

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

Stellungnahme

zum

**Referentenentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit**

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz
(Pflegekompetenzgesetz – PKG)**

Berlin, 30. September 2024

Inhaltsverzeichnis

I.) **Stellungnahme zum Referentenentwurf**

Vorbemerkung	3
Zusammenfassung	5
 Zu den Vorschriften im Einzelnen:	
Prävention in der häuslichen Pflege – § 5 SGB XI	13
Wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung – § 8 Abs. 3b SGB XI	14
Wissenschaftliche Expertisen zur Ausgestaltung heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen – § 8 Abs. 3c SGB XI	15
Institution zur Personal- und Organisationsentwicklung – § 113c Abs. 9 SGB XI Geschäftsstelle nach § 113c Abs. 9 SGB XI – § 8 Abs. 7 SGB XI	18
Maßnahmen zur betrieblichen Integration von Pflege- und Betreuungskräften aus dem Ausland – § 8 Abs. 7 Satz 4 Nr. 8 SGB XI	20
Kommunale Pflegestrukturplanung – § 9 SGB XI	21
Verpflichtende Berücksichtigung von Empfehlungen der Landespflegeausschüsse beim Abschluss von Vergütungsvereinbarungen – § 8a SGB XI	
Versorgungsdaten für die kommunale Pflegestrukturplanung – § 12 SGB XI	
Verpflichtung für die Pflegekassen zur Berücksichtigung der Empfehlungen der Landespflegeausschüsse – § 69 SGB XI	
Berücksichtigung der kommunalen Pflegestrukturplanung beim Abschluss von Versorgungsverträgen – § 72 Abs. 1a SGB XI	
Beauftragte der Bundesregierung für Pflege – § 10a SGB XI	27
Steuerung des Pflegeprozesses; Vorhaltung von Delegationskonzepten – § 11 SGB XI	29
Erfahrungsbericht zum Begutachtungsinstrument – § 15 Abs. 8 SGB XI	31
Empfehlung von Hilfsmitteln durch Pflegefachpersonen – § 40 Abs. 6 SGB XI	32
Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln – § 17a SGB XI	
Modellprojekt zur Begutachtung durch Pflegefachpersonen – § 18e Abs. 6 SGB XI	34
Beratungseinsätze bei Pflegegeldempfängern – § 37 Abs. 3a SGB XI	36
Digitale Pflegeanwendungen – § 40a SGB XI	37
Verträge über digitale Pflegeanwendungen – § 78a SGB XI	

Leistungsanspruch für Digitale Pflegeanwendungen – § 40b SGB XI	39
Angebote zur Unterstützung im Alltag – § 45a SGB XI	41
Anspruch auf Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags für Angebote zur Unterstützung im Alltag – § 45f SGB XI	45
Anspruch auf Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags für Angebote zur Unterstützung im Alltag – § 45g SGB XI	47
Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen – § 45j SGB XI	51
Frist für die Anpassung der tariflichen Entlohnung – § 72 Abs. 3b SGB XI	54
Sicherstellung der pflegerischen Versorgung – § 73a SGB XI	57
Pflegesatzverfahren – § 85 SGB XI	59
Verfahrensleitlinien für Pflegesatzverhandlungen und -vereinbarungen – § 86a SGB XI	62
Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen – § 92c SGB XI	66
Prüfungsregelungen für die Qualität der Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen – § 113b Abs. 4 SGB XI	
Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität – § 113 SGB XI	71
Erweiterter Qualitätsausschuss – § 113b SGB XI	73
Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen: akademische Pflegefachkräfte – § 113c SGB XI	75
Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen: Organisationsentwicklung und Einbeziehung weiterer Berufsabschlüsse – § 113c Abs. 3 SGB XI	77
Digitale Prüfaufträge – § 114 SGB XI	80
Durchführung der Qualitätsprüfungen – § 114a SGB XI	80
Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität – § 114c SGB XI	82
Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung – § 115 SGB XI	85
Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege – § 125a SGB XI	87
Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung – § 125c SGB XI	88
Heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen – § 15a SGB V	90
Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten – § 64d SGB	90

Rahmenvertrag zu heilkundlichen Leistungen und Folgeverordnungen durch Pflegefachpersonen – § 73d SGB V	94
Versorgung mit häuslicher Krankenpflege – § 132a SGB V	101
Selbständige Heilkundenausübung – § 4a PfIBG	102
Standardisierte Module für heilkundliche Aufgaben – § 14a PfIBG	103
II.) Weitere Änderungsvorschläge des bpa	104
1.) Angemessene Vergütung des Unternehmerrisikos und externer Vergleich	104
2.) Klare Regelung der wirtschaftlichen Angemessenheit von Personalaufwendungen für Mitarbeitende außerhalb von Pflege und Betreuung	107
3.) Berücksichtigung der Auslastungsquote als wesentliche Geschäftsgrundlage	109
4.) Berücksichtigung einer anlaufbedingt eingeschränkten Belegungsquote	110
5.) Erweiterung der Kompetenzen der Pflegesatzkommissionen zur Verfahrensbeschleunigung	111
6.) Häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege: Gleichklang der wirtschaftlichen Angemessenheit von Personalaufwendungen in SGB V und SGB XI sowie klare Regelung von Zahlungsfristen und Verzugsfolgen für Kostenträger	113
7.) Sozialhilfe: Klare Regelung von Zahlungsfristen, Verzugsfolgen und Zahlungsansprüchen für erbrachte Leistungen vor Bescheiderteilung	115
8.) Kompetenzvermutung: Vereinfachung der Anerkennung der Berufsqualifikation für internationale Fachkräfte	117
9.) Regelung zur Aufteilung des Finanzierungsbedarfs für Tagespflegen modifizieren	118
10.) Evaluierung des Pflegeberufgesetzes	119

I.) **Stellungnahme zum Referentenentwurf des Pflegekompetenzgesetzes**

Vorbemerkung

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

Zusammenfassung

Das Pflegekompetenzgesetz ist ein wichtiger Baustein, um die Professionalisierung der Pflege im Hinblick auf mehr Eigenständigkeit und Eigenverantwortung zu stärken. In der Begründung heißt es: „**Der Pflegeberuf ist ein Heilberuf mit eigenen beruflichen Kompetenzen.**“ Auf diesen Satz haben Tausende von Pflegekräften in Deutschland lange gewartet. Damit kommt die Bundesregierung grundsätzlich dem nach, was ein Pflegekompetenzgesetz vermuten lässt. Die Kompetenzen der Pflegekräfte werden anerkannt und leistungsrechtlich verankert. Das begrüßt der bpa ebenso wie die Möglichkeit, dass Pflegefachpersonen künftig auch erweiterte heilkundliche Leistungen – die bisher Ärzten vorbehalten sind – erbringen dürfen. Darüber hinaus beinhaltet das Pflegekompetenzgesetz Ansätze struktureller Veränderungen im SGB XI, die zum Teil erhebliche Auswirkungen auf bestehende Versorgungsangebote bis hin zur Existenzgefährdung bewährter Pflegeangebote mit sich bringen. Dies betrifft vor allem den Bereich der ambulanten Wohngemeinschaften und Tagespflegen – wichtige Versorgungsformen, die sich vor allem in den letzten zehn Jahren dynamisch entwickelt und zur Absicherung der ambulanten pflegerischen Infrastruktur geführt haben. Die geplante Einführung eines dritten Sektors mit neuen leistungsrechtlichen und vertraglichen Anforderungen (gemeinschaftliche Wohnformen) und die Umwandlungsmöglichkeit von Tagespflegesachleistungsansprüchen gefährden ohne erkennbaren Grund und Nutzen tausende Anbieter professioneller Pflegeangebote existenziell und leisten in

Verbindung mit der geplanten stärkeren Öffnung und Deregulierung von Unterstützungsangeboten im Alltag einer Deprofessionalisierung in der Langzeitpflege Vorschub. Die politisch seit längerer Zeit in Aussicht gestellten und so wichtigen Regelungen zur wirtschaftlichen Absicherung der über 35.000 existierenden Pflegeeinrichtungen in Deutschland bleiben weit hinter den Erwartungen und Notwendigkeiten zurück – hier besteht weiterer dringender Handlungsbedarf.

Insgesamt verwundert es und irritiert in hohem Maße, dass politisch mit dem vorliegenden Referentenentwurf ganz offensichtlich nach Wegen gesucht wird, noch niedrighschwelligere und noch weniger regulierte Versorgungsangebote für pflegebedürftige Menschen zu befördern und gleichzeitig die starren Regularien und Reglementierungen sowie Strukturstandards in der bestehenden Pflegeinfrastruktur aufrecht zu erhalten und in Teilen sogar deutlich auszubauen. Mit dem parallel laufenden Gesetzgebungsverfahren eines Pflegefachassistenzgesetzes beispielsweise werden Strukturstandards in der Ausbildung (Personalschlüssel und Qualifikation bei Lehrenden) und die Dauer der Ausbildung deutlich nach oben geschraubt – mit erheblichen Auswirkungen auf zukünftige Kapazitäten und damit die Verfügbarkeit professioneller Pflegekräfte und damit in der Folge auf die Absicherung einer professionellen Pflegeinfrastruktur. Das ist höchst widersprüchlich und kaum nachvollziehbar.

Mit dem Argument des Personalmangels und einer schwierigen Ressourcenlage bei gleichzeitig steigendem Versorgungsbedarf in der Pflege politisch Tür und Tor für wenig abgesicherte und wenig zuverlässige Versorgungsangebote im niedrighschwelligem Bereich zu öffnen und gleichzeitig keinerlei politische Maßnahmen zur Personalsicherung in der professionellen Langzeitpflege mit diesem Gesetzgebungsverfahren zu ergreifen, löst ein erhebliches Störgefühl beim bpa und seinen mehr als 13.000 Mitgliedseinrichtungen aus.

Mit einem Federstrich bestehende Angebote in der Langzeitpflege in ihrer Existenz zu gefährden und gleichzeitig nicht alle politischen Anstrengungen zu unternehmen, hoch engagierte Träger von Pflegeeinrichtungen, die erhebliche wirtschaftliche Risiken tragen und einen hohen Beitrag zur nachhaltigen Versorgungssicherheit in der Pflege leisten, bei ihrer Personalsicherung zu unterstützen, z.B. mit dem Instrument der Kompetenzvermutung (internationale Pflegefachkräfte mit Sprachkenntnis endlich als Fachkräfte arbeiten zu lassen), ist völlig unverständlich und nicht akzeptabel.

Der bpa macht seit langem sehr konkrete Vorschläge, wie dem enormen Pflegekräftebedarf im Hinblick auf die Absicherung von Ausbildungsstrukturen, Integration internationaler Pflegekräfte, Hebung inländischen Beschäftigungspotentials und Weiterentwicklung der Arbeitsbedingungen politisch begegnet werden muss, um eine zukunfts- und demografiefeste Absicherung der Langzeitpflege zu befördern und stößt im Wesentlichen auf

politisch taube Ohren. Könnten gut ausgebildete internationale Pflegefachkräfte mit entsprechenden Deutschkenntnissen auch als Pflegefachkräfte in Deutschland tätig sein und als solche arbeiten dürfen, könnten viele tausend pflegebedürftige Menschen zusätzlich versorgt werden und ihre Angehörigen eine spürbare Entlastung finden. Von heute auf morgen wäre dies der Fall, denn viele tausend internationale Pflegefachkräfte arbeiten als Hilfskräfte in der Langzeitpflege und Deutschland begrenzt dadurch seit Jahren „künstlich“ Versorgungskapazitäten in der ambulanten und stationären Versorgung. Hier den politischen Mut und Gestaltungswillen aufzubringen, an dieser unzumutbaren Situation mit folgeschweren Wirkungen auf die Versorgungssicherheit in der Pflege endlich etwas zu ändern – das erwarten die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen und nicht zuletzt viele Pflegeeinrichtungen und ihre Mitarbeitenden von der Bundesregierung. Hierzu liefert der vorliegende Gesetzentwurf bedauerlicherweise keinerlei Antworten.

Wirtschaftlichkeit der Pflegeeinrichtungen

Der vorliegende Entwurf des Pflegekompetenzgesetzes reicht bei weitem nicht aus, um die aktuelle Krisensituation in der Pflege wirksam zu entschärfen. Damit die vielleicht letzte große Pflegereform dieser Bundesregierung nachhaltige Verbesserungen im Hinblick auf die wirtschaftliche Absicherung bestehender Pflegeangebote mit sich bringt, muss es umfangreiche Änderungen geben. Wirksame Maßnahmen zur Stärkung der Pflegeeinrichtungen sind dringend notwendig. Dass sie monatelang auf Pflegegesetzvereinbarungen oder Zahlungen von Kostenträgern warten müssen, ist ein Teil der Ursache für die fortschreitende Angebotskrise, unter der Pflegebedürftige und ihre Familien massiv leiden. Der Entwurf bemüht sich sichtbar, einige Probleme zu lösen, bleibt aber bei ersten kleinen Schritten.

Die vorgesehene längere Umsetzungsfrist der Tariftreue (drei statt zwei Monate) verändert bei Wartezeiten auf Abschlüsse von teils neun Monaten und mehr wenig. Die Schiedsstelle darf künftig von den Parteien gemeinsam auch schon vor Ablauf der Sechs-Wochen-Frist angerufen werden. Wichtiger wären aber effizientere Schiedsstellenverfahren. Hilfreicher ist der Auftrag an die Kostenträger, bei Verhandlungen einen einheitlichen Ansprechpartner zu benennen, der auch die schriftliche Vertragserklärung für alle Kostenträger abgeben kann. Die größte Wirkung können die Bundesempfehlungen für effiziente und bürokratiearme Vergütungsverfahren entfalten. Hier soll die Selbstverwaltung u. a. Empfehlungen abgeben für Vorgaben zur Darlegung und Nachweisführung der prospektiven Sach- und Personalaufwendungen. Eine wirklich verheerende Wirkung hätte die vorgesehene Einschränkung der Rückwirkung von Vergütungsvereinbarungen. Wenn es während des Schiedsstellenverfahrens noch Änderungen am Antrag gibt, gilt die Vereinbarung nicht mehr ab Eingang des ursprünglichen Antrags, sondern ab dem Tag der Änderung. Damit wären

Antragsänderungen zur schnelleren Einigung nicht mehr möglich, ohne erhebliche Einnahmeverluste in Kauf zu nehmen. Das stärkt den Anreiz für Verzögerungen auf Seiten der Kostenträger. Insgesamt sind die im Referentenentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Stärkung der Wirtschaftlichkeit der Pflegeeinrichtungen bei Weitem nicht ausreichend. Der bpa hat deswegen acht weitere Vorschläge zur wirtschaftlichen Absicherung von Pflegeeinrichtungen unterbreitet (s. Ziffer 2, Seite 104 ff).

Gemeinschaftliche Wohnformen

Die im Vorfeld groß angekündigte neue Versorgungsform zwischen ambulant und stationär wirft vor allem Fragen auf und birgt große existenzielle Gefahren für bestehende Wohngemeinschaftsangebote. Für wen außer die Kostenträger soll die Leistung attraktiv sein? Bei prognostizierten 14.000 Euro Einsparung pro Pflegebedürftigen im Jahr für die Pflegeversicherung gegenüber der WG-Versorgung ist absehbar, dass die Kostenträger darauf drängen werden, möglichst viele Menschen so zu versorgen. Wie sollen bestehende Wohngemeinschaftsangebote daneben existieren können und wie kann die Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen sichergestellt werden? Es bleiben zudem Fragen zur konkreten Organisationsform, der Kombination verschiedener Angebote und der Vereinbarung von Leistungen offen. Eine wirtschaftlich verlässliche Planung erscheint nicht möglich. Es ist sogar stark zu befürchten, dass mit der Neuregelung und Schaffung eines neuen Sektors mit entsprechend neu ausgerichteten Interessenlagen der Kostenträger die bisherigen WG-Strukturen, die sich in den letzten zehn bis zwölf Jahren deutlich weiterentwickelt und zu einer wichtigen Säule der ambulanten Pflegeinfrastruktur geworden sind, existenziell gefährdet werden. Das würde die ambulante Versorgung nicht stärken, sondern empfindlich schwächen. Das ist der falsche Weg!

Anstatt die bestehenden Versorgungsangebote in der Pflege abzusichern, sollen mit erheblichem bürokratischem Mehraufwand neue privilegierte Angebote geschaffen werden. Statt einer Stärkung der Selbstbestimmung und der Versorgungssicherheit der Pflegebedürftigen würde so einzig eine Kostenersparnis gesetzlich vorgebracht werden. Für die seit Jahren von der Politik befürwortete WG-Versorgung ist dies im Gegenzug existenzbedrohend. Strukturen, die über viele Jahre geschaffen wurden, sowohl durch Leistungserbringer wie auch in der Selbstverantwortung der Pflegebedürftigen, werden absehbar verschwinden. Dies widerspricht der vermeintlich gewünschten Stärkung der Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen. Nicht ohne Grund haben sich Wohngruppen in den vergangenen Jahren als eine bei den Pflegebedürftigen sehr beliebte Versorgungsform etabliert. Der neue Versorgungssektor des § 92c SGB XI wird diese Strukturen mittelfristig zerschlagen.

Dabei gibt es gemeinschaftliche Wohnformen bereits im Rahmen der Pflegeversicherung: das sind ambulant betreute Wohngemeinschaften gem. § 38a SGB XI (bzw. § 45h SGB XI in der Fassung des Referentenentwurfs). Diese gilt es zu stärken. Eine neue Versorgungsform mit einem neuen Sektor leistet keinen Beitrag zur Absicherung der pflegerischen Versorgung, es gilt die bestehenden Strukturen und Angebote in der Pflege abzusichern und zu stärken.

Kommunale Pflegestrukturplanung

Der bpa lehnt die vorgesehene kommunale Pflegestrukturplanung mit aller Entschiedenheit ab!

Aus Sicht des bpa ist diese ein Einfallstor für eine Bedarfsplanung auf kommunaler Ebene und auf Landesebene. Die derzeit gewährleistete flächendeckende pflegerische Versorgung darf nicht gefährdet werden. Eine kommunale Pflegestrukturplanung wäre der erste Schritt dahin, dass Pflegekassen und Kommunen das Recht bekommen, Versorgungsverträge in der Pflege zu verhindern und damit den freien Wettbewerb einzuschränken. Die Berücksichtigung der kommunalen Pflegestrukturplanung beim Abschluss von Versorgungsverträgen bedeutet perspektivisch eine Aufweichung des Kontrahierungszwangs. Eine Einschränkung der Handlungsspielräume durch eine zwingend anzuwendende Bedarfsplanung würde angesichts der zunehmenden Zahl der Pflegebedürftigen dringend notwendige Neugründungen massiv gefährden und die Entwicklung moderner und bedarfsgerechter Pflegekonzepte stoppen.

Anstatt eine Pflegestrukturplanung einzuführen, sollten die Kommunen endlich ihre Verantwortung für die Altenhilfe gem. § 71 SGB XII wahrnehmen: „Die Altenhilfe soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken.“ Kommunen könnten auf dieser Grundlage Maßnahmen ergreifen, um Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zu verzögern. Die wenigsten Kommunen machen davon aber Gebrauch. Der bpa fordert die Kommunen auf, die Altenhilfe gem. SGB XII umzusetzen und entsprechende Planungen aufzustellen.

Angebote zur Unterstützung im Alltag

Die Angebote zur Unterstützung im Alltag sollen noch stärker niedrigschwellig und bürokratieärmer ausgestaltet werden, insbesondere im Hinblick auf Angebote zur Entlastung im Alltag und personenbezogen anerkannte Einzelhelfende. Zudem wird der Umwandlungsanspruch bei den

ambulanten Sachleistungen von 40 % auf 50 % erhöht und ein ebensolcher in der Tagespflege eingefügt. Diese Vorhaben lehnt der bpa in aller Entscheidung ab.

Während die Anforderungen an die Leistungsqualität und an die Qualifizierung von Mitarbeitenden in der ambulanten und stationären Pflege seit der Einführung des SGB XI ständig gestiegen sind, wurde mit den Angeboten zur Unterstützung im Alltag ein niedrighschwelliges Angebot geschaffen, bei dem die Anforderungen nun noch weiter abgesenkt werden. Es wird ohne übergreifende Zielsetzung und Begründung eine Zweiteilung geschaffen bzw. weiter verstärkt mit hochqualifizierten Leistungen auf der einen Seite und immer geringer qualifizierten Leistungen auf der anderen Seite, die sich beide an die gleiche Zielgruppe richten: pflegebedürftige Menschen im Sinne des § 14 SGB XI. Zudem sollen nicht unerhebliche weitere Mittel eingesetzt werden, um den niedrighschwelligeren Bereich weiter auszubauen. Die vorgesehenen Regelungen sind nicht dazu geeignet, die auch für die Betreuungs- und Unterstützungsleistungen notwendige Qualität zu wahren, die durch professionelle Pflegeeinrichtungen durchgehend sichergestellt sein muss.

Es steht zu befürchten, dass die niedrighschwelligeren Vorgaben in ihrer angedachten Form einen neuen Markt für Einzelhelfende schaffen, auf dem diese sich unter Ausnutzung der Sachleistungsbudgets der ambulanten Pflege gem. § 36 SGB XI zusammenfinden und die für die pflegerische Versorgung notwendigen Ressourcen deutlich reduzieren. Dies steht diametral zu den Erfordernissen, die pflegerische Versorgung perspektivisch sicherzustellen.

Statt neben dem hochqualifizierten Pflegebereich einen zweiten niedrighschwelligeren Bereich zu schaffen, sollten die formalen Anforderungen insgesamt auf den Prüfstand gestellt werden mit dem Ziel erleichterter Anforderungen, um damit dem erwartbar zunehmenden Personalmangel zu begegnen und die Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland langfristig sicherzustellen. Zudem gilt es politische Weichenstellungen endlich so vorzunehmen, dass die Personalsicherung in der professionellen Pflegeinfrastruktur perspektivisch gelingen kann.

Tagespflege

Der Umwandlungsanspruch für das teilstationäre Sachleistungsbudget muss gestrichen werden. Er gefährdet in hohem Maße die Existenz bestehender Tagespflegeangebote, die sich in den vergangenen zehn Jahren sehr dynamisch und mit enorm großen Engagement der Träger von Pflegeangeboten entwickelt haben. Eine Verwendung des Sachleistungsbudgets der Tagespflege für Leistungen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, die sich außerhalb der sonst gültigen Maßstäbe der

Pflegeversicherung bewegen, kommt einer Zweckentfremdung gleich und zerstört wichtige Pflegeinfrastruktur zur Absicherung der häuslichen Versorgung.

Erweiterte heilkundliche Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen

Besonders wichtig ist es, dass die erweiterten heilkundlichen Leistungen nicht nur von studierten Pflegefachpersonen, sondern auch von solchen mit einer „gleichwertigen Qualifikation“ erbracht werden dürfen. Das ist ein wichtiges Signal an die Mehrheit der Pflegekräfte in Deutschland, die eine berufliche Ausbildung hat. Deswegen ist die Einbeziehung der Pflegekräfte mit beruflicher Ausbildung ein wesentlicher Faktor, der zum Gelingen oder Scheitern des Gesetzes beitragen kann.

Die entscheidende Frage des Pflegekompetenzgesetzes lautet: Welche erweiterten heilkundlichen Leistungen dürfen Pflegefachpersonen künftig selbständig erbringen? Der Rahmenvertrag gem. § 73d SGB V soll dieses festlegen. Der bpa begrüßt, dass dabei auch ausdrücklich eine einschlägige Berufserfahrung berücksichtigt werden kann. Damit wird den Pflegefachpersonen mit beruflicher Ausbildung eine wichtige Perspektive eröffnet, die zur Attraktivität des Pflegeberufs und zum Berufsverbleib beitragen kann. Das unterstützt der bpa.

Sehr kritisch bewertet der bpa die Durchführung von erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen in Arztpraxen und medizinischen Versorgungszentren. Damit würde ein Konstruktionsfehler der Regelung von § 64d SGB V fortgeführt werden. Der Gesetzgeber muss sich fragen lassen, warum er das Pflegekompetenzgesetz umsetzt – geht es um eine Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe als einen wichtigen Baustein gegen den Fachkräftemangel in der Pflege? Oder geht es um die Entlastung der Ärzte? Der bpa fordert daher eine Klarstellung im Gesetz, dass die von Pflegefachpersonen erweiterten heilkundlichen Leistungen nicht bei zugelassenen Ärzten und in medizinischen Versorgungszentren erbracht werden dürfen.

Institution zur Begleitung und Unterstützung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung

Völlig falsch ist die im Referentenentwurf vorgesehene unabhängige qualifizierte Institution zur Begleitung und Unterstützung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung. Die beauftragte Institution soll u.a. bei der Umsetzung der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben, bei der Umsetzung von Pflegedokumentationskonzepten sowie ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von bewohner- und kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen

unterstützen. Der bpa spricht sich entschieden gegen die Schaffung dieser neuen Institution aus. Die Pflegeeinrichtungen benötigen keine zusätzlichen Beratungen und keinen weiteren Wissenstransfer von außen, sondern eigene Ressourcen, um die Organisationsentwicklung von innen heraus entwickeln zu können. Die neue Institution trägt aber gerade nicht zur Ressourcenstärkung in den Einrichtungen bei, sondern würde zusätzliche Kapazitäten binden.

Zu den Vorschriften im Einzelnen

Artikel 1, Nr. 2b

§ 5 SGB XI – Prävention in der häuslichen Pflege

Vorgeschlagene Neuregelung

Die Pflegekassen sollen Präventionsleistungen nach § 20 Abs. 5 SGB V künftig auch für in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Pflegebedürftige in häuslicher Pflege unterstützen.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung grundsätzlich. Präventionsmaßnahmen tragen dazu bei, die Lebensqualität von Pflegebedürftigen zu verbessern und gesundheitliche Komplikationen zu vermeiden. Durch gezielte Maßnahmen können Krankheiten frühzeitig erkannt und behandelt werden. Damit wird das Wohlbefinden der Pflegebedürftigen gesteigert und auch die Belastung für Pflegekräfte und Angehörige reduziert.

Die Regelung trägt dazu bei, dass die Beratungsangebote für Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen ausgebaut werden, damit der Anspruch auf individuelle Beratung in der Häuslichkeit von allen Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden kann. Beratungsangebote sind als Basis unverzichtbar, um darin auch Empfehlungen für präventive Maßnahmen zu verankern bzw. die Beratung um die Komponente Prävention zu ergänzen.

Es fehlt bei der Umsetzung dieser Neuregelung allerdings eine Regelung zur Vergütung.

Änderungsvorschläge

Die Vergütung von Empfehlungen zur Prävention von Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege muss gesetzlich geregelt werden.

Artikel 1, Nr. 5a

§ 8 Abs. 3b SGB XI – wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung

Vorgeschlagene Neuregelung

Die wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung durch den GKV-Spitzenverband wird präzisiert. Sie soll künftig auch die Erarbeitung von Szenarien für die zukünftige Sicherstellung der ambulant-häuslichen Versorgung enthalten. Das Modellprogramm wird bis 2028 verlängert.

Stellungnahme

Die beabsichtigte Gesetzesänderung ist kosmetischer Art und wird keine Wirkung erzielen. In der Begründung zu der Änderung heißt es: „Vielmehr besteht absehbar demografisch bedingt die Herausforderung, genügend Pflegefach- und -assistenzpersonen zu finden und die Versorgung unter Einbeziehung aller verfügbaren Akteure, auch der Kommunen, kurz- und mittelfristig sicherzustellen.“ Diese Einschätzung teilt der bpa. Um ausreichend Pflegekräfte zu finden, bedarf es aber keiner Modellprogramme und – weder für den ambulanten noch für den stationären Bereich – weiterer Szenarien für die Sicherstellung der Versorgung. Die konkreten Umsetzungsvorschläge des bpa zur Personalsicherung liegen vor:

- die Einführung einer [Kompetenzvermutung](#) für internationale Pflegekräfte (s. auch Seite 117),
- eine zwölfmonatige [Pflegeassistentenausbildung](#),
- ein grundsätzliches Überdenken der generalistischen [Pflegeausbildung](#).

Hinzu kommt, dass die Finanzierung von Studien, Modellprojekten und wissenschaftlichen Expertisen bis 2028 verlängert wird, ohne dass die Mittel dafür erhöht werden. In der Begründung wird das „kostenneutral“ genannt. Da die vorhandenen Mittel aber bereits weitgehend für die Modellprojekte der vollstationären Pflege verbraucht sind, macht eine Ausweitung der Regelung ohne eine Erhöhung der Finanzmittel keinen Sinn.

Änderungsvorschläge

Die Regelung sollte gestrichen werden.

Artikel 1, Nr. 5b

§ 8 Abs. 3c SGB XI – wissenschaftliche Expertisen zur Ausgestaltung heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen

Vorgeschlagene Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband soll wissenschaftliche Expertisen zur konkreten Ausgestaltung der Inhalte von pflegerischen und heilkundlichen Leistungen, die durch Pflegefachpersonen erbracht werden, fördern. Damit sollen heilkundliche Leistungen beschrieben werden, die über die Regularien des Pflegekompetenzgesetzes hinausgehen.

Stellungnahme

Der erste Satz der Begründung ist maßgeblich für den Titel des Gesetzentwurfs: „Die Kompetenzen von Pflegefachpersonen in der Versorgung werden aktuell noch nicht in dem Maße eingesetzt, wie es aus fachlicher Sicht möglich wäre.“ Diese Einschätzung teilt der bpa ausdrücklich. Pflegekräfte können mehr, als sie aktuell dürfen, und es trägt zur Attraktivität des Pflegeberufs bei, wenn Pflegekräfte künftig auch heilkundliche Aufgaben übernehmen können.

Der bpa begrüßt es insbesondere, dass bei der Beschreibung pflegerischer Aufgaben ausdrücklich auch „Pflegefachpersonen mit einer beruflichen Ausbildung“, so die Begründung, mit einbezogen werden. Die Mehrheit der Pflegekräfte in Deutschland hat eine berufliche und (noch) keine hochschulische Ausbildung. Deswegen ist die Einbeziehung der Pflegekräfte mit beruflicher Ausbildung ein wesentlicher Faktor, der zum Gelingen oder Scheitern des Gesetzes beitragen kann. Es darf nicht dazu führen, dass es nur wenige akademisch qualifizierte Pflegekräfte geben wird, die weitergehende heilkundliche Tätigkeiten durchführen können, während die Masse der Pflegefachkräfte keine Chance dazu erhält. Das Verhältnis verdeutlicht die nachfolgende Übersicht:

Berufsabschlüsse der Pflegefachkräfte in Pflegeheimen und Pflegediensten

Pflegefachkräfte mit beruflicher Ausbildung	424.103
Pflegekräfte mit pflegewissenschaftlichem Abschluss	4.740
Gesamt	428.843
Anteil der Pflegekräfte mit wiss. Abschluss	1,1 %

Quelle: Pflegestatistik 2021 des Statistischen Bundesamtes (als Pflegefachkräfte wurden Altenpflegekräfte, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Kinderkrankenschwestern und Pflegefachfrauen zusammengezählt)

Das Ziel der Regelung ist es, eine „Übersetzungshilfe“ zu erstellen, aus der sich für Pflegekräfte, Pflegekassen und Leistungserbringer ergibt, welche Pflegekraft mit welcher Qualifikation welche Leistungen erbringen darf. Das begrüßt der bpa. Wenn es gelingt, eine solche Übersicht zu erstellen, kann diese zur Rechtsklarheit beitragen. Da diese Übersetzungshilfe weitreichende Auswirkungen auch auf die Pflegeeinrichtungen haben wird, die entsprechend qualifizierte Pflegekräfte anstellen, ist es erforderlich, bei der Förderung der wissenschaftlichen Expertisen nicht nur die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, sondern auch die maßgeblichen Organisationen der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene einzubeziehen. Die Qualifikationen der Pflegekräfte und die darauf beruhenden Kompetenzen spielen eine zentrale Rolle bei der Vertragsgestaltung zwischen Pflege- und Krankenkassen auf der einen Seite und den Leistungserbringern der Pflege auf der anderen Seite. Pflegekräfte agieren auch bei der Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten immer als Angestellte von Pflegeheimen und Pflegediensten – anders als Ärzte, die in der Regel freiberuflich tätig sind. Deswegen ist die Einbindung der Leistungserbringer entsprechend zu berücksichtigen.

Die Finanzierung der wissenschaftlichen Expertisen sollen mit 10 Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung finanziert werden. Dafür sollen die noch nicht verausgabten Mittel für das Modellprogramm nach §125a SGB XI gekürzt werden. Das lehnt der bpa ab. Die Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege nach § 125a SGB XI sind ein wichtiger Baustein, um die Digitalisierung in der Pflege zu fördern. Die Digitalisierung in der Pflege und die Übertragung von Heilkunde auf Pflegekräfte sollten nicht gegeneinander ausgespielt werden. Im Rahmen des Modellvorhabens Telepflege wurden verschiedene gute Bewerbungen nicht angenommen. Da die Erprobungen aber vor wenigen Monaten erst begonnen haben, sollten die Mittel lieber genutzt werden, um weitere Projekte zur Telepflege durchzuführen.

Laut Begründung ist vorgesehen, dass auch „Empfehlungen für Mindestinhalte von Weiterbildungen entwickelt werden“. Dabei sollen auch bestehende Weiterbildungen in den Blick genommen werden. Der bpa begrüßt diese Offenheit. Im Pflegebereich gibt es eine Vielzahl an Fort- und Weiterbildungen und alle Pflegeeinrichtungen kümmern sich um entsprechende Angebote für ihre Pflegekräfte. Unter anderem bietet der bpa seinen Mitgliedern dafür jährlich in jedem Bundesland ein umfassendes Fort- und Weiterbildungsprogramm. Es ist wichtig, bei den zu formulierenden Empfehlungen von Mindestinhalten von Weiterbildungen die bestehenden Angebote und den damit verbundenen Kompetenzerwerb zu berücksichtigen.

Änderungsvorschlag

§ 8 Abs. 3c SGB XI wird wie folgt gefasst:

„(3c) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen fördert gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wissenschaftliche Expertisen zur konkreten Ausgestaltung der Inhalte von pflegerischen und heilkundlichen Leistungen des Fünften und Elften Buches, die durch Pflegefachpersonen gestaffelt nach Qualifikationsniveau nach Maßgabe von § 15a des Fünften Buches erbracht werden können. 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 **und nach Anhörung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene** die Dauer, Inhalte und Durchführung von Maßnahmen nach Satz 1. Die Beauftragung der Erstellung wissenschaftlicher Expertisen erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bei der Beauftragung der Erstellung wissenschaftlicher Expertisen sowie ihrer Durchführung ist sicherzustellen, dass die Auftragnehmer die fachliche Expertise der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a **sowie die der maßgeblichen Organisationen der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene** in geeigneter Art und Weise einbeziehen. Weitere geeignete Fachorganisationen können an der Erstellung der Expertisen beteiligt werden. Für die Umsetzung der Aufgaben nach Satz 1 bis 4 werden dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für die Jahre 2025 bis 2030 Fördermittel von insgesamt zehn Millionen Euro bereitgestellt. Die gesetzlichen Krankenkassen tragen an den Ausgaben für die Fördermittel einen Anteil von 50 Prozent; § 150 Absatz 4 Satz 3 und 4 gelten entsprechend. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.“

Artikel 1, Nr. 5d aa)

**§ 8 Abs. 7 SGB XI – Geschäftsstelle nach § 113c Abs. 9 SGB XI
Artikel 1, Nr. 46c**

§ 113c Abs. 9 SGB XI – Institution zur Personal- und Organisationsentwicklung

Vorgeschlagene Neuregelung

Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene sollen eine unabhängige qualifizierte Institution zur Begleitung und Unterstützung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung beauftragen. Die beauftragte Institution soll u.a. bei der Umsetzung der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben, bei der Umsetzung von Pflegedokumentationskonzepten sowie ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von bewohner- und kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen unterstützen.

Stellungnahme

Der bpa lehnt die Einführung dieser neu zu schaffenden Institution strikt ab. Als Begründungen werden u.a. eine bessere Unterstützung bei der Pflegepersonalbemessung und mehr Unterstützung für Pflegefachpersonen bei der Aufgabenverteilung genannt. Dafür bedarf es keiner neuen bürokratischen Institution, die unnötige Ressourcen binden wird. Die Pflegeeinrichtungen benötigen keine zusätzlichen Beratungen und keinen weiteren Wissenstransfer von außen, sondern eigene Ressourcen, um die Organisationsentwicklung von innen heraus entwickeln zu können. Wirksam sind Maßnahmen nur, wenn die notwendige Struktur in den Einrichtungen für die notwendigen Prozesse besteht. Die neue Institution trägt aber gerade nicht zur Ressourcenstärkung in den Einrichtungen bei, sondern würde zusätzliche Kapazitäten binden.

Das Gleiche gilt für die Umsetzung von Pflegedokumentationskonzepten. Mit der Umsetzung des sog. Strukturmodells ([EinStep](#)) sind diverse Maßnahmen zur Begleitung und Unterstützung der Pflegeeinrichtungen erfolgreich etabliert worden. Dafür bedarf es keiner neuen Institution. Der bpa fordert daher die Streichung von § 113c Abs. 9 SGB XI. Soweit der Gesetzgeber eine institutionelle Absicherung des EinSTEP-Modells wünscht, sollte dieses an die Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses angebunden werden. Hier finden sich bestehende Strukturen, die die anfallenden Aufgaben unmittelbar umsetzen können.

Kritisch bewertet der bpa auch die geplante Finanzierung der Geschäftsstelle der neuen Institution. Deren Mittel reduzieren das Fördervolumen für Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Damit

würden Finanzmittel für wichtige Vorhaben zweckentfremdet. Die entsprechende Regelung sollte daher wieder gestrichen werden.

Änderungsvorschläge

§ 113c Abs. 9 SGB XI wird gestrichen.

In § 8 Abs. 7 SGB XI wird die beabsichtigte Einfügung wieder gestrichen:

Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt, um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zu fördern, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern. Die Maßnahmen nach Satz 1 werden in den Jahren 2025 bis 2030 mit den in den Jahren 2023 und 2024 nicht in Anspruch genommenen Fördermitteln aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung gefördert. Das verfügbare Fördervolumen in den Jahren 2025 bis 2030 wird zudem um die für Modellvorhaben nach § 123 ~~sowie die für die Geschäftsstelle nach § 113c Absatz 9~~ beanspruchten Mittel des Ausgleichsfonds verringert.

Artikel 1, Nr. 5d bb)

§ 8 Abs. 7 Satz 4 Nr. 8 SGB XI – Maßnahmen zur betrieblichen Integration von Pflege- und Betreuungskräften aus dem Ausland

Vorgeschlagene Neuregelung

Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden auch Maßnahmen zur betrieblichen Integration von Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland gefördert.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt dieses Vorhaben ausdrücklich. Der bpa teilt dazu auch die Einschätzung aus der Begründung: „Das Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland leistet einen wichtigen Beitrag zur Sicherung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in Deutschland. Der Bedarf an Pflegepersonal aus dem Ausland steigt stetig. Die gezielte Anwerbung von Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland ist eine notwendige Ergänzung der Maßnahmen zur Fachkräftesicherung im Inland, um die Pflegequalität und Versorgungssicherheit aufrecht zu erhalten.“

Die Bedeutung der ausländischen Pflegekräfte ist erst kürzlich durch neue Zahlen des [Statistischen Bundesamtes](#) eindrucksvoll dargestellt worden: Im Jahr 2023 sind 27.300 Anerkennungsverfahren in den Pflegeberufen positiv beschieden wurden – zum Vergleich: im gleichen Zeitraum (2023) wurden 33.500 Abschlüsse in der generalistischen Pflegeausbildung erlangt. Das verdeutlicht den großen Stellenwert, den ausländische Pflegekräfte mittlerweile in Deutschland bei der Sicherstellung der Versorgung haben. Deswegen ist es richtig, Integrationsmaßnahmen zu unterstützen.

Änderungsvorschläge

Keine.

Artikel 1, Nr. 6

§ 8a SGB XI – Verpflichtende Berücksichtigung von Empfehlungen der Landespflegeausschüsse beim Abschluss von Vergütungsvereinbarungen

Artikel 1 Nr. 7

§ 9 SGB XI – Kommunale Pflegestrukturplanung

Artikel 1, Nr. 11

§ 12 SGB XI – Versorgungsdaten für die kommunale Pflegestrukturplanung

Artikel 1, Nr. 32

§ 69 SGB XI – Verpflichtung für die Pflegekassen zur Berücksichtigung der Empfehlungen der Landespflegeausschüsse

Artikel 1, Nr. 33a

§ 72 Abs. 1a SGB XI – Berücksichtigung der kommunalen Pflegestrukturplanung beim Abschluss von Versorgungsverträgen

Vorgeschlagene Neuregelung

An verschiedenen Stellen des SGB XI soll eine kommunale Pflegestrukturplanung verankert werden. Pflegekassen sollen Daten zur regionalen Versorgungssituation erheben und den Kommunen für ihre Pflegestrukturplanung zur Verfügung stellen. Vor dem Abschluss eines Versorgungsvertrags sind die Empfehlungen der Landespflegeausschüsse und die Vorgaben der kommunalen Pflegestrukturplanung zu "beachten".

Stellungnahme

Der bpa lehnt die vorgesehene kommunale Pflegestrukturplanung mit aller Entschiedenheit ab!

Aus Sicht des bpa ist diese ein Einfallstor für eine Bedarfsplanung auf kommunaler Ebene und auf Landesebene. Die derzeit gewährleistete flächendeckende pflegerische Versorgung darf nicht gefährdet werden.

Die Bundesländer sollen ermächtigt werden, eine kommunale Pflegestrukturplanung einzuführen. Ob alle Bundesländer davon überzeugt sind, darf infrage gestellt werden, denn bereits 2016 hat der heutige Gesundheitsminister des Landes Nordrhein-Westfalen, Karl-Josef Laumann, festgestellt:

"Eine wichtige kommunalpolitische Aufgabe ist es, eine ausreichende Zahl an altersgerechtem Wohnraum bereitzustellen. Aber es kann nicht die Aufgabe der Kommune sein, eine verbindliche Pflegebedarfsplanung umzusetzen. Das habe ich massiv verhindert. Nicht die Kommune, sondern

die Vielfalt der Anbieter hat nach der Marktöffnung in den letzten Jahren dazu beigetragen, dass neue bedarfsgerechte Angebote vor Ort entstanden sind." (Meldung von Care Invest vom 25. April 2016)

Aus Sicht des bpa ist die Rolle der Kommunen schon bisher ausreichend klar beschrieben. Sie sollen dafür sorgen, dass regional ein breit gefächertes pflegerisches Angebot bereitsteht und somit die pflegebedürftigen Menschen und ihre pflegenden Angehörigen das für sie passende Angebot tatsächlich auswählen können. Aufgabe der Kommunen darf dabei weder die Bedarfssteuerung der Angebote noch die Fallsteuerung der pflegebedürftigen Menschen sein. Es ist kein Risiko der Kommunen, wenn ein Dienstleister einen Pflegedienst, eine Tagespflege, eine Wohngemeinschaft oder ein Pflegeheim anbietet. Die Kommune ging und geht hier keine Auslastungsgarantie ein; das Risiko für ein bedarfsgerechtes Angebot war und bleibt beim Träger. Aufgabe der Kommunen muss es sein, Versorgungslücken zu erkennen und diese zum Wohle der Pflegebedürftigen zu schließen. Als Anbieter dieser fehlenden Leistungen müssen sie deshalb nicht auftreten. Die vergangenen Interventionen der Bundesländer und der Kommunen hatten häufig unerwünschte Nebenwirkungen – nämlich langanhaltende Wettbewerbsverzerrungen. **Die Kommunen sollten endlich ihre Verantwortung für die Altenhilfe gem. § 71 SGB XII wahrnehmen: „Die Altenhilfe soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken.“ Kommunen könnten auf dieser Grundlage Maßnahmen ergreifen, um Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zu verzögern. Die wenigsten Kommunen machen davon aber Gebrauch. Der bpa fordert die Kommunen auf, die Altenhilfe gem. SGB XII umzusetzen und entsprechende Planungen aufzustellen.**

Die kommunale Pflegestrukturplanung ist der erste Schritt dahin, dass Pflegekassen und Kommunen das Recht bekommen, Versorgungsverträge in der Pflege zu verhindern und damit den freien Wettbewerb einzuschränken. Es ist davon auszugehen, dass das Instrument genutzt wird, um bestehende kommunale Träger und Wohlfahrtseinrichtungen vor Wettbewerb zu schützen. Die Berücksichtigung der kommunalen Pflegestrukturplanung beim Abschluss von Versorgungsverträgen bedeutet perspektivisch eine **Aufweichung des Kontrahierungszwangs**.

Der Kontrahierungszwang aber sichert allen Anbietern, die die grundlegenden Voraussetzungen erfüllen, den Zugang zum Markt, indem er den Pflegekassen vorschreibt, Versorgungsverträge abzuschließen. Dies hat maßgeblich dazu beigetragen, dass in Deutschland eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Pflegeversorgung gewährleistet werden kann. Private Träger konnten dadurch in allen Regionen der Republik, von

städtischen Ballungsräumen bis in die ländlichsten Gegenden, wichtige Versorgungsaufgaben übernehmen.

Eine kommunale Pflegestrukturplanung würde diese hart erkämpften Errungenschaften der letzten Jahrzehnte zunichtemachen und private Pflegeeinrichtungen massiv schwächen.

Sollte der Kontrahierungszwang tatsächlich weiter aufgeweicht werden, könnte dies weitreichende Konsequenzen für die Versorgungsqualität und -sicherheit haben. Besonders in ländlichen und strukturschwachen Regionen sind private Pflegeeinrichtungen oft unverzichtbar, um eine angemessene Versorgung sicherzustellen. Diese sind es, die mit innovativen Lösungen dringend notwendige Angebote geschaffen und die investiert haben, wo Kommunen und andere Träger dies nicht leisten konnten.

Private Anbieter stellen täglich unter Beweis, dass sie flexibel auf regionale Besonderheiten reagieren und individuelle Lösungen anbieten können. Eine Einschränkung ihrer Handlungsspielräume durch eine zwingend anzuwendende Bedarfsplanung würde angesichts der zunehmenden Zahl der Pflegebedürftigen dringend notwendige Neugründungen massiv gefährden und die Entwicklung moderner und bedarfsgerechter Pflegekonzepte stoppen.

Eine kommunale Bedarfsplanung scheitert regelmäßig bereits daran, den tatsächlichen Pflegebedarf in einer dynamischen und vielfältigen Gesellschaft präzise und zeitnah zu erfassen. Die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit zu bestimmen, ist mit erheblichen Herausforderungen verbunden – sie entwickelt sich individuell und nur schwer vorhersehbar, beeinflusst durch Faktoren wie demografische Veränderungen, individuelle Krankheitsverläufe und regionale Unterschiede. Die Prognosen des Statistischen Bundesamts oder des Bundesministeriums für Gesundheit haben in den letzten Jahren stets Entwicklungen um teils hunderttausende Pflegebedürftige pro Jahr unterschätzt. Eine kommunale Bedarfsplanung würde dies keineswegs besser machen. Stattdessen würden starre, bürokratische Vorgaben gesetzt, die den realen Bedürfnissen der Menschen nicht gerecht werden. Der Versuch, Pflegeangebote durch eine solche Planung zu steuern, würde daher in ineffizienten Strukturen münden, die den Zugang zu notwendigen Pflegeleistungen erschweren, anstatt ihn zu verbessern.

Zudem führt eine kommunale Bedarfsplanung zu einem Verlust an Flexibilität und Innovationskraft, die für eine qualitativ hochwertige Pflegeversorgung unerlässlich sind. Private Pflegeeinrichtungen, die bisher auf die vielfältigen und sich ändernden Bedürfnisse der Pflegebedürftigen schnell und flexibel reagieren konnten, werden durch eine Planung in ihren Handlungsspielräumen eingeschränkt. Dies hemmt nicht nur die Entwicklung neuer Pflegekonzepte, sondern gefährdet auch die Anpassungsfähigkeit

des Pflegesystems. Die Pflegeversorgung würde uniformer, weniger diversifiziert und weniger an den individuellen Bedürfnissen der Menschen ausgerichtet sein. Obendrein droht die Gefahr, dass sich die Bedarfsplanung stärker an kurzfristigen Kostenüberlegungen der Kostenträger orientiert als an den tatsächlichen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen.

Die Pläne zur Einführung einer flächendeckenden Bedarfsplanung und zur Aufweichung des Kontrahierungszwangs lehnt der bpa ab. Kommunen, die es schon bisher in viel zu vielen Fällen nicht schaffen, die Hilfe zur Pflege rechtzeitig auszuführen und Träger von Pflegeeinrichtungen dadurch in erhebliche Liquiditätsprobleme bringen, sollten nicht noch zusätzliche Aufgaben übernehmen. Stattdessen sollten sie sich zunächst einmal mit der Absicherung ihrer aktuellen Aufgaben und der Übernahme ihrer **Verantwortung für die Altenhilfe gem. § 71 SGB XII befassen**. Damit würde ein wichtiger Beitrag zur Absicherung der Pflegeinfrastruktur geleistet.

Statt immer neuer Regularien braucht es Rahmenbedingungen für Pflegeeinrichtungen, die eine konsequente Entbürokratisierung in der Pflege ermöglichen. Statt einer Bedarfsplanung, die private Anbieter an den Rand drängt, wird eine Politik benötigt, die den Wettbewerb fördert und die Vielfalt im Pflegemarkt bewahrt. So wird auch in Zukunft eine hochwertige Pflegeversorgung für alle Menschen in Deutschland sichergestellt.

Änderungsvorschläge

- 1.) § 8a Abs. 5 SGB XI wird nicht geändert und verbleibt in seiner bisherigen Fassung:

Empfehlungen der Ausschüsse nach den Absätzen 1 bis 3 zur Weiterentwicklung der Versorgung **sind sollen** von den Vertragsparteien nach dem Siebten Kapitel beim Abschluss der Versorgungs- und Rahmenverträge und von den Vertragsparteien nach dem Achten Kapitel beim Abschluss der Vergütungsverträge **einbezogen werden zu beachten**.

- 2.) § 9 SGB XI wird nicht geändert und verbleibt in seiner bisherigen Fassung:

Die Länder sind verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt; **Die Länder können durch Landesrecht bestimmen, ob eine kommunale Pflegestrukturplanung vorzusehen ist und inwieweit die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 3, soweit diese bestehen, als Bestandteil der kommunalen Pflegestrukturplanung anzusehen sind.** durch Landesrecht kann auch bestimmt werden, ob und in welchem Umfang eine im

Landesrecht vorgesehene und an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen orientierte finanzielle Unterstützung

1. der Pflegebedürftigen bei der Tragung der ihnen von den Pflegeeinrichtungen berechneten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen oder
2. der Pflegeeinrichtungen bei der Tragung ihrer betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen

als Förderung der Pflegeeinrichtungen gilt. Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen.

- 3.) Die Einfügung des neuen Textes in § 12 Abs. 2 SGB XI wird gestrichen und der im Entwurf in Absatz 3 verschobene Text wird wieder in Absatz 2 eingefügt:

~~Die Pflegekassen evaluieren regelmäßig auf Basis der ihnen zur Verfügung stehenden Versorgungsdaten die Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation und informieren die an der Versorgung Beteiligten über ihre Erkenntnisse. Sie stellen den regionalen Gebietskörperschaften auf Anfrage zum Zwecke der kommunalen Pflegestrukturplanung regionale Versorgungsdaten zur Verfügung; die hierfür anfallenden Kosten sind ihnen zu erstatten. Die Aufgabe kann auch auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene vereinbaren Empfehlungen zu Umfang, Struktur, Turnus und möglichen Indikatoren der entsprechenden Datensätze. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Sie sind dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. September 2025 vorzulegen.~~

- 4.) § 69 Abs. 2 SGB XI wird gestrichen:

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

Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. September 2025 vorzulegen.

5.) § 72 Abs. 1a SGB XI wird gestrichen:

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

Artikel 1, Nr. 9

§ 10a SGB XI – Beauftragte der Bundesregierung für Pflege

Vorgeschlagene Neuregelung

Es wird beabsichtigt, das Amt der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege als Ansprechperson für beruflich Pflegenden sowie Pflegebedürftige gesetzlich zu verankern.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Verankerung des Amtes der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege. Durch die gesetzliche Normierung wird die Position der/des Pflegebevollmächtigten gestärkt und deren/dessen Empfehlungen und Maßnahmen erhalten mehr Bedeutung. Eine gesetzlich verankerte Pflegebevollmächtigte kann sich wirksamer für die Interessen von Pflegebedürftigen, Pflegekräften und pflegenden Angehörigen einsetzen und somit zur Verbesserung der Pflegebedingungen beitragen. Für eine umfassende Interessenwahrnehmung und Beachtung der Interessen der Pflege ist eine Berücksichtigung von Pflegeeinrichtungen in § 10a SGB XI unabdingbar. Pflegeeinrichtungen, Pflegekräfte und pflegende Angehörige arbeiten eng zusammen. Eine koordinierte Unterstützung aller Beteiligten fördert ein effektives Pflegesystem. Durch die Einbindung der Pflegeeinrichtungen als Ansprechpartner wird sichergestellt, dass die Pflegepolitik umfassend und praxisorientiert gestaltet wird, was den Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen und den beruflich Pflegenden zugutekommt. Insbesondere die beabsichtigte Qualitätssicherung der pflegerischen Versorgung kann mit Einbeziehen der Pflegeeinrichtungen besser und zielgerichteter erfolgen.

Änderungsvorschläge

§ 10a Abs. 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Aufgabe der beauftragten Person ist es, darauf hinzuwirken, dass die Anliegen pflegebedürftiger Menschen, ihrer An- und Zugehörigen **und**, der beruflich Pflegenden, **und der Pflegeeinrichtungen** im Pflege- und Gesundheitssystem wahrgenommen und beachtet werden. Sie setzt sich bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe dafür ein, dass die Selbstbestimmung der Menschen mit Pflegebedarf gewahrt, die Qualität der pflegerischen Versorgung gesichert wird und unterschiedliche Lebensbedingungen und Bedürfnisse beachtet und in allen Bereichen der Versorgung berücksichtigt werden. Die beauftragte Person wirkt auf eine frühzeitige und umfassende Beteiligung von Menschen mit Pflegebedarf **und**, beruflich Pflegenden **und Pflegeeinrichtungen** in Fragen der Pflege,

insbesondere der pflegerischen Versorgung sowie der sozialen und privaten Pflegeversicherung hin.

Artikel 1, Nr. 10**§ 11 SGB XI – Steuerung des Pflegeprozesses; Vorhaltung von Delegationskonzepten****Vorgeschlagene Neuregelung**

In Absatz 1 soll klargestellt werden, dass zur Gewährleistung der Pflege, Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen durch Pflegeeinrichtungen ebenso die Verpflichtung zur Steuerung des Pflegeprozesses durch Pflegefachpersonen gehört.

Es soll ein neuer Absatz 1a eingefügt werden, der die Pflegeeinrichtungen zur Entwicklung und Vorhaltung eines Konzepts verpflichtet, welches die Delegation von Aufgaben von Pflegefachpersonen auf Pflegeassistenzpersonen sowie auf Pflegehilfskräfte regelt.

Stellungnahme

Die Erweiterung in Absatz 1 wird abgelehnt. Die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses durch Pflegefachpersonen ist mit Einführung der Vorbehaltsaufgaben durch Pflegefachpersonen gem. § 4 PflBG eindeutig geregelt. Eine Klarstellung zur Steuerung des Pflegeprozesses durch Pflegefachpersonen in § 11 Abs. 1 SGB XI ist damit obsolet.

Einer Verpflichtung von Delegationskonzepten im Leistungsrecht bedarf es ebenso nicht. Die vorgeschlagene Regelung wird daher abgelehnt. Es existieren sowohl im Vertrags- und Ordnungsrecht wie auch im Bereich der Qualitätsvorgaben hinreichende Vorgaben zur Überprüfung und Sicherstellung, ob Pflegeeinrichtungen geeignete Kräfte entsprechend ihrer fachlichen wie materiellen Qualifikation bereitstellen und einsetzen, insbesondere mit dem Augenmerk auf behandlungspflegerische Leistungen. Eine doppelte Verortung im rechtlichen Rahmen ist im Sinne einer Entbürokratisierung der Pflege nicht angezeigt. Zudem steht es dem eigentlichen Gesetzesvorhaben, Pflegefachpersonen aufzuwerten, die Eigenständigkeit und Eigenverantwortung und damit die Professionalisierung der Pflege zu stärken, entgegen, da Delegationskonzepte letztlich die Möglichkeiten der Pflegeprozesssteuerung durch Pflegefachpersonen einschränken und damit kontraproduktiv wirken.

Änderungsvorschläge

§ 11 Abs. 1 SGB XI wird nicht geändert und verbleibt in seiner bisherigen Fassung:

Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem

allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. ~~Dies schließt die Steuerung des Pflegeprozesses durch eine Pflegefachperson mit ein.~~ Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten.

§ 11 Abs. 1a SGB XI wird gestrichen:

~~Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, für die Delegation von Aufgaben von Pflegefachpersonen auf Pflegeassistenzpersonen sowie auf Pflegehilfskräfte Delegationskonzepte zu entwickeln und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Verfügung zu stellen.~~

Artikel 1, Nr. 12

§ 15 Abs. 8 SGB XI – Erfahrungsbericht zum Begutachtungsinstrument

Vorgeschlagene Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband soll bis zum 31. Dezember 2025 einen Bericht zu den Erfahrungen der Pflegekassen und der Medizinischen Dienste mit dem Begutachtungsinstrument einschließlich der Bewertungssystematik und zu möglichen Weiterentwicklungen vorlegen. In dem Bericht ist auch die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen seit 2017 unter Berücksichtigung insbesondere von medizinisch-pflegerischen Aspekten, demographischen Faktoren und sozioökonomischen Einflüssen auf wissenschaftlicher Grundlage zu untersuchen.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung. Eine wissenschaftliche Überprüfung des Begutachtungsinstruments und eine Untersuchung zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen kann wichtige Impulse für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung hervorbringen. Der bpa empfiehlt, eine unabhängige Institution mit dem Bericht zu beauftragen, z.B. den Qualitätsausschuss Pflege.

Änderungsvorschläge

Keine.

Artikel 1, Nr. 13

§ 17a SGB XI – Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln

Artikel 1, Nr. 20

§ 40 Abs. 6 SGB XI – Empfehlung von Hilfsmitteln durch Pflegefachpersonen

Vorgeschlagene Neuregelung

Der Katalog der Hilfsmittel, der von Pflegefachpersonen empfohlen werden kann, soll erweitert werden. Die Richtlinien zu diesen Empfehlungen, bisher in § 40 Abs. 6 SGB XI, werden neu in § 17a SGB XI normiert.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Erweiterung des Katalogs der Hilfsmittel, die von Pflegefachpersonen empfohlen werden können. Grundsätzlich ist das ein richtiges Signal, die Kompetenzen der Pflegefachkräfte bei der Auswahl der Hilfsmittel anzuerkennen. Anders als Ärzte sind die Pflegekräfte täglich oder mehrmals in der Woche bei den Pflegebedürftigen und können die Pflegesituation und die Bedarfe sehr gut einschätzen. In der bisherigen Umsetzung hat sich allerdings gezeigt, dass die auch jetzt schon im Gesetz vorgesehene Empfehlung kaum ausgesprochen wird. Nach Einschätzung des bpa liegt dieses vor allen Dingen daran, dass im Gesetz keine Vergütung für die Empfehlungen von Hilfsmitteln durch Pflegekräfte vorgesehen ist. Eine entsprechende Ergänzung sollte daher eingefügt werden. Zudem ist klarzustellen, dass nicht nur die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene eine Gelegenheit zur Stellungnahme zu den Richtlinien erhalten dürfen, sondern auch die maßgeblichen Organisationen der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene. Die Pflegefachkräfte, die Hilfsmittel empfehlen, sind – anders als Ärzte – nicht freiberuflich tätig, sondern Angestellte der Pflegeeinrichtungen. Das in den Richtlinien auszugestaltende Verfahren zur Empfehlung berührt daher die Arbeitszeit und den Umfang der Tätigkeiten der Pflegekräfte, die in Pflegeeinrichtungen beschäftigt sind. Um Umsetzungsschwierigkeiten zu vermeiden und sicherzustellen, dass die vom Gesetzgeber gewollten Empfehlungen in der Praxis auch tatsächlich umgesetzt werden, ist die Beteiligung der Pflegeeinrichtungen an den Richtlinien zielführend.

Änderungsvorschläge

§ 17a Abs. 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum 31. Dezember 2025 in Richtlinien fest

1. in welchen Fällen und für welche Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel, die den Zielen von § 40 Absatz 1 Satz 1 dienen, die Notwendigkeit oder Erforderlichkeit der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln oder Hilfsmitteln, die von Pflegefachpersonen empfohlen werden, nach § 40 Absatz 6 Satz 2 vermutet wird,
2. über welches Qualifikationsniveau die empfehlende Pflegefachperson jeweils verfügen soll,
3. das Nähere zum Verfahren der Empfehlung gemäß § 40 Absatz 6 durch die Pflegefachperson bei der Antragstellung.

Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a **sowie den maßgeblichen Organisationen der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene** ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung über die Inhalte der Richtlinien Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

§ 40 Abs. 6 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Pflegefachpersonen können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36, nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Wird ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen von Absatz 1 Satz 1 dient, von einer Pflegefachperson bei der Antragstellung empfohlen, werden unter den in den Richtlinien nach § 17a festgelegten Voraussetzungen die Notwendigkeit der Versorgung nach Absatz 1 Satz 2 und die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet. Die Empfehlung der Pflegefachperson darf bei der Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein. Einer ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches bedarf es bei Vorliegen einer Empfehlung nach Satz 1 nicht. Die Empfehlung der Pflegefachperson für ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen des Absatz 1 Satz 1 dient, ist der Kranken- oder Pflegekasse zusammen mit dem Antrag des Versicherten in Textform zu übermitteln. In welchen Fällen und für welche Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel nach Satz 2 die Notwendigkeit oder Erforderlichkeit der Versorgung vermutet wird, über welches Qualifikationsniveau die empfehlende Pflegefachperson verfügen soll und das Nähere zum Verfahren der Empfehlung durch die Pflegefachperson bei Antragstellung bestimmt sich nach den Festlegungen in den Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen gemäß § 17a. **Die Höhe der Vergütung für die Empfehlung durch eine Pflegefachperson vereinbaren die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften in entsprechender Anwendung des § 89 mit dem Träger der zugelassenen Pflegeeinrichtung.**

Artikel 1, Nr. 14**§ 18e Abs. 6 SGB XI – Modellprojekt zur Begutachtung durch Pflegefachpersonen****Vorgeschlagene Neuregelung**

Ein Modellprojekt soll klären, inwieweit Pflegefachpersonen, die in der Versorgung nach SGB V oder SGB XI tätig sind, Aufgaben bei der Begutachtung von Pflegebedürftigen übernehmen können.

Stellungnahme

Die vorgeschlagene Neuregelung verwundert.

Zum einen stellt sich für den bpa die Frage, warum es eines Modellvorhabens bedarf, um festzustellen, dass Pflegefachkräfte Aufgaben bei der Pflegebegutachtung übernehmen können. Bereits jetzt übernehmen in Pflegeheimen Pflegekräfte solche Aufgaben und es steht sogar in der Begründung des Gesetzentwurfs, dass es bei den Medizinischen Diensten vorrangig Pflegefachpersonen sind, die die Begutachtung durchführen. Es erschließt sich daher nicht, warum es eines Modellprojekts bedarf, um eine Frage zu klären, deren Antwort bereits vorliegt: Pflegefachpersonen können die Pflegebegutachtung durchführen. Auf Seite 2 des Referententwurfs heißt es: „Die vielfältigen Kompetenzen von Pflegefachpersonen sollen daher für die Versorgung stärker als bislang genutzt werden.“ Dieses Ziel der Bundesregierung kann bei der Begutachtung ohne ein Modellprojekt erreicht werden.

Zum anderen wird im jetzigen Regelungsvorschlag der fehlende Praxisbezug deutlich. Es reicht nicht festzustellen, ob eine Pflegefachkraft Aufgaben der Begutachtung übernehmen kann. Der Gesetzgeber hat sich offenbar keine Gedanken zur praktischen Umsetzung gemacht. Wie bereits mehrfach in dieser Stellungnahme ausgeführt, sind Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen nicht freiberuflich tätig, sondern Angestellte. Deswegen ist die Einbindung der Pflegeeinrichtungen hier zwingend. Es kann keine Übertragung von zusätzlichen Aufgaben auf angestellte Pflegefachpersonen ohne Zustimmung des Arbeitgebers geben. Deswegen muss klargestellt werden, dass für die Übernahme der Begutachtung eine Beauftragung der Pflegeeinrichtung erfolgt. Zudem muss in diesem Zusammenhang auch eine entsprechende Vergütungsregelung erfolgen. Es kann nicht sein, dass die Pflegeeinrichtungen den Medizinischen Dienst entlasten, ohne eine entsprechende Kompensation zu erhalten. Langfristig ist vorstellbar, dass die Begutachtungen grundsätzlich durch die Pflegefachpersonen der Pflegeeinrichtungen erfolgen und die bisher bei den Medizinischen Diensten beschäftigten Pflegefachpersonen zu den Pflegeeinrichtungen wechseln.

Änderungsvorschläge

§ 18e Abs. 6 SGB XI wird gestrichen.

§ 18a Abs. 10 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch **Pflegefachkräfte Pflegefachpersonen** oder Ärztinnen und Ärzte in enger Zusammenarbeit mit anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. **Sie können auch von Pflegefachpersonen, die in zugelassen Pflegeeinrichtungen nach § 72 beschäftigt sind, übernommen werden. Über die Beauftragung und Vergütung schließt der Medizinische Dienst eine Vereinbarung mit der jeweiligen Pflegeeinrichtung; landesweite Vereinbarungen im Rahmen der Pflegesatzkommission nach § 86 sind zulässig. Eine Verpflichtung zum Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung besteht für die Pflegeeinrichtung nicht.** Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachterinnen und Gutachter mit einer Qualifikation als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann, als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderärztin oder Kinderarzt vorzunehmen. Der Medizinische Dienst ist befugt, den Pflegefachkräften oder sonstigen geeigneten Fachkräften, die nicht dem Medizinischen Dienst angehören, die für deren jeweilige Beteiligung erforderlichen personenbezogenen Daten zu übermitteln.

Artikel 1, Nr. 17

§ 37 Abs. 3a SGB XI – Beratungseinsätze bei Pflegegeldempfängern

Vorgeschlagene Neuregelung

Die Beratung für Pflegegeldempfänger soll zukünftig verpflichtende Inhalte haben. Es soll auf die Beratung durch Pflegestützpunkte, auf die Beratung nach § 7a SGB XI, auf die Möglichkeit von Pflegekursen sowie auf sonstige Beratungs- und Hilfsangebote hingewiesen werden.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Ergänzung, denn der Beratungsbedarf von Pflegebedürftigen und ihren An- und Zugehörigen ist sehr groß. Insbesondere Pflegekurse für Angehörige und praxisnahe individuelle Schulungen in der Häuslichkeit sind wichtige Bausteine zur Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen und sie tragen zur Prävention vor einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Pflegebedürftigen bei. Zudem wird einer möglichen Überforderung von Pflegepersonen frühzeitig begegnet und das Risiko verringert, selbst zu erkranken.

Eine Erweiterung hin zu flächendeckenden Beratungsangeboten durch den Abschluss von Rahmenverträgen zur Pflegeberatung nach § 45 SGB XI ist wünschenswert und durch wirtschaftlich tragfähige Refinanzierungsbedingungen sicherzustellen.

Änderungsvorschläge

Keine.

Artikel 1, Nr. 21

§ 40a SGB XI – Digitale Pflegeanwendungen

Artikel 1, Nr. 35

§ 78a SGB XI – Verträge über digitale Pflegeanwendungen

Vorgeschlagene Neuregelung

Die Neuregelung nach § 40a SGB XI zielt darauf ab, dass digitale Pflegeanwendungen nicht nur Pflegebedürftigen zugutekommen sollen, sondern auch eine Entlastung Angehöriger und ehrenamtlich Pflegenden durch digitale Pflegeanwendungen erwünscht ist.

Die Vergütungsverhandlungen zwischen Herstellern von digitalen Pflegeanwendungen und Kostenträgern sollen mit der Neuregelung nach § 78a SGB XI zeitgleich mit der Listung jeglicher digitaler Pflegeanwendungen im Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen stattfinden. Dies soll einen schnelleren Vertragsabschluss fördern. Weiterhin sollen Zulassungsverfahren für digitale Pflegeanwendungen vereinfacht werden.

Stellungnahme

Der Anspruch von Versicherten auf digitale Pflegeanwendungen ist ein positiver Beitrag zu einer modernen Versorgung. Schon heute benutzen viele pflegebedürftige Menschen Apps, die die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten unterstützen. Bereits bei der Einführung der digitalen Gesundheitsanwendungen im Digitale-Versorgung-Gesetz hat der bpa eine entsprechende Regelung auch für Anwendungen mit einem pflegerischen Schwerpunkt gefordert. Die Entlastung pflegenden Angehöriger und ehrenamtlich Pflegenden ist zu begrüßen.

Darüber hinaus erschließt sich dem bpa allerdings nicht, warum stationär versorgte Pflegebedürftige weiterhin keinen Anspruch auf digitale Pflegeanwendungen haben sollten. Laut Argumentation des Bundesgesundheitsministeriums sollen digitale Pflegeanwendungen dazu beitragen, Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten von Versicherten zu mindern und einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Es gibt bereits digitale Produkte, die zur Bewältigung besonderer pflegerischer Situationen, etwa im Bereich der Erhaltung der Mobilität oder bei Demenz, eingesetzt werden können. Für den bpa ist es vollkommen unverständlich, warum die oben aufgezählten positiven Aspekte Pflegebedürftigen in stationärer Versorgung nicht zustehen sollten. Es müsste für eine gesamte Entlastung des Gesundheitssystems wünschenswert sein, dass auch Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen länger ihre Selbständigkeit bewahren. Zudem tragen mehr Selbständigkeit und Mobilität bei Pflegebedürftigen zur Entlastung des Pflegepersonals bei. Es ist auch systematisch nicht vermittelbar, wenn ein

Pflegebedürftiger in der Häuslichkeit eine DiPA nutzen kann, dann in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung kommt und für die Dauer der Versorgung wiederum die DiPA mit den dazugehörigen Unterstützungsleistungen nicht in Anspruch nehmen kann.

§ 78a SGB XI wird vom bpa begrüßt. Schnelle Vertragsabschlüsse sowie vereinfachte Zulassungsverfahren, damit Pflegebedürftige schneller auf digitale Pflegeanwendungen zugreifen dürfen, führen zu einer schnelleren Entlastung von Pflegebedürftigen und informell Pflegenden.

Änderungsvorschläge

Eine gesetzliche Verankerung des Anspruchs auf digitale Pflegeanwendungen ist unabhängig von der Versorgungssituation erforderlich. §§ 42, 43 und 85 SGB XI werden wie folgt geändert.

§ 42 wird um folgenden Absatz 4 ergänzt:

(4) Pflegebedürftige, die Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, haben Anspruch auf Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen und ergänzenden Unterstützungsleistungen stationärer Pflegeeinrichtungen. §§ 39a, 40a und 40b gelten entsprechend.

§ 43 wird um folgenden Absatz 2a ergänzt:

(2a) Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen haben Anspruch auf Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen und ergänzenden Unterstützungsleistungen stationärer Pflegeeinrichtungen. §§ 39a, 40a und 40b gelten entsprechend.

§ 85 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

(1) Art, Höhe und Laufzeit der Pflegesätze **sowie die Vergütung der ergänzenden Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen** werden zwischen dem Träger des Pflegeheims und den Leistungsträgern nach Absatz 2 vereinbart.

Artikel 1, Nr. 22

§ 40b SGB XI – Leistungsanspruch für Digitale Pflegeanwendungen

Vorgeschlagene Neuregelung

Die Leistungsbeträge für digitale Pflegeanwendungen werden geändert. Bisher wurden insgesamt 50 Euro bewilligt, zu deren Aufteilung sich Hersteller und Pflegedienst verständigen mussten. Künftig soll der Hersteller bis zu 40 Euro und der Pflegedienst für unterstützende Leistungen bis zu 30 Euro im Monat erhalten. Der Gesamtbetrag erhöht sich dadurch um 20 Euro auf 70 Euro.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Änderung grundsätzlich. In der Begründung heißt es, dass durch die Entzerrung des Anspruchs die Vergütungsverhandlungen und insbesondere die Abrechnungsprozesse vereinfacht werden sollen. Das unterstützt der bpa ausdrücklich. Allerdings ist der für die Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegedienste vorgesehene Betrag von 30 Euro deutlich zu gering. In der Begründung wird dazu ausgeführt, dass die Unterstützungsleistung vor allem zu Beginn eines Einsatzes einer digitalen Pflegeanwendung benötigt wird. Das erkennt die notwendigen Vorarbeiten. Der Aufwand für den Pflegedienst entsteht nicht nur bei der direkten Unterstützung des Pflegebedürftigen, sondern auch im Vorfeld. Damit die Mitarbeiterin des Pflegedienstes dem Pflegebedürftigen eine digitale Pflegeanwendung erklären kann, muss sie vorher geschult werden und kann in der Zeit der Schulung selbst keine Versorgung übernehmen. Durch die Ausfallzeiten und die Schulungszeiten entsteht dem Pflegedienst ein erheblicher Zeitaufwand, der durch den jetzt vorgesehenen Betrag nicht finanziert werden kann. Der bpa plädiert daher für eine Erhöhung des Betrags für die Unterstützungsleistungen.

Änderungsvorschläge

§ 40 b Abs. 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

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 40 Euro im Kalendermonat sowie

2. auf ergänzende Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegeeinrichtungen nach § 39a bis zur Höhe von insgesamt **30 50** Euro im Kalendermonat.

Artikel 1, Nr. 25

§ 45a SGB XI – Angebote zur Unterstützung im Alltag

Vorgeschlagene Neuregelung

Die vorgesehenen Anpassungen in § 45a SGB XI sollen das Rahmenrecht flexibilisieren und weiterentwickelte Möglichkeiten eröffnen, die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag noch stärker niedrigschwellig und bürokratieärmer auszugestalten, insbesondere im Hinblick auf Angebote zur Entlastung im Alltag und personenbezogen anerkannte Einzelhelfende.

Stellungnahme

Mit Überraschung nimmt der bpa zur Kenntnis, dass die bereits niedrigen Anforderungen an die niedrigschwelligen Hilfen zur Unterstützung im Alltag durch mehrere Änderungen noch weiter abgesenkt werden sollen. Gleichzeitig sollen durch mehrere Maßnahmen die niedrigschwelligen Angebote zur Unterstützung im Alltag deutlich ausgebaut und gestärkt werden. Somit tragen alle Änderungen im § 45 a bis g SGB XI dazu bei, diese Angebote zu stärken, indem mehr finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt und die Erfüllung gestellter Anforderungen erleichtert werden.

Während die Anforderungen an die Leistungsqualität und an die Qualifizierung von Mitarbeitenden in der ambulanten und stationären Pflege seit der Einführung des SGB XI ständig gestiegen sind und immer weiter durch gesetzliche Neuregelungen steigen, sinken die Anforderungen an die Angebote zur Unterstützung im Alltag immer weiter.

Es wird ohne übergreifende Zielsetzung und konzeptionelle Begründung eine Zweiteilung geschaffen bzw. weiter verstärkt mit hochqualifizierten Leistungen auf der einen Seite und immer geringer qualifizierten Leistungen auf der anderen Seite, die sich beide an die gleiche Zielgruppe richten: pflegebedürftige Menschen. Zudem sollen nicht unerhebliche weitere Mittel eingesetzt werden, um den niedrigschwelligen Bereich weiter auszubauen.

Besonders überrascht die Argumentation zu § 45 a SGB XI, bei der als limitierender Faktor für den gewünschten Ausbau der niedrigschwelligen Angebote die fehlenden Fachkräfte genannt werden. Denn dieses Argument wird, wenn es um Erleichterungen bei der Erfüllung von Anforderungen geht (Qualifikation, Schulungsanforderungen oder Anleitung bei Bedarf), an anderen Stellen des SGB XI gerade nicht akzeptiert.

Die Absenkung der Leistungsqualität und die Bereitstellung weiterer Fördermittel werden flankiert von einer Aufstockung der Leistungsgrundlage,

indem nun 50 Prozent statt 40 Prozent des ambulanten Sachleistungsanspruchs und neuerdings auch der Anspruch auf teilstationäre Leistungen umgewandelt werden können.

Die nach Abs. 4 vorgesehenen Regelungen zur Förderung einer möglichst unbürokratischen und niedrigschwelligen Anerkennung von Einzelhelfenden sind nicht dazu geeignet, die auch für die Betreuungs- und Unterstützungsleistungen notwendige Qualität und vor allem nachhaltige Absicherung von Leistungen zu wahren, die durch professionelle Pflegeeinrichtungen durchgehend sichergestellt werden.

Während professionelle Pflege- und Betreuungsdienste sowie teilstationäre Pflegeeinrichtungen in komplexen Verfahren die Bedingungen für ihre Tätigkeiten, Betreuungs- und weiteren Unterstützungsleistungen mit Kostenträgern aushandeln, soll es für Einzelhelfende genügen, die Leistungen und die dafür vorgesehenen Preise gegenüber der zuständigen Behörde anzugeben und die Eignung sowie Fähigkeit zur Erbringung der angebotenen Leistungen in einem Einzelgespräch prüfen zu lassen. Die vorgesehene Niedrigschwelligkeit des Angebots schießt angesichts des möglichen Leistungsspektrums und der damit einhergehenden, aus Sicht des bpa notwendigen Qualifikationen und Kenntnisse weit über das beabsichtigte Ziel, die Ausübung einfachster Unterstützungsleistungen unter Wahrung gewisser Qualitätsstandards zu erlauben, hinaus.

Professionelle Pflegeeinrichtungen und Betreuungsdienste durchlaufen komplexe Prozesse und sind zur Einhaltung höchster Qualitätsstandards und Personalvorgaben verpflichtet, damit sie auch nur einfachste Leistungen erbringen dürfen. Die Einhaltung solcher Standards soll ihre Berechtigung in der Sicherstellung einer den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Personen angemessenen Pflege haben. Angesichts dieser Ausgangslage erscheint es bereits fraglich, dass mit § 45a Abs. 1 SGB XI Angebote zur Unterstützung im Alltag trotz nur einfachster Anforderungen dazu befähigt sein sollen, einen Teil der Betreuungs- und Unterstützungsleistungen zu erbringen, die andernfalls von professionellen Pflegeeinrichtungen und Betreuungsdiensten erbracht werden, insbesondere, wenn das für die pflegerische Versorgung gedachte Sachleistungsbudget dafür genutzt werden kann. Unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der pflegebedürftigen Personen, aber auch der professionellen Pflege, ist für den bpa in keiner Weise nachvollziehbar, wenn die Anforderungen speziell für Einzelhelfende nun weiter abgebaut, sämtliche Anforderungen an die professionell Pflegenden dagegen auf höchstem Niveau gehalten werden.

Es steht zu befürchten, dass die niedrigschwelligen Vorgaben in ihrer angedachten Form einen neuen Markt für Einzelhelfende schaffen, auf dem diese sich unter Ausnutzung der Sachleistungsbudgets der ambulanten Pflege gem. § 36 SGB XI zusammenfinden und die für die pflegerische

Versorgung notwendigen Ressourcen deutlich reduzieren. Dies steht diametral zu den Erfordernissen, die pflegerische Versorgung dauerhaft sicherzustellen.

Durch das zunehmende Etablieren von Einzelhelfenden in der Versorgungslandschaft stünden professionelle ambulante Pflegedienste sowie ambulante Betreuungsdienste in direkter Konkurrenz zu diesen, müssten aber die im Bereich der Betreuung tätigen Mitarbeitenden umfassend qualifizieren und regelmäßig schulen. Diesem Umstand kann auch die Begrenzung auf vier zugleich Versorgte und persönlich benannte Pflegebedürftige in der aktuellen Konstruktion nicht abhelfen. Zunächst fehlt es an einer Definition, wann Pflegebedürftige gleichzeitig versorgt werden. Zugleich macht bereits die Gesetzesbegründung darauf aufmerksam, dass Einzelhelfende und deren versorgte Personen sich nicht kennen müssen. Das besondere Näheverhältnis, das dieses Vertragsverhältnis kennzeichne, könne sich auch erst im Laufe der Zeit herausbilden. Unter diesen Umständen besteht jedenfalls die Möglichkeit, dass Pflegepersonal aus den Einrichtungen der professionellen Pflege abwandert, um als Einzelhelfende die Versorgung Pflegebedürftiger zu übernehmen.

Auf Unverständnis trifft es auch, dass die mit Abs. 4 formulierte Absenkung des Anforderungsniveaus nach der Gesetzesbegründung nicht auf Einzelhelfende beschränkt sein soll, sondern durch die Rechtsverordnungen der Länder auch für andere Angebote zur Unterstützung im Alltag übertragen werden könnten. Es droht ein Abbau der in Abs. 2 normierten Anforderungen, nicht nur für Einzelhelfende, sondern auch für alle weiteren Angebote zur Unterstützung im Alltag.

Besonders die Stärkung von Einzelhelfern, die Gruppenangebote anbieten sollen, stellt das erst seit 2017 flächendeckend etablierte Angebot der Tagespflege in Frage.

Die Änderungen in § 45 a bis g SGB XI weisen in Richtung einer Zweiklassenbetreuung mit hochqualifizierten und hochpreisigen sowie nachhaltig abgesicherten Angeboten durch professionelle Einrichtungen einerseits und kaum qualifizierten, preiswerten Angeboten sowie nicht nachhaltig abgesicherten andererseits.

Änderungsvorschläge

Die im Referentenentwurf vorgesehenen Änderungen von § 45a SGB XI werden gestrichen; § 45a SGB XI verbleibt in seiner jetzigen Fassung.

Statt neben dem hochqualifizierten Pflegebereich einen zweiten niedrigschwelligsten Bereich zu schaffen, sollten die formalen Anforderungen

insgesamt verringert und die Erfüllung von Anforderungen erleichtert werden, um damit angesichts des erwartbaren weiter zunehmenden Personalmangels die Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland langfristig sicherzustellen. Dazu sollten ambulante Versorgungsstrukturen, in denen Pflegebedürftige selbstbestimmt und selbstständig leben und versorgt werden, gezielt durch Erhöhung des Wohngruppenzuschlags gefördert werden.

Artikel 1, Nr. 29**§ 45f SGB XI – Anspruch auf Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags für Angebote zur Unterstützung im Alltag****Vorgeschlagene Neuregelung**

Der Anteil der ambulanten Sachleistungen, der umgewandelt werden kann, um ihn für Leistungen zur Unterstützung im Alltag zu nutzen, wird von bisher 40 Prozent auf 50 Prozent erhöht.

Stellungnahme

Der bpa lehnt die Erhöhung des Umwandlungsanspruchs strikt ab. Die entsprechende Regelung sollte ganz gestrichen werden.

Durch die immer weitere Stärkung der Angebote zur Unterstützung im Alltag werden innerhalb der Pflegeversicherung parallel zwei Versorgungsbereiche mit gegenläufigen Rahmenbedingungen geschaffen: auf der einen Seite die extrem stark regulierten und kontrollierten ambulanten Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag benötigen, eine Vergütungsvereinbarung, für die Rahmenverträge gelten, bei denen Qualitätsprüfungen durchgeführt werden, die zu Qualitätsdarstellungen verpflichtet sind, strikte Personalvorgaben haben usw. Auf der anderen Seite werden mit dem vorliegenden Referentenentwurf die Anforderungen an die Angebote zur Unterstützung im Alltag geradezu dramatisch abgesenkt (s. die Ausführungen zu § 45a SGB XI, Seite 41). Durch die Erhöhung des Umwandlungsanspruchs wird die Hälfte des Sachleistungsbudgets freigegeben, um Leistungen außerhalb der sonst gültigen Maßstäbe auf Kosten der Pflegeversicherung zu erbringen. Hier wird Anbietern mit nunmehr noch erleichterten Möglichkeiten der Zugang zu einem nahezu unkontrollierten Markt eröffnet. Damit besteht die Gefahr von Substandards und Billigpflege.

Je größer das Budget ist, das für die Angebote zur Unterstützung im Alltag zur Verfügung steht, desto attraktiver werden diese. In der Begründung wird ausgeführt, dass durch die Erhöhung des Umwandlungsanspruchs der Bezug dieser Leistungen ausgebaut, flexibilisiert und vereinfacht werden soll. Zugleich geht dieser Ausbau einher mit einer Schwächung der zugelassenen ambulanten Pflegedienste, denn das Budget, das für ihre Leistungen zur Verfügung steht, sinkt um 50 %. Der Gesetzgeber macht damit in erschreckender Weise deutlich, dass er die völlig falschen Konsequenzen aus dem derzeitigen Versorgungsmangel in der Pflege zieht: Anstatt die professionellen und qualitätsgesicherten ambulanten Pflegedienste durch wirksame Maßnahmen zu stärken und die Versorgung abzusichern, wird schleichend ein zweiter Markt mit Billiganbietern und einer

Deprofessionalisierung geschaffen. 5166 Neue Strukturen mit geringeren Anforderungen sollen offenbar bevorzugt werden gegenüber den etablierten Leistungserbringern, denen notwendige Flexibilisierungen und Gestaltungsräume verweigert werden.

Die Benachteiligung ambulanter Pflegedienste zeigt sich auch durch eine in Absatz 2 vorgesehene Bestimmung: „Eine Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Absatz 1 für die Erbringung von Leistungen durch Pflegeeinrichtungen, die entsprechende Leistungen auch als Sachleistungen erbringen oder erbringen könnten, ist ausgeschlossen.“ In der Begründung wird ergänzt, dass „Pflegeeinrichtungen weiterhin an die Vorgaben, die in Bezug auf die Sachleistungserbringung geregelt sind, gebunden sind“. Warum der Pflegedienst, der die Leistungen grundsätzlich erbringen kann, vom Umwandlungsanspruch ausgeschlossen wird, ist nicht nachvollziehbar. Zudem muss nach Ansicht des bpa der Pflegebedürftige von seinem Umwandlungsanspruch Gebrauch gemacht hat und er diese Leistungen beim Pflegedienst nachfragt.

In Absatz 2 soll außerdem eine Regelung eingeführt werden, nach der Pflegebedürftige gegenüber Pflegeeinrichtungen den Wunsch nach einer Information über die jeweils zur Abrechnung eingereichten Leistungen äußern können und Pflegeeinrichtungen unverzüglich nach Erstellung der Abrechnung eine Mitteilung in Textform über die Höhe der zur Abrechnung eingereichten Leistungen und den Monat, auf den sich die Abrechnung bezieht, auszuhändigen oder zu übermitteln haben. Dieses lehnt der bpa ab und verweist zur Begründung auf die Ausführungen zu § 45g SGB XI (s. Seite 49).

Änderungsvorschläge

§ 45f SGB XI (Referentenentwurf) bzw. § 45a Abs. 4 SGB XI (geltendes Recht) wird gestrichen. Sofern § 45f SGB XI nicht gestrichen wird, sind in Absatz 2 die Sätze 4 und 5 zu streichen und Satz 6 wie folgt zu fassen:

~~**Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 36 abrechnen, haben den Pflegebedürftigen auf deren Wunsch unverzüglich nach Erstellung der Abrechnung in Textform eine Mitteilung über die Höhe der zur Abrechnung eingereichten Leistungen und den Monat, auf den sich die Abrechnung bezieht, auszuhändigen oder zu übermitteln. Dies gilt, bis die Pflegebedürftigen den Wunsch nach Mitteilung der Informationen widerrufen.**~~ Eine Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Absatz 1 für die Erbringung von Leistungen durch Pflegeeinrichtungen, die entsprechende Leistungen auch als Sachleistungen erbringen oder erbringen könnten, ist **nicht** ausgeschlossen.

Artikel 1, Nr. 29**§ 45g SGB XI – Anspruch auf Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags für Angebote zur Unterstützung im Alltag****Vorgeschlagene Neuregelung**

Der Systematik zur Regelung der Umwandlung des Sachleistungsbetrags nach § 36 (§ 45f) SGB XI folgend wird für Pflegebedürftige, die eine regelmäßige mehrstündige Betreuung in Gruppen im Sinne des § 45a SGB XI in Anspruch nehmen wollen, neu die Regelung zur Umwandlung der teilstationären Sachleistungsansprüche gemäß § 41 SGB XI in Höhe von 50 Prozent geschaffen.

Die Kostenerstattung erfolgt ohne Antrag, wobei die Vergütungen für teilstationäre Leistungen (§ 41 SGB XI) vorrangig abzurechnen sind. Eine Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags für die Erbringung von Leistungen durch Pflegeeinrichtungen, die entsprechende Leistungen auch als Sachleistungen erbringen oder erbringen könnten, ist ausgeschlossen.

Stellungnahme

Der bpa lehnt die für das teilstationäre Sachleistungsbudget vorgesehene Umwandlungsmöglichkeit ab. Die entsprechenden Regelungen müssen gestrichen werden. Sie gefährden in hohem Maße die Existenz bestehender Tagespflegeangebote, die sich in den vergangenen zehn Jahren sehr dynamisch und mit enorm großem Engagement der Träger von Pflegeangeboten entwickelt haben. Die Sachleistungsbudgets dienen dazu, bei nicht in ausreichendem Umfang sichergestellter häuslicher Pflege, teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege zu finanzieren. Eine Verwendung des Sachleistungsbudgets für Leistungen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, die sich außerhalb der sonst gültigen Maßstäbe der Pflegeversicherung bewegen, kommt einer Zweckentfremdung gleich und zerstört wichtige Pflegeinfrastruktur zur Absicherung der häuslichen Versorgung, die sich erfreulicherweise in den zurückliegenden Jahren entwickelt hat. Der Grundsatz, nach dem die Angebote zur Unterstützung im Alltag die professionelle Pflege nicht ersetzen, sondern ergänzen soll, wird durch die Finanzierung über das der professionellen Pflege zugeordnete Budget durchbrochen. Die Finanzierung von Unterstützungsleistungen muss stattdessen von der Finanzierung der Pflegeleistung professioneller Pflegeeinrichtungen strikt getrennt werden.

Die Tagespflege nimmt in der pflegerischen Versorgung eine besondere Rolle ein. Sie schließt die Lücke zwischen ambulanter und vollstationärer Versorgung und kompensiert damit fehlende Angebote in der ambulanten

Pflege. Sie ist ein wichtiger Beitrag zur Entlastung pflegender Angehöriger und sichert die häusliche pflegerische Versorgung ab. Die Kapazitäten teilstationärer Versorgungsangebote stagnieren jedoch aktuell – trotz eines Anstiegs des Bedarfes. Das hat vor allem mit wirtschaftlichen Schwierigkeiten aufgrund erheblicher Kostenanstiege in den vergangenen Jahren und unzureichender Refinanzierung durch die Kostenträger zu tun sowie mit der Höhe der Sachleistungsansprüche, die trotz der erheblicher Kostenanstiege nur unzureichend von der Politik angepasst wurden und die Inanspruchnahme durch die Kunden erschweren. Eine Umwandlung von Tagespflegesachleistungen wird sich äußerst negativ auf bestehende teilstationäre Angebote auswirken und die Einrichtungen zusätzlich in wirtschaftliche Schwierigkeiten bringen. Es wird ein Parallelmarkt entstehen, der die Existenz von Tagespflegeanbietern empfindlich gefährdet.

An teilstationäre Pflegeeinrichtungen werden höchste qualitative Anforderungen gestellt, damit sie die benannten Leistungen erbringen dürfen, um dadurch die unterschiedlichen Pflege- und Unterstützungsbedarfe der pflegebedürftigen Personen adäquat erfüllen zu können. Dahingegen werden Angebote zur Unterstützung im Alltag nach in Deutschland uneinheitlichen niedrigschwelligen Regelungen zugelassen und müssen in der Folge nur geringste Anforderungen, insbesondere hinsichtlich der Qualität, erfüllen. Angesichts dieser Umstände erscheint es als gerechtfertigt, dass das Budget, das für die pflegerische Versorgung durch professionelle Pflegeeinrichtungen zur Erfüllung des Pflegebedarfs gedacht ist, nicht für Unterstützungsleistungen durch weniger qualitative Angebote genutzt wird.

Neben der Einhaltung von Qualitätsstandards zeichnet sich die professionelle Pflege auch durch Vorgaben bei der Personalvorhaltung sowie Entlohnung der Mitarbeitenden aus. Teilstationären Pflegeeinrichtungen ist flächendeckend vorgegeben, wie viel und welches Personal vorgehalten bzw. vor Ort sein muss. Spätestens durch die Einführung der Tariftreueverordnung ist eine angemessene, aber im Vergleich zu anderen Branchen auch hohe Entlohnung der Mitarbeitenden maßgeblich. Im Gegensatz dazu werden mit dem vorliegenden Referentenentwurf die Anforderungen an die Angebote für Gruppenangebote auf niedrigstem Niveau festgeschrieben.

Es besteht mithin die Gefahr, dass diese Umstände prekäre Beschäftigungsverhältnisse und Schwarzarbeit begünstigen. Agenturen, die sog. Haushaltshilfen für Haushalte mit Pflegebedürftigen anbieten, agieren im rechtlichen Graubereich. Schwarzarbeit ist dabei keine Seltenheit. Es besteht bereits jetzt die Gefahr, dass die Entlastungsleistungen durch Kräfte erbracht werden, die nicht sozialversicherungspflichtig beschäftigt werden.

Auch ist es aufgrund der im Vergleich zu professionellen Pflegeeinrichtungen niedrigen Anforderungen an Qualität, Personalvorhaltung und -vergütung usw. Angeboten zur Unterstützung im Alltag möglich, Leistungen deutlich kostengünstiger anzubieten. Durch niedrigere Preise sind Pflegebedürftige ggf. eher gewillt, trotz des Bedarfs nach professioneller Pflege, das Sachleistungsbudget bis zur Höchstgrenze umzuwandeln und die Unterstützungsleistungen in Anspruch zu nehmen. Es droht eher das Ersetzen als das Ergänzen der tatsächlich notwendigen Pflegeleistungen und damit eine Unterversorgung der Pflegebedürftigen. Dieser Kostenkonkurrenz muss durch ein eigenständiges Budget, das nicht aus dem Sachleistungsbudgets für die professionelle Pflege entstammt, begegnet werden.

Tagespflegeangebote müssen vom Gesetzgeber gestärkt werden und in ihrer qualitätsgesicherten nachhaltigen Leistungserbringung zur Stabilisierung der häuslichen Versorgung die notwendige politische Unterstützung erfahren. Dazu gehören vor allem abgesicherte und wirtschaftlich tragfähige Refinanzierungsbedingungen im Bereich der Pflegeaufwendungen, Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionsaufwendungen. Wären diese sichergestellt, würden in der Fläche noch mehr Tagespflegeangebote in Deutschland entstehen können und es müsste nicht der Rückgang von mehreren tausend Tagespflegeplätzen allein im Jahr 2023 beklagt werden. Nun die politische Lösung in einer Deprofessionalisierung und nicht nachhaltig abgesicherten niedrigschwelligen Versorgung zu suchen, schadet der Zielsetzung einer zuverlässigen und gut ausgebauten Pflegeinfrastruktur, auf die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zu jedem Zeitpunkt vertrauen können, und zerstört perspektivisch weit über 100.000 Tagespflegeplätze und viele betriebliche Existenzen. Der bpa lehnt dies entschieden und sehr nachdrücklich ab!

Informationspflicht über abgerechnete Leistungen

Neu eingeführt werden soll die Regelung, nach der Pflegebedürftige gegenüber Pflegeeinrichtungen, die in Bezug auf sie Leistungen nach § 36 SGB XI (ambulante Pflege) oder § 41 SGB XI (teilstationäre Pflege) abrechnen, den Wunsch nach einer Information über die jeweils zur Abrechnung eingereichten Leistungen äußern können und Pflegeeinrichtungen unverzüglich nach Erstellung der Abrechnung eine Mitteilung in Textform über die Höhe der zur Abrechnung eingereichten Leistungen und den Monat, auf den sich die Abrechnung bezieht, auszuhändigen oder zu übermitteln haben. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Vergütungen für ambulante sowie teilstationäre Pflegesachleistungen vorrangig abzurechnen sind.

Diese Regelung geht vollkommen an den Bedarfen in der Praxis vorbei. Während das Anliegen des Gesetzgebers nach einer Transparenz der zur Verfügung stehenden Mittel für die Pflegebedürftigen und der hieraus

resultierenden Möglichkeiten zur Inanspruchnahme bedarfsgerechter Leistungen durchaus nachvollziehbar ist, sind Umsetzungsschwierigkeiten vorprogrammiert, da die Abrechnung erst im der Leistungserbringung folgenden Monat vorgenommen wird, folglich zu einem Zeitpunkt, in dem möglicherweise ebenfalls Angebote zur Unterstützung im Alltag bereits genutzt wurden oder werden.

Darüber hinaus droht ambulanten Pflegediensten und teilstationären Pflegeeinrichtungen durch die Regelung erneut bürokratischer Mehraufwand, der angesichts des Hinweises im vorstehenden Absatz, auch ohne Mehrwert für die Pflegebedürftigen ist.

Änderungsvorschlag

§ 45g SGB XI wird gestrichen.

Artikel 1, Nr. 30**§ 45j SGB XI – Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen****Vorgeschlagene Neuregelung**

Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c erhalten einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 450 Euro je Kalendermonat zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege. Bei Pflegegrad 2 bis 5 werden zusätzlich noch die Sachleistungen nach § 36 SGB XI gewährt. Es bestehen keine Ansprüche auf den Entlastungsbetrag sowie auf die Verhinderungs- und die Tagespflege. Die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege ist nur nach einer stationären Krankenhausbehandlung möglich.

Stellungnahme

Der bpa lehnt die Regelung entschieden und sehr nachdrücklich ab. Im Zusammenspiel mit § 92c SGB XI (s. dazu die Ausführungen auf den Seiten 66 ff.) soll hier ein neuer Versorgungssektor in der Pflegeversicherung eingeführt werden, der insbesondere zu Lasten der ambulant betreuten Wohngemeinschaften geht. Das ist der falsche Weg! Anstatt die bestehenden pflegerischen Versorgungsangebote abzusichern und weiterzuentwickeln, sollen neue privilegierte Angebote geschaffen werden, die bewährte bestehende Pflegeangebote zerstören.

Seit mehreren Jahren weist der bpa auf die wirtschaftlichen Schwierigkeiten für bestehende Pflegeeinrichtungen hin. Die Kombination aus extremen personellen Engpässen und damit einhergehenden Erlöseinbrüchen, nicht bzw. nur unzureichend refinanzierten Mehrkosten aus der Tariftreue-Regelung, einer fehlenden Vergütung des Unternehmerrisikos, steigenden Sachkosten und der ohnehin bestehenden massiven Belastung der Pflegeeinrichtungen hat zu einer toxischen Mischung geführt, die diese zunehmend in die Knie zwingt und in ihrer wirtschaftlichen Existenz gefährdet. Die Auswirkungen auf die pflegerische Infrastruktur sind offenkundig. Stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen müssen wegen fehlenden Personals ihre Angebote drastisch einschränken oder ihren Betrieb gänzlich einstellen. Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen bekommen diese Situation zu spüren, weil sie immer größere Schwierigkeiten haben, einen Platz im Pflegeheim oder eine Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst zu erhalten. In dieser Situation ist das oberste Gebot die Absicherung der bestehenden Versorgung durch konkret wirksame Sofortmaßnahmen zur wirtschaftlichen Absicherung und Personalsicherung – der Referentenentwurf geht einen anderen Weg und will einen neuen Sektor zu Lasten der bewährten und gut ausgebauten Pflegeinfrastruktur schaffen.

Das lehnt der bpa entschieden ab. Wenn es eines Belegs dafür bedarf, dass ein solcher Vorschlag und neuer Sektor kontraproduktiv und sogar schädlich für die pflegerische Versorgung ist, dann sind dies die öffentlichen Reaktionen der Anbieter von bestehenden Wohngemeinschaften und ihrer Organisationen und vieler namhafter Expertinnen und Experten aus der Wissenschaft. Sie alle wenden sich nachdrücklich gegen einen neuen Sektor in der Pflege und verweisen auf die dramatischen existenziellen Folgen für bestehende Angebote in Wohngemeinschaften. Gemeinschaftliche Wohnformen gibt es bereits im Rahmen der Pflegeversicherung: das sind ambulant betreute Wohngemeinschaften gem. § 38a SGB XI (bzw. § 45h SGB XI in der Fassung des Referentenentwurfs). Es gilt, diese zu stärken, aber ganz sicher nicht in ihrer Existenz zu gefährden! In dieser Forderung ist sich der bpa einig mit diversen anderen Verbänden und Institutionen, z.B.:

- Der Verband WiG Wohnen in Gemeinschaft schreibt: „Statt Fortschritte in der Pflege zu erreichen, läuft die Bundesregierung Gefahr, zum ‚Sensenmann‘ der neuen Wohnformen zu werden.“
- Die Landesarbeitsgemeinschaft ambulant betreuter Wohngemeinschaften Baden-Württemberg (LABEWO) hält fest: „Denn wieder einmal sind ambulant betreute Wohngemeinschaften die Verlierer der aktuellen Pflegepolitik.“
- Der Think Tank Vorbehaltsaufgaben (u.a. Prof. Dr. Klie, Prof. Dr. Büscher, Prof. Dr. Weidner) teilt mit: „Es schwächt andere und eigenständige zivilgesellschaftliche Antworten auf die Herausforderungen der Pflege und wird vor allen Dingen dazu führen, dass die Vielfalt neuer Wohnformen und Pflegearrangements sowie innovative Ansätze behindert werden. ... Verlierer der Regelungen sind ambulant betreute Wohngemeinschaften, die faktisch nochmals in eine nachteiligere Stellung gebracht werden, da sie weder an den Kostenbegrenzungen in der vollstationären Pflege partizipieren noch an dem Basispaket in den gemeinschaftlichen Wohnformen, bei denen es sich faktisch um Hausgemeinschaftsmodelle handelt.“

Aus der Begründung (A VI. Nr. 3, Seite 60) wird deutlich, dass die gemeinschaftlichen Wohnformen ein Sparmodell sind, dass der Pflegeversicherung 220 Millionen Euro Minderausgaben beschern soll. Die Bundesregierung erwartet, dass 40.000 Pflegebedürftige künftig die gemeinschaftlichen Wohnformen nutzen werden – 20 % davon würden zuvor in ambulant betreuten Wohnformen versorgt. Das heißt, dass sich die Bundesregierung der Steuerungswirkung sehr bewusst ist und dass sie einkalkuliert, dass 8.000 Pflegebedürftige aus ambulant betreuten Wohngemeinschaften in die neuen gemeinschaftlichen Wohnformen wechseln. Bei einer üblichen Größe von 12 Plätzen würde das einen Verlust von 666 ambulant betreuten Wohngemeinschaften bedeuten. Hunderte von ambulant

betreuten Wohngemeinschaften stünden also vor dem Aus, nur um die Pflegebedürftigen in einer anderen Wohnform günstiger zu versorgen. Eine bewährte Versorgungsform würde vorsätzlich geschädigt, um eine neue aufzubauen, deren flächendeckende Funktionalität höchst fragwürdig ist und die nur in einem einzigen Modellprojekt erprobt wurde. Der bpa fordert die Bundesregierung entschieden auf, dieses Vorhaben zu stoppen und stattdessen die bestehenden ambulant betreut Wohngemeinschaften zu stärken. Darüber hinaus ist es vor dem Hintergrund der großen personellen Herausforderungen und großen Bedarfe in der Pflege sinnvoll, Flexibilität und Gestaltungsräume in der vollstationären Pflege zu schaffen, z.B. durch die Öffnung der Einrichtungen in Quartiere und Beförderung von Hausgemeinschaftsmodellen in den Einrichtungen, die z.B. über innovative Vertragskonstruktionen wie beispielsweise Gesamtversorgungsverträge unter Einschluss von ambulanten HKP-Leistungen etc. abgebildet werden können. Damit würde ein positiver Impuls und Beitrag zur Weiterentwicklung der bestehenden und bewährten Versorgungsstrukturen in der Pflege unter Berücksichtigung der aktuellen und perspektivischen Herausforderungen geleistet und kein Beitrag zur existenziellen Gefährdung dieser.

Änderungsvorschläge

§ 45j SGB XI wird gestrichen. Der Leistungsbetrag für zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gem. § 45h SGB XI (Referentenentwurf) bzw. § 38a SGB XI (geltendes Gesetz) wird erhöht.

Artikel 1, Nr. 33b**§ 72 Abs. 3b SGB XI – Frist für die Anpassung der tariflichen Entlohnung****Vorgeschlagene Neuregelung**

Mit einer Verlängerung der Umsetzungsfrist für Änderungen bei Tarifverträgen bzw. AVR und der regional üblichen Entlohnungsniveaus von zwei auf drei Monate soll Pflegeeinrichtungen wie Kostenträgern eine angemessenere Zeitspanne für den Abschluss angepasster Vergütungsvereinbarungen eingeräumt werden.

Stellungnahme

Die mit aktuell zwei Monaten für die Praxis viel zu knapp bemessene Frist zur Umsetzung von Tarifierhöhungen und Erhöhungen des regional üblichen Entlohnungsniveaus führt in der Praxis zu einer Vielzahl von Vergütungsverhandlungen innerhalb eines kurzen Zeitraums, die aufgrund vielfältig bedingter Verzögerungen nicht innerhalb der gewünschten Frist abgeschlossen werden können. Diese Situation erzwingt für den Fall der Nichteinigung eine vorsorgliche Antragstellung bei der Schiedsstelle zum gesetzlich vorgesehenen Umsetzungsstermin, um die Möglichkeit des Inkrafttretens der Vergütungsvereinbarung zu diesem Termin zu erhalten. Gleichzeitig besteht die gesetzliche Verpflichtung zur höheren Entlohnung ungeachtet des Vorliegens einer Vergütungsvereinbarung zu deren Refinanzierung; die Pflegeeinrichtungen geraten so unverschuldet in die Situation, die höheren Personalaufwendungen mitunter mehrere Monate vorfinanzieren zu müssen, was bei ohnehin angespannter wirtschaftlicher Lage existenzgefährdende Wirkungen hat.

Die Verlängerung der Umsetzungsfrist auf drei Monate begrüßt der bpa daher als einen Schritt zur Absicherung der Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen. Dennoch hält der bpa eine Verlängerung auf vier Monate für unabdingbar, da nur hierdurch eine spürbare Entzerrung der Verhandlungsverfahren erreicht werden kann.

Darüber hinaus entsteht zusätzlich eine große bürokratische Herausforderung für die Pflegeeinrichtungen: Entgelterhöhungen sind den betroffenen Pflegebedürftigen etwa nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz jeweils rechtzeitig und begründet schriftlich (mit eigenhändiger Unterschrift) anzukündigen, anderenfalls sind sie nicht wirksam. Fallen zukünftig Erhöhungen der Ausbildungsumlagen zum 1. Januar eines Jahres und Erhöhungen aufgrund der Veränderung der Entlohnungsniveaus zum 1. Februar eines Jahres an, bedeutet dies für die Einrichtungen doppelten Aufwand zur Umsetzung der Erhöhungen im Verhältnis zu den

Pflegebedürftigen. Dies belastet nicht nur die Einrichtungen ganz erheblich, sondern ist auch den Pflegebedürftigen schwer zu vermitteln.

Diese Belastungen sind vermeidbar. Die Fristverlängerung zur Umsetzung der Entlohnungsveränderungen sollte daher durch Vorverlegung der Meldefrist nach § 72 Abs. 3e SGB XI und des Veröffentlichungstermins nach § 82c Absatz 5 SGB XI erzielt werden. So bliebe es trotz verlängerter Umsetzungsfrist bei der Beibehaltung des für alle eventuellen Erhöhungstatbestände geltenden Umsetzungstermins 1. Januar in § 72 Abs. 3b SGB XI für nach dem regional üblichen Entlohnungsniveau vergütende Einrichtungen und würden erhebliche neue bürokratische Belastungen vermieden.

Änderungsvorschläge

§ 72 Abs. 3e Satz 1 SGB XI wird wie folgt geändert:

Pflegeeinrichtungen, die im Sinne von Absatz 3a an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, haben dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen bis zum Ablauf des ~~31. August~~ **30. Juni** jeden Jahres Folgendes mitzuteilen:

1. an welchen Tarifvertrag oder an welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sie gebunden sind,
2. Angaben über die sich aus diesen Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ergebende am 1. ~~August Juni~~ **August Juni** des Jahres gezahlte Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, soweit diese Angaben zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach den Absätzen 3a und 3b oder zur Ermittlung des oder der regional üblichen Entlohnungsniveaus sowie der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 erforderlich sind.

§ 82c Absatz 5 Satz 1 SGB XI wird wie folgt geändert:

Zur Information der Pflegeeinrichtungen veröffentlicht jeder Landesverband der Pflegekassen unter Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. im Land und der Träger der Sozialhilfe auf Landesebene jährlich unverzüglich, jedoch spätestens bis zum ~~31. Oktober~~ **31. August** des Jahres, für das jeweilige Land

1. eine Liste der Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, die eine Entlohnung vorsehen, die nach Absatz 2 Satz 1 nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann,

2. alle weiteren Informationen, die erforderlich sind, um überprüfen zu können,
 - a) ob eine Pflegeeinrichtung die Voraussetzungen nach § 72 Absatz 3a oder Absatz 3b erfüllt und
 - b) ob bei einer Pflegeeinrichtung die Entlohnung nach Absatz 2 Satz 1 nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann.

§ 72 Absatz 3b Sätze 6 und 7 erhalten folgende Fassung:

Tritt im Fall von Satz 1 Nummer 1 bis 3 eine Änderung im Hinblick auf die in dem jeweiligen Tarifvertrag oder in den jeweiligen kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbarte Entlohnung ein, haben die in Satz 1 genannten Pflegeeinrichtungen die erforderlichen Anpassungen der von ihnen gezahlten Entlohnung spätestens innerhalb von **drei vier** Monaten vorzunehmen, nachdem die jeweilige Änderung nach § 82c Absatz 5 veröffentlicht wurde. Erhöhen sich im Fall von Satz 1 Nummer 4 die nach § 82c Absatz 5 veröffentlichten regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 oder die nach § 82c Absatz 5 veröffentlichten regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3, haben die Pflegeeinrichtungen ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung für Pflegebedürftige erbringen, die höhere Entlohnung im Zeitraum ab dem 1. Dezember 2022 spätestens ab dem 1. Februar 2023, nach dem 1. Februar 2023 jeweils spätestens ab dem 1. ~~Februar~~ **Januar** des Jahres, das auf die Veröffentlichung der Werte nach § 82c Absatz 5 folgt, zu zahlen.

Artikel 1, Nr. 34

§ 73a SGB XI – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung

Vorgeschlagene Neuregelung

Die auf die COVID-19-Pandemie konzentrierte und für deren Dauer befristete Regelung in § 150 Absatz 1 SGB XI wird in generalisierter Form ins Dauerrecht übertragen. Diese beinhaltet eine Anzeigepflicht für Pflegeeinrichtungen von wesentlichen Beeinträchtigungen der Leistungserbringung zur Umsetzung von Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung auch durch vorübergehende Abweichung von den gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben. Mit der neuen Regelung in § 73a SGB XI soll in absehbaren oder bereits eingetrossenen Krisensituationen die Versorgung der Pflegebedürftigen besser gewährleistet werden können. Flankiert wird dies durch eine regelmäßige Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes an das Bundesministerium für Gesundheit zu den Entwicklungen in den pflegerischen Versorgungsstrukturen.

Stellungnahme

Das Aufgreifen bewährter Instrumentarien aus der Pandemiebewältigung und ein Verstetigen in regulärer Gesetzgebung ist zielführend. Die Regelung wird vom bpa deshalb grundsätzlich begrüßt.

Wichtig ist es, die Zielrichtung der ursprünglichen Regelung nun ebenso deutlich beizubehalten und dies durch entsprechende Ergänzungen im Gesetzestext klarzustellen. Pflegeeinrichtungen, die sich unverschuldet in Krisensituationen befanden, sollte unbürokratisch und schnell Hilfe zu Teil werden. Insbesondere der Hinweis auf ein unbürokratisches Agieren, welcher sich derzeit noch in § 150 Abs. 1 SGB XI findet, fehlt in der vorgesehenen Neuregelung.

Ein unbürokratisches Agieren sollte zudem nicht nur in den Maßnahmen nach Absatz 2 berücksichtigt werden, sondern ab dem Zeitpunkt der Meldung. Bereits hier kann für Einrichtungen in Krisensituationen ein konkreter Mehrwert geschaffen werden, indem die Meldung an die jeweilige Pflegekasse die regelmäßig aus dem landesrechtlichen Ordnungsrecht erforderliche Meldung an die Heimaufsicht ersetzt. Die Pflegekasse, die die Meldung entgegennimmt, sollte nicht nur wie gesetzlich bereits vorgesehen die anderen Pflegekassen und den Sozialhilfeträger informieren, sondern auch die Heimaufsicht. So würde für die Pflegeeinrichtungen zumindest eine geringfügige Bürokratieentlastung erzielt.

Die Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes nach Absatz 3 ist ebenfalls zielführend. So wird der zuletzt durch das Bundesministerium für Gesundheit gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen erbetene

einmalige Bericht über die Entwicklung der Versorgungskapazitäten zwischen dem 1. Juli 2022 und dem 1. September 2023 verstetigt. Die Daten aus diesem Monitoring sind essenziell für die Gestaltung der pflegerischen Versorgung. In diesem einmaligen Monitoring hat sich u.a. gezeigt, dass rund 18.000 vollstationäre Plätze verloren gegangen sind – bei gleichzeitigem Anstieg des Bedarfs.

Änderungsvorschläge

§ 73a Abs. 1 SGB XI wird wie folgt ergänzt:

Im Fall einer absehbaren oder bereits eingetretenen wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung ist der Träger einer nach § 72 zugelassenen Pflegeeinrichtung verpflichtet, diese umgehend gegenüber den Pflegekassen als seinen Vertragspartnern anzuzeigen. Es genügt die Anzeige an eine als Partei des Versorgungsvertrages beteiligte Pflegekasse. **Die Pflegekasse nach Satz 2 informiert die nach Landesrecht zu beteiligenden Stellen.** Die von der Pflegeeinrichtungen versorgten Pflegebedürftigen sind hierüber zu informieren.

§ 73a Abs. 3 SGB XI wird wie folgt ergänzt:

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals zum Stichtag 1. Januar 2025 und danach halbjährlich über die Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge sowie die Pflegeplätze in den einzelnen Versorgungsbereichen. Der Bericht ist nach Bundesländern zu differenzieren und spätestens sechs Wochen nach dem Stichtag vorzulegen. Dieser enthält neben den numerischen Angaben auch Bewertungen der Pflegekassenverbände zur Versorgungssituation in den einzelnen Ländern. **Der Bericht wird nach Erhalt durch das Bundesministerium für Gesundheit innerhalb von vier Wochen veröffentlicht.**

Artikel 1, Nr. 36 § 85 SGB XI – Pflegesatzverfahren

Vorgeschlagene Neuregelung

Mit der Änderung in § 85 Abs. 5 SGB XI soll die Option eingeräumt werden, die Schiedsstelle bereits vor Ablauf von sechs Wochen nach Verhandlungsaufforderung anzurufen, sofern die Vertragsparteien dies gemeinsam tun.

§ 85 Abs. 6 SGB XI soll nach dem Vorbild des § 77 Abs. 3 SGB XII gestaltet werden. Geregelt werden soll die Möglichkeit der Schiedsstelle, den Laufzeitbeginn einer Vergütungsvereinbarung auf den Tag des Antrags- eingangs bei der Schiedsstelle bzw. den Tag einer Änderung des Antrags festzulegen. Eine darüber hinaus rückwirkende Vereinbarung der Parteien soll ausdrücklich ausgeschlossen werden.

Stellungnahme

Wenn bei allen Vertragspartnern nach § 85 Abs. 2 SGB XI Einigkeit besteht, dass Pflegesatz- bzw. Vergütungsverhandlungen endgültig gescheitert sind, wäre es reiner Formalismus, die grundsätzlich vorgesehene Frist von sechs Wochen nach Verhandlungsaufforderung abwarten zu müssen, bevor die Schiedsstelle angerufen werden kann. Insofern kann die vorgesehene Änderung in § 85 Abs. 5 SGB XI begrüßt werden. Allerdings wird zum einen nur in absoluten Ausnahmefällen eine frühzeitige Einigkeit hinsichtlich des Scheiterns der Verhandlungen bestehen, zum anderen dürfte sich in Fällen der Nichteinigung das Interesse der Kostenträger, in Zeiten des Kostendrucks einen früheren Laufzeitbeginn von Vereinbarungen mit entsprechender Vergütungsverpflichtung herbeizuführen, in Grenzen halten. Einen wirkungsvollen Beitrag zur dringend erforderlichen Beschleunigung der Vergütungsfindung wird diese Regelung nicht leisten können.

Von erheblicher, die Wirtschaftlichkeit der Pflegeeinrichtungen weiter gefährdender Wirkung wäre allerdings die vorgesehene Änderung des § 85 Abs. 6 SGB XI. **Der bpa lehnt diese Regelung mit Nachdruck ab.**

Aktuell treten nach § 85 Abs. 6 SGB XI Pflegesatzvereinbarungen und Schiedsstellenentscheidungen zu dem darin unter angemessener Berücksichtigung der Interessen der Pflegeheimbewohner bestimmten Zeitpunkt in Kraft. Ein rückwirkendes Inkrafttreten von Pflegesätzen ist nicht möglich. Dass die Schiedsstelle den Laufzeitbeginn rückwirkend auf den Tag des Antragseingangs festsetzen kann, ist durch die BSG-Rechtsprechung geklärt. Dies soll § 85 Abs. 6 SGB XI nach dem Referentenentwurf zukünftig ausdrücklich regeln, wobei dies allerdings ohnehin bereits seit

Jahren in der Praxis anerkannt ist. Der Regelungsgehalt der Änderung des Absatzes 6 geht aber noch deutlich darüber hinaus.

Der Begründung nach soll dies ein frühzeitiges Inkrafttreten der Vergütungsvereinbarung ermöglichen, „ohne dabei den Grundsatz der Prospektivität im Übrigen aufzuweichen. Nach dem neuen Satz 4 sind auch weiterhin darüber hinaus keine rückwirkenden Vereinbarungen für die Parteien zulässig.“ Damit soll der Regelung in § 77 SGB XII entsprochen werden.

Letztlich läuft dies auf ein Verbot hinaus, den Laufzeitbeginn einer Vergütungsvereinbarung auf einen vor der Unterzeichnung der Vereinbarung durch alle Vertragspartner liegenden Zeitpunkt festzulegen – auch wenn die Einrichtung frühzeitig und begründet zu Vergütungsverhandlungen aufgefordert hat, um einen an den Ablauf der bisherigen Vereinbarung nahtlos anschließenden Laufzeitbeginn erreichen zu können.

Wird den Vertragspartnern nun jeglicher Spielraum genommen, Vergütungsvereinbarungen auch in diesem Sinne rückwirkend abzuschließen, liefe dies allen Bemühungen um Verfahrensvereinfachung und Bürokratieabbau zuwider. Den Regelungen zum Ablauf der Vergütungsvereinbarungen in § 85 Abs. 5 SGB XI liegt die Vorstellung zugrunde, dass Verhandlungen grundsätzlich innerhalb von 6 Wochen abgeschlossen werden können. Das entspricht schon lange nicht mehr der Realität, was vielfältige Ursachen hat – der Personalmangel auch auf Kostenträgerseite spielt eine Rolle, aber auch die Zunahme der Komplexität der Vergütungsfindung in den vergangenen Jahren.

Zur Sicherstellung eines adäquaten Laufzeitbeginns müssten die Einrichtungen aus dem Verhandlungsprozess heraus – ungeachtet dessen Fortschritts und seiner Umstände – bundesweit in jedem Falle die Schiedsstelle anrufen. Dies kostet Geld und Zeit, das Problem wird auf die in weiten Teilen ohnehin schon überlasteten Schiedsstellen mit zum Teil deutlich über drei Monate hinausgehenden Verfahrensdauern verlagert.

Die Vereinbarungspartner haben in der Vergangenheit in weiten Teilen angemessene Lösungen gefunden – wenn auch im Einzelfall abhängig von Bundesland und verhandelnden Personen – indem im Vereinbarungswege ein rückwirkender Laufzeitbeginn zum beantragten Zeitpunkt ermöglicht wird, wenn rechtzeitig wenigstens sechs Wochen zuvor zu den Verhandlungen aufgefordert wurde. Dabei werden auch der Grundsatz der Prospektivität und die Interessen der Pflegebedürftigen adäquat berücksichtigt: Ein nachträgliches Abrechnen bereits entstandener Kosten findet nicht statt und eine Entgelterhöhung gegenüber den Pflegebedürftigen bedarf zu ihrer Wirksamkeit ohnehin einer rechtzeitigen und begründeten Ankündigung seitens der Einrichtungen.

Aus Sicht des bpa muss diese gelebte Praxis in § 85 Abs. 6 SGB XI gesetzlich verankert werden. § 85 Abs. 6 SGB XI in der Entwurfsfassung konterkariert alle dringend notwendigen Bemühungen, mit adäquaten Verfahrensregelungen zur Absicherung der Wirtschaftlichkeit der Pflegeeinrichtungen beizutragen.

Änderungsvorschläge

§ 85 Absatz 6 SGB XI wird wie folgt gefasst:

(6) Pflegesatzvereinbarungen sowie Schiedsstellenentscheidungen nach Absatz 5 Satz 1 oder 2 treten zu dem darin unter angemessener Berücksichtigung der Interessen der Pflegeheimbewohner bestimmten Zeitpunkt in Kraft; sie sind für das Pflegeheim sowie für die in dem Heim versorgten Pflegebedürftigen und deren Kostenträger unmittelbar verbindlich. ~~Festsetzungen der Schiedsstelle werden, soweit keine Festlegung erfolgt ist, rückwirkend mit dem Tag wirksam, an dem der Antrag bei der Schiedsstelle eingegangen ist. Soweit in den Fällen des Satzes 2 während des Schiedsstellenverfahrens der Antrag geändert wurde, ist auf den Tag abzustellen, an dem der geänderte Antrag bei der Schiedsstelle eingegangen ist. Ein jeweils vor diesem Zeitpunkt zurückwirkendes Vereinbaren oder Festsetzen von Vergütungen ist nicht zulässig.~~ **Ein Inkrafttreten der Pflegesatzvereinbarung zum beantragten Laufzeitbeginn ist zulässig, soweit eine begründete Verhandlungsaufforderung mindestens sechs Wochen vor dem beantragten Laufzeitbeginn erfolgt ist. Ein darüberhinausgehendes rückwirkendes Inkrafttreten von Pflegesätzen ist nicht zulässig.** Nach Ablauf des Pflegesatzzeitraums gelten die vereinbarten oder festgesetzten Pflegesätze bis zum Inkrafttreten neuer Pflegesätze weiter.

Artikel 1, Nr. 37

§ 86a SGB XI – Verfahrensleitlinien für Pflegesatzverhandlungen und -vereinbarungen

Vorgeschlagene Neuregelung

Es soll klargestellt werden, dass Pflegesatzanträge rechtzeitig vor Beginn des Pflegesatzzeitraumes eingereicht werden sollen. Seitens der Kostenträger ist eine bevollmächtigte Person als verbindliche Ansprechperson zu benennen, die befugt ist, schriftliche Vertrags-erklärungen abzugeben. Nachweisforderungen zur Darlegung der prospektiven Aufwendungen sind zeitnah zu stellen und zu bedienen.

Pflegesatzkommissionen oder vergleichbaren Gremien soll die Möglichkeit eröffnet werden, Empfehlungen für pauschale Anpassungen der Vergütungen abzugeben. In den Pflegesatzvereinbarungen nach § 85 SGB XI sind die maßgeblichen Annahmen so zu hinterlegen, dass sie künftigen Anpassungen auch in vereinfachten Verfahren leichter zugänglich sind.

Die Bundesebene wird beauftragt, Empfehlungen zu Vergütungsverfahren und zum Abschluss von Vereinbarungen spätestens 9 Monate nach Inkrafttreten abzugeben.

Kommen die Empfehlungen innerhalb der Frist nicht zustande, bestellen die Vertragsparteien eine Schiedsperson.

Empfehlungen können auch in Teilen abgegeben werden.

Stellungnahme

Im Hinblick auf den Zeitpunkt der Einreichung der Unterlagen haben sich in der Praxis Verfahren entwickelt, die sich bewährt haben. Dabei bildet die in § 85 Abs. 5 SGB XI verankerte Frist die Grundlage. In der Regel werden die Anträge daher spätestens sechs Wochen vor dem gewünschten Vereinbarungstermin eingereicht, um einen – auch im Falle eines notwendigen Schiedsstellenverfahrens – an den Ablauf der laufenden Vereinbarung übergangslos anschließenden Laufzeitbeginn sicherzustellen.

Mit der unbestimmten Formulierung, dass Unterlagen rechtzeitig vor Beginn des angestrebten Pflegesatzzeitraumes einzureichen sind, sind Auseinandersetzungen über die Frage der Rechtzeitigkeit zwischen den Vertragsparteien vorprogrammiert. Die damit verbundenen Verzögerungen belasten das Verhandlungsgeschehen zusätzlich und stehen dem Ziel der Beschleunigung der Verfahren zur Vergütungsfindung entgegen. Störfaktoren dieser Art sollten vermieden werden. Die Regelung ist daher zu streichen.

Die zur Beschleunigung des Unterschriftenverfahrens vorgesehene Benennung von bevollmächtigten Personen begrüßt der bpa. Damit wird eine deutlich schnellere Umsetzung und Anerkennung der Verhandlungsergebnisse gewährleistet, sofern hier die entsprechende Verbindlichkeit besteht und weitere individuelle Prüfungen durch Kostenträger ausgeschlossen sind. Viele Pflegeeinrichtungen lassen sich jedoch bei den Verhandlungen von externen Dritten vertreten, die gemäß § 85 Abs. 4 SGB XI bevollmächtigt sind. Zur Sicherstellung eines reibungslosen Ablaufs der Verhandlungen und des weiteren Verfahrens sollten in § 86 Abs. 1 SGB XI auch die zur Vertretung der Pflegeeinrichtungen bevollmächtigten Personen als Adressaten der Mitteilung der Kostenträger hinsichtlich der verbindlichen Ansprechperson aufgenommen werden.

Die in § 86 Abs. 2 SGB XI neu aufgenommene Option von vereinfachten Verfahren begrüßt der bpa ausdrücklich, wird damit doch einer in einigen Bundesländern bereits gelebten Vereinbarungspraxis Rechnung getragen. Die Ausgestaltung der vereinfachten Verfahren ist in den Ländern sehr unterschiedlich und beruht nicht in jedem Fall auf individuellen Festlegungen in den Vereinbarungen nach § 85 SGB XI. Um eine bewährte Praxis nicht zu gefährden, sollte ermöglicht werden, dass auch auf Landesebene oder auf Ebene von Trägergruppen vereinbarte Kalkulationsparameter z.B. anhand einer durchschnittlichen Pflegeeinrichtung Grundlage von vereinfachten Verfahren werden können. Andernfalls entsteht ein erheblicher bürokratischer Aufwand, wenn bisherige Verfahren umgestellt und auf die vorgesehene Regelung angepasst werden müssen. Dies würde dem beschriebenen Ziel der Vereinfachung von Verfahren entgegenstehen.

Auch die neu aufgenommene Verpflichtung der Bundesebene zur Abgabe einer Empfehlung zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Verfahren begrüßt der bpa. Sie ist ein Beitrag zur Beschleunigung von Vergütungsverfahren und reduziert das Konfliktpotential in Verhandlungen. Wichtig ist aus Sicht des bpa, dass bei der Entwicklung der Empfehlungen bewährte Verfahren in den Bundesländern berücksichtigt werden, damit die Umsetzung nicht zu neuem Bürokratieaufwand führt.

Der vorgesehene Konfliktlösungsmechanismus wird ebenso begrüßt wie die Möglichkeit der Abgabe von Empfehlungen in Teilen.

Änderungsvorschläge

§ 86a Absatz 1 erhält folgende Fassung:

(1) ~~Pflegesatzanträge sollen rechtzeitig vor Beginn des angestrebten Pflegesatzraumes bei den Kostenträgern nach § 85 Absatz 2 Satz 1 eingereicht werden.~~ Diese ~~Kostenträger nach § 85 Absatz 2~~ bestimmen **nach Eingang eines Pflegesatzantrages** umgehend eine bevollmächtigte Person als verbindliche Ansprechperson und teilen diese unverzüglich dem Träger der Pflegeeinrichtung **sowie einem nach § 85 Absatz 4 Satz 2 Bevollmächtigten** mit. Nachweisforderungen gemäß § 85 Absatz 3 zur Darlegung der prospektiven Aufwendungen sind zeitnah nach Antragseingang zu stellen und zu bedienen. Die bevollmächtigte Person nach Satz 2 ist befugt, die schriftliche Vertragserklärung mit Wirkung für und gegen die beteiligten Kostenträger unverzüglich nach der Einigung abzugeben.

§ 86a Absatz 2 wird wie folgt ergänzt:

(2) Die der Pflegesatzvereinbarung nach § 85 zugrunde gelegten, maßgeblichen Annahmen und Werte sind derart zu hinterlegen oder auszuweisen, dass diese künftigen Anpassungen, auch in vereinfachten Verfahren, für die Parteien leichter zugänglich sind. **Maßgebliche Annahmen und Werte im Sinne von Satz 1 können auch durch Pflegesatzkommissionen oder vergleichbare Gremien im Land vereinbarte Kalkulationsparameter, insbesondere auch unter Zugrundelegung einer durchschnittlichen Pflegeeinrichtung, sein.** Die Pflegesatzkommissionen oder vergleichbare Gremien im Land sowie die Vertragsparteien nach § 85 Absatz 2 können entsprechende Empfehlungen für pauschale Anpassungsverfahren für die Pflegevergütung beschließen.

§ 86a Absatz 3 wird wie folgt ergänzt:

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

1. die Anforderungen an die nach § 85 Absatz 3 geeigneten Nachweise zur Darlegung der prospektiven Sach- und Personalaufwendungen einschließlich entsprechender Formulare zur Aufbereitung der Daten,
2. geeignete Formen zur Hinterlegung oder zum Ausweis der der Pflegesatz- beziehungsweise Vergütungsvereinbarung zugrunde gelegten Personal- und Sachaufwendungen und Ausgangswerte **unter Berücksichtigung möglicher Kalkulationsparameter nach Absatz 2**

Satz 2, die bei Anschlussvereinbarungen einer Anpassung leichter zugänglich sind,

3. Methoden für vereinfachte Pauschalverfahren bezogen auf individuelle Vereinbarungen und Kollektivverfahren einschließlich geeigneter Parameter und Orientierungswerte und
4. Handreichungen zum Umgang mit aktuellen Herausforderungen bei den Vereinbarungsverfahren.

Die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern können davon abweichende Vorgaben in ihren Rahmenverträgen vereinbaren, im Übrigen sind die Empfehlungen unmittelbar verbindlich.

Artikel 1, Nr. 40**§ 92c SGB XI – Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen****Artikel 1, Nr. 45 c****§ 113b Abs. 4 SGB XI – Prüfungsregelungen für die Qualität der Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen****Vorgeschlagene Neuregelung**

Zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen können ambulante Pflegeeinrichtungen mit den Kassen Verträge schließen, die ein „Basispaket“ (für Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft und einzelne SGB V-Leistungen) und darüberhinausgehende Leistungen regeln. Es müssen mehr als zwei Pflegebedürftige zur gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung zusammenleben. Der GKV-SV und die Verbände der Pflegeeinrichtungen sollen Empfehlungen u.a. zu den Inhalten der Verträge beschließen.

Stellungnahme

Der bpa lehnt die hier vorgesehene Schaffung eines neuen Versorgungsektors entschieden ab. Die Regelung muss gestrichen werden.

Die im Entwurf formulierten Ziele vermag die Regelung überwiegend nicht zu erfüllen. Vielmehr konterkarieren die Vorgaben sogar die Errungenschaften der letzten Jahre. Es muss daher angenommen werden, dass statt einer Stärkung der Selbstbestimmung und der Versorgungssicherheit der Pflegebedürftigen einzig eine Kostenersparnis gesetzlich vorgebracht werden soll. Überdies wird ein erheblicher bürokratischer Mehraufwand produziert. Es müssen u.a. neue Verträge vereinbart werden – bei Kostenträgern, Leistungserbringern und Pflegebedürftigen – Qualitätssysteme entwickelt, ordnungsrechtliche Änderungen umgesetzt, Rahmenverträge neu geschrieben sowie Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen neu geschlossen werden. Welcher versorgungspolitische Mehrwert dadurch geschaffen werden soll, bleibt unklar. Alle Ziele des Gesetzes – mit Ausnahme der vermeintlichen Kostenersparnis – können bereits mit den geltenden Möglichkeiten erreicht werden. Dies zeigt sich in der Vielzahl von Angeboten sogenannter neuer Wohnformen, sei es in Wohngemeinschaften, betreutem Wohnen oder anderer Ausgestaltungen. Diese durch den hier vorgesehenen Regelungskatalog infrage zu stellen, wirkt sich negativ auf die Versorgung aus.

Unklare Regelungsinhalte

Der Referentenentwurf lässt konkrete Aussagen zu den Grenzen der neuen Versorgungsform vermissen und schafft erhebliche Unsicherheiten

über die gewünschte Ausgestaltung. Besonders exemplarisch wird dies hinsichtlich der in den Voraussetzungen des Vertragsabschlusses normierten zu versorgenden Gruppengröße. Der Gesetzestext spricht von mehr als zwei pflegebedürftigen Personen und lässt eine Obergrenze offen. Die Gesetzesbegründung spezifiziert hingegen einen „überschaubaren Kreis an Pflegebedürftigen“, damit eine individualisierte Versorgung möglich ist. Eine individualisierte Versorgung ist stets unabhängig der Gruppengröße möglich, soweit die Refinanzierung des Angebots gesichert ist. Die Bindung an den überschaubaren Personenkreis geht hingegen mit erheblichen Interpretationsproblemen einher. Wie soll eine solche Größe definiert werden? Erfolgt eine Orientierung an den Wohngemeinschaften mit bis zu 12 Plätzen? Soll in Abgrenzung dazu eine doppelt so große Zahl mit 24 versorgt werden? Erfolgt eine stärkere Anlehnung an das Modellprogramm, welches der Regelung in Teilen als Grundlage dient? Dieses hatte 56 Plätze in vier räumlich, personell, organisatorisch und wirtschaftlich miteinander verbundenen Hausgemeinschaften. Aussagen zu derlei Verbindungen trifft der Referentenentwurf nicht. Es muss daher davon ausgegangen werden, dass stets eine solitäre vertragliche Ausgestaltung gewünscht ist. Zwar ist vorgesehen, dass die Selbstverwaltung u.a. Empfehlungen zur maximalen Personengruppengröße abgegeben soll, doch ist bei derlei Grundlagen absehbar, dass kaum eine Einigungsfähigkeit möglich sein wird.

Hinsichtlich der vorgesehenen Vorgabe, komplexe Prüfkriterien zu entwickeln und diese unmittelbar nach Vorliegen erneut grundlegend zu überarbeiten, verweist der bpa auf die Ausführungen zu [§§ 114a](#) und [115 SGB XI](#). Es ist weder im Sinne einer Entbürokratisierung der Pflege noch einer qualitätsgesicherten Leistungserbringung angezeigt, neue Qualitätsvorgaben für diese Versorgungsform zu entwickeln. Sollte der Gesetzgeber an der Einführung gemeinschaftlicher Wohnformen festhalten wollen, ist ausschließlich die bisherige Prüflogik fortzusetzen.

Ausführungen zu den ordnungsrechtlichen Auswirkungen bzw. der Vereinbarkeit mit den dortigen Regelungen trifft der Referentenentwurf nicht. Es muss jedoch das Bewusstsein dafür geschärft werden, dass diesbezüglich in 16 Bundesländern auf Grundlage der hier vorgesehenen Veränderungen Gesetz- und Verordnungsgebungsverfahren folgen müssen.

Zerschlagung bestehender Strukturen

Der Referentenentwurf kündigt im Rahmen der Berechnung des Erfüllungsaufwandes erhebliche Einsparungen für die soziale Pflegeversicherung an. Mittelfristig wird von 220 Mio. Euro jährlich ausgegangen. Im Vergleich zur WG-Versorgung sollen pro Pflegebedürftigen pro Jahr 14.000 Euro weniger an Kosten entstehen.

Wie diese Kostenschätzungen zustande kommen, bleibt insgesamt unklar. Es überrascht zudem, dass keine Minderausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung dargelegt werden, obwohl durch die Basispakete absehbar Einsparungen bei den Leistungen der häuslichen Krankenpflege erfolgen sollen.

Aufgrund dieser Darlegungen ist absehbar, dass es eine erhebliche Steuerungswirkung der Kostenträger in diese Versorgungsform geben wird. Für die seit Jahren von der Politik befürwortete WG-Versorgung ist dies im Gegenzug existenzbedrohend. Strukturen, die über viele Jahre geschaffen wurden, sowohl durch Leistungserbringer wie auch in der Selbstverantwortung der Pflegebedürftigen, werden absehbar verschwinden. Dies widerspricht der vermeintlich gewünschten Stärkung der Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen. Nicht ohne Grund haben sich Wohngruppen in den vergangenen Jahren als eine bei den Pflegebedürftigen sehr beliebte Versorgungsform etabliert. Der neue Versorgungssektor des § 92c SGB XI wird diese Strukturen mittelfristig zerschlagen. Der Auftrag des Koalitionsvertrages, das Sozialgesetzbuch XI um innovative quartiernahe Wohnformen zu ergänzen, wird klar verfehlt.

Bundesempfehlungen zum Scheitern verurteilt

Die in Absatz 2 vorgesehenen Bundesempfehlungen sind ihrer derzeitigen Ausgestaltung nicht zielführend.

Empfehlungen über vorzuhaltendes Personal sind allenfalls dann möglich, wenn sehr genaue Vorgaben zur Ausgestaltung des Leistungsangebots vorgenommen werden. Dies wiederum widerspricht dem Grundgedanken einer besonders individualisierten Versorgungsform. Gleiches gilt für konkrete Aussagen zur Vergütung und Abrechnung.

Mit der Vereinbarung über die möglichen HKP-Leistungen innerhalb des Basispakets werden die Krankenkassen versuchen, erhebliche Kosteneinsparungen ihrerseits umzusetzen. Für die Leistungserbringer gibt es hingegen kaum Anreize, derlei Leistungen im Basispaket zu verorten. Wie soll auf dieser Grundlage ein Interessenausgleich stattfinden?

Die Erfahrungen aus vergleichbaren Bundesempfehlungen wie der zu § 88a SGB XI zeigen, dass eine unmittelbare Geltungswirkung zwar pragmatisch gedacht ist, die Landespflegekassen und insbesondere die Sozialhilfeträger sich an eine solche jedoch regelmäßig nicht gebunden fühlen. Letztere verneinen regelmäßig die Geltungswirkung von Bundesempfehlungen für sich. Beispielhaft sei darauf verwiesen, dass die Bundesempfehlungen nach § 88a SGB XI zwar ausdrückliche Regelungen zu dem Auslastungsgrad der Investitionskosten treffen, diese aber flächendeckend seitens der Sozialhilfeträger nicht akzeptiert werden, mit dem Verweis auf mangelnde Beteiligung und eine vermeintliche Nichtzuständigkeit

der Selbstverwaltung im Bund. Es gibt keine Grundlage anzunehmen, dass es bezüglich dieser Bundesempfehlungen anders wäre.

Die Frist von neun Monaten ist vor dem Hintergrund dieser Problemstellungen in keinem Fall zu halten. In der Konsequenz werden auch die weiteren Regelungsinhalte, die auf der Bundesempfehlung aufbauen sollen, nicht fristgerecht vorliegen können.

Flexibilisierung vollstationärer Versorgung

Statt neue Versorgungssektoren zu schaffen und damit bewährte abgesicherte Versorgungsstrukturen zu gefährden, sollte eine Flexibilisierung der Leistungserbringung für die bestehenden Strukturen erfolgen. Für die Stärkung der WG-Versorgung verweist der bpa auf die Ausführungen zu § 45j SGB XI (siehe S. 51). Viele der vorgesehenen Maßnahmen lassen sich auf die vollstationäre Versorgung übertragen. Dieses hochregulierte Angebot muss in Anbetracht der dreifachen Herausforderungen in Form einer erheblich steigenden Nachfrage, eines geringeren Beschäftigtenpotentials und einer immer prekäreren Finanzlage Erleichterungen erfahren.

Insbesondere die personellen Anforderungen sind bereits heute flächendeckend kaum noch zu erfüllen. Der Gesetzgeber hat dies insofern bereits anerkannt, als dass vom wissenschaftlich vorgeschlagenen Mehrpersonalbedarf lediglich maximal 40 Prozent umgesetzt werden können. Die ganz überwiegende Mehrheit der Pflegeheime ist zudem von diesem Maximalwert deutlich entfernt. Immer komplexere Regulierungen des Personaleinsatzes in der Kombination aus dem Recht des Bundes und dem Ordnungsrecht der Länder führen in der Konsequenz aktuell zu einem Angebotsabbau. 18.000 vollstationäre Pflegeplätze sind im vergangenen Jahr verloren gegangen – bei gleichzeitigem Nachfrageanstieg.

Der Personaleinsatz ist unmittelbar mit dem spezifischen Leistungsangebot verbunden. In den vergangenen Jahren wurden diverse Projekte erprobt, die die Möglichkeit des zielgerichteten Personaleinsatzes vorgesehen haben. Viele dieser haben sich bewährt, können aber aufgrund der bundes- und landesrechtlichen Vorgaben nicht in der Regelversorgung angewandt werden. Um den Personaleinsatz endlich effizienter, orientiert an den individuellen Gegebenheiten und zukunftsfest aufzustellen, dürfen sich die Vorgaben künftig allein aus dem Vertragsrecht ergeben. So wird eine flexible und sachgerechte Personalplanung möglich.

Im Rahmen einer Flexibilisierung der Leistungen hin zu einer noch umfangreicheren Versorgungskette für Pflegebedürftige, die in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden, sowie einer Erweiterung der Personaleinsatzmöglichkeiten – sowohl hinsichtlich der Aufgaben wie auch der Einsatzzeiten – sollte das Mittel der Gesamtversorgungsverträge weiter gestärkt werden.

Die Kombination von ambulanten mit teil- und vollstationären Leistungen stellt eine viel effizientere Sicherstellung der Versorgung dar, als es im neuen § 92c SGB XI angestrebt wird. Pflegeheime könnten in ihrer unmittelbaren Umgebung ambulante Leistungen anbieten, eine Tagespflege vorhalten und für diejenigen Klienten, die darüber hinaus eine umfassendere Versorgung benötigen, schließlich das vollstationäre Angebot absichern. Das ist gelebte Quartiersversorgung.

Zudem können so zusätzliche Optionen für Beschäftigte eröffnet werden. Eine größere Angebotsvielfalt bietet auch mehr Chancen für den wunschgerechten Einsatz; sei es in zeitlicher Perspektive oder in Bezug auf mehr Abwechslung im Arbeitsalltag. Das trägt dazu bei, den Teilzeitanteil zu reduzieren und einen Berufsverbleib bis zum Renteneintritt – ggf. auch darüber hinaus – zu erleichtern.

Damit das möglich ist, muss das Konstrukt des Gesamtversorgungsvertrags weiter gestärkt werden und eine Öffnung in den Leistungskatalog des SGB V erfolgen. Damit würden Gestaltungsräume eröffnet mit flexibleren Personaleinsatzmöglichkeiten für vollstationäre Pflegeeinrichtungen. Dem Bundesministerium für Gesundheit sind die vielfältigen Probleme in der Gestaltung von Gesamtversorgungsverträgen bekannt. Der ministerielle Workshop „Umsetzung der Regelung des Gesamtversorgungsvertrages – aus der Praxis für die Praxis“ hat bereits 2019 gezeigt, dass die viel zu wenigen Lösungen, die es in der Praxis tatsächlich gibt, in der Regel nur deshalb bestehen, weil in langen Prozessen sehr individuelle Einzelwege verhandelt wurden. So funktioniert aber keine flächendeckende Versorgung. Es muss daher gesetzlich eine erhebliche Entbürokratisierung erfolgen.

Änderungsvorschläge

§ 92c SGB XI wird gestrichen.

Artikel 1, Nr. 44

§ 113 SGB XI – Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

Vorgeschlagene Neuregelung

Die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität sollen auf der Grundlage der Bundesempfehlungen nach § 92c Abs. 2 SGB XI um Regelungen für die gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c SGB XI angepasst und ergänzt werden und bis spätestens zwölf Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes vorliegen.

Stellungnahme

Zur grundsätzlichen Bewertung der gemeinschaftlichen Wohnformen verweist der bpa auf die Ausführungen zu § 92c SGB XI (S. 66).

Soweit eine neue Leistungsform der gemeinschaftlichen Wohnformen eingeführt werden sollte, ist es grundsätzlich nachvollziehbar, dass auch für diese angemessene Qualitätsmaßstäbe gestellt werden.

Als Teil der Selbstverwaltung wird der bpa an der Entwicklung der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI konstruktiv mitwirken. Irritierend ist jedoch die vom Gesetzgeber angedachte zeitliche Vorgehensweise. Es ist bereits jetzt offenkundig, dass der Zeitplan nicht einzuhalten sein wird. Grundlage sowohl für die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI als auch die Qualitätsprüfungsrichtlinien nach § 114 SGB XI sind die Bundesempfehlungen nach § 92c Abs. 2 SGB XI. Diese sollen spätestens neun Monate nach Inkrafttreten des Pflegekompetenzgesetzes vorliegen. Bisherige Erfahrungen aus anderen Gesetzgebungsverfahren, die die Entwicklungen von Bundesempfehlungen vorsahen, haben gezeigt, dass die Verfahren – sofern man diese inhaltlich seriös und für Leistungserbringer und Kostenträger gleichermaßen handlungsleitend gestalten möchte – zeitintensiv sind. Es ist daher nicht davon auszugehen, dass die Bundesempfehlungen bereits zum gesetzlich gewünschten Zeitpunkt festliegen. Da die um entsprechende Vorgaben für die gemeinschaftlichen Wohnformen ergänzten Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI jedoch spätestens zwölf Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes vorliegen sollen, verbleiben gerade einmal drei Monate Zeit für die Vereinbarungspartner, die Beratungen durchzuführen und abzuschließen. Bestandteil eines solchen Prozesses unter Federführung des Qualitätsausschusses Pflege ist auch ein Beteiligungsverfahren von externen Sachverständigen. Diesen muss ebenfalls ausreichend Zeit eingeräumt werden, um die vorgesehenen Regelungen zu prüfen. Die Vereinbarungspartner müssen im Anschluss wiederum die Stellungnahmen der Sachverständigen auswerten und prüfen, ob sich

daraus gegebenenfalls ein Änderungsbedarf ableiten lässt. Daran schließt sich das (schriftliche) Beschlussverfahren des Qualitätsausschusses an. Nach Vorliegen des Beschlusses muss das Bundesministerium für Gesundheit die geänderten Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI genehmigen, wofür ebenfalls eine gewisse Zeit berücksichtigt werden muss. Der vorgesehene Zeitrahmen kann unter diesen Voraussetzungen nicht eingehalten werden.

Sofern dem Gesetzgeber an prüfbareren Regelungen gelegen ist, die den Ansprüchen an eine hochwertige pflegerische Qualität in den gemeinschaftlichen Wohnformen genügen, muss den Vereinbarungspartnern deutlich mehr Zeit für die Beratungen eingeräumt werden. Entsprechend muss auch der Zeitplan für die Erarbeitung der Qualitätsprüfungsrichtlinien angepasst werden, da sich diese an den Vorgaben in den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 SGB XI orientieren.

Das angedachte Vorgehen bzw. die zeitliche Planung bezüglich des wissenschaftlichen Gutachtens (§ 113b Abs. 4 SGB XI) lässt ebenfalls große Zweifel erwachsen. Insbesondere aus den Erfahrungen bei der Entwicklung von Instrumenten zur Prüfung der Qualität und für die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege gem. § 113b Abs. 4 S. 2 Nr. 3 SGB XI dürften dem Gesetzgeber die Herausforderungen und Schwierigkeiten bekannt sein.

Änderungsvorschläge

Der nach § 113 Abs. 1 Satz 1 SGB XI eingefügte Satz wird wieder gestrichen.

Sofern der Satz nicht gestrichen wird, fordert der bpa hilfsweise die folgende Änderung des Satzes:

„~~Bis zum [zwölf Monate nach Inkrafttreten] müssen~~ Die Vereinbarungen **sollen** auf der Grundlage der Bundesempfehlungen nach § 92c Absatz 2 um Regelungen für die gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c ergänzt werden. **Diese müssen bis zum (sechs Monate nach Vorliegen der Bundesempfehlung) vorliegen.**“

Artikel 1, Nr. 45b § 113b SGB XI – Erweiterter Qualitätsausschuss

Vorgeschlagene Neuregelung

Die Rolle des unparteiischen Vorsitzenden des erweiterten Qualitätsausschusses soll gestärkt werden. Auf seine Initiative kann sich der erweiterte Qualitätsausschuss bis zu zweimal im Kalenderjahr mit Themen befassen, die über die konkreten gesetzlichen Aufträge hinausgehen, und hierzu Entscheidungen treffen. Der erweiterte Qualitätsausschuss soll außerdem mit einfacher Mehrheit über die Einrichtung von Arbeitsgruppen unter Leitung des unparteiischen Vorsitzenden entscheiden.

Stellungnahme

Der Qualitätsausschuss hat bisher präzise formulierte Aufgaben. Neben der Verpflichtung zur Auftragsvergabe an fachlich unabhängige wissenschaftliche Institutionen zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Aufgabenwahrnehmung sind dem Qualitätsausschuss klar definierte Entscheidungen zugewiesen, die die Vertragsparteien in der Pflegeselbstverwaltung konsensual zu treffen haben. Ausdrücklich treffen die Vertragsparteien die ihnen im Einzelnen zugewiesenen Vereinbarungen, Beschlüsse und Entscheidungen durch den Qualitätsausschuss. Insofern ist dieser als ein Organ der Vertragspartner verfasst, das Entscheidungen mit Bindungswirkung auch für zugelassene Pflegeeinrichtungen trifft.

Der erweiterte Qualitätsausschuss mit einem unparteiischen Vorsitzenden hat hierbei ausschließlich die Funktion, bei fehlendem Konsens zwischen den Vertragsparteien für einzelne Entscheidungen eine Konfliktlösung mit einem Ausgleich der divergierenden Interessen zu finden und in diesem Sinne eine Schlichtung durchzuführen.

Bereits mit der Regelung des § 113b Abs. 3 S. 4 SGB XI, nach welcher der unparteiische Vorsitzende vom Bundesministerium für Gesundheit und nicht von den Vertragsparteien benannt wird, wird in den Qualitätsausschuss politischer Einfluss von außen eingebracht, der den Strukturen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen fremd ist (vgl. Plantholz/Bachem in LPK-SGB XI, § 113b Rn. 23). Nun soll das vorsitzende Mitglied „Themen“ vorgeben, „die über die konkreten gesetzlichen Aufträge hinausgehen“, und zu denen „Entscheidungen“ getroffen werden können. Mit dieser Kompetenzerweiterung, nach eigenem Gutdünken Regelungsgegenstände des erweiterten Qualitätsausschusses zu bestimmen und Entscheidungen unklarer rechtlicher Relevanz herbeizuführen, würde nicht nur gegen das Prinzip der vorrangigen Gestaltungsbefugnis durch die Vertragspartner in der Selbstverwaltung verstoßen, sondern verließ das vorsitzende Mitglied die Rolle des unparteiischen Schlichters hin zur

Sicherung der exekutiven Einflussnahme auf vertragspartnerschaftliche Gestaltungen der Selbstverwaltung.

Eine inhaltlich tragfähige Begründung für diese Regelung gibt die Entwurfsbegründung nicht; „Themen“, die einen konkreten Regelungsauftrag für die Vertragsparteien sinnvoll machen, konnten bisher offensichtlich nicht identifiziert werden. Auch eine Begründung für eine Befugnis des erweiterten Qualitätsausschusses zur Entscheidung über die Einrichtung von Arbeitsgruppen unter Leitung des unparteiischen Vorsitzenden fehlt. Tatsächlich wird seit Jahren in nach der bestehenden Geschäftsordnung eingerichteten Arbeitsgruppen kontinuierlich und zielorientiert gearbeitet.

Nicht zuletzt wird mit dieser Regelung ein Ungleichgewicht geschaffen, indem einer einzelnen, eigentlich unparteiischen Person exklusive Rechte eingeräumt werden sollen, wohingegen alle anderen Mitglieder der Gremien lediglich ein Antragsrecht haben und für ihre Vorhaben Mehrheiten gewinnen müssen. Hiermit würden die Ausgewogenheit in der Selbstverwaltung, die Gleichbehandlung der Selbstverwaltungspartner/innen und damit die Grundlage der erfolgreichen Zusammenarbeit gefährdet.

Zutreffend wird in der Entwurfsbegründung darauf hingewiesen, dass die Vertragsparteien im Qualitätsausschuss seit vielen Jahren konstruktiv und fachlich orientiert zusammenarbeiten, so dass der erweiterte Qualitätsausschuss seit 2016 erst zweimal einberufen wurde. Auch die bisherige Klarheit der Aufgabenzuweisung liegt dem zugrunde. Eine Aufweichung hin zu unbestimmten „Themen“ und der Rolle des unparteiischen Vorsitzenden wird ohne jede sachliche Rechtfertigung zu bisher nicht eingetretenen Auseinandersetzungen führen.

Änderungsvorschläge

Die § 113b Abs. 3 SGB XI angefügten Sätze werden gestrichen.

Artikel 1, Nr. 46**§ 113c Abs. 2, Abs. 5 Satz 1 Nr. 4 SGB XI – Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen; akademische Pflegefachkräfte****Vorgeschlagene Neuregelung**

Das Beschäftigen von akademischen Pflegefachkräften, die überwiegend Leistungen der direkten Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, wird als sachlicher Grund für das Überschreiten der Personalschlüssel nach § 113c Abs. 1 SGB XI gesetzlich benannt.

In der Bundesempfehlung nach § 113c Abs. 4 SGB XI sollen Aufgabenbereiche akademisch qualifizierter Pflegefachkräfte definiert werden.

Stellungnahme

Vor dem Hintergrund einer vermeintlich nicht ausreichenden Berücksichtigung akademisch qualifizierter Pflegefachkräfte im Rahmen der wissenschaftlichen Erarbeitung des Personalbemessungsverfahrens in vollstationären Pflegeeinrichtungen sollen zusätzliche Anreize zur Beschäftigung dieses Personals geschaffen werden.

Die Vorstellungen des Gesetzgebers zur Steigerung der Pflegequalität durch einen vermehrten Theorie-Praxis-Transfer evidenzbasierter Pflege durch den Einsatz akademischer Pflegefachkräfte sind nachvollziehbar. Die Ausführungen der Gesetzesbegründung lassen jedoch nicht den Grund für die geringe Zahl der eingesetzten akademischen Pflegefachkräfte erkennen: Weder gibt es diese in annähernd ausreichender Anzahl auf dem Arbeitsmarkt noch sind die diesbezüglichen Ausbildungszahlen auf einem Niveau, dass absehbar eine flächendeckende Beschäftigung in jeder vollstationären Pflegeeinrichtung möglich wäre.

Vor diesem Hintergrund können zusätzliche Anreize geschaffen werden entsprechendes Personal einzustellen, doch die strukturellen Voraussetzungen für eine umfassende Umsetzung liegen schlicht nicht vor.

Nicht nachvollziehbar ist der Auftrag zur Definition von Aufgabenbereichen für akademische Pflegefachkräfte in der Bundesempfehlung nach § 113c Abs. 4 SGB XI. Als Pflegefachkräfte werden sie qualifikationsgerecht entsprechend den jeweiligen Aufgaben und ihren individuellen Kompetenzen eingesetzt. Es ist nicht zielführend, den Eindruck zu erwecken, dass nur aufgrund einer akademischen Ausbildung ein grundsätzliches anderes Aufgabenspektrum als bei beruflich qualifizierten Pflegefachkräften anfällt. Dies wäre nicht sachgerecht im Hinblick auf die Qualifikationen und Praxiserfahrungen beruflich qualifizierter Pflegefachkräfte. Zudem muss

die Frage gestellt werden, wie Aufgaben, die vermeintlich (nur) von akademischen Pflegefachkräften absolviert werden sollen, in den Pflegeeinrichtungen umgesetzt werden, in denen kein akademisches Personal eingesetzt wird.

Vor diesem Hintergrund kann es auch keinen Bezug zu den Empfehlungen der Arbeitsgruppe der Ausbildungsinitiative Pflege zu Aufgabenprofilen akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen geben. Diese sprechen u.a. davon, dass „hochkomplexe“ Pflegefälle von akademischen Pflegefachkräften zu versorgen seien. Nicht nur fehlt eine klare Definition, wie sich solche Fälle gestalten, sondern auch jeder Hinweis, wie derlei Sachverhalte – die geübte Praxis darstellen – mit dem statistisch unbestreitbaren Fehlen akademischer Pflegefachkräfte vereinbart werden können. Es ist nicht vermittelbar politisch festzulegen, Versorgungskonstellationen bevorzugt für ein Qualifikationsniveau zu definieren, wenn eine flächendeckende praktische Umsetzung ausgeschlossen ist. Dies könnte weder den versorgten Personen und ihren An- und Zugehörigen erklärt werden noch den beruflichen qualifizierten Pflegefachkräften, die diese Aufgaben seit jeher in hoher Qualität übernommen haben.

Änderungsvorschläge

§ 113c Abs. 5 Satz 1 Nr. 4 SGB XI wird gestrichen.

Artikel 1, Nr. 46

§ 113c Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB XI, § 113c Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB XI – Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen; Organisationsentwicklung und Einbeziehung weiterer Berufsabschlüsse

Vorgeschlagene Neuregelung

Die Möglichkeiten durchzuführender Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung werden erweitert.

Als QN-3-Pflegepersonal kann oberhalb des vorzuhaltenden Mindestpersonalschlüssels auch solches mit mindestens einjährigen Berufsabschlüssen außerhalb der Pflege für administrative oder pflegerische Aufgaben zur Entlastung des Fachkraftpersonals, entsprechend der jeweiligen Qualifikation, eingesetzt werden.

Es wird klargestellt, dass in den Landesrahmenverträgen als Fachkräfte auch Altentherapeuten, Ergotherapeuten, Erzieher, Fachhauswirtschaftler, Familienpfleger, Dorfhelfer, Heilerzieher, Heilerziehungspfleger, Heilpädagogen, Logopäden, medizinische Fachangestellte, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und Sozialtherapeuten anerkannt werden können.

Stellungnahme

Sollten die Maßnahmen zur Organisations- und Personalentwicklung bisher entsprechend den im Modellprogramm nach § 8 Absatz 3b SGB XI entwickelten und erprobten Instrumentarien folgen, werden die Möglichkeiten nun erweitert. Dies ist in doppelter Hinsicht sinnvoll. Bis das Modellprogramm die entsprechende Evaluation vorgenommen hat, wird ein weiteres Jahr verstreichen. Ergebnisse, auf deren Grundlage Entwicklungsprozesse zur Umsetzung des Personalbemessungsinstruments durchgeführt werden sollen, gibt es demnach erst mehr als zwei Jahre nach Inkrafttreten der neuen Systematik. Pflegeheime, die unterdessen ihren Personalkörper angepasst oder Umstellungen in der Einsatz- und Personalplanung vorgenommen haben oder diese nun angehen wollen, sollen nicht weitere zwölf Monate warten bzw. dann eingeführte Konzepte wieder ad acta legen müssen.

Überdies ist absehbar, dass die Erkenntnisse aus dem Modellprogramm nur eine teilweise Übertragbarkeit auf die Mehrzahl der vollstationären Pflegeeinrichtungen haben werden. Die Modellprogramme werden mit einem erheblich höheren Personalkörper sowie mit wissenschaftlicher und organisationstheoretischer Begleitung durchgeführt. Zudem sind deutschlandweit nur zehn Einrichtungen beteiligt. Die Voraussetzungen in den

Pflegeheimen in der Fläche unterscheiden sich zum Teil erheblich von den Modelleinrichtungen. Eine ausschließliche Bindung an dort entwickelte Maßnahmen wäre somit nicht zielführend.

Mit der Begründung der Neuregelung soll überdies klargestellt werden, dass Konzepte und Instrumentarien aus dem Modellprogramm oder der Entwicklung des Personalbemessungsinstruments weder für die Durchführung und Ahndung ordnungsrechtlicher Maßnahmen noch für die Durchführung von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen geeignet sind. Der bpa begrüßt diesen Hinweis ausdrücklich. Regelmäßig wird seitens einzelner Vertreter von Kostenträgern, Medizinischen Diensten oder Heimaufsichten eine Bezugnahme beispielsweise auf den Interventionskatalog der wissenschaftlichen Entwicklung des Personalbemessungsinstruments vorgenommen, obwohl es dafür keine ordnungs- oder leistungsrechtliche Grundlage gibt. Vor diesem Hintergrund sollte der Interventionskatalog, als häufigstes Problembeispiel, explizit im Begründungstext benannt werden.

Die Ausweitungen bzw. Klarstellungen zu berücksichtigungsfähigen Berufsabschlüssen im QN 3 und 4 werden vom bpa ebenfalls ausdrücklich begrüßt. Es sei jedoch sehr deutlich darauf hingewiesen, dass Regelungen über anererkennungsfähige Abschlüsse regelhaft im Ordnungsrecht der Länder verortet sind. Ohne eine dortige Anpassung laufen die hier vorgesehenen Erleichterungen somit ins Leere. Die Formulierung der Begründung „Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass es sich ausschließlich um eine leistungsrechtliche, nicht um eine ordnungsrechtliche Anrechenbarkeit handelt.“ offenbart die sehr eingeschränkte Wirkung der Regelungen.

Der Bund ist gefordert, gegenüber den Ländern sehr deutlich die Notwendigkeit einer Anpassung der ordnungsrechtlichen Regelungen nahe zu bringen. Über ein Jahr nach Inkrafttreten der neuen Systematik des § 113c SGB XI hat in einer Vielzahl der Bundesländer noch keinerlei Angleichung des Personalverordnungen oder vergleichbarer Vorgaben an das Personalbemessungsinstrument stattgefunden. Teils wird nur per Erlass oder sonstiger Vereinbarung sichergestellt, dass die Regelungen des § 113c SGB XI überhaupt trotz noch geltender Fachkraftquote umgesetzt werden können. Andere Länder haben zwar damit begonnen, ihr Landesrecht anzupassen, sind aber nicht bereit, der Logik des wissenschaftlichen Personalbemessungsinstruments oder der Zielsetzung des Bundesrechts in § 113c SGB XI zu folgen. Beispielhaft sei hier auf Hamburg und Bremen verwiesen, die an Fachkraftquoten jeweils festhalten.

Änderungsvorschläge

Die Begründung zu Art. 1, 46 Buchstabe b, Doppelbuchstabe aa wird wie folgt geändert:

„Die wissenschaftlich gestützte Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben nach § 8 Absatz 3b SGB XI verfolgt das Ziel, die Personalsituation in den Einrichtungen nachhaltig zu verbessern.

Bereits vor dem Abschluss des Modellprojekts nach § 8 Absatz 3b SGB XI werden durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen Informationen zur Verfügung gestellt, die der Vorbereitung von Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung dienen. Diese Nutzung dieser Informationen durch die Pflegeeinrichtungen ist freiwillig. Die den Informationen zugrundeliegenden Konzepte werden im Rahmen des Modellprojekts begleitend evaluiert. Sie sind weder für die Durchführung und Ahndung ordnungsrechtlicher Maßnahmen noch für die Durchführung von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen geeignet. **Dies umfasst auch den sogenannten Interventionskatalog des Projekts zur Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Personalbedarfsbemessung.**

Artikel 1, Nr. 47
§ 114 SGB XI – Digitale Prüfaufträge

Vorgeschlagene Neuregelung

Aufträge für Qualitätsprüfungen nach §114 SGB XI sollen ab dem 1. Januar 2026 auf digitalem Wege erteilt werden.

Stellungnahme

§ 114 SGB XI wird vom bpa als sinnvolle Maßnahme erachtet. Der bpa begrüßt jegliche Digitalisierungsmaßnahmen, die zu einer effizienten und qualitativ guten Versorgung im Gesundheitswesen und in der Pflege beitragen. Die mit dieser Regelung beabsichtigte Effizienzsteigerung und Steigerung der Transparenz ist ebenfalls im Sinne des bpa.

Änderungsvorschläge

Keine.

Artikel 1, Nr. 48

§ 114a Abs. 7 SGB XI – Durchführung der Qualitätsprüfungen

Vorgeschlagene Neuregelung

Der Medizinische Dienst Bund wird verpflichtet, bis spätestens 15 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes Richtlinien für die Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c SGB XI zu beschließen.

Stellungnahme

Zu den Qualitätsprüfungs-Richtlinien sei auf die Ausführungen zu [§ 113 SGB XI](#) verwiesen. Wie bei den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität erscheint auch der vorgezeichnete Zeitplan für die Erarbeitung bzw. Anpassung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien als deutlich zu knapp bemessen. Laut Begründung sollen die Bundesempfehlungen nach § 92c Abs. 2 SGB XI und die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI als Grundlage dienen. Letztere sollen 12 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes vorliegen. Somit blieben nur drei Monate Zeit zur Beratung und zum Beschluss der Qualitätsprüfungs-Richtlinien. Offen ist auch, welche Auswirkungen eventuelle Verzögerungen bei den Beratungen zur Bundesempfehlung auf den Prozess haben. Den zeitlichen Bezug auf das Inkrafttreten des Gesetzes zu legen, erscheint unter diesen Umständen wenig geeignet. Da in der Begründung sowohl die Bundesempfehlungen nach § 92c Abs. 2 SGB XI als auch die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI als Grundlage genannt sind, sollte sich der Beratungsprozess der QPR auch am tatsächlichen Vorliegen dieser Grundlagen orientieren.

Änderungsvorschläge

Der nach § 114a Abs. 7 Satz 3 SGB XI eingefügte Satz wird wieder gestrichen.

Sofern der Satz nicht gestrichen wird, fordert der bpa hilfsweise die folgende Änderung des Satzes:

„Die Richtlinien für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c sind auf der Grundlage der Bundesempfehlungen nach § 92c Absatz 2 bis ~~zum [15 Monate nach Inkrafttreten]~~ **spätestens drei Monate nach Genehmigung der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113** zu beschließen.“

Artikel 1, Nr. 49

§ 114c SGB XI – Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität

Vorgeschlagene Neuregelung

Mit der Änderung soll die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a SGB XI einheitlich gestaltet und gestärkt werden. Eine inhaltliche Änderung bezüglich der Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität erfolgt nicht.

Stellungnahme

Im Frühjahr dieses Jahres hat die Daten-Clearing-Stelle (DCS) eine erste Auswertung für das Kalenderjahr 2023 zur Anzahl der Einrichtungen, welche die Kriterien für die Verlängerung des Prüfrhythmus erfüllen, vorgelegt. Das Ergebnis war ernüchternd. Lediglich 961 und somit 7,9 Prozent der bei der Datenclearingstelle (DCS) registrierten Pflegeeinrichtungen (12.222) konnten ein hohes Qualitätsniveau nach den Vorgaben der PruP-RiLi aufweisen. Bezogen auf alle vollstationären Pflegeeinrichtungen, bei denen im Jahr 2023 eine Qualitätsprüfung erfolgt ist, betrug der Anteil der Einrichtungen mit einem hohen Qualitätsniveau 12,1 Prozent. Damit bestätigt sich die Auffassung des bpa, dass die durch den Medizinischen Dienst definierten Kriterien deutlich zu restriktiv und kaum zu erfüllen sind. Ein relevanter Einrichtungskreis wird nicht erreicht. Das Ziel einer Entlastung qualitativ gut arbeitender Träger wird nicht erfüllt.

Der Gesetzgeber sollte daher klarstellend tätig werden und Aspekte der zu berücksichtigenden Kriterien gesetzlich festschreiben. Insbesondere die Kumulation der Anforderungen aus Ergebniserfassung und Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst sollte dabei in den Blick genommen werden. Die Anforderung, dass immer in beiden Bereichen, also sowohl bei der Indikatorenerhebung als auch der Qualitätsprüfung, außerordentlich gute Ergebnisse vorliegen müssen, ist in der Praxis nur schwer zu erreichen, was auch die Zahlen der DCS belegen. Eine Qualitätsprüfung ist die Qualitätseinschätzung an einem Tag, die immer nur einen kleinen Ausschnitt darstellen kann und zudem durch subjektive Einschätzungen und Wahrnehmungen leicht beeinflussbar ist. Die Ergebniserfassung umfasst längere Zeitabschnitte und ist objektiver. Insofern sollten auch sehr gute Ergebnisse bei der Indikatorenerfassung ausreichen, um längere Prüfzyklen erreichen zu können. Außerdem sollten auch Einrichtungen, die vom Indikatorenverfahren ausgeschlossen sind, vom verlängerten Prüfrhythmus profitieren können, wenn sie die entsprechenden Kriterien für die Qualitätsprüfungen erfüllen.

Überdies sollte eine Klarstellung erfolgen, dass der verlängerte Prüfrhythmus nicht nur für die Prüfungen des Medizinischen Dienstes gilt, sondern auch für die der Heimaufsicht. Es ist nicht vermittelbar, wieso die eine Prüfung nur alle 24, die andere aber alle zwölf Monate nötig sein sollte.

Änderungsvorschläge

§ 114c Abs. 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Abweichend von § 114 Absatz 2 soll eine Prüfung in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung ab dem 1. Januar 2023 regelmäßig im Abstand von höchstens zwei Jahren stattfinden, wenn durch die jeweilige Einrichtung ein hohes Qualitätsniveau erreicht worden ist. **Dies gilt auch für Einrichtungen, die gemäß Anlage 3 der Maßstäbe und Grundsätze für die vollstationäre Pflege vom Indikatorenverfahren ausgeschlossen sind.** Die Landesverbände der Pflegekassen informieren die betroffenen Einrichtungen entsprechend den Maßgaben eines vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen festgelegten bundeseinheitlichen Informationsverfahrens über die Verlängerung des Prüfrhythmus. Der Medizinische Dienst Bund legt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und unter Beteiligung des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. in Richtlinien Kriterien zur Feststellung eines hohen Qualitätsniveaus sowie Kriterien für die Veranlassung unangemeldeter Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3 fest. Bei der Erstellung der Richtlinien sind die Empfehlungen heranzuziehen, die in dem Abschlussbericht des wissenschaftlichen Verfahrens zur Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 bis 114b und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a in der stationären Pflege „Darstellung der Konzeption für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung“ in der vom Qualitätsausschuss Pflege am 17. September 2018 abgenommenen Fassung zum indikatorengestützten Verfahren dargelegt wurden. **Weiterhin sind bei der Erstellung der Richtlinien die Ergebnisse der Indikatorenerhebung und der Qualitätsprüfung separat zu betrachten.** Die Feststellung, ob ein hohes Qualitätsniveau durch eine Einrichtung erreicht worden ist, soll von den Landesverbänden der Pflegekassen auf der Grundlage der durch die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b Satz 3 übermittelten Daten und der Ergebnisse der nach § 114 durchgeführten Qualitätsprüfungen erfolgen. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 an der Erstellung und Änderung der Richtlinien mit. Der Medizinische Dienst Bund hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Kriterien nach Satz 3 sind auf der Basis der empirischen Erkenntnisse der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b zur Messung und Bewertung der Qualität der Pflege in den Einrichtungen sowie des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse regelmäßig, erstmals nach zwei Jahren, zu überprüfen.

Artikel 1, Nr. 50**§ 115 Abs. 1a SGB XI – Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung****Vorgeschlagene Neuregelung**

Mit den Ergänzungen sollen bei gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c die Transparenz der Qualitätsdarstellung geregelt und sogenannte Qualitätsdarstellungsvereinbarungen (QDV) beschlossen werden, welche die Form der Darstellung einschließlich einer Bewertungssystematik festlegen.

Stellungnahme

Es ist nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber im Umgang mit den Ergebnissen von Qualitätsprüfungen und der Qualitätsdarstellung möglichst einheitliche Regelungen für alle Versorgungsformen erlassen möchte. Dennoch sollte dabei nicht außer Acht gelassen werden, dass jede Versorgungsform individuell ist und unabhängig von den anderen betrachtet werden muss. Was für die eine Versorgungsform angemessen erscheint bzw. erschien, muss nicht gleichermaßen geeignet für alle anderen sein. Daher darf es nicht die Intention des Gesetzgebers sein, dass bereits in anderen Settings festgelegte Kriterien oder Bewertungssystematiken Eins-zu-eins kopiert werden. Dies zeigt sich deutlich am Thema der Qualitätsdarstellungsvereinbarung (QDV).

Bereits bei den Beratungen hierzu für die vollstationäre Pflege gab es langwierige Diskussionen unter den Vereinbarungspartnern zur Geeignetheit der zu veröffentlichenden Kriterien. Zur QDV ambulant laufen derzeit ebenfalls intensive Verhandlungen mit ähnlichen Konflikten wie seinerzeit zur QDV stationär.

Dringend in den Blick zu nehmen beim weiteren Vorgehen hinsichtlich einer möglichen QDV für gemeinschaftliche Wohnformen ist aus Sicht des bpa auch die bevorstehende wissenschaftliche Evaluierung der Instrumente und Verfahren für die stationäre Pflege nach § 113b, Abs. 4, Nr. 5 SGB XI. Der Qualitätsausschuss Pflege hat erst kürzlich im entsprechenden Vergabeverfahren den Zuschlag an den wissenschaftlichen Auftragnehmer erteilt. Das Verfahren zur Qualitätsdarstellung ist ausdrücklicher Bestandteil des Evaluationsauftrages. So soll unter anderem untersucht werden, ob die derzeitige Darstellungsform einen Vergleich von Leistungen und deren Qualität ermöglicht und welche Relevanz bzw. Aussagekraft und welchen Informationsgehalt die abgefragten Strukturmerkmale aus Verbraucherperspektive haben. Es wäre daher sinnvoll, zunächst die Ergebnisse der Evaluierung des stationären

Qualitätsdarstellungsverfahrens abzuwarten, bevor eine QDV für gemeinschaftliche Wohnformen erarbeitet wird.

Änderungsvorschläge

Der nach § 115 Abs. 1a Satz 11 SGB XI eingefügte Satz wird wieder gestrichen.

Sofern der Satz nicht gestrichen wird, fordert der bpa hilfsweise die folgende Änderung des Satzes:

Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c sind von den Vereinbarungspartnern unverzüglich ~~nach Inkrafttreten der Richtlinien zu Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 114a Absatz 7~~ **nach Vorliegen der Ergebnisse des Evaluationsauftrages nach § 113b, Abs. 4, Nr. 5** unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu schließen.

Artikel 1, Nr. 54**§ 125a SGB XI – Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege****Vorgeschlagene Neuregelung**

Für eine wissenschaftlich gestützte Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung fünf Millionen Euro im Zeitraum von 2022 bis 2025 zur Verfügung gestellt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erarbeitet im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft sowie der Digitalagentur und unter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a SGB XI bis zum 31. Dezember 2026 Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in der ambulanten und stationären Langzeitpflege.

Stellungnahme

Das Modellvorhaben nach § 125a SGB XI umfasst gerade einmal zwölf Projekte, sodass insgesamt die Themenauswahl sehr beschränkt ist. Auf dieser Basis können Empfehlungen zur Telepflege nicht sinnvoll erstellt werden. Der bpa schlägt deswegen vor, dass die Empfehlungen zur Telepflege unabhängig vom Modellvorhaben erfolgen. Die Erfahrungen aus dem Modellvorhaben können dort mit einfließen, sie sollten aber nicht ausschließliche Grundlage für die Empfehlungen sein. Zugleich müssen die Empfehlungen auch zwingend Aussagen über die künftige Finanzierung der Telepflege enthalten, um die Umsetzung zu beschleunigen.

Änderungsvorschläge

§ 125a Abs. 3 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erarbeitet im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft sowie der Digitalagentur und unter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a bis zum 31. Dezember 2026 Empfehlungen zur Umsetzung ~~der Ergebnisse der wissenschaftlich gestützten Erprobung~~ von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in der ambulanten und stationären Langzeitpflege **sowie deren Finanzierung**.

Artikel 1, Nr. 55
§ 125c SGB XI – Modellvorhaben zur
Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung

Vorgeschlagene Neuregelung

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll aus Mitteln des Ausgleichsfonds Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung durchführen, mit dem Ziel dadurch künftig Verhandlungen effizient und zügig zum Abschluss bringen zu können.

Stellungnahme

Der bpa bewertet dieses Vorhaben aus zwei Gründen kritisch. Zum einen liegt die alleinige Planungsverantwortung für die Modellvorhaben beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen, was die Befürchtung zulässt, dass nicht alle entscheidenden Stellschrauben im Vergütungsverfahren gleichermaßen berücksichtigt werden. Zum anderen gibt es vielerorts bereits heute eine bewährte Praxis von digitalisierten Verhandlungsverfahren, die keiner Erprobung mehr bedürfen.

Anstelle von Modellvorhaben ist die Vereinfachung von Kalkulationsunterlagen mit der Möglichkeit, Daten einfacher in die Verhandlungsdateien der Vertragsparteien zu exportieren, ein effektiver Beitrag zur Beschleunigung von Verfahren, der bereits in Praxis Anwendung findet. Daher sollte die Etablierung digitaler Verfahren in die Regelungsinhalte der nach § 86a Abs. 3 SGB XI vorgesehenen Bundesempfehlungen aufgenommen werden. Weit weniger digital sind die Schiedsstellenverfahren, bei denen nach wie vor Schriftsätze in mehrfacher Ausfertigung in Papierform versendet werden müssen. Die Verordnungsermächtigung bezüglich der Ausgestaltung der Schiedsstellen liegt bei den Ländern. Diese Ermächtigung sollte um den Auftrag, die Möglichkeiten der Digitalisierung zur Verfahrensbeschleunigung in der Schiedsstelle zu nutzen, ergänzt werden. Anstelle kostenintensiver Modellprojekte, die die Mittel des Ausgleichsfonds weiter schmälern, aber nicht in absehbarer Zeit zu spürbaren Entlastungen im Verhandlungsgeschehen führen werden, sollten bereits erkannte Entlastungspotentiale so genutzt werden, dass sie flächendeckend zur Verfahrensvereinfachung beitragen können. Mit einem entsprechenden Auftrag an die Partner der Bundesempfehlungen nach § 86a SGB XI und die Landesregierungen zur Vereinfachung der Schiedsstellenverfahren kann effektiv zur Verfahrensbeschleunigung beigetragen werden.

Änderungsvorschläge

§ 86a Absatz 3 wird wie folgt ergänzt:

(3) Zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Verfahren mit dem Ziel des Abschlusses weitsichtiger Pflegesatz- und Pflegevergütungsvereinbarungen sind auf Bundesebene Empfehlungen nach dem Verfahren gemäß § 75 Absatz 6 bis zum [zu ergänzen: neun Monate nach Inkrafttreten] abzugeben. Die Empfehlungen betreffen **unter Berücksichtigung digitaler Verfahren** insbesondere:

1. die Anforderungen an die nach § 85 Absatz 3 geeigneten Nachweise zur Darlegung der prospektiven Sach- und Personalaufwendungen einschließlich entsprechender Formulare zur Aufbereitung der Daten,
2. geeignete Formen zur Hinterlegung oder zum Ausweis der der Pflegesatz- beziehungsweise Vergütungsvereinbarung zugrunde gelegten Personal- und Sachaufwendungen und Ausgangswerte **unter Berücksichtigung möglicher Kalkulationsparameter nach Absatz 2 Satz 2**, die bei Anschlussvereinbarungen einer Anpassung leichter zugänglich sind,
3. Methoden für vereinfachte Pauschalverfahren bezogen auf individuelle Vereinbarungen und Kollektivverfahren einschließlich geeigneter Parameter und Orientierungswerte und
4. Handreichungen zum Umgang mit aktuellen Herausforderungen bei den Vereinbarungsverfahren.

Die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern können davon abweichende Vorgaben in ihren Rahmenverträgen vereinbaren, im Übrigen sind die Empfehlungen unmittelbar verbindlich.

§ 76 Abs. 5 wird wie folgt ergänzt:

(5) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu bestimmen. **Die Regelungen haben insbesondere die Möglichkeiten zur Sicherstellung eines effizienten und bürokratiearmen Verfahrensablaufs durch digitale Anwendungen zu berücksichtigen.**

Artikel 3, Nr. 2

§ 15a SGB V – Heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen

Vorgeschlagene Neuregelung

Pflegerische und heilkundliche Leistungen nach SGB V und SGB XI werden durch Pflegefachpersonen erbracht. Pflegerische Leistungen dürfen nur unter Beachtung der Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen erbracht werden. Sie können auch erweiterte heilkundliche Leistungen, die bisher Ärzten vorbehalten sind, erbringen.

Stellungnahme

Diese Regelung ist die zentrale Stellschraube, um die Kompetenzen von Pflegefachpersonen im Leistungsrecht zu verankern. Damit wird eine wirksame und rechtsverbindliche Verankerung im SGB V und SGB XI vorgenommen. Das begrüßt der bpa. Besonders hervorzuheben ist der erste Satz in der Begründung:

„Der Pflegeberuf ist ein Heilberuf mit eigenen beruflichen Kompetenzen.“

Auf diesen Satz haben Tausende von Pflegekräften in Deutschland lange gewartet. Damit kommt die Bundesregierung grundsätzlich dem nach, was ein Pflegekompetenzgesetz vermuten lässt. Die Kompetenzen der Pflegekräfte werden anerkannt und leistungsrechtlich verankert. Der bpa begrüßt außerdem, dass Pflegefachpersonen künftig auch erweiterte heilkundliche Leistungen – die bisher Ärzten vorbehalten sind – erbringen dürfen. Zur Wahrheit gehört allerdings auch, dass es bis zur tatsächlichen Umsetzung dessen in der Praxis noch ein langer Weg ist (s. dazu die Ausführungen zu § 73d SGB V, Seite 102). Durch die Vorschrift werden auch die Vorbehaltstätigkeiten nach § 4 PflBG im Leistungsrecht verankert, wodurch andere Berufsgruppen diese nicht erbringen dürfen. Hilfreich sind die Definitionen von heilkundlichen und erweiterten heilkundlichen Leistungen in der Begründung.

Ergänzungsbedarf sieht der bpa hinsichtlich der pflegerischen Leistungen, die nicht definiert sind. Laut Gesetzestext werden pflegerische Leistungen nach dem SGB V und SGB XI durch Pflegefachpersonen erbracht. Pflegefachpersonen sind Pflegekräfte mit einer dreijährigen Ausbildung – Pflegeassistentenkräfte mit einer einjährigen Ausbildung fallen nicht darunter. Das bedeutet, dass Pflegeassistentenkräfte keine pflegerischen Leistungen nach SGB V und SGB XI erbringen dürften, also noch nicht einmal Grundpflege nach dem SGB XI. Zwar steht in der Begründung, dass

Pflegeassistenten- und -hilfskräfte sowie weitere Berufsgruppen und Hilfskräfte Pflegefachpersonen bei der Durchführung der Vorbehaltsaufgaben und der Erbringung pflegerischer Leistungen im Rahmen ihrer jeweiligen Qualifikationen unterstützen können. Es stellt sich aber die Frage, ob die eigenständige Durchführung von pflegerischen Leistungen durch Pflegeassistentenkräfte damit hinreichend abgesichert ist, beispielsweise wenn eine Altenpflegehelferin in der ambulanten Pflege einen Pflegebedürftigen alleine mit grundpflegerischen Leistungen in der Häuslichkeit versorgt. Das gilt umso mehr mit Blick auf das vom Kabinett beschlossene Pflegefachassistentengesetz (Bundesrats-Drucksache 427/24). Dort heißt es:

„Pflegefachassistentenpersonen sollen zukünftig auf Grundlage einer achtzehn Monate dauernden Ausbildung in allen Versorgungsbereichen vermehrt Aufgaben durchführen können, die heute noch teilweise von Pflegefachpersonen durchgeführt werden. Das betrifft insbesondere den Bereich der medizinischen Behandlungspflege.“

Damit würden Pflegefachassistentenpersonen, die keine Pflegefachpersonen sind, sogar heilkundliche Tätigkeiten übernehmen, da Leistungen der Behandlungspflege als heilkundliche Leistungen gem. der Begründung zu § 15a SGB V gelten. Das steht im Widerspruch zum vorgeschlagenen Gesetzestext in § 15a SGB V und sollte aufgelöst werden.

Mit dem Pflegekompetenzgesetz werden die Kompetenzen der Pflegefachpersonen gestärkt und die Wertschätzung für sie zum Ausdruck gebracht. Der bpa setzt sich dafür ein, diese Wertschätzung auch den Pflegeassistentenkräften entgegenzubringen und diese auch zur eigenständigen Erbringung von pflegerischen Leistungen zu ermächtigen. Das würde sich mit den Zielen des Pflegefachassistentengesetz decken:

„Mit dem Pflegefachassistentengesetz wird ein eigenständiges und einheitliches Berufsprofil für die Pflegefachassistenten geschaffen. Die Attraktivität des Berufs wird gesteigert, um mehr Interessentinnen und Interessenten für die Ausbildung zu gewinnen.“

Besonders wichtig ist es, dass die erweiterten heilkundlichen Leistungen nicht nur von studierten Pflegefachpersonen erbracht werden dürfen, sondern auch von solchen mit einer „gleichwertigen Qualifikation“ erbracht werden. Als Beispiele werden in der Begründung Fachweiterbildungen und im Ausland erworbene Qualifikationen genannt. Die genaue Festlegung soll durch den Rahmenvertrag nach § 73d SGB V erfolgen. Der bpa begrüßt, dass durch die offene Formulierung grundsätzlich auch Pflegefachpersonen mit einer dreijährigen beruflichen Ausbildung und einer entsprechenden Qualifikation erweiterte heilkundliche Leistungen erbringen dürfen. Das ist ein wichtiges Signal an die Mehrheit der Pflegekräfte in Deutschland, die eine berufliche Ausbildung hat. Deswegen ist die Einbeziehung der Pflegekräfte mit beruflicher Ausbildung ein wesentlicher

Faktor, der zum Gelingen oder Scheitern des Gesetzes beitragen kann. Es darf nicht dazu führen, dass es nur wenige akademisch qualifizierte Pflegekräfte geben wird, die weitergehende heilkundliche Tätigkeiten durchführen können, während die Masse der Pflegefachkräfte keine Chance dazu erhält (Zahlen zum Verhältnis von beruflich qualifizierten Pflegekräften und wissenschaftlich qualifizierten Kräften siehe Seite 15).

Korrekturbedarf sieht der bpa hinsichtlich der Haftung. Dazu heißt es in der Begründung: „Die Vorbehaltsaufgaben werden durch Pflegefachpersonen in eigener Verantwortung einschließlich der Haftung für fehlerhafte Entscheidungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 sowie § 29 des Elften Buches) erbracht.“ Hier ist zu berücksichtigen, dass Pflegefachpersonen anders als Ärzte nicht freiberuflich tätig sind, sondern in aller Regel als Angestellte arbeiten.

Änderungsvorschläge

Der Gesetzgeber wird gebeten zu prüfen, ob die eigenständige Durchführung von pflegerischen Leistungen durch Pflege(fach)assistenzkräfte hinreichend durch den Gesetzestext von § 15a SGB V abgesichert ist. Der bpa bittet hier ggf. um eine Anpassung, um Rechtsunsicherheiten, insbesondere im Zusammenhang mit dem Pflegefachassistenzgesetz, zu vermeiden.

Der Text zur Haftung in der Begründung sollte im Hinblick auf angestellte Pflegefachpersonen überprüft werden.

Artikel 3, Nr. 7

§ 64d SGB V – Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten

Vorgeschlagene Neuregelung

Während die Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3b und 3c SGB V – bis auf eine Bestandsschutzregelung – gestrichen werden, bleiben die Modellvorhaben nach § 64d SGB V bestehen und werden noch modifiziert.

Stellungnahme

Die Modellvorhaben nach § 64d SGB V, die eigentlich abgeschafft werden sollen, werden offensichtlich nicht gestrichen, weil der nach § 64d geschlossene Rahmenvertrag für den neuen Rahmenvertrag nach § 73d SGB V als vereinbart gilt. Aus Sicht des bpa wäre es ausreichend, in § 73d SGB V einen Hinweis aufzunehmen, dass der Rahmenvertrag auf der Grundlage des bisherigen § 64d SGB V zunächst weiter gilt. Denn obwohl es der Wille des Gesetzgebers ist, die Modellvorhaben zu beenden und in die Regelversorgung zu überführen, bleibt jetzt die Verpflichtung der Krankenkassen bestehen, Modellvorhaben nach § 64d SGB V durchzuführen. Vollkommen unverständlich ist, dass im bestehenden Gesetzestext auch noch Änderungen vorgenommen werden und das Wort „Pflegefachkräfte“ durch „Pflegefachpersonen“ ersetzt werden soll. Außerdem gibt es eine Änderung bei der Beteiligung der Organisationen der Pflegeberufe.

Änderungsvorschläge

§ 64d SGB V sollte ebenso wie § 63 Abs. 3b und 3c SGB V bis auf eine Bestandsschutzregelung für bestehende Modellvorhaben gestrichen werden. In § 73d SGB V kann die Fortgeltung des abgeschlossenen Rahmenvertrags nach § 64d SGB V eingefügt werden.

Artikel 3, Nr. 8**§ 73d SGB V – Rahmenvertrag zu heilkundlichen Leistungen und Folgeverordnungen durch Pflegefachpersonen****Vorgeschlagene Neuregelung**

Welche erweiterten heilkundlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen selbständig erbracht und zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden können, wird bis 31.12.2025 in einem Rahmenvertrag zwischen den Verbänden der Pflegeeinrichtungen, dem GKV-SV sowie der KBV konkretisiert, mit dem auch die bisherigen Modellvorhaben in die Regelversorgung überführt werden. In dem Rahmenvertrag soll auch geregelt werden, für welche Leistungen der häuslichen Krankenpflege Pflegefachpersonen selbständig Folgeverordnungen veranlassen können. Zudem ist festzulegen, auf der Grundlage welcher beruferechtlich geregelten oder im Sinne des § 15a vergleichbaren, bundeseinheitlichen Qualifikationen Pflegefachpersonen entsprechende Leistungen selbständig erbringen können. Dabei sind Weiterbildungen, die auf bundeseinheitlichen Weiterbildungsstandards der Länder beruhen, verbindlich zu berücksichtigen. Die Partner des Rahmenvertrags können zudem festlegen, ob und unter welchen Voraussetzungen eine einschlägige Berufserfahrung als vergleichbare Qualifikation berücksichtigt werden kann. Die Regelungen des Rahmenvertrags sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu beachten.

Stellungnahme

Die entscheidende Frage des Pflegekompetenzgesetzes lautet: Welche erweiterten heilkundlichen Leistungen dürfen Pflegefachpersonen künftig selbständig erbringen? Da der Gesetzgeber von einer eigenen Festlegung abgesehen hat, sollen die Antworten durch die Regelungen von § 73d SGB V erfolgen. Der bpa begrüßt diese Konstruktion grundsätzlich. Insbesondere ist es richtig, die Episode der Modellvorhaben gem. § 63 Abs. 3b und 3c SGB V sowie § 64d SGB V weitgehend zu beenden. Seit 2008 sollten Modellvorhaben Erkenntnisse zur selbständigen Ausübung von Heilkunde durch Pflegefachkräfte liefern. Das Verfahren wurde verzögert, es sind kaum Modellvorhaben umgesetzt worden. Aus Sicht des bpa sind die Modellvorhaben gescheitert. Deswegen ist es richtig, die entsprechenden Regelungen weitgehend zu streichen und die Modelle in die Regelversorgung zu überführen.

Der Rahmenvertrag soll festlegen, welche erweiterten heilkundlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen erbracht werden können und welche Qualifikationen dafür erforderlich sind. Der bpa begrüßt, dass dabei auch ausdrücklich eine einschlägige Berufserfahrung berücksichtigt werden kann. Damit wird den Pflegefachpersonen mit beruflicher Ausbildung eine

wichtige Perspektive eröffnet, die zur Attraktivität des Pflegeberufs und zum Berufsverbleib beitragen kann. Das unterstützt der bpa. Positiv ist, dass auch weitere Qualifikationen (z.B. Fachweiterbildungen) als Grundlage für die Übernahme erweiterter heilkundlicher Aufgaben anerkannt werden. Der Gesetzgeber sieht vor, dass der auf der Grundlage von § 64d SGB V geschlossene Rahmenvertrag als vereinbart gilt, um möglichst schnell eine Umsetzung zu ermöglichen. Aus Sicht des bpa sollte zur Fortgeltung des bisherigen Rahmenvertrags eine Ergänzung in § 73d SGB V eingefügt und § 64d SGB V (bis auf eine Bestandsschutzregelung) gestrichen werden. Hinsichtlich der Fortgeltung und vorgesehenen Anpassung des Rahmenvertrags nach § 64d SGB V erachtet der bpa die im Gesetz festgelegten Fristen für ausgesprochen ambitioniert. Bis 31. Juli 2025 sollen mögliche Anpassungen geprüft und bis 31. (sic!) September 2025 umgesetzt werden. Offensichtlich geht das Bundesministerium für Gesundheit davon aus, dass das Gesetzgebungsverfahren für das Pflegekompetenzgesetz sehr zeitnah abgeschlossen wird.

Obwohl im Gesetzentwurf grundsätzlich davon abgesehen wird, die heilkundlichen Tätigkeiten, die Pflegefachpersonen erbringen können, festzulegen, finden sich teilweise sehr detaillierte Hinweise dazu. Genannt werden u.a. die Anlage eines Venenverweilkatheters/einer subkutanen Kanüle und die Gabe einer physiologischen Infusionslösung bei Exsikkose, die Entscheidung über die Anlage eines transurethralen Blasenkatheters bei einem Harnverhalt sowie über dessen Entfernung, Insulindosen bei Blutzucker-Abweichungen anpassen, kapilläre und venöse Blutentnahmen oder eine Uringewinnung zur Routinediagnostik und Verlaufskontrolle bei Diabetes mellitus Typ 1 und 2. Offensichtlich möchte der Gesetzgeber den Vertragspartnern damit unterstützende Hinweise geben. Der bpa nimmt dieses zur Kenntnis.

Hinsichtlich des Katalogs hat der [Think Tank Vorbehaltsaufgaben](#) (u.a. Prof. Dr. Klie, Prof. Dr. Büscher, Prof. Dr. Weidner) einen wichtigen Hinweis gegeben, dem sich der bpa anschließt:

„Bei der Erarbeitung des Katalogs zu erweiterten heilkundlichen Leistungen ist darauf zu achten, dass die Fehler, die im Rahmenvertrag zu Modellvorhaben nach § 64d SGB V sowie bereits bei den diagnose- und prozedurenbezogenen Tätigkeiten nach § 63 Abs. 3c SGB V gemacht wurden, nicht wiederholt werden. In beiden Fällen enthielten die Konkretisierungen der heilkundlichen Leistungen eine Vielzahl von Tätigkeiten, bei denen explizit (z. B., weil sie auch in Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege, DNQP enthalten waren) oder implizit Aufgaben und Tätigkeiten als erweiterte heilkundliche Aufgaben definiert wurden, von denen davon ausgegangen werden konnte, dass sie bereits in der Breite von Pflegefachpersonen geleistet werden. In einzelnen Festlegungen im Rahmenvertrag zu den Modellvorhaben nach § 64d SGB V wurden Aufgaben im Bereich der Versorgung von Menschen

mit Demenz als Aufgaben der erweiterten Heilkundeausübung beschrieben, die innerhalb des SGB XI als Qualitätsanforderung gelten. **Mit anderen Worten sollten mit viel Aufwand Aufgaben von der Pflege übernommen werden, die im Rahmen von Qualitätsprüfungen bereits erwartet werden.**

Sehr kritisch bewertet der bpa die Durchführung von erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen in Arztpraxen und medizinischen Versorgungszentren. Damit würde ein Konstruktionsfehler der Regelung von § 64d SGB V fortgeführt werden. Der Gesetzgeber muss sich fragen lassen, warum er das Pflegekompetenzgesetz umsetzt – geht es um eine Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe als einen wichtigen Baustein gegen den Fachkräftemangel in der Pflege? Oder geht es um die Entlastung der Ärzte, die zu ganz anderen Bedingungen Pflegefachpersonen beschäftigen könnten als Pflegeeinrichtungen und damit den Personalmangel in der Langzeitpflege verschärfen würden?

Das Pflegekompetenzgesetz sollte ein Gesetz zur Stärkung der Pflegekräfte in der Pflege sein. Es besteht kein Mangel an Pflegekräften bei Ärzten, sondern in der Langzeitpflege. Die Aktion „[Bei Anruf sorry](#)“ des bpa hat im Sommer 2024 gezeigt, dass jede Pflegeeinrichtung täglich durchschnittlich dreimal „Sorry“ sagen und Versorgungsanfragen ablehnen musste. Der Grund dafür sind die fehlenden Pflegekräfte. Erinnert sei auch an die Konzertierte Aktion für Pflege. Im [Zweiten Umsetzungsbericht](#) wird ausdrücklich „eine Aufwertung der Fachkompetenz von Pflegefachpersonen, indem ihnen künftig mehr Befugnisse in der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen eingeräumt werden“, als Ziel genannt. Es geht um die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen – und nicht um die Stärkung der Arztpraxen. In der Begründung heißt es:

„Die Pflegefachpersonen können auf Grundlage des nach Absatz 1 zu schließenden Rahmenvertrags im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung selbständig heilkundlich tätig werden.“

Das ist ein dramatisches Einfallstor, um den Mangel der besonders qualifizierten Pflegekräfte in der Langzeitpflege zu verschärfen. Zusammen mit Absatz 4 – der Übertragung der Heilkunde vom Arzt zur Pflegefachperson – wird es für Ärzte sehr einfach, die Pflegefachpersonen zu „Neben-Ärzten“ in ihrer Praxis zu machen. Dann dient das Pflegekompetenzgesetz in erster Linie nicht der Pflege, sondern zur Entlastung der Ärzte, die in der Regel auch noch ganz andere Rahmenbedingungen bieten können als Pflegeeinrichtungen. Es steht damit zu erwarten, dass sich eine beträchtliche Anzahl I der für erweiterte heilkundliche Tätigkeiten qualifizierte Pflegefachpersonen für eine Beschäftigung in der Arztpraxis entscheiden werden und in der Langzeitpflege zusätzlich fehlen. Der Gesetzgeber muss sich entscheiden, ob er mit dem Pflegekompetenzgesetz Verbesserungen

für die Pflegebedürftigen erreichen will oder Arztpraxen entlasten will. Erinnerung sei auch an die Begründung des Gesetzentwurfs (Seite 47):

„Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ist die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in den letzten Jahren weiter angestiegen. ... Dies führt einerseits zu einer kontinuierlich steigenden Nachfrage nach Pflegeleistungen und andererseits **zu einem steigenden Bedarf an Pflegekräften, um eine personenzentrierte und qualitativ hochwertige Pflege für die wachsende Zahl pflegebedürftiger Menschen und für Patientinnen und Patienten zu ermöglichen**. Auch wenn die Langzeitpflege in den vergangenen Jahren zu den besonders stark wachsenden Dienstleistungsbranchen gehörte, bedarf es weiterer bundesgesetzlicher Regelungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Pflege, um die an der Pflege beteiligten Akteure zu unterstützen, ihren gesetzlichen Auftrag einer leistungsfähigen, regional gegliederten, ortsnahen und aufeinander abgestimmten **pflegerischen Versorgung der Bevölkerung zu erfüllen**.“

Der bpa fordert daher eine Klarstellung im Gesetz, dass die von Pflegefachpersonen erweiterten heilkundlichen Leistungen nicht bei zugelassenen Ärzten und in medizinischen Versorgungszentren erbracht werden dürfen. Außerdem ist die KBV als Partner der Rahmenvertrags zu streichen. Es geht nicht um die vertragsärztliche Versorgung, sondern um die pflegerische Versorgung. Gerade nach den Erfahrungen mit den Verhandlungen nach § 64d SGB V fordert der bpa, dass die Ausgestaltung der Pflegekompetenzen nicht von Kassenärzten gestaltet wird. Umgekehrt wäre es undenkbar, dass die Pflege bei der Ausgestaltung von ärztlichen Leistungen beteiligt wird. Wenn der Gesetzgeber die Stärkung der Pflege wirklich ernst meint, muss die Anbindung an die vertragsärztliche Versorgung aus dem Gesetzentwurf herausgenommen werden. Die Pflege kann selbst über ihre Kompetenzen entscheiden!

Des Weiteren ist auch nicht angezeigt, die selbständige Erbringung erweiterter heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen in Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu prüfen, so wie es Absatz 3 vorsieht.

Durch den Rahmenvertrag soll festgelegt werden, für welche Leistungen der häuslichen Krankenpflege Pflegefachpersonen Folgeverordnungen ausstellen können. Die Begründung verweist auf die jetzt bereits möglichen Blanko-Verordnungen und nennt als darüberhinausgehende Beispiele Folgeverordnungen für Sondennahrung über eine Magensonde oder Blutzuckermessung. Der bpa nimmt diese Ausführungen zur Kenntnis. Er begrüßt den Hinweis, dass Folgeverordnungen auch in anderen Bereichen möglich sind. Der Gesetzgeber sollte dem Rahmenvertrag nicht vorgehen.

Bereits bei den Verhandlungen zum Rahmenvertrag nach § 64d SGB V spielte die Frage der Vergütung eine Rolle. Auf Drängen des bpa wurden entsprechende Hinweise aufgenommen. Der Gesetzgeber sollte daher im neuen Rahmenvertrag nach § 73 d SGB V festlegen, dass auch Rahmenvorgaben zur Vergütung vereinbart werden müssen. Entsprechende Regelungen finden sich auch in anderen Rahmenverträgen, etwa in § 132a Abs. 1 SGB V. Wenn qualifizierte Pflegefachpersonen mit Studium und/oder entsprechender Qualifizierung heilkundliche Leistungen erbringen, bedarf es gesonderter Vereinbarungen für deren Vergütung.

Änderungsvorschläge

§ 73d SGB V wird wie folgt gefasst:

(1) Die Spitzenorganisationen nach § 132a Absatz 1 Satz 1 ~~und die Kassenärztliche Bundesvereinigung~~ vereinbaren unter Beteiligung der **maßgeblichen** Vereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 des Elften Buches in einem Rahmenvertrag bis zum 31. Dezember 2025

1. einen Katalog an erweiterten heilkundlichen Leistungen, die Pflegefachpersonen, abhängig von den erworbenen Kompetenzen, nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung selbständig erbringen können,
2. einen Katalog an Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, die Pflegefachpersonen, abhängig von den erworbenen Kompetenzen, selbständig als Folgeverordnung veranlassen können, einschließlich der für diese Maßnahmen benötigten Hilfsmittel gemäß § 33, sowie das Nähere zu den Voraussetzungen, zum Verfahren und der Ausgestaltung der Folgeverordnungen,
3. Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zu den Nummern 1 und 2,
4. **Rahmenvorgaben zur Vergütung der Leistungen nach Absatz 1 und Absatz 2.**

Beim Katalog nach Satz 1 Nummer 1 und 2 sind auch die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben im Sinne des § 15a zu berücksichtigen. Zudem ist festzulegen, auf der Grundlage welcher beruferechtlich geregelten oder im Sinne des § 15a vergleichbaren, bundeseinheitlichen Qualifikationen Pflegefachpersonen entsprechende Leistungen selbständig erbringen können. Dabei sind Weiterbildungen, die auf bundeseinheitlichen Weiterbildungsstandards der Länder beruhen, verbindlich zu berücksichtigen. Die Partner des Rahmenvertrags können zudem festlegen, ob und unter welchen Voraussetzungen eine einschlägige Berufserfahrung als

vergleichbare Qualifikation berücksichtigt werden kann. 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. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a des Elften Buches und der Bundesärztekammer sind vor Abschluss des Rahmenvertrags Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Fachliche Empfehlungen, die nach § 8 Absatz 3c des Elften Buches entwickelt wurden, sind einzu beziehen. Die Regelungen des Rahmenvertrags sind vom Gemeinsamen Bundes-ausschuss zu beachten. Die erweiterten heilkundlichen Leistungen, die in dem auf der Grundlage von § 64d in der bis zum [...] (Inkrafttreten des Gesetzes) geltenden Fassung geschlossenen Rahmenvertrag für die Zwecke des Modellprogramms nach § 64d vereinbart wurden, gelten bereits ab dem [...] (Inkrafttreten des Gesetzes) als vereinbart. Für diese ist bis zum 31. Juli 2025 zu prüfen, ob Anpassungen für eine Umsetzung in der Regelversorgung erforderlich sind; die Anpassungen haben bis zum 31. September 2025 zu erfolgen.

(2) Kommt der Rahmenvertrag nach Absatz 1 nicht innerhalb der Frist nach Absatz 1 Satz 1 zustande, wird der Inhalt des Rahmenvertrags auf Antrag eines der Vertragspartner oder des Bundesministeriums für Gesundheit durch eine von den Vertragspartnern innerhalb eines Monats zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht fristgerecht auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien evaluieren die Auswirkungen der selbständigen Erbringung erweiterter heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung und in der Langzeitpflege auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung und legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2027 einen Bericht über das Ergebnis der Evaluation vor.

~~(3) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bis zum 31. Dezember 2027 die Entwicklung und Umsetzung der selbständigen Erbringung erweiterter heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen in anderen Versorgungsbereichen, insbesondere im Bereich der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationsrichtungen. Innerhalb von sechs Monaten nach Vorlage der Evaluationen nach den Sätzen 4 und 5 prüft das Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, ob und inwieweit die erweiterten heilkundlichen Leistungen umgesetzt wurden und ob die~~

~~bestehenden Regelungen dazu angepasst werden müssen oder erweitert werden können. Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unverzüglich über das Ergebnis dieser Prüfung.~~

~~(4) Der Vertragsarzt kann einer Pflegefachperson, die über die entsprechende Qualifikation verfügt, die selbständige Ausübung der in dem Vertrag nach Absatz 1 vereinbarten erweiterten heilkundlichen Leistungen übertragen.~~

Artikel 3, Nr. 10

§ 132a SGB V – Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

Vorgeschlagene Neuregelung

Im Absatz 1 wird aufgenommen, dass sich die von den Rahmenempfehlungspartnern nach § 132a SGB V zu regelnden Empfehlungen zu Maßnahmen der Qualitätssicherung der Leistungserbringung auch auf die Pflegeprozesssteuerung beziehen. Mit Absatz 5 wird vorgesehen, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die von dem sogenannten Basispaket nach § 92c Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB XI umfasst sind, auf Grundlage der Verträge nach § 92c Absatz 1 des Elften Buches erbracht werden.

Stellungnahme

Die Ergänzung ist in ihrer Detailtiefe ungeeignet, um für die Rahmenvertragspartner die grundlegenden Vorgaben bundesrechtlich zu gestalten. Auf die Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 10 wird verwiesen.

Durch die vorgeschlagene Streichung der §§ 45j und 92c SGB XI entfällt die Anforderung des § 132a Absatz 5 SGB V an die Rahmenempfehlungspartnern entsprechend.

Änderungsvorschläge

In § 132a Abs. 1 SGB V wird Nr. 2a nicht eingefügt.

In § 132a SGB V wird Abs. 5 nicht angefügt.

Artikel 5, Nr. 3
§ 4a PfIBG – Selbständige Heilkundenausübung

Vorgeschlagene Neuregelung

Pflegefachfrauen, Pflegefachmänner und Pflegefachpersonen nach § 1 PfIBG sind zur selbständigen Heilkundenausübung im Rahmen der nach dem PfIBG erworbenen Kompetenzen befugt.

Stellungnahme

Mit der Regelung werden die erweiterten heilkundlichen Aufgaben im Pflegeberufegesetz verankert. Das begrüßt der bpa.

Änderungsvorschläge

Keine.

Artikel 5, Nr. 4

§ 14a PfIBG – Standardisierte Module für heilkundliche Aufgaben

Vorgeschlagene Neuregelung

Die Fachkommission nach § 53 PfIBG kann mit empfehlender Wirkung standardisierte Module für die zur selbständigen Ausübung von erweiterten heilkundlichen Aufgaben erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen entwickeln.

Stellungnahme

In der Begründung wird dazu ausgeführt: „Die standardisierten Module sind insbesondere für die Länder nicht verbindlich, können aber als fachliche Grundlage zur Entwicklung von Lehrplänen und Curricula, auch für Weiterbildungen, genutzt werden. Von dieser Möglichkeit wurde in der Vergangenheit durch die Länder und Hochschulen regelmäßig Gebrauch gemacht.“

Der bpa hat Bedenken, dass durch neue Module der Fachkommission neue Vorfestlegungen für die selbständige Ausübung von erweiterten heilkundlichen Aufgaben entstehen könnten, wenn die Länder davon Gebrauch machen, wie es die Begründung vorsieht. Auch wenn die Module für die Länder nicht verbindlich sind, könnten sie eine verbindliche Wirkung entfalten, da § 73d SGB V bestimmt:

„Zudem ist festzulegen, auf der Grundlage welcher beruferechtlich gelten oder im Sinne des § 15a vergleichbaren, bundeseinheitlichen Qualifikationen Pflegefachpersonen entsprechende Leistungen selbständig erbringen können. **Dabei sind Weiterbildungen, die auf bundeseinheitlichen Weiterbildungsstandards der Länder beruhen, verbindlich zu berücksichtigen.**“

Die Module können eine Hilfestellung bei der Umsetzung sein, sollten tatsächlich aber nur eine Orientierung sein und nicht – mit Umweg über die Länder – den Handlungsspielraum des Rahmenvertrags nach § 73d SGB V einschränken.

Änderungsvorschläge

Der bpa bittet die vorgetragenen Bedenken zu prüfen.

II.) Weitere Änderungsvorschläge des bpa

1.) Angemessene Vergütung des Unternehmerrisikos und externer Vergleich

Wirtschaftliche Handlungsfähigkeit und strategische Weiterentwicklung setzen voraus, dass Pflegeeinrichtungen mit der Vergütung für ihre Leistungen eine angemessene Gewinnchance eingeräumt wird. Dies gilt für privatgewerbliche und gemeinnützige Träger gleichermaßen und ist mit der Vorgabe der Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung des Unternehmerrisikos im Grundsatz auch in §§ 84, 89 SGB XI verankert.

Die angemessene Vergütung des Unternehmerrisikos ist jedoch auf Basis der bestehenden gesetzlichen Regelungen nicht sichergestellt, insbesondere weil die Einführung der Tariftreueregelungen und die Entwicklung der Bedeutung der als wirtschaftlich anzuerkennenden Gestehungskosten in diesem Bereich nicht nachvollzogen wurden.

Auf Basis der aktuellen gesetzlichen Regelungen verlangt das Bundessozialgericht (BSG), die Pflegesätze und Entgelte, die sich aus den als wirtschaftlich anzuerkennenden Gestehungskosten und einschließlich einer angemessenen Gewinnchance ergeben, abschließend einem externen Vergleich zu unterziehen. Was zu Zeiten der Marktpreisurteile des BSG und der nur geringen Relevanz von tatsächlichen Gestehungskosten zur Einordnung in das „Marktgefüge“ sachgerecht gewesen sein mag, gefährdet heute unter den neuen Rahmenbedingungen die Wirtschaftlichkeit derjenigen Einrichtungen, die der gesetzgeberisch vorgegebenen Zielsetzung, in der Pflege eine angemessene Entlohnung zu zahlen, mit einer Entlohnung am oberen Rand der als wirtschaftlich anzuerkennenden Personalaufwendungen besonders engagiert nachkommen:

Der Gesetzgeber hat die Koordinaten der Pflegeversicherung für den wesentlichen Teil der vergütungserheblichen Aufwendungen, nämlich die Personalkosten, deutlich hin zu einem Selbstkostensystem verschoben. Die den Tariftreueregelungen folgende Bezahlung der Gehälter und Entlohnungen ist einzuhalten, gilt ohne weiteres als wirtschaftlich und kann insofern auch nicht einer Kürzung im Wege des externen Marktvergleichs unterliegen.

Unter diesen Umständen ist es vollkommen unangemessen, einen externen Vergleich auf der Grundlage der gesamten Pflegesätze und Entgelte durchzuführen, die sich vor allem aus Personalkosten zusammensetzen. Im Wege des externen Vergleichs kommt damit im Wesentlichen nur eine Kappung der an sich für angemessen befundenen Vergütung des Unternehmerrisikos in Betracht. In der Folge verblieben ausgerechnet denjenigen Trägern, die deshalb die höchsten Personalkosten und damit Pflegesätze und Entgelte haben, weil sie die Intention des Gesetzgebers am stärksten realisieren, die geringsten oder keine Gewinnchancen. Insofern ist aus Sicht des bpa dringend eine Klarstellung geboten, dass sich die

Wirtschaftlichkeitsprüfung durch externen Vergleich auf die „weiteren“ pflegesatzerheblichen Aufwendungen jenseits der Personalkosten beschränken muss, um eine angemessene Vergütung des Unternehmerrisikos realisieren zu können. Darüber hinaus muss die Informationsasymmetrie zu Lasten der Pflegeeinrichtungen aufgehoben werden, indem die Kostenträger die Datengrundlage für den konkreten externen Vergleich offenlegen. § 84 und § 89 SGB XI sind daher entsprechend anzupassen.

§ 84 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

(2) Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, entsprechend den fünf Pflegegraden einzuteilen. Davon ausgehend sind bei vollstationärer Pflege nach § 43 für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln; dies gilt auch bei Änderungen der Leistungsbeträge. Die Pflegesätze müssen ~~einem~~ **dem jeweiligen** Pflegeheim ~~bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen,~~ **unter Berücksichtigung auch der betrieblich- spezifischen Einzelwagnisse** seine Aufwendungen **nach § 82c Absatz 1 bis 3 und seine bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehenden weiteren pflegesatzerheblichen Aufwendungen** zu finanzieren, ~~und~~ seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen **und eine angemessene Vergütung seines allgemeinen Unternehmerrisikos zu erzielen** ~~unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos.~~ **Bei der Bemessung der Vergütung des allgemeinen Unternehmerrisikos sind Ergebnisse wissenschaftlicher Studien angemessen zu berücksichtigen.** Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen. ~~Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten.~~ Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können die **weiteren pflegesatzerheblichen Aufwendungen nach Satz 4** ~~Pflegesätze~~ derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach Art und Größe sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, angemessen berücksichtigt werden; **die Vertragsparteien nach § 85 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 bis 3 haben hierfür alle notwendigen Informationen zur Verfügung zu stellen. Zu den notwendigen Informationen seitens der Kostenträger gehören dabei insbesondere die konkreten Vergleichsdaten der gleichartigen Pflegeeinrichtungen.**

§ 89 Absatz 1 SGB XI wird wie folgt geändert:

(1) Die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe und der ergänzenden Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach

§ 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muss leistungsgerecht sein. Die Vergütung muss ~~einem~~ **dem jeweiligen** Pflegedienst ~~bei wirtschaftlicher Betriebsführung~~ ermöglichen, **unter Berücksichtigung auch der betrieblich-spezifischen Einzelwagnisse** seine Aufwendungen **nach § 82c Absatz 1 bis 3** und seine **bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehenden weiteren pflegesatzerheblichen Aufwendungen** zu finanzieren, **und** seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen **und eine angemessene Vergütung seines allgemeinen Unternehmerrisikos zu erzielen. Bei der Bemessung der Vergütung des allgemeinen Unternehmerrisikos sind Ergebnisse wissenschaftlicher Studien angemessen zu berücksichtigen.** Eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

2.) Klare Regelung der wirtschaftlichen Angemessenheit von Personalaufwendungen für Mitarbeitende außerhalb von Pflege und Betreuung

In der Verhandlungspraxis kommt es bei Einrichtungen, die ihre Mitarbeitenden in Pflege- und Betreuung nach dem regional üblichen Entgeltniveau entlohnen, immer wieder zu Diskussionen, auf welcher Grundlage die Mitarbeitenden in den Sekundärbereichen (Hauswirtschaft, Verwaltung, Haustechnik usw.) vergütet werden können. Die Anlehnung an einen für den Pflegebereich einschlägigen Tarifvertrag oder eine kirchliche Arbeitsrechtsregelung wird oftmals von den Kostenträgern abgelehnt und es wird auf für diese Bereiche einschlägige Branchentarifverträge verwiesen. Da sich die Einrichtungen auch hier im Wettbewerb um Mitarbeitende befinden, ist es notwendig, den Einrichtungen die Möglichkeit zu eröffnen, die Mitarbeitenden in den o.g. Bereichen in Anlehnung an eine/n – in die Veröffentlichung nach § 82 c Absatz 5 SGB XI aufgenommene/n und damit als wirtschaftlich geltende/n – kirchliche Arbeitsrechtsregelung bzw. Tarifvertrag bezahlen zu können.

Änderungsvorschlag:

§ 82c Absatz 2a SGB XI erhält folgende Fassung:

Bei Pflegeeinrichtungen, die ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1, Nummer 2 oder Nummer 3 entlohnen, kann eine Bezahlung von Gehältern der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, bis zur Höhe des Tarifvertrags nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 3 nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Ist für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, ein anderer Tarifvertrag oder eine andere kirchliche Arbeitsrechtsregelung als nach Satz 1 zeitlich, räumlich, fachlich oder persönlich anwendbar, so können ihre Gehälter bis zur Höhe der in diesem Tarifvertrag oder dieser kirchlichen Arbeitsrechtsregelung vereinbarten Gehälter nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Bei Pflegeeinrichtungen, die ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 4 entlohnen, **kann eine Bezahlung von Gehältern der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, bis zur Höhe eines in die Veröffentlichung nach § 82c Absatz 5 aufgenommenen Tarifvertrages oder einer in die Veröffentlichung nach § 82c Absatz 5 aufgenommenen kirchlichen Arbeitsrechtsregelung nicht**

~~als unwirtschaftlich abgelehnt werden gelten hinsichtlich der Bezahlung von Gehältern der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, die allgemeinen Bemessungsgrundsätze nach den §§ 84 und 89.~~

3.) Berücksichtigung der Auslastungsquote als wesentliche Geschäftsgrundlage

Die Belegungssituation in den teil- und vollstationären Einrichtungen ist von unterschiedlichen Faktoren abhängig und aufgrund der mehr als angespannten Personalsituation kaum noch steuerbar. Nicht selten kommt es zu unvorhersehbaren längerfristigen Personalausfällen, die dazu führen, dass stationäre Pflegeeinrichtungen zunehmend gezwungen sind, auf die Belegung vorhandener Plätze zu verzichten. Die Auslastung der Einrichtungen sinkt zum Teil dramatisch, ohne dass hier kurzfristig wirksam gegengesteuert werden kann. Insofern stellt die Auslastung für die Pflegeeinrichtungen eine wesentliche Geschäftsgrundlage dar, die durch unvorhersehbare Veränderungen bei der personellen Besetzung zu massiven wirtschaftlichen Auswirkungen führt. Die Möglichkeit, darauf mit einer Neuverhandlung der Pflegesätze während des laufenden Pflegesatzzeitraums gem. § 85 Abs. 7 SGB XI reagieren zu können, ist für die wirtschaftliche Absicherung der stationären Pflegeeinrichtungen unabdingbar.

Änderungsvorschlag:

§ 85 Absatz 7 wird wie folgt ergänzt:

Bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen der Annahmen, die der Vereinbarung oder Festsetzung der Pflegesätze zugrunde lagen, sind die Pflegesätze auf Verlangen einer Vertragspartei für den laufenden Pflegesatzzeitraum neu zu verhandeln. Unvorhersehbare wesentliche Veränderungen der Annahmen im Sinne des Satzes 1 liegen insbesondere bei einer erheblichen Abweichung der tatsächlichen Bewohnerstruktur, **bei einer erheblichen Abweichung der tatsächlichen Belegungsquote** sowie bei einer erheblichen Änderung der Energieaufwendungen vor. Die Absätze 3 bis 6 gelten entsprechend. Abweichend von Satz 3 in Verbindung mit Absatz 5 Satz 1 kann eine Festsetzung der Pflegesätze durch die Schiedsstelle bereits nach einem Monat beantragt werden, die binnen eines Monats erfolgen soll.

4.) Berücksichtigung einer anlaufbedingt eingeschränkten Belegungsquote

Die kalkulatorische Belegungsquote ist insbesondere bei neu in Betrieb gehenden Einrichtungen ein wichtiger Faktor bei der Ermittlung der Entgelte und somit für die Finanzierung der Einrichtung. Durch die angespannte Personalsituation dauert die vollständige Belegung einer Einrichtung aktuell deutlich länger als in der Vergangenheit. Diesem Umstand kann durch die Vereinbarung einer dem Belegungsprozess angepassten Belegungsquote im Bereich der Investitionskosten Rechnung getragen werden und Anlaufverluste werden abgemildert

Änderungsvorschlag:

§ 82 Abs. 3 SGB XI wird wie folgt ergänzt:

Soweit betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen nach Absatz 2 Nr. 1 oder Aufwendungen für Miete, Pacht, Erbbauzins, Nutzung oder Mitbenutzung von Gebäuden oder sonstige abschreibungsfähige Anlagegüter nach Absatz 2 Nr. 3 durch öffentliche Förderung gemäß § 9 nicht vollständig gedeckt sind, kann die Pflegeeinrichtung diesen Teil der Aufwendungen den Pflegebedürftigen **unter Berücksichtigung auch einer anlaufbedingt eingeschränkten Belegungsquote** gesondert berechnen.

5.) Erweiterung der Kompetenzen der Pflegesatzkommissionen zur Verfahrensbeschleunigung

Den in den Gesetzentwurf aufgenommenen Ansatz der vereinfachten Vergütungsverfahren und der Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen begrüßt der bpa ausdrücklich. Ein weiterer Baustein für die Beschleunigung von Verfahren ist die Erweiterung der Kompetenzen der Pflegesatzkommissionen. Durch die Regelungen zur Tariffreue sind insbesondere die Personalkosten für Pflege und Betreuung zum maßgeblichen Faktor für die Vergütungsfindungen und damit konkrete Gruppen von Einrichtungen abgrenzbar geworden (Zahlung nach Tarif, in Anlehnung an einen Tarif, Zahlung nach dem regional üblichen Entlohnungsniveau). Insofern können auch Empfehlungen für gruppenspezifische einheitliche Entgelte auf Landesebene die Zahl der Einzelverhandlungen erheblich reduzieren. Hier kann unter anderem die Stärkung der Rolle der Landespflegesatzkommissionen mit einer Sicherstellung der Ergebnisorientierung ihrer Verhandlungen mittels Schiedsstellenfähigkeit einen wesentlichen Beitrag leisten. Unabhängig davon bleibt der einzelnen Einrichtung das Recht, eine individuelle Verhandlung zu führen unbenommen.

Änderungsvorschläge:

In § 86 SGB XI wird folgender Absatz 2a eingefügt:

Die Pflegesatzkommission kann für einen zukünftigen Zeitraum (Pflegesatzzeitraum) pauschale Veränderungen vereinbarter Pflegesätze in angemessener Höhe oder einheitliche Kalkulationsgrundlagen empfehlen. Für Pflegeheime in einer Region im Sinne von § 82c Absatz 2, für die derselbe Tarifvertrag oder dieselbe kirchliche Arbeitsrechtsregelung nach § 72 Absatz 3a oder 3b Satz 1 Nr. 1 bis 3 bindend oder maßgebend oder für die die veröffentlichte Höhe der regional üblichen Entlohnungsniveaus und der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nr. 4 maßgebend ist, empfiehlt die Pflegesatzkommission auf Antrag einer beteiligten Organisation nach Absatz 1 Satz 1 einheitliche Pflegesätze. Die Empfehlungen erfolgen gemeinsam und einheitlich mit Zustimmung der Mehrheit der beteiligten Kostenträger. § 85 Absatz 5 gilt entsprechend.

In § 85 SGB XI wird folgender Absatz 3a eingefügt:

Abweichend von Absatz 3 Satz 2 bis 5 sind auf Verlangen des Pflegeheims die von der Pflegesatzkommission nach § 86 Absatz 2a Satz 1 empfohlenen pauschalen Veränderungen oder die nach § 86 Absatz 2a Satz 2 empfohlenen Pflegesätze zu vereinbaren oder Pflegesatzvereinbarungen auf der Grundlage der von der

Pflegesatzkommission empfohlenen Kalkulationsgrundlagen und Rahmenempfehlungen nach § 86 Absatz 2a Satz 2 und Absatz 3 zu treffen. Die Verpflichtung des Pflegeheims zur Vorlage der schriftlichen Stellungnahme der nach heimrechtlichen Vorschriften vorgesehenen Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner bleibt unberührt.

In § 89 SGB XI wird folgender Absatz 3a eingefügt:

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

6.) Häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege: Gleichklang der wirtschaftlichen Angemessenheit von Personal- und Sachkosten in SGB V und SGB XI sowie klare Regelung von Zahlungsfristen und Verzugsfolgen für Kostenträger

Gerade in der ambulanten Pflege, einem Bereich, in dem mit Kostenträgern nach dem SGB XI und mit Kostenträgern nach SGB V über die gleichen Personal- und Sachkosten für die Leistungserbringung verhandelt wird, muss sichergestellt sein, dass die einer Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI zugrunde gelegten Personal- und Sachkosten und Kostensteigerungen auch für den Bereich des SGB V anzuerkennen sind und nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können. Mit entsprechenden Ergänzungen der §§ 132a Abs. 4 und 132l Abs. 5 SGB V ist dies klarzustellen.

Darüber hinaus müssen angemessene Zahlungsfristen für die Kostenträger geregelt werden, die berücksichtigen, dass die Abrechnung der Leistungen mittlerweile automatisiert auf elektronischem Wege erfolgt und längere Zahlungsfristen nicht mehr erfordert. Die Aufnahme klarer und angemessener Zahlungsziele und die Verpflichtung zu einer häufig in Abrede gestellten Verzinsung entsprechend §§ 286, 288 BGB verhindert rechtliche Auseinandersetzungen und sichert die Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen weiter ab.

Änderungsvorschläge:

§ 132a Abs. 4 SGB V wird wie folgt ergänzt:

Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Verträge mit den Leistungserbringern. **Die erbrachten Leistungen werden vom Pflegedienst jeweils für einen Kalendermonat in Rechnung gestellt und sind von den Krankenkassen spätestens am 5. Werktag nach Rechnungstellung zu zahlen. §§ 286, 288 des Bürgerlichen Gesetzbuches finden Anwendung.** (...). Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden; insoweit gilt § 71 nicht. Bei nicht tarifgebundenen oder nicht an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Leistungserbringern gilt § 82c Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches entsprechend. Eine Bezahlung von Gehältern, die ihrer Höhe nach über die Höhe hinausgeht, die nach Satz 7 oder Satz 8 in Verbindung mit § 82c Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann, kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, wenn für sie ein sachlicher Grund besteht. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten nach Satz 7 oder Satz 8 jederzeit

einzuhalten und sie auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen. **Die einer mit dem Leistungserbringer geschlossenen Vergütungsvereinbarung nach § 89 des Elften Buches zugrunde gelegten Personal- und Sachkosten sowie Kostensteigerungen können nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.** Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt.

§ 132I Absatz 5 SGB V wird wie folgt ergänzt:

Über die außerklinische Intensivpflege einschließlich deren Vergütung und Abrechnung schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Verträge mit zuverlässigen Leistungserbringern, die

1. eine Wohneinheit für mindestens zwei Versicherte betreiben, die Leistungen nach § 37c in Anspruch nehmen,
2. Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen,
3. Leistungen nach § 103 Absatz 1 des Neunten Buches in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches in Verbindung mit § 71 Absatz 4 des Elften Buches erbringen oder
4. außerklinische Intensivpflege an den in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 genannten Orten erbringen.

Die erbrachten Leistungen werden vom Pflegedienst jeweils für einen Kalendermonat in Rechnung gestellt und sind von den Krankenkassen spätestens am 5. Werktag nach Rechnungstellung zu zahlen. §§ 286, 288 des Bürgerlichen Gesetzbuches finden Anwendung. § 132a Absatz 4a gilt entsprechend. Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Auf Verlangen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen oder einer Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen. **Die einer mit einem Pflegedienst getroffenen Vergütungsvereinbarung nach § 89 des Elften Buches zugrunde gelegten Personal- und Sachkosten sowie Kostensteigerungen können nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.** Die Leistungserbringer sind verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement durchzuführen, das den Anforderungen des Absatzes 2 Nummer 4 entspricht, und an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b teilzunehmen; § 114 Absatz 2 des Elften Buches bleibt unberührt.

7.) Sozialhilfe: Klare Regelung von Zahlungsfristen, Verzugsfolgen und Zahlungsansprüchen für erbrachte Leistungen vor Bescheiderteilung

Bundesweit sind stationäre wie ambulante Pflegeeinrichtungen mit erheblichen Zahlungsrückständen der Kostenträger konfrontiert. In besonderem Maße betrifft dies den Bereich der Sozialhilfe.

Die aktuelle Praxis der Sozialhilfeträger, für einen Antragsteller die Kosten einer notwendigen Versorgung erst nach abschließender Feststellung der Sozialhilfebedürftigkeit zu übernehmen, führt bei den Einrichtungen zu erheblichen Vorfinanzierungsbeträgen, insbesondere weil die Prüfung der Einkommensverhältnisse nicht selten viele Monate in Anspruch nimmt. Aber auch bei festgestelltem sozialhilferechtlichen Hilfebedarf sind bundesweit erhebliche Zahlungsrückstände der Sozialhilfeträger zu beklagen. Auch hier liegen vielfältige Ursachen zugrunde, die allerdings eines gemeinsam haben: Sie liegen nicht im Einflussbereich der versorgenden Einrichtungen, die aber unter den aktuellen Rahmenbedingungen dennoch allein die hieraus resultierenden Lasten und finanziellen Risiken tragen müssen. Sachlich ist dies nicht gerechtfertigt und gefährdet die wirtschaftliche Stabilität der Einrichtungen und damit auch der pflegerischen Versorgung.

Durch die Klarstellung, dass bereits mit Kenntnisnahme des Hilfebedarfs der Anspruch der Einrichtung auf Vergütung erbrachter Leistungen besteht, kann diese Situation behoben werden. Es ist nicht einzusehen, dass Pflegeeinrichtungen in Vorleistung treten und ggf. nach Abschluss häufig langwieriger Prüfungen der Einkommens- und Vermögensverhältnisse durch den Sozialhilfeträger das Risiko tragen, eventuelle Zahlungsansprüche gegenüber den Pflegebedürftigen durchsetzen zu können. Die Aufnahme klarer und angemessener Zahlungsziele und die Verpflichtung zu einer häufig in Abrede gestellten Verzinsung entsprechend §§ 286, 288 BGB verhindert rechtliche Auseinandersetzungen und sichert die Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen weiter ab.

Darüber hinaus muss die Möglichkeit des § 19 Abs. 6 SGB XII, im Fall des Todes eines versorgten Hilfeempfängers vor Bescheiderteilung die Vergütung für die erbrachten Leistungen vom Sozialhilfeträger zu fordern, auch ambulanten Diensten eingeräumt werden. § 19 Abs. 6 SGB XII begrenzt diese Möglichkeit mit der Formulierung „Leistungen für Einrichtungen“ nach Lesart des Bundessozialgerichts ausschließlich auf stationäre Leistungserbringer. Diese unterschiedliche Behandlung ambulanter und stationärer Einrichtungen wird dabei mit einer höheren Schutzwürdigkeit stationärer Einrichtungen begründet; nur im Einzelfall würden die Kosten einer ambulanten Pflege den Umfang der Kosten stationärer Pflege erreichen. Diese Grundannahme ist, zumal nach Angleichung der ambulanten und stationären Leistungsbeträge im SGB XI, falsch. Zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen bestehen im Falle des Todes eines gepflegten Menschen keine Unterschiede, die eine ungleiche Behandlung hinsichtlich eines

Zahlungsanspruches gegen den Sozialhilfeträger rechtfertigen. § 19 Abs. 6 SGB XII ist daher entsprechend anzupassen.

Änderungsvorschläge:

§§ 19, 76 und 77a SGB XII werden wie folgt ergänzt:

§ 77a Abs. 1 SGB XII:

Mit der Zahlung der vereinbarten Vergütung gelten alle während des Vereinbarungszeitraums entstandenen Ansprüche des Leistungserbringers auf Vergütung der Leistung als abgegolten. Die im Einzelfall zu zahlende Vergütung bestimmt sich **bis zur Bekanntgabe der Entscheidung des Trägers der Sozialhilfe** auf der Grundlage der jeweiligen Vereinbarung **nach den erbrachten Leistungen und ab Bekanntgabe der Entscheidung des Trägers der Sozialhilfe auf der Grundlage der jeweiligen Vereinbarung** nach dem Betrag, der dem Leistungsberechtigten vom zuständigen Träger der Sozialhilfe bewilligt worden ist. Sind Leistungspauschalen nach Gruppen von Leistungsberechtigten kalkuliert (§ 76 Absatz 3 Satz richtet sich die zu zahlende Vergütung nach der Gruppe, die dem Leistungsberechtigten vom zuständigen Träger der Sozialhilfe bewilligt wurde. **Die erbrachten Leistungen werden vom Leistungserbringer jeweils für einen Kalendermonat in Rechnung gestellt und sind vom Träger der Sozialhilfe spätestens am 10. Werktag nach Rechnungstellung zu zahlen. §§ 286, 288 des Bürgerlichen Gesetzbuches finden Anwendung.**

§ 75 Abs. 6 SGB XII

Der Leistungserbringer hat gegen den Träger der Sozialhilfe einen Anspruch auf Vergütung der gegenüber dem Leistungsberechtigten erbrachten Leistungen. **Dies gilt auch, wenn Leistungen nach diesem Buch erst beantragt sind oder der Träger der Sozialhilfe sonstige Kenntnis vom Hilfebedarf nach § 18 hat.**

§ 19 Abs. 6 SGB XII:

Der Anspruch der Berechtigten auf Leistungen für **stationäre Einrichtungen oder ambulante Pflegedienste** oder auf Pflegegeld steht, soweit die Leistung den Berechtigten erbracht worden wäre, nach ihrem Tode demjenigen zu, der die Leistung erbracht oder die Pflege geleistet hat.

8.) Kompetenzvermutung: Vereinfachung der Anerkennung der Berufsqualifikation für internationale Fachkräfte durch Kompetenzvermutung

Die behördlichen Berufsanerkenntungsverfahren sind für den Einsatz von in Drittstaaten ausgebildete Pflegefachkräften immer noch die größte Hürde. Für dreijährig beruflich oder hochschulisch ausgebildete Fachkräfte mit den erforderlichen deutschen Sprachkenntnissen sollte eine Kompetenzvermutung greifen, die einen sofortigen Einsatz als Fachkraft erlaubt. Der Ausgleich von im Wege von Mustergutachten ggf. bereits festgestellten wesentlichen Unterschieden im Ausbildungsstand kann in diesen Fällen auch berufsbegleitend erfolgen und den betroffenen Personen im Wege der Auflage aufgegeben werden. Dies ist ein wesentlicher Schritt zur Sicherstellung funktionierender Versorgungsstrukturen. Mit dieser Maßnahme würden auf einen Schlag viele tausend Pflegekräfte tausende pflegebedürftige Menschen zusätzlich in Pflegeeinrichtungen versorgen und Angehörige in der häuslichen Versorgung entlastet werden können. Denn ohne den Fachkraftstatus können Pflegeheime aktuell aufgrund der personellen Anforderungen ihre Pflegeplätze nicht vollständig belegen und ambulante Pflegedienste müssen Kunden mit besonderem behandlungspflegerischem Aufwand absagen. Die Kompetenzvermutung trägt also wirksam zur Absicherung der pflegerischen Versorgung bei und bewirkt damit spürbar etwas im Versorgungsalltag der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen.

Änderungsvorschlag:

In § 40 PflBG wird folgender Abs. 2a eingefügt:

Die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes ist als gegeben anzusehen, wenn die antragstellende Person eine mindestens dreijährige Berufsausbildung in der Pflege oder ein mindestens dreijähriges Hochschulstudium in der Pflege erfolgreich abgeschlossen hat und damit im Ausbildungsstaat zur unmittelbaren Berufsausübung in der Pflege berechtigt ist (Kompetenzvermutung). Dies gilt nicht, soweit bereits ein Mustergutachten der Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe besteht, in dem wesentliche Unterschiede nach Absatz 2 Satz 2 festgestellt wurden. In diesem Fall bereits festgestellter wesentlicher Unterschiede erfolgen die gesonderte Feststellung der Gleichwertigkeit der Berufsqualifikation im Sinne von § 43 und bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 Nummer 2 bis 4 die Erteilung der Berufserlaubnis mit der Auflage, dass die antragstellende Person eine Kenntnisprüfung oder einen Anpassungslehrgang zu absolvieren hat. Kenntnisprüfung und Anpassungslehrgang können dabei auch berufsbegleitend erfolgen. Absatz 3 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

9.) Regelung zur Aufteilung des Finanzierungsbedarfs für Tagespflegen modifizieren

Das Pflegekompetenzgesetz sollte dazu genutzt werden, eine aktuelle, durch das Pflegestudiumstärkungsgesetz vom 18.11.2023 eingeführte negative Auswirkung auf die Finanzierung der teilstationären Tagespflegeeinrichtungen zu beheben. Denn mit dem Pflegestudiumstärkungsgesetz wurde auch eine Änderung der Berechnung der Ausbildungsumlage für die stationären Pflegeeinrichtungen in § 11 Abs. 3 bzw. § 12 Abs. 2 PflAFinV vorgenommen, um die Ausbildungsumlage der stationären Träger zu vereinheitlichen, was grundsätzlich sehr zu begrüßen ist.

Allerdings ist dadurch eine unverhältnismäßige Mehrbelastung der teilstationären Pflegeeinrichtungen hinzugekommen, da die vorgenannten Vorschriften aufgrund des stationären Einrichtungsbegriffs (§ 71 Abs. 2 SGB XI) auch auf diese Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege Anwendung finden. Diese Einrichtungen haben weitaus geringere Leistungsumfänge, da sie nicht 24 Stunden versorgen, sondern in der Regel 8 Stunden am Tag. Ein Belegungstag in einer vollstationären Einrichtung bedeutet 24 Stunden Leistungen, ein Belegungstag in einer Tagespflege 8 Stunden Leistungen. Hinzu kommt, dass die Mehrzahl der Tagespflegegäste in ihrer Häuslichkeit ambulant versorgt wird, so dass die Pflegebedürftigen letztlich eine höhere Belastung erfahren als vollstationär versorgte Pflegebedürftige, obgleich sie keine 24-stündige Versorgung erfahren. Dies führt häufig zu einer Reduzierung der Inanspruchnahme von Tagespflegeleistungen, was zu einer weiteren Belastung und Benachteiligung der Tagespflegen führt.

Der Vorschlag des bpa für eine Änderung des § 12 Abs. 2 PflAFinV lautet daher:

Der auf die einzelne stationäre Einrichtung entfallende Anteil an dem nach Absatz 1 für den stationären Sektor ermittelten Betrag bemisst sich nach dem Verhältnis ihrer Belegungstage nach der Vergütungsvereinbarung zur Gesamtzahl der Belegungstage **aller Vergütungsvereinbarungen in diesem Sektor. Dabei wird bei teilstationären Pflegeeinrichtungen die Zahl der Belegungstage mit dem Faktor 0,50 multipliziert.**

10.) Evaluierung des Pflegeberufgesetzes

Der bpa fordert eine ideologiefreie Evaluierung des gesamten Pflegeberufereformgesetzes auf wissenschaftlicher Grundlage seit seinem Inkrafttreten am 1. Januar 2020 im Hinblick auf die Auswirkungen auf die Ausbildungszahlen in der Pflege, insbesondere im Bereich der Altenpflege und die pflegerische Versorgungssicherheit in Deutschland. Aus Sicht des bpa haben sich die in das Pflegeberufereformgesetz gesetzten Hoffnungen und damit in die Erwartungen an die eingeführte generalistische Pflegeausbildung mit der Zusammenlegung der drei Berufsbilder Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege bisher nicht erfüllt. Untermuert wird dies u.a. durch die am 24. Juli 2024 vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte Statistik zur Pflegeausbildung für das Berichtsjahr 2023 und die dort enthaltenen Werte zur Entwicklung der Ausbildungszahlen, der vorzeitigen Vertragslösungen sowie der Art der Abschlüsse. Eine Beinahe-Stagnation der Ausbildungszahlen, bei einer gleichzeitigen vorzeitigen Lösungsquote von über 41 Prozent (alle Ausbildungseintritte im Berichtsjahr 2020 versus erfolgreiche abgeschlossene Ausbildungen 2022 und 2023), kann nicht als Erfolg gewertet werden. Auch das sich von insgesamt 33.600 Absolventen gerade einmal 123 Menschen für einen vertieften Abschluss in der Altenpflege entschieden haben, zeigt, welcher Irrweg die Generalistik ist.

Die eigenständige Altenpflegeausbildung hat vorher zehn Jahre lang unter Beweis gestellt, dass sie einen Zuwachs von insgesamt mehr als 60 Prozent produzieren konnte. Das fehlt seit Inkrafttreten der generalistischen Ausbildung schmerzlich.

Es bedarf einer grundsätzlichen Überprüfung des gesamten PfIBG und nicht nur der in § 59 Abs. 2 und 3 PfIBG enthaltenen Wahlregungen für die unterschiedlichen Berufsbilder der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege, wie es im § 62 PfIBG mit dem Bericht des BMFSFJ und BMG an den Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2025 aktuell vorgesehen ist. Der bpa schlägt dafür die folgende Gesetzesänderung vor.

§ 68 PfIBG wird um einen neuen Absatz 5 wie folgt ergänzt:

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Bundesministerium für Gesundheit evaluieren bis zum 31. Dezember 2025 die Wirkungen des Pflegeberufgesetzes insbesondere auf die Entwicklung der Ausbildungszahlen in den drei verschiedenen Berufsbildern nach § 1 sowie § 58, auf den Erwerb ausreichender Kompetenzen in diesen, auf die Ausbildungszeiten beim Träger der praktischen Ausbildungsträger und auf die pflegerische Versorgungssicherheit in Deutschland auf wissenschaftlicher Grundlage.