Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

BAGFW-Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG) vom 06.09.2024

Inhalt

A. Einleitung und zusammenfassende Bewertung 2

B. Zu den Regelungen im Einzelnen 7

Artikel 1: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch 7

Artikel 3: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 41

Artikel 5: Änderung des Pflegeberufegesetzes 47

C. Weitere Änderungsbedarfe 51

A. Einleitung und zusammenfassende Bewertung

Die in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zusammengeschlossenen Spitzenverbände bedanken sich für die Möglichkeit zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG) Stellung nehmen zu können und geben dazu eine gemeinsame Stellungnahme ab.

Mit dem Gesetzentwurf ist es gelungen, wegweisende Schritte auf dem Weg hin zur Stärkung der eigenständigen Ausübung von Heilkunde durch Pflegefachpersonen einzuschlagen. Erstmals werden, ausgehend von den Vorbehaltstätigkeiten, heilkundliche Aufgaben der Pflege im Leistungsrecht des SGB XI und SGB V verankert. Damit wird der Grundsatz anerkannt, dass Pflegefachpersonen per se heilkundliche Aufgaben ausüben. Sehr zu begrüßen ist, dass die Möglichkeit zur erweiterten Heilkundeausübung die Modellvorhaben nach §§ 64d und 63 Absatz 3c mit ihren Webfehlern mit Blick auf diagnose- und prozedurenbezogene Tätigkeiten obsolet macht. Künftig ist dabei darauf zu achten, dass Pflegefachpersonen mit erweiterten heilkundlichen Kompetenzen nicht, wie in den Modellvorhaben vorgesehen, Aufgaben ausüben, die zum normalen Aufgabenspektrum beruflich qualifizierter Pflegepersonen gehören, wie z.B. in der Demenzversorgung. Mit der grundsätzlichen Ermöglichung der Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten entfällt auch die Engführung auf hochschulisch primärqualifizierte Pflegefachpersonen, die diese Aufgaben im Rahmen von Modellvorhaben hätten ausführen können, zugunsten eines breiteren Kreises von beruflich qualifizierten Pflegefachpersonen mit entsprechend erworbenen Kompetenzen. Die BAGFW hat sich stets dafür eingesetzt, dass beruflich erfahrene Pflegefachpersonen mit einer entsprechenden Weiterbildung erweiterte heilkundliche Aufgaben ausüben können. Nur einem mit solchermaßen gestuften, modularen und durchlässigen Ansatz ist es möglich, den Pflegeberuf in Deutschland endlich attraktiver zu gestalten. Folgerichtig ist es, in diesem Zusammenhang den Bogen zu einer wissenschaftlich fundierten Beschreibung pflegerischer Aufgaben in einem „Muster-Scope of practice“ zu spannen. Ein weiterer Meilenstein ist auch die gesetzliche Verankerung der Pflegeprozesssteuerung, wie von der BAGFW seit langem gefordert. Die richtigen Weichen für eine Stärkung der Kompetenzen werden auch durch die Präventionsempfehlung, die Verordnung von Hilfsmitteln und die Ausstellung von Folgeverordnungen für die HKP gestellt.

Das Pflegekompetenzgesetz wird auch genutzt, um zum Ende der 20. Legislaturperiode in einem Omnibus Weiterentwicklungsschritte des SGB XI in Richtung Leistungsflexibilisierung vorzusehen. Des Weiteren werden Leitplanken für die dringend erforderliche Beschleunigung von Pflegesatzverhandlungen gesetzt. Die entsprechenden Regelungen gehen zwar in die richtige Richtung, aber nicht weit und nicht schnell genug, um drohende Insolvenzen von Einrichtungen zu vermeiden. Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege konstatieren im Zusammenhang mit den Regelungen zum SGB XI ihre Besorgnis, dass erneut die dringend notwendige nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung auf die lange Bank geschoben wird. Angesichts der desolaten finanziellen Lage der Pflegeversicherung, darf die für den Herbst angekündigte weitere Pflegereform nicht mehr auf die nächste Legislatur verschoben werden. Die notwendigen Konzepte und Gutachten liegen vor; es muss nun gesetzgeberisch gehandelt werden.

In der nachfolgenden zusammenfassenden Bewertung sieht die BAGFW folgende Nachbesserungsbedarfe am Gesetzentwurf:

1. Verankerung der Heilkundeausübung: Die BAGFW begrüßt die Kodifizierung des Pflegeberufs als Heilberuf nachdrücklich, sieht jedoch in der Legaldefinition nach § 15a SGB V das große Problem, dass Pflegeassistenzkräfte in der Langzeitpflege und Heilerziehungspflegende in Settings der Eingliederungshilfe auf dieser Grundlage Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege nicht mehr erbringen dürften; hier bedarf es einer Korrektur. Es fehlt überdies eine leistungsrechtliche Verankerung der erweiterten Heilkundeausübung in § 27 SGB V (Krankenbehandlung) und der Vorbehaltstätigkeiten der Pflegefachpersonen gemäß § 4 PflBG in § 28 SGB V i.S. einer Abgrenzung von den ärztlichen Tätigkeiten. Leistungserbringerrechtlich sind die erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten einschließlich ihrer Vergütungsgrundsätze nicht in § 132a SGB V (HKP) zu verorten, sondern in einem neuen § 132x, der auch den stationären Bereich mit umfassen muss. Einen Meilenstein stellt die Verankerung der selbständigen Heilkundeausübung im neuen § 4a PflBG dar. Es ist jedoch zu präzisieren, dass es um eigenverantwortliche und nicht um die selbständige Ausübung von Heilkunde geht. Zu ergänzen ist in § 4a auch dringend, dass die Kompetenzen zur erweiterten Heilkundeausübung auch von Pflegefachpersonen während ihres Berufslebens durch Fort- und Weiterbildung erworben werden können. Nur so ist gewährleistet, dass erweiterte Heilkunde in die Fläche kommt. Des Weiteren setzt sich die BAGFW dafür ein, dass der Erwerb der erweiterten Kompetenzen im Wege einer Zusatzqualifikation mit Kostentragung aus dem Ausbildungsfonds und Regelung einer Ausbildungsvergütung nach PflAuFinV erfolgt. An der Definition des Muster-Scope of Practice sind auch die Leistungserbringerverbände aufgrund ihrer Praxisexpertise zu beteiligen. Im Scope of Practice fehlen beruflich qualifizierte Pflegefachkräfte mit einer Zusatzqualifikation. Es sollte zudem dringend überlegt werden, auch die Pflegeassistenzpersonen z.B. im Wege der Delegation einzubeziehen und die Sektoren Reha und Vorsorge und Eingliederungshilfe mit zu denken.

2. Pflegeprozesssteuerung vergütungsrechtlich absichern und Leistungsanspruch definieren: Die BAGFW hat sich seit langem für die gesetzliche Verankerung der Pflegeprozesssteuerung eingesetzt und begrüßt, dass der Gesetzgeber nunmehr diesen Schritt tut. Pflegeprozesssteuerung ist eine Vorbehaltstätigkeit nach § 4 PflBG - daher wird die Definition von Anforderungen an eine fachgerechte Pflegeprozesssteuerung in § 132a SGB V als im Widerspruch zu einer fachlichen Eigenverantwortung von Pflegefachpersonen stehend von der BAGFW abgelehnt. In § 132a SGB V (und korrespondierend in § 89 SGB XI) fehlt es stattdessen an Grundsätzen der Vergütung für die im Rahmen der Pflegeprozesssteuerung erfolgenden Erst- und Folgegespräche sowie Fallbesprechungen. Auch reine Pflegegeldempfangende müssen einen Anspruch auf Pflegeprozesssteuerung erhalten, § 37 Absatz 3a ist daher entsprechend nachzubessern. Für alle Pflegebedürftigen soll der Anspruch auf Pflegeprozesssteuerung bei jeder grundlegenden Änderung ihres Gesundheitszustands, Wechsel der Pflegeperson, bei Veränderung des Pflegegrades oder bei Änderung des Pflegesettings, z.B. nach Krankenhausaufenthalt bestehen.

3. Entbürokratisierung der Hilfsmittelverordnung durch Pflegefachpersonen: Die Genehmigungsfiktion der Verordnung von Hilfs- und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachpersonen wird begrüßt, jedoch erneut die Streichung der Festlegung von Qualifikationsanforderungen in Richtlinien gefordert. Pflegefachpersonen sind dazu qua

Ausbildung ebenso befähigt wie zur Ausstellung einer Blankoverordnung. § 17a Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 ist daher ebenso ersatzlos zu streichen wie § 132a Absatz 1 Satz 4 Nr. 7. Ausweislich der Begründung zur Hilfsmittelversorgung sind Pflegefachpersonen grundsätzlich zur Inkontinenzversorgung befähigt. Daher ist dem Petitum der BAGFW nach Streichung des Präqualifizierungserfordernisses bei der Inkontinenzversorgung in § 126 SGB V endlich Rechnung zu tragen.

4. Verhältnisprävention in der Häuslichkeit stärken und Expertise der Pflegefachperson nutzen: Die BAGFW hat seit langem gefordert, Prävention nicht auf den stationären Bereich und mithin auf die letzte Phase der Pflegebedürftigkeit zu konzentrieren, sondern bereits am Anfang der Pflegebedürftigkeit bei der Versorgung in der Häuslichkeit anzusetzen und begrüßt daher die Ausweitung von § 5 SGB XI auf das häusliche Setting. Für eine wirkliche Stärkung der Gesundheitsförderung – ganz entsprechend dem Pflegeverständnis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs -muss Prävention jedoch weit über die jetzt vorgesehene Empfehlung von verhaltensbezogenen Präventionskursen der Krankenkassen hinausgehen und vor allem bei der Verhältnisprävention ansetzen. Präventionsberatung im häuslichen Bereich muss daher im Rahmen der Leistungserbringung nach § 36 oder eines Beratungsbesuchs nach § 37 Absatz 3 verankert werden und auch die Stärkung von Gesundheitskompetenz klar als Aufgabe benennen.

5. Pflegebegutachtung durch Pflegefachkräfte in der Einrichtung auf Höherstufung konzentrieren: Das Gesetz hebt zu Recht hervor, dass Pflegefachkräfte qua Ausbildung befähigt sind, den Pflegegrad eines Pflegebedürftigen festzustellen. Es ist leider zu konstatieren, dass diese Fähigkeiten nicht genutzt werden, um dem Bearbeitungsstau bei Höherstufungsanträgen in der stationären Pflege von 6 bis 9 Monaten entgegenzuwirken. Die BAGFW setzt sich erneut dafür ein, dass Höherstufungsanträgen, die vom Medizinischen Dienst nach Aktenlage begutachtet werden, automatisch stattgegeben wird. Bei dem in § 18e SGB XI vorgesehenen Modellprojekt zur Erprobung der Begutachtung durch in Einrichtungen angestellte Pflegefachpersonen gibt sie zu bedenken, dass Pflegefachpersonen für die Durchführung eines gesamten Begutachtungsprozesses einschließlich Erstellung eines Gutachtens nicht nur einer Schulung bedürften, sondern dass der dadurch entstehende Aufwand zu Lasten der kostbaren Ressource Pflegefachperson in Zeiten des Fachkräftemangels ginge. Ein Modellprojekt sollte sich daher auf die Erprobung machbarer Aspekte wie der Höherstufungsanträge beschränken.

6. Leistungen flexibilisieren und Tagespflege stärken: Neben einer Erhöhung des Anteils der Pflegesachleistung nach § 36, die zugunsten der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten im Alltag von 40 auf 50 Prozent erhöht wird, soll künftig auch der Anspruch auf Tagespflege zu 50 Prozent zugunsten einer Tagesbetreuung umgewidmet werden können. Diesem Bedarf an Tagesbetreuung soll entsprochen werden können. Gleichzeitig weist die BAGFW auf strukturelle Defizite in der Finanzierung der Tagespflegeeinrichtungen hin, die zu Belegungsrückgängen dieser gerade für demenziell erkrankte Personen attraktiven Versorgungsform führt: So sind die nicht pflegebedingten Kosten der Tagespflege für viele Pflegebedürftige zu hoch, z.B. die Investitionskosten, die nicht von den Kommunen getragen werden oder auch Unterkunft und Verpflegung sowie Fahrtkosten. Zur Lösung dieser Probleme sollte in Anlehnung an die Möglichkeiten des Entlastungsbetrags nach § 45b SGB XI darüber nachgedacht werden, ob das Entlastungsbudget nach § 42a nicht für diese Kosten eingesetzt werden kann. Generell setzt sich die BAGFW dafür ein, im SGB XI künftig

konsequent und systematisch dem Budgetgedanken bei einer Weiterentwicklung des SGB XI zu folgen.

Überdies fordert die BAGFW seit langem, dass die unverhältnismäßig hohen Anforderungen an den Fahrdienst der Tagespflege, durch Änderung von § 1 der FrStllV des Personenbeförderungsgesetzes fallen sollten. Das würde die Kosten für den Fahrdienst deutlich senken.

Eine weitere Möglichkeit, niedrigschwellig Alltagsunterstützung zu erhalten, sind die mit dem Gesetz kodifizierten personengebunden anerkannten Einzelhelfenden. Für ihre anspruchsvolle Aufgabe benötigen sie jedoch auch entsprechende Unterstützung: Die BAGFW spricht sich dafür aus, dass sie, wie auch die übrigen Alltagsbegleiter der Unterstützungsangebote, eine entsprechende Schulung erhalten, etwa im Umgang mit herausforderndem Verhalten oder im Erwerb von medizinisch-pflegerischem Wissen, auch im Notfall. Sie und die von ihnen Betreuten müssen auch Anspruch auf Begleitung erhalten. Des Weiteren dürfen sie keine finanziellen Risiken eingehen müssen; die erforderliche Haftpflicht- und Unfallversicherung muss von den Ländern, die sie als Angebote anerkennen und zulassen, getragen werden. Bezüglich der Förderung der innovativen Netzwerke nach § 45e SGB XI regt die BAGFW erneut an, die Förderung pro Netzwerk von 30.000 auf 45.000 Euro, entsprechend einer 0,75 VZ, zu erhöhen und dann regelhaft zu dynamisieren, damit die Netzwerke ins Laufen kommen.

7. Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen/innovative Wohnformen erproben: Die BAGFW unterstützt das Bestreben des Gesetzgebers, neue innovative Wohnformen zu erproben und einzuführen, uneingeschränkt. Der neue § 45j i.V. mit § 92c führt jedoch einen dritten Sektor ein, was wir ablehnen. Stattdessen sollten die bewährten, aber mittlerweile vielfach gefährdeten, ambulanten Wohngruppen (38a alt/jetzt 45h neu) besser gefördert werden durch Erhöhung des Wohngruppenzuschlags von den jetzt unzureichenden 214 Euro bspw. auf die hier für das gemeinschaftliche Wohnen angesetzte Pauschale von 450 Euro. Sofern an § 45j SGB i.V. mit § 92c SGB XI festgehalten wird, spricht sich die BAGFW für die Erprobung im Rahmen eines Modellprojektes aus. Dabei sollte eine Erweiterung auf den stationären Sektor erprobt werden. Im Rahmen eines solchen Modellprojektes sollte ermöglicht werden, ein ausdifferenziertes Angebot an pflegerischer Unterstützung anzubieten, aus dem die Pflegebedürftigen Leistungen auswählen können, und bestimmen können, welche Leistungen z.B. von ihren Angehörigen erbracht werden, sodass sich im Ergebnis die Kosten für die Versorgung deutlich reduzieren ließen.

8. Vertrags- und Vergütungsverhandlungen wirksam beschleunigen: Die Ansätze des RefE zur Schaffung von Rahmenbedingungen für die dringend erforderliche Beschleunigung der Pflegesatzverhandlungen gehen in die richtige Richtung, sind aber nicht weitreichend genug. Viele Pflegeeinrichtungen stehen mit bis zu sechsstelligen Minusbeträgen aufgrund nicht abgeschlossener Vergütungsverhandlungen vor der Insolvenz. Die jetzt in § 86a SGB XI vorgesehenen Bundesempfehlungen enthalten zwar mit vereinfachten Verfahren zur pauschalen Anpassung und Nachweisverfahren für die zugrunde gelegten Kalkulationen richtige Ansätze, ihr Abschluss – jetzt 9 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes, also frühestens und ohne die erwartbaren Verzögerungen bei solchen Verhandlungen Ende 2025 – würde das Aus für viele Einrichtungen bedeuten. Daher fordert die BAGFW zwei Sofortmaßnahmen, die direkt im Gesetz vorgegeben werden müssen: 1. Eine Genehmigungsfiktion

von beantragten Steigerungen, wenn 6 Wochen nach Antrag keine Verhandlungsaufnahme durch die Kostenträger erfolgt ist, 2. Strafzahlungen bei Verfahrensverschleppungen oder Schadensersatzforderungen bei Missachtung gesetzlicher Vorschriften und Anforderungen durch die Kostenträger. Die vorgesehenen Empfehlungen nach § 86a dürfen nicht dazu führen, Verhandlungen auf der Länderebene zu blockieren oder zu verzögern, angesichts der großen Problemlagen. Das jetzt im Gesetz Verfahren für zeitnahe Nachweisforderungen sowie die Benennung einer verantwortlichen Ansprechperson bei den Kostenträgern geregelt werden, ist sachgerecht. Allerdings muss die Ansprechperson nicht nur für den Antrag, sondern für die ordnungsgemäße Durchführung des Gesamtverfahrens bis hin zur Unterschrift/Abschluss des Pflegesatzverfahrens verantwortlich sein. Die BAGFW zeigt in der nachfolgenden Stellungnahme auf, an welchen Stellschrauben konkret Probleme bestehen, die in den Bundesempfehlungen zu regeln sind (Plausibilisierungserfordernis bei Tarifsteigerungen, keine Anerkennung betriebsnotwendiger Personalaufwendungen, wie für betriebliche Gesundheitsförderung, fehlende Synchronisierung von SGB XI und V-Verhandlungen, Fehlen von Vergütungszuschläge für Wegstrecken in unterversorgten ländlichen Gebieten, Fehlen eines pauschalen Risikozuschlags). Ausdrücklich begrüßt wird die Neuregelung in § 73a, wonach bei absehbaren und schon eingetretenen Änderungen der Rahmenbedingungen Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zu treffen sind. Diese Verstetigung der Corona-Regelungen hatte die BAGFW gefordert. Um Probleme aus der Coronazeit zu vermeiden, müssen jedoch verbindliche Rückmeldungen der Pflegekassen sichergestellt werden. Die frühzeitige Anrufung der Schiedsstelle nach § 85 Absatz 5 SGB XI, ist begrüßenswert - jedoch wird die Regelung ins Leere laufen, wenn Leistungserbringer und Kostenträger sie nur gemeinsam anrufen können. Die BAGFW spricht sich überdies dafür aus, in § 85 pauschale Kollektivverhandlungen zu ermöglichen. Des Weiteren macht sie nachfolgend konkrete Änderungsvorschläge zu der schon lange geforderten Verschlankung der Meldepflichten für tarifgebundene Einrichtungen.

9. Digitale Pflegeanwendungen (DiPa) befördern: Die Erhöhung des Betrags für die Inanspruchnahme von DiPa von jetzt 50 auf 70 Euro sowie die Differenzierung nach den Kosten für die DiPa selbst und die Unterstützung bei der Anwendung wird nachdrücklich begrüßt. Eine vorläufige Aufnahme der DiPa ins Leistungsverzeichnis ohne vorherige Erprobung wird aus Gründen der Patientensicherheit abgelehnt.

10. Qualitätsausschuss Pflege (QAP): Das in § 113b vorgesehene Recht des unparteiischen Vorsitzenden des Qualitätsausschusses zur zweimaligen Anrufung desselben und für ein Vorschlagsrecht zur Themensetzung wird als tiefgreifende strukturelle Veränderung der im QAP bewährten Selbstverwaltung abgelehnt. Die Zusammenfassung der Themen “Vorbehaltsaufgaben”, “Pflegedokumentation” und “bewohner- und kompetenzorientierte Personal- und Organisationsentwicklung” wird nachdrücklich begrüßt. Es ist jedoch sachgerecht, mit ihrer Umsetzung die Geschäftsstelle QAP zu beauftragen und nicht überflüssigerweise eine neue Institution zu schaffen. Um ein besseres Funktionieren der Springerpools zu ermöglichen, bedarf es einer Klarstellung bei der Personalbemessung nach § 113c, dass Personal für diese Zwecke verhandelbar ist, auch wenn die Personalanhaltszahlen noch nicht in allen Qualifikationsniveaus ausgeschöpft sind oder/und es noch keine Regelung im Landesrahmenvertrag gibt. Das Gleiche soll für akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen gelten.

B. Zu den Regelungen im Einzelnen

Artikel 1: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 5 Absatz 1a (neu) i.V. mit § 20 Absatz 5 SGB V: Präventionsempfehlung
Die BAGFW hat sich seit Jahren dafür eingesetzt, dass Prävention und Gesundheitsförderung von den Kranken- und Pflegekassen nicht erst gefördert werden, wenn pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden, sondern gerade am Anfang der Pflegebedürftigkeit, wenn sie noch in der eigenen Häuslichkeit leben. Daher wird die Erweiterung des § 5 SGB XI auf die häusliche Pflege nachdrücklich begrüßt, auch wenn die Grundproblematik von § 5 SGB XI weitergeführt wird und die Pflegekassen nicht gemeinsam und einheitlich handeln. Mit dem neuen Absatz 1a bleiben jedoch Gesundheitsförderung und Prävention im häuslichen Bereich auf halbem Weg stecken, denn im Gegensatz zum stationären Bereich erbringen die Pflegekassen keine, über die ohnehin schon die Gesundheitsförderung und Prävention umfassende Beratung ihrer Versicherten nach den §§ 7a bis 7c hinausgehenden, eigenen Präventionsleistungen. Die Pflegekassen sollen künftig lediglich den Zugang zu den verhaltensbezogenen Präventionskursen der Krankenkassen erschließen. Auch die Präventionsempfehlung, die ambulante Pflegedienste bei ihrer Leistungserbringung nach § 36 oder im Rahmen des Beratungsbesuches nach § 37 Absatz 3 aussprechen können, bezieht sich nur auf die verhaltensbezogenen Präventionskurse nach § 20 Absatz 5 SGB V. Dabei weist schon die Begründung zu Recht darauf hin, dass die meisten verhaltensbezogenen Präventionskurse der Krankenkassen die Bedarfe älterer und pflegebedürftiger Menschen bislang viel zu wenig im Blick haben. Abgesehen davon, muss der Fokus von Prävention und Gesundheitsförderung generell gerade bei pflegebedürftigen Menschen vielmehr auf die Verhältnisprävention im lebensweltbezogenen Setting des Pflegehaushalts und seiner Umgebung konzentriert werden. Der Leitfaden Prävention des GKV-SV sollte viel stärker als bisher auch Maßnahmen der sozialen Teilhabe und Partizipation, die nachweislich gesundheitsfördernd wirken, berücksichtigen. In diesem Zusammenhang erneuert die BAGFW ihre Forderung, im Rahmen der Altenhilfe nach § 71 SGB XII einen eigenen Anspruch auf einen präventiven Hausbesuch einzuführen.

Pflegefachpersonen, die im Haushalt des pflegebedürftigen Menschen versorgen, sind jedoch geradezu prädestiniert, Bedarfe für Prävention und Gesundheitsförderung zu erheben, Gesundheitskompetenzen zu fördern und für Gesundheitsförderung zu sensibilisieren, pflegebedürftige Menschen und ihre Pflegepersonen edukativ zu beraten und anzuleiten, fachlich zu Maßnahmen zu beraten, über bestehende Angebote zu informieren und den Zugang zu Leistungen zu erschließen. Dabei ist eine Arbeitsteilung zwischen Pflegekassen und Pflegediensten sinnvoll. Bedarfserhebung, Edukation, Stärkung der Gesundheitskompetenzen sowie die fachliche Beratung zu Maßnahmen im Sinne einer Präventionsempfehlung sollte schwerpunktmäßig zu den ständigen Aufgaben der Pflegedienste gehören, während die Erschließung des Zugangs zu den Angeboten unter Beachtung der Präventionsempfehlung des Medizinischen Dienstes im Rahmen der Pflegebegutachtung Aufgabe der Pflegekassen sein sollte.

Änderungsbedarf:

Absatz 1a ist wie folgt zu ändern:
„Die Pflegekassen sollen gemeinsam und einheitlich Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention für Versicherte in häuslicher Pflege erbringen und den Zugang zu Leistungen der Krankenkassen zur Prävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches für in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Pflegebedürftige in häuslicher Pflege unterstützen, indem sie unter Beteiligung der Pflegebedürftigen sowie, falls diese im Einzelfall an der Versorgung beteiligt sind, unter Beteiligung von ambulanten Pflegeeinrichtungen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation, zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten sowie zur Stärkung von Teilhabe und Partizipation entwickeln und deren Umsetzung unterstützen. *Auf der Grundlage der Empfehlungen nach § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sollen ambulante Pflegedienste im Rahmen einer Leistungserbringung nach § 36 oder eines Beratungsbesuches nach § 37 Absatz 3* eine Erhebung präventiver und gesundheitsfördernder Bedarfe vornehmen und daraus mögliche Maßnahmen ableiten. Darüber hinaus ist eine fachliche Beratung zur Information, Sensibilisierung *sowie Stärkung der Gesundheitskompetenz* der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie Pflegepersonen bezüglich der Möglichkeiten vorzunehmen, die mittels Gesundheitsförderung und Prävention zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten bestehen. *Sie können auch* eine Empfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches aussprechen….[weiter wie im Gesetzestext]“.

§ 7a Absatz 8: Kassenartenübergreifende Organisation der Pflegeberatung
Die Möglichkeiten der Pflegekassen, die Beratung nach § 7a gemeinsam und kassenartenübergreifend in ihren räumlichen Einzugsbereichen organisieren zu können, stärkt die Beratung und ggf. die Möglichkeiten zur Spezialisierung auf bestimmte Zielgruppen und wird von der BAGFW unterstützt. Wünschenswert ist, annähernd ähnliche Strukturen und Zugänge in allen Bundesländern für Pflegebedürftige, An- und Zugehörige und andere Ratsuchende zu schaffen. Die Nutzung der Vergabe der Beratungsaufgabe an Dritte kann hierbei eine hilfreiche Entwicklungsoption darstellen. Es sollte das Prinzip der gemeinsamen und einheitlichen Verträge vorherrschen. Eine Vergabe der Leistung durch “Mittler” wird von den in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbänden abgelehnt.

§ 8 Absatz 3b Präzisierung zum Modellprojekt ambulante Pflege
Das Modellprogramm wird zum einen kostenneutral bis Ende 2028 verlängert, um im ambulant-häuslichen Bereich fundierte Entscheidungsgrundlagen für eine systematische Weiterentwicklung und Sicherstellung der Versorgung zu ermöglichen.. Zum anderen wird der Auftrag der wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung präzisiert und auf die Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege angepasst. Beides ist zu begrüßen. Es muss jedoch gewährleistet werden, dass die Leistungserbringerverbände in der ambulanten Pflege ihre Expertise bei der Leistungsbeschreibung einbringen können und nicht der GKV-SV einseitig dies festlegt, da ihm die Feldkompetenz in der ambulanten Pflege fehlt.

§ 8 Absatz 3c: Scope of practice
Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände begrüßen das Ansinnen der Bundesregierung, die Aufgaben in der beruflichen Pflege in einem „Scope of Practice“ zu systematisieren und anhand von Kompetenzen (Skills) und Qualifikationen

(Grades) für alle Versorgungssektoren auszuweisen. Eine kompetenz- und qualifikationsbezogene Beschreibung von pflegerischen Aufgaben stellt die Grundlage für einen umfassenden „Skill- und Grade-Mix“ in der professionellen Pflege dar und ist ein wichtiger Schritt zur internationalen Anschlussfähigkeit der hiesigen Pflegeberufe.

Die mit § 8 Absatz 3c SGB XI verbundenen Regelungsinhalte könnten nicht nur schlummernde Potentiale für die Effektivität und Effizienz des Personaleinsatzes in der Pflege heben, sondern auch die Qualität und Quantität der medizinisch-pflegerischen Versorgung steigern. Gerade im Hinblick auf die selbstständige Durchführung von erweiterter Heilkunde und die Anerkennung von im Ausland erworbenen Kompetenzen und Qualifikationen.

Dazu sind aus Sicht der in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände allerdings noch Nachschärfungen erforderlich:

- Der im Gesetz beschriebene Förderzeitraum von 2025 bis 2030 lässt eine längere Entwicklungszeit vermuten. Der Muster Scope-of-Practice wird allerdings in vielen korrespondierenden Vorschriften als zentraler Referenzrahmen angegeben (z.B. §§ 15a SGB V neu und 73d SGB V neu). Insofern stellt sich die Frage, ob hier nicht ein Nadelöhr geschaffen wird, das zunächst einmal Stillstand oder bürokratische Übergangsregelungen produziert.
- Neben den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe gilt es, auch die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene in die Erarbeitung des „Scope of Practice“ mit einzubeziehen.
- Um tatsächlich wirksam zu sein, und sowohl dem Leistungsrecht, dem Leistungserbringerrecht, als auch den untergesetzlichen Regelungen und Vereinbarungen der Selbstverwaltungsorgane vorauszugehen, ist der Vorrang und die Verbindlichkeit des „Scope of Practice“ klarzustellen. Dies betrifft insbesondere die Empfehlungen für die Mindestinhalte von Weiterbildungen.
- Die in dem „Scope of Practice“ beschriebenen Aufgaben müssen immer von den Anforderungen und Erfordernissen, sowie den Bedürfnissen und Bedarfen der zu pflegenden Menschen her gedacht werden. Bei der Entwicklung sollten daher weniger der Qualifikationslevel mit Aufgaben befüllt werden, als vielmehr Aufgaben identifiziert und mit den dazu notwendigen Fähigkeiten und Kenntnissen bestückt werden.
- Hierbei gilt es die gelebte Praxis ebenso anzuerkennen wie „bunte Berufsbiografien“ im Sinne eines lebenslangen Lernens. Aufgaben von beruflich ausgebildeten und hochschulisch qualifizierten Pflegenden sollten sich vorrangig durch das Erfordernis (und den Grad) von wissenschaftlichen Problemlösungs- und Entscheidungsfähigkeiten unterscheiden. Ein zusätzlicher Gesichtspunkt ist die Komplexität der Pflegesituation.
- Im Rahmen des Pflegeprozesses müssen Pflegefachpersonen die ihnen anvertrauten Aufgaben grundsätzlich selbstständig und weisungsungebunden durchführen können, sofern sie die dafür notwendigen Fähigkeiten und Kenntnisse erlangt haben. Ebenso gilt es, die intraprofessionelle Delegationsfähigkeit der jeweiligen Aufgaben einzubeziehen und zu beschreiben. Dies gilt insbesondere für die selbstständige Heilkunde nach § 4a PflBG.

- Die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG sind anzuerkennen und uneingeschränkt anzuwenden. Detaillierte Tätigkeitskataloge mit dazugehörigen Kompetenz- und Qualifikationsanforderungen, sowie starren und bürokratischen Regelwerken zur Umsetzung derselben gilt es dagegen abzulehnen. Aufgabenbeschreibungen und Tätigkeitsprofile können immer nur beispielhaft und nicht allgemeingültig definiert werden.
- Neben dem SGB V und dem SGB XI sind auch weitere Sektoren zu beachten, in denen Pflegefachpersonen tätig werden. Beispielsweise sind Pflegefachpersonen auch im Bereich der Rehabilitation oder der Eingliederungshilfe tätig.
- Darüber hinaus sollten auch weitere Aufgabenfelder der Daseinsvorsorge, wie Public Health Nursing, Community Health Nursing, Emergency Nursing oder Disaster Nursing mitbedacht werden, die sich in der Logik der Sozialgesetzbücher bislang nicht wiederfinden.
- In der Aufzählung des “scope of practice" in der Gesetzesbegründung fehlen die Pflegefachpersonen mit einer beruflichen Ausbildung und einer Zusatzausbildung nach § 14 PflBG. Diese gilt es ebenso aufzunehmen. Generell bleibt es weitgehend unklar, in welchem Verhältnis die Heilkundemodule der Fachkommission nach § 53 PflBG zu dem hier zu entwickelnden „Scope of Practice“ stehen sollen (siehe auch zu § 14a PflBG).
- Darüber hinaus sollten neben qualifizierten (Fach-)Weiterbildungen auch Berufserfahrungen in einschlägigen Versorgungsbereichen oder Fachgebieten anerkannt werden. Ebenso können auch Teile von augenscheinlich nicht für die Praxis konzipierten Pflegestudiengänge für die Pflegepraxis relevant sein, beispielsweise Edukation, Beratung, Care- und Case-Management oder Evidenz-basiertes Handeln.
- Ferner gilt es zu klären, inwieweit nicht auch die Pflegefachassistenz, oder basisqualifizierte Pflegende im „Scope of Practice“ Berücksichtigung finden sollten, und sei es im Kontext von Delegation.

Änderungsbedarf:

§ 8 Absatz 3c ist wie folgt zu ändern, um die oben genannten Punkte abzubilden:

„(3c) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen fördert gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wissenschaftliche Expertisen zur konkreten Ausgestaltung der Inhalte von pflegerischen und heilkundlichen Leistungen des Fünften und Elften Buches, *sowie weiteren relevanten Versorgungssektoren,* die durch Pflegefachpersonen gestaffelt nach Qualifikationsniveau nach Maßgabe von § 15a des Fünften Buches erbracht werden können. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend nach Anhörung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a, *wie auch die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen Bundesebene,* die Dauer, Inhalte und Durchführung von Maßnahmen nach Satz 1. Die Beauftragung der Erstellung wissenschaftlicher Expertisen erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren,

Frauen und Jugend. Bei der Beauftragung der Erstellung wissenschaftlicher Expertisen sowie ihrer Durchführung ist sicherzustellen, dass die Auftragnehmer die fachliche Expertise der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a, *sowie der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene,* in geeigneter Art und Weise einbeziehen. Weitere geeignete Fachorganisationen können an der Erstellung der Expertisen beteiligt werden. Für die Umsetzung der Aufgaben nach Satz 1 bis 4 werden dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für die Jahre 2025 bis 2030 Fördermittel von insgesamt zehn Millionen Euro bereitgestellt. Die gesetzlichen Krankenkassen tragen an den Ausgaben für die Fördermittel einen Anteil von 50 Prozent; § 150 Absatz 4 Satz 3 und 4 gelten entsprechend. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung."

§ 8 Absatz 7: Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf
Die Maßnahmen zur betrieblichen Integration von Pflege- und Betreuungskräften aus dem Ausland sind von zentraler Bedeutung. Die diesbezügliche Ergänzung förderfähiger Maßnahmen nach § 8 Absatz 7 SGB XI wird daher begrüßt. Die Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege stellen immer wieder fest, dass eine langfristige Bindung von internationalen Pflege- und Betreuungskräften oft an der mangelhaften Integration in die deutsche Gesellschaft scheitert. Zwar ist betriebliche Integration nur ein Teil, aber ein wesentlicher Faktor für das Gelingen des Gesamtintegrationsprozesses.

Des Weiteren macht die BAGFW darauf aufmerksam, dass die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf insgesamt nur gelingen kann, wenn pflegende Angehörige mehr Unterstützung bei der Sorgetätigkeit erfahren und unterschiedliche Pflegearrangements möglichst flexibel miteinander kombiniert werden können. Zudem verweist die die BAGFW auf das fehlende Zusammenführen von Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz sowie die Einführung einer Lohnersatzleistung im Falle pflegebedingter Auszeiten, wie sie auch vom Unabhängigen Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf vorgeschlagen werden.

§ 9: Stärkung der Rolle der Kommunen und Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen und Kommunen zur Sicherstellung der Versorgung
Die BAGFW begrüßt das Ansinnen der Bundesregierung, Länder und Kommunen in ihrer Rolle und Verantwortung im Hinblick auf eine bedarfsgerechte und regional abgestimmte Versorgung pflegebedürftiger Menschen stärken zu wollen. Aus Sicht der BAGFW ist die Gewährleistung einer angemessenen und tatsächlich zugänglichen pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung unter schwieriger werdenden Umständen – insbesondere in strukturschwachen Regionen – ohne Übernahme von mehr Verantwortung in der Koordination durch Länder und Kommunen mittelfristig nicht mehr möglich.

Die BAGFW sieht die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung als Teil der staatlichen Daseinsvorsorge. Länder und Kommunen sollten daher ihre Infrastrukturverantwortung wahrnehmen und die Länder müssen die Kommunen finanziell in die Lage versetzen, dies tun zu können. Zur Ermöglichung dessen sind aus Sicht der BAGFW verbindliche Pflegestrukturplanungen als Instrument der Steuerung und Koordination auf kommunaler Ebene unerlässlich. Nur auf Grundlage einer soliden Datenlage über

die Versorgungssituation sowie den spezifischen regionalen Bedarfen sind kommunale Mitwirkungsmöglichkeiten möglich. Nach Auffassung der BAGFW ist eine einheitliche Praxis für eine flächendeckende Pflegestrukturplanung erforderlich. Es sollte eine Pflegestrukturplanung nach Landesrecht auf Basis wissenschaftlich fundierter Verfahren erfolgen. Sinnvollerweise wird hierzu ein Verfahren auf Bundesebene entwickelt und vom Bund finanziert.

Vor diesem Hintergrund ist daher grundsätzlich die Zusammenarbeit von Pflegekassen, Leistungserbringern und Kommunen zu intensivieren. Daher begrüßt die BAGFW sowohl die Stärkung verbindlicher Mitwirkungsmöglichkeiten bei der Zulassung von Pflegeeinrichtungen als auch die verpflichtende Berücksichtigung der Empfehlungen der regionalen Pflegeausschüsse bzw. der Landespflegeausschüsse vor Abschluss eines Versorgungsvertrages. Es reicht nicht aus, den Ländern eine Kann-Bestimmung und die Unverbindlichkeit einer Pflegestrukturplanung vorzugeben.

§ 10a (neu): Amt der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege
Die BAGFW begrüßt ausdrücklich, dass das Amt des oder der Pflegebeauftragten der Bundesregierung nunmehr gesetzlich befestigt wird, analog zum Amt des oder der Behindertenbeauftragten. Positiv zu bewerten ist auch, dass die Arbeit durch einen Beirat zur Wahrnehmung der Interessen der Pflegebedürftigen und ihrer An- und Zugehörigen eingerichtet werden soll. Bei der Beteiligung der beruflich Pflegenden nach § 10a Absatz 2 Satz 3 ist darauf zu achten, dass auch die Leistungserbringerverbände, deren Mitarbeitende beruflich pflegen, mit umfasst sind.

Die Unabhängigkeit und Weisungsungebundenheit des oder der Pflegebeauftragten soll nicht nur in der Gesetzesbegründung, sondern direkt im Gesetzestext verankert werden.

Änderungsvorschlag:

§ 10a Absatz 1: Die Bundesregierung bestellt eine Beauftragte oder einen Beauftragten für Pflege. *Die beauftragte Person ist unabhängig, weisungsungebunden und ressortübergreifend tätig.* Der beauftragten Person ist die für die Erfüllung ihrer Aufgabe notwendige Personal- und Sachausstattung zur Verfügung zu stellen.

§ 11 Absatz 1 Satz 2 (neu): Steuerung des Pflegeprozesses
Die BAGFW begrüßt, dass die Pflegeprozesssteuerung zentral in den allgemeinen Vorschriften des SGB XI verankert wird. Das trägt der Bedeutung des Pflegeprozesses angemessen Rechnung. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Pflegeprozesssteuerung auch leistungsrechtlich und leistungserbringerrechtlich zu verankern ist. So müssen alle Pflegebedürftigen, mithin auch diejenigen, die nur einen Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 durch Pflegeeinrichtungen abrufen, Anspruch auf eine Pflegeprozesssteuerung haben, ohne dass sie in die Kombinationsleistung wechseln müssen. Dies ist entsprechend in § 37 Absatz 3a SGB XI zu verankern sowie in der Vergütung nach § 89 SGB XI zu berücksichtigen. (s. Kommentierung zu § 37 SGB XI).

§ 11 Absatz 1a SGB XI (neu): Delegation von Aufgaben von Pflegefachpersonen auf Pflegeassistenzpersonen sowie auf Pflegehilfskräfte
Grundsätzlich gilt, dass der Träger dafür verantwortlich ist, dass die vorgehaltene Personalausstattung den Qualifikationsanforderungen zur Erfüllung der vertraglichen Verpflichtungen entspricht. Innerhalb des vertraglich vorgegebenen Rahmens (Rahmen- und Versorgungsverträge) ist die verantwortliche Pflegefachperson für die Planung und den Einsatz der Pflege(fach)personen verantwortlich. Mit der gesetzlichen Verpflichtung zum Vorhalten von Delegationskonzepten wird daher ungerechtfertigt in die Organisation von Pflegeeinrichtungen eingegriffen. Zielführender ist es daher aus Sicht der in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände, die Einrichtungen bei Delegationsfragen und der Implementierung von Delegationsregelungen nach Bedarf zu unterstützen. Es bietet sich daher an, das Thema "Delegation" im Rahmen der Begleitung und Unterstützung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung mitzudenken und entsprechende Unterstützungsleistungen anzubieten. (siehe hierzu die Ausführungen zu § 113c Absatz 9 (neu) dieser Stellungnahme)

Änderungsvorschlag:

Ersatzlose Streichung des § 11 Absatz 1a in Verbindung mit der Ergänzung von "Delegation" bei den Unterstützungsleistungen der Institution zur Begleitung und Unterstützung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung nach § 113c Absatz 9 (neu).

§ 12 Absatz 2 (neu) Evaluation der Versorgungsdaten
Die geplante Evaluation der Versorgungsdaten durch die Pflegekassen und die Zurverfügungstellung an die Kommunen für deren kommunale Pflegestrukturplanung wird begrüßt, Allerdings sollten bereits bei der Erarbeitung der Empfehlungen zu Umfang, Struktur, Turnus und möglichen Indikatoren der entsprechenden Datensätze alle Beteiligten - also auch der Leistungserbringerverbände in der Pflege - miteinbezogen werden; dies auch, um weiteren bürokratischen Anforderungen an die Pflegeeinrichtungen vorzubeugen.

Zum anderen sollte bei der Interpretation und Evaluation auf der Landesebene bzw. auf der regionalen Ebene die Praxiserfahrung der Einrichtungen und Träger aktiv in die Datenerhebung und -analyse eingebunden werden. Dies kann über die Landespflegeausschüsse oder die regionalen Pflegeausschüsse bzw. durch regelmäßige Konsultationen oder Einbeziehung in die Arbeitsgemeinschaften erfolgen.

§ 15 Absatz 8: Bericht zu den Wirkungsweisen des Begutachtungsinstrumente nach dem Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff
Die BAGFW bewertet positiv, dass bis zum 31. Dezember 2025 ein Bericht zu den Erfahrungen und Wirkungsweisen des Begutachtungsinstruments des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs dem BMG vorzulegen ist. Dabei sollen etwaige Probleme und Mängel aufgedeckt und daraus Handlungsnotwendigkeiten abgeleitet werden, etwa zur Frage der Gewichtung, zu den Schwellenwerten, aber auch bezüglich des Stellenwerts der Module 7 und 8. Die BAGFW hat z.B. Problemanzeigen vorliegen, dass es in Grenzfällen an den Modulen vermehrt zu Widerspruchsverfahren kommt. Ein sehr häufig genanntes Problem ist die Ablehnung von Pflegegraden bei Höherstufungsanträgen, die nach Aktenlage begutachtet werden. Des Weiteren wird ein Problem zu Modul 3 benannt: Nicht-demente Pflegebedürftige, die aufgrund ihrer Nichtak-

zeptanz von krankheitsbedingten Einschränkung psychisch auffällig werden und erforderliche pflegerische Maßnahmen ablehnen, aber Aufmerksamkeit durch häufiges Rufen und Klingeln erzeugen, erhalten durch die Begutachtenden keine Punktwerte im Modul 3. Pflegerische Maßnahmen, die dann doch durchgeführt werden müssen, erfordern auch bei diesen Personen sehr viel Zeit. Aufgrund fehlender Punktwerte in Modul 3 überwinden diese Personen häufig nicht die Schwelle zwischen PG 3 und 4, sodass der beeinträchtigungsbedingte höhere Zeitaufwand nicht refinanziert wird. Ausdrücklich zu begrüßen ist zudem, dass analysiert werden soll, warum die Anzahl der Pflegebedürftigen seit 2017 stetig über die Prognosen hinaus gestiegen ist. Aus methodischen Gründen sind die Überprüfung des NBA und die Klärung des überportionalen Anstiegs der Pflegebedürftigen in getrennten wissenschaftlichen Studien zu untersuchen.

Die Aufgabe der Berichterstellung wird dabei an den GKV-SV adressiert. Dies scheint zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine pragmatische Lösung zu sein. Perspektivisch sehen die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände das Thema “Pflegebedürftigkeitsbegriff”jedoch im Qualitätsausschuss Pflege verankert.

§ 17a: Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln i.V.m. § 40 Absatz 6

Die BAGFW begrüßt nach wie vor, dass die Empfehlung einer Pflegefachperson für erforderliche Hilfs- und Pflegehilfsmittel ohne Erfordernis einer ärztlichen Verordnung die Vermutung der Pflege- oder Krankenkasse eine Genehmigungsfiktion der jeweiligen Kasse auslöst. Sie wiederholt jedoch auch ihre Kritik, dass in den Richtlinien nach § 17a festgelegt werden soll, über welches Qualifikationsniveau die Pflegefachperson jeweils verfügen muss. Dies ist eine überflüssige bürokratische Hürde, denn Pflegefachpersonen sind qua Ausbildung für die Empfehlung von Hilfs- oder Pflegehilfsmitteln zur erforderlichen Versorgung qualifiziert. Analoges gilt auch für den neugefassten § 40 Absatz 6 Satz 5.

Sowohl § 17a als auch der neugefasste § 40 Absatz 6, intendieren, dass Pflegefachpersonen aufgrund ihrer Nähe zum Pflegebedürftigen eine besondere Expertise in der Bedarfsfeststellung für Hilfsmittel haben. Der Gesetzgeber trifft hier selbst die Feststellung, dass die Hilfsmittelversorgung mit Inkontinenzmaterialien keiner besonderen Qualifikationsnachweise bedarf. Die BAGFW fordert den Gesetzgeber daher erneut auf, endlich das Präqualifizierungserfordernis in § 126 Absatz 1a SGB V ersatzlos zu streichen. Dieser Schritt stellte auch einen wichtigen Beitrag zur dringend erforderlichen Entbürokratisierung der Pflege dar.

Darüber hinaus sind auch die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände bzw. die Leistungserbringerverbände mit ihrer Expertise die Richtlinienerarbeitung einzubeziehen.

Änderungsbedarf:

Streichung von § 17a Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 (Feststellung des Qualifikationsniveaus der empfehlenden Pflegefachperson) und
Streichung des Halbsatzes “über welches Qualifikationsniveaus die empfehlenden Pflegefachperson verfügen soll” in § 40 Absatz 6 Satz 5

§ 18e: Modellprojekt zur Begutachtung durch in Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen

Es ist nicht länger tragbar, dass Pflegeeinrichtungen Monate lang auf eine Bescheid zur Höherstufung warten. Die BAGFW setzt sich schon seit längerem dafür ein, dass Höherstufungsanträgen von Pflegeeinrichtungen, die vom Medizinischen Dienst nach Aktenlage begutachtet werden, automatisch statt gegeben wird und die Höherstufung als genehmigt gilt, da Pflegefachpersonen aufgrund ihrer fachlichen Expertise im Rahmen der Pflegeplanung und Pflegeprozesssteuerung gesichert einschätzen können, ob ein höherer Pflegegrad als der gegenwärtig beantragte vorliegt. Bspw. erfolgt regelhaft die fast vollständige Erhebung der BI-Module seit 2019, im Rahmen der Datenerfassung zur Berechnung der Qualitätsindikatoren in der stationären Pflege. Eine gesonderte Begutachtung bei Bewohnenden mit bereits vorhandenem Pflegegrad ist somit nicht mehr nötig. Bei den Qualitätsprüfungen (i.d.R. einmal jährlich), kann die Einstufung durch den Medizinischen Dienst auf Richtigkeit überprüft werden.
Es ist daher sachgerecht, dass Pflegefachpersonen die Kompetenz b der Höherstufung des Pflegegrades erhalten. Es muss dabei dringend sichergestellt sein, dass dies entsprechend für die Pflegeeinrichtungen auskömmlich finanziert wird.

Der Ref-E bleibt jedoch dahinter zurück. Er sieht stattdessen ein Modellprojekt vor, nach dem Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten mit der Begutachtung beauftragt werden können. Sofern der Gesetzgeber sich für diese Regelung entscheidet, muss jedenfalls sichergestellt sein, dass die Beauftragung nur auf Wunsch der Pflegefachperson bzw. der Pflegeeinrichtung möglich sein soll. Es gilt zu bedenken, dass Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen vor dem Hintergrund des dauerhaften Fach- und Arbeitskräftemangels in der Pflege keine zusätzlichen Aufgaben übernehmen können. Anders als bei Anträgen zur Höherstufung umfasst die Begutachtung auch die Erstellung des Gutachtens mit allen Details, wie z.B. Auswertung der Arztberichte etc. Sie setzt auch umfangreiche Schulungen voraus. Vor diesem Hintergrund bezweifelt die BAGFW die Machbarkeit dieses Modellprojektes. Sofern der Gesetzgeber an der Regelung festhält, empfiehlt sie, statt einer vollständigen Begutachtung, zu erproben, inwieweit Anträge auf Höherstufungen aus Pflegeeinrichtungen einer tatsächlichen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst vor Ort (nicht nach Aktenlage), entsprechen. Ein Modellprojekt muss auch berücksichtigen, wie hoch der Mehraufwand und der Schulungsumfang ist.

Weiterer Änderungsbedarf:

§ 18a Abs. 2 SGB XI
• Begutachtung nach Aktenlage im stationären Bereich, sofern diese eindeutig ist und es sich nicht um ein Widerspruchsverfahren handelt.

• Begutachtungsfrist bei Höherstufungsanträgen in allen Versorgungsbereichen auf 25 Tage festsetzen, andernfalls Genehmigungsfiktion.

In § 18a Absatz 2 ist nach Satz 1 folgender Satz 2 einzufügen: *„Der Versicherte ist in seinem Wohnbereich zu untersuchen. In stationären Einrichtungen besteht die Möglichkeit, dass eine Untersuchung im Wohnbereich bei Höherstufungsanträgen unterbleibt, sofern die Aktenlage eindeutig ist und es sich nicht um ein Widerspruchsverfahren handelt“.*

§ 37 Absatz 3a (neu): Inhalte des Beratungsbesuches und weitere Änderungsbedarfe bei den Beratungsbesuchen nach § 37 Absatz 3

Die Inhalte der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 werden um zwei Aspekte erweitert: Künftig haben die Beratenden auch auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegekursen nach § 45 sowie auf sonstige, geeignete Beratungs- oder Hilfsangebote hinzuweisen. Dies wird begrüßt. Die BAGFW hat in den letzten Jahren wiederholt die hohe Bedeutung der Pflegekurse nach § 45 SGB XI herausgehoben. Eine Information über die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegekursen nach § 45, auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen, kann jedoch nur dann zielführend erfolgen, wenn diese Ansprüche flächendeckend eingelöst werden können. Hierzu sehen wir einen dringenden gesetzlichen Regelungsbedarf bei § 45 SGB XI.

Zudem sollten alle Pflegebedürftigen der Pflegegrade 1 bis 5, auch diejenigen, die ohne Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden, einen Anspruch auf Pflegeprozesssteuerung einschließlich Erst- und Folgegespräche, ggf. unter Einbeziehung der An- und Zugehörigen, wenn dies der Versicherte wünscht, haben. Dies ist vor allem zu Beginn der Pflegebedürftigkeit, bei jeder wesentlichen Änderung des Gesundheitszustands und/oder Wechsel der Pflegeperson, bei einer Veränderung des Pflegegrads, bei einer Änderung des Pflegesettings z. B. nach Krankenhausaufenthalt, Kurzzeitpflege erforderlich. Außerdem entspricht dieser Ansatz auch der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der der Förderung der Selbständigkeit und Selbstpflegekompetenz des pflegebedürftigen Menschen sowie der Anleitung, Schulung und Edukation der Pflegepersonen einen expliziten Stellenwert zumisst.

Alle pflegebedürftigen Menschen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten, müssen somit Erst- und Folgegespräche sowie bei Bedarf interdisziplinäre Fallbesprechungen als eigenständige Sachleistung, mithin ohne Anrechnung auf die Sachleistungen nach § 36 SGB XI erhalten können. Wichtig ist dabei im Hinblick auf die Pflegeprozesssteuerung, dass diese nicht an die in § 37 Absatz 3 Satz 1 und 2 genannten Verpflichtungen zum Abrufen bzw. an die Rechtsansprüche auf einen Beratungsbesuche gebunden sind, sondern dass die Beratungsbesuche auch bedarfsbezogen häufiger erfolgen können.

Nach § 37 Absatz 5 beschließen die Vertragsparteien nach § 113 die Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche. Nach Absatz 4 stellen der Spitzenverband und die privaten Versicherungsunternehmen für die Beratungsbesuche ein einheitliches Formular zur Dokumentation zur Verfügung. Beide beschließen auch die Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse sowie der Umsetzung der Empfehlungen nach Absatz 3a Satz 3 und 4 aus dem jeweiligen Beratungsbesuch durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen. Nach Auffassung der in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände sind folgerichtig auch das Formular zur Dokumentation der Beratungsbesuche nach Absatz 4 Satz 2 und die Richtlinie nach Absatz 5 durch die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI zu beschließen.

Änderungsbedarf:

§ 37 Absatz 3 ist um den folgenden Satz 4 zu ergänzen:

"*Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person können die Beratungen auch häufiger als zu den in den Sätzen 1 bis 3 vorgesehenen Frequenzen/Zeiträumen erfolgen.*"

§ 37 Absatz 3a ist um folgende neue Nummer X zu ergänzen:

X. „eine pflegefachliche Prozesssteuerung, einschließlich Erstgespräch ggf. unter Einbeziehung der An- und Zugehörigen zu Beginn der Pflegebedürftigkeit, bei jeder wesentlichen Änderung des Gesundheitszustands und/oder Wechsel der Pflegeperson, bei einer Veränderung des Pflegegrades, bei einer Änderung des Pflegesettings z. B.nach Krankenhausaufenthalt, Kurzzeitpflege.

§ 37 Absatz 4 Satz 2 und § 37 Absatz 5a:

Hier sind die Worte "Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen stellt mit dem Verband der privaten Versicherungsunternehmen" und "Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung" durch "*die Vertragsparteien nach § 113*" zu ersetzen.

§§ 39a, 40a, 40b, 78a: Digitale Pflegeanwendungen

Die BAGFW befürwortet die Vereinfachung des Zulassungsverfahrens zur Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen. Die Klarstellung, dass digitalen Pflegeanwendungen zum Ziele der Entlastung pflegender Angehöriger oder sonstiger ehrenamtlich Pflegender auch ohne das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und ohne den Nachweis des pflegerischen Nutzens eingesetzt werden können, erweitert den Anwendungsbereich und beschleunigt den Zulassungsprozess, was die BAGFW begrüßt.

Befürwortung findet auch der Wegfall einer allgemeinen Nachweispflicht über den pflegerischen Nutzen zugunsten eines konkretisierenden Nachweises, dass die digitale Pflegeanwendung geeignet ist, die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen zu stabilisieren oder pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende zu entlasten.

Die Erprobung der Wirksamkeit für einen festgelegten Zeitraum anstelle von vorab vorzulegenden Nachweisen würde ein Hindernis in der bisherigen Regelung aus dem Weg räumen. Allerdings profitieren zu Hause gepflegte Personen durch eine fundierte Einschätzung von digitalen Pflegeanwendungen durch das BfArM in einer herausfordernden Lebensphase mit einer häufig für Betroffene unübersichtlichen Informationslage. Eine vorläufige Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen lehnt die BAGFW daher ab.

Die BAGFW hat in vorigen Stellungnahmen mehrfach darauf hingewiesen, dass 50 EUR für den Einsatz von digitalen Pflegeanwendungen nicht ausreichen werden und begrüßt daher die Anhebung der Gesamtsumme auf 70 EUR. Die Aufteilung des Leistungsbetrages schafft auch für die sich anschließenden Verhandlungen für die ergänzenden Unterstützungsleistungen hilfreiche Transparenz.

§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung und Artikel 4: Änderung des Pflegezeitgesetzes
Die BAGFW begrüßt nachdrücklich, dass die bestehende Praxis einiger Pflegekassen, die Zuschüsse für die Angehörige zur Kranken- und Pflegeversicherung auch über die Dauer von 4 Wochen nach dem vorzeitigen Tod des Pflegebedürftigen hinaus finanziert wird, nun auch gesetzlich verankert wird. Das gibt pflegenden An- und Zugehörigen Sicherheit in Bezug auf ihren Status in der Kranken- und Pflegeversicherung. Die Regelung trägt somit wesentlich zur Aufrechterhaltung der Pflegebereitschaft bei.

Zukünftig können auch die Pflegefachpersonen die Bescheinigung nach § 2 Absatz 2 des Pflegezeitgesetzes ausstellen. Es ist mehr als sachgerecht und ein weiterer Baustein für die Anerkennung der hohen Kompetenzen von Pflegefachpersonen, wenn diese und nicht länger nur Ärzt*innen die Pflegebedürftigkeit eines An- oder Zugehörigen als Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Pflegezeit oder kurzzeitiger Arbeitsverhinderung bescheinigen können.

§ 45a: Angebote zur Unterstützung im Alltag
Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen die Neuordnung des § 45a, die für die Versicherten mehr Transparenz schaffen soll. Positiv zu bewerten ist, dass die angemessene Schulung zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation sowie das Grund- und Notfallwissen der Helfenden künftig auch modular und tätigkeitsbegleitend möglich sein soll, sofern das Landesrecht keine abweichenden Regelungen trifft. Kritisch sehen die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege allerdings, dass die Anbieter von Unterstützungsangeboten im Alltag im Rahmen des Konzepts auch Angaben über die Verfügbarkeit machen sollen. Wie sollte im Einzelfall gewährleistet sein, dass die Nachfrage nicht höher ist als das Angebot an Betreuungspersonen?

Nicht neu, aber neu kodifiziert werden Angebote von personenbezogen anerkannten Einzelhelfenden nach § 45a Absatz 4. In verschiedenen Bundesländern gehören Einzelhelfende mit zu den nach Landesrecht anerkannten Angeboten sei es zur sozialen Betreuung, Haushaltsunterstützung oder Begleitung zu Arztbesuchen, ins Kino oder bei Spaziergängen. Die personenbezogen anerkannten Einzelhelfenden ergänzen sie nun das Versorgungsangebot. Bei der rechtlichen Normierung ist jedoch darauf zu achten, dass Einzelhelfende formal anerkannt sein müssen, ein Mindestmaß an Schulung haben müssen und dass ihnen stets ein klarer Ansprechpartner zur Verfügung stehen muss. Unbegleitete Einsätze nicht qualifizierter Einzelhelfender stellen sowohl für diese als vor allem auch für die pflegebedürftigen Menschen ein Risiko im Hinblick auf die körperliche und seelische Unversehrtheit sowie die Haftung bei Schadenseintritt dar. Auf diese Dimension weist der RefE immer wieder hin, wenn er fordert, dass das Wohl der Pflegebedürftigen durch das Angebot nicht gefährdet sein darf. Dies ist jedoch ein rechtlich unscharfer Begriff, der klarer Leitplanken bedarf. Statt einer lapidaren Befähigungs- und Eignungsprüfung nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 in Form eines persönlichen Gesprächs sollen auch personenbezogen anerkannte Einzelhelfende eine Basisqualifizierung durchlaufen. Dies ist auch im Sinne der Einzelhelfenden selbst, die Sicherheit im Umgang mit herausforderndem Verhalten, psychischen Auffälligkeiten, Einsamkeit, Kommunikationsproblemen oder auch im Umgang mit hitzebedingten gesundheitlichen Problemen haben. Mitzudenken sind auch Einsätze in Familien mit Kindern mit Behinderung. Auch und gerade in diesen Fällen in ein Basiswissen unerlässlich. Des Weiteren sollten personenbezogen

anerkannte Einzelhelfende ausreichend gegen Personen- oder Sachschäden versichert sein. Für die Finanzierung eines ausreichenden Haftpflichtversicherungsschutzes und Unfallversicherungsschutzes sollte das Land als anerkennende Instanz aufkommen. Positiv zu bewerten ist, dass der RefE in Absatz 4 Satz 1 Nummer 3a die Festlegung von vom Land oder der Kommune zu benennenden niedrigschwelligen Anlaufstellen für die Einzelpflegenden sowie für die von ihnen betreuten Personen trifft. Ebenso positiv zu bewerten ist, dass die entsprechenden Verordnungen auf Landesebene nach dem neuen Absatz 6 auch die Einzelhelfenden umfassen und darin auch Leitplanken für die Höhe und die Form der Bezahlung (z.B. Aufwandsentschädigung, stundenweise Vergütung) vorgesehen sind. Jedoch fehlen im RefE gänzlich Aussagen, ob es sich um einen Beschäftigungsstatus der personenbezogen anerkannten Einzelhelfenden handelt. Es darf hier nicht zu prekären Arbeitsverhältnissen kommen. Insbesondere wenn angedacht ist, dass der Umwandlungsanspruch aus § 45f für personenbezogen anerkannten Einzelhelfende eingesetzt werden kann. Hier bedarf es einer klaren Regelung.

§ 45j: Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c i.V. mit § 45h Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohnformen

Die §§ 45h und 45j werden hier aufgrund ihres argumentativen Gesamtzusammenhangs gemeinsam kommentiert: Mit dem neuen § 45j schafft der Gesetzgeber eine neue ambulante Form des gemeinschaftlichen Wohnens, wie sie bislang in § 38a – jetzt nach neuer Systematik, aber inhaltlich unverändert – in § 45h verankert wurde. Die BAGFW begrüßt Ansätze zur Weiterentwicklung von neuen Wohnformen, seien sie ambulant oder stationär, grundsätzlich. Der Schaffung eines hybriden „dritten Sektors“, wie hier vorgesehen, steht sie jedoch kritisch gegenüber, denn die Regelung schafft statt mehr Flexibilisierung mehr Abgrenzungsfragen und ist hinsichtlich vertraglicher, finanzieller und ordnungsrechtlicher Folgen sowohl für Träger als auch Pflegebedürftige und deren Angehörige nicht einschätzbar. Durch die vorgesehenen Regelungen entstehen zahlreiche zusätzliche Regelungsbedarfe im Bereich der Qualitätssicherung, Vertragsgestaltung und anderen gesetzlichen Regelungen (Brandschutz, Hygiene, WBVG, HGBP etc. Die vorgesehene Regelung löst neue Regelungsbedarfe aus und kann zu Rechtsunsicherheit führen. Weiterhin müssen auch neue Abrechnungsmodelle entwickelt werden.

Insoweit ist es aus Sicht der BAGFW nur ratsam die Ideen und mit dieser Regelung bezweckten Ziele im bestehenden System zu verfolgen: Insgesamt muss es dabei aus Sicht der BAGFW in der Langzeitpflege um eine Überwindung der Sektorengrenzen gehen, nicht um die Schaffung eines neuen Sektors. Stationären Pflegeeinrichtungen könnte es ermöglicht werden, sich zu Orten weiterzuentwickeln, an denen ein sehr differenziertes Angebot an pflegerischer Unterstützung ermöglicht werden kann und Versicherte selbst entscheiden können, welche Leistungen sie in Anspruch nehmen wollen. Versicherten würde damit mehr Selbstbestimmung ermöglicht und der Einsatz bspw. von pflegenden Angehörigen könnte die Kosten für die Versicherten deutlich senken, ohne einen neuen Sektor zu eröffnen. Auch könnte zur Flexibilisierung im ambulanten Bereich eine Zeitvergütung beitragen, bei der pflegebedürftige Menschen ein inhaltliches Wunsch- und Wahlrecht erhalten, welche Leistung in der vereinbarten Zeit in Anspruch genommen werden. Außerdem könnte mehr Flexibilisierung des ambulanten Vertragsrechts bspw. mit Blick auf angestrebte “Basispakete” erfolgen.

Mit der angestrebten Regelung jedoch stellen sich viele Fragen, die zwingend vor einer Einführung einer solchen neuen Leistung oder Versorgungsform oder “drittem Sektor” zu beantworten wären:

- Warum wird der Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege reglementiert, indem bestimmte Leistungen nur im Rahmen eines Basisbudgets in Anspruch genommen werden können?
- Warum gibt es keinen Anspruch auf Kurzzeitpflege als Entlastungsleistung für pflegende Angehörige, auf Verhinderungspflege sowie auf Reha- und Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige, wenn die Inanspruchnahme von Kombinationsleistung vorgesehen ist?
- Wie wird die Betreuung jenseits der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sichergestellt?
- Warum gilt der neu eingeführte Anspruch auf Prävention und Gesundheitsförderung nach § 5, der für die ambulante Versorgung geöffnet wird, nicht?
- Wie funktioniert das Zusammenspiel nicht abwählbarer Leistungen (Basispaket) mit Wahlleistungen, bspw. hinsichtlich der Eigenanteile oder bei weiter steigenden Kosten? Wie soll die Abrechnung erfolgen, wenn bspw. die Basis-HKP von einem anderen ambulanten Pflegedienst erbracht wird?
- Schließt der Pflegedienst mit den Pflegekassen für das Basispaket für jede „Wohngemeinschaft“ separat einen § 89-Vergütungsvertrag ab, der sich dann auf eine Wohnadresse der gemeinschaftlich Wohnenden bezieht?
- Oder formuliert der Pflegedienst unterschiedliche Basispakete, die sich z. B. danach unterscheiden, ob es sich um ein Angebot für die Gruppengröße von 6 oder 8 oder 12 Versicherten handelt, mit der Folge, dass mit den Pflege- und Krankenkassen die Vergütung für jedes einzelne Basispakete verhandelt werden muss?
- Wie sind die gravierenden leistungsrechtlichen Einbußen zur herkömmlichen Versorgung zu erklären?
- Wie kann das Modell in Einklang mit dem neuen Pflegeverständnis gebracht und Person-zentrierung und individuelle Versorgung gewährleistet und gefördert werden, wenn die Versorgung bspw. in sehr großen Wohngemeinschaften/ Wohngemeinschaftskompexen stattfindet?
- Wie soll das Mietverhältnis ausgestaltet werden, gibt es hier analog § 38a Regelungen?
- Warum sollen die Grundsätze der Qualitätssicherung ohne theoretische und praktische Grundlage in einem ambitionierten Zeitraum definiert und erst im Nachgang wissenschaftliche Instrumente und Verfahren entwickelt werden?

Vor dem Hintergrund dieser vielen offenen Fragen stellt sich der BAGFW die Frage, warum der Referentenentwurf keine Weiterentwicklung der guten Ansätze der ambulant betreuten Wohngruppe nach § 45h vorsieht. Die BAGFW hat zuletzt im Rahmen des PUEG vorgeschlagen, den Leistungsbetrag für die Präsenzkraft von 214 Euro deutlich zu erhöhen. Er könnte beispielsweise auf die in § 45j vorgesehenen 450 Euro erhöht werden. Aus der Praxis liegen den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege vielfältige Rückmeldungen vor, dass ihre Existenz gegenwärtig gefährdet ist.

Um mehr Versorgungssicherheit in den ambulant betreuten Wohngruppen zu schaffen, sollte es zudem ermöglicht werden, anstelle der Präsenzkraft eine Pflegefachperson zu beschäftigen und § 38a, jetzt § 45h (neu) Absatz 1 Nr 4 entsprechend zu öffnen, damit Menschen in dieser Wohnform die Versorgung erhalten können, die sie benötigen.

Die Regelungen der ambulant betreuten Wohngruppen haben gegenüber den ambulanten gemeinschaftlichen Wohnformen den Vorteil, dass weder die Leistungen nach § 36 SGB XI noch nach § 37 SGB V eingeschränkt sind und trotzdem die Unterstützung durch Angehörige möglich ist. Schon heute gibt es Möglichkeiten, im Rahmen von Gesamtversorgungsverträgen auch in stationären Einrichtungen Leistungen pflegender Angehörige einzubeziehen und dadurch den Eigenanteil zu reduzieren. Auch können sich stationäre Pflegeeinrichtungen bereits heute im Rahmen eines Gesamtversorgungsvertrags ins Quartier öffnen. Die Möglichkeiten sollten jedoch dahingehend erweitert werden, dass stationäre Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Gesamtversorgungsvertrags auch ambulante Leistungen erbringen können.

Aus den oben genannten Gründen, Bedenken, Fragen und den aufgezeigten Möglichkeiten der Weiterentwicklung bestehender Strukturen, sowie der unabsehbaren Konsequenzen eines dritten Sektor schlägt die BAGFW vor, Modellvorhaben für die ambulanten und stationären Wohnformen zu regeln und den § 45j als Modellvorhaben insgesamt und für die Öffnung der stationären Wohnformen zu erproben, um dort Innovation voranzutreiben. Im Rahmen eines Modellprojektes sollten neue gemeinschaftliche und auch sektorenüberwindende Modelle und Maßnahmen untersucht werden. § 8 Absatz 3 SGB XI ist entsprechend zu nutzen.

§ 45c Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts

Neben dem Auf- und Ausbau ist nun auch die beständige Unterstützung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a und die Förderung von Strukturen zur Unterstützung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a möglich. Damit werden auch die Möglichkeiten einer dauerhaften Förderung im Bereich der Angebote zur Unterstützung im Alltag verbessert und eindeutiger als bisher geregelt. Dieser Ansatz ist zu begrüßen.

Der Förderanteil der Pflegeversicherung wird von bisher 50 % auf 60 % erhöht, damit soll es den kommunalen Gebietskörperschaften erleichtert werden, sich an der Förderung zu beteiligen. Die nächsten Jahre werden zeigen, ob die Zielsetzung der stärkeren Beteiligung der kommunalen Gebietskörperschaften erreicht werden kann.

Besonders hervorgehoben wird die Förderung der Tagesbetreuung. Diese kann einen wichtigen Beitrag zur Versorgung Pflegebedürftiger, zur Unterstützung von pflegenden An- und Zugehörigen und auch zur Aufrechterhaltung oder Neubildung sozialer Kontakte leisten. Allerdings stellt die Tagesbetreuung eine niedrigschwelliges betreuerisches Angebot dar und unterscheidet sich deutlich von dem pflegefachlichen Angebot der zugelassenen Tagespflegeeinrichtungen, so dass in unseren Augen die Förderung der Tagesbetreuung nicht zu einer Schwächung der zugelassenen Tagespflegeeinrichtungen führen darf.

§ 45d Förderung der Selbsthilfe
Die BAGFW begrüßt die Stärkung der Selbsthilfe, die über die Erhöhung der Fördermittel erfolgt. Jedoch werden aus unserer Sicht diese Beträge nicht dazu führen, dass mehr Selbsthilfegruppen entstehen, da die gemeinsame Finanzierung durch Land oder kommunale Gebietskörperschaft langwierige Verfahren mit sich bringen. Diese Regelung unterstützt nicht ehrenamtlich engagierte Menschen, sondern bremst ihre Motivation. Für den Antragsteller darf es nur die Pflegekasse als Ansprechpartner für die Finanzierung geben. Diese wiederum kann in einem nachgelagerten Schritt die Kommune oder das Land für eine Mitfinanzierung ansprechen.

§ 45e Förderung der Zusammenarbeit in Netzwerken
Im neu eingefügten Paragrafen 45e sollen künftig regionale Netzwerke gefördert und ihre Zusammenarbeit gestärkt werden. Es wird dabei auf die Bedeutung der Vernetzung von Akteuren für die pflegerische Versorgung hingewiesen. Zugleich soll die Rolle der kommunalen Ebene gestärkt werden.

Wir begrüßen, dass der Gesetzentwurf regelt, dass es mehrere Netzwerke im Kreis oder in der kreisfreien Stadt geben kann. Die maximale Fördersumme pro Netzwerk sollte von 30.000 auf 45.000 Euro erhöht werden, um einen Anteil von 0,75 VZÄ-Stelle von insgesamt 1 VZÄ-Stelle, die aus Sicht der Freien Wohlfahrtspflege für eine adäquate Koordination erforderlich ist, fördern zu können. Um Tarifsteigerungen Rechnung tragen zu können, sollte die Fördersumme jährlich dynamisiert werden.

Auch hier würde sich fördernd auf die Etablierung von (neuen) Netzwerken auswirken, wenn der Antragsteller nur gegenüber der zuständigen Pflegekasse die Förderung beantragt und eine Mitfinanzierung der Kommunen eigenständig durch die Pflegekasse im Nachgang erfolgt.

§ 45f und § 45g (neu): Anspruch auf Umwandlung des ambulanten und teilstationären Sachleistungsbetrags in Verbindung mit § 36 und § 41 SGB XI
Die Regelungen zur Umwandlung der ambulanten und teilstationären Sachleistungen werden wegen ihres Sachzusammenhangs hier gemeinsam kommentiert. Grundsätzlich ist es sinnvoll, dass Pflegebedürftige Leistungen aus dem SGB XI flexibler und individuell passgenauer abrufen können. Der Umwandlungsanspruch der Sachleistung kann einen Beitrag leisten, um Unterstützungsangebote im Alltag besser und entsprechend der individuellen Bedarfe in Anspruch nehmen zu können. Sinnvoll und einer Nachfrage entsprechend ist auch die Möglichkeit, Tagesbetreuung in Anspruch nehmen zu können. Gerade angesichts der Tatsache, dass es nicht überall Tagespflegeeinrichtungen, entsprechend der Nachfrage gibt und dass pflegebedürftige Menschen in niedrigeren Pflegegraden auch Bedarf an einer über die stundenweise Unterstützung hinausgehenden Tagesbetreuung haben, ist die Etablierung dieses Angebots sinnvoll. Es stellt sich die Frage, ob für die Etablierung derartiger Angebote jedoch Grenzen hinsichtlich des Pflege- und Betreuungsbedarfs innerhalb der vereinbarten mehrstündigen Betreuungszeit gesetzt werden müssen.

Auf der anderen Seite berichten die Tagespflegeeinrichtungen in der Mitgliedschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege von deutlichen Auslastungsproblemen und freien Kapazitäten. Viele Pflegebedürftige/Pflegehaushalte nehmen eine Tagespflege nicht in Anspruch, da hohe Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten anfallen und der Leistungsbetrag nach § 41 SGB XI nur für die

pflegebedingten Aufwendungen eingesetzt werden kann. Im Gegensatz zur niedrigschwelligen Tagesbetreuung in Gruppen haben zugelassene Tagespflegeeinrichtungen einen pflegefachlichen Schwerpunkt. Angesichts des demografischen Wandels wird es zunehmend auch erforderlich sein, dass die pflegebedürftigen Menschen auch in Gruppen versorgt werden. Auch vor diesem Hintergrund ist die Tagespflege zu stärken und konzeptionell weiterzuentwickeln und nicht durch den Umwandlungsanspruch zu schwächen.

In einzelnen Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte ist der Aufbau eines regulären Tagespflegeangebots besonders erschwert, u.a. aufgrund der o.g. geringen Nachfrage und zu langen Fahrtzeiten der Beförderung. Um dem gesetzlichen Anspruch des Pflegebedürftigen auch in mit regulärer Tagespflege unterversorgten Regionen entsprechen zu können, soll aus unserer Sicht von den strukturellen Voraussetzungen des Rahmenvertrages zur Tagespflege in der jeweils gültigen Fassung abgewichen werden können. Dies soll insbesondere durch Zweigstellen der Tagespflegeeinrichtungen ermöglicht werden. Dadurch wird den Kommunen und Leistungsanbietern ermöglicht, flexibel auf die individuellen Bedarfe bei der Inanspruchnahme abgestimmter Leistungsangebote einzugehen.

Es könnte geprüft werden, § 41 durch eine zu § 43 Absatz 2 Satz 3 analoge Regelung zu ergänzen: “Abweichend von Satz 1 übernimmt die Pflegekasse auch Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, soweit der nach Satz 2 gewährte Leistungsbetrag die in Satz 1 genannten Aufwendungen übersteigt.” Zudem sollte geprüft werden, ob das Entlastungsbudget nach § 42a auch für Kosten der Unterkunft und Verpflegung und Fahrtkosten geöffnet werden kann.

Allerdings weisen wir darauf hin, dass das Problem der fehlenden Übersicht der Pflegebedürftigen über ihre Möglichkeiten, neben der jeweiligen Pflegesachleistung auch die Umwandlungsmöglichkeit tatsächlich in Anspruch nehmen zu können, weiterhin kompliziert bleibt. Daran ändert auch die jetzt in § 45f und § 45g genannte Regelung, dass der Pflegedienst bzw. die Tagespflege ihre Leistungen vorrangig abrechnen müssen, nichts. Denn die Kosten für die Unterstützungsangebote im Alltag bzw. die Tagesbetreuung werden erst im Folgemonat der Leistungserbringung in Rechnung gestellt und können frühestens dann im Wege der Kostenerstattung dem Betroffenen erstattet werden, während die Pflegesachleistung am Ende des laufenden Monats abgerechnet wird. Diese Ungleichzeitigkeit in der Abrechnung bei der erforderlichen Gleichzeitigkeit der Inanspruchnahme beider Leistungen im laufenden Monat führt dazu, dass Versicherte hierdurch leicht den Überblick verlieren. Auch gezielte Nachfragen bei den Pflegekassen, ob sie ihr Budget im jeweiligen Monat nicht überschreiten und eventuelle Fehlbeträge selbst ausgleichen müssten, würden hier nicht weiterhelfen, denn auch der Pflegekasse liegen erst am Ende des Monats bzw. zu Beginn des nächsten Monats die Abrechnungsdaten vor. Somit bleibt auch nach dem vorliegenden RefE das schon bekannte Transparenzdilemma erhalten. Als Anhaltspunkt kann dem Versicherten jedoch der Verweis auf den Pflegevertrag nach § 120 SGB XI in Bezug auf die Umwandlung der ambulanten Pflegesachleistung dienen, denn dieser ist die Grundlage für die Leistungserbringung durch den ambulanten Pflegedienst. Weitere und darüber hinausgehende Informationspflichten dürfen den Pflegediensten nach Auffassung der BAGFW nicht entstehen.

Wir weisen darauf hin, dass in § 45g ein Webfehler enthalten ist: Nach Absatz 1 Satz 2 ist die Umwandlung nur möglich, sofern im laufenden Kalendermonat keine Tages-

oder Nachtpflege in Anspruch genommen wurde. Nach Absatz 2 Satz 3 sind jedoch die Leistungen für die Tagespflege, die nach Absatz 1 Satz 2 gar nicht in Anspruch genommen werden darf, vorrangig abzurechnen. Diese Regelung ist somit entbehrlich und zu streichen.

Die BAGFW weist darauf hin, dass bei der Tagesbetreuung auch die Kosten für einen Fahrdienst in den Blick genommen werden müssen. Seit mehreren Jahren weist sie darauf hin, dass die Sicherstellung des Fahrdienstes auch in der Tagespflege immer schwieriger wird, zum einen aufgrund des Personalmangels, zum anderen aufgrund der gestiegenen Sachkosten in diesem Bereich. Ein Grund für den Personalmangel ist, dass die Pflegeeinrichtungen für den Transport in und von der Tagespflege unangemessen hohe Anforderungen zu erfüllen haben, die beispielsweise beim Transport von Kindern in Kitas oder Schulen oder von kranken Menschen zur ambulanten Behandlung nicht zu erfüllen sind. Die BAGFW fordert daher seit langem, die Tagespflege in gleicher Weise von diesen Anforderungen freizustellen. Dazu ist in der Verordnung über die Befreiung bestimmter Beförderungsfälle von den Vorschriften des Personenbeförderungsgesetzes (Freistellungs-Verordnung) § 1 um eine neue Nummer 8 ergänzt werden, die die Tagespflege von den Vorschriften freistellt.

Änderungsbedarf
Ergänzung des § 1 Nummer 4 g) FrStllgV:
Nach dem Wort „*behinderten*“ werden die Worte „*pflegebedürftigen, kranken und ähnlich hilfsbedürftigen*“ [Personen] und nach „*Betreuung“* „*oder Behandlung*“ eingefügt.

§ 72 Abs. 1a (neu): Einbeziehung der Pflegestrukturplanung von Ländern und Kommunen vor Abschluss eines Versorgungsvertrags
Die BAGFW begrüßt, dass der Gesetzentwurf weiterhin den Pflegeeinrichtungen ermöglicht, einen Versorgungsvertrag abzuschließen, sofern sie das wünschen. Gleichzeitig bedarf es regional der Planung, Förderung und Steuerung durch alle beteiligten Akteure, um Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Daher wird begrüßt, dass beim Abschluss des Versorgungsvertrags die Empfehlungen des Landespflegeausschusses oder - soweit bestehend - des sektorübergreifenden Ausschusses nach Absatz 2 oder des regionalen Ausschusses nach Absatz 3 und die kommunale Pflegestrukturplanung zu beachten ist. Im Zuge dieser Neuregelung ist der in § 8a Absatz 5 angelegte Einbezug der Ausschüsse nach § 8a Absätze 1 bis 3 zu beachten, wonach deren Empfehlungen künftig von den Beteiligten bei den Verträgen nach dem Siebten und Achten Kapitel zu beachten sind. Sofern dies alles einer (regionalen) Pflegestrukturplanung Vorschub leisten soll, sprechen wir uns dafür aus, Mittel und Wege zu prüfen, dies in § 9 SGB XI nach Landesrecht flächendeckend verpflichtend zu machen, damit etwaige Blockaden in den Landespflegeausschüssen nicht zum Tragen kommen können.

§ 72 Abs. 3b: Flexibilisierungen bei der Umsetzung der Tariftreueregelungen zum regional üblichen Entgeltniveaus
Pflegeeinrichtungen, die nicht an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, erhalten bei Änderungen bei Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nach deren Veröffentlichung durch die Pflegekassen künftig drei statt zwei Monate für deren Umsetzung. Auch wurde die Umsetzungsfrist für Änderungen des regional üblichen Entgeltniveaus der pflegetypischen Zuschläge vom

1. Januar auf den 1. Februar des auf die Veröffentlichung folgenden Jahres verschoben.

§ 72 Abs. 3e: Meldeverfahren der tarifgebundenen bzw. an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen zukunftsgerecht ausgestalten, Einrichtungen entlasten, Fehlerquellen beseitigen

Darüber hinaus sollte der Gesetzgeber das Pflegekompetenzgesetz nutzen, um die Bestimmungen in § 72 und § 82c SGB XI zur Ermittlung der regional üblichen Entlohnungsniveaus neu zu regeln. Das Melde- und Berechnungsverfahren nach § 72 Absatz 3e SGB XI stellt eine bürokratische Belastung für tarifgebundene oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundene Pflegeeinrichtungen dar, sodass Änderungen im Verfahren nach § 72 Abs 3e SGB XI in erster Linie auf eine Entlastung der meldepflichtigen Einrichtungen zielen, die mit der Meldepflicht in der Haupturlaubszeit nur eine Zusatzbelastung haben und keinen Nutzen. Darüber hinaus können Änderungen im Verfahren auch auf die Beseitigung der potentiellen Fehlerquellen im Berechnungsverfahren abzielen.

Im Einzelnen sollte:

- die Nr. 5 in § 72 Absatz 3b Satz 2 SGB XI zur Vereinfachung des Melde- und Berechnungsverfahrens gestrichen werden;

- die Meldefrist in § 72 Absatz 3e zukünftig *bis zum Ablauf des 30. Juni jeden Jahres* erfolgen und die Monatsfrist zur Meldung in § 72 Absatz 3e SGB XI zur Erleichterung der meldepflichtigen Einrichtungen (und Träger, siehe sogleich unten) um mindestens einen Monat verlängert werden; (die weiteren Fristen in den §§ 72 und 82c SGB XI sind entsprechend anzupassen);

- in § 72 Absatz 3e SGB XI klargestellt werden, dass neben Einrichtungen auch Träger von Einrichtungen zur Abgabe der Meldungen nach § 72 Absatz 3e SGB XI berechtigt sind.

Darüber hinaus sollte das regional übliche Entlohnungsniveau i.S.d. § 82c Absatz 2 Satz 2 Nr. 2 SGB XI neu gestaltet werden. Eine mögliche Lösung für die Neugestaltung ist die Ersetzung des regional üblichen Entlohnungsniveaus durch regional übliche Ecklöhne für die drei in § 82c SGB XI aufgeführten Qualifikationsgruppen. Diese regional üblichen Ecklöhne könnten wie folgt ausgestaltet sein:

- tarifgebundene oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundene Pflegeeinrichtungen bzw. Träger melden alle 5 Jahre den Tarifvertrag oder die kirchliche Arbeitsrechtsregelung, an die sie gebunden sind und

- die Anzahl ihrer Pflege- und Betreuungskräfte nach den drei Qualifikationsgruppen (Fachkräfte, Assistenzkräfte, Hilfskräfte).

Gleichzeitig melden die Dienst- oder Arbeitgeberverbände die notwendigen Entlohnungsparameter (Entgeltgruppen, Entgeltstufen, Zulagen, Zuschläge etc.).

Der Gesetzgeber legt fest, dass für jede Qualifikationsgruppe eine bestimmte Entgeltgruppe und Entgeltstufe eines Tarifvertrages oder einer kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen einschlägig sein soll (z. B. untere Entgeltgruppe und Dienstaltersstufe

oberhalb der Einstiegsstufe). Aus diesen Meldungen und Vorgaben werden die in jedem Bundesland einschlägigen Ecklöhne pro Tarifvertrag bzw. kirchlicher Arbeitsrechtsregelung gebildet, die anschließend nach Anzahl der Pflegekräfte, die unter die verschiedenen kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen oder Tarifverträge fallen, pro Bundesland gewichtet wird (regional übliche Ecklöhne für die drei Qualifikationsgruppen, § 82c Absatz 2 Satz 2 Nr. 2 SGB XI.

In den vier Jahren zwischen zwei Meldungen werden die regional üblichen Ecklöhne jedes Bundeslandes anhand der von den Dienst- oder Arbeitgeberverbänden zu meldenden tariflichen Steigerungen erhöht.

Das regional übliche Entlohnungsniveau i.S.d. § 82c Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 SGB XI wird als gewichteter Durchschnitt aus den regional üblichen Ecklöhnen gebildet.

§ 73a: Sicherstellung der pflegerischen Versorgung

Der BAGFW-Forderung nach einer Verstetigung der Möglichkeit, das Angebot der Pflegeeinrichtung bei zum Zeitpunkt der Pflegesatzverhandlungen unvorhersehbaren wesentlichen Änderungen der Rahmenbedingungen, an die neuen Bedingungen anpassen zu können, wird mit dem neuen § 73a Rechnung getragen. Aufgrund von Personalmangel sind viele stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen schon seit längerem gezwungen, ihr Platzangebot bzw. ihre Angebote anzupassen und einzuschränken. Es ist positiv zu bewerten, dass eine Anpassung sowohl bei absehbaren als auch bereits eingetretenen wesentlichen Änderungen erfolgen kann. Die Fehler während der COVID-Pandemie dürfen sich nicht wiederholen, daher ist zu berücksichtigen, dass die Formulare auch auf die neue gesetzliche Regelung abstellen und mit Blick auf die Tatbestände der absehbaren und bereits eingetretenen wesentlichen Änderungen angepasst werden. Außerdem sind auf viele “Meldungen” nach § 150 Absatz 1 SGB XI keine Reaktionen der Kostenträger erfolgt, so dass nach Auffassung der BAGFW eine verbindliche Rückmeldung eingeführt werden muss. Pflegebedürftige dürfen durch die Neuregelung nicht verunsichert werden. Daher sollte die Informationspflicht der Einrichtungen gegenüber den betroffenen Pflegebedürftigen erst eintreten, wenn die Entscheidung der Kostenträger gefallen ist. Wir weisen darauf hin, dass sich eine solche Informationspflicht schon allein aus den Sorgfaltspflichten gemäß Heimvertrag ergibt.

Die BAGFW begrüßt die in Absatz 3 vorgesehene Berichtspflicht des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen zur Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge und den zur Verfügung stehenden Pflegeplätzen. Der Begriff „Pflegeplatz“, der mit dem stationären Bereich assoziiert ist, sollte um den Begriff „Pflegeangebote“ erweitert werden, um auch rechtssicher den ambulanten Bereich zu erfassen. Der halbjährliche Bericht des GKV-SV über die Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge sowie die Pflegeplätze in den einzelnen Versorgungsbereichen, inklusive der Bewertungen der Pflegekassenverbände zur Versorgungssituation in den einzelnen Ländern muss allen Beteiligten zugänglich sein.

Änderungsbedarf:

Absatz 1

Satz 3 wird ergänzt und unter Absatz 2 gefasst, daher ist dieser in Absatz 1 zu streichen: "~~Die von der Pflegeeinrichtungen versorgten Pflegebedürftigen sind hierüber zu informieren~~"

Absatz 2

In Satz 1 ist nach dem Wort "Pflegekassen" das Wort "*unverzüglich*" zu ergänzen.
Satz 4 (neu): "*Die von der Pflegeeinrichtungen versorgten betroffenen Pflegebedürftigen sind hierüber zu informieren*"

Absatz 3

In Satz 1 sind nach dem Wort *„Pflegeplätze"* die Wörter *„und Pflegeangebote"* zu ergänzen.

Nach Satz 3 ist der folgende neue Satz einzufügen: *"Der halbjährliche Bericht des GKV-SV über die Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge sowie die Pflegeplätze in den einzelnen Versorgungsbereichen, inklusive der Bewertungen der Pflegekassenverbände zur Versorgungssituation in den einzelnen Ländern muss allen Beteiligten zugänglich gemacht werden."*

§ 85 Absatz 5 und 6: Schiedsstellenregelung
In § 85 Absatz 5 wird die Möglichkeit der Anrufung der Schiedsstelle auch vor Ablauf der sechs Wochen ermöglicht. Dies soll allerdings nur gelten, wenn die Vertragsparteien gemeinsam dies beantragen. Damit wird diese sinnvolle Regelung wieder ausgehebelt, denn in der Praxis wird nach unseren Erfahrungen eine solche Einigkeit mit Pflegekassen und Sozialhilfeträgern nicht hergestellt werden können.. Stattdessen kann es den Handlungsdruck auf Seiten der Kostenträger erhöhen, wenn der häufig in die Länge gezogenen Rückmeldung der Kostenträger oder das ebenso häufig in die Länge gezogene Anforderungsgebahren der Kostenträger von Nachweisen, mit einer früheren Anrufung der Schiedsstelle etwas entgegengesetzt werden kann und so das übliche Muster des Hinhaltens durchbrochen werden kann. Die gemeinsame Anrufung der Schiedsstelle in der verkürzten Frist ist wieder zu streichen.

Mit der Neufassung des § 85 Absatz 6 sollen Klarstellungen zum rückwirkenden Inkrafttreten der Pflegevergütungen für den Fall, dass die Schiedsstelle als Zeitpunkt für das Wirksamwerden den Antragseingang festgestellt hat, vorgenommen werden. Mit dem Satz "*Soweit in den Fällen des Satzes 2 während des Schiedsstellenverfahrens der Antrag geändert wurde, ist auf den Tag abzustellen, an dem der geänderte Antrag bei der Schiedsstelle eingegangen ist."*, sollte klargestellt werden, dass Änderungen in Anträgen, die nicht zu einer höheren Forderung führen (z.B. Plausibilisierungen), weiterhin rückwirkend zum Erstantrag Inkrafttreten. Der Begründung nach soll dies ein frühzeitiges Inkrafttreten der Vergütungsvereinbarung ermöglichen, „ohne dabei den Grundsatz der Prospektivität im Übrigen aufzuweichen. Nach dem neuen Satz 4 sind auch weiterhin darüber hinaus keine rückwirkenden Vereinbarungen für die Parteien zulässig. Damit soll der Regelung in § 77 SGB XII entsprochen werden. Letztlich läuft dies auf ein Verbot hinaus, den Laufzeitbeginn einer Vergütungsvereinbarung auf einen vor der Unterzeichnung der Vereinbarung durch alle

Vertragspartner liegenden Zeitpunkt festzulegen – auch wenn die Einrichtung frühzeitig und begründet zu Vergütungsverhandlungen aufgefordert hat, um einen an den Ablauf der bisherigen Vereinbarung nahtlos anschließenden Laufzeitbeginn erreichen zu können. Um dies zu umgehen, sollte der letzte Satz in Absatz 6 gestrichen werden.

Der neue Satz 3 in § 85 Absatz 6 (Soweit in den Fällen des Satzes 2 während des Schiedsstellenverfahrens der Antrag geändert wurde, ist auf den Tag abzustellen, an dem der geänderte Antrag bei der Schiedsstelle eingegangen ist.) kann dazu führen, dass jede Modifikation des Antrags oder Teileinigungen in der Schiedsstelle als eine Antragsänderung interpretiert wird. Damit wäre dann nicht mehr auf das ursprüngliche Antragsdatum abzustellen, sondern auf das Datum der Teileinigung. Eine Reduzierung der Forderungen darf jedoch nicht als Antragsänderung angesehen werden. Dies stünde im Widerspruch zu sämtlichen Verfahrensgrundsätzen. Dies würde zu einer Zurücksetzung des Schiedsstellenverfahrens auf den Anfang mit der Folge des späteren Laufzeitbeginns der Erhöhung zu Lasten der Einrichtungen und zu einer Verlängerung des Verfahrens führen.

Um diesen Missverständnissen und Verzögerungen vorzubeugen, ist der neue Satz 3 wieder zu streichen. Sollte davon Abstand genommen werden, ist zumindest folgender neuer Satz 4 aufzunehmen: “Die Reduzierung der Forderung ist keine Antragsänderung im Sinne des Satzes 3”.

Des Weiteren spricht sich die BAGFW dafür aus, grundsätzlich pauschale Gruppenverhandlungen (Kollektivverhandlungen) zu legitimieren (wie sie bspw. in § 86a Absatz 2 SGB X (neu) mit entsprechenden Empfehlungen für pauschale Anpassungsverfahren für die Pflegevergütung durch Pflegesatzkommissionen oder vergleichbare Gremien im Land sowie den Vertragsparteien nach § 85 Absatz 2 umgesetzt werden können) und diese regulär schiedsstellenfähig zu machen.

Darüber hinaus haben wir eine Änderungsbedarf zu § 84 SGB XI aufgrund aktueller Schiedsstellenentscheidungen (siehe Teil C. Weitere Änderungsbedarfe)

Änderungsbedarf:

§ 85 Absatz 5 Satz 1: Streichung von „~~der Antrag kann auch gemeinsam von den Vertragsparteien vor Ablauf der sechs Wochen gestellt werden.~~“ und ersetzen durch „*der Antrag kann auch von einer Vertragspartei vor Ablauf der sechs Wochen gestellt werden.*“
In § 85 Absatz 6 wird die ersatzlose Streichung der Sätze 3 und 4 (neu) vorgeschlagen (Soweit in den Fällen des Satzes 2 während des Schiedsstellenverfahrens der Antrag geändert wurde, ist auf den Tag abzustellen, an dem der geänderte Antrag bei der Schiedsstelle eingegangen ist. Ein jeweils vor diesem Zeitpunkt zurückwirkendes Vereinbaren oder Festsetzen von Vergütungen ist nicht zulässig.)

Weiterer Änderungsbedarf:

Kollektivverhandlungen gilt es grundsätzlich in §§ 85 und 89 gesetzlich zu normieren.

§ 86a: Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen

Die vorgelegten Regelungen zur Beschleunigung der Pflegesatzverfahren weisen zwar in die richtige Richtung, gehen aber nicht weit genug.

In Absatz 1 ist zu begrüßen, dass die Kostenträger bei Aufforderung zu Pflegesatzverhandlungen dem Träger der Pflegeeinrichtung unverzüglich einen Ansprechpartner benennen müssen und die Nachweisforderungen zeitnah nach Antragstellung zu stellen sind und vor allem auch zu bedienen. In der Gesetzesbegründung sollte klargestellt werden, dass die Aufforderung zu Pflegesatz- und/oder Vergütungsverhandlung immer als Antrag zu werten ist (vgl. § 85 Absatz 5 SGB XI), um dieser bisherigen Praxis in den Ländern gerecht zu werden. Außerdem sollte in der Gesetzesbegründung auch klargestellt werden, dass sich dies sowohl auf die Vertreter der Pflegekassen als auch auf die Sozialhilfeträger bezieht, damit hier nicht unnötige Interpretationsprobleme entstehen.Der Begriff “rechtzeitig”, bezogen auf den Zeitraum, wann die Pflegesatzanträge zu stellen sind in Absatz 1 Satz 1, sollte präzisiert werden, z.B. auf “mindestens vier Wochen”.

Des Weiteren muss in Absatz 1 ergänzt werden, dass der bevollmächtigte Ansprechpartner für die gesamte Verhandlung benannt ist und auch die Pflicht hat, unverzüglich das Unterschriftenverfahren nach abgeschlossenen Vergütungsverhandlungen einzuleiten und abzuschließen. Dies muss auch die Möglichkeit der elektronischen/digitalen Unterschrift von Vergütungsvereinbarungen umfassen, damit die Zielsetzung, dass langwierige Verfahrens- und Postwege zur Einholung der Unterschriften aller Vertragsparteien wegfallen und der Satz 3 wirklich zur Beschleunigung der Verhandlungen und zum Verhandlungsabschluss führt. Des Weiteren muss eine Vertretung der/des Bevollmächtigten durch die Kostenträger jederzeit sichergestellt sein.

In Absatz 2 ist zu begrüßen, dass Absatz 2 nunmehr pauschale Anpassungen in vereinfachten Verfahren vorsieht.

Die Absätze 3 bis 5 sind kritisch zu sehen. Das Erfordernis von Bundesempfehlungen nach § 75 Absatz 6 impliziert das Problem, dass der krisenhaften Situation, die schon die Jahre 2023 und 2024 geprägt hat, nicht gerecht werden kann. Denn die Erfahrung hat gezeigt, dass die Positionen von Kostenträgern und Leistungserbringern i.d.R. soweit auseinander liegen, dass eine zügige Einigung keine Aussicht auf Erfolg hat. Daran ändert auch das in Absatz 4 vorgesehene Schiedsverfahren für die Bundesempfehlung bzw. Teile davon nichts.

Viele Pflegeeinrichtungen stehen aufgrund massiver Ausstände im sechs- und mehrstelligen Bereich vor großen wirtschaftlichen Schwierigkeiten bis hin zur Insolvenz. Benötigt wird daher eine schnelle und praktikable Lösung der Probleme. Die wirtschaftlichen Schwierigkeiten der Träger sind auch auf ausbleibende Festlegung von Bescheiden und Zahlungen des Sozialhilfeträgers, weswegen es auch im SGB XII zwingender Klarstellungen bedarf. Der Gesetzgeber muss daher aus Sicht der

BAGFW in einem neuen Absatz 3a unverzüglich folgende ad.hoc-Maßnahmen für die folgenden Probleme normieren:

1. Die Pflegesatzverfahren und Vergütungsverfahren leiden daran, dass die Kostenträger sich ganz überwiegend folgenlos über die Regeln hinwegsetzen können. Gefordert wird ein automatisches Inkrafttreten/eine Genehmigungsfiktion von beantragten Steigerungen, wenn nach sechs Wochen keine echte Verhandlungsaufnahme mit den Kostenträgern erfolgt ist, womit mehr gemeint ist, mehr als eine Eingangsbestätigung oder das bloße Anfordern von Nachweisunterlagen. Das automatische Inkrafttreten/die Genehmigungsfiktion gilt dann bis zum Abschluss von Verhandlungen (ohne rückwirkenden Ausgleich oder Anpassung).
2. Eine andere Art der ad hoc-Maßnahme, die nicht zu Lasten Dritter geht, kann darin bestehen, Kostenträgern Strafzahlungen bei Verfahrensverschleppungen oder Schadensersatzforderungen gesetzlich vorzuschreiben - wohlgemerkt bei Missachtung gesetzlicher Vorschriften und Anforderungen. Die Regelung könnte wie folgt ausgestaltet werden: “Halten Pflegekassen gesetzliche Vorschriften und Anforderungen zur Verhandlung von Vergütungsvereinbarungen in zeitlicher oder methodischer Hinsicht nicht ein bzw. kommt es nachweisbar zu zeitlichem Verzug durch Ausbleiben von tatsächlichen Verhandlungen, zahlen sie auf die Differenz, die jeden Tag der Versorgung mit der neuen Vergütungsvereinbarung ab dem Tag der Antragstellung bis zum Abschluss Vergütungsvereinbarung entstanden ist, in Höhe von fünf vom Hundert über dem Basiszinssatz Schadensersatz an den Leistungserbringer.”

Grundsätzlich gehen die in Absatz 3 genannten Parameter für ein vereinfachtes pauschales Verfahren, das bürokratiearm ist, in die richtige Richtung. Wir sehen aber zum einen eine Vielzahl an Nachbesserungsbedarfen. Zum anderen darf § 86a nicht dazu führen, dass Verhandlungen auf der Länder-/Trägerebene blockiert oder verzögert werden, da angesichts der großen Probleme alle Lösungsansätze gebraucht werden. Es muss deshalb klargestellt werden, dass die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern sowie die Pflegesatzparteien in den Ländern vor, während und nach Abschluss der Bundesebene abweichende Vorgaben vereinbaren können.

Die BAGFW sieht in folgenden Punkten Nachbesserungsbedarfe bzw. weist auf Spezifizierungen zu den Nummern 1-3 hin:

- Nummer 1 muss in Bezug auf das Nachweisverfahren dahingehend ergänzt werden, dass auf Plausibilisierungserfordernisse grundsätzlich zu verzichten ist, wenn die geforderten Kostensteigerungen auf einer Tarifsteigerung beruhen bzw. dieser entsprechen. Denn bei tarifgebundenen oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen darf eine Bezahlung von Gehältern der Beschäftigten bis zur Höhe der aus dieser Bindung resultierenden Vorgaben nach § 82c Absatz 1 nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.
- In Nummer 1 und 2 ist zu spezifizieren, dass betriebsnotwendige Personalaufwendungen, die auch über die Landesrahmenverträge gedeckt sind, wie z.B. Stellen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, andere Funktionsstellen, die Jahresnettoarbeitszeit, der vereinbarte Wagniszuschlag, IT-Pauschalen grundsätzlich ohne weitere Plausibilisierung als anerkannt gelten müssen.

- Zudem sind in Nummer 1 in der Umsetzung Leitlinien zu etablieren, aus denen der Begründungsumfang einer substantiierten Rückmeldung abgelehnter Forderungen sowie von Vergütungsangeboten seitens der Kostenträger hervorgeht.
- Gemeinsame SGB XI und SGB V-Verhandlungen ohne Abgrenzungen müssen bei den ambulanten Pflegediensten zum Standard gehören. Hierzu bedarf es Leitlinien in Bezug auf eine inhaltliche und zeitliche Synchronisierung der SGB XI- und SGB V- Verhandlungen.
- Es sollten systematisch unter der Nummer 2 Vergütungszuschläge für Wegstrecken in unterversorgten ländlichen Regionen für Pflegedienste und für Fahrdienste der Versicherten zur Tagespflege, z. B. analog Taxipauschalen, etabliert werden.
- Zudem bedarf es unter Nummer 2 einer angemessenen Berücksichtigung tatsächlicher Auslastungsquoten und der Möglichkeit einer Neuverhandlung der Pflegesätze während des Pflegesatzzeitraums - sofern nicht über § 73a abgedeckt. Die Investitionskosten müssen auch entsprechend der Auslastung angepasst werden.
- Erfolgen während der Laufzeit des Tarifvertrages wesentliche Erhöhungen der tariflichen Vergütung, muss der Pflegesatz ohne Verhandlungen bzw. im vereinfachten Verfahren angepasst werden.
- Die Höhe eines Risikozuschlages muss pauschal empfohlen werden können.

Dringend wird eine Lösung zu der wegen BGH-Urteil weggefallenen Option der „Reservierungspauschale“ benötigt und zwar bei den von den Pflegeeinrichtungen und Kurzzeitpflegeeinrichtungen unverschuldeten Gründen (KH-Entlassung verschoben, Haushaltshilfe trifft vor Einzug ein und ist deshalb obsolet, Meldung 1 bis 2 Tage vor Antritt der Versorgung, dass Platz nicht mehr benötigt wird, anderer Platz wurde gefunden, z.B. weil billiger oder in Wohnortnähe). Die gesetzliche Regelung in § 87a sollte daher auf den Vertragsbeginn abstellen. Zudem sollte der entstandene Ausfall wie ursprünglich eine Selbstzahler-Leistung sein.

Änderungsbedarf:

In Absatz 1 wird nach Satz 2 ein neuer Satz 3 eingefügt: “*Dieser leitet unverzüglich das Unterschriftenverfahren nach abgeschlossenen Vergütungsverhandlungen ein und schließt es ab.*”

In Absatz 2 Satz 2 wird das Wort “~~können~~” ersetzt durch “*müssen*” und der Teilsatz angefügt “..., *welche auf Verlangen einer bevollmächtigten Kostenträger- oder Trägervereinigung als Vertragspartei für pauschale Gruppenverhandlungen zur Anwendung kommen können.*” Als neuer Satz 3 wird angefügt: “*Einzelverhandlungen bleiben davon unbenommen.*”

Absatz 3 ist entsprechend der obigen Forderungen anzupassen.

Absatz 3a neu ist zur Regelungen von Sofortmaßnahmen (siehe oben) einzufügen

§ 113b Absatz 3 Satz 9 und 10: Anrufung des erweiterten Qualitätsausschuss Pflege (eQAP) und Themenvorschlagsrecht durch unabhängige Vorsitzende eQAP

Mit den Änderungen in Absatz 3 soll dem*der unparteiische*n Vorsitzenden des erweiterten Qualitätsausschuss Pflege das Recht zur zweimal jährlichen Anrufung desselben sowie ein Vorschlagsrecht zur Themensetzung eingeräumt werden. Damit soll der großen Bedeutung des Qualitätsausschuss Pflege Rechnung getragen werden und dieser institutionell weiterentwickelt werden.

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände sehen in dieser Änderung jedoch keine *maßvolle institutionelle Weiterentwicklung* der *gut funktionierenden Strukturen und Abläufe* des Qualitätsausschuss Pflege, wie es in der Begründung heißt, sondern eine tiefgreifend strukturelle Veränderung der Selbstverwaltung auf Bundesebene, die deren Gleichgewicht stört. Eine grundlegend strukturelle Veränderung des erweiterten Qualitätsausschuss Pflege in seiner Funktionsweise als Konfliktlösungsmechanismus erfolgt, indem dieser durch regelmäßige Anrufung der unparteiischen Vorsitzenden und mit eigenen Themen betraut zu einem ständigen Exekutivorgan entwickelt wird. Diese Entwicklung jedoch stellt den Qualitätsausschuss Pflege in seiner eigenen Rolle vielmehr infrage, als dass diese die erfolgreiche, konstruktive Zusammenarbeit der Vertragspartner*innen auf Bundesebene würdigt. Es ist daher nicht nachvollziehbar, warum der erweiterte Qualitätsausschuss Pflege anlasslos als „zweite Kammer“ neben den Qualitätsausschuss Pflege gestellt werden soll. Infrage steht dabei, ob die vorgesehene Doppelrolle sowohl des Gremiums (eQAP) als auch der*des unparteiischen Vorsitzenden funktionieren kann bzw. inwiefern die Unabhängigkeit der*des Vorsitzenden als Vermittler*in in Konfliktsituationen gewahrt bleibt und das Gremium seiner ursprünglichen Funktion als Konfliktlösungsmechanismus noch nachkommen kann. Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände sehen zudem kein Regelungsdefizit bezüglich der Auftragserteilung an den Qualitätsausschuss Pflege. Das Bundesministerium für Gesundheit hat unbenommen die Möglichkeit, über die gesetzlichen Aufträge hinaus Themen zu setzen, was jüngst bei den „Bundeseinheitliche Empfehlung zum Einsatz von Hitzeschutzplänen in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten“ hervorragend funktioniert hat.

Mit dieser Regelung wird ein strukturelles Ungleichgewicht geschaffen, indem Einzelpersonen exklusive Rechte zugestanden werden, wohingegen alle anderen Mitglieder*innen über ein Antragsrecht verfügen. Der Qualitätsausschuss Pflege sieht daher insgesamt die Ausgewogenheit in der Selbstverwaltung, die Gleichbehandlung der Selbstverwaltungsparter*innen und damit die Grundlage der bislang erfolgreichen Zusammenarbeit gefährdet.

Änderungsvorschlag:

Ersatzlose Streichung § 113b Absatz 3 Satz 9 und 10 SGB XI.

§ 113c Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 (neu): Sachliche Gründe für die Vereinbarung einer höheren personellen Ausstattung im Bereich der akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen

Mit der neuen Nummer 3 wird Pflegeeinrichtungen ermöglicht, eine über die Personalanhaltswerte hinausgehende personelle Ausstattung zu vereinbaren bezüglich akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen nach Teil 3 des Pflegeberufegesetzes,

wenn diese überwiegend in der direkten Pflege tätig sind. Es wird ein Anreiz geschaffen, den Qualifikationsmix nun auch im Bereich der Qualifikationsniveaus (QN) 4+ in der Praxis zu erweitern, sodass die akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen als zusätzliche Stellen, die Aufgaben der Pflegefachpersonen mit beruflicher Ausbildung sinnvoll ergänzen können.

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände begrüßen daher die Intention zur Weiterentwicklung des Qualifikationsmix-Modells in der Pflege. Allerdings muss sichergestellt werden, dass die Regelung in der Praxis eine Einbindung von QN 4+ für alle Einrichtungen ermöglichen sollte. Dies steht jedoch infrage.

Bereits die unter Nummer 2 bestehende Regelung zusätzliches Personal für den Aufbau sogenannter Springerpools oder vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte führte in der Praxis dazu, dass diese von den Verhandlungspartnern mit der Begründung abgelehnt wurden, dass die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 in allen Qualifikationsniveaus nicht vollständig ausgeschöpft seien. So kann allein der flächendeckende Mangel im Bereich des QN 3 dazu führen, dass die Einrichtungen derartige Konzepte nicht etablieren oder eben auch keine akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen involvieren können. Sowohl Springerpools als auch akademisierte Pflegefachpersonen tragen Weiterentwicklungspotential zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege in sich und können zu einer höheren Versorgungssicherheit und -qualität beitragen. Es bedarf daher einer Klarstellung, dass Personal für diese Zwecke verhandelbar ist, gleichwohl die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 noch nicht in allen Qualifikationsniveaus voll ausgeschöpft sind. Sachgerecht und um Missverständnisse zu vermeiden, sollten diese Regelungen daher klar abgegrenzt werden von den Regelungen zum Bestandsschutz aus Satz 1 Nummer 1 und 2 und in einem eigenen Satz 2 aufgehen.

Änderungsvorschlag:

Zur Abgrenzung von Bestandsschutzregelung: Streichung Absatz 2 Satz 1 Nummer 3:

~~*3. die Pflegeeinrichtung sachliche Gründe für die Überschreitung der personellen Ausstattung nach Absatz 1 darlegen kann.*~~

Entsprechende Umformulierung Absatz 2 Satz 2:

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

§ 113c Absatz 2 Satz 2: *Abweichend von Absatz 1 kann über die personelle Ausstattung nach Absatz 1 hinausgehendes Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart werden, dass*

1. auf Grundlage eines entsprechenden betrieblichen Konzepts ganz oder teilweise in Personalpools oder im Rahmen vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte tätig ist, mit denen die vertragliche vereinbarte Personalausstattung bei kurzfristigen Personalausfällen oder vorübergehend nicht besetzbaren Stellen sichergestellt wird, oder

2. für die Zwecke des Modellprojekts nach § 8 Absatz 3b beschäftigt wird oder

3. die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes hat und überwiegend Leistungen der direkten Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringt.

§ 113c Absatz 3 Satz 1 Nr. 1: Konzepte zur Personal- und Organisationsentwicklung

Gemäß § 113c Absatz 3 Satz 1 soll die Pflegeeinrichtung bei Personalaufwuchs *"geeignete Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die einen bewohner- und kompetenzorientierten Personaleinsatz im Sinne der Ziele des § 113c gewährleisten; dazu gehören auch solche Maßnahmen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden"*. Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände begrüßen die ausweislich in der Begründung vorgenommene Klarstellung, dass vorab veröffentlichte Instrumente oder Konzepte aus dem Modellprogramm freiwillig anzuwenden und nicht für Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen oder ordnungsrechtliche Prüfungen geeignet sind. Dies schließt auch Teile dieser Konzepte ein, wie bspw. den Interventionskatalog.

Der Interventionskatalog aus dem Vorbereitungskonzept zur kompetenz- und qualifikationsorientierten Arbeitsorganisation des Projekts nach § 8 Absatz 3b SGB XI, der ursprünglich in PeBeM als Erhebungsinstrument entwickelt wurde, steht im Kontext eines Planungsinstrumentes vermutlich nicht im Einklang mit den zentralen Weiterentwicklungen in der Pflege. Das neue Pflegeverständnis mit dem Ansatz der Personzentrierung steht für die Ablösung einer „verrichtungsorientierten" Pflege. Es ist fraglich, ob durch die Aufspaltung von Pflege in einzelne Verrichtungen -basierend auf einem „Interventionskatalog"- diese Person-zentrierung verfolgt werden kann. Pflege würde auf reine Verrichtungen reduziert werden, anstatt „Aufgaben" zu beschreiben und die Wünsche und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person in den Mittelpunkt der Versorgung zu stellen und Aspekte der Selbstbestimmung kontinuierlich in die Gestaltung des Pflegeprozesses einzubeziehen. Eine Planungsorganisation über den Interventionskatalog erinnert an eine tayloristische Arbeitsorganisation. Daher empfehlen die in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände, die Begründung tatsächlich dahingehend zu erweitern und neben den Konzepten auch Teile davon, wie bspw. den Interventionskatalog als "ungeeignet" zu deklarieren.

Die Klarstellung beinhaltet schließlich, dass Maßnahmen auf Grundlage trägereigener fachlicher Konzepte verwendet werden können, welche die Ziele des § 113c in vergleichbarer Weise umsetzen. Die konkrete Eignung der Konzepte beinhaltet, dass abhängig vom Umfang der Mehrpersonalisierung auch abgestufte Konzepte umgesetzt werden können. Wir empfehlen, dass die Begründung dahingehend erweitert wird, dass diese Konzepte oder abgestufte Konzepte nicht "zustimmungspflichtig" sind und in jedem Fall geeignet sind, wenn Kompetenzen zugeschrieben werden und ersichtlich wird, wie der diesbezügliche Einsatz organisiert wird. Jedenfalls darf es nicht zu tribunalähnlichen Verhältnissen in den Ländern kommen, so dass sich Pflegekassen und Einrichtungsträger darüber streiten, was "geeignet" ist oder welche Form der Abstufung zulässig sei. Hierbei muss den Einrichtungen größtmögliche Flexibilität zugesprochen werden.

§ 113c Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 (neu): Andere “Assistenzberufe” als QN 3
Die neue Nummer 2 des § 113c Absatz 3 Satz 1 sieht vor, dass Pflegeeinrichtungen über die Mindestpersonalbesetzung hinaus für die Stellenanteile für ausgebildete Pflegeassistenzkräfte, Personal vorhalten können, das über eine einjährige, medizinische, soziale, hauswirtschaftliche, kaufmännische oder betriebswirtschaftliche Qualifikation verfügt und entsprechend der Qualifikation administrative oder pflegerische Aufgaben zur Entlastung der Pflegefachkräfte erbringt. Die Regelung soll den Pflegeeinrichtungen ermöglichen, andere Assistenzberufe bei den Personalanhaltswerten nach § 113 Absatz 1 Nummer 2 SGB XI zu berücksichtigen. Vor dem Hintergrund der weitgehend fehlenden ausgebildeten Pflegeassistenzkräfte wird damit ein Weg geschaffen, die Personalanhaltswerte durch Vorhaltung anderer Berufsgruppen auszuschöpfen.

Grundsätzlich begrüßen wir die Möglichkeit, für die Stellenanteile im QN 3 Bereich auch Personal vorhalten zu können, das eine anderweitige mindestens einjährige Qualifikation aufweist. Insbesondere Personen mit medizinischer, sozialer oder hauswirtschaftlicher Qualifikation sind grundsätzlich geeignet, durch Übernahme von unterstützenden Aufgaben die Pflegefachkräfte in der pflegerischen Versorgung zu entlasten. Hierbei muss aber nach dem jeweiligen Kompetenzprofil der substituierenden Personen differenziert werden. Eine angelernte Arzthelferin, die über einen sogenannten “Spritzenschein” verfügt, sollte diese Befugnis grundsätzlich auch im Sektor der stationären Langzeitpflege aufrechterhalten können. Umgekehrt sind Personen mit einer sozialpflegerischen Helferausbildung weniger stark in die medizinische Behandlungspflege einzubeziehen.

Gleichzeitig darf die Anerkennung von anderweitig relevanten Berufen für das QN 3 nicht dazu führen, dass der Fachkräftemangel in anderen Sektoren des Gemeinwesens verschärft wird. Analog zum WHO-Ethik-Kodex zur Anwerbung von Gesundheitspersonal aus dem Ausland, sollten solche Überlegungen auch hinsichtlich etwaiger Mangelberufe im Gesundheits- und Sozialwesen Anwendung finden.

Wir befürworten auch die Berücksichtigung von Stellenanteilen für Personal, das administrative Aufgaben in der pflegerischen Versorgung übernimmt. In der Gesetzesbegründung wird in diesem Zusammenhang auf das Berufsbild der Stationsassistenz hingewiesen, das sich bereits im Krankenhausbereich und auch in Teilen der stationären Langzeitpflege bewährt hat.

Auch in Pflegeeinrichtungen können Stationsassistent:innen durch Übernahme von administrativen Aufgaben z.B. Pflegedienstleitungen oder Qualitätsmanagementbeauftragte entlasten. Wir unterstützen daher ausdrücklich den Ansatz, refinanzierbare Stellenanteile für Stationsassistent:innen in Pflegeeinrichtungen zu schaffen. Allerdings dürfen Stellenanteile für administrative Tätigkeiten, nicht auf die personelle Ausstattung für Pflege und Betreuung angerechnet werden, da damit die Bestrebungen zum Aufbau von Personalstellen mit ausgebildeten Pflegeassistenzkräften unterlaufen werden können.

Laut der Gesetzesbegründung soll dieses Personal auch nur anrechenbar sein, wenn es in der direkten Pflege tätig ist. Personen mit rein administrativer oder betriebswirtschaftlicher Qualifikation können jedoch ohne zusätzliche Qualifikation nicht in der direkten Pflege eingesetzt werden. Auch zur Unterstützung und Entlastung bei der Pflegedokumentation, wie dies in der Gesetzesbegründung angedeutet wird,

kann dieses Personal nicht eingesetzt werden, da hierzu ein grundsätzliches und pflegefachliches Verständnis zur Anwendung des Pflegeprozesses als Instrument der individuellen und personenzentrierten Prozesssteuerung erforderlich ist. Die Anrechnung von Personal mit rein kaufmännischer oder betriebswirtschaftlicher Qualifikation auf die Personalausstattung für Pflege und Betreuung halten wir, auch aufgrund der fehlenden pflegerischen Kompetenzen, daher für nicht zielführend und ist daher abzulehnen.

Änderungsvorschlag:

2. kann die Pflegeeinrichtung für die Stellenanteile der personellen Ausstattung nach Absatz 1 Nummer 2, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgehen, auch Personal vorhalten, das über eine mindestens einjährige, medizinische, soziale, hauswirtschaftliche, kaufmännische oder betriebswirtschaftliche Qualifikation verfügt und entsprechend der Qualifikation administrative oder pflegerische Aufgaben zur Entlastung des Fachkraftpersonals nach Absatz 1 Nummer 3 übernimmt, und

Absatz 5 ist wie folgt zu ergänzen:

(5) 1Abweichend von § 75 Absatz 3 Satz 1 sind in den Rahmenverträgen nach § 75 Absatz 1 ab dem 1. Juli 2023 für die vollstationäre Pflege unter Berücksichtigung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 insbesondere zu regeln:

2. besondere Personalbedarfe beispielsweise für die Pflegedienstleitung, für Qualitätsbeauftragte für die Praxisanleitung oder administrative Aufgaben zur Entlastung der Pflegefachkräfte (Stationsassistenten), die zusätzlich zur

§ 113c Absatz 5 Nummer 4 (neu) i.V.m Absatz 4: Erweiterung der Bundesrahmenempfehlungen um Aufgabenbereiche beim Einsatz von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen

Mit der neuen Nummer 3 wird Pflegeeinrichtungen ermöglicht, eine über die Personalanhaltswerte hinausgehende personelle Ausstattung zu vereinbaren bezüglich akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen nach Teil 3 des Pflegeberufegesetzes, wenn diese überwiegend in der direkten Pflege tätig sind. Es wird ein Anreiz geschaffen, den Qualifikationsmix nun auch im Bereich der Qualifikationsniveaus (QN) 4+ in der Praxis zu erweitern, sodass die akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen als zusätzliche Stellen, die Aufgaben der Pflegefachpersonen mit beruflicher Ausbildung sinnvoll ergänzen können.

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände begrüßen daher die Intention zur Weiterentwicklung des Qualifikationsmix-Modells in der Pflege. Allerdings muss festgestellt werden, dass die Regelung in der Praxis eine Einbindung von QN 4+ für alle Einrichtungen ermöglichen sollte. Dies steht jedoch infrage.

Bereits die unter Nummer 2 bestehende Regelung zusätzliches Personal für den Aufbau sogenannter Springerpools oder vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte führte in der Praxis dazu, dass diese von den Verhandlungspartnern mit der Begründung abgelehnt wurden, dass die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 in allen Qualifikationsniveaus nicht vollständig ausgeschöpft seien. So kann allein der flächendeckende Mangel im Bereich des QN 3 dazu führen, dass die Einrichtungen derartige

Konzepte nicht etablieren oder eben auch keine akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen involvieren können. Sowohl Springerpools als auch akademisierte Pflegefachpersonen tragen Weiterentwicklungspotential zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege in sich und können zu einer höheren Versorgungssicherheit und -qualität beitragen. Es bedarf daher einer Klarstellung, dass Personal für diese Zwecke verhandelbar ist, gleichwohl die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 noch nicht in allen Qualifikationsniveaus voll ausgeschöpft sind. Sachgerecht und um Missverständnisse zu vermeiden, sollten diese Regelungen daher klar abgegrenzt werden von den Regelungen zum Bestandsschutz aus Satz 1 Nummer 1 und 2 und in einem eigenen Satz 2 aufgehen.

Änderungsvorschlag:

Zur Abgrenzung von Bestandsschutzregelung: Streichung Absatz 2 Satz 1 Nummer 3:

~~*3. die Pflegeeinrichtung sachliche Gründe für die Überschreitung der personellen Ausstattung nach Absatz 1 darlegen kann.*~~

Entsprechende Umformulierung Absatz 2 Satz 2:

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

§ 113c Absatz 2 Satz 2: *Abweichend von Absatz 1 kann über die personelle Ausstattung nach Absatz 1 hinausgehendes Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart werden, das*

1. auf Grundlage eines entsprechenden betrieblichen Konzepts ganz oder teilweise in Personalpools oder im Rahmen vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte tätig ist, mit denen die vertragliche vereinbarte Personalausstattung bei kurzfristigen Personalausfällen oder vorübergehend nicht besetzbaren Stellen sichergestellt wird, oder

2. für die Zwecke des Modellprojekts nach § 8 Absatz 3b beschäftigt wird oder

3. die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes hat und überwiegend Leistungen der direkten Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringt.

§ 113c Absatz 9 (neu): Geschäftsstelle zur Begleitung und Unterstützung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen die Intention die Themen “Vorbehaltsaufgaben”, “Pflegedokumentation” sowie “bewohner- und kompetenzorientierte Personal- bzw. Organisationsentwicklung” künftig zusammen zu denken und deren Umsetzung in der Praxis aus einer Hand zu begleiten. Dies wäre schon bei der Entwicklung und Erprobung von Methoden und Instrumenten der Personal- und Organisationsentwicklung nach § 8 Absatz 3b SGB XI zur Umsetzung der Personalbemessung nach § 113c SGB XI sinnvoll und notwendig gewesen, um ein Auseinanderdriften verschiedener Umsetzungskonzepte zu verhindern. Durch die Zusammenfassung besteht nun die Chance, dieses Versäumnis

nachträglich zu heilen. Im Gesamtkomplex wäre noch die übergeordnete Klammer dieser Bereiche, der Pflegebedürftigkeitsbegriff nach § 14 SGB XI und das daraus resultierende Pflegeverständnis einzubeziehen und auch hier Umsetzungshilfen für die Pflegepraxis zur Verfügung zu stellen. Folgerichtig sind aus Sicht der in der BAGFW kooperierenden Verbände daher auch die Vertragsparteien des SGB XI mit diesen Aufgaben zu betrauen und nicht einseitig einzelne Vertragspartner*innen.

Nicht nachvollziehbar ist daher nicht, dass hier eine neue Institution geschaffen werden soll, wo doch bereits mit dem Qualitätsausschuss Pflege (QAP) bewährte und gut funktionierende Strukturen existieren. Hinsichtlich der Umsetzung von Dokumentationskonzepten böte es sich darüber hinaus an, die bereits existierenden Strukturen des Projektbüros EinSTEP zu integrieren. Insbesondere von Vorteil wäre hier die Strukturen des Lenkungsgremiums auf Bundesebene und der Kooperationsgremien auf Länderebene einzubinden. Für die Etablierung von Multiplikator*innen für die o. g. Themen könnten diese Strukturen gut genutzt werden. So wäre bei der Umsetzung in die Praxis das Zusammenspiel zwischen Pflegeverständnis, Vorbehaltsaufgaben, Dokumentation sowie Personal- und Organisationsentwicklung verankert und sichergestellt.

Daher schlagen die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege vor, diese Aufgaben nicht mit Hilfe einer neu zu etablierenden Organisation in die Umsetzung zu bringen, sondern den etablierten Qualitätsausschuss Pflege damit zu beauftragen.

Ungeachtet dessen bedarf es für die Pflegeeinrichtungen einer Unterstützung/Kompensation für den Personal- und Organisationsentwicklungsprozess.

Änderungsvorschlag:

Der § 113c Absatz 9 wird gestrichen bzw. geht mit folgenden Ergänzungen in § 113b Absatz 6 auf:

Die ~~beauftragte Institution~~ *qualifizierte Geschäftststelle des Qualitätsausschusses* soll ~~insbesondere~~ *zudem* die folgenden Zielgruppen und Maßnahmen unterstützen

1. *Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen sowie Pflegesatzverhandler und -verhandlerinnen bei der Umsetzung des Pflegeverständnisses entsprechend des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach § 14 SGB XI,*
2. Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung der Wahrnehmung der Vorbehaltsaufgaben nach § 4 des Pflegeberufegesetzes,
3. Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von Pflegedokumentationskonzepten, die den Anforderungen des § 113 Absatz 1 Satz 2 bis 4 entsprechen *unter Einbeziehung des Konzepts des Strukturmodells einer entbürokratisierten Pflegedokumentation sowie den Strukturen des „Projektbüros EinSTEP“,*
4. *Vollstationäre, teilstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von bewohner- und kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen unter Berücksichtigung von § 113c Absatz 3 Satz 1 Nummer 1.*

Die Unterstützung soll insbesondere erfolgen durch:

1. die Entwicklung und Durchführung von Schulungsmaßnahmen zu den Nummern 1 bis 4, insbesondere für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, um entsprechende Schulungsmaßnahmen bundesweit in geeigneter Dichte und Häufigkeit anbieten zu können,
2. die Entwicklung und Bewertung fachlicher Informationen, Assessmentinstrumente und Konzepte zum Kompetenzerwerb und zur Delegation für Pflegefachpersonen und Leitungskräfte in der Pflege zu den Nummern 1 bis 4 ~~zu~~ sowie ihre öffentliche Bereitstellung im Internet.

~~*Dem Medizinischen Dienst Bund und den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach Maßgabe von § 118 ist vor dem Abschluss der Umsetzung der Maßnahmen nach den Punkten eins bis drei Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Näheres zur Zusammensetzung und Arbeitsweise der qualifizierten Geschäftsstelle, insbesondere zur Auswahl und Qualifikation der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, regeln die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a und die Vertragsparteien nach § 113 in einer Geschäftsordnung. Die Geschäftsstelle ist bis zum 31. Dezember 2030 befristet. Die Finanzierung der Geschäftsstelle erfolgt aus den Mitteln nach § 8 Absatz 7.*~~

§ 114 Absatz 1a (neu): Digitale Daten- und Kommunikationsplattform

Da ab 01. Januar 2026 die Aufträge für Qualitätsprüfungen digital an die Prüfinstitutionen gegeben werden sollen, soll der GKV Spitzenverband eine digitale Daten- und Kommunikationsplattform einrichten, insbesondere auch um die Transparenz im Bereich der Qualitätsprüfungen in der Pflege zu verbessern. Eine zentrale Plattform ermöglicht es dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, zeitnah aktuelle Datenauswertungen zur Durchführung von Qualitätsprüfungen abzurufen, soll aber zuvorderst die Kommunikation der beteiligten Akteure im Rahmen der Prüfbeauftragung verbessern. Besonders zu begrüßen ist dabei - und dies sollte unbedingt forciert werden - dass auf bereits bestehende, bürokratiearme und funktionierende Strukturen der Kommunikation und des Informationsaustauschs (gemeint ist die Daten Clearing Stelle [DCS]) aufgesetzt werden kann und eigentlich aufgesetzt werden muss. Gerade auch, um das Potenzial der Plattform weiterzudenken und auch in anderen Bereichen zu einer Entbürokratisierung beizutragen, kann die Plattform zur zentralen Kommunikationsplattform für alle beteiligten Akteure rund um die Qualitätssicherung und -darstellung avancieren. Zuvorderst sollten auch die Prüfberichte und Feedbackberichte von den Einrichtungen auf der Plattform abgerufen werden können. Die Übermittlung von Prüfberichten erfolgt in der Praxis nach wie vor sehr unterschiedlich und sogar noch postalisch. Careproof hat mit dem Aufbau einer Plattform (QPR-Portal) zwar versucht die Qualitätsberichterstattung zu digitalisieren, dies ist jedoch nicht flächendeckend erfolgt. So dass vollstationäre Einrichtungen sich nur zu Zwecken der Qualitätssicherung auf dem Portal der DCS, der DAS und im QPR-Portal registrieren müssen und zusätzlich postalisch Berichte von Medizinischen Diensten und WTG-Behörden, sowie E-Mails oder gar ein FAX zur Prüfungsanmeldung am Vortag erhalten.

Eine zentrale Plattform, die alle Akteure und Informationen rund um die Qualitätssicherung zusammenbringt und damit eine einheitliche, sichere und bürokratiearme Kommunikation ermöglicht, ist daher aus Sicht der Praxis dringend notwendig und im

Sinne der Entbürokratisierung geboten. Eine Umsetzung über die DCS wäre dahingehend sachgerecht, da funktionsfähige Strukturen bestehen und bspw. die Zugänge von ambulanten, voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen bei der DCS bereits flächendeckend gegeben sind.

Darüber hinaus sollte auch darüber nachgedacht werden, die WTG-Behörden einzubinden, um auch die Kommunikation der Prüfinstitutionen auf den verschiedenen Ebenen entsprechend § 117 SGB XI zu verbessern und dem nach wie vor bestehenden Problem von Doppelprüfungen zu begegnen. Perspektivisch können bspw. auch Vertragsänderungen und andere meldepflichtige Informationen integriert werden.

§ 114c Absatz 3: GKV-Berichterstattung zu Indikatoren und Qualitätsprüfungen in allen Versorgungsbereichen

Die Änderung bzw. Erweiterungen in Absatz 3 sind sachgerecht. Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände geben jedoch zu Satz 2 den eher redaktionellen Hinweis, dass dieser insofern gestrichen werden kann, als der Evaluationsauftrag zur Berichterstattung zum 31. März 2023 durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen erfolgt ist und die vorliegenden Ergebnisse im Einvernehmen der Vertragsparteien nach § 113b SGB XI in den Evaluationsauftrag zum Indikatoren-gestützten Verfahren als Gesamtsystem entsprechend § 113b Absatz 4 Nr. 5 i.V.m. Absatz 4a SGB XI eingebunden wurden. Die gemeinsame Auftragsvergabe im Rahmen des Qualitätsausschuss Pflege im Sinne einer Gesamtevaluation hat sich bewährt. Insofern hat sich gezeigt, dass die Bearbeitung einzelner Bereiche des Gesamtsystems im Rahmen wissenschaftlicher Einzelaufträge von einzelnen Vertragspartner*innen nicht geeignet sind, da der systemische Blick auf das Gesamtverfahren notwendig ist, um konsistente und umsetzbare, wissenschaftliche Empfehlungen zu generieren.

Änderungsvorschlag:

Aufgrund des abgeschlossenen Auftrages wird die ersatzlose Streichung des § 114c Absatz 3 Satz 2 vorgeschlagen.

§ 125a: Modellvorhaben zur Telepflege

Der geplante neue Absatz 3 erweitert das Modellvorhaben um eine langfristige Perspektive, was die BAGFW begrüßt. In den Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse sollten verpflichtend die notwendigen technischen Rahmenbedingungen zur Umsetzung und die Möglichkeiten der Finanzierung von Telepflege mit aufgenommen werden. Telepflegerische Leistungen dürfen nicht zu einer Mehrbelastung von Pflegebedürftigen und Pflegeeinrichtungen führen, sondern zu einer Entlastung.

§ 125c: Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung

Digitale Pflegesatzverhandlungen sind geeignet, um die Pflegesatzverhandlungen zu beschleunigen. Sie werden teilweise regional schon durchgeführt. Die BAGFW begrüßt das bundesweite Modellvorhaben, das in 2025 und 2026 durchgeführt werden, daher nachdrücklich. Zu überlegen wäre, ob das Programm gleich auf Rahmenvertragsverhandlungen ausgeweitet wird.

Artikel 3: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 15a: Heilkundliche Aufgaben in der Pflege

Die BAGFW begrüßt mit Nachdruck, dass der Pflegeberuf als Heilberuf mit eigenen beruflichen Kompetenzen erstmals im SGB V kodifiziert werden soll und entsprechend in Absatz 2 eine Legaldefinition der Pflegefachperson vorgenommen wird. Das hat zur Folge, dass Pflegefachpersonen, die eine Berufserlaubnis nach § 1 PfBG erworben haben, grundsätzlich zur Heilkundeausübung sowie nach Erwerb einer Zusatzqualifikation zur erweiterten Heilkundeausübung berechtigt sind.

Im Detail sieht die BAGFW jedoch einigen Nachbesserungsbedarf:

- Die BAGFW erachtet die vorgeschlagene Regelung in § 15a Satz 1 als problematisch. Denn nach dem Wortlaut der Regelung dürfte die Erbringung von Pflegeleistungen künftig ausschließlich durch Pflegefachpersonen erlaubt sein. Würde dies Gesetz werden, könnten eine Vielzahl an pflegerischen Leistungen, die bspw. die Erbringung von Pflege durch Pflegeassistenz oder Heilerziehungspfleger*innen oder anderen Fachkräften in Pflegeeinrichtungen und in Settings der Eingliederungshilfe in Zukunft nicht mehr erbracht werden. Es sollte daher dringend im Gesetz und der Gesetzesbegründung klargestellt werden, dass Pflegeleistungen und einfachste bzw. einfache Maßnahmen der Behandlungspflege durch Pflegehilfskräfte und Heilerziehungspfleger:innen sowie andere qualifizierte Fachkräfte erbracht werden dürfen. Neben der Stärkung der Kompetenzen von Pflegefachkräften ist auch eine Stärkung der Kompetenzen von Heilerziehungspfleger*innen bzw. deren Anerkennung als Pflegefachpersonen in der Eingliederungshilfe notwendig. Bislang kommen sie gem. § 71 Absatz 3 Satz 2 SGB XI nur in ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, als Pflegefachperson in Betracht. Eine solche Differenzierung ist weder nachvollziehbar noch angemessen, vor allem in Zeiten des Fachkräftemangels. Um ausreichende Fachkenntnisse und Fähigkeiten von Fachkräften der Eingliederungshilfe für den Einsatz in der Pflege und Anerkennung als Pflegefachperson sicherzustellen, sollten bundeseinheitliche Anforderungen formuliert werden, die direkt in der Ausbildung oder über zertifizierte Weiterbildungen erfüllt werden können.
- § 15a, der zu Recht im allgemeinen Teil des Dritten Kapitels des SGB V in den Gemeinsamen Vorschriften platziert ist, sollte keine Leistungen, sondern Aufgaben von Pflegefachpersonen kodifizieren. Der Begriff der „Leistung“ soll daher durch den Begriff „Aufgaben“ ersetzt werden. Leistungen sind jedoch zusätzlich in den leistungsrechtlichen und leistungserbringerrechtlichen Teilen des SGB V zu kodifizieren. Für den Bereich der Krankenhausbehandlung erfolgt dies in der vorgesehenen Ergänzung des § 39 SGB V. Die heilkundlichen Leistungen in der Pflege müssen jedoch grundlegend in § 27 (Krankenbehandlung) ergänzt werden, damit ein Leistungsanspruch für Patient*innen, seien sie häuslich oder in der stationären Pflege oder vergleichbaren besonderen Wohnformen versorgt, entsteht.
- Klarstellungsbedarf sehen die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände zu den im Gesetzestext zu § 15a Absatz 1 Satz 3 nicht näher definierten „gleichwertigen Qualifikationen“. Die Begründung nennt hier beispielhaft die Intensivpflege oder andere Fachweiterbildungen sowie im Ausland erwor-

bene Qualifikationen. Dies ist zwar zu begrüßen, gleichzeitig weist die Begründung jedoch aus, dass konkret benennbare Qualifikationen, wie die Kompetenzen für die (acht) standardisierten Module der Fachkommission nach § 53 PflBG für die Erbringung erweiterter heilkundlicher Leistungen, lediglich eine fachliche Orientierung zukomme, diese aber ausdrücklich nicht als verbindlich anzusehen seien. Dies ist nicht hinnehmbar, da in der Fachkommission die gebündelte Fachexpertise vertreten war und weiterhin ist. Die BAGFW fordert, eine Zusatzqualifikation in den acht standardisierten Modulen als verbindliche Qualifikation anzuerkennen. Vor dem Hintergrund dieser Wertung der Fachexpertise der Fachkommission stellt sich umso mehr die Frage, welche Qualifikationen als gleichwertig anzusehen sind und wer die Gleichwertigkeit feststellt. Der Gesetzgeber muss hier verbindliche Leitplanken vorgeben.

- Gleichzeitig muss anerkannt werden, dass nicht nur die erweiterte Heilkunde, sondern auch die “gewöhnliche” Heilkunde zum Aufgabenportfolio von Pflegefachpersonen gehört. Die in der BAGFW organisierten Verbände setzen sich mit Nachdruck dafür ein, dass die im Rahmen der Ausbildungen nach dem PflBG erworbenen Kompetenzen bedingungslos und ohne Zusatzqualifikation für die Leistungserbringung im jeweiligen Versorgungssetting berechtigt, beispielsweise im Hinblick auf die pflegerische Versorgung von Wunden, Menschen mit Diabetes oder demenziell veränderten Personen. Eine Zusatzqualifikation ist unserer Ansicht nach ausschließlich für die erweiterte Heilkunde erforderlich.

Änderungsbedarf:

§ 27 (Krankenbehandlung) ist wie folgt zu ergänzen:

Die Krankenbehandlung muss auch die erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten als übertragene ärztliche Tätigkeiten umfassen. Daher muss § 27 wie folgt ergänzt werden.

Absatz 1 wird nach Nummer 4 um folgende Nummer X ergänzt:

pflegerische Versorgung als übertragene ärztliche Tätigkeiten zur Verhütung, Feststellung, Heilung oder Linderung menschlicher Krankheiten, Körperschäden oder Leiden.

Im Leistungserbringungsrecht ist ein neuer § 133 entsprechend einzufügen.

§§ 15, 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

Die praktische Implementierung der in § 4 Pflegeberufegesetz festgelegten Vorbehaltsaufgaben der Pflege muss auch in SGB V nachvollzogen werden, um die Arbeitsteilung zwischen Arzt und Pflege rechtssicher abzubilden sowie für eine klare Kompetenzabgrenzung zwischen Pflege und Medizin zu sorgen.

Änderungsbedarf:

§ 15 Absatz 1 Satz 2 SGB V ist wie folgt zu ergänzen:

„Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden; *dies gilt nicht für Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 Pflegeberufegesetz".*

§ 28 Absatz 1 Satz 2 ist wie folgt zu ergänzen:

„Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist; *die Regelungen zu pflegefachlichen Vorbehaltsaufgaben in § 4 Pflegeberufegesetz bleiben unberührt."*

§ 63 Absatz 3b (neu); § 64d Absatz 4 (neu): Überführung der Modellvorhaben in die Regelversorgung

Die BAGFW begrüßt nachdrücklich, dass es keiner weiteren Modellvorhaben nach § 63 Absätzen 3b oder 3c sowie nach § 64d bedarf, um Pflegefachpersonen mit entsprechender Zusatzqualifikation zur erweiterten Heilkundeausübung zu ermächtigen. Gleichzeitig ergibt sich dadurch ein Anpassungsbedarf von § 14 PflBG, da die Pflegeschulen ansonsten die Zusatzausbildung in den Heilkundemodulen im Rahmen der Pflegefachausbildung weiterhin nicht anbieten können. (siehe hierzu Anmerkungen zu § 14 PflBG)

§ 73d Selbständige Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, selbständige Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen; Evaluation i.V.m. § 132a Absatz 1 Nummer 8 neu (Vergütung erweiterter heilkundlicher Leistungen)

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände begrüßen sehr, dass die selbständige Erbringung von heilkundlichen Leistungen in der Pflege im SGB V geregelt werden soll. Gleichzeitig wird sowohl durch die Verankerung in den §§ 73ff. SGB V, welche die vertragsärztliche Versorgung regeln, in grundsätzlicher Weise als auch durch § 73d Absatz 4 in spezifischer Weise deutlich, dass die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen von der individuellen Übertragung durch Vertragsärzt*innen abhängig ist. Dies lehnen wir ausdrücklich ab. Die Stärkung von Kompetenzen der Pflegefachkräfte erfordert zwingend, dass ihre eigenständige Rolle im Versorgungssystem des SGB V und SGB XI strukturell verankert ist und nicht als reines Entlastungsinstrument für Ärzte und Ärztinnen fungiert. Pflegefachpersonen mit entsprechender Zusatzqualifikation müssen daher automatisch berechtigt sein, nach entsprechender ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung selbständig die erweiterten heilkundlichen Leistungen zu erbringen, ohne dass es einer weiteren Ermächtigung im Einzelfall bedarf.

Die Einbindung der stationären Pflegeeinrichtungen in die Vereinbarung nach § 132a (neu) ist unerlässlich und wird daher von uns befürwortet. Dies muss aber damit einhergehen, dass die Erweiterung der Kompetenzen auch im stationären Bereich über das SGB V abgesichert wird. Sonst drohen die Eigenanteile der Pflegebedürftige noch weiter massiv anzusteigen.

Die selbständige Ausübung von erweiterter Heilkunde durch Pflegefachpersonen mit entsprechender Zusatzqualifikation sollte im Vierten Kapitel Achter Abschnitt des

SGB V, z.B. in einem neuen § 132x geregelt werden. Dort und nicht, wie im RefE in § 132a Absatz 1 als neue Nummer 8, sind dann auch die Grundsätze der Vergütung für die erweiterten heilkundlichen Leistungen zu verorten.

Sachgerecht wiederum ist, wenn die Spitzenorganisationen nach § 132a SGB V und die KBV nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 einen Katalog von HKP-Leistungen vereinbaren, für die Pflegefachpersonen selbständig Folgeverordnungen einschließlich benötigter Hilfsmittel nach § 33 SGB V ausstellen können.

Im Rahmenvertrag sollen nach Absatz 1 Sätze 2ff. die Qualifikationen der Pflegefachpersonen, die erweiterte heilkundliche Leistungen erbringen sowie HKP-Folgeverordnungen ausstellen dürfen, zwischen den Vertragsparteien geregelt werden. Unbeschadet der eben ausgeführten Kritikpunkte an einer fehlenden Differenzierung zwischen erweiterten Heilkunde und HKP muss klar sein, dass die Vorbehaltstätigkeiten nach § 4 PflBG uneingeschränkt gelten und nicht nur, wie in Satz 2 vorgesehen, „auch berücksichtigt werden müssen“. Die BAGFW setzt sich grundsätzlich dafür ein, dass Qualifikationen für die Erbringung erweiterter heilkundlicher Leistungen als Zusatzqualifikationen erworben und über den Ausbildungsfonds des Pflegeberufegesetzes finanziert werden. Weiterbildungen sind Ländersache und bundeseinheitliche Weiterbildungsstandards der Länder sind bislang nicht bekannt und auch in der Praxis nicht zu erwarten. Sollte es zu solchen bundeseinheitliche Weiterbildungsstandards kommen, wäre allerdings ihre Anerkennung zu befürworten. Sehr positiv zu bewerten, ist, dass einschlägige Berufserfahrungen als vergleichbare Qualifikationen zu werten sind. Die BAGFW hat stets gefordert, dass gerade Pflegefachpersonen mit langjähriger Berufserfahrung zur Ausübung von selbständiger Heilkunde ermächtigt werden müssen. Dies hat auch die positive Konsequenz für die Praxis, dass entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen für diese Tätigkeiten schneller zur Verfügung stehen können. Vor dem Hintergrund drohender Unterversorgungen, insbesondere in strukturschwachen ländlichen Regionen, ist dies dringend geboten. Wie bereits im Rahmenvertrag nach § 64d vorgesehen, sollen entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen in Arztpraxen, MVZ sowie in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden können; dies ist sachgerecht, bedarf aber der Ergänzung um weitere Einsatzgebiete in der Daseinsvorsorge, wie Public Health Nursing oder Community Health Nursing. Sachgerecht ist auch, dass Leistungen, die im Rahmenvertrag nach § 64d vereinbart wurden, sofort in die Regelversorgung überführt werden können. Die Leistungserbringung ist selbstverständlich zu evaluieren. Da die Regelung jedoch frühestens zum April 2025 in Kraft treten kann, ist eine eventuelle Anpassungen der Regelungen, die bis zum 31. Juli 2025 mit Umsetzung bis 30. September 2025 vorgesehen sind, unangemessen; eine solche Anpassung käme einer Operation im laufenden Betrieb gleich. In Absatz 2 ist eine Evaluierung mit Bericht an das BMG bis zum 31. Dezember 2027 vorgesehen. Abgesehen davon, dass die Evaluierung in einem eigenen Absatz verankert und nicht zusammen mit Schiedsregelungen bei Nichtzustandekommen des Rahmenvertrags normiert werden sollte, ist die vorgesehene Evaluierungsfrist sachgerecht. Die Anpassung bis Mitte 2025 ist daher aus Absatz 1 zu streichen.

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände setzen sich dafür ein, die erweiterten Heilkundebefugnisse auch im Krankenhaus und in den Reha- und Vorsorgeeinrichtungen zur Anwendung zu bringen. Zu diesem Zweck müssen auch DKG sowie die maßgeblichen Vereinigungen der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen bei der Erstellung der Kataloge nach Absatz 1 zur Stellungnahme berechtigt werden.

Nach den bisher im Referentenentwurf vorgesehen Regelungen bleibt offen, wie das BMG unter Beteiligung des BMFSFJ die Leistungserbringung im Krankenhaus und in der Reha und Vorsorge evaluieren will, wenn keine Norm zur Ermächtigung der entsprechenden Einrichtungen für erweiterte heilkundliche Leistungen vorgesehen ist.

§ 132a: Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

Nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nr. 2a SGB V neu sollen in den Rahmenempfehlungen zur häuslichen Krankenpflege auch **Anforderungen an eine fachgerechte Pflegeprozesssteuerung,** geregelt werden. Die vorgesehenen leistungserbringungsrechtlichen Vorgaben zur Formulierung von Anforderungen an die Pflegeprozesssteuerung stehen im Widerspruch zur fachlichen Eigenverantwortung der Pflegefachpersonen und sind unserer Auffassung nach verzichtbar. Es fehlen jedoch Grundsätze zur Vergütung. In der Gesetzesbegründung wird zwar ausgeführt, dass zu den Aufwänden der Steuerung des Pflegeprozesses insbesondere vergütete Erst- und Folgegespräche sowie Aufwände für komplexe Fallsteuerungen, die beispielsweise als interdisziplinäre Fallbesprechungen, auf Wunsch des Versicherten auch unter Einbeziehung von An- und Zugehörigen, gehören können. Es fehlt jedoch ein Gesetzesbefehl, der die Grundsätze der Vergütung der Aufwände der Pflegeprozesssteuerung regelt. Analoges gilt auch für die Anforderungen an die Eignung der Pflegefachkräfte, die Leistungen im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 erbringen in Nummer 7. Mit der neuen Nummer 8 in § 132a Absatz 1 Satz 4 SGB V erhalten die Rahmenempfehlungspartner nach § 132a Absatz 1 den Auftrag, **Grundsätze für die Vergütung erweiterter heilkundlicher Aufgaben nach § 73d Absatz 1** zu vereinbaren, soweit sie von Pflegediensten nach § 132a Absatz 4 erbracht werden. Dies ist zwar sachgerecht, aber nicht vollständig. Es fehlt der Bezug auf die in § 73d Absatz 1 Nummer 2 genannten Leistungen, die Pflegefachpersonen, abhängig von den erworbenen Kompetenzen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, selbständig als Folgeverordnung veranlassen können, einschließlich der für diese Maßnahmen benötigten Hilfsmittel gemäß § 33, sowie das Nähere zu den Voraussetzungen, zum Verfahren und der Ausgestaltung der Folgeverordnungen. Auch für diese Leistungen sind Grundsätze der Vergütung nach § 132a Absatz 1 SGB V zu vereinbaren. Dies ist in die neue Nummer 8 aufzunehmen. Wie in unserer Kommentierung zu § 73d ausgeführt, werden erweiterte heilkundliche Aufgaben nicht nur von Leistungserbringern in der häuslichen Krankenpflege erbracht. Wir schlagen deshalb vor, die Grundsätze für die Vergütung erweiterter heilkundlicher Aufgaben nach § 73d Absatz 1 Nummer 1 in einem eigenen § 132x zu statuieren und schlagen deshalb bei der Nummer 8 eine entsprechende Änderung vor. ·

Zeitbezogene Vergütung in der häuslichen Krankenpflege

Zur Stärkung der Pflegekompetenz gehört auch zwingend, dass die Pflegepersonen genügend Zeit zur Ausübung ihrer Tätigkeiten haben. Dazu gehört auch eine zeitbezogene Vergütung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege, gestuft nach den Qualifikationen der Pflegefachpersonen und der Pflegekräfte. Eine zeitbezogene Vergütung dient einer Förderung der Fachlichkeit und einer Stärkung der Pflegekompetenz, sie erhöht die Arbeitszufriedenheit und trägt zu einer Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der ambulanten Pflegedienste bei. Den ambulanten Pflegediensten sollte deshalb freigestellt werden, ob die Vergütung nach Pauschalen oder in Form einer zeitbezogenen Vergütung erfolgt. Die zeitbezogene Vergütung sollte

sich sowohl auf die pflegerischen Aufgaben, die heilkundlichen Aufgaben und die erweiterten heilkundlichen Aufgaben in der häuslichen Krankenpflege beziehen als auch auf die Pflegeprozesssteuerung.

In der Selbstverwaltung werden von den maßgeblichen Spitzenverbänden Rahmenempfehlungen über die einheitliche und flächendeckende Versorgung mit häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a Absatz 1 Satz 1 SGB V vereinbart. Im Jahre 2020 wurden die Verhandlungen zu Regelungen zu den Grundsätzen der Vergütung und ihrer Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen durch Schiedsspruch gem. § 132a Absatz 3 SGB V (Oktober 2020) beendet.

Im (Schluß-)Schiedsspruch heißt es für die Bundesempfehlungen u.a. in Absatz 20:

Bei der Bewertung der Leistungen sind insbesondere zu berücksichtigen:

b) der kalkulierte Zeitaufwand (inkl. Zeiten für Vor- und Nachbereitung einschließlich der notwendigen Abstimmung mit und Information der anderen an der Versorgung Beteiligten und ggf. Aufwände für die erforderliche Organisation der Leistungserbringung) für die fachgerechte Leistungserbringung und vereinbarte Qualität der Leistungen,

Zu Buchstabe b) heißt es dann in dem Schiedsspruch:

Zur Ermöglichung einer Kostengrundkalkulation vereinbaren die Partner der Rahmenempfehlungen bis zum 31.12.2021 auf der Grundlage der ihnen zur Verfügung stehenden empirischen Daten kalkulatorische Zeitaufwände für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die nicht unmittelbar nach Zeit oder Zeiteinheiten vergütet werden, auf Bundesebene. Kommt eine Einigung nicht zustande, vereinbaren sie bis zum 30.06.2022 ein Verfahren zur Ermittlung der kalkulatorischen Zeitaufwände auf der Grundlage eines hälftig von den Vertragspartnern finanzierten Gutachtensprozesses, sofern keine Finanzierung von dritter Seite erfolgt.

Als Rahmenempfehlungspartner haben wir sodann mit dem GKV-SV die zur Verfügung stehenden empirischen Daten ausgewertet und sind seinerzeit zum Ergebnis gekommen, dass es eines Gutachtens bedarf.Zur Prüfung der Vergabe eines Auftrages wurde ferner in einer Arbeitsgruppe der Entwurf für eine Leistungsbeschreibung erstellt, die nur noch wenige dissente Punkte enthält. Die Kostenschätzung des erwartbaren Aufwands für einen Auftragnehmer liegt auf dieser Grundlage deutlich über 2 Mio. €. Aufgrund des im Schiedsspruch formulierten Aspekts, dass ein Gutachtensprozess hälftig von jeder Partei zu finanzieren sei, es sei denn die Kosten werden von dritter Seite finanziert, wurde bereits im Jahre 2021 in einem gemeinsamen Gespräch mit dem BMG artikuliert, dass den Leistungserbringerverbänden hierbei Grenzen gesetzt sind. Die Leistungserbringerverbände müssen angesichts der Höhe der Kostenschätzung konstatieren, dass eine hälftige Beteiligung unmöglich ist und das Gutachten auf dieser Grundlage nicht angeschoben werden kann.

Das Ausbleiben des Gutachten hat Folgen, etwa die mangelnde Umsetzbarkeit von Kostengrundkalkulationen und der damit verbundene Verhandlungsstau in den Ländern. Um dieses aufzulösen, bedarf es einer Projektfinanzierung durch das BMG, die wir hiermit einfordern.

Der Ref-E sieht die Implementierung von **gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c SGB XI** in der Regelversorgung vor. Wir halten diesen Vorschlag noch nicht für umsetzungsreif und schlagen stattdessen Modellvorhaben dazu vor. Folglich kann der neue Absatz 5 wieder gestrichen werden.

Änderungsbedarf:

§ 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 2a neu ist wie folgt zu fassen:

„2a *Grundsätze der Vergütung einer ~~Anforderungen an eine~~* fachgerechten Pflegeprozesssteuerung, *insbesondere der Aufwände für vergütete Erst- und Folgegespräche sowie der Aufwände für komplexe Fallsteuerungen,*

§ 132a Absatz 4 Nummer 8 SGB V neu ist wie folgt zu fassen:

8. Grundsätze der Vergütung ~~erweiterter heilkundlicher Leistungen~~ *der Leistungen, die Pflegefachpersonen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, abhängig von den erworbenen Kompetenzen, selbständig als Folgeverordnung veranlassen können, einschließlich der für diese Maßnahmen benötigten Hilfsmittel gemäß § 33, sowie das Nähere zu den Voraussetzungen, zum Verfahren und der Ausgestaltung der Folgeverordnungen,* nach § 73d Absatz 1 erstmals bis zum […][zwölf Monate nach Inkrafttreten]."

In § 132a Absatz 1 SGB V ist ein neuer Satz 5 aufzunehmen:

„*Die Grundsätze der Vergütung nach den Nummer 2a, 5 und 7 haben zu berücksichtigen, dass die Vergütung in der häuslichen Krankenpflege sowohl in Form von Leistungspauschalen erfolgen kann als auch in Form einer Zeitvergütung nach Qualifikationen*."

§ 132a Absatz 5 neu ist zu streichen.

~~(5) Die Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege in gemeinschaftlichen Wohnformen, die von dem Basispaket nach § 92c Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 des Elften Buches erfasst sind, erfolgt nach Maßgabe der Verträge gemäß § 92c Absatz 1 des Elften Buches."~~

Artikel 5: Änderung des Pflegeberufegesetzes

§ 4: Vorbehaltene Aufgaben

Die Verbände der BAGFW begrüßen die Änderung der Überschrift zu § 4 PflBG, wodurch richtig gestellt wird, dass es sich bei den sogenannten Vorbehaltsaufgaben tatsächlich um Aufgaben und nicht um Tätigkeiten handelt. Gleichzeitig wird in § 4 Absatz 2 Nummer 1 präzisiert, dass auch die Planung der Pflege zu den vorbehaltenen Aufgaben von Pflegefachpersonen gehört. Die Abwesenheit der Pflegeplanung in expressis verbis hat in der Vergangenheit zu Missverständnissen und Unklarheiten bei der Deutung der Vorschrift geführt, weshalb die in der BAGFW kooperierenden Verbände diese Ergänzung als sehr positiv bewerten, insbesondere zur trennschärferen Abgrenzung im interdisziplinären Kontext.

§ 4a i.V.m. § 14a: Selbständige Heilkundeausübung, Standardisierte Module
Die in der BAGFW organisierten Verbände würdigen die Aufnahme der selbständigen Heilkundeausübung in das PflBG ausdrücklich. Die Ausübung von Heilkunde soll jedoch nicht nur selbständig, sondern eigenverantwortlich erfolgen. Daher ist das Wort “selbständig” in der Überschrift durch “eigenverantwortlich” zu ersetzen. § 4a stellt einen Meilenstein in der Professionalisierung der Pflegeberufe dar. Positiv hervorzuheben ist, dass alle Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 PflBG, also sowohl die beruflich ausgebildeten als auch die hochschulisch qualifizierten Pflegenden, unter diese Regelung fallen.

Als Voraussetzung für die Erbringung von erweiterten heilkundlichen Leistungen gibt der Gesetzgeber vor, dass die dazu benötigten Kompetenzen vorliegen müssen, was soweit sachgerecht ist. Gleichzeitig wird jedoch darauf verwiesen, dass es sich hierbei ausschließlich um Kompetenzen handelt, die im Rahmen des PflBG erworben wurden. Dies wird jedoch ausschließlich auf die Pflegefachpersonen mit einer hochschulischen Ausbildung und erweiterten heilkundlichen Kompetenzen nach § 37 Absatz 2 Satz 2 PflBG zutreffen, die sich zudem noch in der Ausbildung befinden. Zwar ist in dem vorliegenden RefE an vielen Stellen von der Anerkennung „gleichwertiger Qualifikationen“ die Rede (etwa im Begründungstext zu § 15a SGB V und in § 73d Absatz 1 SGB V), die auch Pflegefachpersonen mit einer entsprechenden Fachweiterbildung zur Durchführung dieser Leistungen berechtigen würden. Da die genaueren Bestimmungen jedoch erst durch die Vereinbarungen nach § 73d SGB V bzw. den in Auftrag zu gebenden „Scope of Practice“ nach § 8 Absatz 3c SGB XI festgelegt werden sollen, und eine entsprechende korrespondierende Regelung im PflBG fehlt, würden aktuell 98% der Pflegefachpersonen durch das Raster fallen. Denn die hochschulisch qualifizierten Pflegenden machen nach aktuellen Erhebungen des BIBB lediglich rund 2 % der Pflegefachpersonen aus.

Dabei ist das Pflegekompetenzgesetz ursprünglich angetreten, um gerade die Kompetenzen der beruflich qualifizierten Pflegenden zu stärken. Die gesetzlich bislang schon vorgesehene Zusatzausbildung in den Heilkundemodulen nach § 14 PflBG muss darüber hinaus von den Modellvorhaben nach §§ 63 Absatz 63c SGB V und 64d SGB V entkoppelt und als regelhafte Zusatzausbildung in das PflBG verankert werden. Denn § 4a (neu) weist dezidiert auf die “im Rahmen des PflBG erworbenen Kompetenzen” hin. Ohne die Möglichkeit, die benötigten Kompetenzen zur selbstständigen Ausübung von erweiterter Heilkunde im Rahmen einer an die Pflegefachausbildung anschließende Zusatzausbildung erwerben zu können, wird die medizinisch-pflegerische Versorgung nicht wirkungsvoll gestärkt werden können.

Und selbst wenn die Inhalte einzelner Fachweiterbildungen anerkannt werden würden, beispielsweise im Bereich der Wundversorgung, so sind diese doch sehr spezialisiert und weniger generalisiert ausgerichtet. Die Heilkundemodule sind hier deutlich umfassender gestaltet und zudem bereits bundeseinheitlich standardisiert, während der Weiterbildungsbereich in der Pflege völlig fragmentiert und heterogen gestaltet ist.

Darüber hinaus stellen die Heilkundemodule teilweise völlig neue Angebote dar, die wichtige Versorgungslücken schließen, da sie sich an einem medizinisch-pflegerischen Prozess im Sinne eines Disease Managements - und nicht an einzelnen Tätigkeiten orientieren. Insofern ist es richtig hier nach § 4a neu von selbstständiger Aus-

übung erweiterter Heilkunde zu sprechen, denn gerade am Modul Demenz wird deutlich, dass hier eben keine ärztliche Tätigkeit übertragen wird, sondern es sich hier um eine originäre Pflegeprozesssteuerung handelt, die um heilkundliche Befugnisse erweitert wird.

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände setzen sich daher mit Nachdruck dafür ein, dass § 14 PflBG neu gefasst wird – und die Regelung zu § 14a PflBG mit eingeschlossen wird.

Änderungsbedarf:

§ 4a (Selbstständige Heilkundeausübung) ist wie folgt zu ändern:

“Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 sind zur selbständigen Heilkundeausübung im Rahmen der nach diesem Gesetz erworbenen Kompetenzen befugt. *Kompetenzen, die von Personen nach § 1 während des Berufslebens, etwa durch Fort- und Weiterbildung erworben wurden, sind davon mitumfasst.* Ruht die Erlaubnis nach § 3 Absatz 3 Satz 1, ruht auch die Befugnis zur selbständigen Heilkundeausübung.”

§ 14 ist wie folgt zu ändern und § 14a (neu) entsprechend einzuschließen:

§ 14 Zusatzausbildung zur eigenverantwortlichen Ausübung von erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten

(1) Personen mit einer Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung nach § 1 PflBG können zusätzlich erweiterte Kompetenzen zur selbstständigen Durchführung heilkundlicher Tätigkeiten erwerben.

(2) Die Vermittlung der erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen erfolgt auf der Grundlage der von der Fachkommission nach § 53 PflBG erarbeiteten standardisierten Heilkundemodule.

(3) Die standardisierten Heilkundemodule nach Absatz 2 werden durch die Fachkommission nach § 53 PflBG in regelmäßigen Abständen, mindestens alle fünf Jahre, an den allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse angepasst. Sie werden gemeinsam vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt. Die Genehmigung der standardisierten Module erfolgt einmalig; Änderungen bedürfen einer erneuten Genehmigung.

(4) Die Ausbildungsinhalte werden in gesonderten schulinternen Curricula der Pflegeschulen und Ausbildungsplänen der Träger der praktischen Ausbildung ausgewiesen.

(5) Die erworbenen erweiterten Kompetenzen werden zum Abschluss der Zusatzausbildung staatlich geprüft.

(6) Abweichend zu den Vorschriften in Abschnitt 1 kann die Vermittlung der erweiterten Kompetenzen von Institutionen der Fort- und Weiterbildung erfolgen, sofern die Mindestanforderungen nach § 9 PflBG erfüllt werden. Die übrigen Vorschriften des PflBG gelten entsprechend.

§ 14a (neu) geht geht in § 14 auf und kann daher entfallen.

§ 53: Fachkommission; Erarbeitung von Rahmenplänen
Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände setzen sich mit Nachdruck für die Verankerung der Erarbeitung und Anpassung der Heilkundemodule als regelhafte Aufgabe der Fachkommission durch Ergänzung von Absatz 1 ein.

Änderungsvorschlag:

(1) Zur Erarbeitung eines Rahmenlehrplans und eines Rahmenausbildungsplans für die Pflegeausbildung nach Teil 2 sowie zur Wahrnehmung der weiteren ihr nach diesem Gesetz zugewiesenen Aufgaben wird eine Fachkommission eingerichtet. *Hierzu gehört insbesondere die Erarbeitung und regelmäßige Anpassung der standardisierten Heilkundemodule für die Zusatzausbildung zur selbstständigen Durchführung von erweiterten heilkundlichen Aufgaben.*

Des Weiteren müssen Folgeänderungen in der PflAuPrV und der PflAuFinV geprüft und vorgenommen werden. Die Zusatzqualifikation nach § 14 muss über den Pflegeausbildungsfonds refinanziert werden.
Folgeänderungen:

Regelung der Kostentragung PflAuFinV

Ergänzung des § 1 Absatz 7:

Ausbildungskosten im Sinne dieser Verordnung sind die Kosten der beruflichen Pflegeausbildung nach § 27 des Pflegeberufegesetzes sowie die Kosten des praktischen Teils der hochschulischen Pflegeausbildung nach § 39a des Pflegeberufegesetzes *und die Kosten der beruflichen Pflegeausbildung nach § 14 (neu) des Pflegeberufegesetzes*, soweit im Folgenden nicht etwas anderes bestimmt ist.

Regelung der Ausbildungsvergütung

Ergänzung des § 19 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes

Der Träger der praktischen Ausbildung hat der oder dem Auszubildenden für die gesamte Dauer der Ausbildung *sowie für den Erwerb der Zusatzqualifikation nach § 14 (neu)* eine angemessene Ausbildungsvergütung zu zahlen.

Die PflAuPrV ist um die Prüfung der Kompetenzen der Heilkundemodule 1 bis 8 zu erweitern.

C. Weitere Änderungsbedarfe

§ 45 SGB XI: Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
Die BAGFW hat in den letzten Jahren wiederholt auf die hohe Bedeutung der Pflegekurse nach § 45 SGB XI hingewiesen und gefordert, dass Pflegekurse und Schulungen in der Häuslichkeit flächendeckend zur Verfügung stehen müssen und nicht länger davon abhängig sein dürfen, ob die einzelne Pflegekasse einen Rahmenvertrag mit dem jeweiligen Leistungserbringerverband oder Pflegedienst geschlossen hat. Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierten Personen müssen einen qualifizierten Anbieter frei wählen können. Die Beseitigung des bestehenden Flickenteppichs und die Sicherstellung eines flächendeckenden niedrigschwelligen Zugangs zum unterstützenden Leistungsangebots nach § 45 SGB XI mittels Vereinheitlichung vertraglicher Regelungen der Pflegekassen mit den Leistungserbringern (inkl. Kontrahierungszwang der Pflegekassen bei vorliegenden qualitätsgesicherten Angeboten) ermöglicht den ambulanten Diensten den Aufbau eines flächendeckenden Angebotes an Schulungen im Rahmen von Pflegekursen und häuslichen Angeboten, die von allen Pflegekassen finanziert werden. Mit dieser Änderung ist zudem eine Entbürokratisierung verbunden, da Verhandlungen bzw. Bewerbungen auf Vergabeverfahren mit einzelnen Pflegekassen und Beitrittsverfahren sowie aufwendige Listenführungen entfallen. Die BAGFW hat dazu mehrfach den unten beschriebenen Lösungsansatz vorgeschlagen, zuletzt auch im Rahmen von Stellungnahmen zu Eckpunkten zu diesem Gesetz und anlässlich von Fachgesprächen mit Herrn BM Lauterbach.

Änderungsvorschlag:

§ 45 SGB XI ist wie folgt anzupassen:

(1) ~~*Die Pflegekassen haben für*~~ Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen *haben Anspruch auf* unentgeltliche Schulungskurse, ***die die Pflegekassen*** durch~~zu~~führen, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt. § 114a Absatz 3a gilt entsprechend. Die Pflegekassen sollen auch digitale Pflegekurse anbieten; die Pflicht der Pflegekassen zur Durchführung von Schulungskursen nach Satz 1 vor Ort bleibt unberührt.

(2) Die Pflegekasse kann die Kurse entweder selbst oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen durchführen oder geeignete andere Einrichtungen mit der Durchführung beauftragen.

(3) Über die einheitliche Durchführung sowie über die inhaltliche Ausgestaltung der Kurse **und Schulung in der Häuslichkeit ~~können~~ haben** die Bundes- oder Landesverbände der Pflegekassen *gemeinsam und einheitlich* Rahmenvereinbarungen mit den **Vereinigungen der Träger von Einrichtungen** oder den Trägern der Einrichtungen **zu** schließen, die die Pflegekurse durchführen.

§ 84 SGB XI : Bemessungsgrundsätze, hier: Externer Vergleich
Aus Sicht der BAGFW ist die angemessene Vergütung des Unternehmerrisikos auf Basis der bestehenden gesetzlichen Regelungen nicht sichergestellt, insbesondere weil die Einführung der Tariftreueregelungen und die Entwicklung der Bedeutung der als wirtschaftlich anzuerkennenden Gestehungskosten in diesem Bereich nicht nachvollzogen wurden.

Auf Basis des aktuellen und insoweit seit Jahren unveränderten Wortlauts von § 84 Absatz 2 und § 89 Absatz 1 SGB XI verlangt das BSG, die Pflegesätze und Entgelte, die sich aus den als wirtschaftlich anzuerkennenden Gestehungskosten und einschließlich eines angemessenen Wagniszuschlages ergeben, abschließend einem externen Vergleich zu unterziehen. Dies gefährdet unter heutigen Rahmenbedingungen die Wirtschaftlichkeit ausgerechnet derjenigen Einrichtungen, die der gesetzgeberisch vorgegebenen Zielsetzung, in der Pflege eine tarifliche Entlohnung zu zahlen, mit einer Entlohnung am oberen Rand der als wirtschaftlich anzuerkennenden Personalaufwendungen nachkommen.

Die den Tariftreueregelungen folgende Bezahlung der Gehälter und Entlohnungen ist einzuhalten, gilt ohne weiteres als wirtschaftlich und kann insofern auch nicht einer Kürzung im Wege des externen Marktvergleiches unterliegen.

Unter diesen Umständen ist es vollkommen unangemessen, einen externen Vergleich auf der Grundlage der gesamten Pflegesätze durchzuführen, die sich vor allem aus Personalkosten zusammensetzen. Im Wege des externen Vergleichs kommt damit im Wesentlichen nur eine Kappung der an sich für angemessen befundenen Vergütung des Unternehmerrisikos in Betracht. In der Folge sind davon, dann ausgerechnet denjenigen Trägern, die weil sie tarifgebunden oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen und deshalb die höchsten Personalkosten und damit Pflegesätze haben, am stärksten von der Kappung des für angemessen befundenen Vergütung des Risikozuschlags in Betracht. Insofern ist eine Klarstellung geboten, dass sich die Wirtschaftlichkeitsprüfung durch externen Vergleich auf die „weiteren“ pflegesatzerheblichen Aufwendungen jenseits der Personalkosten beschränken muss. Darüber hinaus muss die Informationsasymmetrie zu Lasten der Pflegeeinrichtungen aufgehoben werden, indem die Kostenträger die Datengrundlage für den konkreten externen Vergleich offenlegen.

Änderungsvorschlag:

§ 84 Absatz 2 SGB XI (und entsprechende Änderung von § 89 Absatz 1 SGB XI), wie folgt:

(2) Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, entsprechend den fünf Pflegegraden einzuteilen. Davon ausgehend sind bei vollstationärer Pflege nach § 43 für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln; dies gilt auch bei Änderungen der Leistungsbeträge. Die Pflegesätze müssen ~~einem~~ *dem jeweiligen* Pflegeheim ~~bei wirtschaftlicher Betriebsführung~~ ermöglichen, *unter Berücksichtigung auch der betrieblich-spezifischen Einzelwagnisse* seine Aufwendungen *nach § 82c Absatz 1 bis 3 und seine bei wirt-*

schaftlicher Betriebsführung entstehenden weiteren pflegesatzerheblichen Aufwendungen zu finanzieren**,** ~~und~~ seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen *und eine angemessene Vergütung seines allgemeinen Unternehmerrisikos zu erzielen* ~~unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos~~. ~~Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten.~~ Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können *die weiteren pflegesatzerheblichen Aufwendungen nach Satz 4* ~~Pflegesätze~~ derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach Art und Größe sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, angemessen berücksichtigt werden*; die Vertragsparteien nach § 85 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 bis 3 haben hierfür alle notwendigen Informationen zur Verfügung zu stellen. Zu den notwendigen Informationen seitens der Kostenträger zählen dabei insbesondere die konkreten Vergleichsdaten der gleichartigen Pflegeeinrichtungen.*

§ 87a Absatz 1 Satz 1 SGB XI
In § 87a Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Tag der Aufnahme“ durch das Wort „Vertragsbeginn“ ersetzt. Absatz 1 wird als letzter Satz ergänzt: „Wird der Bewohner erst nach Vertragsbeginn aus Gründen, die nicht das Pflegeheim zu vertreten hat, aufgenommen, besteht für die Tage ab Vertragsbeginn bis zum Tag vor der Aufnahme kein Leistungsanspruch gemäß § 42, und § 43 SGB XI.

§ 113 Absatz 1 Satz 6 SGB XI: Betreuungskräftequalifizierung
Die Leistungserbringung zwischen ambulanten Pflegediensten und ambulanten Betreuungsdiensten unterscheidet sich sehr deutlich. Dazu hat nicht zuletzt Prof. Dr. Andreas Büscher im Erweiterungsbericht aufgrund eines Auftrags des Qualitätsausschusses Pflege zur *Anpassung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a SGB XI in der ambulanten Pflege. Erweiterungsbericht, korrigierte Fassung Mai 2024”,* hingewiesen. Zum Hintergrund des Erweiterungsberichtes: Der Qualitätsausschuss Pflege hatte mit Beschluss vom 24.10.2023 die Science to Business GmbH der Hochschule Osnabrück und das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld ergänzend damit beauftragt, die Anwendbarkeit der angepassten Instrumente und Verfahren auf die Qualitätssicherung ambulanter Betreuungsdienste zu prüfen. Der Erweiterungsbericht steht zum download unter: **https://www.gs-qsa-pflege.de/wp-content/uploads/2024/08/Erweiterungsbericht-ambulante-Betreuungsdienste-Mai-2024.pdf**

Bei den pflegerischen Betreuungsmaßnahmen handelt es sich um eine pflegerische Aufgabe, die in einem ambulanten Pflegedienst im Gegensatz zu einem ambulanten Betreuungsdienst unter der ständigen Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachperson, der verantwortlichen Pflegefachperson, steht. Nach dem Verständnis des Pflegekompetenzgesetzes sollten Mitarbeitende durch eine materielle Qualifikation befähigt sein. Hierzu stellt die verantwortliche Pflegefachperson unter ihrer Verantwortungshoheit fest, ob Mitarbeitende für die Durchführung der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen geeignet sind und ob und wie eine qualifizierte Anleitung durch eine Pflegefachperson zu erfolgen hat bzw. wie die Qualifizierung der Mitarbeitenden, die pflegerische Betreuungsmaßnahmen durchführen, sicherzustellen ist. Vor diesem Hintergrund ist es nicht nachvollziehbar, warum die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Ambulanten Pflegediensten, die pflegerische Betreuungsmaßnehmen, entsprechend den Richtlinie für nicht pflegefachlich geleitende und qualifizierte Betreuungsdienste qualifiziert sein. müssen. Dies widerspricht jedem pflegefachlichen

Verständnis und konterkariert die Zielsetzungen eines Pflegekompetenzgesetzes. Der Querverweis auf die Richtlinien nach § 112a SGB XI ist deshalb ersatzlos zu streichen.

Änderungsbedarf:

Ersatzlose Streichung von § 113 Absatz 1 Satz 6:

~~*Darüber hinaus ist in den Vereinbarungen zu regeln, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten, die Betreuungsmaßnahmen erbringen, entsprechend den Richtlinien nach § 112a zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste qualifiziert sein müssen.*~~

§ 114a Absatz 3 SGB XI: Durchführung der Qualitätsprüfung - Anforderungen an Pflegedokumentation

Seit der Einführung und Implementierung des indikatorengestützten Qualitätssystems in der stationären Langzeitpflege begleiten und beobachten die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege die Umsetzung in der Praxis. Praxisrückmeldungen legen nahe, dass divergierende Auffassungen zur entbürokratisierten Pflegedokumentation nach dem Strukturmodell in Qualitätsprüfungen wiederkehrend zu Unstimmigkeiten führen. Einrichtungen äußern teilweise die bedenkliche Grundannahme, dass Qualitätsprüfungen mehr/andere Anforderungen an die Pflegedokumentation stellten als das Strukturmodell vorgibt. Im Worst Case weichen immer mehr Einrichtungen von der entbürokratisierten Pflegedokumentation ab, um sich für zukünftige Qualitätsprüfungen abzusichern. Dies entspräche einer Situation, die es mit der Einführung des Strukturmodells zu überwinden galt. Um diese Errungenschaft nicht zu gefährden bzw. zumindest abzusichern, wird eine konkrete Festschreibung in § 114a Absatz 3 SGB XI vorgeschlagen.

Änderungsbedarf:

§ 114a Absatz 3 durch einen neuen Satz 3 ergänzen, wie folgt:

An die Pflegedokumentation sind von Seiten der Prüfinstitutionen keine Anforderungen zu stellen, die über die in § 113 Absatz 1 Satz 2 getroffenen Vereinbarungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation hinausgehen.

Zeitvergütung in der ambulanten Pflege

Im Pflegeverständnis des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach § 14 SGB XI gilt es die Selbstbestimmung und Selbstständigkeit von pflegebedürftigen Menschen zu erhalten und zu fördern. Dabei stehen individuelle Problemkonstellationen und deren Lösung im Vordergrund, was eine Abkehr vom Verrichtungsbezug in der Pflege bedeutet. In diesem Sinne stellt die Zeitvergütung in der ambulanten Pflege, bei der die zu erbringende Leistung im Rahmen des SGB XI zwischen Pflegebedürftigen und ambulanten Dienst individuell hinsichtlich des Pflegebedarfs vereinbart wird, die dem Pflegebedürftigkeitsbegriff am besten entsprechende Vergütungsform dar.

In den §§ 89 und 120 sind daher die entsprechenden Weichen für diese Form der Zeitvergütung zu stellen und die Vergütungsform zu ermöglichen.

§ 126 Absatz 1a SGB V: Präqualifizierungserfordernis
Stationäre Einrichtungen müssen sich alle 5 Jahre durch eine akkreditierte Präqualifizierungsstelle für die Versorgung mit Inkontinenzmaterialien zertifizieren lassen. Das ist überflüssig, denn die Pflegefachkräfte sind qua Ausbildung für die Versorgung mit Inkontinenzmaterialien qualifiziert. Eine Zertifizierung stellt eine unnötige bürokratische Hürde und zudem eine finanzielle Belastung dar.

Änderungsbedarf:

Streichung des Präqualifizierungserfordernisses in § 126 Absatz 1a SGB V

§ 19 Absatz 6 SGB XII: Sonderrechtsnachfolge
Seit Jahren weist die BAGFW auf das Problem hin, dass Pflegedienste, die pflegebedürftige Menschen, die einen Antrag auf Sozialhilfe gestellt haben, weil sie die Leistungen dringend benötigten, auf den Kosten sitzenbleiben, wenn der Sozialhilfeträger die Leistung erst nach ihrem Tod bewilligt. Pflegedienste bleiben häufig auf Kosten in bis zu fünfstelligen Beträgen sicher, weil der Gesetzgeber nicht rechtssicher geregelt hat, dass nicht nur stationäre Einrichtungen, sondern auch ambulante Dienste Anspruch auf Kostenerstattung haben. Daher fordert die BAGFW dringlich eine Änderung in § 19 Absatz 6 SGB XII.

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

Berlin, 30.09.2024

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.