Stellungnahme des IKK e.V.

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz

Pflegekompetenzgesetz – PKG vom 03.09.2024

30.09.2024

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen ... 3

Kommentierung ... 6

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) ... **6**

§ 5 Absatz 1a (neu): Prävention in Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege ... 6

§ 9 Satz 2 (neu): Aufgaben der Länder ... 8

§ 12 Absatz 2 (neu): Aufgaben der Pflegekassen ... 9

§ 17a (neu): Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6 ... 10

§ 18e Absatz 6 (neu): Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen ... 12

§ 45a Absatz 4 Nr. 3 a) und 6 (neu): Angebote zur Unterstützung im Alltag, Verordnungsermächtigung ... 13

§ 45j (neu): Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c ... 15

§ 72 Absatz 1a (neu): Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag ... 16

§ 73a Absatz 1 und 3: Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ... 17

§ 86a Absatz 3 (neu): Verfahrensrichtlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen ... 19

§ 92c Absatz 2 (neu): Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen ... 20

§ 114 Absatz 1a (neu): Durchführung von Qualitätsprüfungen ... 22

Zu Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) ... **23**

§ 73d (neu): Selbständige Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, selbstständige Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachperson, Evaluation ... 23

§ 73d (neu): Selbstständige Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, selbstständige Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachperson, Evaluation ... 25

Ergänzender Änderungsbedarf ... **27**

§ 40 Absatz 2 SGB XI: Forderung nach Entbürokratisierung für Pflegehilfsmittel zum Verbrauch ... 27

Grundsätzliche Anmerkungen

Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz will der Gesetzgeber nicht nur auf den demografischen Wandel reagieren, sondern insbesondere die pflegerischen Versorgungsstrukturen zu Gunsten der Pflegenden sowie der Betroffenen verbessern, Effizienzpotentiale heben und Prävention auch in der ambulanten Pflege verankern.

Klare Bestimmung der Pflegekompetenzzuweisung

Die Innungskrankenkassen begrüßen, dass die Rahmenbedingungen für die professionell Pflegeenden verbessert und die Pflegefachpersonen nach ihren Kompetenzen eingesetzt werden sollen. Voraussetzung für eine nachhaltige Stärkung der pflegerischen Versorgung ist dabei, die geplante Kompetenzverteilung anhand bundeseinheitlicher Qualitäts- sowie klarer Abgrenzkriterien zwischen den jeweiligen Berufsgruppen festzulegen. Damit die Pflegefachpersonen effektiv – d. h. auch entsprechend ihrer Ausbildung, ihren Fähig- und Fertigkeiten – eingesetzt werden können, ist eine genaue Ausgestaltung der Umsetzung vorzunehmen.

Ebenso unterstützen die Innungskrankenkassen die konsequente Weiterentwicklung und beabsichtigte Aufwertung des pflegerischen Berufsbildes im Geiste der handwerklichen Tradition, insbesondere im Hinblick auf die zunehmend selbständige Heilkundeausübung durch professionell Pflegende. Letzteres erscheint im Rahmen des internationalen Vergleichs „gesundheitshandwerklicher“ Berufsbilder längst überfällig.

Innovative und quartiersnahe Wohnformen stärken - gemeinsame Gestaltungsmöglichkeiten von Kommunen und Pflegekassen schaffen

Grundsätzlich befürworten die Innungskrankenkassen, den Nachhaltigkeitsansatz der beabsichtigten Regelungen zur pflegerischen Versorgung in innovativen und quartiersnahen Wohnformen zu stärken, das Leistungsrecht im Bereich niedrigschwelligen Betreuungs- und Versorgungsangebote vor Ort zu vereinfachen und die Kommunen in ihrer Verantwortung hinsichtlich einer bedarfsgerechten und regional abgestimmten Versorgung von Menschen mit Pflegebedürftigkeit heranzuziehen.

Die Stärkung der pflegenden An- und Zugehörigen – als wichtigste Säule bei der Versorgung – durch den Ausbau der niedrigschwelligen Entlastungsangebote wird von den Innungskrankenkassen besonders begrüßt. Auch die Stärkung der Pflegestrukturen sowie niedrigschwelliger Angebote und innovativer Versorgungsformen im Quartier sind für die Innungskrankenassen bedeutende Faktoren, um dem demografischen Wandel zu begegnen.

Bei der Planung der Pflegeinfrastruktur sehen die Innungskassen die Kommunen und die Bundesländer in der Verantwortung, um eine bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit einer Pflegebedürftigkeit zu gewährleisten und die pflegenden An- und Zugehörigen zu unterstützen. Denn es gehörte schon immer zu den originären Aufgaben der Kommunen, sich in diesem Bereich zu engagieren. Dass dies allerdings nicht immer der Fall war und ist, zeigt sich z. B. daran, dass sich die Kommunen in bestimmten Regionen nur unzureichend an der Aufgabe der Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstrukturen beteiligen.

Nach dem nun vorliegenden Gesetzesentwurf sollen Kommunen künftig mehr Mitgestaltungsmöglichkeiten bei der pflegerischen Versorgung vor Ort erhalten, die Länder sollen landesrechtlich regeln können, ob bzw. wie eine kommunale Pflegestrukturplanung zu gestalten ist. Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist das jedoch nicht ausreichend, da wieder einmal der Selbstverwaltung, hier den Pflegekassen, kein Mitbestimmungsrecht verbindlich eingeräumt wird. Dabei haben in der Vergangenheit die Landesverbände der Pflegekassen diese Aufgaben verantwortungsbewusst gemeinsam mit den Kommunen und anderen Kassenarten wahrgenommen und werden dies zum Wohl der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen weiter forcieren. Der Gesetzgeber ist insofern gefordert, den Gesetzesentwurf entsprechend nachzujustieren.

Prävention im ambulanten Pflegebereich

Die Prävention auch im ambulanten Pflegebereich gesetzlich zu normieren, ist für die Innungskrankenkassen sachgerecht. Denn der möglichst lange Erhalt von Mobilität, weitestgehender Selbstbestimmung und damit verbundener Lebensqualität ist die beste Voraussetzung, den nächsten Schritt, die stationäre Pflege, zu verzögern bzw. zu verhindern sowie Ressourcen im Pflegebereich zu schonen bzw. zielführend anderweitig einzusetzen.

Vor diesem Hintergrund ist das gesetzgeberische Ziel, die Prävention im Rahmen des SGB XI zu stärken, mitzutragen. Die individuellen Präventionsangebote der Krankenkassen sollten dabei jedoch Berücksichtigung finden. Im Weiteren ist darauf zu achten, dass die Abgrenzung zur Prävention im Bereich des SGB V eindeutig und trennungsscharf gestaltet wird.

Fehlkalkulationen bei der Finanzierung vermeiden

Was die Angaben im Gesetzentwurf zu den Haushaltsausgaben der Sozialen Pflegeversicherung angeht, so sehen die Innungskrankenkassen diese kritisch. Die genaue Herleitung des Minderbedarfs durch gemeinschaftliches Wohnen muss hier detaillierter und nachvollziehbar dargestellt werden, um eine Fehlkalkulation bei der derzeit mehr als angespannten finanziellen Lage in der Sozialen Pflegeversicherung zu vermeiden.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Referentenentwurfes. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-SV, deren Inhalt zuvor mit den Innungskrankenkassen abgestimmt wurde, verwiesen.

Kommentierung

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 5 Absatz 1a (neu): Prävention in Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege

Beabsichtigte Neuregelung

Pflegefachpersonen können im Zusammenhang einer Beratung nach den §§ 7a und 7c, einer Leistungserbringung nach § 36 oder eines Beratungsbesuchs nach § 37 Absatz 3 eine Empfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches aussprechen. Bedarfserhebung, Beratung und Empfehlung sollen frühestmöglich nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 18b und auch während fortbestehender Pflegebedürftigkeit erfolgen. Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1 bleiben unberührt. (…)

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen es, die Prävention in der häuslichen Pflege auszuweiten. Es wird dafür plädiert, dass hierbei nicht nur die Pflegefachperson, sondern auch die Pflegeberater im Zusammenhang einer Beratung nach §§ 7a und 7c die Befugnisse zur Abgabe einer Empfehlung erhalten. In § 4 der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Absatz 3 Satz 3 SGB XI zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern in der Fassung vom 22. Mai 2018 beinhaltet die Weiterbildung 100 Stunden zu Kenntnissen der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Pflege- und Gesundheitswissenschaften. Pflegeberater können somit in ihrem Einsatzfeld ebenfalls Empfehlungen für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention aussprechen. Damit würde ein größerer Personenkreis herangezogen werden können, um den Eintritt der Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder deren Verschlimmerung entgegenzuwirken.

Änderungsvorschlag

§ 5 Absatz 1a Satz 3 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„Pflegefachpersonen oder Pflegeberater können im Zusammenhang einer Beratung nach den §§ 7a und 7c, einer Leistungserbringung nach § 36 oder eines Beratungsbesuchs nach

§ 37 Absatz 3 eine Empfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches aussprechen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 7

§ 9 Satz 2 (neu): Aufgaben der Länder

Beabsichtigte Neuregelung

Die Länder können durch Landesrecht bestimmen, ob eine kommunale Pflegestrukturplanung vorzusehen ist und inwieweit die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 3, soweit diese bestehen, als Bestandteil der kommunalen Pflegestrukturplanung anzusehen sind.

Bewertung

Die Aufgaben der Länder werden bei dieser Regelung von den Innungskrankenkassen als unzureichend betrachtet. Bereits heute sind die Länder verantwortlich für die Vorhaltung einer pflegerischen Versorgungsstruktur sowie zur Planung von Pflegeeinrichtungen. Eine kommunale Pflegstrukturplanung ist dabei für die Innungskrankenassen ein notwendiges Mittel, um die pflegerische Versorgungsqualität zu gewährleisten.

Änderungsvorschlag

Änderung § 9 Satz 2 (neu):

„Die Länder ~~können~~ bestimmen durch Landesrecht ~~bestimmen~~, ~~ob~~ wie eine kommunale Pflegestrukturplanung vorzusehen ist und inwieweit die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 3, soweit diese bestehen, als Bestandteil der kommunalen Pflegestrukturplanung anzuwenden sind.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 11

§ 12 Absatz 2 (neu): Aufgaben der Pflegekassen

Beabsichtigte Neuregelung

Geplant ist: Die Pflegekassen evaluieren regelmäßig auf Basis der ihnen zur Verfügung stehenden Versorgungsdaten die Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation und informieren die an der Versorgung Beteiligten über ihre Erkenntnisse. Sie stellen den regionalen Gebietskörperschaften auf Anfrage zum Zwecke der kommunalen Pflegestrukturplanung regionale Versorgungsdaten zur Verfügung; die hierfür anfallenden Kosten sind ihnen zu erstatten. Die Aufgabe kann auch auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene vereinbaren Empfehlungen zu Umfang, Struktur, Turnus und möglichen Indikatoren der entsprechenden Datensätze. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Sie sind dem Bundesministerium für Gesundheit bis […] [9 Monate nach Inkrafttreten] vorzulegen.

Bewertung

Die Pflegekassen beziehungsweise Landesverbände der Pflegekassen sollen für die Pflegeinfrastrukturplanung regionale Versorgungsdaten bereitstellen. Kritisch ist hierbei, dass die Pflegekassen beziehungsweise Landesverbände der Pflegekassen bei der Infrastrukturplanung nicht beteiligt werden, aber Dritten – hier kommunale Gebietskörperschaften – Daten zur Verfügung stellen sollen. Dies wird von den Innungskrankenkassen abgelehnt.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 13

§ 17a (neu): Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6

Beabsichtigte Neuregelung

In § 17a Absatz 1 wird geregelt, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6 bis zum 31. Dezember 2025 in Richtlinien fest legten soll.

Gemäß Absatz 3 evaluiert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die in den Richtlinien festgelegten Verfahren in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht, insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen auf die Qualität und Sicherheit der Versorgung und Wirtschaftlichkeitsaspekte, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund sowie der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a. (…)

Bewertung

Die Innungskrankenkassen befürworten grundsätzlich die geplanten Regelungen, bewerten jedoch die vorgegebenen Zeitfenster kritisch. Für die Neufassung der Richtlinien hat das BMG eine Frist bis zum 31. Dezember 2025 vorgesehen. Da jedoch für die geforderte Berücksichtigung der Qualifikationen der empfehlenden Pflegefachpersonen zunächst die Verhandlungen zur Rahmenvereinbarung nach § 73 d SGB V abgeschlossen sein müssen, die ebenfalls eine Frist bis zum 31. Dezember 2025 und eine Konfliktlösungszeitraum via Schiedsverfahren bis zum 31. März 2026 vorsehen, ist das vorgegebene Zeitfenster nicht einzuhalten. Vor diesem Hintergrund ist zwingend eine Fristverschiebung um mindestens zwei Jahre erforderlich. Dementsprechend benötigt es auch für die Evaluierung der Richtlinie eine Fristverschiebung um mindestens zwei Jahre.

Änderungsvorschlag

§ 17a Absatz 1 SGB XI wird wie folgt geändert:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum 31. Dezember ~~2025~~ 2027 in Richtlinien fest (…).“

§ 17a Absatz 3 Satz 2 SGB XI wird wie folgt geändert:

„Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember ~~2027~~ 2029 vorzulegen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 14

§ 18e Absatz 6 (neu): Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen

Beabsichtigte Neuregelung

In § 18e Absatz 6 wird die Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben geregelt.

Nach Nr. 2 ist im Rahmen des Modellprojektes zu prüfen, ob die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Empfehlung eines Pflegegrads sowie weitere Feststellungen und Empfehlungen durch Pflegefachpersonen zukünftig regelhaft erfolgen sollen und wie die regelhafte Durchführung von Feststellungen und Empfehlungen zur Pflegebedürftigkeit durch in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen zukünftig umgesetzt werden kann; insbesondere dazu,

a) für welche Antrags- und Versorgungssituationen ein Verfahren nach Satz 1 in Betracht käme,

b) welche nach § 18b zu treffenden Feststellungen und Empfehlungen für welche Gruppen von Pflegebedürftigen durch in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen getroffen werden können,

c) welche Veränderungen im Verfahren der Begutachtung dafür erforderlich wären.

Bewertung

Im aktuellen Verfahren zur Pflegebegutachtung werden nur unabhängige Gutachter eingesetzt. Mit der neuen Regelung soll ein Modellvorhaben eingeführt werden, indem auch Pflegefachpersonen für das Pflegebegutachtungsverfahren nach den §§ 18a, 18b und 142a beauftragt werden können. Die Aufwertung des pflegerischen Berufs wird hierbei begrüßt, aber die Frage nach dem Neutralitätsgebot gestellt.

Änderungsvorschlag

§ 18e Absatz 6 Nr. 2 SGB XI wird um folgenden Halbsatz ergänzt:

„d) inwieweit ein Interessenskonflikt besteht, wenn nicht unabhängige Gutachter eingesetzt werden.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 25

§ 45a Absatz 4 Nr. 3 a) und 6 (neu): Angebote zur Unterstützung im Alltag, Verordnungsermächtigung

Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 45a Absatz 4 können Angebote durch Einzelhelfende, die im selben Zeitraum nur eine eng begrenzte Anzahl jeweils persönlich benannter Pflegebedürftiger unterstützen (personenbezogen anerkannte Einzelhelfende), von Absatz 2 auch anerkannt werden, wenn

> 3. von den Einzelhelfenden in Textform eine Erklärung abgegeben wird, dass sie darüber informiert worden sind,
>
> a) an welche konkrete seitens des Landes oder der jeweils zuständigen kommunalen Gebietskörperschaft benannte niedrigschwellige Anlaufstelle sie sich bei Fragen oder Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Unterstützung von Pflegebedürftigen wenden können sowie (…).

Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zu regeln (Absatz 6).

Bewertung

Die Innungskrankenkassen befürworten, dass die Ausgestaltung der Angebote zur Unterstützung im Alltag einheitlich geregelt werden. Dabei ist es jedoch nicht zielführend, 16 Länderregelungen zuzulassen. Es wird sich insofern für eine bundeinheitliche Regelung ausgesprochen. Einzelheiten sind durch den GKV-Spitzenverband in Richtlinien festzulegen.

Änderungsvorschlag

§ 45a Absatz 4 Nr. 3a wird wie folgt geändert:

„3a. an welche konkrete seitens des Landes oder der jeweils zuständigen kommunalen Gebietskörperschaft benannte niedrigschwellige Anlaufstelle sie sich bei Fragen oder Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Unterstützung von Pflegebedürftigen wenden können sowie (…).“

§ 45a Absatz 6 SGB XI wird wie folgt geändert:

(6) „~~Die Landesregierungen werden~~ Der GKV-Spitzenverband wird ermächtigt, durch Richtlinien das Nähere (…)

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 30

§ 45j (neu): Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c

Beabsichtigte Neuregelung

§ 45j Absatz (3) neu sieht vor: Neben den Ansprüchen nach Absatz 1 und 2 können Leistungen entsprechend der §§ 7a, 39a, 40 Absatz 1 und 2, §§ 40a und 40b sowie §§ 44a und 45 in Anspruch genommen werden. Bei Pflegegrad 2 bis 5 besteht auch Anspruch auf Leistungen entsprechend § 44 sowie auf Kurzzeitpflege entsprechend § 42 in den Fällen des § 42 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis zu einem Gesamtbetrag in Höhe von 3 539 Euro im Kalenderjahr. Ebenso können Pflegebedürftige Leistungen nach § 37 des SGB V in Anspruch nehmen.

Bewertung

Die Förderung und der Ausbau von alternativen Wohnformen werden von den Innungskrankenkassen unterstützt. Allerdings sollte hier eine Klarstellung erfolgen, ob weiterhin Pflegegeld in der beschriebenen Form geleistet werden kann. Falls das Pflegegeld nicht weiterhin bezogen werden darf, könnte der Anreiz zur Inanspruchnahme fehlen.

Änderungsvorschlag

Klarstellung neben Absatz 1 und Absatz 2, dass auch Pflegegeld nach § 37 SGB XI in Anspruch genommen werden kann, wenn keine Leistung nach § 36 in Anspruch genommen wird.

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 33

§ 72 Absatz 1a (neu): Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

Die Pflegekassen und Landesverbände der Pflegekassen werden bei der Pflegestrukturplanung nicht beteilig; insofern sollten diese auch keine Daten Dritten zur Verfügung stellen. Die Beachtung der benannten Empfehlungen vor Abschluss des Versorgungsvertrages kann zum Zeitverzug führen. Darüber hinaus sollte geprüft werden, ob der Kontrahierungszwang zur Zulassung der Pflegeeinrichtung noch Bestand hat.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 34

§ 73a Absatz 1 und 3: Sicherstellung der pflegerischen Versorgung

Beabsichtigte Neuregelung

§ 73a Absatz 1 und 3 sehen vor:

Absatz 1: Im Fall einer absehbaren oder bereits eingetretenen wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung ist der Träger einer nach § 72 zugelassenen Pflegeeinrichtung verpflichtet, diese umgehend gegenüber den Pflegekassen als seinen Vertragspartnern anzuzeigen. Es genügt die Anzeige an eine als Partei des Versorgungsvertrages beteiligte Pflegekasse. Die von der Pflegeeinrichtungen versorgten Pflegebedürftigen sind hierüber zu informieren. (…)

Absatz 3: Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals zum Stichtag 1. Januar 2025 und danach halbjährlich über die Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge sowie die Pflegeplätze in den einzelnen Versorgungsbereichen. Der Bericht ist nach Bundesländern zu differenzieren und spätestens sechs Wochen nach dem Stichtag vorzulegen. Dieser enthält neben den numerischen Angaben auch Bewertungen der Pflegekassenverbände zur Versorgungssituation in den einzelnen Ländern.

Bewertung

Eine Beeinträchtigung der Leistungserbringung soll gegenüber allen Vertragsparteien erfolgen, sofern nicht eine federführende Vertragspartei benannt ist. Hierbei soll die Informationsweitergabe gewährleistet werden.

Es ist vorgesehen, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesministerium für Gesundheit halbjährlich über die Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge sowie Pflegeplätze in den einzelnen Versorgungsbereichen berichten soll. Dabei soll er auf Daten zugreifen, die er jedoch nicht erheben kann. Die Pflegekassenverbände sollen in dem Zusammenhang Daten an Dritte weiterreichen. Dies stellt jedoch keine originäre Aufgabe der Pflegekassenverbände dar. Unabhängig davon, ist nicht nachvollziehbar, zu welchem konkreten Zweck die Berichterstattung erfolgen soll. Der administrative Aufwand steht dabei in keinem Verhältnis.

Änderungsvorschlag

Absatz 1 ist wie folgt zu fassen:

„Im Fall einer absehbaren oder bereits eingetretenen wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung ist der Träger einer nach § 72 zugelassenen Pflegeeinrichtung verpflichtet, diese umgehend gegenüber den Pflegekassen als seinen Vertragspartnern anzuzeigen. ~~Es genügt die Anzeige an eine als Partei des Versorgungsvertrages beteiligte Pflegekasse.~~ Die Anzeige erfolgt gegenüber allen Vertragsparteien, solange nicht eine federführende Vertragspartei benannt ist. Die von der Pflegeeinrichtungen versorgten Pflegebedürftigen sind hierüber zu informieren.“

Streichung Absatz 3.

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 37

§ 86a Absatz 3 (neu): Verfahrensrichtlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen

Beabsichtigte Neuregelung

Zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Verfahren mit dem Ziel des Abschlusses weitsichtiger Pflegesatz- und Pflegevergütungsvereinbarungen sind auf Bundesebene Empfehlungen nach dem Verfahren gemäß § 75 Absatz 6 bis zum [zu ergänzen: neun Monate nach Inkrafttreten] abzugeben.

Bewertung

Die bundeseinheitlichen Verfahrensrichtlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen werden begrüßt. Die Erstellung von einheitlichen Vorgaben für die Pflegesatzverhandlungen stellt jedoch aufgrund unterschiedlicher Strukturen auf Landesebene eine kaum zu bewältigende Herausforderung dar. Der Erstellungszeitraum von neun Monaten wird insofern als zu kurz angesehen. Die Innungskrankenkassen erachten daher einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten für erforderlich.

Änderungsvorschlag

§ 86a Absatz 3 (neu) wird wie folgt geändert:

„3) Zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Verfahren mit dem Ziel des Abschlusses weitsichtiger Pflegesatz- und Pflegevergütungsvereinbarungen sind auf Bundesebene Empfehlungen nach dem Verfahren gemäß § 75 Absatz 6 bis zum [zu ergänzen: ~~neun~~ zwölf/achtzehn Monate nach Inkrafttreten] abzugeben.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 40

§ 92c Absatz 2 (neu): Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen

Beabsichtigte Neuregelung

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene beschließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe spätestens bis zum [zu ergänzen: neun Monate nach Inkrafttreten] Empfehlungen zu den Vertragsinhalten nach Absatz 1; die Erfahrungen auf Basis der bereits durchgeführten Modelle zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach diesem Buch sowie die Vorgaben des Elften Kapitels zur Qualitätssicherung gemeinschaftlicher Wohnformen im Sinne des Absatzes 1 sind ebenso zu berücksichtigen wie jeweils vorliegende Erkenntnisse aus den Modellprogrammen nach § 8 Absätze 3a und 3b.

Bewertung

Die einheitlichen Empfehlungen zu den Vertragsinhalten in gemeinschaftlichen Wohnformen werden begrüßt. Da hierbei die Erfahrungen aus den Modellprogrammen und die Regelungen aus dem SGB XI und SGB V in Einklang gebracht werden sollen, wird die zeitliche Vorgabe von nur neun Monaten als zu kurz erachtet. Insbesondere müssen hierbei vertragsrechtliche, leistungsrechtliche sowie qualitative Anforderungen an die gemeinschaftliche Wohnform beachtet werden. Die Innungskrankenkassen halten daher einen Zeitraum von mindestens 18 Monaten für erforderlich.

Änderungsvorschlag

§ 92c Absatz 2 wird wie folgt geändert:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene beschließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der

Eingliederungshilfe spätestens bis zum [zu ergänzen: ~~neun~~ **achtzehn** Monate nach Inkrafttreten] Empfehlungen zu den Vertragsinhalten nach Absatz 1; (…)“

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 47

§ 114 Absatz 1a (neu): Durchführung von Qualitätsprüfungen

Beabsichtigte Neuregelung

Die Prüfaufträge nach Absatz 1 sollen ab dem 1. Januar 2026 auf digitalem Wege erteilt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen errichtet hierfür im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Planung, zur Auftragsvergabe und zur Durchführung von Qualitätsprüfungen bis zum 31. Oktober 2025 eine Daten- und Kommunikationsplattform. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit zehn Prozent an den Kosten für den Aufbau und den Betrieb der Daten- und Kommunikationsplattform. Die Plattform enthält aktuelle einrichtungsbezogene Daten und Informationen, insbesondere zu Anzahl und Art der durchgeführten Prüfungen sowie für den vollstationären Bereich zu unangemeldeten Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3 und zu Verlängerungen des Prüfrhythmus nach § 114c. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erstellt auf Grundlage der Daten- und Kommunikationsplattform statistische Datenauswertungen zur Anzahl der erteilten Prüfaufträge und durchgeführten Qualitätsprüfungen in vollstationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie in gemeinschaftlichen Wohnformen, zur Prüfquote des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie zur Anzahl der Verlängerungen des Prüfrhythmus nach § 114c und der unangemeldeten Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3.

Bewertung

Die geplante zeitliche Umsetzung und der finanzielle Aufwand für eine Daten- und Kommunikationsplattform wird vor dem Hintergrund der Nutzenbewertung als kritisch betrachtet. Eine bundeseinheitliche elektronische Übermittlung ist im Rahmen der Digitalisierung sinnvoll. Fraglich bleibt, ob es dafür einer neuen Plattform bedarf. Der prognostizierte finanzielle Aufwand wird vor dem Hintergrund von IT-Tagessätzen zur Programmierung gesehen, auch für den Fall, falls eine Angliederung an bestehende Systeme erfolgt. Darüber hinaus sind der Spitzenverband Bund und andere benannte Organisationen hier nicht Dateninhaber, sondern die Landesverbände der Pflegekassen, welche die Prüfungen in Auftrag geben.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 73d SGB V (neu): Selbständige Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, selbstständige Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachperson, Evaluation

§ 73d Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

In § 73d Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V (neu) soll geregelt werden:

„2. einen Katalog an Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, die Pflegefachpersonen, 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, (…)."

Bewertung

Pflegefachpersonen sollen künftig auf Grundlage des nach Absatz 1 zu schließenden Rahmenvertrags im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung selbständig heilkundlich tätig werden. Die Kompetenzen für Pflegefachpersonen sollen u. a. dahingehend erweitert werden, dass die selbständige Entscheidung über die Ausstellung von Folgeverordnungen bei einzelnen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege und der für die Ausführung dieser Leistungen benötigten Hilfsmittel ermöglicht wird. Ein Katalog dieser Maßnahmen einschließlich der hierfür benötigten Hilfsmittel soll im Rahmenvertrag vereinbart werden. Die Möglichkeit zur Ausstellung von Folgeverordnungen soll dabei nach der vorhandenen Qualifikation der Pflegefachperson gestaffelt werden.

Laut Gesetzesbegründung sollen Pflegefachpersonen z. B. je nach vorhandener Qualifikation auch Folgeverordnungen für Hilfsmittel und Materialien zur Insulinbehandlung oder Folgeverordnungen zur Versorgung von chronischen Wunden ausstellen dürfen. Auch Folgeverordnungen in anderen Bereichen wie z. B. bei Ernährungs- und Ausscheidungsproblemen, Tracheostoma, akuter oder chronischer Beeinträchtigung der Atmung, aber auch in der Intensivversorgung und der psychiatrischen Versorgung wären möglich.

Diese Regelungen sind im Hinblick auf den Schutz der Pflegebedürftigen äußerst kritisch zu beurteilen, denn damit erhalten Pflegefachpersonen ärztliche Entscheidungsbefugnisse

übertragen. Die Möglichkeit der Verordnung von Hilfsmitteln, wie die in der Gesetzesbegründung genannten Hilfsmittel zur Insulinbehandlung, Versorgung von chronischen Wunden, Tracheostoma usw. stellt insofern eine bedenkliche Kompetenzausweitung dar.

Vor diesen Hintergrund bedarf es aus Sicht der Innungskrankenkassen zwingend einer Konkretisierung dahingehend im Gesetzestext, dass sich die Kompetenz der Pflegefachperson auf Folgeversorgungen von bereits vorhandenen Hilfsmitteln beschränkt, die für die Leistungserbringung der häuslichen Krankenpflege erforderlich sind und deren Einsatz keinen Eingriff in die Therapieentscheidung des Arztes darstellen. Die medizinische Notwendigkeit der Erstversorgung sollte weiterhin vom Arzt festgelegt werden.

Darüber hinaus muss die Verordnung durch Pflegefachpersonen auch im Kontext der bis zum 31. Juli 2027 verpflichtenden E-Verordnung für Hilfsmittel gedacht werden.

Änderungsvorschlag

§ 73d Absatz Satz 1 Nr. 2 SGB V wird wie folgt geändert:

„2. einen Katalog an Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, die Pflegefachpersonen, abhängig von den erworbenen Kompetenzen, selbständig als Folgeverordnung veranlassen können, einschließlich der für diese Maßnahmen benötigten Folgeversorgungen an Hilfsmitteln gemäß § 33, sowie das Nähere zu den Voraussetzungen, zum Verfahren und der Ausgestaltung der Folgeverordnungen, (…)."

Hiermit bedingte Folgeänderung in Artikel 3 Nr. 4

Dem § 33 Absatz 5a SGB V wird folgender Satz angefügt:

„Einer vertragsärztlichen Verordnung steht eine Folgeverordnung einer Pflegefachperson nach den Voraussetzungen des Rahmenvertrages nach § 73d Absatz 1 gleich."

§ 73d Absatz 1 Satz 4 und 6 SGB V (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

In § 73d SGB V (neu) wird die selbständige Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung geregelt. Der bis zum 31. Dezember 2025 zwischen den jeweiligen Spitzenorganisationen zu schließende Rahmenvertrag enthält einen Katalog an erweiterten heilkundlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen sowie einen Katalog an Leistungen (Folgeverordnungen) im Rahmen der häuslichen Krankenpflege und Hilfsmitteln nach § 37 SGB V. Dabei sind Weiterbildungen, die auf bundeseinheitlichen Weiterbildungsstandards der Länder beruhen, verbindlich zu berücksichtigen. Die Partner des Rahmenvertrags können zudem festlegen, ob und unter welchen Voraussetzungen eine einschlägige Berufserfahrung als vergleichbare Qualifikation berücksichtigt werden kann. Die von Pflegefachpersonen erbrachten Leistungen nach Satz 1 Nummer 1 und 2 können bei zugelassenen Ärzten, in medizinischen Versorgungszentren, im Rahmen der Leistungserbringung bei zugelassenen Pflegediensten nach § 132a Absatz 4 und in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 71 Absatz 2 SGB XI erbracht werden.

Bewertung

Nach § 73d Absatz 1 SGB V sollen die Weiterbildungen auf bundeseinheitlichen Weiterbildungsstandards der Länder beruhen. Der Zusatz der Länder ist hierbei nicht nachvollziehbar, weil die Curricula der Pflegeberufe nicht auf der Landesebene erfolgen.

Darüber hinaus sollen die erbrachten Leistungen auch in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 71 Absatz 2 SGB XI erbracht werden. Hierbei besteht ein Dissens zur Regelung nach § 43 Absatz 2 SGB XI, in dem alle Aufwendungen für Leistungen, auch der medizinischen Behandlungspflege, bereits abgegolten sind.

Änderungsvorschlag

Teilweise Streichung wie folgt:

§ 73d Absatz 1 Satz 4 SGB V (neu) wird wie folgt geändert:

„Dabei sind Weiterbildungen, die auf bundeseinheitlichen Weiterbildungsstandards ~~der Länder~~ beruhen, verbindlich zu berücksichtigen.“

§ 73d Absatz 1 Satz 6 SGB V (neu) wird wie folgt geändert:

„Die von Pflegefachpersonen erbrachten Leistungen nach Satz 1 Nummer 1 und 2 können bei zugelassenen Ärzten, in medizinischen Versorgungszentren, im Rahmen der Leistungserbringung bei zugelassenen Pflegediensten nach § 132a Absatz 4 ~~und in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 71 Absatz 2 des Elften Buches~~ erbracht werden.“

Ergänzender Änderungsbedarf

§ 40 Absatz 2 SGB XI: Forderung nach Entbürokratisierung für Pflegehilfsmittel zum Verbrauch

Für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch, wie z. B. Desinfektionsmittel und Schutzmasken, stehen Pflegebedürftigen, die von Angehörigen in ihrer Häuslichkeit gepflegt werden, im Monat 40 Euro zur Verfügung. Die benötigten Mittel werden in der Regel im Sachleistungsprinzip bereitgestellt. Hierfür ist ein Verfahren erforderlich, dass sowohl für die Versicherten als auch für die Pflegekassen sehr aufwendig ist. Die Antragsbearbeitung, die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen und die Abwicklung der Lieferungen erfordern umfangreiche Ressourcen. Diese Bürokratie belastet nicht nur die Pflegebedürftigen und deren Angehörige, sondern auch die Verwaltung der Pflegekassen, was zu ineffizienten Prozessen und erhöhten Verwaltungskosten führt.

Der tatsächliche Versorgungsablauf bleibt jedoch intransparent und animiert einige Leistungserbringer zum Missbrauch des gesetzlichen Anspruchs. Versicherte berichten häufig von Überversorgungen und Betrug durch Pflegeboxen-Anbieter. Darüber hinaus macht sie die aktuelle gesetzliche Regelung unflexibel, wenn sich ihre Bedarfe plötzlich ändern. Maßnahmen, die aktuelle Versorgungssituation über Vertragsverhandlungen zu verbessern, waren leider bislang erfolglos. Zwar konnte der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit Kassenvertretern in unzähligen Verhandlungsrunden in den neuen Verträgen Regelungen bei Vertragsverstößen durchsetzen, jedoch zeigt die Praxis, dass die Umsetzung der vertragsgetreuen Versorgung von den Pflegekassen kaum leistbar ist.

Die Innungskrankenkassen fordern daher im Sinne der Pflegebedürftigen und mit Blick auf die Möglichkeit der Absenkung der Verwaltungskosten, eine Vereinfachung der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch.

Es ist sinnvoll den Bedarf an Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch im Rahmen der ohnehin stattfindenden Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst oder durch Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer Leistungserbringung feststellen zu lassen und die Auszahlung als Nebenleistung mit dem Pflegegeld an die Pflegebedürftigen direkt auszuzahlen. Der Versicherte kann dann nach seinem individuellen Bedarf die benötigten Produkte in Apotheken, Sanitätshäusern und auf dem freien Markt nach eigenem Ermessen erwerben. Den Versicherten wird auf diesem Weg ermöglicht, ihre Kaufentscheidung anhand ihres tatsächlichen Bedarfs unter eigenen Gesichtspunkten treffen zu können. Sie erhalten damit mehr Flexibili-

tät, um die Auswahl der benötigten Produkte einem sich monatlich ändernden Bedarf anzupassen. Die Versorgungsprozesse könnten auf diese Weise ohne Qualitätsnachteile entbürokratisiert und beschleunigt werden. Zugleich könnten kostengünstigere und wirtschaftlichere Beschaffungswege ermöglicht werden, damit der Betrag auch langfristig auskömmlich bleibt.

Regelungsvorschlag

§ 40 Absatz 2 SGB XI wird wie folgt neu gefasst:

„Zur Erfüllung des Anspruchs auf Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln erhalten Pflegebedürftige als Leistung zur häuslichen Pflege, wenn die Durchführung der Pflege zumindest teilweise durch eine Pflegeperson nach § 19 SGB XI erfolgt, einen pauschalen Betrag von 40 Euro monatlich für die Selbstbeschaffung der notwendigen Pflegehilfsmittel. Der Betrag wird von der Pflegekasse erstmalig auf Antrag und nach Bewilligung der Leistung monatlich im Voraus an die pflegebedürftige Person selbst gezahlt, wenn der Bedarf im Rahmen der Pflegebegutachtung nach § 15 SGB XI ff vom Medizinischen Dienst oder durch eine Pflegefachperson festgestellt wurde. Der Geldbetrag wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet in dem der Leistungsanspruch endet. § 118 Absatz 3 und 4 des Sechsten Buches gelten entsprechend, wenn der Betrag für die Zeit nach dem Tod des Berechtigten gezahlt wurde.“