Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz
(Pflegekompetenzgesetz PKG)

Stand: 14.07.2025

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil 3

2. Kommentierung des Gesetzes 7

- Zu Artikel 1 Nr. 2 a) – d) § 5 SGB XI 7
- Zu Artikel 1 Nr. 6 b) § 8 SGB XI 9
- Zu Artikel 1 Nr. 7 § 8a Absatz 5 SGB XI 10
- Zu Artikel 1 Nr. 14 § 17a Absatz 1 SGB XI 11
- Zu Artikel 1 Nr. 16 § 18c Absatz 5 Satz 4 SGB XI 12
- Zu Artikel 1 Nr. 22 § 37 Absatz 3 Satz 1 SGB XI 13
- Zu Artikel 1 Nr. 31 §§ 45d und e SGB XI 14
- Zu Artikel 1 Nr. 38 § 72 a) und b) SGB XI 16
- Zu Artikel 1 Nr. 39 § 73a SGB XI 17
- Zu Artikel 1 Nr. 45 § 84 Absatz 2 SGB XI 19
- Zu Artikel 1 Nr. 47 § 86a Absätze 3 – 5 SGB XI 20
- Zu Artikel 1 Nr. 50 § 92c SGB XI 21
- Zu Artikel 1 Nr. 59 § 114 a) SGB XI 24
- Zu Artikel 1 Nr. 67 § 125d SGB XI 26
- Zu Artikel 2 Nr. 10 § 64d SGB V 27
- Zu Artikel 2 Nr. 12 § 73d Absatz 4 28
- Zu Artikel 2 Nr. 13 § 87 Absatz 2a SGB V 29

3. Ergänzender Änderungsbedarf 30

- Artikel 4 (Änderung des Pflegeberufegesetzes - PflBG) 30
- § 18 Absatz 3 SGB XI 31
- § 18c Absatz 5 SGB XI 32

1. Allgemeiner Teil

Zentrales Anliegen des Gesetzesentwurfs ist es, die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern und die Rolle der Pflegefachpersonen zu stärken. Sie sollen künftig – je nach vorhandener Qualifikation – bestimmte Leistungen eigenverantwortlich in der Versorgung erbringen können, die bisher Ärzt:innen vorbehalten waren. Ziel ist es, die Versorgung zu verbessern, zum Beispiel beim Management chronischer Erkrankungen und im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Außerdem sollen die pflegerischen Versorgungsstrukturen insgesamt optimiert, Effizienzpotenziale gehoben und die Entbürokratisierung vorangetrieben werden. Vorgesehen ist auch, die Kommunen in ihrer Rolle und Verantwortung für eine bedarfsgerechte und regional abgestimmte Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu stärken.

Der vdek begrüßt, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) dieses wichtige Vorhaben in der neuen Legislaturperiode schnell wieder aufgenommen hat. Damit wird der Pflegeberuf attraktiver gestaltet und die Fachkunde der Mitarbeitenden besser genutzt. Eine optimierte Aufgabenverteilung zwischen Pflegekräften und Ärzt:innen ist hilfreich für einen möglichst effizienten Einsatz des knappen Personals im Gesundheitswesen. Wir begrüßen ausdrücklich, dass dafür differenzierte Leistungskataloge in Abhängigkeit vom Qualifikationsniveau der Pflegefachpersonen erstellt werden sollen. Darin muss konkret festgelegt werden, welche ärztlichen Leistungen Pflegefachpersonen eigenverantwortlich erbringen dürfen, welche Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP) sie verordnen können und wie die Zusammenarbeit mit Ärzt:innen ausgestaltet wird. Jedoch bleibt die geplante Regelung hinter dem Anspruch der eigenverantwortlichen Tätigkeit von Pflegefachpersonen zurück. Weiterhin sollen Ärzt:innen darüber entscheiden, ob Pflegefachpersonen bestimmte Leistungen übernehmen dürfen. Stattdessen sollte klar geregelt werden, dass Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer gesetzlich definierten Kompetenzen eigenständig und regelhaft tätig werden können, um die angestrebte Entlastung im Versorgungsprozess sowie eine zeitnahe Versorgung der Patient:innen zu gewährleisten. Ungeklärt bleibt zudem die Haftungsfrage – ein zentraler Aspekt, der für die Sicherheit der beteiligten Berufsgruppen sowie der Patient:innen essenziell ist.

Die im Gesetz postulierten Kosteneinsparungen durch die Umsetzung der neuen Regelungen sind aus Sicht des vdek nicht nachvollziehbar. Mit dem Prinzip Hoffnung wird die soziale Pflegeversicherung (SPV) jedoch nicht zukunftsfest. Es braucht schnellstmöglich Maßnahmen zur nachhaltigen finanziellen Stabilisierung der SPV, die der Referentenentwurf vermissen lässt.

Die Finanzierung der auf die Pflegefachpersonen übertragenen heilkundlichen Tätigkeiten soll über die bestehenden vertraglichen Regelungen der HKP und über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgebildet werden. Da es sich

aber um einen neuen Versorgungbereich handelt, müsste für die vertragliche Umsetzung eine eigenständige Rechtsgrundlage inklusive einer bundesweit einheitlichen Vergütung geschaffen werden, um Verwerfungen zwischen dem vertragsärztlichen und pflegerischen Bereich zu vermeiden.

Das Ziel, den Zugang von Pflegebedürftigen zu Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung und somit deren gesundheitliche Ressourcen zu stärken, wird grundsätzlich positiv bewertet. Nicht nachvollziehbar ist allerdings, dass die Finanzierung über Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfolgen soll. Der Zugang zu verhaltensbezogenen Präventionsleistungen sollte über die SPV (§ 5 SGB XI) geregelt und finanziert werden und dementsprechend mit dem Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen verknüpft werden.

Positiv wertet der vdek, dass die Frequenz für die Beratungsbesuche für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 4 und 5 auf einen halbjährlichen Turnus reduziert wird. Allerdings sollte auch die Frequenz für die Beratungsbesuche der Pflegegrade 2 und 3 von einem halbjährlichen auf einen jährlichen Turnus reduziert werden. Das Nachweisformular für die Beratungsbesuche soll zukünftig elektronisch per Datenaustausch oder per Datenträger übermittelt werden. Mit dieser Neuregelung wird eine Empfehlung des vdek im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Referentenentwurf 2024 aufgegriffen.

Mit den sogenannten gemeinschaftlichen Wohnformen (GeWos) wird ein neuer Versorgungsbereich in der SPV eingeführt und in diesem Zuge sowohl eine neue Leistung als auch eine neue Angebotsform geschaffen. Dies soll den Pflegebedürftigen ermöglichen, länger in ihrer Häuslichkeit zu verbleiben. Neue innovative Versorgungsansätze begrüßt der vdek grundsätzlich. Die geplante Flexibilisierung führt jedoch zu einem sehr komplexen Vertragsgeschäft, was weder den Anforderungen der Pflegebedürftigen noch denen der Kranken- und Pflegekassen nachkommt und sehr hohe Umsetzungsherausforderungen mit sich bringt. Der vdek sieht daher umfassenden Nachbesserungsbedarf bei diesem Vorhaben. Änderungen sind auch deshalb notwendig, weil die aufwendigen Vertragsregularien sowohl Pflegebedürftige als auch Träger von Pflegeeinrichtungen abschrecken dürften. Es ist zu befürchten, dass es deshalb in der Praxis nur zu wenigen Vertragsabschlüssen kommen wird. Aus Sicht des vdek ist stattdessen eine niedrigschwellige Umsetzung zu bevorzugen. Die Anforderungen an GeWos sollten in den Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI differenziert nach bestimmten Versorgungsschwerpunkten (z. B. Demenz-Wohngemeinschaften) festgelegt und die in den Ländern bestehenden ambulanten Vergütungssystematiken um Pauschalen für die Versorgung in diesen GeWos ergänzt werden.

Zur Evaluation der Neuregelungen sieht der Referentenentwurf umfangreiche und für die Pflegekassen aufwendige Dokumentationspflichten und Datenlieferungen vor. Hier wird ein äußerst verwaltungsaufwendiges Verfahren vorgeschrieben, das in keinem Verhältnis zum Nutzen steht und dem von der Bundesregierung verfolgten Ziel bürokratiearmer Regelungen entgegensteht. Auch

bei den Pflegekassen und deren Verbänden müssen sachliche und personelle Ressourcen zielgerichtet eingesetzt werden. Überbordende Berichtspflichten laufen dem entgegen.

Die geplanten Regelungen zur Optimierung der Vertrags- und Vergütungsverhandlungen werden ausdrücklich begrüßt. Aufgegriffen werden hier Vorschläge der Ersatzkassen. Das Pflegesatzverfahren ist durch gesetzliche Vorgaben wie die Tariftreue-Regelungen immer aufwendiger und komplexer geworden. Daher ist es zielführend, dass es der Pflegeselbstverwaltung überlassen wird, weitere Rahmenvorgaben auf Bundesebene zu entwickeln, mit denen die Verhandlungen bürokratieärmer stattfinden und die Vergütungsabschlüsse für die Pflegeeinrichtungen zügiger erfolgen können. Allerdings sollten die Vereinbarungspartner im Verfahren nicht mit einrichtungsindividuellen Maßgaben eingeschränkt werden.

Im Sinne einer zielgerichteten kommunalen Pflegeplanung ist es grundsätzlich sinnvoll, dass die Pflegekassen, die bei ihnen vorliegenden und dafür nutzbaren Daten den Kommunen zur Verfügung stellen. Hierfür ist aber unbedingt ein bundesweites, durch den GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und die Kommunalen Spitzenverbände abgestimmtes elektronisches Datenbereitstellungsverfahren zu implementieren. Es ist im digitalen Zeitalter nicht mehr zeitgemäß, wenn Pflegekassen ihre Daten nach den jeweils individuellen Anforderungen der Bundesländer, Kreise oder Kommunen auswerten und die jeweiligen Ergebnisse zur Verfügung stellen sollen. Dies führt nicht nur zu einem unnötig hohen Verwaltungsaufwand, sondern verhindert auch, dass valide und vergleichbare Ergebnisse zustande kommen.

Der vdek begrüßt, dass die Einbindung von bei Pflegeeinrichtungen tätigen Pflegefachpersonen in die Pflegebegutachtung zunächst in Modellvorhaben geprüft werden soll. Denn neben den positiv zu bewertenden Aspekten wie einer Kompetenzerweiterung der Pflegefachpersonen, einer (hoffentlich) schnelleren Feststellung der Pflegebedürftigkeit und gegebenenfalls einer Entlastung des Medizinischen Dienstes (MD) gibt es auch kritische Punkte, die betrachtet werden müssen. Pflegefachpersonen besitzen die pflegefachliche Kompetenz für eine Pflegebegutachtung. Aufgrund zahlreicher Umsetzungs- und Organisationsfragen ist eine modellhafte Erprobung aus Sicht des vdek daher der einzig gangbare Weg. Wir halten es zudem für zwingend erforderlich, dass die Pflegekassen in die Konzeption der Modellvorhaben eingebunden werden, damit die Modellvorhaben für die Umsetzung relevante Fragestellungen untersuchen.

Die Neuentwicklung einer Daten- und Kommunikationsplattform durch den GKV-SV, mit der u. a. Qualitätsprüfungen durch die Landesverbände der Pflegekassen elektronisch beauftragt werden sollen, hält der vdek für nicht erforderlich. Es werden bereits digitale Verfahren durch die Verbände der Pflegekassen entwickelt und in der Fläche implementiert. Zwar wurde hier im Vergleich zum Referentenentwurf 2024 nachgebessert und es kann auf bereits vorhandene digitale Strukturen zurückgegriffen werden. Der vdek bleibt aber bei seiner Einschätzung, dass diese neue Plattform mit erheblichen Aufwänden

einhergeht und es sich letztlich um eine Doppelstruktur handelt. Schließlich liegen bei der seit Jahren etablierten DatenClearingStelle (DCS) Pflege die entsprechenden Daten bundesweit vor und können für die angedachten Auswertungen genutzt werden. Hier sind auch Auswertungen zu den abgeschlossenen Qualitätsprüfungen und den registrierten Pflegeeinrichtungen jederzeit abrufbar. Kritisch ist ebenfalls die enthaltene Festlegung, dass die Prüfaufträge ab dem 1.1.2027 digital über die Plattform erteilt werden sollen. Diese Frist scheint angesichts des bisherigen Entwicklungsstandes, der föderalen Abstimmungsbedarfe und der notwendigen technischen sowie organisatorischen Voraussetzungen unrealistisch. Eine fristgerechte, flächendeckende Umsetzung ist vor dem Hintergrund der bestehenden heterogenen Praxis in den Bundesländern nicht absehbar.

2. Kommentierung des Gesetzes

Zu Artikel 1 Nr. 2 a) – d)
§ 5 SGB XI

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderungen soll den pflegebedürftigen Personen in der häuslichen Versorgung ein früherer Zugang zu Leistungen der Prävention ermöglicht werden. Die Pflegekassen sollen hierzu unter Beteiligung der pflegebedürftigen Personen oder unter Beteiligung ambulanter Pflegeeinrichtungen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung gesundheitlicher Ressourcen entwickeln und deren Umsetzung unterstützen. Neben einer Bedarfserhebung und der fachlichen Beratung über Präventionsleistungen ist auch eine Empfehlung zur verhaltensbezogenen Prävention durch die Pflegefachperson vorgesehen. Die Empfehlung kann im Rahmen einer Pflegeberatung nach § 7a oder 7c, bei der Erbringung häuslicher Pflegeleistungen nach § 36 oder bei einem Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 sowie durch qualifizierte Pflegeberater:innen und gemäß § 7a Absatz 3 Satz 2. gegeben werden. Die Empfehlung soll dabei frühestmöglich nach der Feststellung der Pflegebedürftigkeit, aber auch bei bereits bestehender Pflegebedürftigkeit erfolgen. Der GKV-SV legt Kriterien für die Umsetzung fest.

Bewertung

Der vdek begrüßt das Ziel, den Zugang zu Präventionsleistungen zu erleichtern und damit die gesundheitlichen Ressourcen der Pflegebedürftigen zu stärken. Dies kann dazu beitragen, den Verlauf einer zunehmenden Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zumindest aufzuschieben, wodurch auch höhere Pflegegrade oder der Übergang in eine stationäre Versorgung vermieden bzw. aufgeschoben wird. Anzumerken ist, dass das Thema „Prävention und Gesundheitsförderung" in der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI bereits verankert ist. Um die Präventionsempfehlung im Rahmen der Leistungserbringung der § 36 SGB XI, der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI sowie die Pflegeberatung nach § 7a Absatz 3 Satz 2 zu verorten, müssen aber unbedingt auch die Kompetenzen der Pflegefachpersonen hinsichtlich geeigneter Präventionsmaßnahmen (weiter-)entwickelt werden. Aus unserer Sicht nicht nachvollziehbar ist hingegen die angedachte Finanzierung über die Leistungen der GKV gemäß § 20 Absatz 5 SGB V. Der Zugang zu den verhaltensbezogenen Präventionsleistungen muss hier über den § 5 SGB XI geregelt, finanziert und mit dem dortigen Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen verknüpft werden. Für die Leistungsbündelung in § 5 SGB XI spricht auch, dass für die adressierte Zielgruppe bei bestehender Pflegebedürftigkeit nicht alle Kursmaßnahmen nach § 20 Absatz 5 SGB V geeignet sein werden.

Änderungsvorschlag

Der Verweis in § 5 Absatz 1a SGB XI auf die Leistungen nach § 20 Absatz 4 Nummer 1 SGB V ist zu streichen. Die Leistungen sind aus dem bereits für den

gesetzlich für die Pflegekassen geregelten Mindestausgabewert nach § 5 Absatz 2 SGB XI zu finanzieren.

Zu Artikel 1 Nr. 6 b)
§ 8 SGB XI

Beabsichtigte Neuregelung

Bisher liegen keine Übersichten zu möglichen qualifikationsbezogenen Tätigkeitsbereichen von Pflegefachpersonen vor. Daher soll die Änderung dazu führen, dass solche Übersichten im Rahmen eines vom GKV-SV geförderten Modellvorhabens im Einvernehmen mit dem BMG inhaltlich entwickelt werden. Die veranschlagten Kosten von zehn Millionen Euro sollen jeweils hälftig von der SPV und der GKV übernommen werden.

Bewertung

Die Erstellung einer Übersicht wird begrüßt, da diese die Grundlage für die Umsetzung der Kompetenzerweiterung in allen Bereichen und Settings darstellt. Es ist sinnvoll, hier wissenschaftliche und pflegefachliche Expertise einzubinden. Warum diese wissenschaftliche Aufgabe allerdings allein durch die Beitragszahler finanziert werden soll, ist nicht nachvollziehbar. Die Kosten sind durch das BMG zu tragen.

Änderungsvorschlag

Das BMG trägt die Gesamtkosten des wissenschaftlichen Auftrages.

Zu Artikel 1 Nr. 7 § 8a Absatz 5 SGB XI

Beabsichtigte Neuregelung

Die Verbindlichkeit der Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 1 bis 3 SGB XI wird erhöht. Der neue Absatz 5 sieht vor, dass vor Abschluss eines Versorgungsvertrags die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 1 bis 3 SGB XI ebenso wie Empfehlungen und Zielsetzungen, wie die im Rahmen landesrechtlicher Vorgaben durchgeführten kommunalen Pflegestrukturplanungen, zu beachten sind.

Bewertung

Die Verbindlichkeit zusammen mit der Neufassung von § 72 SGB XI führt insbesondere in Bezug zu Empfehlungen nach § 8a Absatz 3 SGB XI zu erheblichen rechtlichen Problemen. Bezüglich des geltenden Kontrahierungszwangs bei Zulassung ist diese Verbindlichkeit gar nicht umzusetzen.

Änderungsvorschlag

Streichen.

Zu Artikel 1 Nr. 14
§ 17a Absatz 1 SGB XI

Beabsichtigte Neuregelung

In Umsetzung der Änderung in § 40 SGB XI wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beauftragt, seine Richtlinien nach § 17a SGB XI bis 31. Dezember 2026 inhaltlich zu überarbeiten. Bei der Überarbeitung sollen zukünftig auch die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus der empfehlenden Pflegefachpersonen berücksichtigt werden. Die Organisationen der Pflegeberufe erhalten ein verbindliches Recht zur Stellungnahme.

Bewertung

Die Überarbeitung der unterschiedlichen Qualifikationsniveaus ist im Rahmen der Kompetenzerweiterung von Pflegefachpersonen nachvollziehbar. Der Gesetzgeber regelt jedoch ferner, dass Pflegefachpersonen für die Erbringung der HKP nach dem SGB V notwendige Hilfsmittel im Rahmen der Folgeverordnung ebenfalls verordnen dürfen. Dafür sollen im Speziellen gemäß § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V entsprechende Qualifikationsniveaus in einem Vertrag bis 31.07.2027 vereinbart werden. Daher kann die Richtlinie nicht bereits zum 31.12.2026 festgelegt/angepasst sein, da sie den Katalog des Vertrages zu berücksichtigen hat.

Die Verordnung der Hilfsmittel durch die Pflegefachperson erfolgt ferner nach dem neuen § 15a SGB V einschließlich der Verordnung gemäß § 33 SGB V über das normale Verordnungsverfahren. Der Gesetzgeber regelt mit § 15a Absatz 1 Nummer 2 SGB V durch das Wort „einschließlich“, dass die Verordnungen durch Pflegefachpersonen denen der Vertragsärzte gleichgestellt sind. Sofern in den Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6 SGB XI Qualifikationsniveaus festgelegt werden sollen, sind eben die im Rahmenvertrag nach § 73d SGB V vereinbarten Qualifikationsniveaus zu berücksichtigen. Anderenfalls werden hier konkurrierende Regelungen zur Verordnung eines bestimmten Hilfsmittels geschaffen werden. Nachdem Pflegefachpersonen zukünftig Pflegehilfsmittel/Hilfsmittel verordnen können, stellt sich die Frage, ob eine Richtlinie zur „Empfehlung“ von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6 SGB XI dann überhaupt noch notwendig ist.

Änderungsvorschlag

Vor dem Hintergrund, dass bei der Beschreibung des Qualifikationsniveaus die Regelungen aus dem Rahmenvertrag nach § 73d SGB V zugrunde gelegt werden sollten, diese aber erst vertraglich bis zum 31.07.2027 zur Verfügung stehen, sollte die Frist zur Erstellung dieser Richtlinie mindestens bis 31.12.2027 verlängert werden.

Zu Artikel 1 Nr. 16
§ 18c Absatz 5 Satz 4 SGB XI

Beabsichtigte Neuregelung

Es ist vorgesehen, dass nach Kenntnis des Medizinischen Dienstes (MD) oder der Pflegekasse über den Wegfall eines nicht durch die Pflegekasse zu vertretenen Verzögerungsgrundes der Lauf der Frist bis zum Ablauf von zehn Arbeitstagen gehemmt ist, wenn durch den Eintritt des Verzögerungsgrundes eine erneute Terminierung der Begutachtung erforderlich ist.

Bewertung

Mit der Regelung in § 18c SGB XI soll die Auslegung im „Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI“ vom 14.11.2023 des GKV-SV und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene gesetzlich festgeschrieben werden. Die Festlegung des rechtlichen Rahmens wird grundsätzlich begrüßt. Anstatt der im Gemeinsamen Rundschreiben vorgesehenen Hemmung von 17 Tagen werden hier allerdings nur zehn Tage vorgesehen.

Änderungsvorschlag

Die 17 Arbeitstage-Regelung aus dem Gemeinsamen Rundschreiben sollte übernommen werden.

Zu Artikel 1 Nr. 22
§ 37 Absatz 3 Satz 1 SGB XI

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung werden die Intervalle für die Beratung nach § 37 Absatz 3 Satz 1 SGB XI ausgeweitet. Pflegebedürftige Personen mit den Pflegegraden 4 und 5 müssen künftig nur noch halbjährlich – statt wie bisher vierteljährlich – eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Unabhängig davon bleibt es ihnen möglich, bei Bedarf auch weiterhin vierteljährlich eine Beratung zu erhalten.

Bewertung

Bei Pflegegeldempfängern dient die regelmäßige Beteiligung professioneller Pflegekräfte im Rahmen eines Beratungseinsatzes der Entlastung der pflegenden Familienangehörigen und sichert die Qualität der häuslichen Pflege. Defizite in der häuslichen Pflege können entdeckt und ihnen entgegengewirkt werden. Zurzeit sieht die gesetzliche Regelung nach § 37 Absatz 3 SGB XI für die Pflegegrade 2 und 3 einen Beratungseinsatz einmal halbjährlich und bei den Pflegegraden 4 und 5 einmal vierteljährlich vor.

Zu Beginn der Corona-Pandemie wurde die Pflicht zum Abruf einer Beratung ausgesetzt. Vom 01.10.2020 bis zum 31.03.2022 konnte die Beratung telefonisch, digital oder per Videokonferenz erfolgen. Die praktischen Erfahrungen nach dem Wiederanlaufen der Vor-Ort-Beratung zeigten, dass sich sowohl die vorübergehende Aussetzung der Beratung als auch die nicht aufsuchende Beratung nicht signifikant negativ auf die Pflegesettings ausgewirkt haben. Daher sollten die Intervalle zum Beratungseinsatzabruf bei Pflegerad 2 und 3 von halbjährlich auf jährlich und bei Pflegegrad 4 und 5 wie vorgesehen von vierteljährlich auf halbjährlich verlängert werden.

Dadurch würde der Aufwand für alle Beteiligten deutlich reduziert werden und das Ziel des Beratungseinsatzes, die Pflegebedürftigen und Pflegepersonen in der täglichen Pflege zu unterstützen und konkrete Maßnahmen abzuleiten grundsätzlich nicht gefährdet. Hinzu kommt, dass sich durch eine Verlängerung der Beratungsintervalle der personelle Aufwand insbesondere bei den ambulanten Pflegeeinrichtungen reduzieren würde. In Anbetracht des hinlänglich bekannten Pflegekräftemangels würde so mehr Zeit für die Pflege im häuslichen Umfeld zur Verfügung stehen.

Änderungsvorschlag

§ 37 Absatz 3 Satz 1 wird durch folgenden Satz ersetzt:
„Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben in folgenden Intervallen eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen:
1. bei den Pflegegraden 2 und 3 jährlich einmal,
2. bei den Pflegegraden 4 und 5 halbjährlich einmal.“

Zu Artikel 1 Nr. 31
§§ 45d und e SGB XI

Beabsichtigte Neuregelung

Zu § 45d SGB XI:
Die jährlichen Fördermittel werden von 0,15 Euro auf 0,20 Euro je Versicherten für den Aus- und Aufbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und –kontaktstellen erhöht. Davon sollen 0,04 Euro für Gründungszuschüsse sowie zur Unterstützung von bundesweiten Tätigkeiten und Strukturen zur Verfügung gestellt werden. Mit der Gesetzesänderung wird somit die bisher separierte Förderung der „Bezuschussung von Gruppengründungen (Pauschalförderung)" mit der „Förderung von bundesweiten Tätigkeiten und Strukturen (Projektförderung)" zusammengelegt.

Zu § 45e SGB XI:
Mit der Regelung (Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken) wird neu eingefügt, dass zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen sowie der Stärkung der Prävention nach § 5 SGB XI aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung je Kalenderjahr 20 Millionen Euro bereitgestellt werden, um die strukturierte Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken nach Absatz 2 zu fördern.

Bewertung

Zu § 45d SGB XI:
Die Zusammenlegung der beiden Fördertatbestände wird ausdrücklich begrüßt. Die bisher aus Überlaufmitteln finanzierte Unterstützung von bundesweiten Tätigkeiten (Projektförderung) erhält somit gleichermaßen Zugang zu den Fördermitteln und wird in geeigneter Weise aufgewertet. Die vorgesehene Erhöhung der Fördermittel von 0,15 Euro auf 0,20 Euro je Versicherten wird hingegen strikt abgelehnt. Jährlich werden Fördermittel in Millionenhöhe nicht verausgabt und in die Folgejahre transferiert. Die Steigerung ist somit auch mit Sicht auf die Finanzlage der SPV nicht nachvollziehbar. Wichtiger wäre es, bürokratische Hürden abzubauen und einheitliche Voraussetzungen für das Ehrenamt zu schaffen. Im Bereich der Nachbarschaftshilfe hat beispielswiese jedes Land eigene Regelungen, die erfahrungsgemäß den Zugang erschweren.

Zu § 45e SGB XI:
Es ist nicht erkenntlich, wie die Stärkung der Prävention nach § 5 SGB XI in die Netzwerkstruktur eingebracht werden soll.

Änderungsvorschlag

Zu § 45d SGB XI:
Die Höhe der Fördermittel ist anzupassen: je Kalenderjahr sollen weiterhin Fördermittel von 0,15 Euro je Versicherten zur Verfügung gestellt werden. Davon sollen 0,02 Euro für die Gründungszuschüsse sowie auf bundesweite Tätigkeiten und Strukturen entfallen.

Zu § 45e SGB XI:
Da der § 5 SGB XI auch die Prävention in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen beinhaltet, ist hier eine Eingrenzung auf den neuen § 5 Absatz 1a SGB XI erforderlich.

Zu Artikel 1 Nr. 38
§ 72 a) und b) SGB XI

Beabsichtigte Neuregelung

Zu a)
Gemäß der Neuregelung sind vor dem Abschluss die Empfehlungen des Landespflegeausschusses, des erweiterten Landespflegeausschusses (soweit es diesen im Land gibt) und die Empfehlungen von regionalen Ausschüssen nach Landesrecht sowie Empfehlungen und Zielsetzungen der nach Landesrecht durchgeführten kommunalen Pflegestrukturplanung zu beachten.

Zu b)
Träger von vollstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sollen bei Neuzulassungen prüfen, ob (durch sie) auch Leistungen der Tages- und Nachtpflege erbracht werden können. Des Weiteren gilt dieser Prüfauftrag auch für alle zugelassenen vollstationären und ambulanten Einrichtungen.

Bewertung

Zu a)
Nach § 72 Absatz 3 Satz 1 SGB XI letzter Halbsatz besteht beim Abschluss von Versorgungsverträgen ein Kontrahierungszwang, der durch die Neuregelung nicht aufgehoben wird. Die Gesetzesbegründung führt hier explizit aus: „Davon unberührt bleibt die marktwirtschaftliche Orientierung des Vertragsrechts der sozialen Pflegeversicherung.“ Die Länder sollen aber - so auch in der Begründung - angeregt werden, Vorgaben für eine effiziente Pflegestrukturplanung zu schaffen. Hier werden die Pflegekassenverbände als Vertragschließende in die Pflicht genommen, rechtlich nicht durchsetzbare Vorgaben umzusetzen.

Zu b)
Es handelt sich um einen unnötigen Verwaltungsaufwand, ohne dass damit ein positiver Effekt verbunden sein dürfte. Vollstationäre Einrichtungen werden fast nur noch für große oder etablierte Träger zugelassen, die kleinen privat geführten Heime befinden sich eher im sehr ländlichen Raum. Erstere haben sicher kalkuliert, ob sich für sie eine Tagespflege wirtschaftlich rechnet (teilweise geben sie auch eigene Bewohner zur Entlastung des Wohnbereichs in die eigene Tagespflege) und ob sie dafür Personal finden. Oftmals werden Teile von vollstationären Pflegeeinrichtungen zumindest wegen anfänglichen Personalmangels nicht belegt. Ambulante Pflegedienste fangen zumeist klein an – in der Regel erfüllen sie gerade eben Mindestpersonal. Auch sie werden keine Tagespflege eröffnen können. Im Bestand müssten ca. 30.000 stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen diese Überprüfung vornehmen.

Änderungsvorschlag

Zu a) Streichung.

Zu b) Streichung.

Zu Artikel 1 Nr. 39
§ 73a SGB XI

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, dass ein Träger eine absehbare wesentliche Beeinträchtigung der Leistungserbringung umgehend einer Vertragspartei auf Seiten der Pflegekassen anzuzeigen hat. In diesem Zuge sind auch die Pflegebedürftigen zu informieren. Im Falle entsprechender Anzeigen sind durch die Pflegekassen zusammen mit der Pflegeeinrichtung und weiterer Beteiligten vor Ort Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung für die Pflegebedürftigen zu prüfen und umzusetzen. Sofern Einvernehmen mit dem Sozialhilfeträger besteht, können diese Maßnahmen auch eine kurzfristige Abweichung der Personalausstattung beinhalten. In diesem Zusammenhang wird ein Monitoring der pflegerischen Versorgungsstrukturen durch den GKV-SV im Sinne einer fortlaufenden Berichterstattung gegenüber dem BMG gesetzlich verankert.

Bewertung

Die Regelung wird abgelehnt. Zwar ist sie angelehnt an die (durchaus sinnvolle) Vorgehensweise im Rahmen der Coronavirus-Pandemie, die mitunter durch massive lokale (krankheitsbedingte) Personalausfälle in Pflegeeinrichtungen gekennzeichnet war. Allerdings ist es keinesfalls sachgerecht, die durchlebte pandemische Situation nunmehr allgemein auf strukturelle Herausforderungen von Pflegeeinrichtungen (insbesondere Arbeitskräftemangel) übertragbar zu machen. Die Regelung scheint vielmehr ein Eingeständnis des Gesetzgebers zu sein, dass die von ihm gesetzten Rahmenbedingungen hinsichtlich der Leistungs- und Qualitätsmerkmale in der Praxis mitunter nur schwerlich zu erfüllen sind.

Aus Sicht des vdek führt die vorgesehene Regelung dazu, dass auch lokale Versorgungsengpässe, die selbst durch klare unternehmerische Fehlentscheidungen bedingt sein können, letztlich zum Problem der Kostenträger und Heimaufsichten gemacht werden. Da eine einseitige – aufgrund der unbestimmten Rechtsbegriffe ins beliebige Ermessen von Einrichtungsträgern gestellte - Anzeige durch die Einrichtung genügt, lassen sich jegliche drohende oder eingetretene Risiken - unabhängig von der Verursachung - auf die Kostenträger abwälzen und somit einseitig Druck ausüben, um einrichtungsindividuell die Unterschreitung gesetzlicher Mindestanforderungen durchzusetzen bzw. Qualitätsdefizite zu legitimieren. Dies ist nicht nur aus Kostenträgersicht nicht sachgerecht, sondern steht auch den Interessen der versorgten Personen entgegen. Wenn es einem Pflegeheim beispielsweise nicht nur vorübergehend nicht gelingt, die vertraglich vereinbarte und über die Pflegesätze finanzierte Personalausstattung zu erfüllen, müssen aus Sicht des vdek weiterhin heimrechtliche Belegungsstopps erfolgen, nicht aber Aufweichungen der gesetzlichen Anforderungen hinsichtlich Personalausstattung. Bereits heute unterstützen die Heimaufsichten, Gesundheitsämter und Pflegekassen betroffene Versicherte bei entsprechenden Problemlagen.

Zu entsprechenden Anzeigen sind die Träger der Pflegeeinrichtungen als Vertragspartner verpflichtet.

Änderungsvorschlag
Streichung.

Zu Artikel 1 Nr. 45
§ 84 Absatz 2 SGB XI

Beabsichtigte Neuregelung

Der von den Pflegekassen im Pflegesatzverfahren durchgeführte Einrichtungsvergleich wird um das Merkmal der Entlohnungsstruktur erweitert. Entsprechend dem letzten Halbsatz ist der Einrichtungsvergleich (in den Verhandlungen) transparent darzustellen.

Bewertung

Die Regelung ist sachgerecht, da der angewendete Tarifvertrag maßgeblich für die Höhe der in Ansatz gebrachten Personalkosten ist. Die transparente Darstellung ist problematisch, da die Informationen, die Pflegesatzverhandler:innen zu externen Vergleichsdaten geben, den Einrichtungen oft nicht ausreichen. Gleichzeitig besteht ein Datenschutzproblem, wenn etwa Angaben zu Platzzahlen und Postleitzahlbereich erwartet werden.

Änderungsvorschlag

Streichen: ~~„Vergleichsdaten sind transparent darzustellen.“~~

Zu Artikel 1 Nr. 47
§ 86a Absätze 3 – 5 SGB XI

Beabsichtigte Neuregelung

Auf Bundesebene sollen Empfehlungen als Richtschnur für künftige Pflegesatzvereinbarungen erarbeitet werden, um das Pflegesatz- bzw. Vergütungsverfahren zu optimieren und transparenter zu gestalten. Die Empfehlungen, die auch modular vereinbart werden können, sind unmittelbar verbindlich, sofern auf Landesebene keine abweichenden Regelungen getroffen werden. Als Konfliktlösungsmechanismus ist ein Schiedsverfahren vorgesehen.

Bewertung

Die Neuregelung wird begrüßt, da mit den Empfehlungen grundsätzlich eine bundesweite Harmonisierung des Vergütungsgeschäfts erfolgen kann. Dabei sollten die Vereinbarungspartner nach § 75 Absatz 6 SGB XI im Verfahren nicht schon mit einrichtungsindividuellen Maßgaben eingeschränkt werden.

Änderungsvorschlag

In § 86a Absatz 3 SGB XI nach Ziffer 4 wird der Satz
„In den Empfehlungen ist zu berücksichtigen, dass vereinbarte Pauschalen in Einzel- und Gruppenverfahren für jede Pflegeeinrichtung in einem angemessenen Verhältnis zur tatsächlichen Höhe von Personal- und Sachaufwendungen sowie von weiteren relevanten Positionen stehen müssen." gestrichen.

Zu Artikel 1 Nr. 50
§ 92c SGB XI

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird neu geregelt, dass (zugelassene) ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) zukünftig Verträge zur pflegerischen Versorgung in sogenannten GeWos) mit den Kranken- und Pflegekassen schließen können. In den Verträgen wird ein Versorgungsauftrag definiert, welche Leistungen durch den Pflegedienst in der jeweiligen GeWo als Basisleistung (Basispaket) oder optionale Leistung zu erbringen sind. Die zu vereinbarenden Leistungen umfassen sowohl Pflegeleistungen (SGB XI) als auch Leistungen der HKP (SGB V).

Bewertung

Grundsätzlich sieht der vdek die Aufwertung von (GeWos) als zukunftsweisenden Schritt an. Die vorgesehene gesetzliche Neuregelung führt jedoch zu einem überkomplexen Vertragsgeschäft, das weder den Anforderungen der Pflegebedürftigen noch denen der Kranken- und Pflegekassen gerecht wird. Der vdek sieht daher umfassenden Nachbesserungsbedarf.

Bereits heute ist die Versorgung in GeWos durch ambulante Pflegedienste möglich. Die im Einzelfall erforderlichen Leistungen (SGB V und SGB XI) werden dabei durch den Pflegedienst direkt mit den Pflegebedürftigen im Pflegevertrag vereinbart bzw. ärztlich verordnet und – wenn erbracht - wie in der ambulanten Versorgung üblich abgerechnet. Mit den vorgesehenen Regelungen entsteht für Anbieter und Kostenträger nunmehr ein neuer Vertragsbereich, der hochgradig individualisierbar ist. Im Ergebnis werden die Inhalte, die vormals niedrigschwellig zwischen Pflegebedürftigen und Pflegedienst im (privatrechtlichen) Pflegevertrag ausgehandelt wurden, zum Gegenstand (öffentlich-rechtlicher) Versorgungsverträge. Dies ist aus mehreren Gründen problematisch:
Da der Vertrag durch den ambulanten Pflegedienst geschlossen wird, haben die GeWo-Bewohnenden keine (direkte) Mitsprachemöglichkeit über die Vertragsinhalte. Im Ergebnis könnten Inhalte über das Basispaket kollektiv finanziert werden, die individuell überhaupt nicht (mehr) benötigt werden. Andersherum gedacht könnten individuelle oder kollektive Bedarfslagen nicht abgedeckt sein, weil der Versorgungsvertrag das (noch) nicht vorsieht.

Veränderungen der Bedarfslagen der GeWo-Bewohnenden führen möglicherweise zu Änderungsbedarf im öffentlich-rechtlichen Versorgungsvertrag, da Inhalte des „Basispakets“ neu verhandelt werden müssen. Ein Änderungsbedarf kann sich schon beim Ausscheiden oder Neueintritt eines GeWo-Bewohnenden auch in Abhängigkeit vom Pflegegrad ergeben. Es müssen also immer der private Pflegevertrag und der öffentlich-rechtliche Versorgungsvertrag angepasst werden. Das führt dazu, dass auf konkrete Bedarfslagen nicht schnell genug reagiert werden kann.

Die Vertragskonstellation berührt das Versichertenwahlrecht, da den Versicherten – sofern Sie mit dem Vertrag oder den Leistungen des vertragsschließenden

oder kooperierenden Pflegedienstes unzufrieden sind - lediglich der Auszug aus der GeWo bleibt.

Es ist verwaltungsökonomisch nicht sinnvoll, öffentlich-rechtliche Versorgungsverträge mit kleinsten organisatorischen Einheiten zu schließen. Vielmehr sollten solche Verträge einen Rahmen setzen, der es ambulanten Pflegediensten weiterhin ermöglicht, die konkreten Leistungsinhalte vor Ort mit den in GeWos versorgten Personen zu vereinbaren.

Zudem stellen sich administrative Herausforderungen:
Die Abrechnung der über das „Basispaket" hinausgehenden Leistungen führt bei den Kranken- und Pflegekassen zu einem hohen administrativen Aufwand, da zunächst geprüft werden muss, welche Leistungen im Einzelfall bereits über die Tagespauschale („Basispaket") abgegolten sind. Hier ist insbesondere der Umstand, dass die Inhalte des „Basispakets" variieren können, erschwerend für die Einzelleistungsprüfung, zu der die Kranken- und Pflegekassen verpflichtet sind.

Den GeWo-Bewohnenden stehen neben dem Zuschuss von 450 Euro nach § 45h SGB XI (n. F.) unterschiedliche Leistungsbeträge zur Verfügung. Damit unterscheiden sich ihre finanziellen Möglichkeiten, einen Beitrag zum kollektiven Basispaket zu leisten. Veränderungen des Pflegegrad-Mixes innerhalb der GeWo können dazu führen, dass das Basispaket nicht mehr finanziert werden kann. Ein wie auch immer geartetes Basispaket dürfte zügig zu Kosten führen, welche die ambulanten Sachleistungen ausschöpfen.

Neben den genannten Herausforderungen bestehen zudem nur geringe Anreize, einen Vertrag zu schließen:
Pflegebedürftige erhalten zwar einen Zuschlag 450 Euro, verzichten jedoch auf den Anspruch auf den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI (-125 Euro) und Wohngruppenzuschlag nach § 45f SGB XI (n. F.; -224 Euro). Bezieht man zusätzlich den wegfallenden Anspruch auf Tages- und Verhinderungspflege ins Versichertenkalkül mit ein, überwiegen die verlorenen Leistungsansprüche den Vorteil durch die Neuregelung deutlich. Diese Abwägung gilt gleichermaßen für Träger von Pflegeeinrichtungen, die neben ambulanten Sachleistungen (u. a. in Wohngemeinschaften) häufig auch Tagespflege anbieten und den Entlastungsbetrag nutzen. Hier würde sich das Budget vermindern, die Pflichten (Konzept, Qualitätssicherung) jedoch steigen. In der Gesamtschau geht der vdek davon aus, dass die vorgesehenen Rahmenbedingungen in der Praxis nur zu wenigen Vertragsabschlüssen führen werden.

Aus Sicht des vdek ist es erfolgversprechender, die Anforderungen an GeWos in den Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI differenziert nach bestimmten Versorgungsschwerpunkten (z. B. Demenz-WGs) festzulegen und die in den Ländern bestehenden ambulanten Vergütungssystematiken, um Pauschalen für die Versorgung in diesen GeWos zu ergänzen.

Strikt abgelehnt werden die gesetzlich vorgesehenen Berichtspflichten des GKV-SV an das BMG. Die hier zu berichtenden Daten übersteigen die Grenzen einer sinnvollen Erhebung.

Änderungsvorschlag

§ 75 Absatz 2 SGB XI wird um folgende Nummer 3a ergänzt:

„3a. Leistungs- und Qualitätsmerkmale für die Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen differenziert nach Versorgungsschwerpunkten"

§ 92c SGB XI (n. F.) wird wie folgt gefasst:

"Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen

Ambulante Pflegeeinrichtungen können Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen mit den Vertragsparteien nach § 89 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 bis 3 schließen. Die gemeinschaftlichen Wohnformen sind zu Maßnahmen zur Qualitätssicherung einschließlich eines Qualitätsmanagements sowie zur Mitwirkung an Maßnahmen nach den §§ 114 und 114a verpflichtet. Die Leistungs- und Qualitätsmerkmale der ambulanten Pflegeeinrichtung zur Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen richten sich nach den Verträgen nach § 75 SGB XI."

Dem § 89 Absatz 3 SGB XI wird folgender Satz angefügt:

„Die Vergütungen von Leistungen der pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c SGB XI ist differenziert nach dem Schwerpunkt der Versorgung pauschaliert zu bemessen."

Zu Artikel 1 Nr. 59
§ 114 a) SGB XI

Beabsichtigte Neuregelung
Mit der Änderung soll eine digitale Daten- und Kommunikationsplattform für die Planung, Beauftragung und Durchführung von Qualitätsprüfungen bis 31.10.2025 durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Benehmen mit dem MD Bund und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV Verband) errichtet werden, mit dem Ziel ab 01.01.2027 die Beauftragungen der Qualitätsprüfungen an die Prüfdienste digital zu übermitteln. Auch die Überprüfung der Kriterien zur Verlängerung des Prüfrhythmus und unangekündigter Qualitätsprüfungen gemäß § 114c SGB XI im Vorfeld der Beauftragung soll zukünftig ohne Zeitverzug in der Plattform abrufbar sein, ohne dass es einen zusätzlichen Austausch zwischen den Landesverbänden der Pflegkassen und den Prüfdiensten bedarf. Eine Anbindung der Datenauswertungsstelle Pflege (DAS) soll die Effizienz steigern. Die private Krankenversicherung (PKV) soll sich mit zehn Prozent an den Aufbaukosten beteiligen, da auch der Prüfdienst der PKV, als Nutzer, von der Plattform profitiert. Die Prüfquote des PKV-Prüfdienstes orientiert sich immer an den bestehenden Versorgungsverträge, anders ist eine Aufteilung nicht möglich. Zur Einrichtung der geforderten Daten- und Kommunikationsplattform sollen die bereits eingesetzten digitalen Formate, wie z. B. die DCS Pflege, berücksichtigt werden.

Bewertung
Die Errichtung einer digitalen Daten- und Kommunikationsplattform durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird abgelehnt. Bereits vorliegende Daten zu Qualitätsprüfungsberichten als Grundlage der Veröffentlichung und zur Kenntnisnahme der Pflegeeinrichtungen, Daten der DAS zu Indikatoren für die Veröffentlichung sowie die Datenauswertung der Kriterien gemäß § 114c SGB XI im Vorfeld der Beauftragung von Qualitätsprüfungen bei der DCS Pflege, werden für Auswertungen genutzt. Auswertungen zu den abgeschlossenen Qualitätsprüfungen (d. h. vorliegender Qualitätsprüfungsberichte) und den registrierten Pflegeeinrichtungen sind ebenfalls jederzeit über die DCS abrufbar. Außerdem stellen die Landesverbände der Pflegekassen, wenn benötigt, u. a. die Beauftragungslisten der Bundesebene zur Verfügung.

Weiterhin sind für die Prüfbeauftragung individuelle Absprachen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen notwendig, unter Berücksichtigung der landesspezifischen Vorgehensweise, z. B. bei der Prüfdienstzuordnung. Die Prüfbeauftragung erfolgt in jedem Kalenderjahr zum November/Dezember für das Folgejahr. Kurzfristige Anpassungen in den Prüfbeauftragungen sind daher auch nach erfolgten Abstimmungen zwischen den Beteiligten jederzeit möglich und erfolgen im Bedarfsfall. Ein enger Austausch auf kurzen Dienstwegen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Prüfdiensten wird dabei immer angestrebt. Die Kommunikationswege wählen die Beteiligten dabei frei.

Auch die Digitalisierung der Prozesse wird bereits angestrebt und vorangetrieben. Große Kassenverbände (vdek und AOK Bundesverband) arbeiten bereits

gemeinsam mit dem MD Bund an der Erstellung und Nutzung von einheitlichen Schemata für die Datenübertragungen. In einigen Ländern wird die elektronische Datenlieferung der Qualitätsprüfungsberichte zwischen MD und Landesverband der Pflegekasse bereits erprobt. Zudem ist auch bereits das Qualitätsprüfungsrichtlinien-Portal (QPR-Portal) gestartet, über das aktuell der PKV-Prüfdienst die Qualitätsprüfungsberichte zentral zur Verfügung stellt.

Eine zentrale Datenplattform, die alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag gemäß § 72 SGB XI umfasst, als Grundlage für die Errichtung der geforderten digitalen Daten- und Kommunikationsplattform, existiert nicht. Sie müsste daher zuerst gefordert und in einem angemessenen Zeitraum etabliert werden, um im Anschluss die geforderte Kommunikationsplattform mit den genannten Schnittstellen- und Auswertungstools aufzusetzen.

Die vorgesehene Neuregelung berücksichtigt nicht hinreichend, wie komplex und aufwendig die Einrichtung und der Betrieb einer zentralen digitalen Plattform tatsächlich ist. Auch wenn auf vorhandene digitale Strukturen zurückgegriffen werden kann, sind weiterhin erhebliche Ressourcen zur Abstimmung, technischen Umsetzung, Pflege und fortlaufenden Weiterentwicklung erforderlich.

Kritisch ist ebenfalls die enthaltene Festlegung, dass die Prüfaufträge ab dem 01.01.2027 digital über die Plattform erteilt werden sollen. Diese Frist scheint angesichts des bisherigen Entwicklungsstandes, der föderalen Abstimmungsbedarfe und der notwendigen technischen sowie organisatorischen Voraussetzungen unrealistisch. Eine fristgerechte, flächendeckende Umsetzung ist vor dem Hintergrund der bestehenden heterogenen Praxis in den Bundesländern nicht absehbar. Vielmehr besteht die Gefahr, dass bestehende funktionierende Verfahren durch nicht ausgereifte, zentral vorgegebene Strukturen ersetzt werden, was zu Ineffizienzen und unnötigen Komplexitäten führen würde. Bereits in der Stellungnahme zum Referentenentwurf 2024 haben wir deutlich gemacht, dass die Errichtung einer zentralen Daten- und Kommunikationsplattform nicht erforderlich ist und vom vdek abgelehnt wird.

Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Verpflichtung zur Einrichtung einer zentralen digitalen Daten- und Kommunikationsplattform sollte gestrichen werden.

Zu Artikel 1 Nr. 67
§ 125d SGB XI

Beabsichtigte Neuregelung

Die neue Regelung in § 125d SGB XI sieht vor, dass in den Jahren 2026 bis 2028 modellhafte Erprobungen in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden können. Ziel ist es,

- Angehörige dauerhaft in die pflegerische Versorgung einzubeziehen, sodass professionelle Leistungen teilweise abgewählt werden können,
- stationären Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen, ambulante Pflegeleistungen auch außerhalb der Pflegeeinrichtung zu erbringen.

Die Modellprojekte sollen wissenschaftlich begleitet werden und insbesondere die Auswirkungen auf Qualität, Wirtschaftlichkeit, Personalbedarf und Akzeptanz untersuchen.

Bewertung

Die grundsätzliche Idee, Versorgungsstrukturen flexibler zu gestalten und neue Versorgungsmodelle zu testen, kann sinnvoll sein. Jedoch ist die Einführung dieser Modellvorhaben zum jetzigen Zeitpunkt verfrüht:

- Der „Zukunftspakt Pflege 2025“ ist noch nicht abgeschlossen. Erst nach dessen Ergebnissen können fundierte und systematisch abgestimmte Strukturreformen verantwortungsvoll eingeleitet werden.
- Die Modellvorhaben greifen in bestehende Grundprinzipien der Pflegeversicherung ein, etwa in die Vollversorgungsverantwortung vollstationärer Pflegeeinrichtungen und die Abgrenzung von ambulanten und stationären Leistungen.
- Die vorgesehene Einbindung von Angehörigen als dauerhafte Leistungserbringer wirft haftungsrechtliche, ethische und pflegefachliche Fragen auf und birgt das Risiko der Überforderung sowie einer Abwälzung professioneller Pflegeleistungen auf Laien.

Änderungsvorschlag

Streichung der geplanten Regelung. Die geplanten Modellvorhaben sollten vollständig zurückgestellt werden. Erst nach Abschluss des „Zukunftspakts Pflege 2025“ und einer breiten politischen und gesellschaftlichen Diskussion über die zukünftige Ausrichtung der Pflegeversicherung kann eine Entscheidung über neue Versorgungsmodelle getroffen werden. Ein Vorgriff durch isolierte Modellversuche wäre fachlich wie politisch nicht zielführend und schafft parallele Strukturen.

Zu Artikel 2 Nr. 10
§ 64d SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Die Verpflichtung zu Modellvorhaben bleibt erhalten, doch wird nun ausdrücklich klargestellt, dass sie sich auf die bisherige Fassung des § 63 Absatz 3c SGB V beziehen (der durch die Reform aufgehoben werden soll). Neu ist zudem, dass der bisherige Rahmenvertrag bis zum 31.03.2027 angepasst werden soll – mit dem Ziel, die dort gelisteten Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in die Regelversorgung zu überführen.

Bewertung

Die Neuregelung des § 64 SGB V sichert zwar die Fortführung der Modellvorhaben, bleibt jedoch inhaltlich hinter dem Potenzial zurück. Wünschenswert wäre eine stärkere Verknüpfung mit den erweiterten Handlungsspielräumen nach § 15a SGB V, um Pflegefachpersonen gezielt auf ihre künftigen Aufgaben vorzubereiten und einen koordinierten Übergang in die Regelversorgung zu fördern. Mit der geplanten Regelung bleiben Modell- und Regelstruktur dagegen weitgehend nebeneinander bestehen. Angesichts der bisherigen Erfahrungen zur Anpassung eines Rahmenvertrags ist die zeitliche Komponente zu kurz gewählt.

Änderungsvorschlag

Um die Anschlussfähigkeit an die Regelversorgung zu verbessern, sollte § 64d SGB V dahingehend ergänzt werden, dass die Modellvorhaben auch der gezielten Erprobung und Vorbereitung der neuen pflegerischen Handlungsspielräume dienen.

Zu Artikel 2 Nr. 12
§ 73d Absatz 4

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung stellt klar, dass Vertragsärzt:innen die im Rahmenvertrag definierten Leistungen eigenverantwortlich an Pflegefachpersonen übertragen dürfen.

Bewertung

Die Regelung bleibt hinter dem Anspruch der eigenverantwortlichen Tätigkeit von Pflegefachpersonen zurück. Die Formulierung legt nahe, dass Ärzt:innen weiterhin darüber entscheiden, ob Pflegefachpersonen bestimmte Leistungen übernehmen dürfen. Stattdessen sollte klar geregelt werden, dass Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer gesetzlich definierten Kompetenzen nach § 15a SGB V eigenständig und regelhaft tätig werden können. Ungeklärt bleibt zudem die Haftungsfrage – ein zentraler Aspekt, der für die Sicherheit der beteiligten Berufsgruppen sowie der Patient:innen essenziell ist.

Änderungsvorschlag

An dieser Stelle muss klargestellt werden, dass die Übertragung bestimmter Aufgaben über das Maß der Delegation hinausgeht. Des Weiteren müssen analog zur ärztlichen Versorgung haftungsrechtliche Aspekte, die mit der Übertragung von Leistungen an die Pflegefachperson zusammenhängen, aufgenommen und geregelt werden.

Zu Artikel 2 Nr. 13
§ 87 Absatz 2a SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber regelt, dass im EBM die hier i.R. stehenden übertragbaren Leistungen, welche von den Pflegefachpersonen erbracht werden, hinsichtlich Umfang und angemessener Vergütung vom Bewertungsausschuss überprüft und beschlossen werden sollen.

Bewertung

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass eine bundesweit einheitliche Vergütung für übertragbare Leistungen etabliert werden soll. Es ist allerdings nicht nachvollziehbar, warum sich die Vergütung von übertragbaren Leistungen von Pflegefachpersonen, die in einer Arztpraxis angestellt sind, von jener von in Pflegeeinrichtungen angestellten Pflegefachpersonen unterscheiden soll bzw. warum die Vergütung hier von anderen Protagonisten festgelegt werden soll. Eine einheitliche Vergütung unabhängig vom Anstellungsort ist aus Sicht der Ersatzkassen geboten, um Fehlanreize zu vermeiden.

Änderungsvorschlag

Eine bundesweit einheitliche Vergütung soll vom Bewertungsausschuss beschlossen werden, unabhängig davon, wo die Pflegefachperson angestellt ist.

3. Ergänzender Änderungsbedarf

Artikel 4 (Änderung des Pflegeberufegesetzes - PflBG)

§ 30 Absatz 4 – Pauschalbudgets sowie Änderung der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung § 5 Absatz 3 – Mitteilungspflichten vor Festsetzung von Ausbildungsbudgets

Beabsichtigte Neuregelung
In § 30 Absatz 4 PflBG wird folgender neuer Satz 5 angefügt:
„Krankenhäuser, die Träger der praktischen Ausbildung sind, übermitteln die Höhe der Ausbildungsvergütungen nach Satz 2, die Ausbildungszahlen nach Satz 3 sowie die im Ausbildungsbudget nach Satz 4 festgesetzten Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen zeitgleich mit der Mitteilung an die zuständige Stelle nach Satz 1 an die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG."

§ 5 Absatz 3 PflAFinV wird folgender neuer Satz 4 angefügt:
„Krankenhäuser, die Träger der praktischen Ausbildung sind, übermitteln die Aktualisierung nach Satz 1 und die Änderungen nach Satz 2 zeitgleich mit den Mitteilungen an die zuständige Stelle an die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG."

Begründung
Auszubildende in der Pflege werden gemäß ihrem Wertschöpfungsanteil auf den Stellenplan der Krankenhäuser angerechnet. Dementsprechend wird der anzurechnende Anteil der Ausbildungsvergütungen über das reguläre Budget der Krankenhäuser finanziert, das die Krankenhäuser mit den Krankenkassen nach § 11 KHEntgG vereinbaren. Der anzurechnende Anteil wird seit 2020 über das Pflegebudget nach § 6a KHEntgG finanziert. Die restlichen Mehrkosten werden über das Ausbildungsbudget nach § 29 PflBG finanziert, das durch den Ausgleichsfonds nach § 26 PflBG an die Krankenhäuser ausbezahlt wird. Dabei ermittelt der Fonds mit dem Anrechnungsschlüssel nach § 27 PflBG und den durchschnittlichen Kosten einer Vollkraft den Anteil der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen. Sofern beim Ausbildungsbudget und beim Pflegebudget dieselbe Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Vollkraft angesetzt werden, erhält das Krankenhaus die vollständigen Kosten der Ausbildungsvergütungen. In der Praxis kann es jedoch dazu kommen, dass unterschiedliche Werte verwendet werden, was zu einer Über- oder Unterfinanzierung der Ausbildungsvergütungen führt. Die Krankenhäuser, die Träger der praktischen Ausbildung sind, sollten daher die durch den Fonds festgesetzten Mehrkosten an die Krankenkassen weiterleiten, um eine sachgerechte Finanzierung sicherzustellen. Die Informationen werden bereits von den Trägern der praktischen Ausbildung und Pflegeschulen regulär erhoben und der zuständigen Stelle mitgeteilt. Zeitgleich sind diese Informationen auch an die Krankenkassen zu übermitteln.

§ 18 Absatz 3 SGB XI

Beabsichtigte Neuregelung

§ 18 Absatz 3 SGB XI wird gestrichen.

Begründung

Die mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz eingeführte Option der Beauftragung von unabhängigen Gutachter:innen muss ersatzlos gestrichen werden. In der Praxis kommt diese Regelung kaum zum Tragen bzw. führt diese nicht zu einer Beschleunigung der Pflegebegutachtungen. Zum einen fehlt es in vielen Regionen an verfügbaren unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern. Zum anderen führt die vorgesehene Umstellung der Beauftragung erst 20 Arbeitstage nach Antragsstellung aus organisatorischen Gründen nicht zu einer Beschleunigung der Verfahren.

Beabsichtigte Neuregelung

In § 18c Absatz 5 Satz 1 wird das Wort „unverzüglich" gestrichen.

Nach Satz 1 des § 18 Absatz 5 wird der folgende Satz eingefügt:
„Die Auszahlung des Gesamtbetrags hat unverzüglich nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens zu erfolgen."

Begründung

Sofern eine Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über einen Antrag auf Pflegebedürftigkeit nicht innerhalb der vorgesehenen Fristen (25 Arbeitstage oder in bestimmten Fällen verkürzte Fristen) erteilt, sollte geregelt werden, dass die Pflegekasse die wöchentlichen Zahlungen von 70 Euro nicht bereits ab Fristablauf, sondern unverzüglich nach Erstellen des Bescheides zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit des Antragstellers zu zahlen hat.

Die Pflegekasse kann die Ursache einer Überschreitung der Begutachtungsfristen erst nach Übermittlung des Gutachtens durch den MD und bei Erteilung des Bescheids über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit feststellen. Ab der Übermittlung des Auftrages an den MD haben die Pflegekasse keine Einflussmöglichkeit mehr auf das Verfahren. Erst im Zuge der Übermittlung des Gutachtens teilt der MD der Pflegekasse mit, ob und welche Verzögerungen im Begutachtungsverfahren aufgetreten sind. In den weit überwiegenden Fällen stellt die Pflegekasse fest, dass Fristüberschreitungen nicht von den Pflegekassen zu vertreten sind. Sofern die Zusatzzahlungen unverzüglich nach Fristablauf wöchentlich ausgezahlt würden, müssten die Beträge nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens zurückgefordert werden, da die Fristüberschreitung von der antragstellenden Person zu vertreten war. Dies führt aus Sicht des vdek zum einen zu erheblichen Belastungen der antragstellenden Personen (z. B. durch Rückforderungen, Mahnverfahren), zum anderen zu einem nicht wirtschaftlichen und unangemessenen Verwaltungsaufwand für die Pflegekassen. Der Auszahlungszeitpunkt der Zusatzzahlungen mildert außerdem nicht den Sanktionscharakter für die Pflegekassen, der bei dieser Regelung im Vordergrund steht, da hiermit keine Reduzierung des Betrages der Zusatzzahlungen verbunden ist.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 030/2 69 31 - 0
Fax: 030/2 69 31 - 2900
Politik@vdek.com