzahlung des Pflegegeldes ebenfalls nicht sachgerecht. Es handelt sich jeweils um eine erhebliche Änderung der Pflegesituation, die nicht erst nach 8 Wochen eintritt.

C Änderungsvorschlag

Die Änderungen sind zu streichen.

Nr. 3 § 55 Absatz 3a SGB V Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf enthält klarstellende Ausführungen für die Zeit nach Ende des Übergangszeitraums zur erleichterten Nachweisführung bezüglich der Elterneigenschaft sowie der Anzahl der Kinder unter 25 Jahren ab dem 01.01.2026. Der GKV-Spitzenverband hat Empfehlungen über geeignete Nachweise festzulegen.

Die ganz überwiegende Zahl von Nachweisen wird über das automatisierte Übermittlungsverfahren gemeldet und steht den beitragsabführenden Stellen zeitnah zur Verfügung. Der Referentenentwurf sieht vor, dass die Wirkung der Nachweise mit Beginn des Monats der Geburt bzw. ab Beginn eines vergleichbaren Ereignisses (z. B. Beginn der Beschäftigung, Bezug einer Rente, Krankenkassenwechsel oder Feststellung der Vaterschaft bzw. Adoption) eintritt. Die gleiche Wirkung entfalten Nachweise, die nicht über das automatisierte Übermittlungsverfahren, sondern in anderer geeigneter Weise gegenüber den beitragsabführenden Stellen innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Eintritt des Ereignisses nachgewiesen werden. Sollte der Nachweis für ein länger zurückliegendes Ereignis erfolgen, gilt der Nachweis ab Beginn des Monats, der dem folgt, in dem der Nachweis erbracht wurde.

B Stellungnahme

Die Klarstellung zur Nachweisführung nach Ablauf des Übergangszeitraums ab 01.01.2026 ist eine versichertenfreundliche Regelung und wird als sachgerecht begrüßt.

Der ganz überwiegende Teil der Daten über die Elterneigenschaft sowie zur Anzahl berücksichtigungsfähiger Kinder erfolgt zeitnah über das digitale Verfahren. In Sachverhalten, in denen der Zeitpunkt der Übermittlung im automatisierten Verfahren verzögert erfolgt, soll dies nicht zu Lasten der Versicherten oder beitragsabführenden Stellen gehen, da dies nicht in der Verantwortung der Betroffenen liegt.

Weiter ist eine Regelung für berücksichtigungsfähige Kinder vorgesehen, die nicht im automatisierten Verfahren gemeldet werden, weshalb die Nachweisführung vom Mitglied selbst zu erfolgen hat. Die Frist zur Wirkung des Nachweises auf den Beginn des Monats des Ereignisses wird ebenfalls auf sechs Monate festgelegt. Erfahrungsgemäß gibt es Sachverhalte, bei denen eine Nachweisführung nicht ohne Weiteres kurzfristig möglich ist bzw. bei denen mit einem Zeitversatz zu rechnen ist. Die im Referentenentwurf vorgesehene Sechs-Monats-Frist wird insofern als sachgerecht bewertet.

Zur Vermeidung datenschutzrechtlicher Bedenken wird angeregt, die Regelung nach § 55 Absatz 3a Satz 3 SGB XI beizubehalten und die beitragsabführenden Stellen

sowie die Pflegekassen zu berechtigen, Nachweise bei den Versicherten anzufordern.

C Änderungsvorschlag

§ 55 Absatz 3a SGB XI wird um folgenden Satz ergänzt:

„Die beitragsabführenden Stellen und die Pflegekassen sind berechtigt, entsprechende Nachweise anzufordern."

Artikel 3 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 15 Absatz 1 SGB V Ärztliche Behandlung, elektronische Gesundheitskarte

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Absatz 1 Satz 1 erfolgt die Streichung des Verweises auf Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht. Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Übertragung der Modellvorhaben nach § 64d SGB V in die Regelversorgung.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 2 § 15a SGB V Pflegerische Leistungen und heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung greift auf, welche Qualifikationsvoraussetzungen für die pflegerischen und heilkundlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen gleichermaßen für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung bestehen. Nach dem Vorschlag hängt die Zulässigkeit der Erbringung von der jeweiligen Qualifikation der Pflegefachperson ab und unterscheidet drei Arten:

- Pflegerische Leistungen, die nicht zugleich heilkundliche Leistungen sind,
- heilkundliche Leistungen, die auf Grundlage einer Erlaubnis nach dem Pflegeberufegesetz durch Pflegefachpersonen erbracht werden können (dazu gehören beispielsweise Leistungen der häuslichen Krankenpflege/medizinischen Behandlungspflege), und
- erweiterte heilkundliche Leistungen, die von besonders qualifizierten Pflegefachpersonen mit einer hochschulischen Qualifikation erbracht werden dürfen. Diese Aufgaben umfassen Tätigkeiten, die traditionell Ärztinnen und Ärzten vorbehalten waren, z. B. in den Bereichen Diabetesmanagement, Wundversorgung und Demenz. Diese Qualifikationen können durch spezielle Fachweiterbildungen oder durch im Ausland erworbene Kompetenzen erworben werden. Die Module der Fachkommission nach § 14 des Pflegeberufegesetzes können für die Beurteilung, welche Qualifikation oder Kompetenzen in vergleichbarem Maße zur Erbringung von erweiterten heilkundlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen berechtigen, eine fachliche Orientierung bieten; sind jedoch nicht verbindlich.

Zur selbstständigen Erbringung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten gehört die Entscheidung über Art, Dauer und Häufigkeit der erweiterten heilkundlichen Leistung sowie die Verantwortung für die rechtzeitig fachlich indizierte Einbeziehung weiterer Berufsgruppen im Gesundheitswesen, sowie die haftungsrechtliche Verantwortung und die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots.

Welche erweiterten heilkundlichen Leistungen im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung durch Pflegefachpersonen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht und abgerechnet werden können, wird im Rahmenvertrag nach § 73d SGB V geregelt.

Es wird weiterhin aufgegriffen, dass bei der Erbringung pflegerischer oder heilkundlicher Leistungen durch andere Personen als Pflegefachpersonen in der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung die in § 4 Pflegeberufegesetz genannten, den Pflegefachpersonen vorbehaltenen, Aufgaben zu beachten sind. Pfle-

gefachpersonen erbringen pflegerische und heilkundliche Aufgaben in eigener Verantwortung, einschließlich der Haftung für fehlerhafte Entscheidungen und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes. Personen, die Pflegefachpersonen bei der Durchführung der Vorbehaltsaufgaben und der Erbringung pflegerischer Aufgaben unterstützen, haben je nach vorhandener Qualifikation die Verantwortung für die Durchführung der geplanten pflegerischen Maßnahmen.

Schließlich wird der Begriff der „Pflegefachperson" rechtlich definiert. Dies bezieht sich auf Personen, die eine Erlaubnis gemäß dem Pflegeberufegesetz besitzen.

B Stellungnahme

Die Regelung, die die Rolle von Pflegefachpersonen als Heilberuf präzisiert, stellt einen bedeutenden Schritt zur weiteren Professionalisierung des Pflegeberufs dar und wird ausdrücklich begrüßt. Diese Anerkennung stärkt das Vertrauen in die Fachkompetenz von Pflegefachpersonen und hebt ihre zentrale Rolle im Gesundheitssystem hervor.

Ziel der neuen Regelung ist es, zum einen die Vorbehaltsaufgaben nach § 4 Pflegeberufegesetz im Sozialversicherungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung nachzuziehen, und zum anderen sicherzustellen, dass die heilkundlichen Kompetenzen von Pflegefachpersonen in der Versorgung effizient eingesetzt werden können. Bedauerlicherweise kommt durch den konkreten Gesetzesvorschlag dies nicht klar zum Ausdruck.

Die Pflegeprozesssteuerung ist bereits als Vorbehaltsaufgabe der Pflegefachpersonen im Pflegeberufegesetz klar definiert. Dies bedeutet, dass ausschließlich Pflegefachpersonen die Pflegeprozesssteuerung obliegt; Ärztinnen und Ärzten ist die Pflegeprozesssteuerung nicht erlaubt; es wird empfohlen, eine korrespondierende Regelung zum Ausschluss von Ärztinnen und Ärzten im § 28 aufzunehmen.

Hingegen braucht es keine gesetzliche Klarstellung, welche Qualifikationsvoraussetzungen für die Vorbehaltsaufgaben im Rahmen der bestehenden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung bestehen. Es muss lediglich der § 4 des Pflegeberufegesetzes im Sozialgesetzbuch V und XI nachgezogen werden. Die Kompetenz, die Pflegeprozesssteuerung zu verantworten, sprich eine pflegerische Einschätzung zur Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs abzugeben einschließlich Analyse, Evaluation, wird im Rahmen der Ausbildung zur Pflegefachperson erworben. Mit der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung wird auch testiert, dass die Pflegefachperson in der Lage ist, den Pflegeprozess eigenverantwortlich zu steuern.

Jedoch ist die im Referentenentwurf eingeführte Differenzierung zwischen pflegerischen Leistungen, heilkundlichen Leistungen und erweiterten heilkundlichen Leistungen nicht nur nicht sachgerecht, sondern führt auch zu Missverständnissen.

Mit der vorliegenden gesetzlichen Regelung und unter Heranziehung der Gesetzesbegründung entsteht jedoch der Eindruck, dass sämtliche pflegerischen Aufgaben ausschließlich von Pflegefachpersonen erbracht werden dürfen. Dies ist eine nicht nachvollziehbare Einschränkung und spiegelt auch nicht die Praxis wider. Auch Pflegefachassistentinnen und -assistenten sowie Hilfspersonal leisten einen wichtigen Beitrag in der Versorgung. So ist auch im Entwurf des Pflegeassistenzeinführungsgesetzes vorgesehen, dass Pflegefachassistenzpersonen künftig bestimmte Aufgaben der medizinischen Behandlungspflege übernehmen dürfen. Dies ist eine sinnvolle Ergänzung, die den gestiegenen Anforderungen im Pflegebereich gerecht wird und die Entlastung der Pflegefachpersonen fördert.

Mit Verweis auf die Gesetzesbegründung ist es auch nicht sachgerecht, dass Pflegeassistenz- und -hilfspersonen bei der Durchführung von Vorbehaltsaufgaben unterstützen können. Aus fachlicher und juristischer Sicht können sie die Durchführung und Dokumentation der pflegerischen Leistungen als Aufgaben übertragen bekommen, wenn zugleich sichergestellt ist, dass die Gesamtverantwortung für die Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses bei der Pflegefachperson mit Erlaubnis nach § 1 PflBG verbleibt.

Um Missverständnisse zu vermeiden, sollte die Regelung zu pflegerischen und heilkundlichen Leistungen in erster Linie auf die bereits im § 4 Pflegeberufegesetz definierten Vorbehaltsaufgaben verweisen. Diese Bestimmung bietet eine klare und kohärente Grundlage für die berufliche Praxis und stellt sicher, dass Pflegefachpersonen die ihnen zustehende Verantwortung für komplexe Pflegeaufgaben übernehmen, während Pflegeassistenzpersonen unterstützende Tätigkeiten gemäß ihrer Qualifikation durchführen können.

Die Unterscheidung zwischen heilkundlichen und erweiterten heilkundlichen Leistungen ist insofern nicht sinnvoll, als viele heilkundliche Aufgaben, wie die Behandlungspflege, bereits routinemäßig von Pflegefachpersonen übernommen werden. Diese Aufgaben, wie etwa die Medikamentengabe oder Wundversorgung, fallen in den Aufgabenbereich der Pflegefachpersonen, da sie dafür bereits die notwendigen Kompetenzen in ihrer regulären Ausbildung erwerben und eigenverantwortlich durchführen können. Solche Tätigkeiten zählen somit zu den pflegerischen Leistungen.

Die erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten bauen auf diesen Basisqualifikationen auf, erfordern jedoch zusätzliche Qualifikationen oder ein Hochschulstudium. Dadurch erhalten Pflegefachpersonen die Befugnis, selbstständig und eigenverantwortlich Aufgaben zu übernehmen, die traditionell Ärztinnen und Ärzten vorbehalten waren.

In der vorliegenden gesetzlichen Regelung ist der Verweis auf § 37 Absatz 1 des Pflegeberufegesetzes in Bezug auf die Qualifikation von Pflegefachpersonen zur Erbringung erweiterter heilkundlicher Leistungen nicht zutreffend. § 37 Absatz 1 Pflegeberufegesetz beschreibt lediglich das allgemeine erweiterte Ausbildungsziel der primärqualifizierenden Pflegeausbildung an Hochschulen, ohne auf die spezifischen heilkundlichen Kompetenzen einzugehen. Die Qualifikationen, die Pflegefachpersonen zur Erbringung erweiterter heilkundlicher Leistungen befähigen, werden jedoch erst in § 37 Absatz 3 Pflegeberufegesetz konkretisiert. Dieser Abschnitt stellt klar, dass die hochschulische Pflegeausbildung über die allgemeinen pflegerischen Kompetenzen hinaus auch spezifische Fähigkeiten vermittelt, die für heilkundliche Aufgaben erforderlich sind, wie das Diabetesmanagement, die Versorgung chronischer Wunden und die Betreuung von Menschen mit Demenz.

C Änderungsvorschlag

In § 15a SGB V wird der Absatz 1 wie folgt neu formuliert:

(1) Pflegerische Vorbehaltsaufgaben nach § 4 des Pflegeberufegesetzes dürfen im Rahmen dieses und des Elften Buches nur durch Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Pflegeberufegesetzes erbracht werden.
Erweiterte heilkundliche Aufgaben können im Rahmen dieses und des Elften Buches im Rahmen der jeweils erworbenen Kompetenzen auch von Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes in der Fassung vom 1. Januar 2025 oder von Pflegefachpersonen mit einer anderen, hinsichtlich der Erbringung von erweiterten heilkundlichen Leistungen gleichwertigen Qualifikation selbständig und eigenverantwortlich erbracht werden. Die Qualifikation kann sich dabei auch auf andere als die in § 37 Absatz 3 Nummer 6 bis 8 des Pflegeberufegesetzes benannten erweiterten heilkundlichen Aufgaben beziehen.

In § 28 Absatz 1 wird ein neuer Satz 3 eingefügt:

„Die Steuerung des Pflegeprozesses gemäß § 4 Pflegeberufegesetz gehört nicht zur ärztlichen Behandlung im Sinne dieses Gesetzes. Sie umfasst insbesondere die eigenverantwortliche Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Planung, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse und Evaluation pflegerischer Maßnahmen durch Pflegefachpersonen und unterliegt nicht der Anordnung oder Verantwortung des Arztes.“

Nr. 3 § 20 Absatz 5 Satz 2 SGB V Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Katalog von Präventionsempfehlungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention, welche die Krankenkasse zu berücksichtigen hat, wird erweitert durch Empfehlungen von Pflegefachpersonen. Im Rahmen der Unterstützung pflegebedürftiger Menschen, die in der Häuslichkeit gepflegt werden, sollen durch Pflegefachpersonen ausgesprochene Präventionsempfehlungen durch die Krankenkassen berücksichtigt werden. Ebenfalls sollen im Rahmen der Pflegebegutachtung festgehaltene Feststellungen zur Prävention Berücksichtigung

B Stellungnahme

Pflegebedürftige Personen sind gleichzeitig auch Versicherte der Krankenversicherung und haben Anspruch auf Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung. Bereits jetzt sehen Regelungen im SGB XI die Information und Hinleitung zu Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung für pflegebedürftige Menschen vor. Pflegebedürftige Menschen können schon jetzt Angebote der Primärprävention gegen Kostenerstattung bei z. B. Wohlfahrtsverbänden wahrnehmen. Die Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI enthält bereits entsprechende Formulierungen dazu, dass Pflegeberatende Anspruchsberechtigte sowie Angehörige oder weitere Personen zu Möglichkeiten beraten sollen, Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Anspruch zu nehmen. Ebenfalls werden in den Begutachtungs-Richtlinien des MD Bund nach § 17 SGB XI gutachterliche Empfehlungen zu den Präventionsleistungen nach § 20 SGB V geregelt.

Im Zusammenhang mit Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, einer Leistungserbringung von Pflegefachpersonen nach § 36 SGB XI sowie von Beratungsbesuchen nach § 37 Absatz 3 erhalten Pflegefachpersonen die Möglichkeit, Empfehlungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Absatz 5 SGB V auszusprechen. Die Rolle der Pflegefachpersonen soll damit gestärkt und der Zugang Pflegebedürftiger zu Präventionsmaßnahmen verbessert werden. Grundsätzlich wird sowohl die Stärkung der Rolle von Pflegefachpersonen begrüßt, als auch ein verbesserter Zugang von pflegebedürftigen Menschen und ihren An- und Zugehörigen zu Prävention und Gesundheitsförderung in ihrer Rolle als Pflegepersonen. (Siehe auch die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 2 § 5 SGB XI Prävention in Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation).

Der Verweis auf präventive Angebote nach § 20 SGB V ist ein darüber hinaus gehender Schritt. Eine zukünftige Beachtung von Präventionsempfehlungen von Pflegefachpersonen nach § 5 Absatz 1a SGB XI oder nach § 18b SGB XI setzt allerdings auch voraus, dass Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V vorhanden und zugänglich sind. Dies könnte unter den Bedingungen, wie sie der Entwurf

des Gesunde-Herz-Gesetzes vorsieht, fraglich sein (siehe auch Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 2 § 5 SGB XI).

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 4 § 33 Absatz 5a SGB V Hilfsmittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Ergänzung, dass die entsprechend der Voraussetzungen des Rahmenvertrages nach § 73d von einer Pflegefachperson ausgestellte Hilfsmittelverordnung einer vertragsärztlichen Verordnung gleichsteht.

B Stellungnahme

Die als Folgeänderung zum neu gefassten § 73d vorgesehene Ergänzung des § 33 Absatz 5a wird begrüßt.

Neben der formalen Gleichstellung der von einer Pflegefachperson ausgestellten Verordnung als leistungsrechtliche Grundlage ist aber auch noch zu bedenken, dass diese in einer Form erfolgt, die eine möglichst unbürokratische Leistungserbringung und Abrechnung erlaubt.

Die von Pflegefachpersonen ausgestellten Verordnungen müssen in bestehende und künftige Prozesse (Telematikinfrastruktur, Fachdienst, eVerordnung) integriert werden können; sie sollten daher auf den gleichen Verordnungsmustern wie im vertragsärztlichen Bereich erfolgen. Dies sollte unbedingt in den hierfür grundlegenden Regelungen hinterlegt werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 5 § 39 Absatz 1 Satz 3 SGB V Krankenhausbehandlung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Anpassung regelt die Erweiterung der Aufgaben von Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung. Es wird klargestellt, dass pflegerische Leistungen, einschließlich der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben sowie heilkundlicher und erweiterter heilkundlicher Leistungen, Teil der Krankenhausbehandlung sind.

Insbesondere betrifft dies Aufgaben, die Pflegefachpersonen übernehmen können, wenn sie entsprechende Kompetenzen durch eine hochschulische Ausbildung, qualifizierte Fachweiterbildung oder eine bestandene Kenntnisprüfung erworben haben. Eine Orientierungshilfe für diese erweiterten heilkundlichen Aufgaben bieten der Rahmenvertrag nach § 73d sowie fachliche Empfehlungen, die auf Grundlage von § 8 Absatz 3c des Elften Buches entwickelt werden. Diese Empfehlungen geben Hinweise zu pflegerischen Aufgaben und Anforderungen an Weiterbildungen, die Pflegefachpersonen befähigen, diese heilkundlichen Leistungen auszuführen.

B Stellungnahme

Die gesetzliche Verankerung heilkundlicher Leistungen im Zuge des effizienten Einsatzes der Pflegekompetenz ist ein notwendiger und logischer Schritt zur Stärkung der Rolle von Pflegefachpersonen. Dies trägt wesentlich dazu bei, den Pflegeberuf als Heilberuf anzuerkennen und seine Bedeutung im interprofessionellen Versorgungsteam zu erhöhen. Um die Rolle der Pflegefachpersonen weiter zu stärken und die Gesundheitsversorgung effizienter zu gestalten, ist es essenziell, einen verbindlichen Katalog für heilkundliche Aufgaben auch im Krankenhausbereich zu etablieren.

Die Differenzierung zwischen pflegerischen Vorbehaltsaufgaben und heilkundlichen sowie erweiterten heilkundlichen Leistungen gemäß § 15a SGB V ist nicht korrekt und missverständlich (vgl. Stellungnahme zu Nr. 2 § 15a SGB V Pflegerische Leistungen und heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen).

Während die ambulante Versorgung durch Rahmenverträge, wie z. B. § 73d SGB V, Vorgaben zur Übertragung ärztlicher Aufgaben auf Pflegefachpersonen bietet, fehlen solche verbindlichen Regelungen im Krankenhausbereich. Dies führt zu Unsicherheiten und verhindert eine flächendeckende und einheitlichen Umsetzung der heilkundlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen. Es ist daher unabdingbar, auch im stationären Bereich einen verbindlichen Katalog zu schaffen.

Die gesetzliche Verankerung erweiterter heilkundlicher Aufgaben für Pflegefachpersonen ist ein notwendiger und logischer Schritt zur Anerkennung des Pflegeberufs als Heilberuf. Um die Potenziale der Pflegekompetenz voll auszuschöpfen, ist es essenziell, auch im Krankenhausbereich einen verbindlichen Katalog heilkundlicher Aufgaben zu schaffen (vgl. Stellungnahme Nr. 8 § 73d Selbständige Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; selbständige Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation).

C Änderungsvorschlag

In § 39 Absatz 1 Satz 3 werden nach dem Wort ‚Krankenpflege' die Wörter ‚einschließlich der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 des Pflegeberufegesetzes und erweiterten heilkundlichen Leistungen nach § 15a eingefügt."

Nr. 6 § 63 SGB V Grundsätze

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bestehende Absätze 3b und 3c werden durch einen neuen Absatz 3b ersetzt.

Der neue Absatz 3b stellt klar, dass Modellvorhaben, die auf Grundlage des § 63 Absatz 3b oder Absatz 3c in der bis zum (Inkrafttreten des Gesetzes) geltenden Fassung begonnen wurden, auf der bisherigen Rechtsgrundlage weitergeführt werden können. Neue Modellvorhaben können ab dem (Inkrafttreten des Gesetzes) nicht mehr begonnen werden, da ein Ziel des Gesetzes die Überführung der Modellvorhaben in die Regelversorgung ist.

Der bisherige Absatz 3d wird zu Absatz 3c.

B Stellungnahme

Die Änderung wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 7 § 64d SGB V Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten

A Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine Anpassung des Begriffs der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson. Des Weiteren wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a des Elften Buches einheitlich gestaltet und gestärkt.

In einem neuen Absatz 4 wird klargestellt, dass Modellvorhaben, die auf Grundlage des § 64d in der bis zum (Inkrafttreten des Gesetzes) geltenden Fassung begonnen wurden, auf der bisherigen Rechtsgrundlage weitergeführt werden können. Neue Modellvorhaben können ab dem (Inkrafttreten des Gesetzes) nicht mehr begonnen werden, da ein Ziel des Gesetzes die Überführung der Modellvorhaben in die Regelversorgung ist.

B Stellungnahme

Die Änderungen werden begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 8 § 73d SGB V Selbständige Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; selbständige Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Intention der Regelung ist die Überführung der bisherigen Modellvorhaben zur erweiterten Heilkundeausübung durch Pflegefachpersonen in eine dauerhafte und reguläre Versorgung.

Der Rahmenvertrag zielt darauf ab, die Kompetenzen von Pflegefachpersonen zu erweitern und ihre Rolle im Gesundheitssystem zu stärken, indem sie bestimmte heilkundliche Leistungen eigenständig erbringen dürfen. Ein zentrales Anliegen des Vertrags ist die Erstellung eines Katalogs von Tätigkeiten, die Pflegefachpersonen in Abhängigkeit von ihrer Qualifikation selbstständig durchführen können. Diese Tätigkeiten sollen auf der Grundlage einer ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung erfolgen. Zudem wird Pflegefachpersonen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege die Möglichkeit gegeben, eigenständig Folgeverordnungen und die Verordnungen von dazu benötigten Hilfsmitteln selbstständig veranlassen können; jeweils in Abhängigkeit von der erworbenen Qualifikation.

Die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben gemäß § 15a SGB V müssen bei der Erstellung der Kataloge beachtet werden. Der Rahmenvertrag legt fest, auf Basis welcher bundeseinheitlich geregelten Qualifikationen oder vergleichbaren Qualifikationen nach § 15a SGB V Pflegefachpersonen bestimmte Leistungen selbstständig erbringen dürfen. Zudem wird geregelt, ob und unter welchen Voraussetzungen Berufserfahrung als gleichwertige Qualifikation anerkannt werden kann. Die in den Katalogen definierten Leistungen können von Pflegefachpersonen bei zugelassenen Ärztinnen und Ärzten, in medizinischen Versorgungszentren, Pflegeeinrichtungen nach § 132a SGB V und in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 SGB XI erbracht werden. Dabei sind fachliche Empfehlungen nach § 8 Absatz 3c SGB XI und die Regelungen des Rahmenvertrags des Gemeinsamen Bundesausschusses zu berücksichtigen. Der Rahmenvertrag muss bis zum 31.12.2025 geschlossen werden. Die erweiterten heilkundlichen Leistungen aus dem bisherigen Rahmenvertrag nach § 64d SGB V gelten ab Inkrafttreten des Gesetzes als vereinbart. Bis zum 31.07.2025 ist zu prüfen, ob Anpassungen in der Regelversorgung notwendig sind, die dann bis zum 30.09.2025 umgesetzt werden müssen.

Eine weitere Regelung ist die Evaluation der Auswirkungen der eigenständigen Leistungserbringung durch Pflegefachpersonen. Bis Ende 2027 soll untersucht werden, wie sich die neuen Kompetenzen auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung, insbesondere in der vertragsärztlichen Versorgung und Langzeitpflege, auswirken. Zudem wird geprüft, ob diese Regelungen auch auf andere Versorgungsbereiche wie Krankenhäuser oder Rehabilitationskliniken ausgeweitet werden können. Die Ergebnisse werden dem Bundesministerium für Gesundheit zur weiteren Bewertung vorgelegt, damit Anpassungen oder Erweiterungen der Regelungen erfolgen können.

Darüber hinaus sieht der Vertrag klare Rahmenvorgaben für die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten und Pflegefachpersonen vor. Ziel ist es, eine effektive Kooperation zu gewährleisten und die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen zu verbessern, um die Versorgung der Patientinnen und Patienten effizient zu gestalten. Dazu könnten gemeinsame Fortbildungen und Abstimmungsprozesse gehören.

B Stellungnahme

Die grundsätzliche Intention des Gesetzesentwurfs, Pflegefachpersonen mehr Verantwortung zu übertragen und ihre heilkundlichen Kompetenzen in die Regelversorgung zu integrieren, wird ausdrücklich begrüßt. Die Überführung der bisherigen Modellvorhaben in die Regelversorgung stellt einen wichtigen Schritt zur Anerkennung des Pflegeberufs dar. Pflegefachpersonen sollen künftig eine aktivere Rolle in der medizinischen Versorgung übernehmen, indem sie eigenverantwortlich und selbstständig heilkundliche Maßnahmen durchführen, was die Versorgung effizienter und flexibler gestalten kann. Allerdings gibt es in der praktischen Umsetzung noch einige Punkte, die klärungs- und regelungsbedürftig sind, um Unsicherheiten zu beseitigen und die erfolgreiche Implementierung der neuen Regelungen zu gewährleisten. Insgesamt bleibt unklar, wie genau das Versorgungsmodell aussehen soll.

Ein zentrales Problem besteht in der Unstimmigkeit zwischen dem Gesetz und der Gesetzesbegründung hinsichtlich der Verantwortung von Pflegefachpersonen bei der Ausübung heilkundlicher Leistungen. Das Gesetz sieht vor, dass Pflegefachpersonen diese Aufgaben erst nach einer ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung übernehmen dürfen. In der Gesetzesbegründung wird jedoch aufgeführt, dass Pflegefachpersonen in bestimmten Fällen, wie etwa bei der Versorgung einer Exsikkose, eigenständig handeln können. Dies beinhaltet dann auch eine erste Diagnosestellung. Ein weiterer Aspekt betrifft den Zugang zu den erforderlichen Materialien. Um eine Infusion bei Exsikkose zu verabreichen, benötigen Pflegefachpersonen Zugang zu Infusionslösungen und den entsprechenden medizinischen Utensilien, die üblicherweise über den Sprechstundenbedarf bereitgestellt werden. Derzeit fehlen jedoch klare Regelungen, wie Pflegefachpersonen an diese Materialien gelangen können, wenn sie eigenständig tätig werden. Dies könnte zu Situationen führen, in denen Pflegefachpersonen zwar befugt sind, eine Infusion zu verabreichen, aber nicht die notwendigen Mittel zur Verfügung haben, um diese Aufgabe auszuführen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt betrifft den Katalog heilkundlicher Aufgaben, der aktuell hauptsächlich für die vertragsärztliche und pflegerische Versorgung definiert ist. Es erscheint unverständlich, warum der Krankenhaus- und Rehabilitationsbereich nicht von den Regelungen des Katalogs heilkundlicher Aufgaben umfasst sind, insbesondere im Hinblick auf die generalistische Ausbildung von Pflegefachpersonen. Diese Ausbildung resp. Weiterbildung zur Übernahme der Verantwortung heilkundlicher Aufgaben vermittelt Pflegefachpersonen Kompetenzen in allen Versorgungssettings

und findet ambulant, stationär oder im Krankenhaus Anwendung. Daher wäre es konsequent, dass sich der Katalog heilkundlicher Aufgaben auf alle Versorgungsbereiche erstreckt, um die Fähigkeiten der Pflegefachpersonen für alle Versorgungsorte nutzbar zu machen und eine einheitliche Anwendung in allen Sektoren zu gewährleisten. Unterschiede zwischen den Versorgungsorten, wie etwa in der Vertragsarztpraxis, im Krankenhaus oder in Pflegeeinrichtungen, dürfen sich nur aus der Arbeitsorganisation und den Abrechnungsmodalitäten ergeben.

Krankenhaus- und Rehaeinrichtungen unterliegen speziellen Vergütungsregelungen, die im Rahmen des allgemeinen Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und des Reha-Entgeltgesetzes (REntgG) geregelt sind. Diese Einrichtungen sind von den allgemeinen Vorgaben zur Vergütung ausgenommen, sodass separate Regelungen für die Vergütung und Abrechnung von Pflegefachpersonen in diesen Settings zur Anwendung kommen. Dennoch fehlen für andere Versorgungsbereiche einheitliche Vergütungsgrundsätze, um vergleichbare Leistungen nach gleichen Standards zu vergüten und unnötige Systembrüche zu vermeiden. Es darf nicht zu einer Fragmentierung durch unterschiedliche Vergütungssysteme kommen, da dies zu unnötigen bürokratischen Hürden und Ineffizienzen führen würde.

Alle Versorgungsorte müssen zudem als gleichberechtigte Partner in den Vertragsregelungen nach § 73d SGB V einbezogen werden. Der Leistungskatalog für Pflegefachpersonen sollte an allen Versorgungsorten gelten, wobei jedoch bei den Abrechnungsbestimmungen zwischen Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und Vertragsarztpraxen differenziert werden muss. Eine klare Orientierung an den pflegerischen Aufgaben (Scope of Practice) ist dabei entscheidend. Es sollte keine Unterscheidung zwischen heilkundlichen und erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten gemacht werden, sondern beide Bereiche müssen in einem einheitlichen Katalog festgehalten und geregelt werden (vgl. Stellungnahme zu. Nr. 2 § 15a SGB V Pflegerische Leistungen und heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen).

Die festgelegten Fristen für die Umsetzung der neuen Regelungen erscheinen zudem zu kurz bemessen. Die Erfahrungswerte aus anderen Reformprozessen, insbesondere in Bezug auf die Umsetzung von § 37 Absatz 8 SGB V, zeigen, dass solche Prozesse oft länger dauern als ursprünglich geplant. Die notwendigen Anpassungen, sowohl technischer als auch inhaltlicher Natur, erfordern ausreichend Vorlaufzeit, um in der Praxis erfolgreich implementiert zu werden. Es wird daher angeregt, die Fristen für die Umsetzung zu überdenken und zu verlängern, um eine reibungslose und effektive Einführung der neuen Regelungen zu gewährleisten.

Weiter ist zu beachten, dass der in der Gesetzesbegründung aufgenommene Verweis auf eine tarifliche Höhergruppierung von Pflegefachpersonen, die erweiterte heilkundliche Aufgaben übernehmen, als Eingriff in die Tarifautonomie gewertet werden kann. Es obliegt den Tarifparteien, Regelungen zur tariflichen Eingruppierung zu treffen; auf die Darstellung des gesetzgeberischen Willens, dass Pflegefachpersonen mit der Verantwortungsübernahme auch höher zu entlohnen sind, sollte verzichtet werden.

Abschließend ist festzustellen, dass die im Gesetz vorgesehenen Evaluationsfristen bis zum 31. Dezember 2027 sehr ambitioniert erscheinen. Der Übergang von Modellvorhaben zur Regelversorgung ist ein komplexer Prozess, der Zeit benötigt, um belastbare Daten zu sammeln und fundierte Erkenntnisse über die Auswirkungen der erweiterten heilkundlichen Aufgaben auf die Versorgungsqualität und die Wirtschaftlichkeit zu gewinnen. Die Erfahrungen aus früheren Modellvorhaben im Gesundheitswesen zeigen, dass eine tiefgehende Analyse und Evaluation häufig länger dauern, als ursprünglich geplant. Daher sollte ausreichend Zeit für die Evaluation eingeräumt werden, um sicherzustellen, dass die neuen Regelungen gut durchdacht und praxisnah angepasst werden können. In der angedachten Evaluation sollte eine Einbeziehung aller Versorgungsbereiche erfolgen.

C Änderungsvorschlag

Im § 73d Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

„(1) Die Spitzenorganisationen nach § 132a Absatz 1 Satz 1, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. vereinbaren unter Beteiligung der Vereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 des Elften Buches in einem Rahmenvertrag bis zum 31. Dezember 2026

1. einen Katalog an erweiterten heilkundlichen Leistungen und Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, die Pflegefachpersonen, abhängig von den erworbenen Kompetenzen, nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung selbständig erbringen bzw. als Folgeverordnung veranlassen können, einschließlich der für diese Maßnahmen benötigten Hilfsmittel gemäß § 33, sowie das Nähere zu den Voraussetzungen, zum Verfahren und zur Ausgestaltung der Folgeverordnungen,

2. Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zu den Nummer 1.“

Nach Absatz 1 wird ein neuer Absatz 2 eingefügt:

„(2) Beim Katalog nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ist § 15a zu berücksichtigen. Es ist festzulegen, auf der Grundlage welcher berufsrechtlich geregelten oder im Sinne des § 15a vergleichbaren, bundeseinheitlichen Qualifikationen Pflegefachpersonen entsprechende Leistungen selbstständig erbringen können. Dabei sind die Module nach § 14 Pflegeberufegesetz zu berücksichtigen.

Die von Pflegefachpersonen erbrachten Leistungen nach Satz 1 Nummer 1 können bei zugelassenen Ärztinnen und Ärzten, in medizinischen Versorgungszentren, im Rahmen der Leistungserbringung bei zugelassenen Pflegediensten nach § 132a Absatz 4, in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 des Elften Buches sowie in Krankenhäusern nach § 109 und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 erbracht werden. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a des Elften Buches sowie der Bundesärztekammer ist vor Abschluss des Rahmenvertrags

Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Fachliche Empfehlungen, die nach § 8 Absatz 3c des Elften Buches entwickelt wurden, sind einzubeziehen, und die Regelungen des Rahmenvertrags sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu beachten.

In § 72d wird der Absatz 2 zum neuen Absatz 3

Im Absatz 5 neu wird das Datum durch „31. Dezember 2029“ ersetzt.

Nr. 9 § 87 Absatz 2a Satz 9 SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bestehende Regelung zur Festlegung der Vergütungshöhe delegationsfähiger Leistungen im Rahmen der Erbringung in der vertragsärztlichen Versorgung wird um die neu hinzukommenden, selbständig erbrachten Leistungen durch Pflegepersonal nach § 73d SGB V erweitert.

B Stellungnahme

Bei der angedachten Regelung stellen sich in der Folge eine Vielzahl von Fragestellungen, deren Beantwortung im Referentenentwurf offen geblieben ist und die einer gesetzgeberischen Klarstellung bedürfen.

Zunächst einmal ist darauf hinzuweisen, dass bei einer Festlegung der Vergütungshöhen heilkundlicher Leistungen diese in dem bestehenden Vergütungsrahmen berücksichtigt werden müssen. Handelt es sich um Leistungen, die bereits heute in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, so sind die bestehenden Vergütungen um diese Vergütung zu bereinigen, auf bestehende Leistungen wie Grund- und Versichertenpauschalen anzurechnen und diese damit abzusenken oder die neuen delegationsfähigen Leistungen sind aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzieren. Es drohen anderenfalls Doppelfinanzierungen und zusätzliche Belastungen.

Es fehlt weiterhin eine versorgungspolitische Einbettung der neuen Leistungen in das bestehende System der vertragsärztlichen Versorgung und dessen ordnungspolitischen Rahmen. Eine Entscheidungsfindung über den Bewertungsausschuss Ärzte erscheint im ersten Moment vor dem Hintergrund der vertragsärztlichen Versorgung richtig. Eine Beteiligung heilkundlicher Akteure ist damit jedoch nicht verbunden. Ohne versorgungspolitischen Überbau der Regelung droht insgesamt, dass ein neu hinzukommender Versorgungszweig entsteht, der wiederum keine Anbindung an bestehende weitere Versorgungsformen hat.

Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang, dass die Neuregelung mit laufenden Gesetzesinitiativen in Einklang gebracht werden muss. So sieht das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) eine Vorhaltepauschale vor, die unmittelbar bei einer derartigen Übertragung heilkundlicher Leistungen tangiert ist. Auch die angedachte Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen kann davon betroffen sein. Findet keine widerspruchsfreie Angleichung an laufende Gesetzgebungsverfahren statt, drohen weitere finanzielle Risiken für die GKV und nicht intendierte Folgewirkungen, die gesetzgeberisch nicht gewollt sind.

C Änderungsvorschlag

Die Regelung muss insgesamt überprüft werden.

Nr. 10 § 132a SGB V Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Klarstellung zur Pflegeprozesssteuerung in den leistungsrechtlichen Vorschriften werden mit der Ergänzung in Absatz 1 die Rahmenempfehlungspartner nach § 132a SGB V verpflichtet, in ihren Empfehlungen auch Anforderungen an eine fachgerechte Pflegeprozessteuerung zu regeln. Eine Doppelvergütung von Leistungen derselben Steuerungsmaßnahme des Pflegeprozesses ist nicht zulässig. Zu den Aufwänden können insbesondere Erst- und Folgegespräche sowie Aufwände für komplexe Fallsteuerungen, die beispielsweise interdisziplinäre Fallbesprechungen, ggf. auch mit An- und Zugehörigen, wenn der Versicherte dies wünscht, gehören.

Die Rahmenempfehlungspartner sollen Regelungen über die Grundsätze der Vergütung erweiterter heilkundlicher Leistungen nach § 73d Absatz 1 SGB V binnen 12 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes aufnehmen.

Mit dem neuen Absatz 5 wird das Verhältnis von Leistungen nach § 132a SGB V zu den neu geschaffenen Leistungen nach § 45j und 92c SGB XI in gemeinschaftlichen Wohnformen geregelt. Soweit die Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Basispaket nach § 92c SGB XI enthalten sind, werden diese über die Verträge nach § 92c SGB V vergütet. Eine Abrechnung von Leistungen nach § 37 SGB V über § 132a SGB V ist dann ausgeschlossen. Über das Basispaket hinausgehende Leistungen der häuslichen Krankenpflege richten sich nach §§ 37, 132a SGB V.

B Stellungnahme

Die Klarstellung, dass die Pflegeprozesssteuerung als professionsspezifische Arbeitsmethode zur Gestaltung des Pflegearrangements in den leistungsrechtlichen Vorschriften aufgegriffen wird, ist nachvollziehbar und wird ausdrücklich – auch mit Augenmerk auf die Abgrenzung zu ärztlichen Aufgaben – begrüßt. Hingegen ist es weder nachvollziehbar noch sachgerecht, sowohl „Anforderungen an eine fachgerechte Pflegeprozesssteuerung" als auch gesonderte Vergütungen, so zum Beispiel auch im Rahmen des Erstgesprächs, zu regeln.

Die Kompetenz, die Pflegeprozesssteuerung zu verantworten, sprich eine pflegerische Einschätzung zur Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs abzugeben einschließlich Analyse und Evaluation, wird im Rahmen der Ausbildung zur Pflegefachperson erworben. Mit der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung wird auch testiert, dass die Pflegefachperson in der Lage ist, den Pflegeprozess eigenverantwortlich zu steuern. Gleichermaßen dürfen auch die Sicherung und Entwicklung der Pflegequalität von Pflegefachpersonen ausgeübt werden. Die Pflegeprozesssteuerung ist eine Arbeitsmethode; „welche Anforderungen an einer fachgerechte Pflege-

prozesssteuerung“ gestellt werden sollen, erschließt sich nicht. Die Pflegeprozesssteuerung sorgt für einen klar strukturierten Pflegeablauf, der sich auf die Pflegequalität auswirkt.

Zur Sicherstellung der Häuslichen Krankenpflege ist weiterhin ein gut geregeltes und kooperatives Zusammenwirken zwischen Pflegediensten und verordnenden Ärztinnen und Ärzten erforderlich. Es gilt auch trotz Klarstellung weiterhin, dass bei der Übernahme von Tätigkeiten wie der häuslichen Krankenpflege die pflegerischen Aufgaben in der Planung, Ausrichtung und Durchführung in den jeweiligen Pflegeprozess zu integrieren und nicht unabhängig von ihm durchzuführen sind.

Wie auch in § 15a in der Gesetzesbegründung verdeutlicht, wird mit der Pflegeprozesssteuerung kein eigenständiger Leistungsanspruch geschaffen. Nicht nachvollziehbar und begründbar ist folglich die Gesetzesbegründung zu § 132a Absatz 1, wonach mit der Pflegeprozesssteuerung eine Vergütung für bestimmte Einzelleistungen verbunden sein kann und eine Doppelvergütung derselben Maßnahme der Steuerung des Pflegeprozesses aus den Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung unzulässig sei.

Zwar wird es begrüßt, im Vertragsrecht die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Pflegefachpersonen die ihnen zugeordneten eigenen Aufgaben im Kontext heilkundlicher Tätigkeiten ihren eigenen fachlichen Standards entsprechend und eigenverantwortlich wahrnehmen können. Die Ergänzung der Ziffer 8 in Absatz 1, Vergütungen soweit die Leistungen nach § 73d SGB V im Rahmen der vertragsärztlichen oder im Rahmen der Leistungserbringung nach § 132a SGB V erbracht werden, aufzunehmen, sind nicht sachgerecht.

Für die Vergütung der Leistungen nach § 73d SGB V bedarf es eines eigenen, einheitlichen Vergütungssystems auf Basis einer einheitlichen gesetzlichen Regelung. Diese sollte gewährleisten, dass die inhaltlich und hinsichtlich der Qualifikationsanforderungen vergleichbar, erbrachten Leistungen nach einheitlichen Maßstäben vergütet werden. Anderenfalls könnte dies zu Verwerfungen führen (vgl. Stellungnahme Nr. 8 § 73d SGB V Selbständige Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; selbständige Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation). Gleichwohl kann es sinnvoll sein, für die Abrechnung der Leistungen, die am jeweiligen Anstellungsort bekannten Verfahrenswege zu nutzen wie dies auch bereits im Datenträgeraustausch nach § 302 SGB V, Sammelgruppenschlüssel S in der Technische Anlage 1 zu den Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V für die Modellvorhaben nach § 64d SGB V umgesetzt wurde.

Die Verträge im Basispaket nach § 92c Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 SGB XI für gemeinschaftliche Wohnformen regeln unter anderem auf Basis von Empfehlungen nach § 92c Ab-

satz 2 SGB XI, welche Leistungen der häuslichen Krankenpflege vom Basispaket umfasst sind. Die Leistungserbringung der Leistungen des Basispakets können von der zugelassen ambulanten Pflegeeinrichtung im Sinne des § 71 Absatz 1 SGB XI, mit der ein Vertrag nach § 92c SGB XI geschlossen wird, erfolgen, oder durch Dritte erbracht werden. Die leistungs- und vertragsrechtlichen Regelungen zu gemeinschaftlichen Wohnformen nach §§ 45j und 92c SGB XI führen zu einer weiteren Ausdifferenzierung des komplexen Leistungsrecht des SGB XI, tragen damit zu mehr Intransparenz bei und sind sehr bürokratieaufwendig. Durch das vorgeschlagene Zuschlags- beziehungsweise Stapelmodell werden Menschen mit Pflegebedürftigkeit in gemeinschaftlichen Wohnformen zahlreiche Verträge zur Absicherung des Wohnens, der partiellen Versorgungssicherheit und der pflegerischen Versorgung mit unterschiedlichen Vertragslaufzeiten abschließen müssen.

Diese vorgeschlagenen Regelungen werden abgelehnt und durch einen Alternativvorschlag ersetzt (vgl. Nr. 30 und Nr. 40 § 45 j SGB XI Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c SGB XI), der dieselbe Zielrichtung des gemeinschaftlichen Wohnens verfolgt. Dies macht die Änderung in § 132a Absatz 5 neu entbehrlich.

C Änderungsvorschlag

In § 132a Absatz 1 Satz 4 wird Nummer 2a wie folgt formuliert:

„2a. Klarstellung, dass die Pflegeprozessteuerung § 4 des Pflegeberufegesetzes auch verordneten Leistungen der Häuslichen Krankenpflege umfasst.“

In § 132a Absatz 1 Satz 4 wird die Nummer 8 neu gestrichen.

In § 132a wird der Absatz 5 neu gestrichen.

Nr. 11 § 197b Absatz 1 Satz 1 SGB V Aufgabenerledigung durch Dritte

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung dürfen auch die den Rechtsansprüchen vorgelagerten Interessen der Versicherten bei der Aufgabenübertragung nicht beeinträchtigt werden. Es soll damit ein Gleichklang mit § 97 Absatz 1 Satz 1 SGB X hergestellt werden, wonach bei einer zugelassenen Wahrnehmung von Aufgaben durch Dritte dieser die Gewähr für eine sachgerechte, die Rechte und Interessen der Betroffenen bieten muss.

B Stellungnahme

Eine Erweiterung auf die Berücksichtigung der Interessen der Versicherten wird begrüßt.

Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass das Bundessozialgericht mit den Entscheidungen vom 30.08.2023 (B 3 A 1/23 R und B 3 A 1/22 R) eine nähere Differenzierung, wann eine Aufgabe zu den „wesentlichen Aufgaben zur Versorgung der Versicherten" gehört und ihre Erledigung deshalb gem. § 197b SGB V nicht in Auftrag gegeben werden darf, unmittelbar durch den Gesetzgeber angeregt hat (Rn. 26 bzw. 27). Diesem Auftrag wird der – dem Grunde nach begrüßenswerte – Gesetzesentwurf noch nicht vollständig gerecht.

Vorgeschlagen wird deshalb, in § 197b SGB V eine gesetzliche Konkretisierung vorzunehmen, ohne die Möglichkeiten und Grenzen einer zulässigen Aufgabenerledigung durch Dritte grundsätzlich zu verändern. Mit dem Ausschluss der Wahrnehmung von Aufgaben, die unmittelbar die Leistungsgewährung an Versicherte nach dem dritten Kapitel betreffen, wird die vom BSG geforderte Differenzierung umgesetzt, wonach die Versicherten unmittelbar berührende qualifizierte Sachbearbeitungen mit inhaltlicher Prüfung der versicherungs- und leistungsrechtlichen Voraussetzungen nicht an Dritte übertragen werden dürfen (Rn. 28 bzw. 29). Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die alleinige, ausschließliche und abschließende Entscheidung über zugrundeliegende Leistungsansprüche der Versicherten bei der Krankenkasse verbleibt.

Von der Änderung unberührt bleibt die bereits bestehende Rechtslage (einschließlich der zugehörigen aufsichtsrechtlichen Praxis), dass die Übertragung von Aufgaben auf Arbeitsgemeinschaften, deren Mitglied die beauftragende Krankenkasse ist, nicht dem Anwendungsbereich des § 197b SGB V unterfällt, sondern sich ausschließlich nach § 94 SGB X richtet. Die auch bisher bestehende Möglichkeit der Beauftragung einer juristischen Person des privaten Rechts, über die die Krankenkasse eine ähnliche Kontrolle ausübt, wie über ihre eigenen Dienststellen, bleibt ebenso unberührt (vgl. § 108 GWB, i. E. ebenso LSG Hamburg vom 29.11.2012, Az.: L 1 KR 156/11 KL, Rn. 70). Eine entsprechende Klarstellung in der Gesetzesbegründung wird als ausreichend angesehen und insofern vorgeschlagen.

C Änderungsvorschlag

Satz 2 des Gesetzeswortlauts wird wie folgt geändert:

„Aufgaben, die unmittelbar die Leistungsgewährung an Versicherte nach dem dritten Kapitel betreffen, dürfen nicht in Auftrag gegeben werden."

In die Gesetzesbegründung werden die Sätze aufgenommen:

„Es wird klargestellt, dass die Übertragung von Aufgaben auf Arbeitsgemeinschaften, deren Mitglied die beauftragende Krankenkasse ist, nicht dem Anwendungsbereich des § 197b SGB V unterfällt, sondern sich ausschließlich nach § 94 SGB X richtet. Die auch bisher bestehende Möglichkeit der Beauftragung einer juristischen Person des privaten Rechts, über die die Krankenkasse eine ähnliche Kontrolle ausübt wie über ihre eigenen Dienststellen, bleibt ebenso unberührt (vgl. § 108 GWB, i. E. ebenso LSG Hamburg vom 29.11.2012, Az.: L 1 KR 156/11 KL, Rn. 70)."

Artikel 4 Änderung des Pflegezeitgesetzes

Nr. 1 § 2 Absatz 2 Satz 2 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung wird dahingehend ergänzt, dass auch Pflegefachpersonen die Bescheinigung für den Arbeitgeber über die Pflegebedürftigkeit im Zusammenhang mit einer kurzzeitigen Arbeitsbefreiung ausstellen können.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht. Entsprechend der Kompetenzen von Pflegefachpersonen wird das Aufgabenspektrum und die Befugnisse von Pflegefachpersonen unbürokratisch und sinnvoll ausgeweitet.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 5 Änderung des Pflegeberufegesetzes

Nr. 2 § 4 Vorbehaltene Aufgaben

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegeplanung wird ausdrücklich als Teil der Vorbehaltsaufgaben definiert, was sicherstellt, dass die Planung der Pflege nur von qualifizierten Pflegefachpersonen durchgeführt werden darf.

B Stellungnahme

Die Pflegeplanung ist ein zentraler Bestandteil des Pflegeprozesses; mit dieser professionsspezifischen Arbeitsmethode wird sichergestellt, dass die Pflege individuell an die Bedarfe und Bedürfnisse der zu Versorgenden angepasst wird. Die Pflegeplanung bedarf einer fundierten fachlichen Expertise mit spezifischen pflegerischen Kompetenzen. Es ist daher sachgerecht, dass die Planung der Pflege als ein Teil der Vorbehaltsaufgaben aufgenommen wird.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 3 § 4a Selbständige Heilkundeausübung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Berechtigung zur Führung der Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“, „Pflegefachmann“ oder „Pflegefachperson“ umfasst auch die Befugnis zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten in dem Rahmen, der durch die berufliche oder hochschulische Pflegeausbildung vermittelt wurde. Dabei stellen nicht alle pflegerischen Kompetenzen auch heilkundliche Kompetenzen dar.

B Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung zur Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten wird begrüßt. Sie stellt einen Schritt dar, die Kompetenzen von Pflegefachpersonen anzuerkennen und deren berufliche Ausübung zu ermöglichen. Die vorhandenen Kompetenzen können somit effizienter eingesetzt werden.

Dennoch bleiben die weiteren rechtlichen Ausgestaltungen deutlich hinter den Möglichkeiten zurück, und es handelt sich um eine begrenzte Entscheidungsbefugnis. Pflegefachpersonen sind trotz ihrer heilkundlichen Kompetenzen auf die ärztliche Diagnose beziehungsweise Indikationsstellung angewiesen. Dies schränkt ihre Handlungsmöglichkeiten in bestimmten Situationen ein und erlaubt es ihnen nicht, eigenständig Diagnosen zu stellen oder über die Einleitung von Therapien zu entscheiden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 4 § 14a Standardisierte Module für erweiterte heilkundliche Aufgaben

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Fachkommission nach § 53 hat die Möglichkeit, standardisierte Module zu entwickeln, die Pflegefachpersonen die Kompetenzen vermitteln, die für die eigenständige Ausübung heilkundlicher Aufgaben erforderlich sind. Diese Module können nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie das Bundesministerium für Gesundheit einmalig in Kraft treten; Änderungen erfordern eine erneute Genehmigung. Die Module sollen regelmäßig an den aktuellen medizinischen und pflegewissenschaftlichen Fortschritt angepasst werden. Obwohl die Entwicklung solcher Module bereits zuvor nach § 14 Absatz 4 möglich war, wird dieses Angebot nun explizit weitergeführt. Für die Länder sind die Module nicht verpflichtend, sie können jedoch als Grundlage für die Entwicklung von Lehrplänen und Curricula, auch in der Weiterbildung, herangezogen werden.

B Stellungnahme

Die Entwicklung standardisierter Module fortzusetzen und deren Anwendung in der Pflegeausbildung sowie Weiterbildung zu ermöglichen, ist insgesamt positiv zu bewerten. Die Fortführung dieser bewährten Praxis stellt sicher, dass Länder und Hochschulen eine fundierte Grundlage für die Gestaltung von Lehrplänen und Curricula erhalten.

Im § 8 Absatz 3c SGB XI wird der GKV-Spitzenverband beauftragt, die Entwicklung eines sektorenübergreifenden Katalogs der Aufgaben und Kompetenzen von Pflegefachpersonen zu koordinieren und zu fördern. Dies sollte in enger Zusammenarbeit mit der Fachkommission erfolgen, um sicherzustellen, dass die bereits entwickelten Module sowie künftige pflegewissenschaftliche Entwicklungen in das „Scope-of-Practice"-Modell einfließen. Dies würde sicherstellen, dass der Katalog flexibel bleibt und kontinuierlich an den medizinischen und pflegewissenschaftlichen Fortschritt angepasst wird. Die enge Verzahnung zwischen der Modulentwicklung der Fachkommission und der Katalogentwicklung durch den GKV-Spitzenverband ermöglicht es, klare Leitlinien für den Einsatz von Pflegefachpersonen nach ihrem Qualifikationsniveau zu schaffen.

C Änderungsvorschlag

Siehe Änderungsbedarf im § 8 Absatz 3 c SGB XI.

Nr. 5 § 37 Ausbildungsziele

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Intention der Anpassung besteht darin, die Begriffe im Pflegeberufegesetz zu vereinheitlichen. Der Begriff der "Selbständigkeit" wird dabei im Einklang mit dem Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) verwendet, was bedeutet, dass eine selbständige Ausübung einer Aufgabe immer mit Eigenverantwortung verbunden ist. Durch die Änderungen soll diese Unterscheidung klarer hervorgehoben und konsistent im Gesetz verankert werden.

B Stellungnahme

Die Anpassungen im Pflegeberufegesetz hinsichtlich der Vereinheitlichung der Begriffe und die stärkere Betonung auf Aufgaben anstelle von Tätigkeiten werden grundsätzlich begrüßt. Diese Klarstellungen fördern nicht nur die Transparenz, sondern auch die Rechtssicherheit in der beruflichen Praxis. Durch die genauere Definition der „Selbständigkeit" in Anlehnung an den Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) wird zudem verdeutlicht, dass eigenverantwortliches Arbeiten in der Pflege eine hohe Qualifikation und Verantwortungsbewusstsein erfordert. Diese Veränderungen stärken das Berufsbild der Pflegefachpersonen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

§ 275b SGB V Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege durch den Medizinischen Dienst und Verordnungsermächtigung

Sachstand

Die Qualitätssicherung in der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege ist ein wesentlicher Bestandteil der Versorgungssicherheit und des Schutzes der Patientinnen und Patienten. Derzeit sieht § 275b SGB V die Durchführung von Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst vor, jedoch ohne eine Veröffentlichung der Prüfergebnisse. Die Veröffentlichung der Prüfergebnisse soll die Transparenz im Bereich der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege erhöhen. Patientinnen und Patienten, An- und Zugehörige und interessierte Öffentlichkeit sollen durch die zugängliche Aufbereitung der Prüfberichte die Qualität von Leistungserbringern nachvollziehen und in ihre Entscheidungen einfließen lassen können.

Änderungsbedarf und Begründung

Eine Veröffentlichung der Prüfergebnisse würde den betroffenen Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen eine wertvolle Orientierungshilfe bieten. Sie könnten einfacher den passenden Pflegedienst auswählen und die Qualität der Pflege besser einschätzen. Die bereits im§ 114a SGB XI praktizierte Veröffentlichung von Prüfergebnissen hat sich als sinnvolle Maßnahme für mehr Transparenz und Verbraucherschutz bewährt.

Um Gleichbehandlung und Konsistenz zu gewährleisten, wäre es sinnvoll, dieses Vorgehen auch auf die häusliche Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege nach § 275b SGB V auszudehnen. So würde eine einheitliche Transparenz für alle Versorgungsbereiche geschaffen, und alle Beteiligten hätten eine vergleichbare Informationsgrundlage.

Zudem könnte die Veröffentlichung der Prüfergebnisse dazu beitragen, dass wiederkehrende Probleme und positive Entwicklungen nicht nur intern, sondern auch öffentlich diskutiert werden. Dies würde die Weiterentwicklung von Qualitätsstandards fördern. Pflegedienste könnten außerdem von den Erfahrungen anderer Einrichtungen lernen und gezielt Maßnahmen zur Verbesserung ihrer eigenen Versorgungsqualität umsetzen.

Änderungsvorschlag

Der § 275b SGB V Absatz 3 wird um folgenden Satz 4 ergänzt:

„Die Ergebnisse der Prüfungen nach den Absätzen 1 und 2 sind in anonymisierter Form in einem für die Öffentlichkeit zugänglichen Bericht zu veröffentlichen. Die Prüfergebnisse müssen in einer leicht verständlichen Form dargestellt werden und sollen insbesondere Informationen über die Einhaltung der Qualitätsanforderungen, die festgestellten Mängel und die ergriffenen Maßnahmen zur Mängelbehebung enthalten. Bei der Veröffentlichung sind die Bestimmungen des Datenschutzes, insbesondere der Schutz personenbezogener Daten, zu beachten. § 114a Absatz 2 bis 4 des Elften Buches gilt entsprechend."

§ 89 SGB XI Grundsätze der Vergütungsregelung

Sachstand

In der ambulanten Pflege ist die Vereinbarung einer Pflegevergütung nach zeitlichem Aufwand bisher nicht als vorrangig anzuwendendes Vergütungsmodell gesetzlich normiert. Bisher besteht eine Gleichrangigkeit zwischen den beiden Vergütungsmodellen. In der Praxis werden aber fast ausschließlich unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes Komplexleistungen vereinbart.

Änderungsbedarf und Begründung

Bei der Leistungsvergütung in der ambulanten Pflege wird deutlich, dass das Vergütungsmodell der Leistungskomplexsystematik (auch mit Zeithinterlegung) nicht die Umsetzung eines Person-zentrierten Pflegeverständnisses unterstützt. Um den Fokus auf die pflegerischen Aufgaben zu legen, ist es nicht mehr sinnvoll, die zu erbringenden Hilfen als Einzelmaßnahmen aufzugliedern. Eine Vergütungsform, die sich nach dem realen Zeitaufwand oder nach Art der pflegerischen Hilfen ausrichtet, unterstützt vielmehr eine ressourcenorientierte Sichtweise auf den zu pflegenden Menschen.

Folglich kann in der ambulanten Pflege vielmehr eine Zeitvergütung dazu beitragen, eine flexible, passgenaue und individuell bedarfsgerechte Versorgung zu erreichen. Gleichzeitig können mit diesem Vergütungsmodell die anderen Formen pflegerischer Hilfen besser abgebildet werden. Aus diesen Gründen ist nun auch gesetzlich die Vorrangigkeit zur Vereinbarung einer ambulanten Pflegevergütung nach zeitlichem Aufwand klarzustellen.

Änderungsvorschlag

In Absatz 3 wird Satz 1 wie folgt formuliert:

„Die Vergütungen sind je nach Versorgungziel der pflegerischen Aufgaben zur Unterstützung in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen nach Zeitaufwand oder nach Art der pflegerischen Hilfen im jeweiligen Pflegeeinsatz und nur in Ausnahmefällen nach Komplexleistungen oder nach Einzelleistungen zu bemessen; sonstige pflegerische Hilfen, die der Unterstützung in den § 18 Absatz 5a Satz 3 Nummer 1 und 2 genannten Bereichen dienen oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden.“

§ 120 SGB XI Pflegevertrag bei häuslicher Pflege

Sachstand

In dem Pflegevertrag bei häuslicher Pflege sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jeden Leistungskomplex einschließlich ergänzender Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen gesondert zu beschreiben.

Begründung und Änderungsbedarf

Aufgrund des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs und das damit verbundene Person-zentrierte Pflegeverständnis ist es notwendig, auch im Pflegevertrag die Versorgungsziele pflegerischen Handelns vereinbaren zu können. Aufgrund der aktuellen gesetzlichen Bestimmungen werden aber in der ambulanten Pflege nur tätigkeits- bzw. verrichtungsbezogene Leistungen vertraglich vereinbart. Dies gilt es nun zu beseitigen.

Änderungsvorschlag

In Absatz 3 wird Satz 1 wie folgt formuliert:

„In dem Pflegevertrag sind mindestens die pflegerischen Hilfen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 vereinbarten Vergütungen einschließlich ergänzender Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen zu vereinbaren."