

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

**Stellungnahme**

**zum**

**Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit**

**für ein**

**Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege  
(Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)**

Berlin, 06. März 2023

## Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
<b>Zusammenfassung</b>	<b>3</b>
• Keine neue Bürokratie	5
• Mehrkosten in Leistungsbeträgen angemessen abbilden	5
• Umsetzung der Personalbemessung ermöglichen	6
<b>I.) Stellungnahme zum Referentenentwurf</b>	<b>3</b>
§ 341 Abs. 8 SGB V – ePA und Telematikinfrastruktur	8
§ 7d SGB XI – Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten	10
§ 8 Abs. 7 SGB XI – Verlängerung des Förderprogramms zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf	13
§ 8 Abs. 8 SGB XI – Entfristung Digitalisierungszuschuss	16
§§ 18 bis 18e SGB XI – Begutachtung	18
§ 30 SGB XI – Dynamisierung	20
§ 36 SGB XI – Erhöhung der ambulanten Sachleistungen	24
§ 39 SGB XI – Verhinderungspflege	25
§ 42a SGB XI – Gemeinsamer Jahresbetrag	27
§ 43c SGB XI – Erhöhung vollstationäre Leistungszuschläge	30
§ 55 SGB XI – Beitragssatz	32
§ 72 Abs. 3 Nr. 4 SGB XI – Expertenstandards	33
§ 75 Abs. 1 SGB XI – Veröffentlichung der Rahmenverträge	34
§ 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 11 – Anforderungen an die geeigneten Nachweise	35
§ 108 SGB XI – Auskünfte an die Versicherten	37
§ 113 SGB XI – elektronische Pflegedokumentation	38
§ 113a SGB XI – Expertenstandards	39
§ 113b Abs. 3a SGB XI – öffentliche Sitzungen des Qualitätsausschusses	40
§ 113b Abs. 6 SGB XI – zusätzliche Referentenstelle Qualitätsausschuss	41
§ 113c SGB XI – Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen	42
§ 114c Abs. 1 SGB XI – Prüfrhythmus	46
§ 123 SGB XI – Modellvorhaben	47
§ 125b SGB XI – Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege	48
<b>II.) Weitere Reformvorschläge des bpa</b>	<b>49</b>
1.) Angemessene Berücksichtigung von unternehmerischem Wagnis und der Möglichkeit der Gewinnerzielung	49
2.) Entgeltverhandlungen vereinfachen	50

## **I.) Stellungnahme zum Referentenentwurf Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG**

### **Vorbemerkung**

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)** bildet mit mehr als 13.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-)stationären Pflege, der Behindertenhilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind systemrelevanter Teil der Daseinsvorsorge. Als gutes Beispiel für Public-private-Partnership tragen die Mitglieder des bpa die Verantwortung für rund 395.000 Arbeitsplätze und circa 29.000 Ausbildungsplätze. Die Investitionen in die pflegerische Infrastruktur liegen bei etwa 31 Milliarden Euro. Mit rund 6.700 Pflegediensten, die circa 300.000 Patienten betreuen, und 6.300 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 370.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

### **Zusammenfassung**

**Viele ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen befinden sich in einer schwierigen wirtschaftlichen Lage** und es mehren sich Berichte über Insolvenzen und Betriebsschließungen aus den verschiedensten Trägerbereichen, aus dem Bereich der freien Wohlfahrtspflege, der Familienunternehmen und größerer Träger. Es werden keine Einzelfälle bleiben: 68 Prozent der bpa-Mitgliedseinrichtungen haben in einer aktuellen Befragung mitgeteilt, dass sie Sorgen um ihre wirtschaftliche Existenz in naher Zukunft haben. Mehr als 77 Prozent haben in den letzten drei Monaten signifikante negative Veränderungen Ihres Betriebsergebnisses festgestellt. Das ist beängstigend – vor allem für Pflegebedürftige und deren Familien.

Die Gründe sind fast immer gleich: Die Kombination aus extremen personellen Engpässen und damit einhergehenden Erlöseinbrüchen, Pandemiefolgen, nicht oder nur unzureichend refinanzierter Mehrkosten aus der Tariftreueregelung, einer fehlenden Vergütung des Unternehmerrisikos, steigenden Kraftstoff-, Energie- und Lebensmittelkosten und der ohnehin bestehenden massiven Belastung der Pflegeeinrichtungen führt zu einer toxischen Mischung, die die Einrichtungen zunehmend in die Knie zwingt und in ihrer wirtschaftlichen Existenz gefährdet. Die Auswirkungen auf die pflegerische Infrastruktur sind offenkundig. Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen müssen wegen fehlenden Personals ihre Angebote drastisch einschränken oder ihren Betrieb einstellen.

Die enormen Belastungen und der extrem hohe Druck, mit dem Pflegeeinrichtungen zu kämpfen haben, führen jedoch nicht nur zu einem versorgungspolitischen, sondern auch zu einem gesamtgesellschaftlichen Problem. Die Versorgung der weiter stark wachsenden Zahl pflegebedürftiger Menschen und die dafür notwendigen Milliardeninvestitionen sind nur zu gewährleisten, wenn sich viele Unternehmerinnen und Unternehmer mit der Pflege identifizieren, eigenes Risiko für neue Angebote eingehen und immer neue Arbeitsplätze schaffen. Das aber tun sie nur, wenn sie Rahmenbedingungen vorfinden, in denen es sich planbar und nachhaltig wirtschaften lässt. Wenn dies zunehmend nicht mehr gelingt und sich eine Unterversorgung in der Langzeitpflege verstetigt, hat dies ebenfalls unmittelbare Auswirkungen auf unsere Volkswirtschaft und die Wohlstandssicherung in unserer Gesellschaft:

**Wer für die Pflege seiner Angehörigen auf keine professionelle Unterstützung zurückgreifen kann, ist nicht in der Lage mit seiner Arbeitskraft zur Wertschöpfung beizutragen.**

Ein Angebotsmangel in der Pflege verschärft somit den Fachkräftemangel in allen anderen Wirtschaftsbranchen. Damit diese Entwicklung sich nicht weiter verschärft, **brauchen die Pflegeeinrichtungen ein Sofortpaket zur wirtschaftlichen Absicherung und Unterstützung.**

Der vorliegende Referentenentwurf wird diesen aktuellen Herausforderungen in der Pflege in keiner Weise gerecht. Er gibt keinerlei Antworten auf die existenziellen wirtschaftlichen Bedrohungen. Stattdessen wird mit weiteren bürokratischen Anforderungen sogar noch an der Belastungsschraube gedreht. Es sind daher umfängliche Überarbeitungen erforderlich.

Dazu zählt dringend auch eine gesetzliche Klarstellung zur Refinanzierung der Anwerbekosten für ausländische Pflegekräfte. Hierzu hat das Bundesministerium für Gesundheit eine begrüßenswerte Rechtsauffassung mitgeteilt, deren Umsetzung die Pflegekassen aber verweigern. Der bpa fordert daher den Gesetzgeber auf, im vorliegenden Gesetzentwurf eindeutig festzulegen, dass diese Kosten in den Pflegesatzverhandlungen zu berücksichtigen sind. Andernfalls dürfte sich die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung erheblich erschweren, weil die Pflegeeinrichtungen enorme Anwerbe- und Integrationsaufgaben übernehmen müssten, deren Kosten sie nicht refinanziert bekommen.

Darüber hinaus muss der Gesetzgeber die weiteren, im Koalitionsvertrag bereits vereinbarten Maßnahmen, unverzüglich angehen. Hierzu gehören die

- Herausnahme der Ausbildungskosten aus den Eigenanteilen,
- die Finanzierung der Kosten der medizinischen Behandlungspflege in den Pflegeheimen durch die Krankenkassen und
- die Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen (wie die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige) aus Steuermitteln.

### Keine neue Bürokratie

Der Bürokratieabbau in der Pflege ist ein seit Jahren verfolgtes politisches Ziel, welches mit jeder Gesetzesreform bedauerlicherweise einen weiteren Rückschritt erfährt. Die nun vorgesehenen Regelungen sorgen erneut für zusätzliche Belastungen, die ohne jeden Mehrwert für die Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftigen sind:

- Es wird eine Pflicht für den Anschluss an die Telematikinfrastruktur eingeführt, obwohl die technischen und organisatorischen Voraussetzungen dafür nicht gewährleistet sind. Anstatt für die notwendigen Rahmenbedingungen bei der Digitalisierung der Pflege zu sorgen wie nachhaltige und auskömmliche Finanzierungsmittel zur digitalen Ausstattung in den Einrichtungen wird lediglich ein „Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege“ geschaffen mit Finanzierungsmitteln beim GKV-Spitzenverband – fern von den Bedarfen und Notwendigkeiten in den Pflegeeinrichtungen.
- Stationäre Pflegeeinrichtungen sollen freie Plätze tagesaktuell und Pflegedienste wöchentlich freie Kapazitäten an ein neues Internetportal melden – obwohl beispielsweise eine solche Regelung in Nordrhein-Westfalen bereits eingeführt und sich in der Praxis nicht bewährt hat.
- Leistungserbringer von Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege müssen den Pflegekassen die Leistungserbringung anzeigen und dem Pflegebedürftigen eine Leistungsübersicht übermitteln, obwohl sowohl den Kassen als auch den Pflegebedürftigen auch bisher bereits die entsprechenden Angaben vorliegen.

### Mehrkosten in Leistungsbeträgen angemessen abbilden

**Der bpa bewertet die vorgesehenen Erhöhungen der ambulanten und stationären Sachleistungsbeträge als deutlich zu gering.** Das gilt auch angesichts der Tatsachen, dass die ambulanten Sachleistungen nach § 36 SGB XI zusätzlich zum 1. Januar 2024 um 5% erhöht und die Leistungszuschläge nach § 43 c SGB XI erhöht werden sollen.

Die vorgesehenen Erhöhungen verkennen, wie stark sich die Preise in den vergangenen Jahren erhöht haben und welchen zusätzlichen

Kostenbelastungen die Pflegebedürftigen und Pflegeeinrichtungen ausgesetzt sind. Ausbildungsumlagen, Investitionskosten fehlende Refinanzierung der Behandlungspflege im stationären Sektor, ebenso wie Rentenbeiträge für pflegende Angehörige. Nach teuren vorangegangenen Gesetzen wie dem GVWG sind die für die Pflegebedürftigen finanzierbaren Leistungen zusammengeschrumpft. Die jetzt vorgeschlagenen Leistungserhöhungen reichen nicht aus, um hier echte Entlastungen zu schaffen.

In einem relativ kurzen Zeitraum von fünf Jahren sind die Eigenbeiträge für ambulant versorgte Pflegebedürftige um über 50% gestiegen. Das bedeutet, dass die Mehrkosten von vielen Pflegebedürftigen aus ihren Renten oder Vermögen ganz überwiegend nicht mehr getragen werden können. Was im vollstationären Sektor den Gesetzgeber zur Absenkung der Eigenanteile für Langzeitpflegebedürftige veranlasst hat, genau dieses Mechanismus bedarf es auch für ambulant versorgte Pflegebedürftige. Die zum 01.01.2024 geplante Entlastung durch die Anhebung der Sachleistungsbudgets um 5 % wird bei der derzeitigen Entwicklung in der Tariflandschaft lediglich die zum gleichen Zeitpunkt erwartbare weitere deutliche Preissteigerung etwas abfedern. Eine tatsächliche Entlastung wird nicht erreicht. Die schon heute für viele Pflegebedürftigen prekäre Situation wird durch eine solche viel zu geringe Anpassung der Sachleistungsbeträge überhaupt nicht verbessert. Bereits heute bestehende Probleme werden nicht gelöst.

Auch wenn die Anhebung der vollstationären Leistungszuschläge nicht ausreicht, wird sie vom bpa als Schritt in die richtige Richtung begrüßt. Sie wird gleichwohl nicht verhindern, dass der Eigenanteil weiter steigt, u.a. aufgrund erheblich steigender Löhne, der belastenden Inflationsrate und der gesetzlich normierten Mehrpersonalisierung. Ebenso wie in der stationären Pflege bedarf es auch in der ambulanten Pflege entsprechender Regelungen zur Anerkennung von ausländischen Fachkräften. Diese müssen auch schon während ihres Anerkennungsverfahrens entsprechend eingesetzt werden können. Die Möglichkeit zur Aufstiegsqualifizierung sowie die Einsetzbarkeit in der Behandlungspflege sind in den Regelungen für den ambulanten Bereich zu berücksichtigen.

#### Umsetzung der Personalbemessung ermöglichen

Die vorgesehenen Neuregelungen zur Besetzung von Stellen in den Pflegeheimen, sind ein sehr guter erster Schritt, der vom bpa ausdrücklich begrüßt wird.

Mindestens einjährig qualifizierte Pflegehilfs- und -assistenzkkräfte gibt es in keinem Bundesland in auch nur annähernd der Anzahl, die entsprechend des neuen Personalbemessungssystems erforderlich wäre. Damit dennoch

in den Pflegeheimen mit der Umsetzung der neuen Systematik eines qualifikationsgerechten Personaleinsatzes begonnen werden kann, bedarf es deshalb praxistauglicher Lösungen, die gleichzeitig die Beibehaltung einer hohen Versorgungsqualität sicherstellen.

Die auf den Weg gebrachten Möglichkeiten werden einen Umstieg in die Umsetzung der Personalbemessung überhaupt erst flächendeckend zulassen. Die Maßnahmen ersetzen gleichwohl nicht das Erfordernis struktureller Maßnahmen zur Steigerung der Ausbildungszahlen, dem Erschließen des Beschäftigungspotentials sowie dem erheblichen Ausbau der Anwerbung ausländischer Fachkräfte.

## Zu den Vorschriften im Einzelnen

### Artikel 1, Nr. 2

#### § 341 Abs. 8 SGB V – ePA und Telematikinfrastruktur

##### Vorgeschlagene Neuregelung

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen haben bis zum 1. Juli 2024 alle Voraussetzungen zu erfüllen, um den Zugriff auf die elektronische Patientenakte und den Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 306 umzusetzen.

##### Stellungnahme

Der bpa begrüßt es, wenn die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen schnellstmöglich an die Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen sind und Zugriff auf die elektronische Patientenakte haben. Die Pflegeeinrichtungen sind im Gegensatz zu anderen Leistungserbringern nicht diejenigen, die bei der Digitalisierung auf der Bremse stehen. Das verkennt der Gesetzentwurf leider. In der Begründung heißt es, dass die Frist zur Anbindung gesetzt wurde, um zeitnah alle Pflegeeinrichtungen an TI anzuschließen. Das klingt so, als hinge der Anschluss alleine von der Frist ab. Dem ist aber nicht so. Vielmehr besteht das Problem darin, dass den Pflegediensten und Pflegeheimen weitere Verpflichtungen auferlegt werden sollen, obwohl die technischen und organisatorischen Voraussetzungen dafür nicht gewährleistet sind. Die Anwendungen mit besonderem Nutzen für die Pflegeeinrichtungen, wie das vollelektronische Rezept oder ärztliche Verordnungen, fehlen weiterhin. Die laufenden Modelprojekte zur Erprobung der Telematikinfrastruktur für die Pflegeeinrichtungen verzögern sich und haben bisher keine belastbaren Ergebnisse geliefert. Zudem ist an vielen Stellen die technische Umsetzung unklar, weil sich die Spezifikationen fortlaufend ändern und aktuell zudem keine mobilen Konnektoren etabliert sind. Beim elektronischen Heilberufsausweis für Pflegekräfte fehlt eine gesicherte Refinanzierung der erheblichen Kosten.

Bevor diese elementaren Voraussetzungen nicht geschaffen wurden, darf es keine Verpflichtung für die ambulanten Pflegedienste und die teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen geben, sich verpflichtend an die Telematikinfrastruktur anbinden zu müssen.

In den Gesetzgebungsverfahren zum Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) und dem Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) sprach der Gesetzgeber stets davon, dass Pflegeeinrichtungen sich künftig freiwillig an die Telematikinfrastruktur anbinden könnten. Das ist aus Sicht des bpa

grundsätzlich auch nach wie vor der richtige Weg. Es darf daher keine kurzfristige starre Einführungsfrist geben.

Der Gesetzgeber ist gefordert, auf dem Weg zur fortschreitenden Digitalisierung in der Pflege zunächst die bürokratischen Hemmnisse und die Störfaktoren zu beseitigen und die notwendigen technischen Voraussetzungen zu schaffen. Davon unabhängig haben die Pflegeeinrichtungen ein hohes Eigeninteresse, die digitalen Möglichkeiten so weit wie möglich auszuschöpfen. Viele haben sich schon auf den Weg gemacht und nutzen die digitalen Möglichkeiten – soweit dieses heute schon möglich ist. Die Digitalisierung in der Pflege wird nicht an den Pflegeeinrichtungen scheitern. Einer kurzfristigen Pflicht zur Anbindung an ePA und die Telematikinfrastruktur bedarf es daher nicht.

### Änderungsvorschläge

In § 341 Abs. 8 SGB V wird wie folgt gefasst:

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch **sollten haben** bis zum 1. Juli 2024, **spätestens aber zum 1. Januar 2026** alle Voraussetzungen **zu** erfüllen, um den Zugriff auf die elektronische Patientenakte und den Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 306 umzusetzen. § 360 Absatz 8 gilt unverändert.

§ 360 Abs. 8 SGB V wird wie folgt geändert:

Um Verordnungen nach den Absätzen 5, 6 oder Absatz 7 elektronisch abrufen zu können, **haben sollten** sich Erbringer von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 sowie der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c bis zum 1. Januar 2024, **spätestens aber zum 1. Januar 2026**, Erbringer von Leistungen der Soziotherapie nach § 37a bis zum 1. Januar 2025, **spätestens aber zum 1. Januar 2026** → Heil- und Hilfsmittelerbringer sowie Erbringer der weiteren in Absatz 7 Satz 1 genannten Leistungen bis zum 1. Januar 2026 an die Telematikinfrastruktur nach § 306 anzuschließen.

## **Artikel 2, Nr. 4**

### **§ 7d SGB XI – Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten**

#### **Vorgeschlagene Neuregelung**

Die Landesverbände der Pflegekassen haben ab dem 1. April 2024 für ihr jeweiliges Land ein barrierefreies elektronisches Informationsportal zu betreiben und im Internet öffentlich zur Verfügung zu stellen. Darin sind auch Informationen zu frei verfügbaren Angeboten von allen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie ambulanten Betreuungsdiensten aufzunehmen. Stationäre Pflegeeinrichtungen müssen ab 1. Oktober 2024 freie Plätze in ihren Einrichtungen tagesaktuell melden. Pflegedienste müssen freie Kapazitäten wöchentlich melden.

#### **Stellungnahme**

Was auf den ersten Blick als begrüßenswertes Ziel erscheint, wird in der Praxis zu erheblichen Problemen führen, wenn es als Verpflichtung für die Einrichtungen formuliert wird. Der bpa lehnt deshalb die Meldepflichten entschieden ab. Dies führt zu einem erheblichen bürokratischen Mehraufwand für die Pflegedienste, Einrichtungen der Tagespflege und Pflegeheime – in einer sich verfestigenden Situation der Unterversorgung, in der alle Pflegeeinrichtungen unter einem erheblichen Personalmangel leiden und deswegen allerorten ihre Kapazitäten reduzieren.

Es bedeutet einen enormen Aufwand für die Einrichtungen, eine solche Datenbank zu pflegen. Ohne erkennbaren Nutzen in einer sich verstetigenden Mangellage an Versorgungsangeboten. Es ist in der Praxis selten der Fall, dass z.B. ein Platz in einem Pflegeheim frei wird und der erste Anrufer/die erste Anruferin diesen bekommt. Oft werden zunächst Besichtigungstermine vereinbart, das Zimmer wird zunächst reserviert und steht damit nicht zur Verfügung. Nach der Besichtigung entscheiden sich die Angehörigen gegen dieses Zimmer – es wird wieder verfügbar. Nun hat die Einrichtung jedoch einen Interessenten auf der Warteliste, den sie zurzeit telefonisch nicht erreicht, sie muss das Zimmer also wieder in der Datenbank melden. Dann erreicht sie den Interessenten, ein neuer Besichtigungstermin steht an usw. usw. Bis das Zimmer also neu vergeben ist, wechselt der Platz mehrmals zwischen dem Status verfügbar und belegt. Eine dauernde Änderung der Datenbank wäre notwendig. Meldet die Einrichtung einen freien Platz gar nicht, weil sie bereits eine Warteliste hat und der Platz „so gut wie“ wieder belegt ist, könnte ein „pfiffiger Bürger“, der die Neubelegung ohne zwischenzeitliche Meldung freier Kapazitäten bemerkt, die Einrichtung angreifen und ihr vorwerfen, sich nicht an das Recht zu halten, um sich auf dieser Basis selbst (oder einen Angehörigen) in den Platz „einzuklagen“.

Andersherum wird es Anrufer geben, die bei gemeldeten freien Plätzen anrufen und dann mitgeteilt bekommen, dass der Platz bereits wieder vergeben ist. Eine absolut zeitnahe Berichtigung in der Datenbank wird nämlich schon deshalb nicht möglich sein, weil es z.B. nur die Verwaltungsmitarbeiterin macht, die eine halbe Stelle hat und nur vormittags da ist. Diese Anrufer werden verärgert sein und sich fragen, was dann diese Datenbank überhaupt soll.

Da zudem in einigen Bundesländer (z.B. Nordrhein-Westfalen, vgl. § 23 Abs. 4 WTG DVO) bereits ähnliche Verpflichtungen bestehen, würden Doppelstrukturen geschaffen. Die Erfahrungen in Nordrhein-Westfalen zeigen, dass diese Meldungen keinen wirklichen Nutzen haben. Als frei gemeldete Plätze sind häufig bereits „wieder vergeben“ – nur die Verträge dafür sind häufig noch nicht unterschrieben o.ä. Häufig sind es auch Doppelzimmer-Plätze für Männer, die für die meisten Interessentinnen nicht in Frage kommen. Mitarbeiter der Einrichtungen haben viel Arbeit damit, die Anrufer abzuweisen und die Gründe zu erläutern. Die Pflegeheime in Nordrhein-Westfalen beklagen dabei den administrativen Aufwand, der in keinem Verhältnis zum vermuteten Nutzen steht. Hinzu kommt, dass die Heimaufsichten die Pflegeheime auf die Pflicht zur tagesaktuellen Meldung in Form der täglichen Meldung hinweisen, es entsteht also erheblicher zusätzlicher bürokratischer Aufwand, ohne dass den Pflegebedürftigen, die einen Heimplatz suchen, geholfen wäre.

Angesichts der extremen Belastungen der Einrichtungen und unzähliger sonstiger Meldepflichten sowie des sehr fragwürdigen Nutzens appelliert der bpa nachdrücklich an den Gesetzgeber, die vorgesehene Meldepflicht umzuwandeln in eine freiwillige Meldemöglichkeit. Damit würde die Möglichkeit geschaffen, dass interessierte Einrichtungen freie Kapazitäten melden können, ohne dass für alle anderen eine neue Verpflichtung geschaffen würde.

Besonders kritisch bewertet der bpa beim Vorschlag insbesondere die für Pflegeheime vorgesehene „tagesaktuelle“ Übermittlungspflicht. Das würde bedeuten, dass vollstationäre Einrichtungen jeden Tag – auch jeden Samstag, jeden Sonntag, Heiligabend wie Ostermontag – ihre freien Kapazitäten melden müssten. Das ist völlig realitätsfern. Gerade in kleineren Einrichtungen ändert sich die Belegung nicht so häufig, dass sich eine tägliche Meldepflicht rechtfertigen würde. Da zudem am Wochenende keine Verwaltungskraft anwesend ist, würde das womöglich eine zusätzliche Belastung für Pflegekräfte bedeuten, die am Wochenende und an Feiertagen eine zusätzliche bürokratische Aufgabe übernehmen müssten. Während den Pflegekassen bei der Begutachtung als Frist drei „Arbeitstage“ zugestanden werden, will der Gesetzgeber beim Informationsportal Pflegeheime und ihre Mitarbeitenden mit einer „tagesaktuellen“ Verpflichtung belasten. Das ist nicht akzeptabel und steht in keinem Verhältnis zum Nutzen der Regelung.

Zudem weist der bpa die beim Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft (Seite 46) behauptete „Einsparung“ zurück. Der Gesetzgeber behauptet, dass „die Pflegeeinrichtungen gezielt entsprechend ihrer freien Kapazitäten kontaktiert und Aufwände zur Gewinnung von Kundinnen und Kunden reduziert werden können“. Durch zielgerichtete Anrufe bei freien Einrichtungen würde sich der Aufwand reduzieren. Eine solche Annahme ist durch nichts belegt. Es wird auch weiterhin Pflegebedürftige und Angehörige geben, die entweder das Portal gar nicht nutzen, oder aber auch bei Einrichtungen anfragen, die keine freien Kapazitäten gemeldet haben, weil diese die naheliegendsten sind und geprüft werden soll, ob nicht vielleicht doch noch eine Leistungsaufnahme erfolgen könnte.

### Änderungsvorschläge

§ 7d SGB XI wird wie folgt geändert:

(1) Zur Unterstützung von pflegebedürftigen Personen, ihren Pflegepersonen, weiteren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden, Mitarbeitenden in Sozialdiensten in Krankenhäusern sowie in Beratungseinrichtungen haben die Landesverbände der Pflegekassen ab dem 1. April 2024 für ihr jeweiliges Land ein barrierefreies elektronisches Informationsportal zu betreiben, zu pflegen und für die Nutzung im Internet öffentlich zur Verfügung zu stellen. In dem Informationsportal sind verständlich und übersichtlich allgemeine Informationen zur Pflegeversicherung für pflegebedürftige Personen, ihre Pflegepersonen, weitere Angehörige und vergleichbar Nahestehende, Sozialdienste in Krankenhäusern und für Mitarbeitende in Beratungseinrichtungen sowie

1. ~~tages- oder wochenaktuelle~~ Informationen zu frei verfügbaren Angeboten von allen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie ambulanten Betreuungsdiensten im Sinne des § 71, ...

...

(4) Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Einrichtungen und Anbieter ~~sind können~~ nach Aufnahme in das Informationsportal ~~verpflichtet~~, Änderungen ihrer dort veröffentlichten Informationen ~~unverzüglich~~ an das Informationsportal ~~zu~~ übermitteln. ~~Die in Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 genannten stationären Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, dem Informationsportal ab dem 1. Oktober 2024 tagesaktuell die Angaben zu den bei ihnen frei verfügbaren Kapazitäten (Plätze) zu übermitteln, für ambulante Pflegeeinrichtungen gilt eine wochenaktuelle Meldefrist frei verfügbarer Kapazitäten (Plätze und Angebote, einschließlich gesondert ausgewiesener Hilfen bei der Haushaltsführung).~~

## **Artikel 2, Nr. 5a**

### **§ 8 Abs. 7 SGB XI – Verlängerung des Förderprogramms zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf**

#### **Vorgesehene Neuregelung**

Das Förderprogramm für Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf soll bis 2030 verlängert werden.

#### **Stellungnahme**

Um die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für die Beschäftigten in den Pflegeeinrichtungen zu erleichtern, hat der Gesetzgeber mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz ein entsprechendes Förderprogramm eingeführt. Der bpa hat in seiner damaligen Stellungnahme das Ziel des Gesetzgebers ausdrücklich begrüßt. Gleichwohl wurde bereits damals festgestellt, dass das vorliegende Förderinstrument absehbar keine nachhaltigen Verbesserungen bewirken könne. 7.500 Euro im Jahr als fünfzigprozentiger Zuschuss genügen zur Finanzierung von Schulungs- und Weiterbildungsangeboten. Es kann hingegen nicht erwartet werden, dass die tatsächlich effektiven Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf damit auch nur im Ansatz gegenfinanziert werden können.

Die Realität hat diese Befürchtungen allzu deutlich bestätigt. Knapp 1% der jährlichen Fördersumme wird überhaupt nur in Anspruch genommen. Und selbst hier verteilt sich ein erheblicher Teil ausschließlich auf ausgewählte Coaching-Angebote, die spezifisch zur Nutzung der Fördergelder geschaffen wurden. Wenn an dem Förderprogramm festgehalten werden soll, ist eine erhebliche Überarbeitung erforderlich. Die in der Begründung aufgeführten Ausführungen zur Erarbeitung einer Orientierungshilfe mit der Hoffnung auf bessere Nutzung des Programms ist irreführend. Diese existieren bereits seit fast drei Jahren und haben keinerlei messbare Steigerung der Antragszahlen bedeutet. Eine schlichte Verlängerung des Förderprogramms hilft niemandem und kann das gesetzgeberische Ziel einer besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf erwiesenermaßen nicht erfüllen.

In Anbetracht der bisher verschwindend geringen Wahrnehmung des Programms sollten die Förderbeträge signifikant erhöht werden. Es bietet sich mindestens eine Verdoppelung auf 15.000 € pro Pflegeeinrichtung pro Jahr an. Um die Teilnahme zu fördern, sollte zudem der zu erbringende Eigenanteil auf 10 Prozent gesenkt werden. Dieser Betrag kann als Grundsumme zur Verfügung gestellt werden, die bspw. für Schulungen oder Konzeptentwicklung jederzeit bereitsteht.

Darüber hinaus sollte es jedoch auch eine zweite Anspruchskategorie geben, die die Förderung ausgewählter zusätzlicher Maßnahmen ermöglicht. Bestes Beispiel hierfür sind **Springerdienste**. Diese haben das ausgesprochene Potential einen ausdrücklichen Beitrag zu arbeitnehmerorientierten Arbeitszeiten, gesicherten Dienstplänen und einer Reduzierung der Belastungen zu sorgen. Erste Modellprojekte haben dies eindrücklich bestätigt. Gleichzeitig tragen sie dazu bei, das in der Konzertierte Aktion Pflege vereinbarte Ziel einer signifikanten Reduzierung der Notwendigkeit der Inanspruchnahme von Leiharbeit zu erreichen. Damit aber eine umfassendere Nutzung in der Fläche möglich ist, bedarf es zusätzlicher Finanzierung. In einem Pflegeheim mit 75 Plätzen kann von einem Bedarf von mindestens 3 Springern in Vollzeit ausgegangen werden. Dies entspricht der in Bayern derzeit bevorstehenden Umsetzung. Bei dabei angenommen Personalkosten von bis zu 75.000 € pro Person entstehende erhebliche Kosten, die von den Pflegebedürftigen zu tragen sind. Die Orientierungshilfen für das Förderprogramm nach § 8 Abs. 7 SGB XI benennen Springerdienste ausdrücklich als förderfähig. In Anbetracht der Mitteldiskrepanz ist jedoch offenkundig, dass dies unter den derzeitigen Bedingungen ausgeschlossen ist. Es bedarf daher der zusätzlichen Fördermöglichkeit einer Komplettfinanzierung einer Maßnahme auf Antrag. Für die Pflegeversicherung bedeutet dies keine Mehrkosten, da die insgesamt zur Verfügung stehenden Mittel weiterhin durch § 8 Abs. 7 Satz 1 SGB XI in ihrer Höhe begrenzt sind. Es kann somit kostenneutral ein deutlicher Mehrwert erreicht werden.

Die modellhafte Förderung von Springerdiensten über Förderprogramme kann gleichwohl nur ein Einstieg in die flächendeckende Umsetzung darstellen. Es braucht daher zeitnah eine Regelfinanzierung unter Einbeziehung der Kosten für die Zeitarbeit.

## Änderungsvorschläge

§ 8 Abs. 7 SGB XI wird wie folgt geändert:

(7) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden in den Jahren 2019 bis 2030 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt, um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zu fördern, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern. Förderfähig sind

1. individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind,
2. die Entwicklung von Konzepten für mitarbeiterorientierte und lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung,

3. die Entwicklung von Konzepten zur Rückgewinnung von Pflege- und Betreuungspersonal und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung und
4. Schulungen und Weiterbildungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf sowie zu den Zielen, zu denen nach den Nummern 2 und 3 Konzepte zu entwickeln sind.

Gefördert werden bis zu **50 90** Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein jährlicher Förderzuschuss von ~~7.500~~ **15.000** Euro möglich. **Abweichend von Satz 3 ist auf Antrag auch eine Komplettfinanzierung einer Maßnahme möglich.** Die Landesverbände der Pflegekassen stellen die sachgerechte Verteilung der Mittel sicher. Der in Satz 1 genannte Betrag soll unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen auf die Länder aufgeteilt werden. Antrag und Nachweis sollen einfach ausgestaltet sein. Pflegeeinrichtungen können in einem Antrag die Förderung von zeitlich und sachlich unterschiedlichen Maßnahmen beantragen. Soweit eine Pflegeeinrichtung den Förderhöchstbetrag nach Satz 4 innerhalb eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommen hat und die für das Land, in dem die Pflegeeinrichtung ihren Sitz hat, in diesem Kalenderjahr bereitgestellte Gesamtfördersumme noch nicht ausgeschöpft ist, erhöht sich der mögliche Förderhöchstbetrag für diese Pflegeeinrichtung im nachfolgenden Kalenderjahr um den aus dem Vorjahr durch die Pflegeeinrichtung nicht in Anspruch genommenen Betrag. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene, erstmals bis zum 31. März 2019, Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel durch eine Pflegekasse. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 12 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.

## **Artikel 2, Nr. 5b**

### **§ 8 Abs. 8 SGB XI – Entfristung Digitalisierungszuschuss**

#### **Vorgeschlagene Neuregelung**

Der Digitalisierungszuschuss wird entfristet und um weitere Förderbereiche ergänzt.

#### **Stellungnahme**

Die Digitalisierung der Pflege kann enorme Vorteile für die pflegebedürftigen Menschen, ihre Angehörigen und die Pflegekräfte mit sich bringen. Hierzu sind jedoch umfassende sowie konstante Investitionen in die technische Ausstattung sowie die Schulung der Beschäftigten erforderlich. Die Pflegeeinrichtungen können dies nicht allein stemmen. Dies hat auch der Gesetzgeber erkannt und deshalb mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz einen Digitalisierungszuschuss in § 8 Absatz 8 SGB XI geschaffen. Die Einführung des Zuschusses wurde vom bpa ausdrücklich begrüßt. Gleichwohl hat sich in der Praxis gezeigt, dass verschiedene Anpassungen notwendig sind.

Die Inanspruchnahme der Mittel ist weiterhin nicht flächendeckend. Als problematisch haben sich neben der nur zu 40% erfolgenden Finanzierung auch die engmaschigen Fördervorgaben erwiesen. Es ist deshalb zu begrüßen, dass der Gesetzgeber diese nun erweitern möchte.

Der in der Begründung stehende Verweis auf ein häufig fehlendes WLAN in stationären Pflegeeinrichtungen verwundert. So ist in der Orientierungshilfe des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Anwendung des Digitalisierungszuschusses die Finanzierung eines WLANs für Bewohner sogar explizit ausgeschlossen:

„Eine Förderung ist ausgeschlossen soweit das W-LAN Netz ausschließlich für Bewohner und/oder Angehörige in stationären Pflegeeinrichtungen zur Verfügung steht.“

Der bpa hat bei der Überarbeitung der Orientierungshilfe, als diese Formulierung aufgenommen wurde, ausdrücklich widersprochen und der Orientierungshilfe nicht seine Zustimmung erteilt. Es ist zu begrüßen, sollte das BMG nun seine Einschätzung zur Förderfähigkeit korrigiert haben.

Der zu tragende Eigenmittelanteil von 60 Prozent ist für viele Einrichtungen nicht darstellbar und sollte radikal reduziert werden. Der bpa schlägt vor, dass künftig 25 Prozent durch die Pflegeeinrichtung und 75 Prozent durch den Zuschuss finanziert werden. Die maximale Förderhöhe sollte auf 24.000 Euro gehoben werden. Digitalisierung ist eine Daueraufgabe.

Der Zuschuss jedoch nur einmalig. Dieser Widerspruch muss aufgelöst werden. Es sollte daher ein jährlicher Zuschuss etabliert werden.

Die im Gesetz beispielhaft aufgezählten Fördergegenstände und Herausforderungen in der Digitalisierung offenbaren sehr deutlich, dass die Aufgaben für die Pflegeeinrichtungen erheblich sind. Auch im hier vorliegenden Referentenentwurf kommen mit der verpflichtenden Telematikanbindung oder verschiedenen Meldepflichten neue Aufgaben hinzu. Die Pflegeeinrichtungen sind bei der Sicherung der dauerhaften Refinanzierung jedoch auf sich gestellt. Der Gesetzgeber ist daher gefordert neben Zuschüssen, die insbesondere kleinere Projekte ermöglichen, auch Regelungen zur Gewährleistung der weiteren Kosten, beispielsweise für Investitionen oder IT-Personal, zu schaffen.

Die Frist zur Erarbeitung neuer Richtlinien nach Satz 6 bis 31. März 2023 ist in Anbetracht des laufenden Gesetzgebungsverfahrens offenkundig nicht zu erfüllen und muss korrigiert werden. Die Frist sollte mindestens 8 Wochen nach Inkrafttreten des Gesetzes betragen.

### **Änderungsvorschläge**

§ 8 Absatz 8 Sätze 1-6 SGB XI wird wie folgt geändert:

Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird ein **einmaliger jährlicher** Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um digitale Anwendungen, insbesondere zur Entlastung der Pflegekräfte, zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowie für eine stärkere Beteiligung der Pflegebedürftigen zu fördern. Förderfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen, die beispielsweise die Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastuktur, Investitionen in die IT- und Cybersicherheit, das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren und die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen unterstützen. Förderfähig sind auch die Aus-, Fort- und Weiterbildungen zu digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften in der Langzeitpflege. Gefördert werden bis zu **40 75** Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein einmaliger Zuschuss in Höhe von **12 24 000** Euro möglich. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum **31. März 2023 [einsetzen, acht Wochen nach Inkrafttreten]** Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses, der durch eine Pflegekasse ausgezahlt wird.

## **Artikel 2, Nr. 12** **§§ 18 bis 18e SGB XI – Begutachtung**

### **Vorgeschlagene Neuregelung**

Die Regelungen zur Begutachtung werden umstrukturiert.

### **Stellungnahme**

In der Begründung zu § 18a Abs. 5 SGB XI wird ausgeführt, dass Begutachtungen nicht im Krankenhaus vorgesehen sind. Dem entsprechend wird im bisherigen Gesetzestext das Wort „dort“, das sich auf das Krankenhaus bezog gestrichen.

Begründet wird dieses unter Bezugnahme auf Ziffer 6.1.3 der Begutachtungs-Richtlinien. Aus pflegefachlicher Sicht könne der konkrete Pflegegrad einer Person könne nur in deren Wohnbereich festgestellt werden. Der bpa teilt diese Einschätzung nicht. In Einzelfällen muss es auch weiterhin möglich sein, eine Begutachtung im Krankenhaus durchzuführen, um eine schnelle und reibungslose pflegerische Anschlussversorgung gewährleisten zu können.

Darüber hinaus sollte das Gutachten mit dem Ergebnis der Begutachtung nicht nur dem Versicherten, sondern auch der Pflegeeinrichtung zur Verfügung gestellt werden, wenn der Versicherte dem zustimmt. Für die Pflegeeinrichtung enthält das Gutachten wesentliche Angaben, die die Grundlage für die Leistungserbringung darstellen. Insofern sollte zur Entlastung der Einrichtungen auch eine in der Regel automatische Weiterleitung erfolgen an den pflegerischen Leistungserbringer vorgesehen werden.

### **Änderungsvorschläge**

§ 18a Abs. 5 SGB XI wird wie folgt geändert:

Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und

1. liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
2. wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder
3. wurde mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart,

ist die Begutachtung **dort** unverzüglich, spätestens am fünften Arbeitstag nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

§ 18c Abs. 2 SGB XI wird wie folgt geändert:

Dem Antragsteller wird zusammen mit dem Bescheid das Gutachten übersandt, sofern er der Übersendung des Gutachtens nicht widerspricht. Mit dem Bescheid ist zugleich das Ergebnis des Gutachtens transparent darzustellen und dem Antragsteller verständlich zu erläutern. Der Medizinische Dienst Bund konkretisiert im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens. Die Pflegekasse hat den Antragsteller ebenfalls auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens im Sinne des § 18a Absatz 8 Satz 1 hinzuweisen. Der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen. Die Pflegekasse hat den Antragsteller auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich an die Ombudsperson nach § 278 Absatz 3 des Fünften Buches zu wenden. **Der vom Versicherten gewählten Pflegeeinrichtung nach § 71 wird das Gutachten übersendet, sofern der Versicherte dem nicht widerspricht.**

## **Artikel 2, Nr. 15** **§ 30 SGB XI – Dynamisierung**

### **Vorgeschlagene Neuregelungen**

Die Beträge für Leistungen nach §§ 28 bis 45 SGB XI, also auch die ambulanten und stationären Sachleistungsbeträge, werden zum 1. Januar 2025 um 5% erhöht. Zum 1. Januar 2028 erfolgt eine weitere Anhebung in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, nicht jedoch stärker als der Anstieg der Brutto Lohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum.

### **Stellungnahme**

Der bpa bewertet die vorgesehenen Erhöhungen der ambulanten und stationären Sachleistungsbeträge als deutlich zu gering. Das gilt auch angesichts der Tatsachen, dass die ambulanten Sachleistungen nach § 36 SGB XI zusätzlich zum 1. Januar 2024 um 5% erhöht werden sollen und die vollstationären Leistungszuschläge um 5 bzw. 10% angehoben werden sollen.

Die vorgesehenen Erhöhungen verkennen, wie stark sich die Preise in den vergangenen Jahren erhöht haben und welchen zusätzlichen Kostenbelastungen die Pflegebedürftigen und Pflegeeinrichtungen ausgesetzt sind: Ausbildungsumlagen, Investitionskosten, fehlende Refinanzierung der Behandlungspflege im stationären Sektor ebenso wie Rentenbeiträge für pflegende Angehörige.

In einem relativ kurzen Zeitraum von fünf Jahren sind die Eigenbeiträge für ambulant versorgte Pflegebedürftige um über 50% gestiegen. Das bedeutet, dass die Mehrkosten von vielen Pflegebedürftigen aus ihren Renten oder Vermögen ganz überwiegend nicht mehr getragen werden können. Den Mechanismus, den der Gesetzgeber im vollstationären Sektor zur Absenkung der Eigenanteile für Langzeitpflegebedürftige verankert hat, bedarf es auch für ambulant versorgte Pflegebedürftige.

Um die Situation zu verdeutlichen, werden nachfolgend die Kostensteigerung in der ambulanten Pflege am Beispiel der Preisentwicklung in Mecklenburg-Vorpommern aufgezeigt:

In den letzten fünf Jahren sind dort die Preise für ambulante Pflegeleistungen nach § 36 SGB XI – wesentlich aufgrund der politisch und gesellschaftlich geforderten stetigen Gehaltssteigerungen – um mehr als 56 % gestiegen. An einem konkreten Beispiel aus Mecklenburg-Vorpommern wird erkennbar, dass der maßgebliche Punktwert im Oktober 2017 im

mathematischen Mittel bei 0,0422 Euro lag. Im Januar 2023 beträgt dieser 0,0660 Euro.

**Im Jahr 2017 kostete eine Ganzkörperpflege 13,08 Euro, aktuell liegt der Preis bei 20,46 Euro.**

Im gleichen Zeitraum sind die Sachleistungsbudgets für ambulante Pflegeleistungen nach § 36 SGB XI jedoch nur um 5% gestiegen.

In einem relativ kurzen Zeitraum von fünf Jahren sind die Eigenbeiträge für ambulant versorgte Pflegebedürftige damit um über 50% gestiegen. Das bedeutet, dass die Mehrkosten von vielen Pflegebedürftigen aus ihren Renten oder Vermögen ganz überwiegend nicht mehr getragen werden können. Die zum 01.01.2024 geplante Entlastung durch die Anhebung der Sachleistungsbudgets um 5 % wird bei der derzeitigen Entwicklung in der Tariflandschaft lediglich die zum gleichen Zeitpunkt erwartbare weitere deutliche Preissteigerung etwas abfedern. Die zusätzliche Belastung der Pflegebedürftigen beträgt dann vermutlich nicht 8% oder 10%, sondern dann 3 oder 5 Prozent. Eine tatsächliche Entlastung wird nicht erreicht. Die schon heute für viele Pflegebedürftigen prekäre Situation wird durch eine solche viel zu geringe Anpassung der Sachleistungsbeträge überhaupt nicht verbessert. Bereits heute in der ambulanten Pflege bestehende Probleme werden erneut nicht gelöst, sondern im Gegenteil durch den Gesetzesentwurf extrem verschärft. Denn auch die erforderlichen personellen Entlastungen, analog dem vollstationären Bereich, fehlen komplett. Dazu gehört insbesondere die erleichterte Zuwanderung von Fachkräften und deren Leistungsermöglichung im Anerkennungsverfahren oder die Flexibilisierung der Qualifizierung sowie die Einsetzbarkeit von z. B. QN 3-Kräften im Behandlungspflegebereich.

Besonders kritisch bewertet der bpa auch, dass die für das Jahr 2024 vorgesehene Erhöhung auf 2025 verschoben werden soll. Im Gesetzesentwurf wird diese Verschiebung sogar als Maßnahme aufgeführt, um die Kosten an anderer Stelle zu finanzieren: „In 2024 entstehen einmalige Minderausgaben in Höhe von 3,2 Milliarden Euro aufgrund der Verschiebung der Leistungsdynamisierung um ein Jahr“ (Seite 43). Das bedeutet, dass die Bundesregierung in einem Jahr, in dem nach aktueller Gesetzeslage eine Überprüfung der Sachleistungsbeträge ansteht und in dem die Eigenanteile der Pflegebedürftigen massiv gestiegen sind, die für den 1. Januar 2024 anstehende Erhöhung durch eine Gesetzesanpassung aussetzen will. Das ist genau das falsche Signal – viele Pflegebedürftige und ihre Angehörigen werden mit ihren gestiegenen Kosten weitgehend alleine gelassen. Das ursprüngliche Ziel der Pflegeversicherung – die Abhängigkeit von Sozialhilfe bei Pflegebedürftigkeit zu vermeiden – wird so gefährdet.

Unverständlich ist zudem, dass künftig die turnusmäßige Prüfung, ob die Leistungen der Pflegeversicherung erhöht werden müssen, entfallen soll.

Es bleibt das Geheimnis der Bundesregierung, warum durch zwei einmalige Erhöhungen in den Jahren 2025 und 2028 die Leistungsanpassungen „regelmäßig erfolgen“ und eine regelgebundene, unbefristete Leistungsdynamisierung offensichtlich als nicht erforderlich betrachtet wird. Der bpa setzt sich schon seit vielen Jahren dafür ein, dass es eine vom Gesetzgeber unabhängig festgelegte, regelmäßige Dynamisierung gibt. Dem wird der vorgelegte Vorschlag in keiner Weise gerecht.

Kritisch bewertet der bpa auch die Begrenzung der für den 1. Januar 2028 vorgesehenen Erhöhung. Diese soll angehoben werden in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, nicht jedoch stärker als der Anstieg der Brutto Lohn- und Gehaltssumme. Das heißt, dass die Erhöhung letzten Endes immer maximal begrenzt wird auf die Erhöhung der Personalkosten. Auch wenn es insbesondere durch das GVWG bedingte besonders starke Erhöhungen der Personalkosten gab, zeigen die gestiegenen Energiekosten in Folge des russischen Angriffskriegs auf die Ukraine auch, dass solche Sachkostensteigerungen in nie gekannter Form möglich sind. Der Gesetzgeber wäre gut beraten gewesen, die hohen Inflationsraten anzuerkennen und bei der Dynamisierung nicht auszuschließen.

Insbesondere wenn die Steigerungen von Personalkosten und Sachkosten kumulieren, dann ist das Problem – wie jetzt – besonders extrem. Tatsächliche Kostensteigerungen werden dabei nicht kompensiert. Gleichzeitig erhalten die Einrichtungen keinerlei ausreichende Möglichkeiten, Risikozuschläge zu verhandeln. Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige sollen offensichtlich bewusst auf diesen Kosten sitzen bleiben. Sehenden Auges wird der Sozialhilfeträger belastet und die Einrichtungen in der Existenz bedroht sowie die Sicherstellung der zukünftigen Versorgung gefährdet.

Denn letzten Endes bedeutet die vorgesehene Regelung, dass tatsächliche Kosten bei der Dynamisierung ausgeschlossen werden. In der Begründung wird behauptet, dass sich dadurch ein kontinuierlicherer Verlauf der Dynamisierungsschritte ergebe, weil kurzfristige starke Schwankungen im Bereich der Lebensmittel- und Energiepreise nicht berücksichtigt werden. Diese Argumentation erstaunt. Denn bei der Dynamisierung kann es aus Sicht des bpa kein politisches Ziel sein, dass es einen „kontinuierlicheren Verlauf“, sondern die Dynamisierung soll die Pflegebedürftigen vor einer schleichenden Entwertung ihrer Sachleistungsansprüche durch die Inflation vermeiden und vor Sozialhilfebedürftigkeit schützen.

Die Dynamisierung soll dazu beitragen, dass die finanziellen Belastungen für die Pflegebedürftigen begrenzt werden. Die Erhöhung der Sachleistungen ist dabei aber nur ein Aspekt. Der bpa weist darauf hin, dass für die Pflegebedürftigen weitere Belastungen durch Preisanstiege in den Bereichen von Unterkunft und Verpflegung, Investitionskosten und

Ausbildungskosten entstehen. Deshalb begrüßt es der bpa, dass die Koalitionsfraktionen beschlossen haben, die Ausbildungskosten aus den Eigenanteilen herauszunehmen. Der bpa fordert, dass mit diesem Gesetzentwurf die Pflegebedürftigen entlastet werden, so wie es der Koalitionsvertrag versprochen hat. Zu den aufgezeigten erforderlichen Änderungen bedarf es höherer Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI als sie bisher vorgesehen sind.

### **Änderungsvorschläge**

Die Leistungsbeträge werden zum 1. Januar 2025 nicht um 5 %, sondern um 10% erhöht. Außerdem wird eine Regelung für eine jährliche regelgebundene automatische Dynamisierung zur Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung ab 1. Januar 2026 eingeführt. Dabei ist der bisherige Kaufkraftverlust seit Einführung der Pflegeversicherung zu berücksichtigen. Diese kann jedoch nicht allein an die allgemeine Lohn- oder Preisentwicklung angeknüpft sein, sondern muss die spezifischen, von den politisch gewünschten Gehaltssteigerungen und Personalausweitungen getriebenen Kostenentwicklungen der Pflege berücksichtigen. Daneben ist die gleichwertige Entlastung der ambulant und teilstationär versorgten Pflegebedürftigen, analog dem vollstationären Sektor, ins Gesetz aufzunehmen.

## Artikel 3, Nr. 5

### § 36 SGB XI – Erhöhung der ambulanten Sachleistungen

#### Vorgesehene Neuregelung

Die ambulanten Sachleistungen sollen zum 1. Januar 2024 um 5% erhöht werden.

#### Stellungnahme

Die vorgesehene Erhöhung der ambulanten Sachleistungen ist viel zu gering. Dazu wird auf die Ausführungen oben zur Dynamisierung verwiesen (s. Seite 20). Das dort geschilderte Beispiel aus Mecklenburg-Vorpommern verdeutlicht eindrücklich die Steigerung der Eigenanteile in der ambulanten Pflege um über 50% in den letzten fünf Jahren.

Zudem kritisiert der bpa, dass zum 1. Januar 2024 nur die ambulanten Sachleistungsbeträge angehoben werden sollen, aber die Beträge für die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI, den Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI, die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI, die Tagespflege nach § 41 SGB XI, die Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI usw., nicht erhöht werden sollen. Zur Verhinderungspflege wird auf die Ausführungen auf Seite 25 verwiesen.

#### Änderungsvorschläge

Die ambulanten Sachleistungsbeträge werden zum 1. Januar 2024 um 10% erhöht. Dementsprechend wird § 36 Abs. 3 SGB XI wie folgt gefasst:

In § 36 Absatz 3 wird in Nummer 1 die Angabe „724“ durch die Angabe „~~761~~–~~800~~“, in Nummer 2 die Angabe „1 363“ durch die Angabe „~~1~~–~~432~~ 1500“, in Nummer 3 die Angabe „1 693“ durch die Angabe „~~1~~–~~778~~ 1860“ und in Nummer 4 die Angabe „2 095“ durch die Angabe „~~2~~–~~200~~ 2300“ ersetzt.

## **Artikel 3, Nr. 8**

### **§ 39 SGB XI – Verhinderungspflege**

#### **Vorgesehene Neuregelung**

Der bisher in § 39 SGB XI vorgesehene Leistungsbetrag für Leistungen der Verhinderungspflege wird zusammen mit dem Leistungsbetrag für Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI Bestandteil des gemeinsamen Jahresbetrages nach § 42a SGB XI. Deswegen wird in § 39 SGB XI kein separater Leistungsbetrag mehr genannt. Neu ist, dass die Voraussetzung, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat, wegfällt.

#### **Stellungnahme**

Der bpa lehnt den gemeinsamen Jahresbetrag nach § 42a SGB XI (zur Begründung siehe Seite 27) ab. Dementsprechend ist in § 39 SGB XI weiterhin ein Leistungsbetrag zu nennen. Dieser sollte – ebenso wie der Leistungsbetrag zur Kurzzeitpflege verdoppelt werden.

Der bpa begrüßt den Wegfall der Vorpflegezeit. Damit entspricht der Gesetzgeber einer langjährigen Forderung des bpa (vgl. die Stellungnahme des bpa zum Zweiten Pflegestärkungsgesetz – PSG II vom 28. September 2015, Seite 50). Die Inanspruchnahme von Verhinderungspflege wird erleichtert und der Anspruch auf Verhinderungspflege ist bereits unmittelbar ab Vorliegen des Pflegegrades 2 nutzbar.

#### **Änderungsvorschlag**

§ 39 SGB XI wird wie folgt gefasst:

(1) Ist eine Pflegeperson, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 in seiner häuslichen Umgebung pflegt, wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für den Pflegebedürftigen für längstens acht Wochen je Kalenderjahr; § 34 Absatz 2 Satz 1 gilt nicht. Eine vorherige Antragstellung ist nicht erforderlich. Auf welche Höhe sich die Kostenübernahme für die Ersatzpflege durch die Pflegekasse belaufen darf, bestimmt sich nach den Absätzen 2 und 3.

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

Kalenderjahr höchstens bis auf **3.224 Euro die Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a** belaufen.

(3) Wird die Ersatzpflege durch Ersatzpflegepersonen sichergestellt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen sich die Aufwendungen der Pflegekasse je Kalenderjahr höchstens bis auf **3.224 Euro die Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a** belaufen, wenn die Ersatzpflege von diesen Personen erwerbsmäßig ausgeübt wird. Wird die Ersatzpflege von diesen Personen nicht erwerbsmäßig ausgeübt, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse im Kalenderjahr regelmäßig den für den Pflegegrad des Pflegebedürftigen geltenden Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu zwei Monate nicht überschreiten. Auf Nachweis können von der Pflegekasse bei einer Ersatzpflege nach Satz 2 notwendige Aufwendungen, die der Ersatzpflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, auch über diesen Betrag hinaus übernommen werden. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 2 und 3 zusammen dürfen im Kalenderjahr **3.224 Euro den Gemeinsamen Jahresbetrag nach § 42a** nicht übersteigen.

## Artikel 3, Nr. 10 § 42a SGB XI – Gemeinsamer Jahresbetrag

### Vorgesehene Neuregelung

Die bisher separat in § 39 SGB XI und § 42 SGB XI vorgesehenen Leistungsbeträge für Leistungen der Verhinderungspflege und für Leistungen der Kurzzeitpflege werden in dem neuen Gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege zusammengeführt. Der gemeinsame Jahresbetrag in Höhe von 3.386 Euro entspricht in der Höhe der Summe aus den bisherigen Beträgen für die Verhinderungspflege (1.612 €) und für die Kurzzeitpflege (1.774 €). Leistungserbringer müssen den Pflegekassen die Leistungserbringung anzeigen und dem Pflegebedürftigen eine Leistungsübersicht übermitteln.

### Stellungnahme

Der bpa lehnt den gemeinsamen Jahresbetrag ab. Damit bestünde die Gefahr, dass der politisch gewollte Ausbau der Kurzzeitpflege gefährdet wäre. Denn durch die völlige Flexibilität könnte der komplette Jahresbetrag für die Verhinderungspflege verwendet werden. Für die Kurzzeitpflege bestünde dann kein Budget mehr. Da sich solche Fälle nicht ausschließen lassen, befürchtet der bpa negative Effekte für die Kurzzeitpflege. Der Gesetzgeber hat es sich zum Ziel gesetzt, die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege zu erhöhen. Deswegen wurde durch das GVWG die Regelungen zu einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung für Kurzzeitpflege in 88a SGB XI eingefügt. Diese hat der bpa ausdrücklich begrüßt; allerdings werden diese auch dazu führen, dass sich die Leistungen der Kurzzeitpflege verteuern werden. Umso dringender wäre es gewesen, dass der Gesetzgeber den Sachleistungsanspruch deutlich erhöht. Die Kurzzeitpflege ist eine wichtige Versorgungsform, die vielen Pflegebedürftigen hilft und Angehörige entlastet. Deswegen ist es richtig, die Strukturen für die Inanspruchnahme zu verbessern und es ist notwendig, die Leistungsbeträge deutlich zu erhöhen. Der bpa schlägt daher eine Verdopplung des bisherigen Betrags vor. Die Notwendigkeit zeigt ein Rechenbeispiel:

Der Gesetzgeber sieht eine maximale Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege von acht Kalenderwochen vor (§ 42 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Bei einem derzeitigen Leistungsbetrag von 1.774 € pro Kalenderjahr und einem mittleren Preisniveau von 163 Euro Platzkosten pro Tag genügen die Mittel nur für 20 Tage. Mit Umsetzung der Empfehlungen zur wirtschaftlich tragfähigen Vergütung werden sich die Pflegesätze noch einmal signifikant erhöhen. Aus den 20 Tagen werden in dem Fall eher 15 Tage. Der gesetzliche Acht-Wochen-Anspruch kann nicht annähernd erfüllt werden. Um jedoch zumindest eine Annäherung zu erlauben.

Ebenso wie sich der bpa für eine Stärkung der Kurzzeitpflege einsetzt, fordert er auch eine Aufwertung der Verhinderungspflege, indem die Leistungsbeträge verdoppelt werden (s. Seite 25). Je dramatischer sich der Personalmangel in der Langzeitpflege verfestigt, umso wichtiger ist die Stabilisierung der häuslichen Versorgung. Die Belastung der pflegenden Angehörigen nimmt weiter zu – daher sind sowohl die Verhinderungspflege als auch die Kurzzeitpflege in einem ausreichenden bedarfsgerechten Umfang so bedeutsam. Deswegen setzt sich der bpa für die Verdoppelung der Leistungsbeträge ein. Denn ansonsten droht angesichts absehbar steigender Preise in der Kurzzeitpflege und angesichts der bereits erheblich gestiegenen Preise in der ambulanten Pflege eine erhebliche Leistungsverkürzung in beiden Versorgungsbereichen – obwohl genau das Gegenteil notwendig wäre. Wenn die Belastungen steigen, ist der Gesetzgeber gefragt, Leistungsverkürzungen zu vermeiden.

Zur Umsetzung seiner Vorschläge setzt sich der bpa für eine Streichung des geplanten § 42a SGB XI ein. Sofern der Gesetzgeber dem nicht nachkommt, besteht nachfolgender Änderungsbedarf.

Der bpa lehnt die in § 42a SGB XI vorgesehenen umfassenden zusätzlichen Meldepflichten für die Leistungserbringer ab. Es gibt keinen Grund, eine zusätzliche Anzeigepflicht gegenüber den Pflegekassen im Gesetz zu verankern oder die Pflegeeinrichtungen zu verpflichten, den Pflegebedürftigen unverzüglich eine schriftliche Übersicht über die angefallenen Aufwendungen zu übermitteln. Die Pflegeeinrichtung erstellt dem Pflegebedürftigen bzw. dem Angehörigen im Vorwege einen Kostenvoranschlag, so dass klar ist, welche Leistungen welche Kosten bedeuten und welcher Anteil davon von der Pflegeversicherung gedeckt ist. Durch die Rechnung an den Pflegebedürftigen hat dieser eine genaue Übersicht über die in Anspruch genommenen Leistungen. Da dieser die Rechnung dann für die Kostenerstattung bei der Pflegekasse einreicht, weiß das dann auch die Pflegekasse. Für zusätzliche Bürokratie und doppelte Meldepflichten besteht kein Anlass. Der Gesetzgeber sollte die Inanspruchnahme des gemeinsamen Jahresbetrags nicht unnötige Erschwernisse für die Leistungserbringer belasten. Die Absätze 2 und 3 sollten daher gestrichen werden.

## **Änderungsvorschläge**

§ 42a SGB XI wird nicht eingefügt. Sofern der Gesetzgeber an § 42a SGB XI festhält, sind zumindest die Absätze 2 und 3 zu streichen.

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

(2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von ~~1.774~~ **3.548** Euro im Kalenderjahr. Der Leistungsbetrag nach Satz 2 kann um bis zu ~~1.612~~ **3.224** Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 auf insgesamt bis zu ~~3.386~~ **6.772** Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 angerechnet.

## **Artikel 3, Nr. 15**

### **§ 43c SGB XI – Leistungszuschläge**

#### **Vorgesehene Neuregelung**

Die Leistungszuschläge für die Eigenanteile an den pflegebedingten Aufwendungen in der stationären Pflege sollen ab 1. Januar 2024 erhöht werden:

- für Pflegebedürftige, die bis zu einem Jahr Leistungen erhalten, von 5 % auf 15 %,
- für Pflegebedürftige, die länger als ein Jahr Leistungen erhalten, von 25 % auf 30 %,
- für Pflegebedürftige, die länger als zwei Jahre Leistungen erhalten, von 45 % auf 50 %,
- für Pflegebedürftige, die länger als drei Jahre Leistungen erhalten, von 70 % auf 75 %.

#### **Stellungnahme**

Der seit dem 1. Januar 2022 in den Pflegeheimen geltende Leistungszuschlag hat sich als sinnvolles Mittel der Entlastung erwiesen. Insbesondere Menschen, die länger in einer vollstationären Einrichtung leben profitieren und müssen somit seltener Hilfe zur Pflege in Anspruch nehmen. Der Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege ist deshalb zunächst zurückgegangen.

Die politisch gewünschten Kostenentwicklungen seit Einführung des Leistungszuschlags führen gleichwohl dazu, dass für viele Bewohnende die Entlastung des Zuschlags nach und nach komplett negiert wird. Dies gilt insbesondere für diejenigen, die erst seit kurzer Zeit im Pflegeheim wohnen. Die hier vorgesehenen Erhöhungen des Leistungszuschlags werden vom bpa daher ausdrücklich begrüßt. Sie können dazu beitragen, die Kostenentwicklungen zu begrenzen. Sie werden gleichwohl nicht verhindern, dass der, u.a. aufgrund erheblich steigender Löhne, der belastenden Inflationsrate und der politisch vorgegebenen Mehrpersonalisierung, insgesamt zu tragende Eigenanteil weiter steigt. Neben den pflegerischen Aufwendungen sind auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in den letzten Jahren signifikant gestiegen; allein seit 2018 um 20 Prozent. Der Gesetzgeber muss daher einerseits die Leistungszuschläge stärker erhöhen und andererseits die weiteren, im Koalitionsvertrag bereits vereinbarten Maßnahmen, unverzüglich angehen. Dazu zählt insbesondere die Herausnahme der Ausbildungskosten aus den Eigenanteilen. Beispielhaft sei hier auf Nordrhein-Westfalen verwiesen. Dort zahlen die teil- und vollstationären Bewohner/Gäste durchschnittlich 5,08 EUR pro Tag bzw. 154,53 EUR monatlich. Diese Kosten kommen zu den einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen hinzu. Damit werden die Erhöhungen bei den

Leistungszuschlägen nicht einmal annähernd der Höhe nach den Ausbildungskosten entsprechen.

Wie bereits oben ausgeführt sieht der bpa eine ähnliche Belastungssituation bei ambulant versorgten pflegebedürftigen Menschen. Auch bei diesen bedarf es dringend einer Entlastungsregelung analog § 43c SGB XI.

### **Änderungsvorschläge**

§ 43c wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird die Angabe „5 Prozent“ durch die Angabe „**15 20** Prozent“ ersetzt.
- b) In Satz 2 wird die Angabe „25 Prozent“ durch die Angabe „**30 35** Prozent“ ersetzt.
- c) In Satz 3 wird die Angabe „45 Prozent“ durch die Angabe „**50 55** Prozent“ ersetzt.
- d) In Satz 4 wird die Angabe „70 Prozent“ durch die Angabe „**75 80** Prozent“ ersetzt.

Zur Entlastung der Bewohnenden in Pflegeheimen werden die im Koalitionsvertrag vereinbarten Maßnahmen zur Übernahme der Ausbildungskosten sowie zur systemadäquaten Finanzierung der Kosten der medizinischen Behandlungspflege durch die Krankenversicherung umgesetzt.

## **Artikel 2, Nr. 21** **§ 55 SGB XI – Beitragssatz**

### **Vorgesehene Neuregelung**

In der sozialen Pflegeversicherung soll der allgemeine Beitragssatz zum 1. Juli 2023 um 0,35 auf dann 3,4 Prozentpunkte angehoben werden. Der Beitragszuschlag für Kinderlose soll von 0,35 % auf 0,6 % steigen.

### **Stellungnahme**

Der bpa weist darauf hin, dass mit dieser Reform viele Vorhaben, die im Koalitionsvertrag der Regierungsfractionen für die Pflege angekündigt sind, nicht umgesetzt werden und mit den hier vorgesehenen Beitragssatzerhöhungen auch nicht realisiert werden können. Im Koalitionsvertrag heißt es:

„Die Ausbildungskostenumlage werden wir aus den Eigenanteilen herausnehmen und versicherungsfremde Leistungen wie die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige und die pandemiebedingten Zusatzkosten aus Steuermitteln finanzieren, sowie die Behandlungspflege in der stationären Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung übertragen und pauschal ausgleichen. Den Beitrag zur Sozialen Pflegeversicherung (SPV) heben wir moderat an.“

Wenn der Gesetzgeber diese Vorhaben umsetzen will, muss er sie entsprechend bei der Finanzierung berücksichtigen. Der bpa begrüßt die im Koalitionsvertrag geplanten Maßnahmen, weil sie einen wirksamen Beitrag leisten könnten, um die Eigenanteile der Pflegebedürftigen zu begrenzen. Der bpa setzt sich für eine zeitnahe Umsetzung der angekündigten Vorhaben ein.

### **Änderungsvorschläge**

Keine.

## **Artikel 2, Nr. 26**

### **§ 72 Abs. 3 Nr. 4 SGB XI – Expertenstandards**

#### **Vorgesehene Neuregelung**

Die Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen, die Expertenstandards nach § 113a SGB XI umzusetzen, wird als Voraussetzung für den Abschluss eines Versorgungsvertrags gestrichen.

#### **Stellungnahme**

Der bpa begrüßt diese Regelung. Die verpflichtende Einführung der Expertenstandards hat sich in der Praxis nicht bewährt – hier teilt der bpa die Einschätzung des Gesetzgebers. Zugleich weist der bpa darauf hin, dass mit dieser Gesetzesänderung die Expertenstandards nicht insgesamt abgeschafft werden. Sie gelten weiterhin als wissenschaftliche Orientierungsstandards, können freiwillig angewendet werden und der Medizinische Dienst wird sie bei den Qualitätsprüfungen weiterhin berücksichtigen.

#### **Änderungsvorschläge**

Keine.

## **Artikel 2, Nr. 27a**

### **§ 75 Abs. 1 SGB XI – Veröffentlichung der Rahmenverträge**

#### **Vorgesehene Neuregelung**

Die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI müssen von den Landesverbänden der Pflegekassen veröffentlicht werden.

#### **Stellungnahme**

Der bpa nimmt zur Kenntnis, dass der Gesetzgeber davon ausgeht, dass es in allen Bundesländern Rahmenverträge nach § 75 SGB XI für alle Versorgungsformen gibt und diese nicht bereits veröffentlicht wurden. Diesen Eindruck kann der bpa nicht bestätigen. Denn es liegen nicht in allen Bundesländern alle Rahmenverträge vor. Daher begrüßt der bpa die mit der Veröffentlichungspflicht einhergehende Transparenz für Rahmenverträge auf Landesebene.

Gegen eine Veröffentlichung spricht nichts. Allerdings geht der bpa davon aus, dass alle bestehenden Rahmenverträge auch bisher schon öffentlich zugänglich waren.

#### **Änderungsvorschlag**

Keiner.

**Artikel 2, Nr. 27b****§ 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 11 SGB XI – Nachweise zur Darlegung der prospektiven Sach- und Personalaufwendungen bei den Vergütungsverhandlungen****Vorgesehene Neuregelung**

In den Landesrahmenverträgen sind die Anforderungen an die nach § 85 Absatz 3 geeigneten Nachweise zur Darlegung der prospektiven Sach- und Personalaufwendungen bei den Vergütungsverhandlungen, soweit nicht von den Richtlinien gemäß § 82c Absatz 3 umfasst, zu regeln. Laut Begründung sollen dabei insbesondere auch solche Aufwendungen für die Beschaffung von inländisch oder im Ausland angeworbenem Personal umfasst sein.

**Stellungnahme**

In den Vergütungs- und Pflegesatzverhandlungen kommt es bisher regelmäßig dazu, dass seitens der Kostenträger berechnete Forderungen zur Refinanzierung von Aufwendungen für die Anwerbung von Personal aus dem In- oder Ausland nicht oder nicht in angemessenem Umfang abgelehnt werden. Hinsichtlich der Anwerbekosten ausländischer Pflegekräfte wurden zuletzt seitens der Pflegekassen auf Landes- und Bundesebene auch entsprechende handlungsleitende Hinweise des Bundesministeriums für Gesundheit schlicht abgelehnt. Die dringend notwendigen Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen für die Personalsicherung konnten somit bisher zu häufig nicht in dem Maße erfolgen, wie es für die langfristigen Anforderungen erforderlich wäre.

Vor diesem Hintergrund kann der hier vorgesehene Regelungsauftrag an die Vertragspartner auf Landesebene einen positiven Beitrag leisten.

Der im Referentenentwurf erfolgte Verweis auf die Richtlinien nach § 82c Abs. 3 SGB XI erschließt sich weder formell noch fachlich. Absatz 3 enthält zunächst keine Richtlinie. Sollte Absatz 4 gemeint sein, so muss darauf hingewiesen werden, dass in der dortigen Richtlinie keine Regelungskompetenz für die Vorlage der hier benannten Unterlagen besteht. Eine Regelung der Nachweise im Rahmen einer einseitig vom GKV-Spitzenverband festgelegten Richtlinie, die die Regelungskompetenz der Rahmenvertragspartner einschränkt, wäre nicht akzeptabel. Die verhältnismäßige Ausgestaltung der Informationspflichten zur Erfüllung der Plausibilisierungslast einer Vergütungsforderung ist eine klassische Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung und so auch bisher verortet. Bisher werden die verfahrensrechtlichen Grundsätze für die Pflegesatz- und Pflegevergütungsverhandlungen typischerweise in gemeinsamen Verfahrensvereinbarungen der Pflegesatz- oder Pflegevergütungskommissionen

nach § 86 Abs. 3 SGB XI festgelegt. Diese Regelungen enthalten regelmäßig Vorgaben zur Pflegesatz- oder Pflegevergütungskalkulation und gelegentlich auch zur Plausibilisierungslast. Eine weitere Aushöhlung der gemeinsamen Selbstverwaltung ist abzulehnen. Der Verweis ist daher zu streichen.

### **Änderungsvorschläge**

§ 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 11 SGB XI wird wie folgt geändert:

die Anforderungen an die nach § 85 Absatz 3 geeigneten Nachweise zur Darlegung der prospektiven Sach- und Personalaufwendungen bei den Vergütungsverhandlungen, ~~soweit nicht von den Richtlinien gemäß § 82c Absatz 3 umfasst.~~

In § 89 SGB XI wird folgender Absatz 4 neu hinzugefügt:

**In den Vergütungen sind Aufwendungen für die Anwerbung von inländisch oder im Ausland angeworbenem Personal zu berücksichtigen.**

## Artikel 3, Nr. 19 § 108 SGB XI – Auskünfte an die Versicherten

### Vorgesehene Neuregelung

Auf Wunsch wird den Versicherten regelmäßig jedes Kalenderhalbjahr eine Übersicht über die Leistungen, die sie in Anspruch genommen haben, und deren Kosten übermittelt.

### Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Änderung. In der Begründung dazu heißt es:

„Es wird hier Klarheit hergestellt, inwieweit der Jahresleistungsbetrag hierfür bereits ausgeschöpft ist und inwieweit die Leistungen im Jahresverlauf noch zur Verfügung stehen. Ähnliches gilt in Bezug darauf, inwieweit Kostenerstattungsansprüche bereits ausgeschöpft worden sind oder welche Leistungsbeträge noch verfügbar sind.“

Aus Sicht des bpa ist diese Intention im Gesetzestext selbst nicht eindeutig genug. Es sollte im Gesetzestext festgelegt werden, dass in der Information enthalten ist, inwieweit Ansprüche ausgeschöpft sind.

### Änderungsvorschlag

In § 108 SGB XI werden nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt:

Auf Wunsch wird den Versicherten regelmäßig jedes Kalenderhalbjahr eine Übersicht über die Leistungen, die sie in Anspruch genommen haben, und deren Kosten übermittelt. **Anzugeben ist dabei auch, für welche Leistungen der Jahresleistungsbetrag bereits ausgeschöpft ist und für welche Leistungen im Jahresverlauf noch welche Leistungsbeträge zur Verfügung stehen.** Auf Anforderung erhalten Versicherte von den Pflegekassen Auskunft darüber, welche Leistungsbestandteile im Einzelnen durch Leistungserbringende in Bezug auf die Versicherten zur Abrechnung bei der Pflegekasse eingereicht worden sind; die Informationen sind in für die Versicherten verständlicher Form aufzubereiten. Auf Wunsch erhalten Versicherte eine Durchschrift der von Leistungserbringern bei der Pflegekasse eingereichten Abrechnungsunterlagen.

## **Artikel 2, Nr. 32**

### **§ 113 SGB XI – elektronische Pflegedokumentation**

#### **Vorgesehene Neuregelung**

In den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung in der ambulanten, teilstationären, vollstationären und Kurzzeitpflege nach § 113 SGB XI wird aufgenommen, dass die Pflegedokumentation in der Regel vollständig in elektronischer Form erfolgen kann.

#### **Stellungnahme**

In der Begründung wird zu dieser Maßnahme ausgeführt:

„Die Ergänzung soll sicherstellen, dass alle zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland auch im Bereich der Pflegedokumentation in der Regel von den Möglichkeiten der Digitalisierung profitieren können. Eine vollständig elektronische Dokumentation hat das Potential, im Alltag der Pflegekräfte für optimierte Abläufe und Arbeits erleichterungen zu sorgen.“

Der bpa teilt diese Einschätzung und begrüßt die vorgesehene Regelung ausdrücklich.

#### **Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 2, Nr. 33** **§ 113a SGB XI – Expertenstandards**

### **Vorgesehene Neuregelung**

Die Verpflichtung für die Vertragspartner nach § 113 SGB XI, wissenschaftlich fundierte und fachlich abgestimmte Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege zu entwickeln, wird gestrichen

### **Stellungnahme**

Der bpa begrüßt diese Regelung. Die verpflichtende Einführung der Expertenstandards hat sich in der Praxis nicht bewährt – hier teilt der bpa die Einschätzung des Gesetzgebers. Zugleich weist der bpa darauf hin, dass mit dieser Gesetzesänderung die Expertenstandards nicht insgesamt abgeschafft werden. Sie sind weiterhin zu berücksichtigen und der Medizinische Dienst wird sie bei den Qualitätsprüfungen weiterhin anwenden.

### **Änderungsvorschlag**

Keiner.

**Artikel 2, Nr. 34****§ 113b Abs. 3a SGB XI – öffentliche Sitzungen des Qualitätsausschusses****Vorgesehene Neuregelung**

Die beschlussfassenden Sitzungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses sind in der Regel öffentlich und werden zeitgleich als Live-Video-Übertragung im Internet angeboten sowie in einer Mediathek zum späteren Abruf verfügbar gehalten.

**Stellungnahme**

Der bpa lehnt die beabsichtigte Änderung in dieser Form ab. Die Sitzungen des Qualitätsausschusses sind nicht für ein Live-Streaming geeignet, weil dort Beratungsgegenstände behandelt werden, die der begrenzten Vertraulichkeit bedürfen. Insgesamt sind im Qualitätsausschuss – wie vom Gesetzgeber vorgesehen – alle relevanten Akteure mit Sitz beteiligt. Als Kostenträger sind neben dem GKV-Spitzenverband die Spitzenverbände der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) und die Sozialhilfeträger vertreten. Außerdem sind der Medizinische Dienst (MD) und die Betroffenenvertreter nach § 118 SGB XI sowie alle Verbände der Leistungserbringer beteiligt. Eine Fachöffentlichkeit ist somit immer gewährleistet. Um dem Ansinnen des Gesetzgebers nach mehr Transparenz dennoch nachzukommen, schlägt der bpa vor, dass die Sitzungen in der Regel vertraulich sind, aber der Qualitätsausschuss beschließen kann, diese öffentlich zu machen.

**Änderungsvorschlag**

§ 113b Abs. 3a SGB XI wird wie folgt gefasst:

Die beschlussfassenden Sitzungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses sind in der Regel **vertraulich**; **der Qualitätsausschuss kann mit Mehrheit beschließen diese im Einzelfall öffentlich durchzuführen; und die Sitzungen können dabei werden** zeitgleich als Live-Video-Übertragung im Internet angeboten sowie in einer Mediathek zum späteren Abruf verfügbar gehalten **werden**. Die nichtöffentlichen Beratungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses, insbesondere auch die Beratungen in den vorbereitenden Gremien, sind einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften vertraulich.

## **Artikel 2, Nr. 34**

### **§ 113b Abs. 6 SGB XI – zusätzliche Referentenstelle Qualitätsausschuss**

#### **Vorgesehene Neuregelung**

Der Qualitätsausschuss soll ab dem 1. September 2023 dauerhaft eine zusätzliche Referentenstelle zur Unterstützung der Interessensvertretungen der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen einrichten. Die Interessensvertretungen sollen das Recht haben, die Stelle zu besetzen und den Arbeitsort in Abstimmung mit der Geschäftsstelle zu bestimmen.

#### **Stellungnahme**

Die im Zusammenhang mit der Tätigkeit im Qualitätsausschuss Pflege (QAP) entstehenden Aufwendungen der beteiligten Akteure werden entweder aus den Mitteln der Pflegeversicherung (GKV, PKV und MD) oder im Rahmen von Aufwandsentschädigungen für die Patientenvertreter aus dem Budget der Pflegeversicherung refinanziert. Die Sozialhilfevertreter finanzieren die Belastungen aus Haushalts- und damit Steuermitteln. Die Trägerverbände als wesentlicher Bestandteil des Gremiums müssen die Kosten selbst tragen bzw. aus Mitgliedsbeiträgen bestreiten. Es erschließt sich nicht, weshalb eine der beteiligten Gruppen nunmehr ihre ureigene Aufgabe, die Patientenvertretung, an eine/n zusätzliche/n Referenten/in, die obendrein aus Mitteln der Pflegeversicherung finanziert und als freischwebender Satellit der Geschäftsstelle des QAP fungiert, geschaffen werden soll. Die arbeitsrechtliche Ansiedlung sowie die Erfüllung damit verbundener Pflichten, ohne dass die Träger der Geschäftsstelle Einfluss auf Auswahl der Person, dessen Arbeitsort usw. nehmen soll, erscheint weltfremd. Das bisher weitgehend ausgewogene und filigrane Verhältnis der unterschiedlichsten Interessensvertreter sowie die unbelastete und bisher erfolgreiche Zusammenarbeit der Beteiligten und des ehrenamtlichen Vorstandes des Trägers der Geschäftsstelle der im Bereich der Qualität der pflegerischen Verantwortung tragenden Akteure wird hierdurch gefährdet.

#### **Änderungsvorschlag**

§ 113b Abs. 6 SGB XI wird nicht geändert.

**Artikel 2, Nr. 35****§ 113c SGB XI – Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen****Vorgesehene Neuregelung**

Der Gesetzgeber will die Umsetzung der vollstationären Personalbemessung beschleunigen. Hierzu werden Maßnahmen zur Erleichterung der Besetzung der zusätzlichen Stellen, insbesondere bei den mindestens einjährig qualifizierten Hilfs- und Assistenzkräften, sowie zur Weiterentwicklung der Personalbemessung vorgesehen.

**Stellungnahme**

Der bpa begrüßt das Ziel eines qualifikationsgerechten Personaleinsatzes in den Pflegeeinrichtungen. Um die Umsetzung der bisherigen Vorgaben des § 113c SGB XI zu ermöglichen, fanden im letzten Jahr umfangreiche Gespräche auf Bundesebene statt, die im Ergebnis zu [den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 113c Absatz 4 SGB XI](#) führten. Parallel verhandeln die Landesrahmenvertragspartner über die jeweilige Umsetzung im Land. Im Kern müssen dabei stets die tatsächliche Umsetzbarkeit sowie die Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung stehen. Niemandem ist geholfen, wenn durch allzu strikte Vorgaben ein Abwerbewettbewerb zwischen den Versorgungsbereichen in der Pflege befeuert oder Versorgungsangebote aufgrund nicht erfüllbarer Personalschlüssel reduziert werden müssen. Bis zu einer möglichst weitgehenden Umsetzung der vollstationären Personalbemessung sind zudem erhebliche strukturelle Maßnahmen erforderlich, die in Verantwortung von Bund und Ländern stehen. Als Anlage zu den zuvor genannten Gemeinsamen Empfehlungen gibt es daher eine gemeinsame Erklärung aller Verhandlungspartner über die notwendigen flankierenden politischen Maßnahmen. Diese umfassen:

- Ausbildungskapazitäten absichern und schaffen
- Anerkennung internationaler Berufsabschlüsse stärken
- Beschäftigungspotential erschließen
- ordnungsrechtlichen Rahmen in den Ländern anpassen
- Finanzierung nachhaltig absichern

**§ 113c Abs. 3 und 5 SGB XI – Maßnahmen zur Stellenbesetzung**

Die hier vorliegenden Neuregelungen zur Besetzung von Stellen, sind ein sehr guter erster Schritt, der vom bpa ausdrücklich begrüßt wird. Die auf den Weg gebrachten Möglichkeiten werden einen Umstieg in die Umsetzung der Personalbemessung zulassen. Sie können gleichwohl allenfalls vorübergehend eine teilweise Erleichterung bieten. Sie ersetzen nicht das Erfordernis der zuvor benannten strukturellen Maßnahmen.

Mindestens einjährig qualifizierte Pflegehilfs- und -assistenzkräfte gibt es in keinem Bundesland in auch nur annähernd der Anzahl, die entsprechend des neuen Personalbemessungssystems erforderlich wäre. Damit dennoch in den Pflegeheimen mit der Umsetzung der neuen Systematik eines qualifikationsgerechten Personaleinsatzes begonnen werden kann, bedarf es deshalb praxistauglicher Lösungen, die gleichzeitig die Beibehaltung einer hohen Versorgungsqualität sicherstellen. **Die Ermöglichung langjährig berufserfahrenes Pflegepersonal auf die Stellenschlüssel für mindestens einjährig qualifizierte Pflegehilfs- und -assistenzkräfte anzurechnen, überzeugt.** Die dabei anfallenden Aufgaben werden bereits von eben diesem Personal ausgeübt. Der Übergangszeitraum bis zum 30.06.2028 als spätester Beginn einer entsprechenden mindestens einjährigen Ausbildung ist angemessen. Dies gibt den Ländern die Möglichkeit, die bis dato nicht annähernd ausreichenden Ausbildungsstrukturen auszubauen.

Die Zulassung von Pflegehilfskräften, die eine sogenannte „**Externenprüfung**“ bestanden haben, ist ein wichtiger Schritt zur Eröffnung neuer Beschäftigtenpotentiale. Sie ist gleichzeitig Ausdruck einer verantwortungsvollen Sozial- und Arbeitsmarktpolitik, da sie Menschen, die unter Umständen eine unterbrochene Schul- und Arbeitsbiographie haben, eine Aufstiegschance bietet. Die Länder sind nun gefordert entsprechende Prüfungen anzubieten.

Die Anrechnung ausländischer Fachkräfte, die sich im Anerkennungsverfahren befinden, auf den Fachkraftschlüssel ist eine sinnvolle Maßnahme. Dies ermöglicht dem Personal einen ihrer Qualifikation angemessenen Einsatz und kann weiter dazu beitragen, Anwerbung attraktiver zu gestalten. Gleichwohl muss gefragt werden, wieso es insbesondere für akademisch qualifiziertes Pflegepersonal aus dem Ausland überhaupt derlei Anerkennungsverfahren bedarf. Konsequenterweise sollten diese bei einer mindestens dreijährigen akademischen Ausbildung in einem Pflegeberuf nicht notwendig sein. Im derzeitigen Stellungnahmeverfahren zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Fachkräfteeinwanderung hat der bpa entsprechende Regelungsvorschläge unterbreitet.

#### § 113c Abs. 7 und 8 SGB XI – Weiterentwicklung Personalbemessung

Der bpa versteht das im Koalitionsvertrag angelegte Ziel einer Weiterentwicklung der vollstationären Personalbemessung als Auftrag, die Erkenntnisse aus der Umsetzung in den Ländern, den Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung – insbesondere hinsichtlich der Aufrechterhaltung von Kapazitäten, dem Modellprojekt nach § 8 Abs. 3b SGB XI sowie den strukturellen Gegebenheiten des Arbeits- und Ausbildungsmarkts zusammenzutragen und darauf aufbauend erforderliche Anpassungen vorzunehmen. Dieser Prozess muss ergebnisoffen ausgestaltet sein und muss

eine zentrale Frage beantworten: Käme es durch eine Anpassung der Vorgaben zu einem Abbau an Versorgungsangeboten?

Dies droht stets dann, wenn durch eine Erhöhung der Mindestvorgaben der Personalanhaltswerte nicht länger alle vorzuhaltenden Stellen auch besetzt werden können. Ist dies nicht der Fall, müssen die Träger Plätze abbauen. Dies führt nicht nur zu einer Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz der jeweiligen Einrichtung, sondern insbesondere auch zu einer Rationierung der Pflegeheimplätze.

In den Ländern werden dementsprechend derzeit Mindestpersonalvorgaben verhandelt, die die jeweilige Situation (bestehende Personalschlüsse, vorhandenes Personal, Ausbildungskapazitäten) vor Ort in den Blick nehmen und darauf basierend Vorgaben festlegen. In einem föderalen System mit teils sehr unterschiedlichen Strukturen wird es dabei zwangsläufig zu unterschiedlichen Werten kommen. In Anbetracht, dass diese neuen Mindestvorgaben erst ab dem 1. Juli 2023 gelten, ist es nicht nachvollziehbar, wieso das Bundesministerium für Gesundheit bereits zum Jahresende 2023 neue (Ziel-)Werte festlegen soll. Soweit diese höher liegen als im jeweiligen Land vorgesehen, wären nicht nur jeweils neue Pflegegesetzvereinbarungen erforderlich, sondern auch eine Mehrpersonalisierung, die die Selbstverwaltung aus gutem Grund nicht immer im gleichen Maße wird vorgesehen haben.

Gleiches gilt für die Möglichkeit der verbindlichen Festsetzung von neuen Minimal- und Maximalschlüsseln mit dem Ziel einer Konvergenz der Bundesländer und der möglichst vollständigen Ergebnisse der Studie zum Personalbemessungsverfahren. Zwar ist der Wunsch nachvollziehbar, doch ist die Realität in den Ländern eine andere. Es sollte daher zunächst auf Verschärfungen verzichtet werden, bis die Landesregierungen ihren jeweiligen Verpflichtungen zur Schaffung der strukturellen Voraussetzungen erfüllt und Bund und Länder die Anwerbung ausländischer Pflegekräfte erheblich erleichtert haben.

#### Vergütungszuschläge belassen

Ab dem 1. Juli 2023 sollen keine Anträge für Vergütungszuschläge für zusätzliche Hilfs- und Fachkräfte mehr gestellt werden können. Bestehende Zuschläge sollen bis spätestens 31. Dezember 2025 in den Pflegesatz überführt werden. Für die Pflegebedürftigen bedeutet dies eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung. Insbesondere die Einführung der zusätzlichen Fachkraftstellen nach § 8 Abs. 6 SGB XI war vom Gesetzgeber explizit mit der Verknüpfung des Einstiegs in eine Refinanzierung von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege durch die Krankenversicherung verbunden. Das damalige Ziel des Gesetzgebers ist jedoch – trotz einer entsprechenden Vereinbarung im Koalitionsvertrag – weiterhin nicht erfüllt. Statt der angekündigten Entlastung von diesen Kosten, sollen die Pflegebedürftigen nun vielmehr erneut zusätzlich belastet werden. Der bpa

fordert deshalb die Fortführung der Vergütungszuschläge und die Streichung des § 113c Abs. 6 SGB XI.

**Änderungsvorschlag**

§ 113c Abs. 6, 7 und 8 SGB XI werden gestrichen.

**Artikel 2, Nr. 37**  
**§ 114c Abs. 1 SGB XI – Prüfrhythmus**

**Vorgesehene Neuregelung**

Bisher „kann“ der Prüfrhythmus verlängert werden, wenn die vollstationäre Einrichtung ein hohes Qualitätsniveau nachweist (§ 114c SGB XI). Der Referentenentwurf sieht nun vor, das Ermessen der Pflegekassen einzuschränken, indem aus dem „kann“ ein „soll“ wird. Im Regelfall ist dann eine Prüfung nur noch alle zwei Jahre vorzunehmen.

**Stellungnahme**

Der bpa begrüßt diese Änderung. Wenn die vollstationäre Pflegeeinrichtung das hohe Qualitätsniveau nachweist, gibt es keinen Grund für die Pflegekassen, den längeren Prüfrhythmus nicht zu gewähren.

**Änderungsvorschlag**

Keiner.

## Artikel 2, Nr. 39 § 123 SGB XI – Modellvorhaben

### Vorgesehene Neuregelung

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 50 Millionen Euro je Kalenderjahr im Zeitraum von 2024 bis 2028 regionalspezifische Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier fördern. Die Förderung soll der Erleichterung der Situation der Pflegebedürftigen und deren Pflegepersonen sowie der Schaffung von Transparenz und der Verbesserung des Zugangs zu den vorhandenen Hilfemöglichkeiten dienen. Das Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft muss das Modellvorhaben in gleicher Höhe fördern wie der Spitzenverband Bund der Pflegekassen.

### Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung. Damit können die Kommunen und die Länder unter Beweis stellen, was ihnen die Entwicklung von innovativen Projekten im Quartier wert ist.

Der bpa fordert, dass bei diesen Modellvorhaben die Trägerneutralität beachtet wird, um das Selbstbestimmungsrecht der Pflegebedürftigen gem. § 2 Abs. 2 SGB XI sowie das Gebot der Trägervielfalt nach § 11 Abs. 2 SGB XI zu gewährleisten.

### Änderungsvorschlag

In § 123 Abs. 5 SGB XI wird wie folgt gefasst:

**Bei der Durchführung der Modellvorhaben sind die Vielfalt der Träger von Pflegeeinrichtungen zu wahren sowie deren Selbständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit zu achten.** Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann von den Regelungen des Vierten, des Siebten und des Achten Kapitels abgewichen werden, soweit dies zur Erreichung der Ziele eines Modellvorhabens zwingend erforderlich ist. Eine Förderung kommt nur für Modellvorhaben in Betracht, die die Vorgaben des Grundgesetzes beachten und auch bei einer Übernahme in eine Regelversorgung im Rahmen der Pflegeversicherung verfassungsgemäß wären.

## Artikel 2, Nr. 40

### § 125b SGB XI – Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

#### Vorgesehene Neuregelung

Beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege eingerichtet werden. Es soll u.a. konkrete Empfehlungen insbesondere für Leistungserbringer und Pflegekassen für die Digitalisierung in der Langzeitpflege entwickeln und beim Wissenstransfer zu Themen der Digitalisierung in der Langzeitpflege unterstützen. Für die Einrichtung des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung 10 Millionen Euro im Zeitraum von 2023 bis 2027 zur Verfügung gestellt.

#### Stellungnahme

Der bpa lehnt die Einführung eines solchen Kompetenzzentrums entschieden ab. Der Gesetzgeber verkennt damit die Handlungsnotwendigkeit bei der Digitalisierung in der Pflege. Es bedarf keiner neuer Gremien und Empfehlungen, sondern der Gesetzgeber muss dafür sorgen, dass die Rahmenbedingungen und Voraussetzungen geschaffen werden und die entsprechende Finanzierung gesichert ist. Mit diesem Kompetenzzentrum werden übergeordnete Strukturen beim GKV-Spitzenverband aufgebaut und finanziert. Das ist genau der falsche Weg. Die Strukturen müssen an der Basis, bei den Pflegediensten, Tagespflegen und in den Pflegeheimen vor Ort entstehen, und sie müssen dort finanziert werden. Auf die Einführung des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege sollte daher verzichtet werden und die Finanzmittel den Pflegeeinrichtungen zum strukturellen Ausbau und zur Absicherung von Digitalisierungsprozessen zur Verfügung gestellt werden.

#### Änderungsvorschlag

Der vorgeschlagene § 125b SGB XI wird nicht eingefügt.

## II.) Weitere Reformvorschläge des bpa

Entscheidend für die langfristige Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung und den Erhalt der qualitativ hochwertigen Versorgung ist deren wettbewerbliche Ausgestaltung. Der politisch gewollte Wettbewerb hat pflegebedürftige Menschen und Sozialhilfeträger vor ungebremsten Kostensteigerungen bewahrt und gleichzeitig einen Wettbewerb um Qualität und Innovationen gefördert. **Wer Markt und Wettbewerb in der Pflege in Frage stellt, verschärft die Probleme weiter.**

Dies gilt umso mehr, als bis 2040 allein in stationären Einrichtungen bis zu 109 Milliarden Euro investiert werden müssen. Die Pflegeversicherung finanziert keine pflegerische Infrastruktur und die Länder haben sich aus der Finanzierungsverantwortung längst herausgezogen. Investitionen der privaten Träger sichern ein flächen- und bedarfsdeckendes Angebot.

Dafür schlägt der bpa folgende Maßnahmen vor:

### 1.) Angemessene Berücksichtigung von unternehmerischem Wagnis und der Möglichkeit der Gewinnerzielung

Durch die Möglichkeit einer angemessenen Berücksichtigung des Unternehmerrisikos wird überhaupt erst die Grundlage geschaffen, dass das Risiko des Betriebs einer Pflegeeinrichtung übernommen wird. Ohne eine wirtschaftliche Perspektive ist dem unternehmerischen Handeln der Boden entzogen. Dies würde nicht nur die Existenzgrundlage der privaten, sondern auch der freigemeinnützigen Träger zerstören. Der bpa hat die Mindestanforderungen mit je einer Studie für stationäre und ambulante Einrichtungen herleiten und beziffern lassen. In einem ersten Schritt müssen alle Pflegeeinrichtungen und Dienste in die Lage versetzt werden, ihre Versorgungsaufträge zu erfüllen und die absehbaren Gestehungskosten inklusive der damit verbundenen Risiken finanzieren zu können, ohne absehbar Verluste zu erwirtschaften. Damit ist eine Nulllinie definiert. Für die ambulanten Dienste sind die spezifischen Risiken des Einzelleistungssystems zu berücksichtigen. Daneben und zusätzlich sind die angemessene Finanzierung des Unternehmerrisikos und damit die Möglichkeit der Gewinnerzielung zu vereinbaren. Nur so wird die Investitionsfähigkeit der Pflegeeinrichtungen und Dienste erhalten, eine Finanzierung durch Banken ermöglicht und die Versorgung gesichert. Politische Entscheidungen dürfen künftig das Finanzierungsrisiko der pflegerischen Grundversorgung nicht erhöhen, sondern müssen dieses senken.

## 2.) Entgeltverhandlungen vereinfachen

Um den ins Uferlose steigenden Verhandlungsaufwand wirksam zu begrenzen, werden klarstellende gesetzliche Regelungen benötigt. Hierbei ist deutlich zu machen, dass Entgelte in der Pflege grundsätzlich weiterhin auf zwei Wegen verhandelt und vereinbart werden können. Sowohl reine Preisverhandlungen müssen eindeutig legitimiert bleiben als auch die offenen Fragen beantwortet werden in Zusammenhang mit Verhandlungen, in denen eine kleinteilige Bewertung einzelner Kosten verbunden werden muss mit einer darauf aufbauenden Berücksichtigung des Anteils für Wagnis und Gewinn. Wir benötigen demnach

- sowohl die Möglichkeit der reinen Preisverhandlung ohne detaillierte Nachweisforderungen bis zur Höhe des durchschnittlichen Entgelts
- als alternativ auch die Vereinbarung auf der Grundlage vereinbarter Gehälter mit entsprechenden Nachweispflichten („...die Pflegesätze auf Grundlage der Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbart wurden...“)

Für beide Verhandlungsalternativen muss der Zugang zur Schiedsstelle möglich sein. **Sehr hilfreich wäre aus verhandlungsökonomischer Sicht die ausdrückliche Ermächtigung der Landespflegesatzkommissionen, angemessene Entgelte für eine Musterpflegeeinrichtung zu verhandeln, vereinbaren und fortschreiben zu können, welche dann über ein bloßes Beitrittsverfahren für diejenigen Pflegeeinrichtungen gelten, die keine darüber hinausgehenden Steigerungen begehren. Auch dieses Verfahren muss schiedsstellenfähig ausgestaltet werden.** In einem einfachen Verfahren müssen alle Pflegeeinrichtungen zumindest das durchschnittliche Entgelt ohne weitere Nachweisforderungen vereinbaren können.

Um die Pflegesatz- und Vergütungsverhandlungen im SGB XI und SGB V auf Landesebene zu vereinfachen und zu entbürokratisieren, soll gesetzlich klargestellt werden, dass Entgelte auch kollektiv auf Landesebene entsprechend der spezifischen Kostenentwicklung vereinbart und pauschal fortgeschrieben oder im Streitfall einer gemeinsamen Schiedsentscheidung zugeführt werden können.

Um Entgeltverhandlungen führen zu können, bedarf es einer Klarstellung in § 85 Abs. 7 SGB XI. Dazu muss bei Veränderungen der Voraussetzungen zur Erfüllung der sog. Tariftreuerregelung und der damit zusammenhängenden Gehaltsanpassungen der Pflegeeinrichtung immer die

Anwendung von § 85 Abs. 7 SGB XI auch während der Laufzeit der Vergütungsvereinbarung ermöglicht werden.

Der bpa schlägt zur Umsetzung folgende Gesetzesänderungen vor:

### § 84 Bemessungsgrundsätze

(2) <sup>1</sup>Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. <sup>2</sup>Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, entsprechend den fünf Pflegegraden einzuteilen. <sup>3</sup>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. <sup>4</sup>Die Pflegesätze müssen ~~einem dem jeweiligen Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung~~ ermöglichen, ~~unter Berücksichtigung auch der betrieblich-spezifischen Einzelwagnisse~~ seine Aufwendungen ~~nach § 82c Absatz 1 oder Absatz 2 und seine bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehenden weiteren pflegesatzerheblichen Aufwendungen~~ zu finanzieren, ~~und~~ seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen ~~und eine angemessene Vergütung seines allgemeinen Unternehmerrisikos zu erzielen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos~~. <sup>5</sup>Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen. ~~<sup>6</sup>Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten.~~ <sup>7</sup>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 Kostenträger haben hierfür alle notwendigen Informationen zur Verfügung zu stellen.**

### § 85 Pflegesatzverfahren

**(3a) Abweichend von Absatz 3 Satz 2 bis 5 sind auf Verlangen des Pflegeheims die von der Pflegesatzkommission nach § 86 Absatz 2a Satz 1 empfohlenen pauschalen Veränderungen oder die nach § 86 Absatz 2a Satz 2 empfohlenen Pflegesätze zu vereinbaren. Die Verpflichtung des Pflegeheims zur Vorlage der schriftlichen Stellungnahme der nach heimrechtlichen Vorschriften vorgesehenen Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner bleibt unberührt.**

(4) Die Pflegesatzvereinbarung kommt durch Einigung zwischen dem Träger des Pflegeheimes und der Mehrheit der Kostenträger nach Absatz 2 Satz 1 zustande, die an der Pflegesatzverhandlung teilgenommen haben. Sie ist **unverzüglich** schriftlich abzuschließen. Soweit Vertragsparteien sich bei den Pflegesatzverhandlungen durch Dritte vertreten lassen, haben diese vor Verhandlungsbeginn den übrigen Vertragsparteien eine schriftliche Verhandlungs- und Abschlussvollmacht vorzulegen.

## § 86 Pflegesatzkommission

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

(3) Die Pflegesatzkommission oder die Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 können auch Rahmenvereinbarungen abschließen, die insbesondere ihre Rechte und Pflichten, die Vorbereitung, den Beginn und das Verfahren der Pflegesatzverhandlungen sowie Art, Umfang und Zeitpunkt der vom Pflegeheim vorzulegenden Leistungsnachweise und sonstigen Verhandlungunterlagen näher bestimmen. **Absatz 2a Satz 2 und 3 gilt entsprechend.** Satz 1 gilt nicht, soweit für das Pflegeheim verbindliche Regelungen nach § 75 getroffen worden sind.

## § 87 SGB XI Unterkunft und Verpflegung

<sup>1</sup>Die als Pflegesatzparteien betroffenen Leistungsträger (§ 85 Abs. 2) vereinbaren mit dem Träger des Pflegeheimes die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Entgelte für die Unterkunft und für die Verpflegung jeweils getrennt. <sup>2</sup>Die Entgelte müssen in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen. <sup>3</sup>§ 84 Abs. 3 und 2 bis 4 und die §§ 85 und 86 gelten entsprechend; § 88 bleibt unberührt.

## § 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung

(1) <sup>1</sup>Die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe und der ergänzenden Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. <sup>2</sup>Sie muss leistungsgerecht sein. <sup>3</sup>Die Vergütung muss **einem dem jeweiligen Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, unter Berücksichtigung auch der betrieblich-spezifischen Einzelwagnisse seine Aufwendungen nach § 82c Absatz 1 oder Absatz 2 und seine bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehenden weiteren pflegesatzerheblichen Aufwendungen zu finanzieren, und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerisches und eine angemessene Vergütung seines allgemeinen**

**Unternehmerrisikos zu erzielen.** <sup>4</sup>Eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

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