Stellungnahme des IKK e.V.

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz

Pflegekompetenzgesetz – PKG vom 23.06.2025

14.07.2025

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

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen 3

Kommentierung 6

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) 6

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

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

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

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

§ 18c Absatz 5 Satz 4: Zusatzzahlungen 12

§ 45h (neu): Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c 13

§ 72 Absatz 1a (neu): Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag 15

§ 73a Absatz 1 und 3: Verfahren zu Beeinträchtigung bei Versorgungsverträgen 16

§ 86a Absatz 3 (neu): Verfahrensrichtlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen 18

§ 92c Absatz 2 (neu): Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen 19

§ 114 Absatz 1a (neu): Durchführung von Qualitätsprüfungen 21

Z**u Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)** 22

§ 15a SGB V (neu): Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozess-verantwortung 22

§ 132a SGB V (neu): Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege, Rahmenempfehlungen 23

Ergänzender Änderungsbedarf 26

§ 40 Absatz 2 SGB XI: Forderung nach Entbürokratisierung für Pflegehilfsmittel zum Verbrauch 26

§ 18c Absatz 5 Satz 1 SGB XI: Entscheidung über den Antrag, Fristen 28

Grundsätzliche Anmerkungen

Die Innungskrankenkassen begrüßen die zeitnahe Wiederaufnahme der Gesetzgebung zum Pflegekompetenzgesetz, nachdem dieses in der letzten Legislaturperiode nicht mehr verabschiedet werden konnte. Denn der demografische Wandel sowie der sich zuspitzende Fachkräftemangel stellen alle Beteiligten in der Pflege vor immer größere Herausforderungen.

So ist auf der einen Seite der finanzielle Rahmen in der Sozialen Pflegeversicherung sicherzustellen. Auf der anderen Seite müssen ineinandergreifende Versorgungsstrukturen zugunsten der zu Pflegenden und ihrer Angehörigen ausgebaut werden, indem vorhandene Ressourcen genutzt, bestehenden Kompetenzen besser eingesetzt und die Arbeitsbedingungen der Pflegenden verbessert werden. Darüber hinaus ist die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung zielführend.

Was die Regelung weiterer Maßnahmen zur Verbesserung der Pflege angeht – wie z. B. die vorgesehene Stärkung innovativer Wohnformen für Pflegebedürftige sowie die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Kommunen und Pflegekassen durch mehr Mitgestaltungsrechte der Kommunen – ist allerdings Augenmerk geboten. Denn schon jetzt ist absehbar, dass aufgrund der oft unbestimmten Formulierungen im Referentenentwurf die Umsetzung in der Praxis mit Kompetenz- und Auslegungsfragen behaftet sein wird und damit einer zügigen Verbesserung der pflegerischen Versorgungsstrukturen im Wege steht.

Im Einzelnen:

Klare Bestimmung der Pflegekompetenzzuweisung

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

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

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

Die Innungskrankenkassen befürworten grundsätzlich, die pflegerische Versorgung in innovativen und quartiersnahen Wohnformen zu stärken, das Leistungsrecht im Bereich niedrigschwelliger Betreuungs- und Versorgungsangebote vor Ort zu vereinfachen und die Kommunen in ihrer Verantwortung hinsichtlich einer bedarfsgerechten und regional abgestimmten Versorgung von Menschen mit Pflegebedürftigkeit heranzuziehen.

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

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

Nach dem nun vorliegenden Gesetzesentwurf sollen Kommunen künftig mehr Mitgestaltungsmöglichkeiten bei der pflegerischen Versorgung vor Ort erhalten; die Länder sollen landesrechtlich regeln können, ob bzw. wie eine kommunale Pflegestrukturplanung zu gestalten ist. Hier ist allerdings der von der Koalition im Koalitionsvertrag unter dem Stichwort „Verantwortungskonnexität“ verankerte Grundsatz zu beachten: „Wer bestellt bezahlt“.

Im Übrigen ist aus Sicht der Innungskrankenkassen zu kritisieren, dass wieder einmal der Selbstverwaltung, hier den Pflegekassen, kein Mitbestimmungsrecht verbindlich eingeräumt wird. Dabei haben in der Vergangenheit die Landesverbände der Pflegekassen diese Aufgaben verantwortungsbewusst gemeinsam mit den Kommunen und anderen Kassenarten wahrgenommen und werden dies zum Wohl der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen weiter forcieren. Der Gesetzgeber ist insofern gefordert, den Gesetzesentwurf entsprechend nachzujustieren.

Prävention und Gesundheitsförderung

Im Hinblick auf die Gesunderhaltung im Alter und der damit verbundenen Entlastung in der Pflege müssen präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen im Zentrum unseres Bemühens stehen.

Dies gilt nicht nur für den stationären Bereich. Die Prävention deshalb auch im ambulanten Pflegebereich gesetzlich zu normieren, ist für die Innungskrankenkassen zielgerecht. Denn der möglichst lange Erhalt von Mobilität, weitestgehender Selbstbestimmung und die damit verbundene Lebensqualität ist die beste Voraussetzung, den nächsten Schritt, die stationäre Pflege, zu verzögern bzw. zu verhindern sowie Ressourcen im Pflegebereich zu schonen bzw. zielführend anderweitig einzusetzen.

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

Fehlkalkulationen bei der Finanzierung vermeiden

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

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

Kommentierung

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

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

Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen sollen den Zugang zu den in § 20 Absatz 4 Nummer 1 des Fünften Buches genannten Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention für die in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Pflegebedürftige in häuslicher Pflege unterstützen. Dies soll geschehen, indem sie unter Beteiligung der Pflegebedürftigen sowie – falls sie im Einzelfall an der Versorgung beteiligt sind – von ambulanten Pflegeeinrichtungen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen entwickeln sowie die Umsetzung dieser Vorschläge unterstützen.

Dies umfasst eine Bedarfserhebung hinsichtlich präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen, die fachliche Beratung zur Information und Sensibilisierung der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie von Pflegepersonen bezüglich der Möglichkeiten, die mittels Gesundheitsförderung und Prävention zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten bestehen, sowie eine Präventionsempfehlung durch Pflegefachpersonen oder durch gemäß § 7a Absatz 3 Satz 2 qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen es, die Prävention in der häuslichen Pflege auszuweiten. Die Ergänzung, dass neben Pflegefachpersonen auch Pflegeberater im Zusammenhang mit einer Beratung nach den §§ 7a und 7c eine Empfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches aussprechen können, wird vom IKK e.V. unterstützt. Die Einfügung des neuen Absatz 1a bedingt jedoch auf eine Änderung des § 5 Absatz 1 Satz 1 SGB XI.

Darüber hinaus sehen wir auch einen eigenen Anspruch auf Leistungen der ambulanten Prävention im Rahmen des § 5 SGB XI. Eine Abgrenzung zwischen SGB V und SGB XI könnte durch eine aufgeteilte Finanzierung analog zu den duofunktionalen (Pflege-) Hilfsmittel gemäß § 40 Abs. 5 SGB XI erfolgen.

Die Innungskrankenkassen befürworten des Weiteren das Angebot einer Präventionsberatung für alle Bürger ab dem 70. Lebensjahr.

Änderungsvorschlag

§ 5 Absatz 1 Satz 1 SGB XI wird als Folgeänderung wie folgt gefasst:

„Die Pflegekassen sollen Leistungen *in der Häuslichkeit sowie* in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen, indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen."

§ 20 SGB V wird folgender Absatz 1a hinzugefügt:

„Versicherte erhalten mit Vollendung des 70. Lebensjahr ein Präventionsangebot gemäß Absatz 1 sowie § 5 Abs. 1a SGB XI"

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 8

§ 9 Satz 2 (neu): Aufgaben der Länder

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

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

Änderungsvorschlag

Änderung § 9 Satz 2 (neu):

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

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

§ 12 Absatz 2 (neu): Aufgaben der Pflegekassen

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

Die Pflegekassen beziehungsweise Landesverbände der Pflegekassen sollen für die Pflegeinfrastrukturplanung regionale Versorgungsdaten bereitstellen. Kritisch ist hierbei, dass die Pflegekassen beziehungsweise Landesverbände der Pflegekassen bei der Infrastrukturplanung nicht beteiligt werden, aber Dritten – hier kommunale Gebietskörperschaften – Daten zur Verfügung stellen sollen. Eine Beteiligung der Pflegekassen beziehungsweise Landesverbände der Pflegekassen wäre jedoch Voraussetzung für die Übernahme der Bereitstellung von regionalen Versorgungsdaten.

Änderungsvorschlag

Siehe Bewertung.

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

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

Beabsichtigte Neuregelung

In § 17a Absatz 1 wird geregelt, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6 bis zum 31. Dezember 2026 festlegen soll. Dabei soll hinsichtlich des Qualifikationsniveaus der Pflegefachpersonen und der empfehlungsfähigen Hilfsmittel der Inhalt des Vertrags nach § 73d Absatz 1 des Fünften Buches beachtet werden. Die Richtlinien unterliegen dem Genehmigungsvorbehalt durch das BMG.

Gemäß Absatz 3 evaluiert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die in den Richtlinien festgelegten Verfahren in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht, insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen auf die Qualität und Sicherheit der Versorgung und Wirtschaftlichkeitsaspekte, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund sowie der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene. Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Juli 2029 vorzulegen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen befürworten grundsätzlich die geplanten Regelungen, bewerten jedoch die vorgegebenen Zeitfenster kritisch. Für die Neufassung der Richtlinien hat das BMG eine Frist bis zum 31. Dezember 2026 vorgesehen. Da jedoch für die geforderte Berücksichtigung der Qualifikationen der empfehlenden Pflegefachpersonen zunächst die Verhandlungen zur Rahmenvereinbarung nach § 73 d SGB V abgeschlossen sein müssen, die eine Frist bis zum 31. Juli 2027 und eine Konfliktlösungszeitraum via Schiedsverfahren für weitere drei Monate vorsehen, ist das vorgegebene Zeitfenster nicht einzuhalten. Vor diesem Hintergrund ist zwingend eine Fristverschiebung um mindestens zwei Jahre erforderlich. Dementsprechend benötigt es auch für die Evaluierung der Richtlinie eine Fristverschiebung um mindestens zwei Jahre.

Änderungsvorschlag

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

„(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum 31. Dezember *2029* in Richtlinien fest (…)."

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

„Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember *2031* vorzulegen."

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 16

§ 18c Absatz 5 Satz 4: Zusatzzahlungen

Beabsichtigte Neuregelung

Die durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) erfolgte Einfügung des Satzes 4 sollte klarstellen, dass ein Verzögerungsgrund, der nicht von der Pflegekasse zu vertreten ist, wie beispielsweise ein Aufenthalt der versicherten Person im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung, den Fristenlauf hemmt. Während der Zeit des Aufenthalts läuft die Frist nicht mit, sondern wird nach dessen Beendigung fortgesetzt; ein neuer Fristbeginn soll damit nicht verbunden sein. Eine neue Frist kann auch nicht aus anderen Vorschriften abgeleitet werden. Dies kann insbesondere zu Problemen in der Umsetzung führen, wenn nur noch wenige Tage verbleiben.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Hemmung nach Wegfall eines nicht durch die Pflegekassen zu vertretenen Verzögerungsgrundes. Aus Praktikabilitätsgründen für die Medizinischen Dienste sollte für die Neuorganisation und Koordination eines neuen Termins jedoch eine Hemmung von mindestens 15 Arbeitstagen statt der vorgesehenen zehn Arbeitstagen eingeführt werden.

Änderungsvorschlag

§ 18c Abs. 5 Satz 4 SGB XI:

„Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 so lange gehemmt, bis der Verzögerungsgrund weggefallen ist. Wird durch den Eintritt des Verzögerungsgrundes eine erneute Terminierung der Begutachtung erforderlich, so ist der Lauf der Frist bis zum Ablauf von *fünfzehn* ~~zehn~~ Arbeitstagen nach Kenntnis des Medizinischen Dienstes oder der Pflegekasse über den Wegfall des Verzögerungsgrundes gehemmt.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 32

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

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Neuregelung soll eine neue Leistung für Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c eingeführt werden. § 45h Absatz 1 und 2 lauten wie folgt:

(1) Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c erhalten einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 450 Euro je Kalendermonat zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege.

(2) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben zudem je Kalendermonat Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung gemäß § 36. Wenn der Sachleistungsanspruch nur teilweise in Anspruch genommen wird, besteht Anspruch auf anteiliges Pflegegeld gemäß § 38 Satz 1 und 2 in Verbindung mit § 37.

Bewertung

Die Förderung und der Ausbau von alternativen Wohnformen werden von den Innungskrankenkassen unterstützt. Allerdings wird die Querfinanzierung aus einzelnen ambulanten Leistungsbeträgen abgelehnt, da dies zum einen hohen Bürokratieaufwand erfordert und zum anderen nicht zielgerichtet ist.

Wir schlagen zur Umstrukturierung des bisherigen Finanzierungssystems vor, für den neuen § 45h SGB XI eine 3. Säule (stambulant) neben ambulant und stationär einzuführen und mit einem eigenen Leistungsbetrag auszustatten. Bei Inanspruchnahme des „stambulanten“ Sektors können dann keine entsprechenden Leistungsbeträge aus dem ambulanten und stationären Sektor bezogen werden.

Änderungsvorschlag

§ 45h Abs. 1 wird wie folgt neu gefasst:

(1) Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c *können folgende Leistungsbeträge in Anspruch nehmen*:

PG1: 100 Prozent der Leistungen gemäß §§ 42a SGB XI und 45b SGB XI,

PG2: 100 Prozent der Leistungen gemäß §§ 42a SGB XI und 45b SGB XI, 75 Prozent der Leistung gemäß § 37 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI und 25Prozent der Leistung gemäß § 43 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI

PG3: 100 Prozent der Leistungen gemäß §§ 42a SGB XI und 45b SGB XI, 75 Prozent der Leistung gemäß § 37 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI und 25Prozent der Leistung gemäß § 43 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

PG4: 100 Prozent der Leistungen gemäß §§ 42a SGB XI und 45b SGB XI, 75 Prozent der Leistung gemäß § 37 Abs. 1 Nr. 3 SGB XI und 25Prozent der Leistung gemäß § 43 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI

PG5: 100 Prozent der Leistungen gemäß §§ 42a SGB XI und 45b SGB XI, 75 Prozent der Leistung gemäß § 37 Abs. 1 Nr. 4 SGB XI und 25Prozent der Leistung gemäß § 43 Abs. 2 Nr. 4 SGB XI

§ 45 h Absatz 2:

Streichung

Aus § 45 h Absatz 3 wird Absatz 2 und aus Absatz 4 wird Absatz 3.

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 38

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

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

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

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 39

§ 73a Absatz 1 und 3: Verfahren zu Beeinträchtigung bei Versorgungsverträgen

Beabsichtigte Neuregelung

§ 73a Absatz 1 und 3 sehen vor:

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

Absatz 3: Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals zum Stichtag 1. März 2026 und danach halbjährlich über die Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge sowie über die Anzahl der Pflegeplätze in den einzelnen Versorgungsbereichen. Der Bericht ist nach Bundesländern zu differenzieren und spätestens sechs Wochen nach dem Stichtag vorzulegen. Dieser enthält neben den numerischen Angaben auch Bewertungen der Pflegekassenverbände zur Versorgungssituation in den einzelnen Ländern.

Bewertung

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

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

Änderungsvorschlag

Absatz 1 ist wie folgt zu fassen:

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

Streichung Absatz 3.

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

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

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

Die bundeseinheitlichen Verfahrensrichtlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen werden begrüßt. Die Erstellung von einheitlichen Vorgaben für die Pflegesatzverhandlungen stellt jedoch aufgrund unterschiedlicher Strukturen auf Landesebene eine kaum zu bewältigende Herausforderung dar. Der Erstellungszeitraum von neun Monaten wird insofern als zu kurz angesehen. Die Innungskrankenkassen erachten daher einen Zeitraum von mindestens 12, zielführender 18 Monaten für erforderlich.

Änderungsvorschlag

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

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

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 50

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

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

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

Änderungsvorschlag

§ 92c Absatz 2 wird wie folgt geändert:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene beschließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund und des Verbandes der privaten

Krankenversicherung e. V. gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe spätestens bis zum [zu ergänzen: ~~zwölf~~ *achtzehn* Monate nach Inkrafttreten] Empfehlungen zu den Vertragsinhalten nach Absatz 1; (…)“

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 59

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

Beabsichtigte Neuregelung

Die Prüfaufträge nach Absatz 1 sollen auf digitalem Wege erteilt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen errichtet hierfür im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Planung, zur Auftragsvergabe und zur Durchführung von Qualitätsprüfungen eine Daten- und Kommunikationsplattform.

Bewertung

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

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 15a SGB V (neu): Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung

Beabsichtigte Neuregelung

Pflegefachpersonen sollen künftig im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung selbständig heilkundlich tätig werden dürfen. Die Kompetenzen für Pflegefachpersonen sollen u. a. dahingehend erweitert werden, dass die selbständige Entscheidung über die Ausstellung von Folgeverordnungen bei einzelnen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege und der für die Ausführung dieser Leistungen benötigten Hilfsmittel ermöglicht wird. Ein Katalog dieser Maßnahmen einschließlich der hierfür benötigten Hilfsmittel soll im Rahmenvertrag nach § 73d SGB V vereinbart werden.

Bewertung

Die in der Begründung explizite Beschränkung auf Folgeverordnungen von bereits durch ärztliche Therapieentscheidung veranlasste Erstversorgung wird im Gesetzeswortlaut nicht deutlich; die derzeit geplante gesetzliche Fassung wird insofern zu Missverständnissen und Konflikten in den Versorgungsprozessen führen.

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

Änderungsvorschlag

§ 15a Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V wird wie folgt geändert:

„nach einer erstmaligen ärztlichen Verordnung die Verordnung der in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Katalog genannten Leistungen der häuslichen Krankenpflege, einschließlich der *Folgev*~~V~~erordnung der für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel nach § 33.“

Zu Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 132a SGB V (neu): Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege, Rahmenempfehlungen

Beabsichtigte Neuregelung

Die Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur häuslichen Krankenpflege (HKP) sollen Anforderungen an eine fachgerechte Pflegeprozessteuerung sowie Grundsätze der Vergütung von Verordnungen von in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Maßnahmen enthalten.

Außerdem soll ergänzt werden, dass die Versorgung mit Leistungen der HKP in gemeinschaftlichen Wohnformen nach Maßgabe der Verträge nach § 92c Abs. 1 SGB XI erfolgen soll.

Bewertung

1. Pflegeprozesssteuerung

Die pflegerische Versorgung nach § 37 SGB V unterscheidet sich von der Versorgung nach § 36 SGB XI dadurch, dass es sich bei der HKP insbesondere um Leistungen der medizinischen Behandlungspflege handelt, wohingegen die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung umfassen. Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, soweit es sich nicht um solche nach § 73d Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V handelt, sind Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans, sodass die Indikationsstellung für den Bedarf entsprechender Leistungen auch dann weiterhin eine ärztliche Leistung bleibt. Dies sollte im Regelungsauftrag an die Partner der Rahmenempfehlungen in § 132a Abs. 1 Satz 3 Nr. 2a SGB V (neu) im Sinne der Normenklarheit unmittelbar im Gesetzeswortlaut zum Ausdruck gebracht werden.

2. Grundsätze der Vergütung von Verordnungen nach § 15 Abs. 1 Nummer 2 SGB V

Gemäß Art. 2 Nr. 12 des vorliegenden Referentenentwurfs soll ein neuer § 73d in das SGB V eingefügt werden. Danach ist ein Vertrag zwischen den Rahmenempfehlungspartnern zur HKP nach § 132a Abs. 1 SGB V, der KBV und unter Beteiligung der Vereinigungen

der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 des Elften Buches vorgesehen, in dem die Einzelheiten der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen geregelt werden sollen.

§ 73d Abs. Abs. 2 SGB V regelt zur Leistungserbringung Folgendes: „Pflegefachpersonen können die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen bei an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern und bei Leistungserbringern nach § 132a Absatz 4 erbringen oder verordnen."

Somit ist erkennbar nicht die Schaffung eines neuen Leistungserbringertyps beabsichtigt. Vielmehr sollen die heutigen Leistungserbringerstrukturen, in denen Pflegefachpersonen beschäftigt sind, unter bestimmten Voraussetzungen zu einem gewissen Teil ärztliche Behandlungen übernehmen können. Dies betrifft folglich auch die heutigen Pflegedienste mit einem Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V. In dem vorgesehenen Konstrukt der Festlegung des Näheren der selbständigen Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen durch einen Rahmenvertrag nach § 73d SGB V, ist die Ergänzung in § 132a Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 (neu), dass in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V mit Wirkung für die Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V die Grundsätze der Vergütung für das Ausstellen von Verordnungen zu regeln sind, folgerichtig.

3. Versorgung mit Leistungen der HKP in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 des Elften Buches

Ambulante Pflegeeinrichtungen sollen Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen mit den Vertragsparteien nach § 89 Absatz 2 Satz 1 Nr.1 bis 3 SGB XI und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich abschließen können. Die Versorgung erfolgt dann zweiteilig – innerhalb eines Basispakets und außerhalb eines Basispakets. Bestandteil des Basispakets sind u.a. auch Leistungen der HKP. Zur ablehnenden Bewertung dieser vorgesehenen Regelungen siehe unsere Stellungnahme zum § 92c SGB V; vor diesem Hintergrund ist die vorgesehene Ergänzung eines Absatzes 5 in § 132a SGB V obsolet und sollte gestrichen werden.

Änderungsvorschlag

Die Innungskrankenkassen schließen sich den Änderungsvorschlägen des GKV-SV wie folgt an:

„In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln:

1. Eignung der Leistungserbringer einschließlich Anforderungen an die Eignung zur Versorgung nach § 37 Absatz 7,

2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung,

2a. Voraussetzungen für eine fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung im Sinne des § 4 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes *unter Berücksichtigung der ärztlichen Indikationsstellung für den Bedarf an Leistungen der medizinischen Behandlungspflege*,

3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt und dem Krankenhaus,

4. Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung,

5. Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte sowie Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten insbesondere - in ländlichen Räumen, durch Zuschläge unter Einbezug der ambulanten Pflege nach dem Elften Buch,

6. Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen sowie zum Abrechnungsverfahren einschließlich der für diese Zwecke jeweils zu übermittelnden Daten,

7. Anforderungen an die Eignung der Pflegefachpersonen, die Leistungen im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 erbringen, sowie Maßnahmen zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit der im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 erbrachten Leistungen und

8. Grundsätze der Vergütung von Verordnungen von in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Katalog genannten Leistungen, soweit sie von Leistungserbringern nach Absatz 4 erbracht werden, erstmals bis zum 30. April 2028.“

Ergänzender Änderungsbedarf

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

Für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch, wie z. B. Desinfektionsmittel und Schutzmasken, stehen Pflegebedürftigen, die von Angehörigen in ihrer Häuslichkeit gepflegt werden, im Monat 42 Euro zur Verfügung. Die benötigten Mittel werden in der Regel im Sachleistungsprinzip bereitgestellt. Hierfür ist ein Verfahren erforderlich, dass sowohl für die Versicherten als auch für die Pflegekassen sehr aufwendig ist. Die Antragsbearbeitung, die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen und die Abwicklung der Lieferungen erfordern umfangreiche Ressourcen. Diese Bürokratie belastet nicht nur die Pflegebedürftigen und deren Angehörige, sondern auch die Verwaltung der Pflegekassen, was zu ineffizienten Prozessen und erhöhten Verwaltungskosten führt.

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

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

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

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

Regelungsvorschlag

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

„*Zur Erfüllung des Anspruchs auf Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln erhalten Pflegebedürftige als Leistung zur häuslichen Pflege, wenn die Durchführung der Pflege zumindest teilweise durch eine Pflegeperson nach § 19 SGB XI erfolgt, einen pauschalen Betrag von 42 Euro monatlich für die Selbstbeschaffung der notwendigen Pflegehilfsmittel. Der Betrag wird von der Pflegekasse erstmalig auf Antrag und nach Bewilligung der Leistung monatlich im Voraus an die pflegebedürftige Person selbst gezahlt, wenn der Bedarf im Rahmen der Pflegebegutachtung nach § 15 SGB XI ff vom Medizinischen Dienst oder durch eine Pflegefachperson festgestellt wurde. Der Geldbetrag wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Leistungsanspruch endet. § 118 Absatz 3 und 4 des Sechsten Buches gelten entsprechend, wenn der Betrag für die Zeit nach dem Tod des Berechtigten gezahlt wurde*.“

§ 18c Absatz 5 Satz 1 SGB XI: Entscheidung über den Antrag, Fristen

Bezugnehmend auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes unterstreichen die Innungskrankenkassen die dort gemachten Ausführungen zu § 18c Absatz 5 Satz 1 SGB XI sowie den entsprechenden Änderungsbedarf.

Im Einzelnen

Zum Zwecke der Beschleunigung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit enthält § 18c Abs. 5 Satz 1 SGB XI eine Sanktion zu Lasten der Pflegeversicherung.

Zwischen den Aufsichten und den Pflegekassen gibt es unterschiedliche Auffassungen, zu welchem Zeitpunkt die pauschale Zusatzzahlung von 70 Euro je angefangener Woche der Fristüberschreitung an die antragstellende Person zu zahlen ist. Mit einer ergänzenden Begründung zu § 18c Abs. 5 SGB XI beabsichtigt der Gesetzgeber im vorliegenden Gesetzentwurf rechtliche Klarheit zu schaffen.

Die vorgesehene Klarstellung zum Zahlungszeitpunkt der pauschalen Zusatzzahlung in der Begründung zu § 18c Abs. 5 SGB XI führt zu einer überbordenden Bürokratie sowohl auf Seiten der Versicherten als auch bei den Pflegekassen, sowie zu jährlichen Mehrausgaben von geschätzt ca. 100 Mio. Euro. Insoweit ist diese Klarstellung abzulehnen.

Änderungsvorschlag

In Absatz 5 Satz 1 ist das Wort „Fristablauf“ zu streichen und durch die Wörter „Abschluss des Verwaltungsverfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ zu ersetzen.