

**Betreff: Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz - PKG); hier: Verbändebeteiligung
Geschäftszeichen: 70000#00003**

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen der uns zustehenden Beteiligung als Verband nehmen wir zum vorliegenden Referentenentwurf Stellung und beziehen wie folgt Position.

Die ambulante Pflege gewährleistet Selbstbestimmung und Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen in ihrem vertrauten Umfeld. Angesichts rasant steigender Pflegebedarfe, Fachkräfteengpässen und wachsender bürokratischer Hürden fordert der ABVP entschlossene gesetzliche Maßnahmen im SGB XI und SGB V, um ambulanter Versorgungsträger ihre Leistungsfähigkeit und Zukunftsfähigkeit zu sichern.

Finanzielle Refinanzierung

Ambulante Pflegeeinrichtungen operieren am Limit ihrer wirtschaftlichen Spielräume. Unzureichende Refinanzierung von Verhandlungs- und Dokumentationsaufwänden führt zu Unterinvestitionen in Qualitätsverbesserungen und bindet knappe Ressourcen abseits der direkten Pflege.

Ohne adäquate Ausgleichszahlungen bleibt weniger Budget für die Einstellung und Bindung qualifizierten Personals, den Ausbau präventiver Angebote und notwendige Investitionen in Digitalisierung. Das steigert das Risiko von Versorgungsabbrüchen, weil Dienste Personalengpässe durch Auftragserschließungen kompensieren müssen.

Forderung:

1. Controlling-Pauschale (§ 86a Abs. 2, 5 SGB XI): Einführung einer Pauschale von 0,5 % des jährlichen Sachleistungsvolumens zur Deckung zusätzlicher Aufwände bei Pflegesatzverhandlungen, Kostenkalkulation und IT-Integration.
2. Separater Innovationsfonds (§ 78a Abs. 6a SGB XI): Bereitstellung von Fördermitteln für Erprobung und Einführung digitaler Pflegeanwendungen (DiPA) ohne Belastung der regulären Kassenhaushalte.

Bürokratieabbau und Verfahrensoptimierung

Zeitdruck bei Pflegesatzverhandlungen führt in der ambulanten Pflege regelmäßig zu unvollständigen oder falsch kalkulierten Vereinbarungen. Kurzfristige Fristen zwingen Dienste dazu, Kostenpositionen wie Personalbedarf, Fahrt- und Verwaltungsaufwand zu unterschätzen, wodurch sie anschließend unterfinanziert sind und ihre

Wir sind die Ambulanten

Versorgungskapazitäten nicht sicher gewährleisten können. Insbesondere kleine und mittelständische Anbieter ohne eigene Controlling-Expertise geraten so in finanzielle Schieflagen.

Die Komplexität ambulanter Kostenstrukturen – von Fahrtstrecken über Dokumentationspflichten bis zu variablen Personalbesetzungen – lässt sich nur mit ausreichend Vorlaufzeit sachgerecht erfassen. Ohne diesen Freiraum entstehen unzureichende Pflegesätze, die langfristig Leistungsabbau und Personalfuktuation zur Folge haben.

Forderung:

1. Mindestverhandlungszeitraum von drei Monaten (§ 86a Abs. 1 SGB XI): Ambulante Pflegedienste müssen Pflegesatzanträge mindestens drei Monate vor Laufzeitbeginn einreichen. Diese großzügige Frist sichert eine fundierte Kostenkalkulation, ermöglicht den Einbezug aller relevanten Fachabteilungen und reduziert das Risiko nachträglicher Unterfinanzierung.
2. Automatische Annahme bei Nichtabschluss (§ 86a Abs. 1 SGB XI neu): Kommt es nicht binnen vier Wochen nach Eingang des Antrags auf Neuverhandlung zu einer erneuten Verhandlung oder Herbeiführung einer Vergütungsvereinbarung, gilt der im Antrag vorgeschlagene Vergütungssatz als verbindlich vereinbart. Die Pflegekassen sind verpflichtet, diesen Vergütungssatz unverzüglich umzusetzen, um Versorgungskontinuität sicherzustellen und Verhandlungsstillstand zu vermeiden.

Digitalisierung und IT-Infrastruktur Digitalisierung und IT-Infrastruktur

These: Ambulante Versorger sind auf effiziente, digitale Prozesse angewiesen, um administrative Last zu reduzieren und mehr Zeit für die Pflege zu gewinnen.

Begründung: Manuelle Dokumentations- und Meldeprozesse bindet Fachkräftekapazitäten, steigern Fehleranfälligkeit und verzögern Abrechnungen. Einheitliche, maschinenlesbare Formate sind essenziell, um Schnittstellenprobleme zwischen Trägern und Kassen zu beseitigen.

Forderung:

1. Elektronische Nachweisübermittlung (§ 37 Abs. 4 SGB XI): Einführung eines einheitlichen XML/KIM-basierten Formats mit 12-monatiger Übergangsfrist.

Wir sind die Ambulanten

2. Modellprojekt digitale Verhandlungen (§ 125c SGB XI): Bundesweites Pilotprojekt mit wissenschaftlicher Begleitung und refinanziertem Schulungsbudget für Verhandlungspersonal.
3. DiPA-Einführung (§ 78a Abs. 6a SGB XI): Klare Abrechnungs-, Haftungs- und Supportregeln sowie zertifizierte Schulungsangebote für Anbieter und Anwender.

Qualitätssicherung und Partizipation

These: Forschung und Handlungsempfehlungen müssen Praxisrealitäten der ambulanten Pflege abbilden, damit Qualitätssicherung wirksam und nicht bürokratisch bleibt.

Begründung: Ohne Einbindung von Praktikern laufen bundesweite Empfehlungen Gefahr, unrealistische Standards zu setzen, die kleine Dienste nicht erfüllen können.

Forderung:

1. Praxisbeirat im Qualitätsausschuss (§ 73a Abs. 3 SGB XI): Mindestens 50 % Vertreter ambulanter Dienste, verbindliche Priorisierungskriterien und transparente Verfahren für Themenvorschläge.
2. Bundesempfehlungen (§ 86a Abs. 3 SGB XI): Partizipative Erarbeitung von Leitlinien zu Nachweisführung, Pauschalisierung, Digitalisierung und nachhaltigem Wirtschaften.

Schutz kleiner und mittlerer Anbieter

These: Kleine und mittlere ambulante Dienste sind Rückgrat der lokalen Versorgung, aber bei zentralisierten Vergaben häufig benachteiligt.

Begründung: Große Verbünde besitzen Skalenvorteile und spezialisierte Rechtsteams, kleine Dienste können in Ausschreibungen nicht mithalten, was zu Monopolisierungstendenzen führt.

Forderung:

1. Transparente Ausschreibungsverfahren (§ 47b SGB XI): Verbindliche Aufteilung in Losgrößen, Qualitäts- und Kapazitätsnachweise, um faire Teilhabe sicherzustellen.
2. Regionale Zuschläge (§ 82c Abs. 5 SGB XI): Einführung länderspezifischer Zuschläge für erhöhte Personal- und Fahrtkosten.

Ausbau von Prävention und Beratung

Wir sind die Ambulanten

These: Eine systematische und fachlich fundierte Präventionsberatung durch Pflegefachpersonen senkt langfristig Pflegeaufwand und Gesundheitskosten, indem Folgeerkrankungen vermieden werden.

Begründung: Sturzprophylaxe, Dekubitusvorsorge und Ernährungsberatungen erfordern interdisziplinäre Assessmentverfahren sowie Schulungen für Pflegekräfte und Angehörige. Ohne klare Abrechnungs- und Zeitkontingente im SGB V ergibt sich für Dienste kein wirtschaftlicher Anreiz, diese Maßnahmen umzusetzen. Dies führt zu höheren Krankenhausaufenthalten und Kosten im Gesundheitssystem.

Forderung:

1. Präventionsberatung (§ 20 Abs. 5 SGB V): Einführung einer eigenständigen Leistungsposition für zielgenaue Präventionsberatung durch Pflegefachpersonen, inklusive eindeutiger Abrechnungsziffer und Zeitkontingent.
2. Flexibles Beratungsintervall (§ 37 Abs. 3 SGB XI): Das Wahlrecht muss klar als Mindestanspruch gesetzlich formuliert und nicht zur Option mit Abwahlcharakter verwässert werden. Für Pflegegrad 4 und 5 ist die vierteljährliche Frequenz beizubehalten und strukturell zu fördern. Die Pflegeberatung muss als kontinuierlicher Bestandteil der Versorgungskette geschützt bleiben – insbesondere im häuslichen Bereich.

Der ABVP fordert eine partnerschaftliche Allianz von Politik, Kostenträgern und Leistungserbringern. Nur durch verbindliche, refinanzierte Entbürokratisierung, eine konsequente Digitalisierung und echte Partizipation kann die ambulante Pflege ihre zentrale Rolle in der Daseinsvorsorge weiter ausbauen.

Wir sind die Ambulanten