



# Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 30.09.2024

---

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der  
Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG)

---

GKV-Spitzenverband  
Reinhardtstraße 28  
10117 Berlin  
Telefon 030 206288-0  
[politik@gkv-spitzenverband.de](mailto:politik@gkv-spitzenverband.de)  
[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>I. Vorbemerkung</b>	<b>5</b>
<b>II. Stellungnahme</b>	<b>8</b>
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	8
Nr. 2a) – § 5	8
Nr. 2b) – § 5	9
Nr. 2c) – § 5	12
Nr. 2d) – § 5	13
Nr. 3a) – § 7a	14
Nr. 3b) Buchstabe aa) – § 7a	15
Nr. 3b) Buchstabe bb) – § 7a	16
Nr. 3c) – § 7a	17
Nr. 3d) – § 7a	18
Nr. 4a) – § 7b	19
Nr. 4b) – § 7b	20
Nr. 5a) - § 8 Absatz 3b	21
Nr. 5b) - § 8 Absatz 3c	22
Nr. 6 – § 8a Abs. 5	24
Nr. 7 – § 9 Satz 3	25
Nr. 8 – § 10 Absatz 1	26
Nr. 9 - § 10a	27
Nr. 10 – § 11 Abs. 1a	28
Nr. 11a) – § 12 Abs. 1	29
Nr. 11b) – § 12 Absatz 2	30
Nr. 12 - § 15 Absatz 8	31
Nr. 13 – § 17a	32
Nr. 14a) – § 18e Absatz 1 Satz 2	36
Nr. 14b) – § 18e Absatz 6	37
Nr. 15 – § 28 Absatz 1	39
Nr. 16 – § 28a	40
Nr. 17a) – § 37	41
Nr. 18 – § 38a	42
Nr. 19 – § 39a	43
Nr. 20 – § 40	44
Nr. 21a) – § 40a	46
Nr. 21b) Buchstabe aa) – § 40a	47
Nr. 21b) Buchstabe bb) – § 40a	48
Nr. 22 – § 40b	49
Nr. 23a) – § 44a Absatz 1	50
Nr. 25b) – § 45a Absatz 1 Satz 2 Nummer 1	51
Nr. 25c) – § 45a Absatz 2	52

Nr. 25d) – § 45a Absatz 3 bis 5	53
Nr. 25e) – § 45a Absatz 6	55
Nr. 25f) – § 45a Absatz 4 alt	56
Nr. 26 – § 45b Absatz 4 Satz 2	57
Nr. 27 – § 45c	58
Nr. 28 – § 45d	60
Nr. 29 – § 45e	63
Nr. 29 – § 45f	64
Nr. 29 – § 45g	65
Nr. 30 – § 45h	66
Nr. 30 – § 45i	67
Nr. 30 – § 45j	68
Nr. 32 – § 69 Abs. 2	70
Nr. 33a) – § 72 Abs. 1a	72
Nr. 33b) – § 72 Abs. 3b	73
Nr. 34 – § 73a	74
Nr. 35a) – § 78a	76
Nr. 35b) – § 78a	77
Nr. 35c) Buchstabe aa) – § 78a	78
Nr. 35c) Buchstabe bb) – § 78a	79
Nr. 35d) Buchstabe aa) – § 78a	80
Nr. 35d) Buchstabe bb) – § 78 a	81
Nr. 35e) – § 78a	82
Nr. 36 – § 85	83
Nr. 37 – § 86a	84
Nr. 40 – § 92c	86
Nr. 42b) – § 109 Abs. 6	90
Nr. 44a) – § 113 Abs. 1 Satz 1	91
Nr. 44b) – § 113 Absatz 1 Satz 1	92
Nr. 44c) – § 113 Absatz 1 Satz 3	93
Nr. 45a) – § 113b Absatz 2 Satz 5 und 6	95
Nr. 45b) – § 113b Absatz 3	96
Nr. 45c) Buchstabe aa) – § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 6	97
Nr. 45c) Buchstabe bb) – § 113b Absatz 4 Satz 3	98
Nr. 45c) Buchstabe cc) – § 113b Absatz 4 Satz 3	99
Nr. 45d) – § 113b Absatz 4a Satz 1	100
Nr. 45e) – § 113b Absatz 7 Satz 1	101
Nr. 46a) – § 113c Absatz 2 Satz 2	102
Nr. 46b) Buchstabe bb) – § 113c Absatz 3	103
Nr. 46d) Buchstabe aa) – § 113c Absatz 5	104
Nr. 46d) Buchstabe bb) – § 113c Absatz 5	105
Nr. 46e) – § 113c Absatz 9	106
Nr. 47a) – § 114 Absatz 1a (neu)	108
Nr. 47b) – § 114 Absatz 2	110
Nr. 47c) – § 114 Absatz 2	111
Nr. 48a) – § 114a Absatz 2 Sätze 2 bis 4	112

Nr. 48b) – § 114a Absatz 5 Sätze 2 und 3	113
Nr. 48c) Buchstabe aa) – § 114a Absatz 7 Satz 1	114
Nr. 48c) Buchstabe bb) – § 114a Absatz 7 Satz 3	115
Nr. 48c) Buchstabe cc) – § 114a Absatz 7 Satz 7	116
Nr. 49a) – § 114c Absatz 1	117
Nr. 49b) – § 114c Absatz 3	118
Nr. 49c) – § 114c Absatz 3	119
Nr. 50a) Buchstaben aa) – cc) und ee) – § 115 Absatz 1a	120
Nr. 50a) Buchstabe dd) – § 115 Absatz 1a	121
Nr. 50b) Buchstabe aa) – § 115 Absatz 5 Satz 1	122
Nr. 50b) Buchstabe bb) – § 115 Absatz 5 Satz 2	123
Nr. 50c) – § 115 Absatz 6 Satz 1	124
Nr. 51 - § 118a	125
Nr. 52 – § 118a (neu)	126
Nr. 54 - § 125a	127
Nr. 55 – § 125c	128
Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	129
Nr. 1 – § 34	129
Nr. 2 – § 45j	130
Nr. 3 – § 55 Absätze 3a und 3b	131
Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	132
Nr. 2 – § 15	132
Nr. 3 – § 20 Absatz 5	134
Nr. 4 – § 33	135
Nr. 5 – § 39	136
Nr. 7 – § 64d	137
Nr. 8 – § 73d	138
Nr. 9 – § 87	140
Nr. 10 – § 132a	141
Nr. 11 – § 197b	144
Artikel 5 (Änderung des Pflegeberufgesetzes)	145
Nr. 3 – § 4a	145
<b>III. Ergänzender Änderungsbedarf</b>	<b>146</b>
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	146
§ 18c Absatz 5	146
§ 40 - Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen und § 78 - Verträge über Pflegehilfsmittel, Pflegehilfsmittelverzeichnis und Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen	149
§ 40a Absatz 2 Satz 3 bis 5	152
§ 37 Häusliche Krankenpflege	153

# I. Vorbemerkung

---

Die soziale Pflegeversicherung ist einer der Bereiche der Sozialversicherung, der in besonderem Maße von den Auswirkungen der demografischen Veränderungsprozesse in Deutschland betroffen ist. Die wachsende und absehbar weiter steigende Pflegeprävalenz sowie ein gleichzeitig im Verhältnis zum Bedarf stagnierendes Versorgungsangebot für pflegebedürftige Menschen treffen in zunehmender Weise auf ein sich verengendes Fachkräfteangebot, das entsprechend den Erfahrungen der vergangenen Jahre nicht allein durch ein Mehr an finanziellen Mitteln vergrößert werden kann.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt insofern die Intention des Bundesministeriums für Gesundheit, auf verschiedenen Ebenen die Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, der beschriebenen Problemlage konkret zu begegnen. Dies betrifft unter anderem die Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für beruflich Pflegende, die Schaffung eines breiteren Spektrums an innovativen Wohnformen für Pflegebedürftige und auch Verbesserungen in der Zusammenarbeit von Kommunen und Pflegekassen. Gleichwohl muss aber auch angemerkt werden, dass die Vielzahl an Regelungen des Referentenentwurfs hier teilweise hinsichtlich des Ausmaßes ihrer Folgewirkungen und Implikationen für die konkrete Umsetzung in der Praxis noch der Präzisierung sowie Prüfung der inhaltlichen Kohärenz bedürfen. Andernfalls bestünde die Gefahr, dass gute und richtige Gestaltungsansätze in der Praxis im Ergebnis nicht umsetzbar sind. Der GKV-Spitzenverband versteht den vorgelegten Referentenentwurf insofern als einen ersten richtigen Schritt in eine zeitgemäße und moderne pflegerische Versorgung.

## **Pflegekompetenz**

Der vorgelegte Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG) adressiert nachvollziehbarerweise die Frage, wie die vielfältigen Kompetenzen von Pflegefachpersonen so gestaltet werden können, dass sie für die Versorgung zielgerichteter und effizienter als bisher eingesetzt werden können. Eine stärkere pflegeberufliche Stellung in der Versorgung ist zeitgemäß, um das vorhandene Fachkräftepotenzial kompetenz- und bedarfsorientiert zielgenauer als bislang einzusetzen und die Versorgung nachhaltig sicherzustellen. Dafür bedarf es der grundsätzlichen Klärung, wie eine verzahnte, aufeinander abgestimmte, integrierte medizinische und pflegerische Versorgung erreicht werden kann.

Der vorgelegte Referentenentwurf ist nach dem Pflegestudiumstärkungsgesetz, dem Pflegefachassistenteneinführungsgesetz und dem geplanten Advanced-Practice-Nurses-Gesetz ein weiterer Baustein der Neuausrichtung der Profession Pflege und der Erweiterung der Kompetenzen für Pflegepersonen. Hierzu gilt es, stabile rechtliche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen zu schaffen. Im Zuge der laufenden und angekündigten Berufsgesetze wird es allgemein darum gehen müssen, bundeseinheitlich Aufgabenzuordnungen anhand der verschiedenen Qualifikationsniveaus festzulegen und Abgrenzungsfragen zu anderen Berufsgruppen zu klären. Mit dem vorliegenden Referentenentwurf sollen in einem Rahmenvertrag präzisere Definitionen der pflegerischen, heilkundlichen und erweiterten heilkundlichen Leistungen und Aufgaben, die von Pflegefachpersonen erbracht werden können, festgelegt werden. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist es hier von

besonderer Bedeutung, Transparenz, Klarheit und die notwendige Abgrenzung zwischen den verschiedenen heilkundlichen Leistungsarten zu schaffen. Die hierzu gewählte Rechtskonstruktion, in einem Rahmenvertrag diese Leistungen festzulegen, wirft Fragen auf. Dies betrifft insbesondere das Verhältnis dieses Rahmenvertrages zur gesetzlichen Normenhierarchie im Verhältnis zum Gemeinsamen Bundesausschuss.

### **Innovative Versorgungsformen**

Um die Versorgung pflegebedürftiger Menschen besser an deren Bedürfnisse anzupassen, sieht der Referentenentwurf eine neue, kombinierte Wohnform aus ambulanter und stationärer pflegerischer Versorgung vor. Dazu soll es ambulanten Pflegeeinrichtungen ermöglicht werden, im Rahmen sektorenübergreifender Verträge mit den Landesverbänden der Pflege- und Krankenkassen sowie dem jeweils zuständigen Sozialhilfeträger die pflegerische Versorgung für gemeinschaftliche Wohnformen zu übernehmen. Der GKV-Spitzenverband begrüßt Ansätze, die den individuellen Bedürfnissen und selbstbestimmten Vorstellungen Pflegebedürftiger Rechnung trägt. Jedoch ist fraglich, inwieweit sich mit den im Referentenentwurf vorgelegten Regelungen zur Schaffung eines neuen pflegerischen Angebots in gemeinschaftlichen Wohnformen die beabsichtigte Wirkung in der Praxis entfalten kann. Der Gesetzgeber schafft mit dieser neuen Versorgungsform einen dritten Sektor mit eigenen leistungsrechtlichen und vertraglichen Regelungen, deren Vorgaben nur rudimentär beschrieben sind und zu komplexen Umsetzungsfragen und Interpretationsspielräumen führen. Angesichts der Vielzahl der noch offenen Fragen ist von einer Umsetzung auf der Basis der jetzigen Regelungen des Referentenentwurfs abzusehen.

### **Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Kommunen und Pflegekassen**

Der Referentenentwurf sieht vor, dass Kommunen – entsprechend der Vereinbarung im Koalitionsvertrag – mehr Mitgestaltungsmöglichkeiten bei der pflegerischen Versorgung vor Ort erhalten. In diesem Zusammenhang sollen die Länder nun durch Landesrecht bestimmen können, ob bzw. wie eine kommunale Pflegestrukturplanung vorzusehen ist. Auf der anderen Seite haben die Pflegekassen aber im Falle einer durch Landesrecht bestimmten kommunalen Pflegestrukturplanung kein verbindliches Mitwirkungsrecht. Die Umsetzung des Ziels des Gesetzgebers, die Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen und Kommunen zu verbessern, wird damit einseitig von den Ländern definiert. Zudem sehen die gesetzlichen Neuregelungen vor, dass Pflegekassen künftig die Empfehlungen der regionalen Ausschüsse nach § 8a Absatz 3 SGB XI verbindlich bei der Zulassung von Pflegeeinrichtungen beachten müssen. Unklar bleibt dabei, wie dies umgesetzt werden soll und wer letztlich die Verantwortung für die damit verbundenen Entscheidungen trägt. Die Sicherstellung der pflegerischen Versorgungsstruktur muss weiterhin in der Verantwortung der Länder liegen.

### **Gesundheitsförderung und Prävention**

Aufgrund der demografischen Entwicklung und damit im Zusammenhang stehender Herausforderungen (z. B. sozialräumlicher Infrastrukturmängel) wird der Zielgruppe „ältere/alte Menschen“ in der Prävention und Gesundheitsförderung bereits verstärkt Beachtung geschenkt. Der GKV-Spitzenverband unterstützt das Anliegen, Gesundheit, Lebensqualität, Selbstbestimmung, Mobilität und Selbstständigkeit möglichst bis ins hohe Alter zu erhalten, die Entstehung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden beziehungsweise hinauszuzögern. Leistungen der

Primärprävention nach §§ 20, 20a SGB V können auch für ältere Menschen, die pflegebedürftig und zu Hause von Angehörigen oder durch ambulante Pflegedienste versorgt werden, sinnvoll sein und helfen, gesundheitliche Risiken zu reduzieren und Ressourcen zu stärken.

Der Intention des Referentenentwurfs, die Prävention im Rahmen des SGB XI weiter auszubauen, ist daher grundsätzlich zuzustimmen. Dies soll über verbesserte Zugänge für pflegebedürftige Versicherte zu den individuellen Präventionsangeboten der Krankenkassen nach § 20 Abs. 5 SGB V und deren bessere Ausrichtung auf die Präventionsbedarfe pflegebedürftiger Menschen erfolgen. Es ist grundsätzlich sinnvoll, an bereits etablierte Beratungsstrukturen des SGB XI anzuknüpfen und keine neuen Beratungsstrukturen und -angebote für die Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflegeversicherung zu schaffen.

Die mit dem geplanten Gesetz zur Stärkung der Herzgesundheit (Gesundes-Herz-Gesetz-GHG) vorgesehene Anrechnung der medizinischen Leistungen auf die Präventionsleistungen wird es den Krankenkassen erschweren oder unmöglich machen, das umfangreiche Präventionskursangebot aufrechtzuerhalten bzw. bedarfsgerecht ausbauen zu können. Somit konterkarieren die Maßnahmen des GHG die durch den vorliegenden Referentenentwurf formulierten Ziele, Leistungen der Krankenkassen zur Primärprävention und zur Gesundheitsförderung mehr Pflegebedürftigen zur Verfügung zu stellen. Sollte die Anrechnungsregelung im GHG so kommen wie aktuell geplant, ist davon auszugehen, dass in Zukunft weniger Pflegebedürftige Leistungen der Primärprävention und Gesundheitsförderung in Anspruch nehmen können.

Zu den vorgesehenen Regelungen nimmt der GKV-Spitzenverband im Einzelnen wie folgt Stellung.

## II. Stellungnahme

---

### **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 2a) – § 5**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In der Neufassung der Überschrift wird durch die Einfügung „und in der häuslichen Pflege“ der Intention des Gesetzgebers entsprochen, pflegebedürftige Menschen, die in der häuslichen Pflege von An- und Zugehörigen und /oder einem Pflegedienst versorgt werden, zielgenauer den Zugang zu den Präventionsleistungen der Krankenkassen nach § 20 Abs. 5 des SGB V zu ermöglichen.

##### **B) Stellungnahme**

Auch wenn es sich um keine neuen ergänzenden Leistungen der Prävention für ambulant versorgte pflegebedürftige Menschen handelt, verdeutlicht die Ergänzung der Überschrift die Intention des Gesetzgebers und bedeutet eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einfügung des neuen Absatzes.

##### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 2b) – § 5**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Einführung des neuen Abs. 1a wird beabsichtigt, den Zugang zu Präventionsleistungen für Pflegebedürftige in der häuslichen Pflege zu verbessern, indem diese eine zielgenaue Präventionsberatung durch die Pflegekassen erhalten. Damit will der Gesetzgeber erreichen, dass der Zugang von pflegebedürftigen Menschen – ob mit oder ohne ambulanten Pflegedienst versorgt - zu den Präventionsleistungen der Krankenkassen unterstützt wird. Es werden keine neuen Präventionsleistungen für pflegebedürftige Menschen im SGB XI eingeführt, die Regelungen betreffen vor allem die Schnittstellen der Zusammenarbeit von Kranken- und Pflegekassen mit Blick auf die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention.

Dem Pflegebedürftigen soll durch die Pflegekassen eine Bedarfserhebung, Beratung und die Empfehlung einer konkreten Maßnahme der Prävention (Präventionsempfehlung) ermöglicht werden. Dies kann durch eine Pflegefachperson über die Leistungserbringung nach § 36 SGB XI, die Pflegeberatung nach § 7a und c SGB XI und die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI erbracht werden. So wie im Rahmen der Pflegebegutachtung nach § 18b Abs. 2 SGB XI eine Präventionsempfehlung ausgesprochen wird, kann dies auch durch die Pflegefachpersonen in den anderen genannten Beratungssituationen erfolgen. Die Pflegekassen erhalten den Auftrag, die Prozesse und Verfahren der Bedarfserhebung, Beratung und Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention auf die ambulant versorgten pflegebedürftigen Menschen (stärker) zuzuschneiden. Die Krankenkassen sollen die Präventionsempfehlung nach § 5 Abs. 1a und § 18b Abs. 2 SGB XI aufgreifen, diese berücksichtigen und hierfür die Präventionsleistungen nach § 20 Abs. 5 SGB V auf die Personengruppe der älteren und pflegebedürftigen Menschen (stärker) zuschneiden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen die Kriterien für die Verfahren nach dem neuen Absatz Satz 1 bis 3 festlegen, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele. Im SPV-Leitfaden sollen die Voraussetzungen und Ziele der individuellen Bedarfserhebungen und Beratung von Pflegebedürftigen zur Nutzung präventiver Angebote festgelegt werden. Dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen sollen durch die Festlegung der Kriterien für die Empfehlung einer konkreten Maßnahme zur Prävention durch Pflegefachpersonen einschließlich der Erweiterung des Leitfadens „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ ein Aufwand von 8.300 € entstehen (160 Arbeitsstunden). Entsprechend den Erläuterungen zur beabsichtigten Neuregelung im § 5 SGB XI soll der GKV-Spitzenverband den GKV-Leitfaden Prävention weiterentwickeln und spezifische Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen zur primären Prävention für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege nach § 20 Absatz 2 SGB V definieren (vgl. B. Besonderer Teil, zu Artikel 1, Nummer 2 (§ 5), zu Buchstabe b).

#### **B) Stellungnahme**

Der Intention des Gesetzgebers, die Prävention im Rahmen des SGB XI weiter auszubauen, ist grundsätzlich zuzustimmen. Dies soll über verbesserte Zugänge für pflegebedürftige Versicherte zu den individuellen Präventionsangeboten der Krankenkassen nach § 20 Abs. 5 SGB V und deren bessere Ausrichtung auf die Präventionsbedarfe pflegebedürftiger Menschen erfolgen. Es ist grundsätzlich sinnvoll, an bereits etablierte Beratungsstrukturen des SGB XI anzuknüpfen und keine neuen

Beratungsstrukturen und -angebote für die Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflegeversicherung zu schaffen. Für die Pflegekassen würde dies bedeuten, dass die bestehenden genannten Beratungsstrukturen dahingehend geprüft werden, ob und wie die Möglichkeit einer Präventionsempfehlung als Beratungsinhalt ggf. weiter zu präzisieren ist und welche Prozesse hierfür ggf. von den Kranken- und Pflegekassen an den Schnittstellen anzupassen sind. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass bereits jetzt über die Pflegeberatung Anspruchsberechtigte sowie weitere Angehörige zu Möglichkeiten beraten werden, Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Anspruch zu nehmen. Zu prüfen ist, ob die Bedarfserhebung, Beratung und Präventionsempfehlung nicht nur durch qualifizierte Pflegeberatung, sondern auch durch weitere Beratungspersonen wie Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen mit einer entsprechenden Weiterbildung durchgeführt werden kann, wie in den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Absatz 3 Satz 3 SGB XI zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern vom 29. August 2008 in der Fassung vom 22. Mai 2018 aufgeführt. Leistungen der Primärprävention und Gesundheitsförderung nach §§ 20, 20a SGB V können auch für ältere Menschen, die pflegebedürftig sind und zu Hause von Angehörigen oder durch ambulante Pflegedienste versorgt werden, sinnvoll sein und helfen, gesundheitliche Risiken zu reduzieren und Ressourcen zu stärken. In der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vom 7. Mai 2018 wird deshalb bereits auf mögliche geeignete Präventionsmaßnahmen wie beispielsweise Gesundheitskurse zur Stressbewältigung, Bewegungsförderung, Sturzprävention, gesundheitsbewussten Ernährung oder zu einem verantwortungsbewussten Umgang mit Suchtmitteln hingewiesen (vgl. Pflegeberatungs-RL 2.2.4). Die mit dem geplanten Gesetz zur Stärkung der Herzgesundheit (Gesundes-Herz-Gesetz-GHG) vorgesehene Anrechnung der medizinischen Leistungen auf die Präventionsleistungen wird es den Krankenkassen erschweren oder unmöglich machen, das umfangreiche Präventionskursangebot aufrechtzuerhalten bzw. bedarfsgerecht ausbauen zu können. Somit konterkarieren die Maßnahmen des GHG die durch den vorliegenden Referentenentwurf formulierten Ziele, Leistungen der Krankenkassen zur Primärprävention und zur Gesundheitsförderung mehr Pflegebedürftigen zur Verfügung zu stellen. Sollte die Anrechnungsregelung im GHG so kommen wie aktuell geplant, ist davon auszugehen, dass in Zukunft weniger Pflegebedürftige Leistungen der Primärprävention und Gesundheitsförderung in Anspruch nehmen können.

Ältere Menschen in der Kommune sind in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention gemäß § 20a SGB V eine Zielgruppe, auf die im GKV-Leitfaden Prävention besonders hingewiesen wird. Die Gesundheitsförderungs- und Präventionsleistungen sollen demnach wohnortnah, niedrigschwellig, im Rahmen kommunaler Strukturen und in Kooperation mit verschiedenen Akteuren vor Ort sowie möglichst unter Mitwirkung älterer Menschen erbracht werden (vgl. GKV-Leitfaden Prävention, Ausgabe 2023). Auch Personengruppen, die pflegebedürftig sind und zu Hause von Angehörigen oder durch ambulante Pflegedienste versorgt werden, können über den kommunalen Ansatz erreicht werden.

Gesundheit, Lebensqualität, Selbstbestimmung, Mobilität und Selbstständigkeit sollen möglichst bis ins hohe Alter erhalten, die Entstehung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit vermieden und hinausgezögert werden. Um das Thema Prävention vor und in der Pflege stärker in den Fokus zu rücken, kann eine Ergänzung von spezifischen Handlungsfeldern und Kriterien für diese Zielgruppe im GKV-Leitfaden Prävention unter der Voraussetzung sinnvoll sein, dass auch weiterhin entsprechende

Finanzmittel für die individuelle verhaltensbezogene Prävention zur Verfügung stehen und diese nicht wie im GHG vorgesehen zugunsten von medizinischen Leistungen wegfallen.

### **C) Änderungsvorschlag**

Ergänzung der Beratungspersonen um weitere Pflegeberatende, die eine weiterführende Qualifikation gemäß den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern vom 29. August 2008 in der Fassung vom 22. Mai 2018 haben.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 2c) – § 5**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Durch die Neufassung will der Gesetzgeber erreichen, dass sowohl die Ausgaben als auch das Verfahren zur Umverteilung sowie das Hinwirken auf frühzeitige Interventionen, die Pflegebedürftigkeit zu vermeiden helfen, auch für die Vorhaben nach § 5 Abs. 1a gilt.

#### **B) Stellungnahme**

Wenn der Intention des Gesetzgebers gefolgt wird, dann ist das folgerichtig.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 2d) – § 5**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In Absatz 5 wird das Wort „und“ durch das Wort „bis“ ersetzt.

#### **B) Stellungnahme**

Die Sinnhaftigkeit dieser Änderung erschließt sich nicht. Im Absatz 5 gibt es kein „und“. Offenbar ein redaktioneller Fehler im Entwurf.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Streichung.

#### **Weiterer Änderungsvorschlag:**

Streichung des Absatzes 7, da die hier aufgeführten Regelungen die Jahre 2019 und 2020 betreffen und nicht mehr aktuell sind.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 3a) – § 7a**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In § 7a Absatz 1 soll Satz 8 aufgehoben und in dem neu gefassten Absatz 8 Satz 4 verortet werden. Der Satz regelt inhaltlich unverändert, dass Pflegekassen ihnen obliegende Aufgaben der Pflegeberatung ganz oder teilweise auf Dritte übertragen können. Dabei bleibt § 80 SGB X (Verarbeitung von Sozialdaten im Auftrag) unberührt.

#### **B) Stellungnahme**

Die Aufhebung des Satzes 8 stellt im Falle des neu konzipierten Absatzes 8 eine redaktionelle Folgeänderung dar. Die Regelung bleibt dem Inhalt nach bestehen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 3b) Buchstabe aa) – § 7a**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

§ 7a Absatz 3 soll insofern geändert werden, als im Rahmen der Aufzählung des die Pflegeberatung durchführenden qualifizierten Personals „Pflegefachkräfte“ durch „Pflegefachpersonen“ ersetzt wird.

#### **B) Stellungnahme**

Die Anpassung des Begriffs „Pflegefachkraft“ erfolgt auf der Grundlage der in § 15a Absatz 2 SGB V geregelten Legaldefinition der Pflegefachperson und ist daher sachgerecht.

Die Anpassung des Begriffs erfordert eine Anpassung der Pflegeberatungs-Richtlinien sowie der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Absatz 3 Satz 3 SGB XI zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 3b) Buchstabe bb) – § 7a**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In Absatz 3 soll ein neuer Satz angefügt werden, der regelt, dass § 15a Absatz 1 SGB V (NEU) - „Pflegerische und heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen“ unberührt bleibt.

#### **B) Stellungnahme**

Durch den angefügten Satz mit dem Verweis auf die pflegerische und heilkundliche Versorgung durch Pflegefachpersonen wird klargestellt, dass pflegerische Aufgaben nach § 4 Pflegeberufgesetz (PflBG) im Rahmen der Pflegeberatung nur von Pflegefachpersonen im Sinne des § 1 PflBG erbracht werden können. Im Rahmen der Pflegeberatung können z. B. die Ermittlung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs und Erstellung eines Versorgungsplanes durchaus Schnittstellen zu pflegerischen Aufgaben nach § 4 Absatz 2 PflBG aufweisen. Die Pflegeberatung wird von fachlich qualifizierten Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern, insbesondere von Pflegefachpersonen, Sozialversicherungsfachanstellten oder Sozialarbeitern, durchgeführt. Den die Pflegeberatung durchführenden Personenkreis mit dem Verweis auf § 15a Absatz 1 SGB V (NEU) dahingehend einzuschränken, dass bestimmte Aufgaben im Rahmen der Pflegeberatung Pflegefachpersonen vorbehalten sein soll, ist nicht praktikabel. Dadurch wird erforderlich, dass bereits vor der erstmaligen Beratung/vor der Ermittlung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs eine Einschätzung getroffen werden muss, ob ggf. pflegerische Aufgaben nach § 4 PflBG berührt sind, um entsprechend qualifizierte Pflegeberaterinnen oder Pflegeberater (hier dann ausschließlich Pflegefachpersonen) einzusetzen bzw. Beratungsstellen zu benennen, die Pflegefachpersonen vorhalten. Sofern sich während des Pflegeberatungsprozesses ergibt, dass pflegerische Aufgaben nach § 4 PflBG betroffen sind, kann zudem die gewünschte personelle Kontinuität in der Pflegeberatung nicht gewährleistet werden.

Der Verweis, dass Aufgaben im Rahmen der Pflegeberatung, die Gegenstand der Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG sind, nur von Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 PflBG erbracht werden dürfen, erfordert eine Anpassung der Pflegeberatungs-Richtlinien sowie der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Absatz 3 Satz 3 SGB XI zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern.

#### **C) Änderungsbedarf**

Der ergänzende Satz „15a Absatz 1 des Fünften Buches bleibt unberührt“ wird nicht aufgenommen.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 3c) – § 7a**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Verweis auf die Modellvorhaben nach § 123 Absatz 1 (ALT) soll aufgehoben werden.

#### **B) Stellungnahme**

§ 123 SGB XI wurde mit dem Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) novelliert. Folglich ist die Streichung sachgerecht.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 3d) – § 7a**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In dem neu gefassten Absatz 8 soll der derzeit geltende Absatz 8 integriert werden, wonach die Pflegekassen sich zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsaufgaben anderer Träger beteiligen können und dabei Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung zu gewährleisten sind (als neuer Satz 3 in Absatz 8). Die wesentliche inhaltliche Neuerung betrifft die Regelung, dass die Pflegekassen zur Sicherstellung der Beratung der Versicherten im Land einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen zur kassenartenübergreifenden Organisation der Pflegeberatung im Land und zur Abstimmung und Zuordnung der Beratungsstrukturen zu bestimmten räumlichen Einzugsbereichen treffen können. Die mögliche Übertragung der Beratungsaufgaben von den Pflegekassen auf Dritte (derzeit Absatz 1 Satz 8) soll als Satz 4 angefügt werden.

#### **B) Stellungnahme**

Durch die Neuerung, dass Pflegekassen zur Sicherstellung der Beratung einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen zur kassenartenübergreifenden Organisation der Pflegeberatung im Land und zur Abstimmung und Zuordnung der Beratungsstrukturen zu bestimmten räumlichen Einzugsbereichen treffen können, kann unter anderem dazu beitragen, den Zugang zu spezifischen Beratungsangeboten für bestimmte Bedarfe zu schaffen bzw. zu verbessern. Die Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen gemäß der gesetzlichen Berichtspflicht nach § 7a Abs. 9 SGB XI zeigt auf, dass insbesondere Lücken spezifischer Beratungsangebote geschlossen werden sollten. Im Rahmen des Evaluationsberichtes wird darauf hingewiesen, dass es nicht realistisch sei, dass alle Pflegeberaterinnen und -berater für die Bedarfe aller Zielgruppen fortgebildet sind, so dass praktikable Lösungen zur Einbindung der notwendigen Expertise gefunden werden sollten. Die Neufassung des Absatzes 8 wird daher begrüßt.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 4a) – § 7b**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Änderungen in Satz 1 betreffen redaktionelle Folgeänderungen. So wird § 38a (§ 45h - NEU) durch § 38 (Kombinationsleistung) sowie die Angabe § 45e (NEU: Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken) durch die Angabe § 45h bis § 45j (Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen / Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen / Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung) ersetzt.

#### **B) Stellungnahme**

Die redaktionellen Folgeänderungen sind sachgerecht.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 4b) – § 7b**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Verweise in Satz 5 sollen dahingehend geändert werden, dass nunmehr die §§ 45b (Entlastungsbetrag), 45f (Anspruch auf Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrages), 45g (Anspruch auf Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrages) statt § 45a Absatz 4 (neu gefasst) und § 45b gelten.

#### **B) Stellungnahme**

Die redaktionellen Folgeänderungen sind sachgerecht.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 5a) - § 8 Absatz 3b**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

**aa)** Der Auftrag an den GKV-Spitzenverband zur wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung gem. § 8 Absatz 3b wird gemäß der beabsichtigten Neuregelung in Bezug auf die Erhebung der derzeitigen und zukünftigen Rahmenbedingungen der ambulant-häuslichen Versorgung präzisiert und um die Erarbeitung von Szenarien für die zukünftige Sicherstellung der ambulant-häuslichen Versorgung ergänzt.

**bb)** Die Laufzeit des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3b wird um zwei Jahre bis zum Jahr 2028 verlängert.

#### **B) Stellungnahme**

**aa)** Die Ausweitung des Auftrags in Bezug auf die Weiterentwicklung der ambulanten Pflege wird befürwortet.

**bb)** Die Verlängerung des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3b bis Ende des Jahres 2028 wird befürwortet.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 5b) - § 8 Absatz 3c**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der § 8 soll um einen neuen Absatz 3c ergänzt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll gemäß der beabsichtigten Neuregelung in den Jahren 2025 bis 2030 gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wissenschaftliche Expertisen zur konkreten Ausgestaltung der Inhalte von pflegerischen und heilkundlichen Leistungen des SGB V und SGB XI fördern. Weiterhin sollen Empfehlungen für Mindestinhalte von Weiterbildungen entwickelt werden, die als Qualifikationsvoraussetzung für die jeweiligen pflegerischen Aufgaben zugrunde zu legen sind. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend nach Anhörung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a Dauer, Inhalte und Durchführung. Zur Finanzierung stehen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen 10 Mio. Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zur Verfügung; an den Ausgaben für die Fördermittel trägt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen 50 Prozent. Die im Modellprogramm nach § 125a noch nicht verausgabten Mittel aus dem Ausgleichsfonds werden zugleich um fünf Millionen Euro insgesamt gekürzt.

#### **B) Stellungnahme**

Die Einrichtung des neuen Förderprogramms gem. § 8 Absatz 3c wird begrüßt. Die Verwendung von nicht eingeplanten beziehungsweise verausgabten Mittel aus dem Modellprogramm gemäß § 125a ist grundsätzlich sachgerecht.

Die beabsichtigte Neuregelung steht in enger Verbindung mit der beabsichtigten Neuregelung nach Artikel 3 Nr. 8 zur Schaffung eines neuen § 73d SGB V. Gemäß dieser beabsichtigten Neuregelung vereinbaren bis zum 31. Dezember 2025 die Spitzenorganisationen nach § 132a Absatz 1 Satz 1 SGB V und die Kassenärztliche Bundesvereinigung unter Beteiligung der Vereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 SGB XI einen Rahmenvertrag. Das Bundesministerium für Gesundheit wird zudem bis zum 31. Dezember 2027 eine Evaluation der Entwicklung und Umsetzung der selbständigen Erbringung heilkundlicher Aufgaben durch Pflegefachpersonen in anderen Versorgungsbereichen, insbesondere im Bereich der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationsreinrichtungen vorlegen. Diese soll auch die im Bereich des § 8 Absatz 3c SGB XI entwickelten Empfehlungen einbeziehen. Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf die zeitliche Überschneidung zum § 8 Absatz 3c SGB XI muss sichergestellt werden, dass auch bereits vorliegende Zwischenergebnisse in die Bewertung des Umsetzungsstands und die Identifizierung möglichen Anpassungsbedarfs einfließen.

Vor dem Hintergrund, dass es sich bei dem Auftrag gemäß der beabsichtigten Neuregelung um eine systemische Weiterentwicklung von grundsätzlicher Bedeutung für die Versorgung von Pflegebedürftigen handelt, sollte sich die Private Pflegeversicherung entsprechend der Regelung nach § 8 Abs. 9 SGB XI an den Kosten beteiligen.

**C) Änderungsvorschlag**

§ 8 Abs. 9 S. 1 SGB XI wird wie folgt neu gefasst: „Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß den Absätzen 3c, 5, 7 und 8 jeweils ergeben“.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 6 – § 8a Abs. 5**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Kommunale Pflegestrukturplanungen sowie die Empfehlungen der Landespflegeausschüsse und der regionalen Pflegeausschüsse nach § 8 Absätze 1 bis 3 müssen künftig vor Abschluss von Versorgungs-, Rahmen- und Vergütungsverträgen von den Vertragsparteien nach dem Siebten und Achten Kapitel beachtet werden. Die bisherige Soll-Regelung wird damit zu einer Muss-Regelung.

#### **B) Stellungnahme**

Unklar ist, wie die Regelung "Empfehlungen sind vor Vertragsabschluss zu beachten" konkret umgesetzt werden soll. Nicht benannt ist insbesondere, nach welchen Kriterien eine Ablehnung von Versorgungsverträgen (Nicht-Zulassung von Einrichtungen) erfolgen soll, selbst wenn alle vertraglichen Voraussetzungen erfüllt werden. Die Verantwortung hierfür sollte nicht allein den Landesverbänden der Pflegekassen übertragen werden. Diese hätten dann ggf. im Rahmen von gerichtlichen Verfahren Entscheidungen zu vertreten, an deren Grundlagen (kommunale Pflegestrukturplanung) sie im Zweifel nicht beteiligt waren.

Siehe auch Stellungnahme zu Nr. 32 - § 69 Abs. 2 und zu Nr. 33 a) - § 72 Abs. 1a.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 7 – § 9 Satz 3**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

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

#### **B) Stellungnahme**

Ob und wie kommunale Pflegestrukturplanung durchgeführt wird, bleibt Ländern und Landesrecht überlassen. Im Falle einer kommunalen Pflegestrukturplanung besteht keine Gewähr, dass die Pflegekassen an der Planung beteiligt werden. Zudem können die Länder einseitig entscheiden, ob Empfehlungen im Rahmen der Planung verbindlich von den Pflegekassen zu beachten sind. Die Umsetzung des Ziels des Gesetzgebers, die Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen und Kommunen zu verbessern, wird damit einseitig von den Ländern bestimmt.

Nach § 8a Abs. 5 müssen aber die Pflegekassen die jeweilige (regionale) Pflegestrukturplanung bei Abschluss der Versorgungsverträge beachten (§§ 69 und 72) und übernehmen damit die Verantwortung für Entscheidungen, an denen sie ggf. nicht mitgewirkt haben. Eine kommunale Pflegestrukturplanung sowie ein Mitbestimmungsrecht der Pflegekassen bei dieser Planung sind gesetzlich vorzusehen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Der neu einzufügende Satz 3 ist wie folgt zu fassen:

„Die Länder führen in Abstimmung mit den Landesverbänden der Pflegekassen eine kommunale Pflegestrukturplanung durch; Näheres zur Planung wird durch Landesrecht bestimmt.“

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 8 – § 10 Absatz 1**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der vierjährige Rhythmus für die Erstellung des Berichts der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in Deutschland soll für den neunten Pflegebericht einmalig um ein Jahr, auf das Jahr 2029 verschoben werden. Mit dieser Verschiebung soll erreicht werden, dass die Pflegestatistik 2027, die voraussichtlich erst im Dezember 2028 veröffentlicht wird, im neunten Pflegebericht der Bundesregierung berücksichtigt werden kann. Für die Berichterstattung der nachfolgenden Pflegeberichte soll der bisherige Vierjahresrhythmus grundsätzlich eingehalten werden.

#### **B) Stellungnahme**

Die einmalige Verschiebung der Pflegeberichterstattung der Bundesregierung ist vor dem Hintergrund der Einbindung der Pflegestatistik 2027 nachvollziehbar.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 9 - § 10a**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Schaffung einer gesetzlichen Regelung zur Beauftragung einer oder eines Beauftragten für Pflege durch die Bundesregierung. Aufgabe soll die Vertretung von Anliegen pflegebedürftiger Menschen, ihrer An- und Zugehörigen und der beruflich Pflegenden im Pflege- und Gesundheitswesen sein, ebenso einer frühzeitigen und umfassenden Beteiligung pflegebedürftiger Menschen und beruflich Pflegenden bei Fragestellungen zur pflegerischen Versorgung. Außerdem ist die Schaffung eines Beirates zur Verbesserung der Wahrnehmung der Interessen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen/Nahestehenden beabsichtigt.

#### **B) Stellungnahme**

Der GKV-Spitzenverband begrüßt eine gesetzliche Regelung zur ständigen Etablierung einer oder eines Beauftragten der Bundesregierung für Pflege und der damit verbundenen zentralen Zuständigkeiten für Pflegebedürftige, (pflegende) Angehörige, aber auch für beruflich Pflegenden. Ebenso wird die Errichtung eines Beirates zur Verbesserung der Kommunikation zwischen diesen Betroffenen und Akteuren befürwortet.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 10 – § 11 Abs. 1a**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Pflegeeinrichtungen sollen einrichtungsbezogen Delegationskonzepte für pflegerische Aufgaben von Pflegefachpersonen auf Pflegeassistenzpersonen und -hilfspersonen entwickeln.

#### **B) Stellungnahme**

Die Delegation von pflegerischen Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses an Pflegeassistenzpersonen sollte von der jeweiligen Einrichtung individuell geprüft werden. Da derzeit noch vielfältige Ausbildungen im Rahmen der Pflegeassistenz und Pflegehilfe mit sehr unterschiedlichen Inhalten und vermittelten Kompetenzen existieren, muss die Fähigkeit zur Durchführung von Aufgaben - vor allem im Bereich der Behandlungspflege - individuell überprüft werden.

Für die zukünftige bundeseinheitliche Pflegefachassistentenausbildung sollten allerdings die Kompetenzen im Rahmen der weiteren Rahmenverträge und Evaluationen, die aus dem Pflegekompetenzgesetz hervorgehen, bundeseinheitlich und sektorenunabhängig festgeschrieben werden.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 11a) – § 12 Abs. 1**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die bestehende Regelung, dass die Pflegekassen zur Durchführung der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaften bilden sollen, wird zu einer verbindlichen Vorgabe.

#### **B) Stellungnahme**

Es bedarf keiner verpflichtenden Vorgabe zur Bildung von örtlichen und regionalen Arbeitsgemeinschaften durch die Pflegekassen. Das derzeitige Verfahren zur Bildung von Arbeitsgemeinschaften ist etabliert und soll weiterhin auf Länderebene geregelt werden.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 11b) – § 12 Absatz 2**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Pflegekassen bzw. ihre Landesverbände werden verpflichtet, auf Basis der ihnen zur Verfügung stehenden Versorgungsdaten die Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation regelmäßig zu evaluieren und die an der Versorgung Beteiligten über ihre Erkenntnisse zu informieren. Die Daten sollen auf Anfrage und gegen Erstattung des Aufwands auch den Kommunen für ihre kommunalen Pflegestrukturplanungen zur Verfügung gestellt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene vereinbaren Empfehlungen zu Umfang, Struktur, Turnus und möglichen Indikatoren der entsprechenden Datensätze.

#### **B) Stellungnahme**

Das Interesse an einem regelmäßigen Monitoring zur Entwicklung der Versorgungsangebote in den Ländern ist nachvollziehbar. Die Landesverbände haben einen Überblick über die Anzahl der im Land abgeschlossenen Versorgungsverträge ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen sowie der mit stationären Pflegeeinrichtungen vereinbarten Platzzahlen. Diese Daten können der Durchführung der (kommunalen) Pflegestrukturplanung dienen. Die Pflegekassen können jedoch keine umfassende Bewertung der Versorgungssituation in einer Region treffen. Hierzu bedarf es der Einbeziehung einer Bedarfsanalyse, die durch die Länder aufgrund ihrer Verantwortung für die Vorhaltung einer ausreichenden Versorgungsstruktur im Rahmen der Landespflegeplanung durchzuführen ist.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Satz 1 wird wie folgt gefasst: „Die Pflegekassen erheben regelmäßig auf regionaler Ebene strukturierte Daten zur bestehenden Versorgungssituation.“

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 12 - § 15 Absatz 8**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit dem neuen Absatz 8 wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit zum 31. Dezember 2025 einen Bericht zu Erfahrungen und Wirkungsweisen des Begutachtungsinstruments (§ 15) nach dem geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff (§ 14) sowie zu Gründen und Ursachen des seit 2017 zu beobachtenden Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen vorzulegen. Die Erstellung des Berichts soll auf unabhängiger wissenschaftlicher Grundlage erfolgen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann hierfür Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen.

#### **B) Stellungnahme**

Die wissenschaftliche Evaluation der Erfahrungen mit dem Pflegebegutachtungsinstrument und die Erarbeitung möglicher Weiterentwicklungen wird begrüßt. Der hierfür vorgesehene Zeitrahmen (31.12.2025) ist jedoch unrealistisch und sollte um mindestens ein Jahr verlängert werden (31.12.2026).

#### **C) Änderungsvorschlag**

In Satz 1 wird die Jahreszahl „2025“ ersetzt durch die Jahreszahl „2026“.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 13 – § 17a**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der GKV-Spitzenverband hat gemäß § 40 Absatz 6 Satz 6 SGB XI mit Wirkung zum 01.01.2022 Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte erlassen. In den Richtlinien ist geregelt, in welchen Fällen und für welche Pflegehilfsmittel oder Hilfsmittel nach § 40 Absatz 5 SGB XI (doppelfunktionale Hilfsmittel) Pflegefachkräfte Empfehlungen aussprechen können mit der Folge, dass die Erforderlichkeit bzw. Notwendig der Versorgung vermutet wird. In den Richtlinien ist weiterhin festgelegt, welche Eignungsvoraussetzungen die empfehlende Pflegefachkraft erfüllen muss und welches Verfahren bei der Antragstellung durch die bzw. den Pflegebedürftigen einzuhalten ist. Die Bundespflegekammer und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene wurden gemäß § 40 Absatz 6 Satz 8 SGB XI an der Erstellung der Richtlinien beteiligt.

In dem vorgesehenen neuen § 17a SGB XI werden die Vorgaben zum Inhalt und Verfahren zum Erlass der vorgenannten Richtlinien erweitert und aktualisiert. Der Begriff Pflegefachkraft soll zur Anpassung an die neue Legaldefinition in dem neuen § 15 a Absatz 2 SGB V durch den Begriff Pflegefachperson ersetzt werden. Der GKV-Spitzenverband soll seine Richtlinien nach § 40 Absatz 6 Satz 6 SGB XI bis zum 30.11.2025 inhaltlich überarbeiten. Bei der Prüfung des Katalogs an Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln, die von einer Empfehlung durch Pflegefachpersonen umfasst sein können, sollen zukünftig insbesondere die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus der empfehlenden Pflegefachpersonen berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang wird das Beteiligungsrecht der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a gestärkt und ein verbindliches Stellungnahmerecht etabliert. Darüber hinaus unterliegen die Richtlinien zukünftig der Genehmigungspflicht des Bundesministeriums für Gesundheit.

Damit eine dynamische Weiterentwicklung der Richtlinien nach aktuellen medizinischen und pflegerischen Standards gewährleistet ist, sollen die die Richtlinien außerdem alle drei Jahre auf ihre Aktualität geprüft und angepasst werden.

Um zukünftig aussagekräftige Ergebnisse zu generieren, die eine umfassende Bewertung des festgelegten Verfahrens, der finanziellen Auswirkungen und Folgen für die Versorgung ermöglichen, werden der Umfang und die Zielrichtung der Evaluation konkretisiert. Dabei sind die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a SGB XI im Verfahren zusätzlich zu beteiligen. Der mit der Neuregelung bis zum 31. Dezember 2027 verlängerte Evaluationszeitraum soll insbesondere der notwendigen Überarbeitung der Richtlinie und der inhaltlichen Konkretisierung des Evaluationsverfahrens Rechnung tragen.

#### **B) Stellungnahme**

Gegen die Neufassung der gesetzlichen Regelungen zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln durch Pflegefachkräfte und den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes hierzu in den §§ 17a, 40 Absatz 6 SGB XI bestehen im Grundsatz keine Bedenken.

Mit der Neufassung der Regelungen zu den Richtlinien verbunden ist eine Ausweitung des Kreises der Hilfsmittel, die von Pflegefachkräften in Abhängigkeit von ihrer jeweiligen Qualifikation empfohlen

werden können. Im neuen § 17a Absatz 1 Satz 1 Nummer SGB V wird zudem deutlicher als bisher hervorgehoben, dass in den Richtlinien auch Festlegungen und Differenzierungen nach dem unterschiedlichen Qualifikationsniveau der empfehlenden Pflegefachpersonen erfolgen sollen.

Gleichzeitig sollen mit dem Referentenentwurf im SGB V auch Regelungen eingeführt werden, die Pflegefachpersonen unter bestimmten Voraussetzungen und bei Vorliegen bestimmter Qualifikationen das Ausstellen von Verordnungen für Hilfsmittel ermöglichen, wobei diese Verordnungen dann gemäß der Neuregelung in § 33 a Absatz 5a Satz 1 SGB V ärztlichen Verordnungen gleichgestellt werden. Das Nähere hierzu soll in dem Rahmenvertrag nach § 73d SGB V geregelt werden.

Dies führt künftig zu einem Nebeneinander zweier Regelungsansätze für den gleichen Personenkreis, um diesem mehr Kompetenzen bei der Versorgung mit Hilfs- und Pflegehilfsmitteln einzuräumen: zum einen die Zuerkennung einer Verordnungsbefugnis für Hilfsmittel und zum anderen die Einräumung der Möglichkeit, Empfehlungen für Pflegehilfsmittel und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6 SGB XI auszusprechen. Auch wenn es grundsätzlich nachvollziehbar ist, die fachlichen Kompetenzen und Potenziale von Pflegefachpersonen in der Versorgung durch ein erweitertes Aufgabenspektrum zu nutzen, besteht aufgrund der verschiedenen Regelungsstränge mit ähnlicher Zielsetzung die Gefahr von Überschneidungen und Doppelungen in den Anwendungsbereichen und – gerade auch für die Pflegefachpersonen, die dann beide Instrumente anwenden können - die Notwendigkeit einer klaren Abgrenzung beider Regelungsbereiche, zumal hiermit jeweils unterschiedliche Voraussetzungen und Folgen einschließlich Haftungsfragen verbunden sind.

Die Kompetenzerweiterung auf die Verordnung von Hilfsmitteln auch durch Pflegefachpersonen steht im Kontext der Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf diesen Personenkreis und soll nach der Gesetzesbegründung nur für Folgeverordnungen von Hilfsmitteln im Kontext der häuslichen Krankenpflege gelten. Die Ausstellung einer Verordnung lässt die Prüfmöglichkeiten der Krankenkassen unberührt. Die Empfehlung von pflegenahen Hilfsmitteln nach § 40 Abs. 6 SGB XI darf demgegenüber nicht in ärztliche Therapieentscheidungen eingreifen, ist aber nicht nur auf Folgeverordnungen beschränkt und hat die Wirkung, dass die Notwendigkeit bzw. Erforderlichkeit der Versorgung vermutet wird und die weiteren Prüfmöglichkeiten der Krankenkassen beschränkt sind.

Es ist daher wichtig sicherzustellen, dass Überschneidungen und widersprüchliche Regelungen auf den beiden Regelungsebenen vermieden werden. Die im Referentenentwurf vorgesehene Aktualisierung der Richtlinien nach § 40 Abs. 6 (alt) bzw. § 17a SGB V (neu) kann daher sinnvoll erst erfolgen, wenn die Festlegungen zu den Verordnungsbefugnissen von Pflegefachpersonen im Rahmenvertrag nach § 73d SGB V wirksam getroffen wurden und bekannt sind. Nur auf Grundlage dieser Regelungen kann beurteilt werden, inwieweit darüber hinaus Regelungen zu Empfehlungen für Hilfs- und Pflegehilfsmittel in den Richtlinien nach § 17a SGB XI unter Berücksichtigung des unterschiedlichen Qualifizierungsniveau von Pflegefachpersonen notwendig und möglich sind. Es ist daher nicht sinnvoll, für beide Regelungsbereiche Fristenregelungen vorzusehen, die parallel laufen.

Aus diesem Grund sollte zum einen in § 17a Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB XI eine Klarstellung aufgenommen werden, dass die Festlegung in den Richtlinien, über welches Qualifikationsniveau die empfehlende Pflegefachperson jeweils verfügen soll, unter Beachtung der im Rahmenvertrag nach § 73d SGB V getroffenen Regelungen erfolgt, und zum anderen die in § 17 a Absatz 1 Satz 1 SGB XI vorgesehene Frist für die Aktualisierung der Richtlinien um zwei Jahre auf den 31.12.2027 verschoben

werden, damit der Rahmenvertrag nach § 73d SGB V hierbei berücksichtigt werden kann. Eine ausreichend lange Frist für die Aktualisierung der Richtlinien ist auch deshalb erforderlich, weil mit dem Referentenentwurf das Beteiligungsrecht der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene beim Erlass der Richtlinien gestärkt und ein verbindliches Stellungnahmeverfahren eingeführt werden soll, ein solches Verfahren aber mit größeren Aufwänden verbunden ist und längere Zeiträume erfordert als andere Formen der Beteiligung.

Auch die Frist für die Evaluierung der Richtlinien sollte entsprechend um mindestens zwei Jahre auf den 31.12.2029 verschoben werden. Während in der bisherigen Gesetzesfassung eine Evaluierung der in den Richtlinien festgelegten Verfahren in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht geregelt ist, wird diese Formulierung in der neuen Fassung in § 17a Abs. 3 SGB XI dahingehend erweitert, dass eine Evaluation insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen auf die Qualität und Sicherheit der Versorgung und Wirtschaftlichkeitsaspekte erfolgen soll. Unklar ist, welche Erwartungen an die Evaluation mit dieser Änderung der Formulierung verbunden sind.

Sofern über quantitative Zahlen zu den Empfehlungen und das mit ihrer Abgabe verbundenen Verfahren sowie zu Wirtschaftlichkeitsaspekten hinaus auch die Qualität und Sicherheit der Hilfsmittelversorgung Gegenstand der Evaluation sein soll, ist zu berücksichtigen, dass diese maßgeblich vom nichtärztlichen Leistungserbringer mitgestaltet und beeinflusst wird, der das konkrete Einzelprodukt auswählt und die Beratung und Einweisung des Versicherten durchführt. Die Verordnung kann insoweit kaum isoliert bewertet werden. Soweit mit der Qualität und Sicherheit der Versorgung nicht allein die Hilfsmittelversorgung selbst, sondern deren Einbettung in die Gesamtversorgung und die Entwicklung des gesundheitlichen und pflegerischen Gesamtzustandes des Versicherten gemeint sein sollte, ginge eine solche Zielsetzung weit über die Möglichkeiten einer Evaluation durch den GKV-Spitzenverband hinaus und es wäre vielmehr das weite Feld der Versorgungsforschung angesprochen. Dem GKV-Spitzenverband fehlen für eine solche in den Bereich der Versorgungsforschung hineinreichende Evaluation die erforderlichen Daten; es ist – nicht zuletzt aus datenschutzrechtlichen Gründen - auch fraglich, ob er die hierfür benötigten Daten von den Kranken- bzw. Pflegekassen erhalten könnte. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte daher zur Vermeidung von Missverständnissen die ursprüngliche gesetzliche Formulierung zu dem Gegenstand der Evaluation beibehalten werden.

Andernfalls wäre der in der gesetzlichen Regelung für die Evaluation der Richtlinien angesetzte Zeitraum von zwei Jahren in jedem Fall zu kurz bemessen und wäre hierfür ein Zeitraum von mindestens drei Jahren anzusetzen. Die in den Richtlinien getroffenen Regelungen bedürfen erst der Umsetzung in der Versorgungspraxis und müssen dort zunächst allgemein Anwendung finden, bevor verlässliche Daten und Erkenntnisse zu ihnen und ihren Auswirkungen erhoben werden können. Die mit dem Referentenentwurf vorgesehene Ausweitung des Kreises der Hilfsmittel, die empfohlen werden können, und die stärkere Berücksichtigung der unterschiedlichen Qualifikationsniveaus der Pflegefachpersonen erhöhen darüber hinaus den Umfang und die Komplexität der Evaluation. Derzeit liegen zudem wesentliche Voraussetzungen für eine Evaluation wie eine flächendeckende Anwendung der Beschäftigtennummer für Pflegefachpersonen noch nicht vor.

### **C) Änderungsvorschlag**

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

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

[1. ...]

„2. über welches Qualifikationsniveau die empfehlende Pflegefachperson unter Berücksichtigung des Rahmenvertrages nach § 73d Absatz 1 SGB V verfügen soll,“

[3. ...]

Der Wortlaut von § 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 2029 vorzulegen.“

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 14a) – § 18e Absatz 1 Satz 2**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es soll klargestellt werden, dass der Medizinische Dienst Bund und die Medizinischen Dienste Vereinbarungen zur Durchführung von Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen zur Weiterentwicklung der den Medizinischen Diensten nach §§ 18 bis 18b SGB XI zugewiesenen Aufgaben nicht nur mit den Pflegekassen, sondern auch mit dem Spitzenverband der Pflegekassen abschließen können.

#### **B) Stellungnahme**

Die mit der Änderung beabsichtigte Klarstellung ist grundsätzlich zu begrüßen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 14b) – § 18e Absatz 6**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Medizinische Dienst Bund soll bis spätestens 31.12.2025 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige mit der Durchführung eines Modellprojektes beauftragen, in dem geprüft werden soll, inwieweit, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang anstelle der Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste oder von der Pflegekasse beauftragte andere Gutachterinnen und Gutachter auch in der pflegerischen Versorgung tätige Pflegefachpersonen Aufgaben im Rahmen des Begutachtungsverfahrens nach den §§ 18a, 18b und § 142a SGB XI übernehmen können. Neben der Übernahme von Aufgaben soll in dem Modellprojekt auch geprüft werden, welche Voraussetzungen für eine Zusammenarbeit von Pflegefachpersonen und Medizinischen Diensten bestehen und wie die Kompetenzen von in der Versorgung tätigen Pflegefachpersonen und Effizienzpotentiale in der Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst besser genutzt werden können. Konkret geprüft werden soll, ob die Ergebnisse von durch Pflegefachpersonen in der Versorgung durchgeführte Begutachtungen und den daraus resultierenden Feststellungen und Empfehlungen nach § 18b SGB XI vergleichbar mit denen des Medizinischen Dienstes oder beauftragter Gutachterinnen und Gutachter sind, insbesondere hinsichtlich des festzustellenden Pflegegrads.

#### **B) Stellungnahme**

Es bedarf Maßnahmen, die zur Entlastung der Medizinischen Dienste bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit führen. Die anhaltend hohen Antragszahlen auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit bzw. die Rekordzahlen bei Anträgen auf Zuerkennung eines höheren Pflegegrades führen zu einer immer stärker wachsenden Zahl von Begutachtungsaufträgen durch die Pflegekassen. Eine zeitnahe Begutachtung durch die Medizinischen Dienste und damit eine fristgerechte Weiterbearbeitung durch die Pflegekassen ist nicht immer gegeben. Insoweit ist die im Rahmen eines Modellprojektes beabsichtigte Prüfung, ob und inwieweit eine Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch Pflegefachpersonen im Rahmen der pflegerischen Versorgung zu gleichwertigen Begutachtungsergebnissen sowie zu einer Entlastung der Medizinischen Dienste führen, grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings ist zweifelhaft, ob die erforderliche gutachterliche Unabhängigkeit und damit die gebotene Neutralität in der Feststellung von Pflegebedürftigkeit insbesondere bei Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen gegeben ist. Eine solche Unabhängigkeit ist grundsätzlich nicht gegeben, wenn die Pflegefachperson organisatorisch, wirtschaftlich oder personell mit ihrem Arbeitgeber verflochten ist. Vor diesem Hintergrund wird die Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen kritisch gesehen. Sofern ein Modellprogramm durchgeführt werden soll, muss die Frage, wie die Unabhängigkeit der mit der Begutachtung beauftragten Pflegefachperson sichergestellt werden kann, zentraler Bestandteil der wissenschaftlichen Betrachtung sein.

### **C) Änderungsvorschlag**

In Absatz 6 ist nach Satz 4 Nr. 2 Buchstabe b) unter einem neuen Buchstaben c) folgender Halbsatz einzufügen:

„wie die erforderliche gutachterliche Unabhängigkeit der mit der Begutachtung beauftragten Pflegefachperson sichergestellt werden kann,“

Der bisher vorgesehene Aufzählungspunkt unter Buchstabe „c)“ ist in „d)“ zu ändern.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 15 – § 28 Absatz 1**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Einführung neuer Leistungen und der Neugliederung einzelner Regelungen.

#### **B) Stellungnahme**

Keine.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 16 – § 28a**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Einführung neuer Leistungen und der Neugliederung einzelner Regelungen.

#### **B) Stellungnahme**

Keine.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 17a) – § 37**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Beratungsinhalte sollen künftig gesetzlich konkretisiert werden. Zudem ist die Verpflichtung der Pflegekassen vorgesehen, die pflegebedürftigen Personen und die sie häuslich pflegenden Personen bei der Inanspruchnahme der in der Beratung empfohlenen Maßnahmen zeitnah zu unterstützen.

#### **B) Stellungnahme**

Die gesetzliche Konkretisierung der Beratungsinhalte ist sachgerecht. Bei den vorgesehenen Beratungsinhalten handelt es sich um solche, die jetzt schon Gegenstand der Beratung sind. Damit wird ein einheitliches Verständnis über die inhaltliche Ausgestaltung der Beratung gesetzlich festgelegt. Die Verpflichtung der Pflegekassen, die pflegebedürftige Person und die sie pflegende Person bei der Inanspruchnahme der empfohlenen Maßnahmen zu unterstützen, ist vom Verständnis der Beratung her schon vorgesehen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass den Pflegekassen eine Unterstützung nur insofern möglich ist, als sie Kenntnis von den empfohlenen Maßnahmen erhält. Dies hängt von der Einwilligung der pflegebedürftigen Person ab. Erteilt sie nicht die Einwilligung zur Weiterleitung der empfohlenen Maßnahme an die Pflegekasse, so kann die Pflegekasse die Informationen zu den empfohlenen Maßnahmen nicht verwenden.

Im Weiteren (17b) und 17c)) handelt es sich um sachgerechte Folgeänderungen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Absatz 3a Satz 4 ist wie folgt zu fassen: „Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Pflegebedürftigen und die sie häuslich Pflegenden bei der Inanspruchnahme zeitnah zu unterstützen, sofern den Pflegekassen die Einwilligung der pflegebedürftigen Person oder der gesetzlich betreuenden oder vertretenden Person zur Übermittlung der empfohlenen Maßnahmen vorliegt.“

§ 37 Abs. 4 hinter Satz 2: „Das Formular ist ab 2027 ausschließlich elektronisch an die Pflegekassen zu übermitteln, wenn der Leistungserbringer an die Telematikinfrastruktur angebunden ist.“

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 18 – § 38a**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelung des § 38a wird aufgehoben und findet sich in der neuen Vorschrift des § 45h wieder.

#### **B) Stellungnahme**

Keine.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 19 – § 39a**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Gemäß § 39a SGB XI haben Pflegebedürftige bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen (DIPA) Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen (eUL) durch ambulante Pflegedienste. Gemäß dem Referentenentwurf soll die derzeit gesetzlich geregelte Feststellung der Erforderlichkeit von eUL zu der jeweiligen DIPA durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 78a Absatz 6 entfallen.

#### **B) Stellungnahme**

Dass die gesonderte Feststellung der Erforderlichkeit einer ergänzenden Unterstützungsleistung (eUL) durch das BfArM entfallen soll, ist kritisch zu hinterfragen. Im Rahmen der Begründung wird die vorgesehene Streichung der gesonderten Feststellung der Erforderlichkeit einer eUL durch das BfArM damit begründet, dass eUL nicht nur funktions- oder konstruktionsbezogen zulässig sind, sondern generell, so dass diese auch in Anspruch genommen werden können, wenn die pflegebedürftige Person eine Bedienungshilfe benötigt. Dies soll unabhängig davon gelten, ob die Konstruktion/Konfiguration der DiPA zwingend eine Einbindung Dritter erfordert.

Die Begründung führt zu einem anderen Verständnis der bislang verwendeten Definition von eUL. Gemäß dem aktuellen DIPA-Leitfaden (Stand: 22.10.2023) handelt es sich z. B. nicht um eine eUL, wenn die pflegebedürftige Person Hilfe mit der Bedienung/Ersteinrichtung/Initialisierung benötigt. Zur Begründung wird in dem Leitfaden angeführt, dass eine geführte und durch die pflegebedürftige Person umsetzbare Einrichtung der APP grundsätzlich im Lieferumfang enthalten sein muss. So heißt es auch in § 6 Absatz 5 der Verordnung zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Pflegeanwendungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung - DiPAV) zu der Anforderung an die Qualität einer DIPA, dass DIPA so zu gestalten sind, dass sie einer altersgerechten Nutzbarkeit Rechnung tragen. Pflegebedürftige und sonstige Nutzer müssen die DIPA leicht und intuitiv bedienen können. Sofern nun auch eine reine Bedienungshilfe eine eUL sein soll, die von ambulanten Pflegediensten durchgeführt werden muss, ist insbesondere fraglich, ob z. B. Bedienungshilfen in den originären Aufgabenbereich von ambulanten Pflegediensten fallen können/sollen.

Zudem ist fraglich, in welchem Zusammenhang die im Referentenentwurf beschriebene neue Auslegung von eUL mit der Feststellung der Erforderlichkeit durch das BfArM steht. Es ist davon auszugehen, dass auch DIPA in das Verzeichnis aufgenommen werden, die ihre pflegerische Nutzung nur in Verbindung mit einer eUL entfalten. Die Beurteilung hinsichtlich der Entfaltung des pflegerischen Nutzens einer DIPA in Verbindung mit einer eUL sollte unabhängig von der Einschätzung der Hersteller geprüft werden. Insofern ist auch an der gesonderten Feststellung der Erforderlichkeit einer ergänzenden Unterstützungsleistung (eUL) durch das BfArM festzuhalten.

#### **C) Änderungsvorschlag**

§ 39a SGB XI bleibt in der bisherigen Fassung bestehen, so dass „deren Erforderlichkeit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 78a Absatz 5 Satz 6 festgestellt hat“ nicht, wie vorgeschlagen, gestrichen wird.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 20 – § 40**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Ergänzend zu der beabsichtigten Neuregelung in § 17a SGB XI zu den Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln (vgl. Nr. 13) wird die in § 40 Absatz 6 SGB XI vorgesehene Möglichkeit, dass bei vorliegender Empfehlung einer Pflegefachperson für ein Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel die Notwendigkeit der Versorgung vermutet wird, ausgeweitet, sodass der Entscheidung der Pflegefachperson vorbehaltlich der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die jeweilige Pflegekasse auch für weitere Bereiche eine fachliche Letztverbindlichkeit zugesprochen wird. Insbesondere soll der Katalog der von einer Empfehlung durch Pflegefachpersonen umfassten Hilfsmittel der GKV insbesondere auf für die pflegerische Versorgungspraxis notwendige und sinnvolle Hilfsmittel erweitert werden, bei denen Pflegefachpersonen aufgrund ihrer Nähe zu den Versicherten und ihrer fachlichen Expertise und Qualifikation den Bedarf feststellen können. Darunter fallen ausweislich der Gesetzesbegründung insbesondere Inkontinenz- und Adaptionshilfen sowie Hilfsmittel bei Tracheostoma und Dekubitus sowie Stomaartikel. Es wird nach wie vor klargestellt, dass es in diesen Fällen keiner weiteren vertragsärztlichen Verordnung bedarf. Mit der Hilfsmittel- oder Pflegehilfsmittelversorgung, für die die Vermutungswirkung der Erforderlichkeit oder Notwendigkeit im Sinne der Richtlinien ausgelöst werden kann, dürfen jedoch weiterhin keine sich darauf beziehenden ärztlichen Maßnahmen oder Therapieentscheidungen verbunden sein. Das Wort Pflegefachkraft wird auch hier durch das Wort Pflegefachperson ersetzt, um die Terminologie an die Legaldefinition der Pflegefachperson in dem neu vorgesehenen § 15a Absatz 2 SGB V anzupassen.

#### **B) Stellungnahme**

Die Neufassung des § 40 Absatz 6 SGB XI ist verbunden mit der Überführung der Regelungen zu den Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln in eine eigenständige Vorschrift. Es wird daher zunächst auf die Stellungnahme zu dem neu vorgesehenen § 17a SGB XI verwiesen, in dem diese Richtlinien künftig geregelt sind. Wie dort bereits angemerkt wurde, ist es grundsätzlich nachvollziehbar, dass die Kompetenz von Pflegefachpersonen in der Versorgung durch ein erweitertes Aufgabenspektrum genutzt werden soll, besteht aber aufgrund der in dem Referentenentwurf vorgesehenen zwei verschiedenen Regelungskreise mit ähnlicher Zielsetzung für den gleichen Personenkreis (Verordnung von Hilfsmitteln und Empfehlung von Hilfs- und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachpersonen) die Notwendigkeit einer klaren Abgrenzung, so dass die Frist für die Konkretisierung der Vorgaben des § 40 Absatz 6 SGB XI in den Richtlinien nach § 17 a SGB XI um zwei bis zum 31. Dezember 2027 verschoben sollte, damit die Festlegungen im Rahmenvertrag nach § 73d SGB V hierbei Berücksichtigung finden können.

Sowohl bei den Verordnungen durch Pflegefachkräfte nach §§ 33 Absatz 5a, 73d SGB V als auch den Empfehlungen nach §§ 17a, 40 Absatz 6 SGB XI ist es zudem wichtig, ihre Einbindung in die zunehmend auch digitalisierten Versorgungsprozesse sicherzustellen. Bei dem neuartigen Instrument der Empfehlung nach § 40 Absatz 6 SGB XI gestaltet sich diese Integration in die weiteren Prozessabläufe wesentlich schwieriger als bei der Ausstellung von Verordnungen für Hilfsmittel, die im ärztlichen Bereich bereits lange etabliert ist. Auch dieser Umstand spricht daher dafür, dass vorrangig zunächst die Regelungen zur Verordnung von Hilfsmitteln nach § 73d SGB V getroffen werden und die Fristen für

die Richtlinien nach § 17a SGB V verschoben werden, damit auf dieser Grundlage beurteilt werden kann, welcher Anwendungsbereich sich für die Empfehlungen nach § 40 Absatz 6 SGB XI noch ergibt.

**C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 21a) – § 40a**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die bisherige Regelung wird inhaltlich insofern übernommen, als digitale Pflegeanwendungen (DIPA) auch auf die Unterstützung Angehöriger und sonstiger ehrenamtlich Pfleger aus gerichtet sein können. Nach der geltenden Regelung sind DIPA in diesem Fall nur zulässig, wenn sie die pflegenden Angehörigen oder sonstigen ehrenamtlichen Pflegepersonen bei ihren pflegerischen Aufgaben oder Hilfen bezogen auf die in § 14 Absatz 2 SGB XI genannten Bereiche oder bei der Haushaltsführung unterstützen. Die wesentliche Änderung in Absatz 1a Satz 1 SGB XI zielt nun darauf ab, dass der Bezug zu den in § 14 Absatz 2 SGB XI genannten Bereichen entfällt und somit die Verknüpfung mit den Kriterien für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit nicht mehr erforderlich ist. DIPA, die auf die Unterstützung Angehöriger und sonstiger ehrenamtlich Pfleger ausgerichtet sind, sollen nunmehr zulässig sein, wenn sie geeignet sind, die häusliche Versorgungssituation der pflegebedürftigen Person zu stabilisieren oder pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtliche Pfleger zu entlasten.

#### **B) Stellungnahme**

Es wird weiterhin begrüßt, dass digitale Pflegeanwendungen zulässig sind, die auf die Unterstützung Angehöriger oder sonstiger ehrenamtlich Pfleger ausgerichtet sind. Kritisch zu hinterfragen ist die vorgesehene Entkopplung von den Kriterien zur Pflegebedürftigkeit nach den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen. Dies wurde im Rahmen der Folgeänderungen zu § 78a SGB XI insofern aufgegriffen, als in der Folge das Erfordernis eines nachzuweisenden pflegerischen Nutzens für diejenigen DIPA, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pfleger unterstützen, entfallen soll. Stattdessen wird darauf abgestellt, ob die DIPA, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pfleger unterstützen, geeignet ist, die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen zu stabilisieren oder pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pfleger zu entlasten. Es muss erforderlich bleiben, dass auch für diejenigen DIPA, die auf die Unterstützung Angehöriger oder sonstiger ehrenamtlich Pfleger ausgerichtet sind, evidenzbasierte Nachweise erbracht werden. Insofern sind im Rahmen der Verordnung zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Pflegeanwendungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung – DiPAV) entsprechende Vorgaben hinsichtlich der Anforderungen an evidenzbasierte Nachweise zur „Geeignetheit“ entsprechend den Vorgaben zu den Nachweisen zum „pflegerischen Nutzen“ zu regeln.

Siehe hierzu die Stellungnahme zu § 78a SGB XI.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 21b) Buchstabe aa) – § 40a**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Bislang regelt Absatz 2, dass der Anspruch solche DIPA erfasst, die vom BfArM in das Verzeichnis für DIPA aufgenommen sind. Der Anspruch entsteht somit ab Listung im DIPA-Verzeichnis. Dies soll nun mit der entsprechenden Ergänzung dahingehend geändert werden, dass die Wirksamkeit des Anspruchs ab dem von den Vertragsparteien nach § 78a Absatz 1 Satz 2 SGB XI vereinbarten Zeitpunkt für die Geltung der Vergütungsvereinbarung gilt.

#### **B) Stellungnahme**

Gemäß der geltenden Rechtslage hat die pflegebedürftige Person einen Anspruch auf DIPA ab Listung im DIPA-Verzeichnis des BfArM. Der Vergütungsbetrag für DIPA wird jedoch de lege lata innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme der DIPA in das Verzeichnis verhandelt. Dies führt dazu, dass es zu Ausgleichsansprüchen kommen kann, wenn der verhandelte Vergütungsbetrag niedriger/höher als der zum Zeitpunkt der Anspruchsentstehung gelistete Abgabepreis des Herstellers ist. Mit der Änderung sollen gemäß der Begründung zum Referentenentwurf die Zeitpunkte dadurch parallelisiert werden, in dem die Vertragspartner den Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Vergütungsvereinbarung festlegen und die Entstehung des Anspruchs an diesen Zeitpunkt geknüpft wird. Dieses Ziel ist zu begrüßen, um eine etwaige Rückabwicklung zu vermeiden. In der Folge ist die Rahmenvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Herstellerverbänden nach § 78a Absatz 2 SGB XI (§ 13 Ausgleichsansprüche) anzupassen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 21b) Buchstabe bb) – § 40a**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Ein Verweis auf Absatz 1a wird eingefügt, der bei Einführung des Absatzes 1a unterblieben war.

#### **B) Stellungnahme**

Es handelt sich um eine erforderliche Folgeänderung.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 22 – § 40b**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In Absatz 1 wird mit der Neufassung klargestellt, dass der Leistungsbetrag monatlich insgesamt für die Nutzung einer digitalen Pflegeanwendung oder mehrerer digitaler Pflegeanwendungen (DIPA) zur Verfügung steht. Darüber hinaus soll der Leistungsbetrag für DIPA und ergänzende Unterstützungsleistungen (eUL) aufgeteilt werden. Demnach steht gemäß der vorgesehenen Neuregelung für DIPA ein Leistungsbetrag bis zur Höhe von 40 Euro monatlich und für eUL ein Leistungsbetrag bis zur Höhe von 30 Euro monatlich zur Verfügung. Damit übersteigt der nunmehr insgesamt zur Verfügung stehende Betrag für DIPA (neu 40 Euro) und der für eUL zur Verfügung stehende Betrag (neu 30 Euro) den bisher gesetzlich insgesamt zur Verfügung stehende Betrag (50 Euro insgesamt für DIPA und eUL) um 20 Euro.

#### **B) Stellungnahme**

Die gesetzliche Klarstellung, dass die Ansprüche einmalig je Monat und unabhängig von der Anzahl der in Anspruch genommenen DIPA/eUL bestehen, wird begrüßt.

Die Aufteilung des Leistungsbetrages in je einen Betrag für DIPA und eUL wird begrüßt. So können die Abrechnungsprozesse (Sachleistungsprinzip für eUL / Kostenerstattung für DIPA) klarer getrennt werden.

Insgesamt wurde der Leistungsbetrag um 20 Euro (40 Euro DIPA und 30 Euro eUL; vormals 50 Euro insgesamt) angehoben. Eine Ausweitung des Gesamtbudgets von 50 Euro auf 70 Euro wird abgelehnt, da dies zu einer größeren Kostenbelastung für die Pflegeversicherung führt und nicht nachvollzogen werden kann, aus welchem Grund die Beträge angehoben werden.

Die Änderungen haben Anpassungen der Rahmenvereinbarung nach § 78a Absatz 2 SGB XI zur Folge.

#### **C) Änderungsvorschlag**

§ 40b Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Bewilligt die Pflegekasse die Versorgung mit einer oder mehreren digitalen Pflegeanwendungen, hat die pflegebedürftige Person Anspruch

1. auf die Erstattung von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen nach § 40a bis zur Höhe von insgesamt 30 Euro im Kalendermonat sowie
2. auf ergänzende Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegeeinrichtungen nach § 39a bis zur Höhe von insgesamt 20 Euro im Kalendermonat.“

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 23a) – § 44a Absatz 1**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Ergänzung des § 44a Absatz 1 SGB XI zielt auf die Sachverhalte ab, in denen die pflegebedürftige Person während der ursprünglich zwischen dem pflegenden Angehörigen und dessen Arbeitgeber vereinbarten Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG) verstirbt. In diesen Fällen erlöschen mit dem Tod des Pflegebedürftigen die Ansprüche auf Leistungen und damit grundsätzlich auch der Anspruch des (bislang) pflegenden Angehörigen auf den Zuschuss zu den Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung. Sofern eine vorzeitige Beendigung der mit dem Arbeitgeber vereinbarten Pflegezeit nach dem PflegeZG nicht möglich ist und diese in der Konsequenz erst nach Ablauf von vier Wochen nach dem Tod des Pflegebedürftigen endet, soll künftig auch der Zuschuss bis zum Ablauf der Pflegezeit weitergezahlt werden. Die Weiterzahlung des Zuschusses soll sicherstellen, dass der Beschäftigte, sofern der Arbeitgeber einer vorzeitigen Rückkehr aus der Pflegezeit nicht zustimmt, seinen Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung in den vier Wochen der weiterhin andauernden Pflegezeit nicht in voller Höhe selbst zu tragen hat.

#### **B) Stellungnahme**

Gegen die Ergänzung des § 44a Absatz 1 SGB XI bestehen keine Einwände. Die Regelung stellt eine einheitliche Herangehensweise der Pflegekassen sicher und stärkt die Bemühungen, die Pflegebereitschaft naher Angehöriger aufrechtzuerhalten und zu unterstützen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 25b) – § 45a Absatz 1 Satz 2 Nummer 1**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Um bei den Angeboten zur Unterstützung im Alltag mehr Flexibilität zu erreichen und die Anerkennungsvoraussetzungen für die Betreuungsangebote sachgerecht ausgestalten zu können, soll im Bereich der niedrighschwelligen Angebote die Unterstützung auch im Rahmen einer pflegefachlichen Begleitung oder einer Supervision möglich sein.

#### **B) Stellungnahme**

Die beabsichtigte Änderung ist sachgerecht.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 25c) – § 45a Absatz 2**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Zur besseren Übersicht sollen die bisher in Absatz 2 enthaltenen Bestimmungen zur besseren Übersicht mit Nummern gegliedert werden. Darüber hinaus sollen die Anbieter von Unterstützungs- und Entlastungsangeboten in ihren Konzepten auch Angaben zur Verfügbarkeit des Angebots und zu den Zielgruppen des Angebots machen.

Als Teil der Qualitätssicherung ist die Konkretisierung vorgesehen, dass im Rahmen der Anerkennung Angaben dazu gemacht werden, dass der Anbietende die Gewähr für eine dauerhafte ordnungsgemäße Durchführung des Angebots bietet und dass keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass pflegebedürftige Personen sowie Pflegepersonen oder Helfende im Rahmen der Durchführung des Angebots gefährdet werden. Der Anbietende soll so aufgestellt sein, dass das Angebot für eine gewisse Dauer angelegt ist und er die entsprechende Zuverlässigkeit besitzt.

Des Weiteren soll in Absatz 2 hinsichtlich der Qualifikationen stärker verdeutlicht werden, dass sich diese auf das jeweilige Angebot beziehen, so dass keine Qualifikationen nachgewiesen werden müssen, die nicht für das jeweilige Angebot und die Zielgruppen spezifisch erforderlich ist. Hiervon umfasst sind Angaben des Anbietenden zur angemessenen Schulung zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation und zum Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen. Anders als bisher soll die dem Angebot entsprechende zielgruppen- und tätigkeitsgerechte Qualifikation und der Erwerb von Grund- und Notfallwissen auch modular oder tätigkeitsbegleitend erfolgen. Hiervon können die Länder in ihren Rechtsverordnungen abweichende Regelungen treffen.

#### **B) Stellungnahme**

Durch die gesetzliche Konkretisierung und Neugestaltung der Angaben im Konzept des Anbietenden kann eine bundesweit einheitliche Umsetzung der Vorgaben zur Anerkennung der Angebote erfolgen. Dies ist insbesondere sachgerecht, da die Länder zur Regelung des Näheren zur Anerkennung der Angebote durch Landesrechtsverordnung ermächtigt werden. Auch wenn die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V. nach Absatz 7 hierbei zu berücksichtigen sind, zeigt sich, dass die Länderverordnungen hinsichtlich der Voraussetzungen und auch der Angebote an sich unterschiedlich sind.

Durch die Neugestaltung der Voraussetzungen zur Qualifikation kann die Anerkennung vereinfacht und deutlich angebotsspezifischer gestaltet werden. Hierdurch wird die Anerkennung der Angebote vereinfacht und flexibilisiert, so dass dies ein Anreiz zur Schaffung neuer Angebote ist. Damit wird dem mit Einführung der Entlastungsangebote einhergehende Aspekt der Niedrigschwelligkeit der Angebote nochmals stärker Rechnung getragen. Insbesondere die reduzierten Anerkennungsvoraussetzungen für haushaltsnahe Unterstützungsangebote lässt erwarten, dass sich mehr Anbieter – auch bereits als professionelle Dienstleister für haushaltsnahe Tätigkeiten - anerkennen werden und hierdurch das Angebot ausgebaut wird.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 25d) – § 45a Absatz 3 bis 5**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

**a)** Nach dem neuen Absatz 3 sollen die Angaben nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 4a (Qualifikation der Helfenden) und der Nummer 5 (Schulung der Helfenden) sowie die Nummer 6 (fachliche Begleitung und Unterstützung Helfender) als erfüllt gelten, wenn keine ehrenamtlich Helfenden in dem Angebot tätig werden. Hierbei muss der Anbietende darlegen, dass eine verlässliche und sachgerechte Ausführung der angebotenen Leistungen sichergestellt ist. In Bezug auf Angebote zur Entlastung im Alltag mit dem Schwerpunkt praktischer Unterstützung im Alltag, soll der GKV-Spitzenverband mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. Empfehlungen beschließen, wann die Angaben des Anbietenden zu einem dem Angebot angemessenen Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen bei Helfenden als erfüllt gelten.

**b)** Mit dem neuen Absatz 4 sollen Einzelhelfende als Entlastungs- und Unterstützungsangebote eingeführt werden. Hierbei soll es sich um Angebote durch Einzelhelfende handeln, die im selben Zeitraum nur eine eng begrenzte Anzahl jeweils persönlich benannter Pflegebedürftiger unterstützen. Absatz 4 sieht die Einzelheiten zu den Voraussetzungen der Einzelhelfenden vor.

**c)** Nach dem neuen Absatz 5 soll die Veröffentlichung von Angaben zu Angeboten von personenbezogenen Einzelhelfenden in einer Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 freiwillig und nur mit Zustimmung des Einzelhelfenden erfolgen. Zu Prüf- und Abrechnungszwecken soll eine Kennung vergeben werden, die an die Pflegekassen sowie die privaten Pflegeversicherungsunternehmen im Wege der elektronischen Datenübermittlung nach § 7 Absatz 4 erfolgen soll.

#### **B) Stellungnahme**

**a)** Die in Absatz 2 vorgesehene Vereinfachung und Flexibilisierung der Anerkennung von Entlastungs- und Unterstützungsangeboten trägt der in Absatz 3 vorgesehenen Ausnahmeregelung zu den geregelten Angaben Rechnung. Für Anbietende, die keine ehrenamtlichen Helfenden einsetzen, wird hierdurch das Antragsverfahren entbürokratisiert. Sachgerecht in diesem Zusammenhang ist, dass für Angebote im Alltag mit dem Schwerpunkt praktischer Unterstützung im Alltag Kriterien festgelegt werden, wann diese Voraussetzungen als erfüllt gelten. Dies soll in Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. erfolgen. Unklar ist hierbei, ob es sich um gesonderte Empfehlungen unabhängig von den Empfehlungen nach Absatz 7 handeln soll. Dies wäre ein zusätzlicher bürokratischer Aufwand. Insofern sollte geregelt werden, dass die Festlegungen der Kriterien in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt werden.

**b)** Die gesetzliche Einführung von Einzelhelfenden vereinheitlicht das Anerkennungsverfahren und Leistungsangebot in den Ländern. Bisher ist die Anerkennung von Einzelhelfenden nicht in allen Bundesländern in den Landesrechtsverordnungen verankert. Hierdurch wird ein zusätzliches Angebot an niedrigschwelliger Unterstützung und Entlastung geschaffen. Zugleich werden die Voraussetzungen für die Einzelhelfenden gesetzlich festgelegt. In diesem Zusammenhang sollte gesetzlich festgelegt werden, dass Einzelhelfende ebenso wie die Anbietenden nach Absatz 2 Angaben dazu machen müssen, dass keine Anhaltspunkte für eine Gefährdung der Pflegebedürftigen oder Pflegepersonen im

Rahmen der Durchführung des Angebots bestehen. Die Anforderungen und auch die Einbettung in Angebotsstrukturen ist bei den Einzelhelfenden niedriger, insofern sollte zumindest sichergestellt werden, dass eine Gefährdungsvermeidung besteht. Zu befürworten ist die Prüfung der Einzelhelfenden durch eine dafür vorgesehene Stelle. Zudem ist es sachgerecht, dass sowohl Einzelhelfende als auch Pflegebedürftige und Pflegepersonen Kenntnis darüber haben sollen, an welche Unterstützungsstellen sie sich jeweils wenden können. Diese Information sollte jedoch durch die Anerkennungsstellen der Länder erfolgen.

**c)** Die Verpflichtung der Datenübermittlung von Einzelhelfenden an die Pflegekassen im Wege der elektronischen Datenübermittlung nach § 7 Abs. 4 ist zu befürworten. Die Pflegekassen benötigen zu Abrechnungszwecken und auch zur Beratung eine Übersicht der Einzelhelfenden.

### **C) Änderungsvorschlag**

Absatz 3 Satz 2 ist wie folgt zu ändern:

„In Bezug auf Angebote zur Entlastung im Alltag, die im Schwerpunkt praktische Unterstützung im Haushalt anbieten, beschließt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 dazu, wann die Voraussetzungen nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 Buchstabe b als erfüllt anzusehen sind.“

In Absatz 3 ist Satz 5 zu streichen.

Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 ist wie folgt zu fassen:

„1. von den Einzelhelfenden anstelle der Einreichung eines Konzepts nach Absatz 2 Satz 2 gegenüber der für die Anerkennung dieser Angebote zuständigen Behörde ausschließlich Angaben nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 gemacht werden sowie, sofern das nach Absatz 6 erlassene Landesrecht dies vorsieht, dazu, dass keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass Pflegebedürftige oder Pflegepersonen im Rahmen der Durchführung des Angebots gefährdet werden,“

In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „kann auch durch die Pflegekassen oder privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen,“ gestrichen.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 25e) – § 45a Absatz 6**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Ermächtigung der Landesregierungen zum Erlass von Rechtsverordnungen nach § 45a, die bisher in § 45a Absatz 3 geregelt war, soll nunmehr in Absatz 6 neue Fassung geregelt werden. Die bisherige Ermächtigung der Landesregierungen, das Nähere zur Anerkennung in Rechtsverordnungen zu regeln, wird um die Ermächtigung zur Anerkennung von Einzelhelfenden ergänzt. Zudem soll sich die Ermächtigung auf die Bestimmung von Näherem zu Maßnahmen zu einer regelmäßigen Überprüfung der Anerkennungsvoraussetzungen bei anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag, für deren Leistungen der Umwandlungsanspruch nach § 45f und § 45g genutzt wird.

Die Länder haben in ihren Rechtsverordnungen wie bisher die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. nach § 45c Absatz 7 zu berücksichtigen.

#### **B) Stellungnahme**

Die Ergänzung der Ermächtigung der Rechtsverordnung um die Anerkennung von Einzelhelfenden ist eine sachgerechte Folge der Einführung von Einzelhelfenden als anerkanntes Angebot zur Unterstützung im Alltag nach Absatz 3. Zudem ist zu befürworten, dass sich die Ermächtigung auch auf Bestimmungen von Näherem zu Maßnahmen zu einer regelmäßigen Überprüfung erstreckt. Hierdurch kann sichergestellt werden, dass die Anerkennungsvoraussetzungen auch weiterhin erfüllt werden.

Ebenfalls ist es sachgerecht, dass die Länder in ihren Rechtsverordnungen die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. zu berücksichtigen haben. Aufgrund des Änderungsvorschlags bedarf es nicht des Verweises auf die Empfehlungen nach Absatz 3.

#### **C) Änderungsvorschlag**

In Absatz 6 Satz 3 sind die Wörter „die gemäß Absatz 3 beschlossenen Empfehlungen beachten und“ zu streichen, siehe Stellungnahme zu § 45a Absatz 3.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 25f) – § 45a Absatz 4 alt**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Folgeänderung aufgrund der vorgesehenen Überführung des bisher in Absatz 4 alt geregelten Umwandlungsanspruchs in den neuen § 45f.

#### **B) Stellungnahme**

Keine.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 26 – § 45b Absatz 4 Satz 2**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um eine folgerichtige redaktionelle Änderung.

#### **B) Stellungnahme**

Keine.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 27 – § 45c**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Fördermittel der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung sollen von bisher 25 Millionen auf 60 Millionen Euro erhöht werden. Die bisherige hälftige Finanzierung zwischen der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung einerseits und den Ländern andererseits soll dahingehend verändert werden, dass die Pflegeversicherung eine Anteilsfinanzierung von 60 % und die Länder von 40 % übernehmen.

Anders als bisher sollen von der Förderung auch der Auf- und Ausbau von Strukturen zur Unterstützung der Angebote zur Unterstützung im Alltag gefördert werden können.

In Absatz 3 wird die Förderung näher konkretisiert. So soll künftig neben einer Projektförderung eine dauerhafte Förderung ermöglicht werden können.

Zu den bisherigen in Absatz 5 genannten Modellvorhaben sollen nunmehr explizit Modellvorhaben gefördert werden können, die insbesondere Möglichkeiten einer Versorgung von Pflegebedürftigen über Nacht weiterentwickeln und erproben.

Die Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken wird in den neuen § 45e überführt.

#### **B) Stellungnahme**

Generell ist die Erhöhung des Fördervolumens zu befürworten. Jedoch wird die Verschiebung der Kostenanteile von der bisherigen Kofinanzierung zu gleichen Teilen der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung einerseits und der Länder andererseits abgelehnt. Durch die vorgesehene Anteilsfinanzierung von 60% zulasten der Pflegeversicherung bei gleichzeitiger Erhöhung der Fördermittel und 40% zulasten der Länder erfolgt eine stärkere finanzielle Belastung der Pflegeversicherung. Zugleich ist vorgesehen, dass Strukturen zur Unterstützung der anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag förderfähig sind. Hierbei handelt es sich laut der Begründung zu Absatz 1 um bisherige Angebotsstrukturen der Länder. Es ist explizit Aufgabe der Länder entsprechende Versorgungsstrukturen zu schaffen. Sie sollten daher zumindest den gleichen Anteil an der Förderung tragen. Die Förderung kommunaler Strukturen zur Unterstützung der Angebote sollte zudem wie bisher in ausschließlicher Finanzierung der Länder erfolgen.

Generell wird auch die Konkretisierung der Regelung zur Förderung von Unterstützungs- und Entlastungsangeboten sowie Modellvorhaben und ehrenamtlicher Strukturen befürwortet. Hierdurch werden Inhalte, aber vor allem die förderfähigen Kosten gesetzlich geregelt. Die Erweiterung der Förderung der Erprobung insbesondere von Möglichkeiten einer Versorgung von pflegebedürftigen Personen über Nacht ist zu begrüßen. Zwar besteht mit § 41 SGB XI bereits das Versorgungsangebot der Nachtpflege, diese wird jedoch bisher nur in geringem Umfang angeboten. Die Versorgung pflegebedürftiger Personen auch nachts, ist ein wichtiger Beitrag zur Entlastung pflegender Angehöriger und ein Bestandteil zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Durch die vorgesehene Förderung entsprechender Modellvorhaben kann ein Impuls zur Entwicklung entsprechender Versorgungsstrukturen geschaffen werden.

### **C) Änderungsvorschlag**

In Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 werden die Wörter „und von Strukturen zur Unterstützung dieser Angebote“ gestrichen. In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „60“ durch „50“ und die Angabe „40“ durch „50“ ersetzt.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 28 – § 45d**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der § 45d SGB XI wird neu gegliedert und in Absätze unterteilt, um die Regelungen übersichtlicher zu gestalten. In der Angabe zu § 45d werden nach dem Wort „Selbsthilfe“ die Wörter „in der Pflege“ eingefügt.

- a)** Pro Kalenderjahr sollen zum Auf- und Ausbau und zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen nunmehr Fördermittel im Umfang von 0,20 Euro pro Versichertem von der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung zur Verfügung gestellt werden. Damit wird der zur Verfügung stehende Betrag um 0,05 Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung erhöht. Die konkretere Aufteilung der Fördermittel wird in den Absätzen 3 und 4 beschrieben. Die Klarstellung, dass auch digitale Anwendungen über § 45d förderfähig sind, befand sich in der bisherigen Fassung des § 45d an letzter Stelle (bisher Satz 18) und wird nun unverändert in den ersten Absatz verschoben.
- b)** Der neue Absatz 2 umfasst die weiterhin unverändert geltenden Definitionen von Selbsthilfegruppen, -organisationen, -kontaktstellen, die bisher in den Sätzen 13 bis 15 verortet waren.
- c)** Gemäß dem neuen Absatz 3 werden von den jährlich verfügbaren 0,20 Euro je Versichertem 0,16 Euro für die ko-finanzierte Förderung durch Länder oder kommunale Gebietskörperschaften sowie soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung zur Verfügung gestellt und nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder aufgeteilt. Die Fördermittel erhöhen sich dadurch von 0,15 Euro auf 0,16 Euro je Versicherten.
- d)** Absatz 4 beschreibt den vorgesehenen geänderten Förderzeitraum sowie das erhöhte Volumen, das für Förderungen für Gründungszuschüsse sowie für bundesweite Selbsthilfetätigkeiten und -strukturen, die beim GKV-Spitzenverband zu beantragen sind und die nicht der Ko-Finanzierung durch das Land oder der kommunalen Gebietskörperschaft unterliegen, zur Verfügung steht. Neu ist, dass die hierfür verfügbaren Fördermittel zu einem Mittelbestand zusammengefasst werden, der sich nicht mehr aus verteilten oder bei der Übertragung ausgenommenen Mitteln zusammensetzt. Zudem werden die Fördermittel von jeweils 0,01 Euro je Versicherten zugleich auf insgesamt 0,04 Euro je Versicherten und Kalenderjahr erhöht, die je nach eingehenden Anträgen für beide Zwecke verwendet werden können.

In der bisherigen Bewilligungspraxis erfolgten Förderzusagen in der Regel für ein Kalenderjahr. Nun soll eine Bewilligung sowohl für Gründungszuschüsse als auch für bundesweite Selbsthilfetätigkeiten bzw. -strukturen durch den GKV-Spitzenverband mindestens für drei Jahre und in der Regel für fünf Jahre bewilligt werden, es sei denn, aus dem Antrag oder den Besonderheiten des Einzelfalls ergibt sich ein kürzerer Förderzeitraum. Wie bisher, kann eine Förderung für bundesweite Selbsthilfetätigkeiten und -strukturen anschließend nach neuer Antragsstellung erneut bewilligt werden.

**e)** Der neue Absatz 5 regelt den Bezug zu § 45c.

**f)** Der neue Absatz 6 enthält den bisherigen Satz 16.

## **B) Stellungnahme**

Die Neugliederung des § 45d wird begrüßt, diese trägt zu einem besseren Verständnis bei. Die Einfügung der Wörter „in der Pflege“ ist sachgerecht.

**a, b, f)** Die Neugliederung der Absätze 1 und 2 und 6 sind nachvollziehbar.

**c, d)** Es wird empfohlen, die neuen Absätze 3 und 4 direkt an den Absatz 1 anzugliedern und dem neuen Absatz 2 vorzuziehen, um die Systematik der Aufteilung der Fördermittel in einem Zusammenhang besser darzustellen und einen besseren Lesefluss herbeizuführen.

**c)** Die Erhöhung der Fördermittel der Pflegeversicherung von bisher je Kalenderjahr 0,15 Euro je Versicherten auf 0,16 Euro je Versicherten, die nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder aufgeteilt werden, wird begrüßt. Damit sollen Länder und Kommunen einen noch stärkeren Anreiz zur Förderung erhalten.

Aus dem Absatz 3 geht jedoch nicht eindeutig hervor, für welche Zwecke die in Absatz 3 genannten Mittel in Form einer Ko-Finanzierung durch Pflegeversicherung und Land und/oder kommunale Gebietskörperschaft eingesetzt werden können. Bislang wurde davon ausgegangen, dass die Länder ausschließlich für die Förderung des Ausbaus zuständig sind. Doppelfinanzierungen mit Förderungen für dieselben Zwecke, die beim GKV-Spitzenverband beantragt werden können, werden abgelehnt.

**d)** Die Zusammenlegung des Mittelbestandes zur Förderung von Gründungszuschüssen und bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten und -strukturen sowie die Erhöhung der Fördermittel werden aufgrund des sich abzeichnenden steigenden Antragsaufkommens bei dem GKV-Spitzenverband begrüßt. Die Selbsthilfeförderung über § 45d kann dazu beitragen, pflegende Angehörige und Pflegebedürftige vor allem in der häuslichen Pflege zu entlasten und dieses Pflegesetting zu erhalten. Die Zusammenlegung des Mittelbestandes bietet dem GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zudem mehr Flexibilität, um entsprechend dem Antragsaufkommen und demnach entsprechend dem Selbsthilfebedarf im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. bewilligen zu können.

Die Fördermittelzusage und -bewilligung über ein Jahr hinaus war bisher aufgrund der Berechnungssystematik der verfügbaren Fördermittel nicht möglich. Anträge für mehrjährige Fördervorhaben (Projekte) mussten jährlich eingereicht und bearbeitet werden. Nun wird das Förderbudget eigenständig garantiert und es besteht keine Abhängigkeit mehr zu Übertragungsanteilen aus den Vorjahren. Eine langjährige Förderzusage schafft Planungssicherheit bei den Antragsstellenden und führt zur Verwaltungsvereinfachung sowohl seitens der Antragsstellenden als auch seitens des GKV-Spitzenverbandes, so dass die Neuregelung begrüßt wird.

Unklar ist die Regelung in Absatz 4 Satz 1, 2. Halbsatz, wonach eine Förderung entsprechender Tätigkeiten und die Gewährung von Gründungszuschüssen nach Absatz 3 von der Regelung in Absatz 4 Satz 1, 1. Halbsatz unberührt bleiben soll. Gemäß der Begründung zum Referentenentwurf heißt es,

dass ausdrücklich klargestellt wird, dass auch die Gewährung von Gründungszuschüssen für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen – neben der Fördermöglichkeit nach § 45d Absatz 4 neuer Fassung – weiterhin ebenfalls in Form einer Ko-Finanzierung durch Pflegeversicherung und Land und/oder kommunale Gebietskörperschaft nach § 45d Absatz 3 neuer Fassung möglich ist. Bisher wurde davon ausgegangen, dass die Länder ausschließlich für die Förderung des Ausbaus zuständig sind. Die Gründungsförderung und Förderung bundesweiter Tätigkeiten (Projekte) hingegen liegt in der Zuständigkeit des GKV-Spitzenverbandes. Sofern sowohl eine Gründungsförderung auf Landesebene als auch eine Gründungsförderung mittels Antrags beim GKV-Spitzenverband möglich ist, handelt es sich um eine Doppelfinanzierung, die abzulehnen ist. Unklar ist auch, was mit „entsprechenden Tätigkeiten“ gemeint ist. Sofern damit eine Förderung bundesweiter Tätigkeiten auf Landesebene gemeint ist, handelt es sich auch diesbezüglich um eine Doppelförderung, die abzulehnen ist. Es müsste geprüft werden, inwiefern die bisher nach § 45d verfügbaren Fördermittel auf Landesebene abgerufen wurden. Stellt sich heraus, dass diese nicht ausgeschöpft wurden, ist es nicht sachgerecht, die Fördermittel, die durch soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung eingebracht werden, nun zu erhöhen. Die Notwendigkeit eines eigenständigen Förderbudgets aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zusätzlich zum Förderbudget der Länder für die gleichen Zwecke wird derzeit nicht gesehen.

Die Fördermittel für Gründungszuschüsse, die bisher beim GKV-Spitzenverband beantragt wurden, wurden bislang über den Königsteiner Schlüssel auf die Bundesländer verteilt. Diese Verteilungssystematik entfällt durch die Neuregelung. Diese neue Regelung wird begrüßt, da diese einen größeren Handlungsspielraum bei der Verteilung der Fördergelder bietet.

**e)** In Absatz 5 wird der Bezug zu § 45c beschrieben. Die Anpassung der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. zur Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, von ehrenamtlichen Strukturen und von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen sowie zur Förderung der Selbsthilfe nach § 45c Absatz 7 i. V. m. § 45d SGB XI und zur Förderung regionaler Netzwerke nach § 45c Absatz 9 SGB XI ist aufgrund der in Absatz 4 genannten geänderten Dauer der Förderung notwendig.

Folglich ist aufgrund der Änderungen im § 45d ebenfalls die Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und dem Bundesamt für Soziale Sicherung nach § 45c Absatz 8 Satz 2 SGB XI und § 45d SGB XI anzupassen sowie auch die Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. zur Förderung der Selbsthilfeförderung nach § 45d Satz 3 und Satz 7 SGB XI.

### **C) Änderungsvorschlag**

**b, c, d, e, f)** Die neuen Absätze 3 und 4 werden direkt an den Absatz 1 angefügt, Absatz 3 wird zu 1a, aus Absatz 4 wird zu 1b. Folglich bleibt Absatz 2 dann Absatz 2, Absatz 5 wird Absatz 3 und Absatz 6 wird Absatz 4.

**d)** In Absatz 4 (NEU) wird der Satz 1, 2. Halbsatz „eine Förderung entsprechender Tätigkeiten und die Gewährung von Gründungszuschüssen nach Absatz 3 bleibt davon unberührt.“ gestrichen.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 29 – § 45e**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die bisher in § 45c Absatz 9 geregelte Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken soll nunmehr in einem eigenständigen neuen § 45e geregelt werden.

Die inhaltliche Ausgestaltung der Förderung und der regionalen Netzwerke soll weitgehend unverändert bleiben. Jedoch ist eine Erhöhung der Fördermittel dahingehend vorgesehen, dass anders als bisher in einem Kalenderjahr nicht verwendete Fördermittel im nächsten Kalenderjahr das Fördervolumen regionaler Netzwerke erhöhen. Zugleich soll die Fördersumme je Netzwerk von bisher 25.000 auf 30.000 Euro erhöht werden. Bei einer Neugründung von regionalen Netzwerken ist eine Förderung für drei Kalenderjahre vorgesehen.

Zur Unterstützung von Netzwerkgründungen und zur qualitativen Weiterentwicklung regionaler Netzwerke soll erstmalig neun Monate nach Inkrafttreten des Pflegekompetenzgesetzes eine Geschäftsstelle beim GKV-Spitzenverband für die Dauer von fünf Jahren errichtet werden. Die Geschäftsstelle soll im Hinblick auf die Erreichung ihrer Ziele nach allgemeinen wissenschaftlichen Standards begleitet und evaluiert werden. Dafür soll insgesamt jährlich maximal eine Million Euro zur Verfügung stehen. Die Geschäftsstelle soll bundesweit agieren und der Unterstützung von Netzwerkgründungen, der flächendeckenden Etablierung von Netzwerken und der qualitativen Weiterentwicklung von regionalen Netzwerken dienen. Beispielhaft wird die Vermittlung an weitere bestehende Netzwerke im Rahmen einer kollegialen Beratung genannt. Im Rahmen der qualitativen Weiterentwicklung regionaler Netzwerke sollen die Faktoren eruiert werden, die die für eine Gründung hinderlich sind. Die Ergebnisse sollen u. a. mit Vertretern von Ländern, Kommunen und Pflegekassen diskutiert werden.

Das Nähere zum Verfahren zur Durchführung und Abwicklung und Abwicklung der Geschäftsstelle sollen das Bundesamt für Soziale Sicherung, der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. in einer Vereinbarung regeln.

#### **B) Stellungnahme**

Die Förderung regionaler Netzwerke in einer eigenständigen Regelung ist sachgerecht. Durch die Neuregelung zur Übertragung nicht verausgabter Mittel in das Folgejahr und damit der Erhöhung des Fördervolumens wird die Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken gestärkt.

Nicht nachvollziehbar ist die Errichtung einer bundesweit agierenden Geschäftsstelle, wenn die Förderung von regionalen Netzwerken auf regionaler Ebene erfolgt. Synergieeffekte sind damit nicht zu erwarten. Es wird bezweifelt, dass das Ziel einer flächendeckenden Etablierung von Netzwerken über eine zentrale Geschäftsstelle erreicht werden kann.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Absatz 5 ist zu streichen.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 29 – § 45f**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der bisher in § 45a Absatz 4 geregelte Umwandlungsanspruch soll nunmehr in dem neuen 45f eigenständig geregelt werden. Die inhaltliche Ausgestaltung des Umwandlungsanspruchs soll weitgehend unverändert bleiben. Jedoch soll der Umwandlungsanspruch von bisher 40 % auf 50 % des für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nach § 36 erhöht werden.

Durch die Neueinführung des Umwandlungsanspruchs des teilstationären Sachleistungsbetrags nach § 45g soll geregelt werden, dass beide Umwandlungsansprüche unabhängig voneinander in Anspruch genommen werden sollen und daher deren Verwendung für ein und dasselbe Angebot zur Unterstützung im Alltag ausgeschlossen werden.

#### **B) Stellungnahme**

Die Neugliederung des Umwandlungsanspruchs in einer eigenständigen Regelung wird befürwortet. Hierdurch wird der Anspruch strukturierter und übersichtlicher gestaltet. Darüber hinaus bleibt die Regelung bis auf die Erhöhung des Umwandlungsanspruchs weitgehend inhaltlich unverändert. Die Erhöhung des Umwandlungsanspruchs von 40 % auf 50 % des jeweiligen Sachleistungsbetrags flexibilisiert in noch höherem Maße als bisher die flexible Inanspruchnahme eines Pflegemixes und ist in Bezug auf die in § 45a SGB XI vorgesehene Vereinfachung der Anerkennung von Entlastungs- und Unterstützungsangeboten nachvollziehbar.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 29 – § 45g**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In § 45g ist mit dem Umwandlungsanspruch des teilstationären Sachleistungsbetrags die Einführung eines neuen Leistungsanspruchs vorgesehen. Dabei sollen in vergleichbarer Ausgestaltung des Umwandlungsanspruchs des Sachleistungsbetrags nach § 45f bis zu 50% des für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nach § 41 für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden können. Dabei soll es sich um anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 handeln, die eine regelmäßige mehrstündige Betreuung in Gruppen anbieten. Der Umwandlungsanspruch des teilstationären Sachleistungsbetrags soll nicht mit dem Umwandlungsanspruch nach § 45f kombiniert werden können, so dass beide Umwandlungsansprüche nicht für ein und dasselbe Angebot genutzt werden können.

#### **B) Stellungnahme**

Die Neueinführung eines Umwandlungsanspruchs teilstationärer Leistungen schafft eine höhere Flexibilisierung von Leistungen und deren Inanspruchnahme und wird daher befürwortet. Tagespflegeeinrichtungen stehen nicht flächendeckend zur Verfügung, so dass einerseits mit den in § 45a vorgesehenen Regelungen zur Vereinfachung der Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag einerseits und mit dem vorgesehenen Umwandlungsanspruch des teilstationären Sachleistungsbetrags andererseits eine niedrigschwellige Tagesbetreuung Pflegebedürftigen in höherem Umfang zur Verfügung steht. Zugleich gleicht die Ausgestaltung dem bisher schon bestehenden Umwandlungsanspruch des Sachleistungsbetrags und ist daher in gleichem Maße in der Praxis umsetzbar.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 30 – § 45h**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der bisherige § 38a SGB XI soll nunmehr in dem neuen § 45h SGB XI geregelt werden. Die inhaltliche Ausgestaltung soll unverändert bleiben.

#### **B) Stellungnahme**

Keine.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 30 – § 45i**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der bisherige § 45e SGB XI soll nunmehr in dem neuen § 45i SGB XI geregelt werden. Die inhaltliche Ausgestaltung soll unverändert bleiben.

#### **B) Stellungnahme**

Keine.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 30 – § 45j**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der vorgesehenen Regelung des § 45j soll eine neue Leistung für Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c eingeführt werden. Demnach erhalten Pflegebedürftige in dieser Wohnform einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 450 Euro je Kalendermonat zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege. Zudem erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 einen Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung entsprechend § 36. Sofern der Sachleistungsanspruch nur teilweise in Anspruch genommen wird, besteht ein Anspruch auf anteiliges Pflegegeld. Der alleinige Bezug von Pflegegeld nach § 37 ist gesetzlich nicht vorgesehen.

Des Weiteren haben Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen Anspruch auf entsprechende Leistungen einer Pflegeberatung, Pflegehilfsmittel, digitale Pflegeanwendungen einschließlich ergänzender Unterstützungsleistungen bei Nutzung digitaler Pflegeanwendungen und zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung sowie Pflegekurse. Bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 besteht darüber hinaus ein Anspruch auf Leistungen der sozialen Sicherung der Pflegeperson sowie auf Leistungen der Kurzzeitpflege ausschließlich für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung. Ebenso sollen Pflegebedürftige Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V in Anspruch nehmen können.

#### **B) Stellungnahme**

Mit der in § 45j und § 92c vorgesehenen Versorgungsform soll offensichtlich das Modellvorhaben "Benevit" (stambulant) in die Regelversorgung als neue Versorgungsform übertragen werden. Die Umsetzung von innovativen Versorgungskonzepten wird grundsätzlich begrüßt. Die beabsichtigte Neuregelung scheint dem zeitgemäßen Bedarf an häuslichen Wohnsettings, die mehr Versorgungssicherheit als üblich gewährleisten, zu entsprechen.

Mit der in § 45j beabsichtigten Neueinführung eines Zuschusses für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen gem. § 92c wird der Einführung der in § 92c neu geregelten Versorgungsform leistungsrechtlich Rechnung getragen. Da die neue Versorgungsform in der in § 92c vorgesehenen Fassung grundsätzlich in Frage gestellt wird, ist auch der damit zusammenhängende Leistungsanspruch kritisch zu hinterfragen. Es wird auf die Stellungnahme zu Nr. 40 - § 92c verwiesen.

Sollte der Gesetzgeber dennoch an der Umsetzung der neuen Versorgungsform festhalten, so ist zu konkretisieren, für welche der in § 92c beschriebenen Leistungen die Leistungsansprüche nach § 45j eingesetzt werden können. Unklar ist, ob die Leistungsansprüche nach § 45j gleichermaßen für das Basispaket nach § 92c Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 und die darüberhinausgehende Versorgung nach § 92c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 eingesetzt werden können. Eine Klarstellung ist insbesondere in Bezug auf die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erforderlich. Für welche konkreten Leistungen der pauschale Zuschuss nach Absatz 1 letztendlich eingesetzt werden kann, wird von der Ausgestaltung der

Verträge nach § 92c abhängen. Die Höhe des Zuschusses kann daher an dieser Stelle nicht bewertet werden.

Zu den vertragsrechtlichen Ausführungen zur Neueinführung gemeinschaftlicher Wohnformen wird auf die Stellungnahme zu Nr. 40 - § 92c verwiesen.

### **C) Änderungsvorschlag**

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

*Hilfsweise:*

Es ist klarzustellen, für welche der in § 92c beschriebenen Leistungen die Leistungsansprüche nach § 45j eingesetzt werden können.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 32 – § 69 Abs. 2**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit dem neu eingefügten Absatz 2 werden die Pflegekassen verpflichtet, zur Umsetzung ihres Sicherstellungsauftrages die aus ihrer Evaluation der regionalen Versorgungssituation stammenden Erkenntnisse nach § 12, die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Abs. 1 bis 3 sowie Erkenntnisse aus Anzeigen nach § 73a Abs. 1 zu berücksichtigen. Zudem werden sie verpflichtet, zur Gewährleistung ihres Sicherstellungsauftrages auch Verträge mit Einzelpflegefachpersonen gemäß § 77 abzuschließen oder diese selbst anzustellen.

#### **B) Stellungnahme**

Bislang bestand der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen darin, die pflegerische Versorgung ihrer Versicherten zu gewährleisten. Der Auftrag wurde dadurch erfüllt, dass die Pflegekassen bzw. ihre Landesverbände Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen abschließen. Die neue Vorgabe, dass Pflegekassen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags auch die Anzeigen der Pflegeeinrichtungen nach § 73a Abs. 1 bei vorliegender wesentlicher Beeinträchtigung der Leistungserbringung zu berücksichtigen haben, ist sachgerecht und dient der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der jeweiligen von der Leistungsbeeinträchtigung betroffenen Versicherten.

Auch der Abschluss von Einzelverträgen nach § 77 dient der Sicherstellung der individuellen Versorgungssituation der Pflegebedürftigen einer Pflegekasse und trägt dazu bei, den pflegebedürftigen Menschen ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Mit der bestehenden gesetzlichen Grundlage des § 77 ist der Gewährleistung der Sicherstellung der Pflege bereits ausreichend Genüge getan. Diese kann im Bedarfsfall, auch ohne Verpflichtung, weiterhin genutzt werden. Die Pflegekassen werden nun im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags verpflichtet, Empfehlungen der Landespflegeausschüsse und weiterer regionaler Gremien in Verantwortung der Länder beim Abschluss von Versorgungsverträgen umzusetzen, obwohl sie nicht verbindlich an der Bedarfsplanung im Land bzw. in der Kommune und damit an der Feststellung einer Unter- oder Fehlversorgung zu beteiligen sind. Damit wird die Verantwortung der Vorhaltung einer ausreichenden Versorgungsstruktur auch auf die Pflegekassen ausgeweitet.

Bislang sind allein die Länder verantwortlich für die Sicherstellung der Pflegeinfrastruktur (§ 9). Falls das Land Defizite bei der Versorgung (Unterversorgung) im Rahmen seiner Landespflegeplanung feststellt, hat das Land durch eigene kommunale Angebote die pflegerische Versorgung sicherstellen.

Mit der beabsichtigten Neuregelung erfolgt eine Vermischung der Verantwortung der jeweiligen Pflegekasse zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten mit der Verantwortung für die zahlenmäßig ausreichende Versorgungsstruktur (Pflegeinfrastruktur) im Land. Es ist klarzustellen, dass der infrastrukturelle Sicherstellungsauftrag weiterhin bei den Ländern liegt und sich der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen auf die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten bezieht.

Siehe auch Stellungnahme zu Nr. 6 - § 8a Abs. 5 und zu Nr. 33 a) - § 72 Abs. 1a.

### **C) Änderungsvorschlag**

Absatz 2 ist wie folgt zu fassen:

„Bei ihren Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 und 2 haben die Pflegekassen auch Erkenntnisse aus Anzeigen von Pflegeeinrichtungen nach § 73a Absatz 1 zu berücksichtigen.“

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 33a) – § 72 Abs. 1a**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Landesverbände der Pflegekassen werden verpflichtet, vor Abschluss von Versorgungsverträgen 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.

#### **B) Stellungnahme**

Siehe Stellungnahme zu Nr. 6 - § 8a Abs. 5 und zu Nr. 32 - § 69 Abs. 2.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 33b) – § 72 Abs. 3b**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit den Regelungen erhalten betroffene Pflegeeinrichtungen bei Änderungen von Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsvertragsrichtlinien nach deren Veröffentlichung drei statt bislang zwei Monate für die Umsetzung. Zugleich wird die Umsetzungsfrist für Änderungen des regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 oder der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 von 1. Januar auf 1. Februar des auf die Veröffentlichung folgenden Jahres verlängert.

#### **B) Stellungnahme**

Die beabsichtigte Neuregelung kann dazu beitragen, die Verfahren zum Abschluss von Vergütungsvereinbarungen zeitlich zu entzerren.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 34 – § 73a**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Pflegeeinrichtungen werden mit dem neu einzufügenden § 73a (Absatz 1) verpflichtet, im Falle einer wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung, diese gegenüber den Pflegekassen anzuzeigen. Bei der Art und Ursache der Beeinträchtigung kann es sich um Naturkatastrophen wie Hochwasser oder Extremwetterereignisse, schwerwiegende Ausbrüche von Infektionen oder auch um interne Gegebenheiten beim Träger wie wirtschaftliche Schwierigkeiten handeln, die den weiteren Betrieb der Pflegeeinrichtung in der vertraglich vereinbarten Form gefährden.

Die Anzeige verpflichtet die Pflegekassen, zusammen mit der Pflegeeinrichtung und den ggf. weiteren Beteiligten an der pflegerischen Versorgung vor Ort, die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung für die Pflegebedürftigen zu prüfen (Absatz 2). Dabei können auch kurzfristige Abweichungen von zulassungsrechtlichen Vorgaben sowie den vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmalen einschließlich der Personalausstattung gewährt werden.

Mit Absatz 3 wird ein Monitoring der pflegerischen Versorgungsstrukturen durch den GKV-Spitzenverband einschließlich einer fortlaufenden Berichterstattung gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit gesetzlich verankert. Der Bericht soll Angaben zu den Stichtagen 1. Januar und 1. Juli eines jeden Jahres zur Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge in der vollstationären, teilstationären und ambulanten pflegerischen Versorgung sowie zur Anzahl der vertraglich vereinbarten Pflegeplätze in den einzelnen Versorgungsbereichen enthalten. Dabei ist eine Differenzierung nach Bundesländern vorzusehen. Neben diesen quantitativen Angaben soll der Bericht Bewertungen der Pflegekassenverbände zur Versorgungssituation in den einzelnen Ländern enthalten.

#### **B) Stellungnahme**

Die beabsichtigte Neuregelung bezogen auf die Absätze 1 und 2 entspricht der Meldeverpflichtung der Pflegeeinrichtungen bei Beeinträchtigung ihrer Leistungserbringung sowie den damit zusammenhängenden Reaktionsmöglichkeiten der Pflegekassen und weiterer Beteiligten während der Corona-Pandemie. Damit soll in absehbaren oder bereits eingetroffenen erheblichen Krisensituationen die Versorgung der Pflegebedürftigen besser gewährleistet werden. Diese Regelung trägt dazu bei, dass die Pflegekassen ihrem Sicherstellungsauftrag gemäß § 69 nach aktueller Rechtslage umfassend gerecht werden können. Da es sich jedoch bei den Vertragspartnern der Versorgungsverträge nach § 72 Abs. 2 um die Landesverbände der Pflegekassen – und nicht um die einzelnen Pflegekassen – handelt, ist die Meldung entsprechend an die betroffenen Landesverbände zu richten.

Die in Absatz 3 geregelte Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes über die Entwicklung der Versorgungsverträge in den Ländern bezieht sich jedoch auf die Sicherstellung der Pflegeinfrastruktur und nicht auf den Sicherstellungsauftrag der einzelnen Pflegekasse zur pflegerischen Versorgung ihrer jeweiligen Versicherten (siehe auch Stellungnahme zu Nr. 32 – § 69 Abs. 2). Zudem enthält der vorgesehene Bericht dieselben Angaben, die die Landesverbände der Pflegekassen nach § 12 zu erheben und weiterzuleiten haben. Eine hiervon losgelöste Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes über § 73a einzuführen, führt zu Doppelstrukturen und entspricht nicht dem Ziel einer bürokratischen Entlastung.

### **C) 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 Landesverbänden der Pflegekassen als seinen Vertragspartnern anzuzeigen. Die von der Pflegeeinrichtungen versorgten Pflegebedürftigen sind hierüber zu informieren.“

Absatz 3 ist zu streichen und in die Evaluationspflicht nach § 12 zu integrieren.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 35a) – § 78a**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Umformulierung sollen die Vereinbarungen zum Vergütungsbetrag nicht mehr rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen (DIPA) gelten, sondern ab dem in den Vereinbarungen vereinbarten Zeitpunkt.

#### **B) Stellungnahme**

Sinn und Zweck der Umformulierung ist gemäß der Begründung zum Referentenentwurf die Parallelisierung von Zeitpunkten (Anspruchsentstehung / Feststehen des endgültigen Preises der DIPA). Mit der Änderung sollen die Vertragspartner den Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Vergütungsvereinbarung festlegen, sodass die Entstehung des Anspruchs auf DIPA daran geknüpft ist. Um Ausgleichsansprüche zu vermeiden, ist die Änderung zu begrüßen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 35b) – § 78a**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 wird die Änderung des § 40a Absatz 1a SGB XI aufgegriffen, wonach DIPA, die auf die Unterstützung Angehöriger und sonstiger ehrenamtlich Pflegender ausgerichtet sind, nunmehr zulässig sein sollen, wenn sie geeignet sind, die häusliche Versorgungssituation der pflegebedürftigen Person zu stabilisieren oder pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtliche Pflegende zu entlasten. Gemäß § 78a Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 SGB XI hat der Hersteller dem Antrag Nachweise darüber beizufügen, dass die DIPA einen pflegerischen Nutzen nachweist. Die Nummer 3 soll nunmehr dahingehend ergänzt werden, dass der Hersteller dem Antrag für die genannten DIPA Nachweise beizufügen hat, dass die DIPA geeignet ist, als DIPA, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende unterstützt, die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen zu stabilisieren oder pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende zu entlasten. Eines Nachweises des pflegerischen Nutzens bedarf es für DIPA, die auf die Unterstützung häuslich Pflegender gerichtet ist, nicht mehr.

#### **B) Stellungnahme**

Mit der Änderung muss erforderlich bleiben, dass auch die Evidenz der Geeignetheit – wie die des pflegerischen Nutzens - mittels passender Endpunkte im Rahmen von Studien nachgewiesen wird. Die Anforderungen an den Nachweis eines pflegerischen Nutzens werden in der Verordnung zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Pflegeanwendungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung – DiPAV) geregelt. Insofern müssen entsprechende Regelungen in der DiPAV zu den Nachweisen hinsichtlich der „Geeignetheit“ aufgenommen werden. Es wird davon ausgegangen, dass mit der Ergänzung in § 78a Absatz 6, die sich auf die Ermächtigungsgrundlage für die Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung bezieht, sichergestellt wird, dass entsprechende Vorgaben zu den evidenzbasierten Nachweisen zu der „Geeignetheit“ geregelt werden.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 35c) Buchstabe aa) – § 78a**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die derzeit geltende Regelung, dass der Antrag auf Aufnahme der DIPA in das Verzeichnis abzulehnen ist, sofern keine vollständigen Antragsunterlagen vorliegen, soll in Absatz 5 Satz 3 dahingehend ergänzt werden, dass der Hersteller auch keine Erprobung nach Absatz 6a (NEU) beantragt hat.

#### **B) Stellungnahme**

Die Folgeänderung zu Absatz 6a (NEU - Erprobungsregelung) wird abgelehnt, da die Einführung eines Erprobungszeitraumes abgelehnt wird, siehe entsprechende Stellungnahme zu Absatz 6a (NEU).

#### **C) Änderungsvorschlag**

Die Ergänzung in Absatz 5 Satz 3 wird abgelehnt.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 35c) Buchstabe bb) – § 78a**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Aufgrund der in § 39a SGB XI vorgesehenen Änderung, dass das BfArM die Erforderlichkeit einer ergänzenden Unterstützung nicht mehr feststellen soll, soll Satz 6 in Absatz 5 in der Folge aufgehoben werden. Dieser regelt bislang, dass das BfArM feststellt, welche eUL für die Nutzung der DIPA erforderlich sind und hierüber die Vertragsparteien nach § 75 Absatz 1 SGB XI, die an Rahmenverträgen über ambulante Pflege beteiligt sind, mit der Aufnahme der DIPA in das Verzeichnis informiert.

#### **B) Stellungnahme**

Da die Feststellung der Erforderlichkeit durch das BfArM bestehen bleiben sollte (siehe Stellungnahme zu § 39a SGB XI) wird die Folgeänderung abgelehnt. Gleichzeitig ist darauf hinzuweisen, dass mit der Streichung des Satzes 6 die Informationspflicht des BfArM an die Vertragsparteien nach § 75 Absatz 1, die an den Rahmenverträgen über die ambulante Pflege beteiligt sind und u. a. den Inhalt der eUL festlegen, entfiel. Folglich ist fraglich, wie die Vertragsparteien nun über die Aufnahme einer DIPA + eUL informiert werden, um in der Folge entsprechende Festlegungen zu treffen. Hierzu bedarf es einer Regelung, sodass in jedem Fall die Streichung von Satz 6, 2. HS nicht sachgerecht ist.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Satz 6 bleibt bestehen.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 35d) Buchstabe aa) – § 78a**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Gemäß Absatz 6 wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, durch Rechtsverordnung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales das Nähere unter anderem zu dem pflegerischen Nutzen zu regeln. Die vorgesehene Ergänzung in Absatz 6 ist eine Folgeänderung zu der in § 40a Absatz 1a Satz 1 SGB XI vorgesehenen Änderung (DIPA, die auf die Unterstützung Angehöriger und sonstiger ehrenamtlich Pfleger ausgerichtet sind). Durch die Ergänzung soll die Ermächtigungsgrundlage für die Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung (DiPAV) entsprechend ausgeweitet werden.

#### **B) Stellungnahme**

Neben dem „pflegerischen Nutzen“ müsste die Verordnungsermächtigung auch die Regelung des Näheren zu der „Geeignetheit“ der DIPA, die auf die Unterstützung Angehöriger und sonstiger ehrenamtlich Pfleger ausgerichtet ist, vorsehen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Nummer 2 wird wie folgt geändert:

Nach dem Wort „Datensicherheit“ wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.

Nach den Wörtern „pflegerischer Nutzen“ werden die Wörter „und zu der Geeignetheit für digitale Pflegeanwendungen, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende unterstützen und dadurch die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen stabilisieren oder pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende entlasten.“ eingefügt.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 35d) Buchstabe bb) – § 78 a**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Ergänzung der Nummer 7 in Absatz 6 steht im Zusammenhang mit der vorgesehenen Regelung zu dem Erprobungszeitraum (Absatz 6a NEU). Durch die neue Nummer 7 soll die Ermächtigungsgrundlage für die Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung (DiPAV) im Hinblick auf die Einführung der Erprobungsregelung nach dem neuen Absatz 6a erweitert werden. In der Verordnung können nähere Vorgaben gemacht werden über die nach Absatz 6a Satz 2 (NEU) zu begründenden Erfordernisse für den pflegerischen Nutzen und für DIPA, die allein auf die Unterstützung pflegender Angehöriger oder sonstiger ehrenamtlich Pflegenden ausgerichtet sind, sowie zu dem beizufügenden Evaluationskonzept.

#### **B) Stellungnahme**

Die Erweiterung (Absatz 6, Nr. 7 (NEU)) der Ermächtigungsgrundlage für die Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung im Hinblick auf die Einführung der Erprobungsregelung wird abgelehnt, da die Einführung eines Erprobungsjahres abgelehnt wird, siehe Stellungnahme zu Absatz 6a (NEU).

#### **C) Änderungsvorschlag**

Die neue Nummer 7 wird abgelehnt.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 35e) – § 78a**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der neue Absatz 6a regelt die Aufnahme einer DIPA in das DIPA-Verzeichnis für einen Erprobungszeitraum von bis zu zwölf Monaten, sofern dem Hersteller das Erbringen der erforderlichen Nachweise nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 noch nicht möglich ist. Statt der erforderlichen Nachweise hat der Hersteller eine plausible Begründung für eine/mehrere Wirkungen und ein von einer herstellerunabhängigen Institution erstelltes wissenschaftliches Evaluationskonzept zum Nachweis dieser Wirkungen beizufügen. Das BfArM soll den Hersteller mittels Bescheides zum Nachweis einer/mehrerer Wirkungen verpflichten und das Nähere zu den erforderlichen Nachweisen, einschließlich den zur Erprobung erforderlichen Leistungen, bestimmen. Gemäß der Neuregelung sind die Erprobung und deren Dauer im DIPA-Verzeichnis kenntlich zu machen. Spätestens nach Ablauf des Erprobungszeitraumes soll der Hersteller dem BfArM die Nachweise für eine/mehrere Wirkungen der erprobten DIPA vorlegen. Das BfArM soll in der Folge über die endgültige Aufnahme der DIPA innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Nachweise bescheiden. Es ist die Möglichkeit einer Verlängerung des Erprobungszeitraums um bis zu zwölf Monate vorgesehen, sofern die Wirkungen zwar nicht hinreichend belegt sind, aber aufgrund der vorgelegten Erprobungsergebnisse eine überwiegende Wahrscheinlichkeit einer späteren Nachweisführung besteht. Im Falle einer Ablehnung der Aufnahme in das DIPA-Verzeichnis, hat das BfArM die zur Erprobung vorläufig aufgenommene DIPA aus dem Verzeichnis zu streichen. Eine erneute Antragstellung soll dann frühestens zwölf Monate nach dem ablehnenden Bescheid und auch nur dann zulässig sein, wenn neue Nachweise für eine/mehrere Wirkungen vorgelegt werden. Eine wiederholte vorläufige Aufnahme in das Verzeichnis zur Erprobung soll nicht zulässig sein.

#### **B) Stellungnahme**

Der neue Absatz 6a mit der Regelung eines Erprobungsjahres wird abgelehnt. Die Vulnerabilität der Zielgruppe der DIPA erfordert eine gesicherte Evidenzgüte der Studien und einen nachgewiesenen pflegerischen Nutzen zum Zeitpunkt der Listung und Anspruchsentstehung. Die in Absatz 6a geforderte „plausible Begründung für genannte Wirkungen“ sowie „ein von einer herstellerunabhängigen Institution erstelltes wissenschaftliches Evaluationskonzept zum Nachweis dieser Wirkungen“ sind hinsichtlich der Sicherheit und des Nutzens unklar. Auf der Grundlage dieser für das Erprobungsjahr alternativ eingereichten Unterlagen ohne gesicherte Evidenz ist zudem eine Preisfindung nicht möglich, so dass unklar ist, worauf sich die Vergütungsverhandlungen maßgeblich stützen sollen. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass der Erprobungszeitraum nicht zur Querfinanzierung der Studien aus Mitteln der Pflegeversicherung genutzt werden darf. Ein vereinfachtes Zulassungsverfahren zu Gunsten der Hersteller und Lasten der potenziellen Nutzerinnen und Nutzer sowie zu Lasten der Pflegeversicherung wird abgelehnt.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Der neue Absatz 6a wird nicht aufgenommen.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 36 – § 85**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Änderung wird den Vertragsparteien der Vergütungsvereinbarung die Option eingeräumt, auch bereits vor Ablauf der sechswöchigen Frist gemeinsam die Schiedsstelle nach § 76 anzurufen. Des Weiteren wird geregelt, dass die Festsetzungen der Schiedsstelle grundsätzlich rückwirkend mit dem Tag der Antragsstellung wirksam werden. Darüber hinaus sind wie bisher keine rückwirkenden Vereinbarungen für die Parteien zulässig.

#### **B) Stellungnahme**

Die beabsichtigte Neuregelung kann dazu beitragen, dass bei Vergütungsverfahren der Konfliktlösungsmechanismus schneller greift und den Abschluss von Vergütungsvereinbarungen beschleunigt. Die Regelung, dass das Verbot einer rückwirkenden Vereinbarung von Pflegevergütungen nicht für den Fall gilt, dass die Schiedsstelle als Zeitpunkt des Wirksamwerdens des Schiedsspruches den Antragseingang festsetzt, dient der Klarstellung.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 37 – § 86a**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit dem neu eingeführten § 86a werden Regelungen zur Beschleunigung und Vereinfachung von Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen aufgenommen.

Gemäß Absatz 1 haben die Kostenträger nach Eingang des Pflegesatzantrages gemeinsam eine bevollmächtigte Ansprechperson zu bestimmen und diese umgehend gegenüber dem Träger der Pflegeeinrichtung zu benennen. Diese Person ist befugt, die schriftliche Vertragserklärung mit Wirkung für und gegen die beteiligten Kostenträger unverzüglich nach der Einigung abzugeben. Die Kostenträger werden zudem verpflichtet, etwaige Nachweisforderungen gemäß § 85 Abs. 3 zur Darlegung der prospektiven Aufwendungen zeitnah nach Antragseingang zu stellen. Der Träger der Pflegeeinrichtung hat diese Forderungen ebenfalls zeitnah zu bedienen.

Nach Absatz 2 sollen die maßgeblichen Annahmen und Werte, die dem Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung nach § 85 zugrunde gelegt wurden, von den Vereinbarungsparteien hinterlegt oder in der Vereinbarung ausgewiesen werden, mit dem Ziel, dass diese bei Abschluss einer Folgevereinbarung einfacher angepasst werden können. Die Pflegesatzkommissionen oder vergleichbare Gremien in den Ländern sowie die Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 können entsprechende Empfehlungen für pauschale Anpassungsverfahren für die Pflegevergütung beschließen.

Zudem wird die Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene mit Absatz 3 verpflichtet, Empfehlungen zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Vergütungsverfahren abzugeben. Die Empfehlungen sollen insbesondere die Nachweisdarlegung prospektiver Sach- und Personalaufwendungen, die Form der Hinterlegung von maßgeblichen Annahmen und Werten, die einer Vergütungsvereinbarung zugrunde gelegt wurden, sowie Methoden für vereinfachte Pauschalverfahren betreffen. Kommen die Empfehlungen innerhalb von neun Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes nicht zustande, hat gemäß Absatz 4 die Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene eine unabhängige Schiedsperson zu bestellen, die die betreffenden Empfehlungsinhalte festsetzt.

#### **B) Stellungnahme**

Die vorgesehenen Regelungen können der Verfahrensbeschleunigung von Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen dienen. Verfahrensoptimierungen sind grundsätzlich zu begrüßen, um die Vergütungsverfahren effizient, einfacher und damit zügiger für alle beteiligten Vereinbarungsparteien zu gestalten. Mit der beabsichtigten Neuregelung werden zum Teil bereits etablierte Vorgehensweisen in der Praxis als neue Handlungsleitlinien gesetzlich festgelegt. Diese konnten bereits nach der aktuellen Rechtslage durch die jeweiligen Vereinbarungsparteien getroffen werden und erhalten durch die Neuregelung einen entsprechenden Rahmen. Bei der Erstellung der in Absatz 3 vorgesehenen Empfehlungen zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Verfahren in den Ländern wird die Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene vor die Herausforderung gestellt, trotz bereits bestehender unterschiedlicher Vorgehensweisen in den Ländern, die das Ziel einer Vereinfachung von Vergütungsverfahren verfolgen, allgemein anwendbare Verfahrensleitlinien zu entwickeln. Der vorgegebene Zeitrahmen für die Erstellung der Empfehlungen (neun Monate) ist angesichts der

festzulegenden Inhalte und der einzubeziehenden Organisationen nicht realistisch. Bei dieser Zeitvorgabe ist bereits absehbar, dass die Empfehlungsparteien von der in Absatz 4 geregelten Konfliktlösung Gebrauch werden machen müssen.

**C) Änderungsvorschlag**

In Absatz 3 ist der Zeitrahmen für die Erstellung der Empfehlungen von neun auf mindestens zwölf Monate zu verlängern.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 40 – § 92c**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit Einführung des § 92c wird eine Option für zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen geschaffen, Verträge für die Leistungserbringung in gemeinschaftlichen Wohnformen zu schließen.

Die Verträge regeln auf der Grundlage von Empfehlungen der Selbstverwaltung auf Bundesebene:

1. Ein Basispaket mit körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung entsprechend § 36 sowie eine Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, deren Organisation eigens von der ambulanten Pflegeeinrichtung zur gemeinsamen und individuellen Leistungsanspruchnahme der Pflegebedürftigen übernommen und deren Erbringung insgesamt sichergestellt wird,
2. eine über das Basispaket in Nummer 1 nach Art und Inhalt hinausgehende Versorgung der Pflegebedürftigen mit körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung entsprechend § 36, die über die ambulante Pflegeeinrichtung gewährleistet wird; diese Leistungen können auf Wunsch des Pflegebedürftigen auch Angehörige, Pflegepersonen und ehrenamtlich Tätige oder Dritte erbringen,
3. die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der ambulanten Pflegeeinrichtung zur Erbringung der Leistungen nach Nummer 1 und 2, insbesondere die Personalanhaltswerte für das im Basispaket einzusetzende Personal,
4. Maßnahmen zur Qualitätssicherung einschließlich eines Qualitätsmanagements sowie die Verpflichtung zur Mitwirkung an Maßnahmen nach den §§ 114 und 114a,
5. die Vergütung und Abrechnung der Leistungen nach Nummer 1 und 2.

Vertragsparteien sind die zugelassene ambulante Pflegeeinrichtung im Sinne des § 71 Absatz 1 und als Leistungsträger die Pflegekassen, die zuständigen Träger der Sozialhilfe sowie bezogen auf die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege auch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen.

Voraussetzung für den Vertragsabschluss ist, dass mehr als zwei pflegebedürftige Personen zur gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung zusammenleben und die räumliche Gestaltung einer selbstbestimmten Versorgung entspricht. Zudem muss die pflegerische Versorgung für die Pflegebedürftigen auf Grundlage eines Versorgungskonzeptes qualitätsgesichert erfolgen sowie ein aufgaben- und kompetenzorientierter Personaleinsatz sichergestellt sein.

Mit Vertragsabschluss obliegt der ambulanten Pflegeeinrichtung die Verantwortung für die Qualität der Leistungen in der gemeinschaftlichen Wohnform, die von ihr selbst oder im Rahmen einer Kooperation von einem anderen Pflegedienst erbracht werden.

Zur (anteiligen) Finanzierung der vertraglich vereinbarten Leistungen haben die Pflegebedürftigen in der gemeinschaftlichen Wohnform einen Anspruch auf Leistungen gemäß § 45j.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene beschließen Empfehlungen zu den Vertragsinhalten 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 in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Pflegeberufe sowie den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen, spätestens bis zum Ablauf von neun Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes.

Die Empfehlungen beinhalten auch Aussagen über die erforderliche Anwesenheit und Erreichbarkeit von Personal in den gemeinschaftlichen Wohnformen und legen fest, welche Ziffern der Anlage zur Häusliche-Krankenpflege-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 7 SGB V von dem Basispaket nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 umfasst sein können.

Kommen diese Empfehlungen innerhalb der neunmonatigen Frist ganz oder teilweise nicht zu Stande, bestellen die Parteien gemeinsam spätestens zum Fristablauf eine unabhängige Schiedsperson. Erfolgt die Verständigung auf eine Schiedsperson bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen nach Feststellung der Nichteinigung nicht, erfolgt deren Bestellung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die Schiedsperson setzt den betreffenden Empfehlungsinhalt einschließlich der Kostentragung innerhalb von zwei Monaten nach Bestellung fest.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat dem Bundesministerium für Gesundheit einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht über den Stand der abgeschlossenen Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen nach Ablauf von drei Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes vorzulegen. Der Schwerpunkt liegt insbesondere auf Zahl, Standort und Trägerschaft, Personalstruktur und Ausstattung sowie Vergütung, Leistungsausgaben und Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen sowie Qualität der Versorgung im Vergleich zur Versorgung in sonstiger ambulanter und in vollstationärer Pflege. Bei der Evaluation ist auch die Einbeziehung Angehöriger, sonstiger Pflegepersonen und ehrenamtlich Tätiger in die Versorgung zu berücksichtigen.

## **B) Stellungnahme**

Innovative Versorgungskonzepte werden grundsätzlich begrüßt. Mit dem neuen pflegerischen Angebot in gemeinschaftlichen Wohnformen soll die ambulante Versorgung in der Häuslichkeit mit Elementen einer gebündelten Grundversorgung („Basispaket“) verbunden werden. Die damit verbundene Intention zielt offenbar auf die Verbesserung des Pflegesettings für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen. Der Gesetzgeber schafft mit dieser neuen Versorgungsform einen dritten Sektor mit eigenen leistungsrechtlichen und vertraglichen Regelungen. Ob diese jedoch die beabsichtigte Wirkung in der Praxis entfalten können, ist angesichts der nur rudimentär beschriebenen Vorgaben im Referentenentwurf fraglich.

Der Mehrwert dieser Versorgungsform für den pflegebedürftigen Menschen im Vergleich zur Versorgung in einer ambulant betreuten Wohngruppe nach geltendem Recht erschließt sich nicht. Aktuell gibt es mit dem Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI bereits eine alternative Wohnform im ambulanten Setting.

Ebenso ist fraglich, aufgrund welcher Anreize Leistungserbringer diese Versorgungsform wählen sollten. Schon heute können ambulante Pflegeeinrichtungen den Pflegebedürftigen individuelle Leistungen anbieten, die flexibel ausgestaltet und bei Bedarf durch andere Leistungen ergänzt werden können. Und dies ohne neu festzulegende Personalwerte oder Qualitätsmerkmale. Sollte der Gesetzgeber jedoch an einer Umsetzung der neuen Versorgungsform festhalten wollen, so besteht für die Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene jedoch die Herausforderung, die Vertragsinhalte, insbesondere die in das Basispaket einzubeziehenden Leistungen, deren Leistungsmerkmale wie die erforderliche Personalausstattung, die Vergütung und Abrechnung der einzelnen Leistungen in Form von Empfehlungen festzulegen. Die gesetzlich genannten Vorgaben hierfür sind rudimentär und führen zu komplexen Umsetzungsfragen und Interpretationsspielräumen. Dies umso mehr, da auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V in den Verträgen zu berücksichtigen sind.

So besteht beispielsweise Unklarheit, für welche Leistungen die in § 45j geregelten Leistungsansprüche eingesetzt werden können, insbesondere im Hinblick auf die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V.

Zur Vermeidung langwieriger Aushandlungsprozesse sowohl zwischen den Empfehlungsparteien auf Bundesebene als auch zwischen den Vertragsparteien vor Ort, sollten die Vorgaben zur Festlegung der Leistungen im Basispaket nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sowie deren Vergütung gesetzlich konkreter gefasst werden. Auch hinsichtlich der festzulegenden Personalanhaltswerte ist klarzustellen, an welchen Kriterien der Personaleinsatz zu bemessen ist. Auch in Bezug auf die Abrechnung der einzelnen Leistungen bestehen Umsetzungsfragen. Es sollte gesetzlich geregelt werden, welche Leistungen - ggf. über eine Abtretungserklärung - direkt zwischen dem Leistungserbringer bzw. einem kooperierenden Pflegedienst und den Pflege-/Krankenkassen und welche Leistungen die Pflegebedürftigen - ggf. mit Kostenerstattungsanspruch gegenüber ihrer Pflege- oder Krankenkasse - selbst tragen müssen.

Der gesetzlich festgelegte Zeitraum (neun Monate) zur Erstellung der Empfehlungen auf Bundesebene über die Vertragsinhalte ist angesichts der großen Verhandlungsspielräume unrealistisch.

Auch die Frist zur Vorlage eines Evaluationsberichts durch den GKV-Spitzenverband, drei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes, ist nicht sachgerecht. Für die Erstellung der Bundesempfehlungen wird ein Zeitraum von mindestens 12 Monaten veranschlagt. Die bundesweite Etablierung der neuen Versorgungsform nach Abschluss der individuellen Vertragsverhandlungen auf Grundlage der Empfehlungen wird voraussichtlich mindestens zwei Jahre in Anspruch nehmen. Eine frühere Durchführung einer wissenschaftlich begleiteten Evaluation würde zu keinen belastbaren Aussagen führen. Für die Durchführung der Evaluation an sich sollte zudem mindestens ein Jahr eingeplant werden. Die Frist zur Vorlage des Evaluationsberichts sollte daher von drei auf vier Jahre verlängert werden. Damit jedoch zeitnah aktuelle Angaben über die Anzahl der in gemeinschaftlichen Wohnformen versorgten Personen sowie über die entsprechenden Leistungsausgaben der Pflege- und Krankenkassen zur Verfügung stehen, sind die entsprechenden Kontenrahmen der Pflege- und Krankenkassen durch Erlass des Bundesministeriums für Gesundheit anzupassen, um eine entsprechende Abbildung in der amtlichen Statistik sicherzustellen.

Weder der im Referentenentwurf dargestellte Erfüllungsaufwand der neuen Regelung noch die prognostizierte Anzahl der Pflegebedürftigen, die diese Versorgungsform wählen werden, sind

nachvollziehbar. Es ist nicht abzuschätzen, ob die Personen, die zukünftig diese Versorgungsform wählen, andernfalls in der eigenen Häuslichkeit mit Pflegegeld- oder Sachleistungsbezug oder in ambulant betreuten Wohngruppen oder in vollstationären Pflegeeinrichtungen versorgt wären. Insofern sind die kalkulierten Minderausgaben in Höhe von 220 Millionen Euro durch Einführung der neuen Versorgungsform zu hinterfragen.

### **C) Änderungsvorschlag**

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

#### Hilfsweise:

In Absatz 1 sind die Vorgaben zur Festlegung der Leistungen und Vergütungen im Basispaket nach Satz 1 Nummer 1 im Zusammenspiel der Leistungen nach § 36 SGB XI und § 37 SGB V konkreter zu fassen. Zudem ist zu regeln, dass für die darüberhinausgehenden Leistungen nach § 36 SGB XI und § 37 SGB V die bestehenden Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI und § 132a Absatz 4 SGB V zugrunde zu legen sind, so dass keine weiteren Regelungen in den Empfehlungen auf Bundesebene erforderlich sind.

Hinsichtlich der festzulegenden Personalanhaltswerte ist klarzustellen, an welchen Kriterien der Personaleinsatz zu bemessen ist.

In Absatz 2 ist die Frist zur Erstellung der Empfehlungen von neun Monaten auf mindestens 12 Monate zu verlängern.

In Absatz 3 ist die Frist zur Vorlage des Evaluationsberichts von drei auf vier Jahre zu verlängern.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 42b) – § 109 Abs. 6**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Angaben der Pflegeeinrichtungen zu ihrer Art und den organisatorischen Einheiten sowie zu den Entgelten von stationären Pflegeeinrichtungen werden im Rahmen der Pflegestatistik grundsätzlich von der statistischen Geheimhaltungspflicht ausgenommen.

#### **B) Stellungnahme**

Der Regelungsgegenstand betrifft ausschließlich die Pflegeeinrichtungen und die statistischen Landesämter. Insofern besteht kein weiterer Kommentierungsbedarf.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 44a) – § 113 Abs. 1 Satz 1**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es ist vorgesehen, die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen zu stärken, indem die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a einheitlich benannt werden.

#### **B) Stellungnahme**

Die gesetzliche Konkretisierung ist sachgerecht. Es handelt sich um eine klarstellende Änderung.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 44b) – § 113 Absatz 1 Satz 1**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In einem Zeitraum von zwölf Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes sind die Maßstäbe und Grundsätze um Regelungen für eine Qualitätssicherung gemeinschaftlicher Wohnformen mit Verträgen gemäß § 92c zu ergänzen.

#### **B) Stellungnahme**

Die beabsichtigte Einführung einer Vereinbarung von Qualitätsanforderungen für gemeinschaftliche Wohnformen wird mit Verweis auf die Stellungnahme zu § 92c SGB XI abgelehnt.

Sollte an einer Etablierung gemeinschaftlicher Wohnformen festgehalten werden, sollten zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit für die pflegebedürftigen Menschen in dieser Versorgungsform die Maßstäbe und Grundsätze angepasst und ergänzt werden. Da hiermit neue Leistungszuordnungen eingeführt werden, muss für die Ausgestaltung einer Vereinbarung von Qualitätsanforderungen für diese Versorgungsform ein angemessener Zeitraum eingeräumt werden. Der gesetzliche Zeitrahmen sieht vor, dass die Bundesempfehlungen nach § 92c neun Monate und die Maßstäbe und Grundsätze zwölf Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes vorliegen sollen. Damit würden für die Erarbeitung der Vereinbarung von Qualitätsanforderungen für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen nach § 92c lediglich drei Monate zur Verfügung stehen. Das wird als unrealistisch eingeschätzt. Zudem wurde bei diesem gesetzlichen Umsetzungsschritt nicht beachtet, dass die Verträge nach § 92c erst nach Vorlage der Bundesempfehlung nach § 92c abgeschlossen werden können. Zudem müssen die gesetzlich vorgesehenen Abstimmungs- und Beteiligungsschritte beachtet werden. Deshalb sollte zur Sicherstellung einer fundierten Entwicklung einer Vereinbarung von Qualitätsanforderungen für diese Versorgungsform der im Gesetz formulierte Zeitraum angemessen angepasst werden. Erst nach Vorlage der Bundesempfehlungen nach § 92c kann mit der Erarbeitung der Maßstäbe und Grundsätze begonnen werden.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

#### Hilfsweise:

§113 Absatz 1 sollte der nach Satz 1 folgende Satz wie folgt lauten:

Die Vereinbarungen müssen zwölf Monate nach Vorlage der Bundesempfehlungen nach § 92c Absatz 2 um Regelungen für die gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c ergänzt werden.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 44c) – § 113 Absatz 1 Satz 3**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es ist vorgesehen, dass die Steuerung des Pflegeprozesses fachlich und bundeseinheitlich erfolgt. Die dadurch entstehenden Aufwände für die Steuerung des Pflegeprozesses sind bei den Vergütungen zu berücksichtigen. Eine Doppelvergütung derselben Maßnahmen der Steuerung des Pflegeprozesses aus Mitteln der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung sind nicht zulässig.

#### **B) Stellungnahme**

Die Aufnahme der Steuerung des Pflegeprozesses in den Maßstäben und Grundsätzen ist fachlich nachvollziehbar und wird begrüßt. Damit wird eine bundeseinheitliche Regelung geschaffen, die gewährleistet, dass die fachliche Pflegeprozesssteuerung verpflichtend in den Pflegeeinrichtungen umsetzen ist. Die verantwortliche Pflegefachperson hat die Aufgabe im Rahmen der Pflegeprozesssteuerung, die Mitarbeitenden entsprechend ihrer Kompetenz und Qualifikationen zur Durchführung der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen einzusetzen. Damit wird eine qualitätsgesicherte Versorgung der pflegebedürftigen Menschen sichergestellt.

In der Begründung des Referentenentwurfs wird Folgendes ausgeführt: „Zu den vergütungsrelevanten Aufwänden der Steuerung des Pflegeprozesses können insbesondere Erst- und Folgegespräche sowie Aufwände für komplexe Fallsteuerungen, beispielsweise interdisziplinäre Fallbesprechungen, die auf Wunsch des Versicherten auch unter Einbeziehung von An- und Zugehörigen erfolgen können, gehören. Eine Doppelvergütung derselben Maßnahmen der Steuerung des Pflegeprozesses aus den Mitteln der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht zulässig.“

Pflegedienste haben in der Regel zwei Verträge – nach § 132a Abs. 4 SGB V im Rahmen der HKP und nach § 72 SGB XI im Rahmen der Pflegeversicherung. Die von den Pflegediensten versorgten Versicherten erhalten in der Regel sowohl Leistungen der HKP nach § 37 SGB V als auch Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI. Somit ist die Problematik des Ausschlusses einer „Doppelvergütung“ eine seit Jahren bestehende Anforderung, die grundsätzlich über die Abgrenzung der kalkulatorischen Aufwände für übergeordnete Leistungen (z. B. Anamnese, Prozesssteuerung, Fallbesprechungen) nach den jeweiligen Zuständigkeiten geregelt werden muss. Daher ist der explizite Hinweis in der Begründung, dass zu den vergütungsrelevanten Aufwänden der Steuerung des Pflegeprozesses insbesondere Erst- und Folgegespräche sowie Aufwände für komplexe Fallsteuerungen gehören können, nicht sachgerecht. Damit werden mögliche einzelne Vergütungspositionen herausgestellt, ohne den Kontext zur Vergütungssystematik insgesamt zu berücksichtigen. So sind im Bereich der HKP bestimmte Aufwände, z. B. für die Anamnese oder Fallbesprechungen, bereits in den heutigen leistungsbezogenen Vergütungspositionen in den Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V kalkulatorisch berücksichtigt. Um hier Fehlinterpretationen zu vermeiden und einem Eindruck entgegenzutreten, dass losgelöst von der bisher zugrunde gelegten Vergütungssystematik zur Vermeidung von Doppelvergütungen „lediglich“ eine anteilige Kostenteilung zu bestimmten Vergütungspositionen vorzunehmen ist, sollte auf die Nennung solcher expliziter Vergütungspositionen in der Begründung verzichtet werden. Die Vorgabe des Ziels der Vermeidung von Doppelvergütungen ist sachgerecht; der Weg zur Erreichung des Ziels muss den Vertragsparteien

überlassen werden, um sachgerecht auch Bereinigungen bisheriger Vergütungsansätze vornehmen zu können.

### **C) Änderungsvorschlag**

In der Begründung zu Nr. 44 c) ist folgende Ausführung zu streichen: „Zu den vergütungsrelevanten Aufwänden der Steuerung des Pflegeprozesses können insbesondere Erst- und Folgegespräche sowie Aufwände für komplexe Fallsteuerungen, beispielsweise interdisziplinäre Fallbesprechungen, die auf Wunsch des Versicherten auch unter Einbeziehung von An- und Zugehörigen erfolgen können, gehören.“

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 45a) – § 113b Absatz 2 Satz 5 und 6**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es ist vorgesehen, die Pflegeberufe am Entscheidungsprozess im Qualitätsausschuss Pflege zu stärken, indem sie einen Sitz im Qualitätsausschuss Pflege nach den Vorgaben des § 118a erhalten.

#### **B) Stellungnahme**

Bereits gegenwärtig werden die Verbände der Pflegeberufe im Qualitätsausschuss Pflege berücksichtigt. Sie verfügen über einen Sitz, der auf die Verbände der Leistungserbringer anzurechnen ist. Mit der Neuregelung in § 118a ändert sich an der Möglichkeit der Mitwirkung der Verbände der Pflegeberufe im Qualitätsausschuss Pflege nichts.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 45b) – § 113b Absatz 3**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Auf Initiative des unparteiischen Vorsitzenden soll sich der erweiterte Qualitätsausschuss Pflege zweimal im Jahr mit inhaltlichen Themen befassen können, die über die gesetzlichen Aufträge hinausgehen. Zur Bearbeitung der Themen kann der erweiterte Qualitätsausschuss Pflege mit einfacher Mehrheit eine Arbeitsgruppe einrichten und vom unparteiischen Vorsitzenden geleitet wird.

#### **B) Stellungnahme**

Die Ausweitung der Aufgaben des erweiterten Qualitätsausschusses Pflege um inhaltliche Themen, die in keinem direkten Zusammenhang mit den gesetzlichen Aufgaben stehen, wird abgelehnt. Mit dieser Erweiterung der Aufgaben des unparteiischen Vorsitzenden wird seine Funktion als neutraler Konfliktlöser zwischen den Vertragsparteien in Frage gestellt. Unklar ist, welcher Konfliktlösungsmechanismus bei fehlendem Konsens der Vertragsparteien über die zu bearbeitenden Themen greifen soll.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Die beabsichtigte Neuregelung wird abgelehnt.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 45c) Buchstabe aa) – § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 6**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Neufassung der Nummer 6 in § 113 Absatz 4 Satz 2 soll sichergestellt werden, dass die Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen und für die Qualitätsberichterstattung gemeinschaftlicher Wohnformen wissenschaftlich entwickelt werden.

#### **B) Stellungnahme**

Die vorgesehene Regelung wird mit Verweis auf die Stellungnahme zu § 92c abgelehnt.

Sollte der Gesetzgeber an der Regelung festhalten, so ist die Einbeziehung wissenschaftlichen Sachverständigen in die Entwicklung der Instrumente und Verfahren für die Qualitätsprüfungen sowie für die Qualitätsdarstellungsvereinbarung notwendig. Damit soll sichergestellt werden, dass ein inhaltlich und methodisch aufbauendes Prüfverfahren analog den anderen Settings entwickelt wird. Der gesetzliche Zeitrahmen sieht vor, dass die Vergabe des Auftrages zur Entwicklung eines wissenschaftlichen Prüfkonzeptes vierundzwanzig Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes in Auftrag gegeben werden soll. Zur Beauftragung des Prüfkonzeptes, das im Anschluss in die Prüfpraxis überführt werden soll, ist die Vorlage der Bundesempfehlungen nach § 92c eine zwingende Voraussetzung. Der gesetzlich vorgesehene Zeitrahmen wird daher als unrealistisch eingeschätzt und sollte angepasst werden.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

#### Hilfsweise:

§113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 6 sollte wie folgt gefasst werden:

Die spezifischen Regelungen für die Prüfung der Qualität der Leistungen von ambulanten Pflegediensten und ihren Kooperationspartnern in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c und für die Qualitätsberichterstattung sind vierundzwanzig Monate nach Vorlage der Bundeempfehlungen nach § 92c zu entwickeln und einen Abschlussbericht vorzulegen. Dabei ist auch zu prüfen, ob ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in gemeinschaftlichen Wohnformen anwendbar ist. Sofern dies der Fall ist, sind diesbezügliche Vorschläge zur Umsetzung vorzulegen.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 45c) Buchstabe bb) – § 113b Absatz 4 Satz 3**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Ergänzung in Absatz 4 Satz 3 soll eine institutionelle Weiterentwicklung des Qualitätsausschusses Pflege durch die Stärkung der Rolle des unparteiischen Vorsitzenden erreicht werden. Er soll damit die Möglichkeit erhalten, mit inhaltlichen Vorschlägen und fachlichen Impulsen einen aktiven Beitrag zur Weiterentwicklung in der Pflegequalität zu erhalten. Er soll ermächtigt werden, den Qualitätsausschuss Pflege Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung vorzuschlagen. Bisher war dies dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vorbehalten.

#### **B) Stellungnahme**

Die Aufnahme des unparteiischen Vorsitzenden in Absatz 4 Satz 3 wird abgelehnt. Eine Gleichstellung des unparteiischen Vorsitzenden mit den Ministerien beim Einbringen von Vorschlägen zur Weiterentwicklung der Pflegequalität von Pflegeeinrichtungen wird kritisch gesehen. Sofern durch den unparteiischen Vorsitzenden Themen eingebracht würden, zu den unter den Vertragsparteien kein Konsens herbeigeführt werden kann, würde der unparteiische Vorsitzende allein über die von ihm eingebrachten Themen entscheiden.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Die beabsichtigte Neuregelung wird abgelehnt.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 45c) Buchstabe cc) – § 113b Absatz 4 Satz 3**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Bei Ablehnung eines vorgeschlagenen Themas soll eine schriftliche Begründung erfolgen, die auf der Internetseite des Qualitätsausschusses Pflege zu veröffentlichen ist.

#### **B) Stellungnahme**

Sofern die in 45b vorgesehene (abgelehnte) Regelung aufgenommen, ist die hier vorgesehene Regelung nachvollziehbar und sachgerecht. Damit wird ein weiterer Schritt in Richtung Transparenz über die Tätigkeit des Qualitätsausschusses Pflege geschaffen. Im Übrigen wird auf die Stellungnahme zu 45b verwiesen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 45d) – § 113b Absatz 4a Satz 1**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Redaktionelle Änderung.

#### **B) Stellungnahme**

Keine.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 45e) – § 113b Absatz 7 Satz 1**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Redaktionelle Folgeänderung.

#### **B) Stellungnahme**

Keine.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 46a) – § 113c Absatz 2 Satz 2**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Neuregelung wird die Möglichkeit geschaffen, in vollstationären Pflegeeinrichtungen hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen, die zu mindestens 50 Prozent in der direkten Pflege und Betreuung tätig sind, als sachlichen Grund über die Personalthöchstwerte nach § 113c Abs. 1 hinaus zu vereinbaren.

#### **B) Stellungnahme**

Sofern diese Neuregelung dazu beitragen kann, akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte vermehrt in die pflegerische Versorgung zu bringen, ist sie zu begrüßen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 46b) Buchstabe bb) – § 113c Absatz 3**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In Absatz 3 Satz 1 wird ergänzt, dass die Pflegeeinrichtung für die Stellenanteile der personellen Ausstattung nach Absatz 1 Nummer 2, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgehen, auch Personal vorhalten kann, das über eine mindestens einjährige, medizinische, soziale, hauswirtschaftliche, kaufmännische oder betriebswirtschaftliche Qualifikation verfügt und entsprechend der Qualifikation administrative oder pflegerische Aufgaben zur Entlastung des Fachkraftpersonals nach Absatz 1 Nummer 3 übernimmt.

#### **B) Stellungnahme**

Mit der beabsichtigten Neuregelung werden weitere Substitutionsmöglichkeiten für Personal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege geschaffen, soweit die Anforderungen an eine Mindestpersonalausstattung für diese Qualifikationsgruppe in der jeweiligen Pflegeeinrichtung erfüllt ist. Angesichts der aktuellen Ausbildungs- und Arbeitsmarktlage wird dies begrüßt.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 46d) Buchstabe aa) – § 113c Absatz 5**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In Abs. 5 Satz 1 Nummer 3 wird der Begriff „Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich“ durch die Aufzählung bestimmter Berufsgruppen konkretisiert.

#### **B) Stellungnahme**

Die Ergänzung wird begrüßt.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 46d) Buchstabe bb) – § 113c Absatz 5**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Vertragsparteien der Landesrahmenverträge nach § 75 erhalten den Auftrag, die Aufgabenbereiche der hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen zu regeln.

#### **B) Stellungnahme**

In Folge der Umsetzung des gesetzlichen Auftrags, dass die Pflegeselbstverwaltung im jeweiligen Land die Aufgabenbereiche der akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen festlegen soll, kann es zu einer Vielzahl an unterschiedlichen Definitionen und Festlegungen in den Ländern kommen. Dies ist nicht sachgerecht. Die Aufgabenbereiche der akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen sind bundesweit einheitlich zu regeln. Als Grundlage sind die wissenschaftlichen Expertisen nach § 8 Abs. 3c miteinzubeziehen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen. Die Aufgabenbereiche sind einheitlich durch ein Bundesgesetz zu regeln.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 46e) – § 113c Absatz 9**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der neu einzufügende Absatz 9 sieht die Einrichtung einer Geschäftsstelle vor, um Pflegeeinrichtungen bei einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung zu begleiten und zu unterstützen. Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a beauftragen hierzu gemeinsam mit den Vertragsparteien nach § 113 bis zum 31. Juli 2025 eine unabhängige qualifizierte Institution. Die Geschäftsstelle hat folgende Aufgaben:

1. Unterstützung von Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung der Wahrnehmung der Vorbehaltsaufgaben nach § 4 des Pflegeberufgesetzes,
2. Unterstützung von Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von Pflegedokumentationskonzepten, die den Anforderungen des § 113 Absatz 1 Satz 2 bis 4 entsprechen,
3. Unterstützung von vollstationären Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von bewohner- und kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen nach § 113c Absatz 3 Satz 1 Nummer 1,
4. Unterstützung ambulanter und teilstationärer Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von bewohner- und kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen.

Die neu einzurichtende Geschäftsstelle soll zur Adressierung der Unterstützungsbedarfe Schulungsmaßnahmen entwickeln und koordinieren und vorrangig in Multiplikatorenschulungen vermitteln. Zudem sollen beispielsweise digitale Angebote wie Assessment-Instrumente zur Selbsteinschätzung und digitale Selbstlernkonzepte zur Verfügung gestellt werden. Die Geschäftsstelle ist bis zum 2030 befristet. Die Finanzierung der Geschäftsstelle erfolgt aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung.

#### **B) Stellungnahme**

Die (befristete) Beauftragung/Einrichtung einer Geschäftsstelle ist grundsätzlich zu begrüßen, um dem offensichtlich vorhandenen Bedarf an Unterstützung (Schulung, fachlicher Austausch) der Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung des neuen Personalbemessungsverfahrens, insbesondere zur Umsetzung einer bewohner- und kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklung, zu begegnen. Folgendes ist jedoch bei der beabsichtigten Neuregelung zu hinterfragen:

- Zu den Aufgaben der Geschäftsstelle gehört, Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von Pflegedokumentationskonzepten zu unterstützen (Satz 2 Nummer 2). Die Dokumentation ist jedoch eine verpflichtende Aufgabe der pflegerischen Profession und der Pflegeeinrichtungen. Aus diesem Grund und angesichts der bereits vor Jahren erfolgten Entwicklung des Strukturmodells, finanziert aus Mitteln der Pflegeversicherung, erscheint es fraglich, warum auch Schulungsmaßnahmen zur Umsetzung von Pflegedokumentationskonzepten aus Mitteln des Ausgleichsfonds finanziert werden sollen.

- Zu den Aufgaben der Geschäftsstelle gehört auch die Unterstützung bei der Umsetzung von bewohner- und kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen im ambulanten und teilstationären Bereich (Satz 2 Nummer 4). Die Entwicklung entsprechender Maßnahmen ist Gegenstand des (gerade beginnenden) Modellprogramms nach § 8 Abs. 3b SGB XI - ambulant. Erste entsprechend umsetzbare Ergebnisse hierzu liegen voraussichtlich frühestens Ende des Jahres 2026 vor. Die Formulierung des Auftrages an die geplante Geschäftsstelle sollte dementsprechend angepasst werden.
- Die finanziellen Aufwendungen werden mit insgesamt rund 275.000 Euro pro Jahr kalkuliert, inkl. 35.000 Euro Sachaufwendungen. Hierbei wird offensichtlich vorausgesetzt, dass entsprechende Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen bereits vorliegen bzw. im Rahmen bestehender Modellprogramme in zeitlich angemessener Frist zur Verfügung gestellt werden. Sofern dies nicht der Fall ist (siehe Satz 2 Nummer 4), sind zusätzliche Entwicklungsaufwendungen erforderlich, um den Auftrag zu erfüllen.

### **C) Änderungsvorschlag**

Satz 2 Nummer 2 ist zu streichen.

Satz 2 Nummer 4 ist wie folgt zu fassen: „ambulante und teilstationäre Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von bewohner- und kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen, sobald hierzu verwertbare Ergebnisse aus dem Modellprogramm gemäß § 8 Absatz 3b vorliegen“.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 47a) – § 114 Absatz 1a (neu)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Ab dem 1. Januar 2026 sollen Prüfaufträge auf digitalem Weg erteilt werden. Zur Verbesserung der Effektivität und Geschwindigkeit bei der Kommunikation im Zusammenhang mit der Planung, Auftragsvergabe und Durchführung der Qualitätsprüfungen wird der GKV-Spitzenverband verpflichtet, im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. eine digitale Daten- und Kommunikationsplattform zu errichten. Die privaten Versicherungsunternehmen haben sich mit 10 % an den Kosten für den Aufbau und den Betrieb zu beteiligen.

Die Plattform soll tagesaktuelle, einrichtungsbezogene Daten insbesondere zur Anzahl und Art durchgeführter Prüfungen, zur Prüfquote des PKV-Prüfdienstes sowie für den vollstationären Bereich ergänzend zur Anzahl unangemeldeter Prüfungen, zur Verlängerung des Prüfrhythmus sowie weitere Daten im Zusammenhang mit Qualitätsprüfungen enthalten. Der GKV-Spitzenverband hat auf dieser Grundlage statistische Datenauswertungen zu erstellen.

#### **B) Stellungnahme**

Die Anforderung, Prüfaufträge ausschließlich auf digitalem Wege zu erteilen, wird grundsätzlich begrüßt. Hierfür bedarf es allerdings keiner gesetzlichen Regelung sowie keiner umfassenden, beim GKV-Spitzenverband angesiedelten Daten- und Kommunikationsplattform. Für die durch die Plattform abzubildenden Prozesse hat der GKV-Spitzenverband im Übrigen keine gesetzlich zugewiesenen operativen Aufgaben.

Die gegenwärtige Planung, Beauftragung und Durchführung von Qualitätsprüfungen und die hierfür erforderlichen Abstimmungen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen, der von den Landesverbänden der Pflegekassen beauftragten DatenClearingStelle Pflege (DCS), den Prüfinstitutionen sowie ggf. den auf Landesebene zuständigen Heimaufsichtsbehörden läuft nach Kenntnis des GKV-Spitzenverbandes aufgrund langjährig etablierter Verfahren reibungslos. Für die Übermittlung der Informationen von der Datenauswertungsstelle Pflege (DAS) an die Landesverbände der Pflegekassen und die Prüfinstitutionen gibt es bereits digitale Verfahren, die von den beteiligten Institutionen ohne Effizienz- und Zeitverluste genutzt werden. Die Prozesse für die Verlängerung des Prüfrhythmus für vollstationäre Einrichtungen, bei denen ein hohes Qualitätsniveau festgestellt wurde, werden gerade überarbeitet und ab dem dritten Quartal des laufenden Jahres auf aktualisierter Grundlage (Prup-RiLi) umgesetzt, so dass auch diesbezüglich keine Effizienzgewinne bei der Planung, Beauftragung und Durchführung von Qualitätsprüfungen zu erwarten sind. Das Gleiche gilt für die Ankündigung von Regelprüfungen.

Die im Entwurf angenommenen einmaligen Kosten für die Sozialversicherung in Höhe von 25.800 Euro (Ausschreibung, Implementierung) und die jährlichen Erfüllungsaufwände von 9.400 Euro für den Betrieb erscheinen deutlich zu niedrig kalkuliert, die angenommenen Effizienzgewinne in Höhe von 25.000 Euro unrealistisch hoch veranschlagt zu sein. Nach vorläufiger Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes werden sich allein die Kosten für die Entwicklung und Testung der Software im

sechs-, ggf. siebenstelligen Bereich bewegen. Hinzu kämen Kosten in unbekannter Höhe für die Nutzer der Plattform für die Entwicklung jeweils geeigneter Schnittstellen.

Die Frist 31. Oktober 2025 für die Fertigstellung der Plattform wird als unrealistisch eingeschätzt. Die Entwicklung und Testung der Software wird nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes ein Jahr in Anspruch nehmen. Hinzu kämen der notwendige Vorlauf zur Abstimmung der zu entwickelnden Leistungen sowie die Erstellung der für die Entwicklung notwendigen Leistungsdefinitionen. Im Anschluss an die Entwicklung und Testung der Software müssen für die Implementierung voraussichtlich weitere Vorlaufzeiten für die Entwicklung der Schnittstellensoftware bei den Anwendern eingeplant werden, so dass ein Regelbetrieb vor dem 1. Januar 2027 unrealistisch erscheint; bei Notwendigkeit der Durchführung eines europaweiten Vergabeverfahrens wären allein hierfür mindestens weitere sechs Monate zu veranschlagen.

Sollte der Gesetzgeber die Entwicklung der Plattform weiterhin verfolgen wollen, muss aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes gesetzlich eindeutig geregelt sein, welche Institutionen zu welchem Zweck auf Daten der digitalen Kommunikationsplattform zugreifen dürfen.

Der Aufbau einer Daten- und Kommunikationsplattform durch den GKV-Spitzenverband zum Zweck der Erstellung statistischer Auswertungen, bspw. zur Anzahl erteilter Prüfaufträge sowie in den verschiedenen Settings durchgeführten Qualitätsprüfungen wird mit Hinweis auf die für die Entwicklung der technischen Voraussetzungen verbundenen Kosten (s. o.) sowie den damit verbundenen Aufwand abgelehnt. Die Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene betreiben u. a. für die Unterstützung der Landesverbände der Pflegekassen bei der Veröffentlichung von Daten für die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI eine DatenClearingStelle Pflege (DCS). In der DCS werden im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen auch Daten über die Verlängerung des Prüfrhythmus und die Nichtankündigung von Regelqualitätsprüfungen verarbeitet und abrufbar vorgehalten. Sofern einrichtungsbezogene statistische Daten zum Prüfgeschehen in den jeweiligen Settings abgefragt werden sollten, kann dies bereits auf Grundlage vorhandener Strukturen tagesaktuell bei der DCS erfolgen.

### **C) Änderungsvorschlag**

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 47b) – § 114 Absatz 2**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Folgeänderung.

#### **B) Stellungnahme**

Keine.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 47c) – § 114 Absatz 2**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Redaktionelle Änderung.

#### **B) Stellungnahme**

Keine.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 48a) – § 114a Absatz 2 Sätze 2 bis 4**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der redaktionellen Umstellung in den Sätzen 2 bis 4 sollen die Betretungsrechte der Prüfinstitutionen bei Prüfungen sachdienlich und verfassungsgemäß geregelt werden.

#### **B) Stellungnahme**

Die Regelung ist sachgerecht. Es handelt sich um eine sprachliche Anpassung.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 48b) – § 114a Absatz 5 Sätze 2 und 3**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Anders als bisher soll der GKV-Spitzenverband dem Bundesamt für Soziale Sicherung die Prüfquote des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. nur im Fall der Unterschreitung der Quote von 10 % der in einem Jahr anfallenden Prüfaufträge übermitteln. Die Neuregelung dient der Entlastung des Bundesamtes für Soziale Sicherung.

#### **B) Stellungnahme**

Die Regelung ist sachgerecht.

Unter Bezugnahme auf die Begründung der Neuregelung sowie die Stellungnahme zu 47 a) (§ 114 Abs. 1a neu) sei ergänzend darauf hingewiesen, dass es für die Feststellung der Prüfquote nicht der Daten einer digitalen Daten- und Kommunikationsplattform bedarf. Die zur Feststellung der Prüfquote erforderlichen Informationen lagen dem GKV-Spitzenverband bereits in der Vergangenheit auf Grundlage existierender Statistiken vor.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 48c) Buchstabe aa) – § 114a Absatz 7 Satz 1**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Redaktionelle Folgeänderung.

#### **B) Stellungnahme**

Die Regelung ist mit Verweis auf die Stellungnahme zu § 92c zu streichen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Die Folgeänderung ist zu streichen.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 48c) Buchstabe bb) – § 114a Absatz 7 Satz 3**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Medizinische Dienst Bund soll fünfzehn Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes Richtlinien für die Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen auf der Grundlage der Bundesempfehlungen und Verträge nach § 92c beschließen.

#### **B) Stellungnahme**

Die Erstellung von Richtlinien für Qualitätsprüfungen für gemeinschaftliche Wohnformen wird mit Verweis auf die Stellungnahme zu § 92c abgelehnt.

Sollte der Gesetzgeber an der Regelung festhalten, so sollte die Erarbeitung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien zweistufig erfolgen. Im ersten Schritt sollen die Qualitätsprüfungs-Richtlinien nach Vorlage der Bundesempfehlungen nach §92c und den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 erstellt werden. In einem zweiten Schritt sollen nach Vorlage des wissenschaftlich entwickelten Prüfkonzeptes für gemeinschaftliche Wohnformen nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 4 die Qualitätsprüfungs-Richtlinien angepasst werden. Es ist nicht nachvollziehbar, warum für einen kurzen Interimszeitraum bis zur Vorlage eines wissenschaftlich entwickelten Prüfkonzeptes eine Qualitätsprüfungs-Richtlinie für gemeinschaftliche Wohnformen erstellt werden soll. Bei der Erstellung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien sind die gesetzlich vorgesehenen Abstimmungs-, Beteiligungs- und Genehmigungsschritte zu berücksichtigen. Die gesetzlich festgelegten Fristen sollten angepasst werden.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

#### Hilfsweise:

§ 114a Absatz 2 nach Satz 3 wird folgender Satz 4 eingefügt:

Die Richtlinien für Qualitätsprüfungen für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c sind auf der Grundlage der Bundesempfehlungen nach § 92c, den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 sowie des nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 6 entwickelten Prüfkonzeptes zwölf Monate nach Vorlage dieses Konzeptes zu beschließen.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 48c) Buchstabe cc) – § 114a Absatz 7 Satz 7**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die vorgesehenen Änderungen im neuen Satz 7 sind redaktionell.

#### **B) Stellungnahme**

Keine.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 49a) – § 114c Absatz 1**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Folgeänderung.

#### **B) Stellungnahme**

Keine.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 49b) – § 114c Absatz 3**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Zusätzlich zur bisherigen Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes ist über die in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführten Qualitätsprüfungen hinaus auch über durchgeführte Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten, in teilstationären Einrichtungen und in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c zu berichten. Die entsprechenden Daten sind nach Ländern aufzuschlüsseln.

#### **B) Stellungnahme**

Die Erweiterung der Berichtspflicht über die vollstationären Pflegeeinrichtungen hinaus ist nachvollziehbar. Die Berichtspflicht für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c wird mit Verweis auf die Stellungnahme zu § 92c abgelehnt. Eine Aufschlüsselung der Daten nach Ländern wird mit Verweis auf die Stellungnahme zu Nummer 47 a) (§ 114 Absatz 1a neu) abgelehnt.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 ist wie folgt zu fassen:

„2. Qualitätsprüfungen, die nach § 114 in vollstationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden.“

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 49c) – § 114c Absatz 3**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die beabsichtigte Ergänzung bestimmt, dass dem ab dem zum 31. März 2027 jährlich vom GKV-Spitzenverband zu erstellenden Bericht eine statistische Datenaufstellung gemäß § 114 Absatz 1a Satz 5 SGB XI aufgeschlüsselt nach Ländern beizufügen ist.

#### **B) Stellungnahme**

Die Ergänzung wird mit Verweis auf die Stellungnahmen zu 47 a) sowie 49 b) abgelehnt.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 50a) Buchstaben aa) – cc) und ee) – § 115 Absatz 1a**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Für gemeinschaftliche Wohnformen nach § 92c SGB XI sollen hinsichtlich der Transparenz über die Qualität der Pflege die gleichen Grundsätze wie für die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen gelten. Hierfür vereinbaren die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI unverzüglich nach Inkrafttreten der Qualitätsprüfungs-Richtlinien für diese Versorgungsform die Qualitätsdarstellungsvereinbarung.

#### **B) Stellungnahme**

Die Neuregelung wird mit Verweis auf die Stellungnahme zu § 92c abgelehnt.

Für den Fall, dass an der Neuregelung festgehalten werden sollte, wird hinsichtlich eines fachlich und ablauftechnisch begründeten Zeitplans auf die Stellungnahme zu 48 c) verwiesen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 50a) Buchstabe dd) – § 115 Absatz 1a**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Folgeänderung.

#### **B) Stellungnahme**

Keine.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 50b) Buchstabe aa) – § 115 Absatz 5 Satz 1**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Durch eine Ergänzung in Satz 1 soll sichergestellt werden, dass die zuständige Pflegekasse bei festgestellten schwerwiegenden Qualitätsmängeln bei der Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen die weitere Versorgung der Pflegebedürftigen vorläufig untersagen darf.

#### **B) Stellungnahme**

Die Neuregelung ist mit Verweis auf die Stellungnahme zu § 92c zu streichen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 50b) Buchstabe bb) – § 115 Absatz 5 Satz 2**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Durch eine Ergänzung in Satz 2 soll sichergestellt werden, dass die Pflegekasse dem Pflegebedürftigen bei festgestellten schwerwiegenden Qualitätsmängeln in der gemeinschaftlichen Wohnform einen anderen geeigneten Pflegedienst oder eine andere geeignete gemeinschaftliche Wohnform vermittelt.

#### **B) Stellungnahme**

Die Neuregelung wird mit Verweis auf die Stellungnahme zu § 92c abgelehnt.

Für den Fall, dass an der Neuregelung festgehalten werden sollte, ist die Übertragung der Regelungen, wie sie bereits für Fälle schwerwiegender Qualitätsmängel bei ambulanten Pflegediensten gelten, zwar nachvollziehbar. Im Fall einer Versorgung in einer gemeinschaftlichen Wohnform dürfte diese Regelung allerdings zumindest vorläufig oft ins Leere laufen, da eine Versorgung in einer anderen gemeinschaftlichen Wohnform auf absehbare Zeit wegen eines geringen Angebots und fehlenden Kapazitäten in der Regel nicht realisierbar sein dürfte. Eine alternative Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst ist nicht ausreichend, da neben Pflegeleistungen eine Berücksichtigung der Unterbringung erforderlich ist.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Die Neuregelung ist zu streichen.

Für den Fall, dass an der Neuregelung festgehalten werden soll, wird hilfsweise folgender Änderungsvorschlag unterbreitet:

Satz 2 bleibt unverändert.

Er wird ein neuer Absatz 6 eingefügt:

Bei Feststellung schwerwiegender, kurzfristig nicht behebbarer Mängel in einer gemeinschaftlichen Wohnform mit einem Vertrag zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c sind die Pflegekassen verpflichtet, den betroffenen Pflegebedürftigen eine andere geeignete Pflegeeinrichtung zu vermitteln, welche die Pflege nahtlos übernimmt.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 50c) – § 115 Absatz 6 Satz 1**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es wird geregelt, dass gemeinschaftlichen Wohnformen gegenüber den Pflegebedürftigen und den Kostenträgern für die Kosten der Vermittlung in eine Versorgung haften, soweit die Mängel durch die gemeinschaftliche Wohnform zu vertreten sind.

#### **B) Stellungnahme**

Die Neuregelung ist mit Verweis auf die Stellungnahme zu § 92c zu streichen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Die Neuregelung ist zu streichen.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 51 - § 118a**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Beabsichtigte maßgebliche Beteiligung von Organisationen auf Bundesebene bei Interessen der Pflegeberufe.

#### **B) Stellungnahme**

Aufgrund des Fehlens einer bundesweiten Berufsorganisation oder Bundespflegekammer ist die maßgebliche Beteiligung von Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene als zentralem Ansprechpartner und Interessenvertretung vor dem Hintergrund der durch das Gesetz anstehenden Veränderungen und Kompetenzerweiterung nachvollziehbar.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 52 – § 118a (neu)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit einem neuen § 118a soll die Rolle der Organisationen der Pflegeberufe und ihre Beteiligung gestärkt werden. Ähnlich wie für die Verbände der Pflegebedürftigenvertretung (§ 118) soll das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt werden, die Anerkennung als maßgebliche Organisation der Pflegeberufe auf Bundesebene per Rechtsverordnung zu regeln. In dieser Verordnung werden auch Regelungen zur Erstattung der Reisekosten sowie der Ersatz des Verdienstauffalls geregelt, sofern die Tätigkeit ehrenamtlich übernommen wird.

#### **B) Stellungnahme**

Hinsichtlich der in der Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit zu regelnden Erstattungen für ehrenamtlich Tätige wird darauf hingewiesen, dass die Erstattung von Reisekosten sowie der Ersatz von Verdienstauffällen nicht aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung beziehungsweise der sozialen Pflegeversicherung erfolgen darf.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 54 - § 125a**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Im Modellprogramm nach § 125a werden derzeit verschiedene Ansätze der Telepflege erprobt und evaluiert. Unter Einbeziehung der dann vorliegenden wissenschaftlichen Evaluationsergebnisse soll der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemäß der beabsichtigten Neuregelung im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft sowie der Digitalagentur (ehemals Gesellschaft für Telematik) unter Beteiligung der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a bis zum 31. Dezember 2026 Empfehlungen als Grundlage für bundesweite Vereinbarungen und Standards zum Einsatz von Telepflege in der pflegerischen Versorgung in der Langzeitpflege entwickeln und diese dem Bundesministerium für Gesundheit vorlegen.

Die Höhe der verfügbaren Mittel des laufenden Modellprogramms soll um 5 Mio. Euro reduziert werden, um die bislang nicht eingeplanten bzw. verausgabten Mittel im Rahmen des neu eingerichteten Modellprogramms nach § 8 Abs. 3c einzusetzen (vgl. Nr. 5 b).

#### **B) Stellungnahme**

Die vorgesehene Erarbeitung von Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege wird begrüßt. Der Zeitrahmen sollte jedoch vor dem Hintergrund, dass das Modellprogramm erst Ende des Jahres 2025 abgeschlossen wird und angesichts der vorgesehenen umfangreichen Benehmensherstellungen und Beteiligungen um ein Jahr verlängert werden.

Eine Verwendung der bislang nicht eingeplanten bzw. verausgabten Mittel aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für die Zwecke des § 8 Abs. 3c ist sachgerecht.

#### **C) Änderungsvorschlag**

In Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „31. Dezember 2026“ ersetzt durch die Angabe „31. Dezember 2027“.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 55 – § 125c**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der GKV-Spitzenverband wird gemäß der beabsichtigten Neuregelung mit der Durchführung eines Modellvorhabens zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung beauftragt. Die Finanzierung erfolgt aus Mitteln nach § 8 Absatz 3. Der GKV-Spitzenverband bestimmt Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

#### **B) Stellungnahme**

Die Einrichtung von Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung wird begrüßt. Die Verwendung von Mitteln nach § 8 Abs. 3 erscheint sachgerecht. Für die Vorbereitung und Durchführung sollte jedoch aufgrund des Umfangs und der Bedeutung der Modellvorhaben ein Zeitraum von mindestens drei Jahren vorgesehen werden.

#### **C) Änderungsvorschlag**

In Satz 1 wird die Angabe „in den Jahren 2025 und 2026“ ersetzt durch die Angabe „in den Jahren 2025 bis 2027“.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 1 – § 34**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Fristen in § 34 sollen auf jeweils acht Wochen vereinheitlicht werden. Demnach sollen das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr weitergewährt werden. Die Vereinheitlichung soll zudem für die Fortzahlung des Pflegegeldes nach § 37 oder des anteiligen Pflegegeldes nach § 38 bei vollstationärer Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege oder bei Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 SGB V vorgenommen.

#### **B) Stellungnahme**

Die vorgesehene Vereinheitlichung ist zur Entbürokratisierung sachgerecht. Zugleich wird durch die Ausweitung der Fristen zur Fortzahlung des Pflegegeldes nach § 37 oder des anteiligen Pflegegeldes nach § 38 für einen längeren Zeitraum die häusliche Pflege gestärkt.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 2 – § 45j**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um eine folgerichtige Änderung durch Inkrafttreten des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a zum 1. Juli 2025.

#### **B) Stellungnahme**

Keine.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 3 – § 55 Absätze 3a und 3b**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Neufassung des § 55 Absatz 3a SGB XI beschreibt, wem gegenüber der Nachweis der Elterneigenschaft und der Anzahl der Kinder unter 25 Jahren zu führen ist und von welchem Zeitpunkt an der Nachweis Wirkung hinsichtlich der Berücksichtigung bei der Beitragsbemessung (Stichwort: Beitragszuschlag und Beitragsabschläge) entfaltet.

Unverändert bleibt, dass die Elterneigenschaft und die Anzahl der Kinder unter 25 Jahren gegenüber der beitragsabführenden Stelle, bei Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse, nachgewiesen werden muss, sofern diesen die Angaben nicht bereits bekannt sind. Bei der Wirkung des Nachweises wird differenziert: Der Nachweis für Kinder, der über das automatisierte Übermittlungsverfahren erfolgt, entfaltet stets Wirkung, die auf das maßgebende Ereignis zurückgeht (z. B. auf den Monatsbeginn der Geburt eines Kindes). Der Nachweis für Kinder, der außerhalb des automatisierten Übermittlungsverfahrens erfolgt, entfaltet ebenfalls eine auf das Ereignis ausstrahlende Rückwirkung, allerdings nur dann, wenn er innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten erbracht wird, ansonsten zukunftsbezogen.

#### **B) Stellungnahme**

Gegen die Neufassung des § 55 Absatz 3a SGB XI zum 1. Januar 2026 bestehen keine Einwände. Schon nach gegenwärtiger Rechtslage war vorgesehen, dass die im automatisierten Übermittlungsverfahren erzeugten Nachweise für Kinder regelmäßig auf den Beginn des Monats der Geburt zurückgehen, unabhängig davon, wann sie durch das BZSt übermittelt werden. Für Nachweise, die ab dem Jahr 2026 außerhalb des automatisierten Übermittlungsverfahrens erbracht werden, hält der GKV-Spitzenverband den vorgesehenen Sechs-Monats-Zeitraum zur Vorlage bei der beitragsabführenden Stelle oder der Pflegekasse für angemessen, sofern damit eine Rückwirkung auf das jeweilige Ereignis einhergehen soll. In diesem Zusammenhang wäre es allerdings hilfreich, wenn die bisherige Regelung in § 55 Absatz 3a Satz 3 SGB XI übernommen wird, wonach die beitragsabführenden Stellen und die Pflegekassen berechtigt sind, entsprechende Nachweise anzufordern. Denn dann könnten beitragsabführende Stellen und Pflegekassen bei Anhaltspunkten für das Vorhandensein von Kindern, die steuerrechtlich nicht relevant sind und insofern nicht im automatisierten Übermittlungsverfahren abgebildet werden, Mitglieder proaktiv zum Nachweis entsprechender Unterlagen auffordern.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Der neue § 55 Absatz 3a SGB XI wird um folgenden Satz 6 ergänzt: „Die beitragsabführenden Stellen und die Pflegekassen sind berechtigt, entsprechende Nachweise anzufordern.“

Die Satzergänzung übernimmt den bisherigen § 55 Absatz 3a Satz 3 SGB XI. Die Regelung stellt aus Gründen der Rechtssicherheit klar, dass beitragsabführende Stellen und Pflegekassen berechtigt sind, insbesondere bei Anhaltspunkten für das Vorhandensein von Kindern, die steuerrechtlich nicht relevant sind und insofern nicht im automatisierten Übermittlungsverfahren abgebildet werden, Mitglieder proaktiv zum Nachweis entsprechender Unterlagen aufzufordern.

## **Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 2 – § 15**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Erbringung von pflegerischen, heilkundlichen sowie erweiterten heilkundlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen nach den jeweils erworbenen Kompetenzen nach dem Pflegeberufgesetz.

#### **B) Stellungnahme**

Mit der Neuregelung wird eine Leistungsdefinition von pflegerischen und heilkundlichen Leistungen, welche von Pflegefachpersonen auf Grund ihrer Qualifikation nach dem Pflegeberufgesetz erbracht werden dürfen, geschaffen. Mit dem Wortlaut des Gesetzes wonach „pflegerische Leistungen von Pflegefachpersonen erbracht werden“, wird allerdings der Eindruck vermittelt, dass die Erbringung von pflegerischen Leistungen ausschließlich Pflegefachpersonen vorbehalten und damit der Einsatz von Pflegeassistenten und -hilfskräften nicht zulässig ist. Im Sinne der Rechtsklarheit und zur Vermeidung von unterschiedlichen Rechtsauslegungen sollte im Gesetzestext die Möglichkeit der Delegationsfähigkeit von pflegerischen Leistungen an Pflegeassistenten- und -hilfskräfte ergänzt werden. Folglich muss Absatz 1 Satz 2 um die Delegationsmöglichkeit pflegerischer Leistungen ergänzt werden. Ebenso sollte eine Definition von erweiterten heilkundlichen Leistungen geschaffen werden, welche von besonders qualifizierten Pflegefachpersonen durchgeführt würden.

Es entsteht hierbei eine Klassifikation von drei unterschiedlichen Leistungsarten: Pflegerische Leistungen, heilkundliche Leistungen und erweiterte heilkundliche Leistungen. Zunächst rechtlich vorbehalten seien die erweiterten heilkundlichen Leistungen denjenigen, die die akademische Pflegeausbildung ab dem Jahr 2025 beginnen und nach den, durch das Pflegestudiumstärkungsgesetz eingeführten, Modulen zur diabetischen Stoffwechsellage, chronische Wunde und Demenz unterrichtet werden. Ebenso können aber auch Pflegefachpersonen mit entsprechenden Fachweiterbildungen die rechtliche Kompetenz zur Durchführung der erweiterten heilkundlichen Leistungen erhalten.

In diesem Zusammenhang steht die Anerkennung von vorhandenen Fachweiterbildungen für Personen ohne akademische Pflegeausbildung. Es ist sicherzustellen, dass auch dieser Personenkreis bei entsprechender Qualifikation auf Grund festgelegter Standards erweiterte heilkundliche Leistungen erbringen kann.

Die weitere Ausgestaltung des Leistungskataloges sowie der dafür benötigten Qualifikation, auch wie die Durchlässigkeit zu bisher durchgeführten Fachweiterbildungen ist, soll in § 73d SGB V durch einen Rahmenvertrag zwischen den Spitzenorganisationen nach § 132a Absatz 1 Satz 1 SGB V, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter Beteiligung der Vereinigungen der Träger der stationären Einrichtungen nach § 71 Absatz 2 SGB XI für die jeweiligen betroffenen Versorgungssektoren festgelegt werden.

Die Festlegung der pflegerischen Leistungen und heilkundlichen Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung entspricht dem Pflegeberuf als Heilberuf mit eigenen beruflichen Kompetenzen. Die Leistungserbringung richtet sich nach den Qualifikationsvoraussetzungen der Pflegefachpersonen. Damit kann grundsätzlich die Attraktivität des Berufsfelds der Pflege gesteigert werden.

Auf Grund dieses Paragraphen müssen in der Folge die Regelungen zur Krankenbehandlung um pflegerische und heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen ergänzt werden.

### **C) Änderungsvorschlag**

Statt „...§ 37 Absatz 1 Nummer 6 bis 8 des Pflegeberufgesetzes...“ „...§ 37 Absatz 3 Nummer 6 bis 8 des Pflegeberufgesetzes...“

Ergänzung Absatz 2:

„...zum Führen der Berufsbezeichnung Pflegefachfrau oder Pflegefachmann verfügen.“

Ergänzung Absatz 1 Satz 2:

...oder unter Berücksichtigung der jeweiligen Kompetenz im Rahmen der Delegation an Pflegeassistenz- oder Pflegehilfskräfte weiterübertragen werden.“

Ergänzung des § 27 Abs. 1 Satz 2 um folgende Nummer 1a „1a. pflegerische und heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen.

## **Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 3 – § 20 Absatz 5**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Pflegefachpersonen, die Pflegebedürftige in der häuslichen Umgebung unterstützen, sollen Empfehlungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention (Präventionsempfehlung) nach § 20 Absatz 5 SGB V geben können. Die Rolle der Pflegefachpersonen soll damit gestärkt und der Zugang Pflegebedürftiger zu Präventionsmaßnahmen verbessert werden. Zudem sollen die Krankenkassen bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention auch die Feststellungen zur Prävention im Rahmen der Pflegegutachtung berücksichtigen.

#### **B) Stellungnahme**

Die Rolle und Kompetenz der Pflegefachpersonen zu stärken, um einen bedarfs- und bedürfnisgerechten Zugang zu ermöglichen, wird begrüßt. In der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vom 7. Mai 2018 ist bereits verankert, dass Pflegeberatende Anspruchsberechtigte sowie Angehörige oder weitere Personen zu Möglichkeiten beraten sollen, Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Anspruch zu nehmen. Die Pflegeberatenden sollen bei der Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung unterstützen, indem in Absprache mit der ratsuchenden Person Informationen zu geeigneten Angeboten zur Verfügung gestellt bzw. geeignete Hinweise gegeben oder Kontakte zu entsprechenden Leistungserbringern vermittelt werden.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 4 – § 33**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In Fällen, in denen entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen die zur Ausübung ihrer Tätigkeiten der häuslichen Krankenpflege erforderlichen Hilfsmittel selbstständig verordnen können, soll eine solche Verordnung der Pflegefachperson einer vertragsärztlichen Verordnung im Sinne des § 33 Absatz 5a Satz 1 SGB V gleichstehen, sodass eine gesonderte vertragsärztliche Verordnung für die Leistungserbringung und Abrechnung nicht notwendig ist.

Der zwischen den Spitzenorganisationen nach § 132a SGB V und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu verhandelnde Rahmenvertrag nach § 73d SGB V sieht die selbständige Entscheidung von Pflegefachpersonen über die Folgeversorgung Versicherter mit bestimmten Hilfsmitteln in Abhängigkeit von entsprechenden Qualifikationen und Weiterbildungen der Pflegefachpersonen vor. Die Änderung dient der leistungsrechtlichen Umsetzung der Wertungen aus dem Rahmenvertrag.

#### **B) Stellungnahme**

Die vorgesehene Ergänzung steht in unmittelbarem Zusammenhang mit den Regelungen im neuen § 73d SGB V und stellt klar, dass die Verordnung einer Pflegefachperson leistungsrechtlich einer vertragsärztlichen Verordnung gleichgestellt ist. Die Formulierung des Ergänzungssatzes in § 33 Absatz 5a SGB V verweist allgemein auf § 73d SGB V, der allerdings – wie sich aus § 73d Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 bis Nr. 3 SGB V ergibt – unterschiedliche Regelungsbereiche zum Gegenstand hat. Eine Kompetenzübertragung für Hilfsmittelverordnungen durch Pflegefachpersonen ist in § 73d Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V im Kontext der Leistungen der häuslichen Krankenpflege vorgesehen. Diese Regelung bezieht sich ihrem Wortlaut nach auf Folgeverordnungen für Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. Im Weiteren ist dann in Bezug auf Hilfsmittel allerdings lediglich von „den für diese Maßnahmen benötigten Hilfsmitteln“ die Rede. Aus der Gesetzesbegründung ergibt sich, dass auch in Bezug auf die Verordnung von Hilfsmitteln nur Folgeversorgungen von der Regelung erfasst sein sollen. Die Intention des Gesetzgebers sollte in den gesetzlichen Regelungen klar zum Ausdruck kommen. Daher sollte in § 33a SGB V explizit auf § 73d Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V verwiesen und dort klargestellt werden, dass sich die Regelung auf Folgeverordnungen von Hilfsmitteln beschränkt.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Der in § 33 Absatz 5a SGB V vorgesehene Ergänzungssatz wird wie folgt gefasst:

„Einer vertragsärztlichen Verordnung steht eine Verordnung einer Pflegefachperson nach den Voraussetzungen des Rahmenvertrages nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V gleich.“

## **Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 5 – § 39**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Ausweitung des Behandlungsrahmens im Krankenhaus, um pflegerische, heilkundliche und erweiterte heilkundliche Leistungen.

#### **B) Stellungnahme**

Die gesetzliche Verankerung der pflegerischen sowie heilkundlichen und erweiterten heilkundlichen Leistungen im Zuge der Erweiterung der Pflegekompetenz ist folgerichtig und notwendig. Viele Leistungen, welche heute schon in der Praxis durch Pflegefachpersonen im Krankenhaus erbracht werden, befinden sich allerdings in einer (haftungs-) rechtlichen Grauzone. Speziell fachspezifisch weitergebildeten Pflegenden wird ein höherer Entscheidungs- und Handlungsspielraum eingeräumt, der aber (haftungs-)rechtlich nicht gesichert ist. Welche Kompetenzen Pflegefachpersonen im Krankenhaus auf Grund ihrer Weiterbildung oder einer absolvierten Kenntnisprüfung durchführen dürfen, ist nicht grundlegend geregelt. Der Rahmenvertrag nach § 73d SGB V sowie fachliche Empfehlungen sollen laut Referentenentwurf eine Orientierung bieten. Diese Regelung ist unzureichend und sollte - im Übrigen auch in der Gesetzesbegründung - geändert werden. Die Inhalte des Rahmenvertrages nach § 73d Abs. 1 sollten analog für die Krankenhaus- und Rehabilitationseinrichtungen gelten, um eine sektorengleiche und sektorenunabhängige Kompetenzregelung der Pflegeberufe festzuschreiben. Die rechtlichen Rahmenbedingungen, welche eine Kompetenzüberprüfung im Zuge bisher vorhandener Weiterbildungsinhalte vorsehen, sollen ab 2025 gemäß § 8 Absatz 3c SGB XI auf Grundlage wissenschaftlicher Expertise festgestellt und bestimmt werden. Es sollte sichergestellt werden, dass möglichst zeitnah in allen Bereichen rechtssicher die Leistungen durch Pflegefachpersonen erbracht werden können.

Eine Evaluation gemäß § 73b Absatz 3 SGB V des Bundesministeriums für Gesundheit zur Entwicklung und Umsetzung erweiterter heilkundlichen Leistungen bis 31. Dezember 2027 sollte an die Evaluation nach § 8 Absatz 3c SGB XI geknüpft sein, um sektorenübergreifende Synergiepotenziale zu nutzen und das Kompetenzspektrum von Pflegefachpersonen einheitlich zu gestalten.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 7 – § 64d**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene und die Bundesärztekammer erhalten die Gelegenheit zur Stellungnahme vor Abschluss des Rahmenvertrages zur Heilkundeübertragung. Des Weiteren können bereits begonnene Modellvorhaben weitergeführt werden. Ab dem Tag der Verkündung des Pflegekompetenzgesetzes ist kein Beginn neuer Modellvorhaben mehr möglich.

#### **B) Stellungnahme**

Die Umsetzung der Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V sowie die nach § 64d SGB V gestaltet sich in der Praxis schwierig, insbesondere im Hinblick auf die Qualifizierungsmaßnahmen in den Ländern. Aufgrund der Regelungen im Pflegestudiumstärkungsgesetz, dass ausschließlich akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen erweiterte heilkundliche Tätigkeiten übernehmen dürfen, ist die weitere Umsetzung der Modellvorhaben unrealistisch.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 8 – § 73d**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Vereinbarung eines Rahmenvertrages bis zum 31. Dezember 2025 zwischen den Spitzenorganisationen nach § 132 a Absatz 1 Satz 1 SGB V, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter Beteiligung der Vereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 SGB XI.

Beabsichtigter Inhalt des Rahmenvertrages ist ein Katalog an erweiterten heilkundlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen sowie ein Katalog an Leistungen (Folgeverordnungen) im Rahmen der häuslichen Krankenpflege und Hilfsmitteln nach § 37 SGB V und Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit. Aufbauend auf den Rahmenverträgen soll bis 31. Dezember 2027 eine Überprüfung erfolgen.

Ebenso ist eine Prüfung des bisherigen Rahmenvertrages für das Modellvorhaben nach § 64d SGB V bis zum 31. Juli 2025, und eine gegebenenfalls notwendige Anpassung bis 30. September 2025 vorgesehen.

Außerdem ist eine Evaluierung der Entwicklung und Umsetzung erweiterter heilkundlicher Leistungen in weiteren Versorgungsbereichen (beispielsweise Krankenhaus und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen) bis zum 31. Dezember 2027 durch das Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vorgesehen.

#### **B) Stellungnahme**

Eine präzise und eindeutige Definition der heilkundlichen und erweiterten heilkundlichen Leistungen, die von Pflegefachpersonen erbracht werden können, basierend auf § 15a SGB V (neu), ist unerlässlich. Ein mit den jeweiligen Leistungserbringern ausgehandelter Rahmenvertrag kann eine geeignete Grundlage darstellen, um Transparenz, Klarheit und die notwendige Abgrenzung zwischen den verschiedenen heilkundlichen Leistungsarten zu schaffen. Der vorliegende Referentenentwurf bedarf im Hinblick auf die Konsistenz des Gesetzeswortlauts einerseits und die Ausführungen in der Gesetzesbegründung andererseits einer Prüfung, um unterschiedliche Rechtsauslegungen und diesbezügliche Konflikte bei der Verhandlung des Rahmenvertrages zu vermeiden. Dies gilt z. B. in Bezug auf die Ausführungen zu den Kompetenzen im Hinblick auf die Diagnose- und Indikationsstellung durch den Arzt/die Ärztin und weitere versorgungsrelevante Aspekte (Anordnung, Verordnung, Beschaffung von Material und Medizin etc.).

Darüber hinaus ist es aufgrund der bisherigen rechtlichen Vorgaben, beispielsweise im Bereich der häuslichen Krankenpflege, notwendig, eine Durchlässigkeit und Verzahnung innerhalb des Berufsfelds der Pflege herzustellen. Der für den Rahmenvertrag vorgesehene zeitliche Rahmen mit der Frist zum 31. Dezember 2025 ist nicht realistisch. So sind abhängig vom Ergebnis der Verhandlungen die technischen Voraussetzungen für das Abrechnungsverfahren zu schaffen. Insofern ist die Frist um mindestens sechs Monate zu verlängern.

Für die „anderen Versorgungsbereiche“ evaluiert das Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Entwicklung und Umsetzung erweiterter heilkundlicher Leistungen bis zum 31. Dezember 2027. Dies betrifft

insbesondere den Krankenhausbereich. Mit Blick auf die Zeitschiene sollte sichergestellt werden, dass möglichst zeitnah in allen Bereichen rechtssicher die Leistungen durch Pflegefachpersonen erbracht werden können.

Eine rechtssichere Leistungserbringung (vor Allem in der vertragsärztlichen Versorgung) verlangt auch, dass die Haftungsfragen eindeutig geklärt sind. Hierzu sind gesetzliche Anforderungen zu normieren.

Die Rechtskonstruktion des Leistungskataloges durch den beschriebenen Rahmenvertrag wirft weitere Fragen auf. Dies betrifft insbesondere das Verhältnis dieses Rahmenvertrages zur gesetzlichen Normenhierarchie im Verhältnis zum Gemeinsamen Bundesausschuss. In diesem Zusammenhang sollte die Konfliktlösung mittels „Schiedsperson“ im Hinblick auf die Frage überprüft werden, ob gegebenenfalls die Einrichtung einer Schiedsstelle zweckmäßiger wäre.

### **C) Änderungsvorschlag**

Die Frist zur Vereinbarung des Rahmenvertrages ist um sechs Monate zu verlängern. Außerdem sind Regelungen zur Sicherstellung der Haftung aufzunehmen.

## **Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 9 – § 87**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Auftrag des Bewertungsausschusses zur Überprüfung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen wird dahingehend ergänzt, dass in die Überprüfung neben delegationsfähigen Leistungen künftig auch der Umfang übertragbarer Leistungen durch Personen nach § 73d Absatz 2 SGB V einzubeziehen ist.

#### **B) Stellungnahme**

Die Regelung ist sachgerecht. Allerdings sollte der Verweis korrigiert werden.

#### **C) Änderungsvorschlag**

In § 87 Absatz 2a Satz 9 werden nach den Wörtern „28 Absatz 1 Satz 2“ die Wörter „sowie übertragbare Leistungen durch Personen nach § 73d Absatz ~~2~~ **4**“ eingefügt und die Wörter „bis zum 23. Januar 2016“ gestrichen.

## Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

### Nr. 10 – § 132a

#### A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur häuslichen Krankenpflege (HKP) sollen Anforderungen an eine fachgerechte Pflegeprozesssteuerung sowie Grundsätze der Vergütung erweiterter heilkundlicher Leistungen gemäß dem neuen Rahmenvertrag nach § 73d Abs. 1 SGB V beinhalten. Für Letzteres wird eine Frist von 12 Monaten nach Inkrafttreten gesetzt.

Außerdem soll ergänzt werden, dass die Versorgung mit Leistungen der HKP in gemeinschaftlichen Wohnformen, die von dem Basispaket nach § 92c Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB XI erfasst sind, nach Maßgabe der Verträge nach § 92c Abs. 1 SGB XI erfolgen soll.

#### B) Stellungnahme

##### 1. Pflegeprozesssteuerung

In den Rahmenempfehlungen sollen sich die Empfehlungen zu Maßnahmen der Qualitätssicherung der Leistungserbringung auch auf die Pflegeprozesssteuerung beziehen, der die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Planung der Pflege, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege umfasst. Dies kann dem Grunde nach nachvollzogen werden. Jedoch ist darauf hinzuweisen, dass sich die pflegerische Versorgung nach § 37 SGB V von der Versorgung nach § 36 SGB XI derart unterscheidet, 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.

In der Begründung des Referentenentwurfs wird wie folgt ausgeführt: *„Eine Doppelvergütung derselben Maßnahmen der Steuerung des Pflegeprozesses aus den Mitteln der GKV und sozialen Pflegeversicherung ist nicht zulässig. Zu den Aufwänden der Steuerung des Pflegeprozesses können insbesondere vergütete Erst- und Folgegespräche sowie Aufwände für komplexe Fallsteuerungen, die beispielsweise interdisziplinäre Fallbesprechungen, auf Wunsch des Versicherten auch unter Einbeziehung von An- und Zugehörigen erfolgen können, gehören.“*

Pflegedienste haben in der Regel zwei Verträge – nach § 132a Abs. 4 SGB V im Rahmen der HKP und nach § 72 SGB XI im Rahmen der Pflegeversicherung. Die von den Pflegediensten versorgten Versicherten erhalten in der Regel sowohl Leistungen der HKP nach § 37 SGB V als auch Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI. Somit ist die Problematik des Ausschlusses einer „Doppelvergütung“ eine seit Jahren bestehende Anforderung, die grundsätzlich über die Abgrenzung der kalkulatorischen Aufwände für übergeordnete Leistungen (z. B. Anamnese, Prozesssteuerung,

Fallbesprechungen) nach den jeweiligen Zuständigkeiten geregelt werden muss. Daher ist der explizite Hinweis in der Begründung, dass zu den vergütungsrelevanten Aufwänden der Steuerung des Pflegeprozesses insbesondere Erst- und Folgegespräche sowie Aufwände für komplexe Fallsteuerungen gehören können, nicht sachgerecht. Damit werden mögliche einzelne Vergütungspositionen herausgestellt, ohne den Kontext zur Vergütungssystematik insgesamt zu berücksichtigen. So sind im Bereich der HKP bestimmte Aufwände, z. B. für die Anamnese oder Fallbesprechungen, bereits in den heutigen leistungsbezogenen Vergütungspositionen in den Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V kalkulatorisch berücksichtigt. Um hier Fehlinterpretationen zu vermeiden und einem Eindruck entgegenzutreten, dass losgelöst von der bisher zugrunde gelegten Vergütungssystematik zur Vermeidung von Doppelvergütungen „lediglich“ eine anteilige Kostenteilung zu bestimmten Vergütungspositionen vorzunehmen ist, sollte auf die Nennung solcher expliziter Vergütungspositionen in der Begründung verzichtet werden. Die Vorgabe des Ziels der Vermeidung von Doppelvergütungen ist sachgerecht; der Weg zur Erreichung des Ziels muss den Vertragsparteien überlassen werden, um sachgerecht auch Bereinigungen bisheriger Vergütungsansätze vornehmen zu können.

## 2. Grundsätze der Vergütung für heilkundliche Tätigkeiten

Gemäß Art. 2 Nr. 2 des vorliegenden Referentenentwurfs soll ein neuer § 73d in das SGB V eingefügt werden. Danach ist ein Rahmenvertrag 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 heilkundlichen Tätigkeiten geregelt werden sollen (vgl. unsere Stellungnahme S. 138 ff.).

§ 73d Abs. 1 SGB V regelt zur Leistungserbringung Folgendes: *„Die von Pflegefachpersonen erbrachten Leistungen nach Satz 1 Nummer 1 und 2 können bei zugelassenen Ärzten, in medizinischen Versorgungszentren, im Rahmen der Leistungserbringung bei zugelassenen Pflegediensten nach § 132a Absatz 4 und in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 71 Absatz 2 des Elften Buches erbracht werden.“*

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 heilkundliche Tätigkeiten 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 diesbezüglichen Vergütung 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 schließen

können. Die Versorgung erfolgt dann zweiteilig – innerhalb eines Basispakets und außerhalb eines Basispakets. Bestandteil des Basispakets sind u.a. auch Leistungen der HKP. Zur Abgeltung der Leistungen im Basispaket erhalten Versicherte von ihrer Pflegekasse nach § 45j SGB XI einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 450 EUR je Kalendermonat zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege. Zur ablehnenden Bewertung dieser vorgesehenen Regelungen siehe unsere Stellungnahme zu den §§ 92c und 45j SGB XI, Artikel 1 Nr. 30 und 40; vor diesem Hintergrund ist die vorgesehene Ergänzung eines Absatzes 5 in § 132a SGB V obsolet und sollte gestrichen werden.

### **C) Änderungsvorschlag**

In Artikel 3 Nr. 10 wird Buchstabe a), Doppelbuchstabe aa), wie folgt gefasst (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„aa) In Satz 3 wird nach Nummer 2 als neue Nummer 2a eingefügt:

„2a. Anforderungen an eine fachgerechte Pflegeprozesssteuerung unter Berücksichtigung der ärztlichen Indikationsstellung für den Bedarf an Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.“

Die Begründung zu Art 3 Nr. 10, Buchstabe a, Doppelbuchstabe aa wird wie folgt angepasst (Änderungen sind kenntlich gemacht):

*(...) Es wird daher klargestellt, dass sich die von den Rahmenvereinbarungspartnern nach § 132a zu regelnden Empfehlungen zu Maßnahmen der Qualitätssicherung der Leistungserbringung auch auf die Pflegeprozesssteuerung beziehen. Eine Doppelvergütung derselben Maßnahmen der Steuerung des Pflegeprozesses aus den Mitteln der GKV und sozialen Pflegeversicherung ist nicht zulässig und durch entsprechende Regelungen der Vertragsparteien auszuschließen. Zu den Aufwänden der Steuerung des Pflegeprozesses können insbesondere vergütete Erst- und Folgegespräche sowie Aufwände für komplexe Fallsteuerungen, die beispielsweise interdisziplinäre Fallbesprechungen, auf Wunsch des Versicherten auch unter Einbeziehung von An- und Zugehörigen erfolgen können, gehören.*

Artikel 3 Nr. 10 Buchstabe b) wird gestrichen.

## **Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 11 – § 197b**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Zusätzlich zu den Aufgaben sollen auch die Interessen der Krankenkassen durch Arbeitsgemeinschaften oder durch Dritte mit deren Zustimmung wahrgenommen werden.

#### **B) Stellungnahme**

Die gesetzliche Änderung wird seitens des GKV-Spitzenverbandes begrüßt.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 5 (Änderung des Pflegeberufgesetzes)**

### **Nr. 3 – § 4a**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Personen, die die Erlaubnis zum Tragen der Berufsbezeichnung „Pflegefachperson“ besitzen, sind zur selbständigen Ausübung von Heilkunde nach den jeweiligen Kompetenzen befugt.

#### **B) Stellungnahme**

Diese Änderung im Pflegeberufgesetz ist folgerichtig und nachvollziehbar.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Keiner.

## III. Ergänzender Änderungsbedarf

---

### Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

#### § 18c Absatz 5

##### A) Neuregelungsbedarf

Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nach § 33 nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in § 18a Absatz 5 und 6 SGB XI genannten verkürzten Fristen nicht eingehalten, soll in Absatz 5 Satz 1 klargestellt werden, dass die Pflegekasse die Zusatzzahlung von 70 Euro für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung nicht bereits ab dem Zeitpunkt des Fristablaufs, sondern nach Abschluss des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Antragsteller zu zahlen hat.

In Absatz 5 soll zudem geregelt werden, dass Zeiten für die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, die ursächlich Folge einer zuvor von der antragstellenden Person zu vertretenden Verzögerung und ansonsten nicht angefallen wären (z. B. Terminabsage durch die antragstellende Person), nicht der Pflegekasse anzulasten sind. Vielmehr verlängern diese Zeiten die zuvor für den jeweiligen Tatbestand eingetretene Hemmung der Fristen für 17 Arbeitstage.

Ob die Pflegekasse die Überschreitung der in § 18c Absatz 1 Satz 1 SGB XI genannten Frist zu vertreten hat, lässt sich in der Regel erst bei der Bescheiderteilung, also beim Abschluss des Verfahrens mit der notwendigen Sicherheit feststellen, beispielsweise anhand des von der Pflegekasse zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit veranlassten MD-Gutachtens. Dort ist u. a. zu dokumentieren, ob und wenn ja welche Verzögerungen im Laufe des Begutachtungsverfahrens eingetreten sind. Insoweit ist gesetzlich klarzustellen, dass die Pflegekasse die pauschale Zusatzzahlung - soweit sie die Fristüberschreitung zu vertreten hat - zum Zeitpunkt der Bescheiderteilung zu zahlen hat.

Mit einer wöchentlichen Auszahlung der Zusatzzahlung ab Fristablauf würden seit Jahren bei den Pflegekassen etablierte, automatisierte Prozesse unterbrochen. In jedem Einzelfall müsste eine manuelle Fallsteuerung geleistet werden, die wiederum erhebliche Personalkapazitäten auf Seiten der Pflegekassen und der Medizinischen Dienste bindet, zum Beispiel:

- Fristenverwaltung und Wiedervorlagen
- Sachstandanfragen
- mehrmalige (Nach-)Berechnung der Fristen aufgrund (neu) hinzugekommener oder veränderter Verzögerungsgründe
- wöchentliche manuelle Zahlung
- Rückforderung inkl. Mahnverfahren, Widerspruch, Klage, Beratung/Telefonie.

Hierdurch geraten die im Prozess wesentlichen Arbeiten im Sinne eines beschleunigten Abschlusses des Antrags- und Bewilligungsverfahrens in den Hintergrund. Ein solches Vorgehen steht dem Ziel nach

zeitnahen und beschleunigten Entscheidungen sowie den Maßnahmen zum Bürokratieabbau deutlich entgegen.

Die Kosten für die pauschale Zusatzzahlung sind aus den Verwaltungskosten zu tragen (§ 46 Abs. 3 Satz 1 SGB XI). Eine solche Zahlung zu vermeiden, ist für die jeweilige Pflegekasse bereits Anreiz genug, Bescheide fristgerecht zu erteilen. Vor diesem Hintergrund besteht der Sanktionscharakter der pauschalen Zusatzzahlung unabhängig von der Zahlweise „wöchentlich ab Fristablauf“ oder „gesamt zum Zeitpunkt der Bescheiderteilung“.

Gemäß der Gesetzesintention soll mit der Zusatzzahlung auch die Situation Pflegebedürftiger verbessert werden. Allerdings wird die wirtschaftliche Lage der antragstellenden Person mit 70 Euro in der Woche nicht verbessert, denn unter den wirtschaftlichen Gegebenheiten tragen 70 Euro nicht dazu bei, die pflegerische Versorgung sicherstellen zu können. Erfahrungen der Pflegekassen zeigen außerdem, dass Leistungserbringer die erbrachten Leistungen oftmals erst nach Abschluss des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit in Rechnung stellen. Insofern entstehen den antragstellenden Personen bis zu diesem Zeitpunkt keine laufenden Kosten.

Im Jahr 2023 war bei rund 662.800 Anträgen eine Fristüberschreitung zu verzeichnen. Circa 495.500 Anträge wiesen Fristüberschreitungen auf, die nicht von den Pflegekassen zu vertreten waren. Das heißt, in weit überwiegender Zahl würde eine ab Fristablauf erfolgte Zahlung der Zusatzzahlung zu einer Rückforderung durch die jeweilige Pflegekasse führen und damit nicht zu einer Verbesserung der Situation antragstellender Personen beitragen. Antragstellende Personen wären vielmehr von Rückforderungen der Pflegekassen und den nach Maßgabe des SGB X daraus folgenden Maßnahmen betroffen (zum Beispiel Anhörung, Rückforderungsbescheid, ggf. Mahnverfahren). Diese belasten und überfordern den ohnehin schon sensiblen Personenkreis und provozieren Beschwerden, Widersprüche und Klagen und sorgen für eine negative Außendarstellung der Pflegekassen.

Sollten Rückforderungen mehrheitlich ins Leere laufen (zum Beispiel aufgrund geltend gemachter Vertrauensschutzgründe, erfolgloses Mahnverfahren), könnte dies in hohem Maße – unabhängig vom ökonomisch ohnehin nicht zu vertretenden Verwaltungsaufwand – den Haushalt der jeweiligen Kranken-/Pflegekasse mit bis zu mehreren Millionen Euro jährlich belasten.

Darüber hinaus fehlt es in §§ 18 ff. SGB XI (im Unterschied zu einer vergleichbaren Regelung in § 13 Absatz 3a SGB V) grundsätzlich an einer Regelung, welche Frist der Gesetzgeber für das Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit als angemessen erachtet. Insbesondere ist in § 18c Abs. 5 SGB XI nicht abschließend geregelt, welche Fristen für den Medizinischen Dienst für eine neue Begutachtung im Anschluss an eine Hemmung der Frist infolge eines Verzögerungsgrundes, der durch die antragstellende Person ausgelöst wird, gelten bzw. wie nach dem Zweck der Regelung eine entsprechend schnelle Bearbeitung bzw. Begutachtung innerhalb der engen Fristen des § 18c Absatz 1 SGB XI sicherzustellen ist.

Nach Auffassung der Pflegekassen sind Bearbeitungszeiten, die ursächlich Folge einer zuvor von der antragstellenden Person zu vertretenden Verzögerung und ansonsten nicht angefallen wären (zum Beispiel Terminabsage durch die antragstellende Person), nicht der Pflegekasse anzulasten. Vielmehr verlängern diese Zeiten die zuvor für den jeweiligen Tatbestand eingetretene Hemmung der Fristen. Anderenfalls werden die Pflegekassen mit Kosten durch die gemäß § 18c Absatz 5 SGB XI für jede

Woche der Fristüberschreitung anfallende Verzögerungsgebühr belastet, deren Ursache weder sie selbst noch die Medizinischen Dienste (MD) zu vertreten haben

Die Ressourcen eines MD erlauben grundsätzlich keine Ad hoc-Begutachtungen (zum Beispiel am gleichen Tage oder kurze Zeit nach einer zuvor geplanten aber von der versicherten Person abgesagten Begutachtung). Unabhängig davon – so die Erfahrungen der MD – würden solche Ad hoc-Begutachtungen die zu begutachtenden Personen überfordern und sind demzufolge nicht in deren Interesse. In der Regel wird bspw. nach einer kurzfristigen Terminabsage der zu begutachtenden Person von den MD ein neuer – in die (Touren-)Planungen des jeweiligen MD sich einfügender – Termin vergeben. Nach der aktuell vorliegenden Statistik des MD Bund über die Auftrags- und Begutachtungsentwicklung in der Pflege vom Juli 2024 werden fristgebundene Begutachtungsaufträge im Bundesdurchschnitt innerhalb von 17,6 Arbeitstagen von den MD erledigt.

Um die Regelungslücke in § 18c Absatz 5 SGB XI zu schließen, wurde im Gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 14. November 2023 eine Frist von 17 Arbeitstagen zur Begutachtung durch Übertragung der Frist aus § 18 Abs. 3 SGB XI vorgenommen. Wie § 18c Absatz 1 und 5 SGB XI enthält auch § 18 Absatz 3 SGB XI eine Regelung, die auf eine beschleunigte Bearbeitung von Anträgen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit abzielt. Es ist davon auszugehen, dass die dort rechnerisch zu ermittelnde Begutachtungsdauer von 17 Arbeitstagen dem gesetzgeberischen Ziel einer schnellen Bearbeitung Rechnung trägt. Das heißt, dass eine solche Dauer vom Gesetzgeber als angemessen und nicht als zögerlich im Sinne einer zuzahlungsbewehrten Sanktion angesehen wird. Die Frist von 17 Arbeitstagen bietet den Medizinischen Diensten und anderen unabhängigen Gutachterdiensten zudem Orientierung, innerhalb welcher Frist nach dem Ende eines Hemmungstatbestandes die Erledigung eines Begutachtungsauftrages spätestens erwartet wird.

## **B) 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. Die Sätze 4 und 5 sind durch die Sätze „Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, ist der Lauf der Frist nach Satz 1 bis zur Beendigung der Verzögerung und soweit danach eine erneute Terminierung der Begutachtung erforderlich ist, für weitere 17 Arbeitstage nach Kenntnis über den Wegfall der Verzögerung gehemmt. Danach läuft die Frist weiter.“ zu ersetzen.

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **§ 40 - Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen und § 78 - Verträge über Pflegehilfsmittel, Pflegehilfsmittelverzeichnis und Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen**

#### **A) Neuregelungsbedarf**

Pflegebedürftige haben gemäß § 40 Absatz 1 Satz 1 SGB XI Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen. Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 40 Euro nicht übersteigen. Der GKV-Spitzenverband schließt mit den Leistungserbringern oder deren Verbänden Verträge über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten und anderen Pflegehilfsmitteln. Gemäß den einschlägigen Rechtsvorschriften hat jeder Leistungserbringer ein Verhandlungsrecht, wenn er einen Vertrag schließen oder einem Vertrag beitreten möchte. In Anbetracht der Vielzahl an Leistungserbringern in diesem Marktsegment (mehr als 20.000 Leistungserbringer) führt dies sowohl bei dem GKV-Spitzenverband, den Leistungserbringern als auch bei den Pflegekassen zu einem unverhältnismäßigen bürokratischen Aufwand und ist für die Versicherten ohne Mehrwert. Zudem werden – auch bei den Verbraucherzentralen - immer häufiger Fälle bekannt, wonach die Versicherten Leistungen erhalten, die sie weder beantragt haben, noch benötigen. Vielfach wurden Versichertenunterschriften von Leistungserbringern gefälscht. Dies belastet die Solidargemeinschaft unnötig. Der Aufwand bei den zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln, der auf Basis der bestehenden Sachleistungsregelung mit dem Bewilligungs-, Abrechnungs- und dem Vertragsgeschäft verbunden ist, steht in keinem angemessenen Verhältnis zu einem etwaigen Nutzen dieser Regelung. Echte Steuerungsmöglichkeiten durch Verträge bestehen in diesem Bereich nicht. Die Regelungen führen häufig eher zu Überversorgungen, da die Produkte in vorkonfigurierten Pflegeboxen angeboten werden und der Bedarf nicht im Einzelnen überprüft werden kann.

Um dem Gebaren der Leistungserbringer entgegenzuwirken und den Versicherten einen einfachen Zugang zu den benötigten Leistungen ermöglichen, aber auch um Bürokratie abzubauen, wird erneut angeregt, die bisher als Sachleistung ausgestaltete Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln durch die Auszahlung eines festen pauschalen Leistungsbetrags an die Leistungsberechtigten zu ersetzen. Da die grundsätzlichen Anspruchsvoraussetzungen unverändert bestehen bleiben, diese weiterhin zu Beginn der Versorgung geprüft werden und jeweils eine Bedarfsfeststellung erfolgt, werden Mehrausgaben infolge der neuen gesetzlichen Regelung nicht erwartet. Da neue Produkte hinzugekommen sind und die Preise gestiegen sind, werden die 40 Euro bereits heute überwiegend ausgeschöpft.

Mit der Umstellung auf eine pauschale Geldleistung könnten gerade auch im Interesse der Versicherten, die sich verschiedentlich bereits mit dem Wunsch nach Ermöglichung flexiblerer Bezugsmöglichkeiten an die Pflegekassen gewandt haben, die Versorgungsprozesse ohne Qualitätsnachteile entbürokratisiert und beschleunigt sowie kostengünstigere und wirtschaftlichere Beschaffungswege im allgemeinen Fachhandel ermöglicht werden. Dies würde den Wettbewerb intensivieren und den gesetzlich vorgesehenen Leistungsbetrag dauerhaft und nachhaltig sichern, da die vom GKV-Spitzenverband erhobenen Daten zeigen, dass auf dem Erstattungsweg eine Versorgung der Versicherten wirtschaftlicher ist als auf dem Sachleistungsweg. Angesichts der weiter ansteigenden

Anzahl der Pflegebedürftigen, die ambulant versorgt werden, und der finanziellen Situation der Pflegekassen ist dies ebenfalls ein wichtiger Gesichtspunkt. Gleichzeitig liegen keinerlei Hinweise vor, wonach die Qualität der Versorgung auf dem Erstattungsweg beeinträchtigt wird. Es handelt sich überwiegend um Produkte, die auf dem Privatzahlermarkt bedenkenlos und günstig zur Verfügung gestellt werden.

Darüber hinaus regt der GKV-Spitzenverband die Angleichung der Zuzahlungsregelungen für Pflegehilfsmittel in § 40 Absatz 3 Satz 4 und 5 SGB XI an die entsprechenden Regelungen für Hilfsmittel im SGB V an. Die unterschiedlichen Zuzahlungsregelungen führen in der Versorgungspraxis zu einem bürokratischen Mehraufwand und insbesondere bei den doppel funktionalen Hilfsmitteln im Sinne von § 40 Absatz 5 SGB XI immer wieder zu Abgrenzungsfragen. Dies könnte vermieden werden, wenn für beide Leistungsbereiche einheitliche Zuzahlungsregelungen gelten.

Erklärtes Ziel in dem Problemaufriss des Referentenentwurfs ist es, „auch wichtige Schritte zu unternehmen, um die pflegerischen Versorgungsstrukturen zu optimieren und Effizienzpotenziale zu heben. Dazu würde die vorgeschlagene Regelung einen deutlichen Beitrag leisten.

## **B) Änderungsvorschlag**

§ 40 Absatz 2 SGB XI wird wie folgt 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, ab dem 01.01.2026 einen pauschalen Betrag von 40 Euro monatlich für die Selbstbeschaffung der notwendigen Pflegehilfsmittel. Der Betrag wird von der Pflegekasse erstmalig auf Antrag und nach Bewilligung der Leistung monatlich im Voraus an die pflegebedürftige Person selbst gezahlt. 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.“

§ 40 Absatz 3 SGB XI wird wie folgt geändert:

Die Sätze 4 und 5 werden durch folgende Sätze ersetzt:

„Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Pflegehilfsmittel mit Ausnahme der Pflegehilfsmittel nach Absatz 2 in entsprechender Anwendung des § 61 Satz 1 SGB V eine Zuzahlung an die abgebende Stelle zu leisten. Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers verringert sich um die Zuzahlung.

§ 78 Absatz 1 SGB XI wird um folgenden Satz 4 ergänzt, wobei es sich um eine Folgeänderung handelt:

„Die Sätze 1 bis 3 gelten ab dem 01.01.2026 nicht für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel gemäß § 40 Absatz 2.“

§ 78 Absatz 2 Sätze 1 und 2 SGB XI werden wie folgt geändert:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erstellt als Anlage zu dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 des Fünften Buches ein systematisch strukturiertes Pflegehilfsmittelverzeichnis. Darin sind mit Ausnahme der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 2 die von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfassten Pflegehilfsmittel aufzuführen, soweit diese nicht bereits im Hilfsmittelverzeichnis enthalten sind.“

## **Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **§ 40a Absatz 2 Satz 3 bis 5**

#### **A) Neuregelungsbedarf**

Die Befristungs-Regelung im Absatz 2 Satz 3 bis 5 ist nicht sachgerecht und wird in der derzeit geltenden Fassung abgelehnt. Im Sinne der Wirtschaftlichkeit muss nicht nur die erstmalige Bewilligung befristet werden, sondern stets eine befristete Bewilligung nach entsprechender Prüfung erteilt werden. Eine unbefristete Bewilligung ohne weitere Prüfung, ob die DIPA genutzt und die Zwecksetzung erreicht wird, führt mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu unnötigen Kosten für die Pflegeversicherung. Dies lässt sich durch eine regelmäßige Prüfung und Befristung vermeiden. Insbesondere vor dem Hintergrund des durch den Referentenentwurf geregelten Erprobungsjahres, das abgelehnt wird (siehe hierzu Stellungnahme zu § 78a SGB XI), sollten erneute Prüfungen und stets befristete Bewilligungen auch zum Schutz der vulnerablen Nutzergruppe geregelt werden.

#### **B) Änderungsvorschlag**

In Absatz 2 Satz 3 wird das Wort „erstmalig“ gestrichen.

In Absatz 2 Satz 4 wird nach dem Wort „darf“ das Wort „jeweils“ eingefügt.

In Absatz 2 Satz 5 wird das Wort „unbefristete“ ersetzt durch „nochmalige“.

## **Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **§ 37 Häusliche Krankenpflege**

#### **A) Neuregelungsbedarf**

Streichung der gesetzlichen Regelungen zur Blankoverordnung in § 37 Abs. 8 bis 10 SGB V.

#### **B) Änderungsvorschlag**

In § 37 Abs. 8 SGB V wird geregelt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in der HKP-Richtlinie Rahmenvorgaben zu einzelnen nach dem Leistungsverzeichnis beinhalteten Maßnahmen regeln kann, wonach Pflegefachpersonen innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen können (sog. Blankoverordnung). § 37 Absätze 9 und 10 SGB V sehen insoweit eine Evaluationspflicht des GKV-Spitzenverbandes, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer vor. Mit der Umsetzung des PKG erhalten Pflegefachpersonen über das Maß der bisherigen Blankoverordnung hinausgehende Kompetenzen zur Ausstellung von HKP-Folgeverordnungen. Zukünftig sollen Pflegefachpersonen nicht nur die Dauer und Häufigkeit bestimmter HKP-Maßnahmen auf der von der Ärztin oder dem Arzt ausgestellten Verordnung (Verordnungsmuster 12) angeben können, sondern die Folgeverordnung in Gänze ausstellen dürfen (s. auch expliziter Hinweis auf die Blankoverordnung in der Begründung des Referentenentwurfs zu § 73d Abs. 1 SGB V (neu)).

Vor diesem Hintergrund werden die Regelungen zur Blankoverordnung durch die vorgesehenen, weitergehenden Kompetenzen der Pflegefachpersonen nahezu obsolet und würden in der Verwaltungspraxis eher zu Unklarheiten führen; auch die mit der vorgesehenen Evaluation der Auswirkungen des Blankoverordnungsverfahrens auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der häuslichen Krankenpflege, die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität wird obsolet, wenn mit dem PKG die Kompetenzen der Pflegefachpersonen unmittelbar durch Gesetz und über das Blankoverordnungsverfahren hinausgehend geregelt werden.

Aus diesem Grund sollten § 37 Absatz 8 SGB V zum Zeitpunkt der vertraglichen Umsetzung des § 73d SGB V (neu) und der Evaluationsauftrag nach § 37 Absätze 9 und 10 SGB V mit dem Inkrafttreten des PKG gestrichen werden.