



**Stellungnahme der
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)
zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der
Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG)
vom 14.07.2025**

Inhalt

| | |
|---|----|
| A. Einleitung und zusammenfassende Bewertung | 2 |
| B. Zu den Regelungen im Einzelnen | 9 |
| Artikel 1: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch | 9 |
| Artikel 3: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch | 54 |
| Artikel 5: Änderung des Pflegeberufgesetzes | 63 |
| C. Weitere Änderungsbedarfe | 68 |

A. Einleitung und zusammenfassende Bewertung

Die in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zusammengeschlossenen Spitzenverbände bedanken sich für die Möglichkeit zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG) Stellung nehmen zu können und geben dazu eine gemeinsame Stellungnahme ab.

Mit dem Gesetzentwurf ist es gelungen, wegweisende Schritte auf dem Weg hin zur Stärkung der eigenständigen Ausübung von Heilkunde durch Pflegefachpersonen einzuschlagen. Erstmals werden, ausgehend von den vorbehaltenen Aufgaben, heilkundliche Aufgaben der Pflege im Leistungsrecht des SGB XI und SGB V verankert. Damit wird der Grundsatz anerkannt, dass Pflegefachpersonen per se heilkundliche Aufgaben ausüben. Sehr zu begrüßen ist, dass die Möglichkeit zur erweiterten Heilkundeausübung die Modellvorhaben nach §§ 64d und 63 Absatz 3c mit ihren Webfehlern mit Blick auf diagnose- und prozedurenbezogene Tätigkeiten obsolet macht. Mit der grundsätzlichen Ermöglichung der Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten als Behandlung durch Pflegefachpersonen kann ein breiterer Kreis von beruflich qualifizierten Pflegefachpersonen mit entsprechend erworbenen Kompetenzen diese Aufgabe ausfüllen. Die BAGFW hat sich stets dafür eingesetzt, dass beruflich erfahrene Pflegefachpersonen mit einer entsprechenden Weiterbildung erweiterte heilkundliche Aufgaben ausüben können, wie es der RefE nun vorsieht. Nur mit einem solchermaßen gestuften, modularen und durchlässigen Ansatz ist es möglich, den Pflegeberuf in Deutschland endlich attraktiver zu gestalten. Folgerichtig ist es, in diesem Zusammenhang den Bogen zu einer wissenschaftlich fundierten Beschreibung pflegerischer Aufgaben in einem „Muster-Scope of practice“ zu spannen. Ein weiterer Meilenstein ist auch die gesetzliche Verankerung der Pflegeprozessverantwortung, wie von der BAGFW seit langem gefordert. Die richtigen Weichen für eine Stärkung der Kompetenzen werden auch durch die Präventionsempfehlung, die Verordnung von Pflegehilfs- und Hilfsmitteln und die Ausstellung von Folgeverordnungen für die HKP gestellt. Dabei ist klarzustellen, dass Folgeverordnungen der HKP sowie Verordnung von Hilfsmitteln in diesem Rahmen und die Ausstellung von Pflegehilfsmitteln von beruflich qualifizierten Pflegefachpersonen ausgestellt werden dürfen, ohne dass es des Erwerbs zusätzlicher fachlicher Kompetenzen bedarf.

Das Pflegekompetenzgesetz setzt auch Leitplanken für die dringend erforderliche Beschleunigung von Pflegesatzverhandlungen,

In der nachfolgenden zusammenfassenden Bewertung sieht die BAGFW folgende Nachbesserungsbedarfe am Gesetzentwurf:

1. Verankerung der Heilkundeausübung

Die BAGFW begrüßt die Kodifizierung des Pflegeberufs als Heilberuf und die Übertragung von ehemals rein ärztlichen Tätigkeiten nach § 73d Absatz 1 SGB V in die „Behandlung durch Pflegefachpersonen“ nachdrücklich sieht jedoch folgenden Nachbesserungsbedarf:

- Leistungsrechtliche Verankerung der „Behandlung durch Pflegefachpersonen“ nach § 15a in § 27 SGB V (Krankenbehandlung).

- Abgrenzung der “Behandlung durch Pflegefachpersonen” nach § 15a SGB V in § 28 SGB V (Ärztliche Leistungen).
- Verankerung der Leistung “Behandlung durch Pflegefachpersonen” im Leistungserbringungsrecht, z.B. durch Einführung eines neuen § 132x, der auch den stationären Bereich des SGB XI umfassen muss.
- Leistungserbringungsrechtliche Verankerung der Folgeverordnungen zur HKP gemäß § 15a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 in § 132a SGB V.
- Streichung der Blanko-Verordnung nach § 37 Absatz 8 aufgrund der Normkollision mit § 73d Absatz 1 Nummer 2 i.V. mit § 15a Absatz 1 Nummer 2.
- In den Leistungsarten nach § 28 SGB XI ist klarzustellen, dass die Erbringung heilkundlicher Leistungen nach § 15a SGB V aus dem SGB V finanziert werden muss. Einen möglichen Weg zur SGB V-Finanzierung der Leistungserbringung in stationären Pflegeeinrichtungen sieht die BAGFW in einer Ergänzung der 119b-Verträge um die Ermächtigung der Pflegeeinrichtungen zur Anstellung für Pflegefachpersonen, die zu Erbringung von Leistungen nach § 15a SGB V qualifiziert sind.

Einen Meilenstein stellt die Verankerung der eigenverantwortlichen Heilkundeausübung in einem neuen § 4a PflBG dar. Allerdings ist dringend zu ergänzen, dass die Kompetenzen zur erweiterten Heilkundeausübung auch von Pflegefachpersonen während ihres Berufslebens durch Fort- und Weiterbildung erworben werden können. Nur so ist gewährleistet, dass erweiterte Heilkunde in die Fläche kommt. Die BAGFW setzt sich dafür ein, dass der Erwerb der erweiterten Kompetenzen im Wege einer Zusatzqualifikation mit Kostentragung aus dem Ausbildungsfonds und Regelung einer Ausbildungsvergütung nach PflAuFinV erfolgt. Die Beauftragung und weitere Veranlassung zu dem “Muster Scope of Practice” sollte systemkonform durch den Qualitätsausschuss Pflege durchgeführt werden.

Positiv zu würdigen ist, dass die Fachkommission die Aufgabe von standardisierten Kompetenzbeschreibungen für die eigenverantwortlich auszuübenden heilkundlichen Aufgaben erhält. Die zwar nicht abschließende, doch explizit angeführte Aufzählung der Anwendungsbereiche Diabetes, chronische Wunden und Demenz nach § 37 Absatz 2 Satz 2 stellt eine Engführung dar, die es mindestens auf die in den bisherigen acht Modulen abgebildeten Themen zu erweitern gilt. Positiv zu bewerten ist die Klarstellung, dass die standardisierten Kompetenzbeschreibungen über die bereits in der beruflichen Pflegeausbildung erworbenen Kompetenzen hinausgehen müssen. Die BAGFW hatte in der Vergangenheit anlässlich der Modellvorhaben immer wieder kritisiert, dass die in den Modulen nach § 14 PflBG beschriebenen Kompetenzen nicht trennscharf von den Kompetenzen der grundständigen Ausbildung abgrenzbar waren, etwa beim Modul Demenz.

Zu ergänzen ist in § 4a auch dringend, dass die Kompetenzen zur erweiterten Heilkundeausübung auch von Pflegefachpersonen während ihres Berufslebens durch Fort- und Weiterbildung erworben werden können. Nur so ist gewährleistet, dass erweiterte Heilkunde in die Fläche kommt. Des Weiteren setzt sich die BAGFW dafür ein, dass der Erwerb der erweiterten Kompetenzen im Wege einer Zusatzqualifikation mit Kostentragung aus dem Ausbildungsfonds und Regelung einer Ausbildungsvergütung nach PflAuFinV erfolgt. Die Beauftragung und weitere Veranlassung zu dem “Muster Scope of Practice” sollte systemkonform durch den Qualitätsausschuss Pflege durchgeführt werden.

2. Pflegeprozessverantwortung vergütungsrechtlich absichern und Leistungsanspruch definieren

Die BAGFW hat sich seit langem für die gesetzliche Verankerung der Pflegeprozessverantwortung eingesetzt und begrüßt, dass der Gesetzgeber nunmehr diesen Schritt durch Verankerung in den vorbehaltenen Aufgaben nach § 4 PflBG sowie in § 15a SGB V tut. Pflegeprozessverantwortung ist eine vorbehaltene Aufgabe nach § 4 PflBG - daher wird die Definition von Voraussetzungen für eine fachgerechte Pflegeprozessverantwortung in § 132a Absatz 1 Satz 4 Nr. 2a SGB V als im Widerspruch zu einer fachlichen Eigenverantwortung von Pflegefachpersonen stehend von der BAGFW abgelehnt. In § 132a SGB V (und korrespondierend in § 89 SGB XI) fehlt es stattdessen an Grundsätzen der Vergütung für die im Rahmen der Pflegeprozessverantwortung erfolgenden Erst- und Folgegespräche sowie Fallbesprechungen. Auch reine Pflegegeldempfangende müssen einen Anspruch auf Pflegeprozesssteuerung erhalten, § 37 Absatz 3a SGB V ist daher entsprechend nachzubessern. Für alle Pflegebedürftigen soll der Anspruch auf Pflegeprozessverantwortung bei jeder grundlegenden Änderung ihres Gesundheitszustands, Wechsel der Pflegeperson, bei Veränderung des Pflegegrades oder bei Änderung des Pflegesettings, z.B. nach Krankenhausaufenthalt, bestehen.

3. Entbürokratisierung der Hilfsmittelverordnung durch Pflegefachpersonen

Die Genehmigungsfiktion der Verordnung von Hilfs- und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachpersonen wird begrüßt, jedoch erneut die Streichung der Festlegung von Qualifikationsanforderungen in Richtlinien gefordert. Pflegefachpersonen sind dazu qua Ausbildung ebenso befähigt, wie zur Ausstellung einer Blankoverordnung bzw. einer HKP-Verordnung nach § 73d Absatz 1 Nummer 2. § 17a Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ist daher ebenso ersatzlos zu streichen wie § 132a Absatz 1 Satz 4 Nr. 7 SGB V. Ausweislich der Begründung zur Hilfsmittelversorgung sind Pflegefachpersonen grundsätzlich zur Inkontinenzversorgung befähigt. Daher ist dem Petitum der BAGFW nach Streichung des Präqualifizierungserfordernisses bei der Inkontinenzversorgung in § 126 SGB V endlich Rechnung zu tragen.

4. Verhältnisprävention in der Häuslichkeit stärken und Expertise der Pflegefachperson für Prävention nutzen

Die BAGFW hat seit langem gefordert, Prävention nicht auf den stationären Bereich und mithin auf die letzte Phase der Pflegebedürftigkeit zu konzentrieren, sondern bereits am Anfang der Pflegebedürftigkeit bei der Versorgung in der Häuslichkeit anzusetzen und begrüßt daher die Ausweitung von § 5 SGB XI auf das häusliche Setting. Für eine wirkliche Stärkung der Gesundheitsförderung – ganz entsprechend dem Pflegeverständnis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – muss Prävention jedoch weit über die jetzt vorgesehene Empfehlung von verhaltensbezogenen Präventionskursen der Krankenkassen hinausgehen und vor allem bei der Verhältnisprävention ansetzen. Präventionsberatung im häuslichen Bereich muss daher im Rahmen der Leistungserbringung nach § 36 SGB XI oder eines Beratungsbesuchs nach § 37 Absatz 3 SGB XI verankert werden und auch die Stärkung von Gesundheitskompetenz klar als Aufgabe benennen. Pflegeberater*innen nach § 7a SGB XI sollen den Zugang zu Präventionsangeboten erschließen. Pflegekurse und Schulungen in der Häuslichkeit müssen flächendeckend zur Verfügung stehen müssen und dürfen nicht

länger davon abhängig sein dürfen, ob die einzelne Pflegekasse einen Rahmenvertrag mit dem jeweiligen Leistungserbringerverband oder Pflegedienst geschlossen hat.

5. Pflegebegutachtung durch Pflegefachpersonen in der Einrichtung auf Höherstufung konzentrieren

Das Gesetz hebt zu Recht hervor, dass Pflegefachpersonen qua Ausbildung befähigt sind, den Pflegegrad eines Pflegebedürftigen festzustellen. Es ist leider zu konstatieren, dass diese Fähigkeiten nicht genutzt werden, um dem Bearbeitungsstau bei Höherstufungsanträgen in der stationären Pflege von 6 bis 9 Monaten entgegenzuwirken. Die BAGFW setzt sich erneut dafür ein, dass Höherstufungsanträgen, die vom Medizinischen Dienst nach Aktenlage begutachtet werden, automatisch stattgegeben wird. Bei dem in § 18e SGB XI vorgesehenen Modellprojekt zur Erprobung der Begutachtung durch in Einrichtungen angestellte Pflegefachpersonen gibt sie zu bedenken, dass Pflegefachpersonen für die Durchführung eines gesamten Begutachtungsprozesses einschließlich Erstellung eines Gutachtens nicht nur einer Schulung bedürften, sondern dass der dadurch entstehende Aufwand zu Lasten der kostbaren Ressource Pflegefachperson in Zeiten des Fachkräftemangels ginge. Ein Modellprojekt sollte sich daher auf die Erprobung machbarer Aspekte wie der Höherstufungsanträge beschränken.

6. Tagespflege stärken und gesetzliche Rahmenbedingungen schaffen

Die Neuregelung des § 72 Absatz 2a SGB XI lehnt die BAGFW als untaugliches und nur Bürokratie erzeugendes Instrument, das zu keinerlei Verbesserungen in der Versorgung führen wird, ab. Es bedarf keiner gesonderten Regelung für die Tagespflege, sondern einer für alle Akteure verpflichtenden und auf Augenhöhe durchzuführenden regionalen Pflegestrukturplanung, in welcher auch der Bedarf an Tages- und Nachtpflege festgestellt und in die Schaffung von Versorgungsangeboten umgesetzt wird. Zugleich weist sie auf strukturelle Defizite in der Finanzierung der Tagespflegeeinrichtungen hin, die zu Belegungsrückgängen dieser gerade für demenziell erkrankte Personen attraktiven Versorgungsform führt und regt folgende konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungssituation an:

- Nutzung des gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a SGB XI für die nicht pflegebedingten Kosten der Tagespflege (Investitionskosten, Unterkunft und Verpflegung, Fahrtkosten) wie z.B. für die Investitionskosten, die nicht von den Kommunen getragen werden, oder auch Unterkunft und Verpflegung sowie Fahrtkosten. Generell setzt sich die BAGFW dafür ein, im SGB XI künftig konsequent und systematisch dem Sachleistungsbudgetgedanken bei einer Weiterentwicklung des SGB XI zu folgen.
- Überdies fordert die BAGFW seit langem, dass die unverhältnismäßig hohen Anforderungen an den Fahrdienst der Tagespflege, durch Änderung von § 1 der FrStilV des Personenbeförderungsgesetzes fallen sollten. Das würde die Kosten für den Fahrdienst deutlich senken.
- Flexibilisierung der Leistungen der Tagespflege: stundenweise Inanspruchnahme, flexible Öffnungszeiten, Errichtung von Zweigstellen
- Kombination von Tages- und Nachtpflege, um die dringend benötigte Nachtpflege, die wirtschaftlich nicht tragfähig ist, etablieren zu können.
- Gesamtversorgungsverträge für die Tagespflege gangbar machen

- Schaffung bundeseinheitlicher Regelung für die Abwesenheitsvergütung und Freihalterregelungen in § 87a SGB XI

7. Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen/innovative Wohnformen erproben – sektorenübergreifende Ansätze jetzt ermöglichen

Die BAGFW unterstützt das Bestreben des Gesetzgebers, neue innovative Wohnformen zu erproben und einzuführen, uneingeschränkt. Der neue § 45h SGB XI i.V. mit § 92c SGB XI führt jedoch einen dritten Sektor ein, was wir ablehnen. Stattdessen sollten die bewährten, aber mittlerweile vielfach gefährdeten, ambulanten Wohngruppen (§ 38a SGB XI alt/jetzt § 45f SGB XI neu) besser gefördert werden durch Erhöhung des Wohngruppenzuschlags von den jetzt unzureichenden 224 Euro auf die hier für das gemeinschaftliche Wohnen angesetzte Pauschale von 450 Euro. Sofern an § 45h SGB XI i.V. mit § 92c SGB XI festgehalten wird, spricht sich die BAGFW für die Erprobung im Rahmen eines Modellprojektes aus. Mit § 45h SGB XI bzw. § 92c SGB XI wird kein echter sektorenübergreifender Ansatz verfolgt. Dies ist mit der Einführung von § 125d SGB XI, mit der Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen eingeführt werden sollen, anders. Aus unserer Sicht sollte bereits heute in der Regelversorgung verankert werden, dass stationäre Träger ein ausdifferenziertes Angebot an pflegerischer Unterstützung anbieten, aus dem die Pflegebedürftigen Leistungen auswählen können, und bestimmen können, welche Leistungen z.B. von ihren Angehörigen erbracht werden, sodass sich im Ergebnis die Kosten für die Versorgung deutlich reduzieren ließen. Hierfür bedarf es keiner weiteren Modellprojekte. Die Möglichkeiten zur Erbringung von pflegerischen Leistungen durch stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen im Quartier (bspw. Häusliche Krankenpflege) sollten hingegen wie vorgesehen modellhaft erprobt werden. Als ein wesentlicher Schritt zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung, sollte dies nicht losgelöst von den Modellvorhaben in § 8 Abs. 3c SGB XI erfolgen, sondern dort integriert werden. Maßgabe muss auch sein, dass in diesen Fällen das gesamte Quartier mitgedacht wird und sich diese Versorgung nicht ausschließlich an wirtschaftlichen Kriterien ausrichtet.

8. Vertrags- und Vergütungsverhandlungen wirksam beschleunigen

Die Ansätze des RefE zur Schaffung von Rahmenbedingungen für die dringend erforderliche Beschleunigung der Pflegesatzverhandlungen gehen in die richtige Richtung, sind aber nicht weitreichend genug. Viele Pflegeeinrichtungen stehen mit bis zu sechsstelligen Minusbeträgen aufgrund nicht abgeschlossener Vergütungsverhandlungen vor der Insolvenz. Die jetzt in § 86a SGB XI vorgesehenen Bundesempfehlungen enthalten zwar mit vereinfachten Verfahren zur pauschalen Anpassung und Nachweisverfahren für die zugrunde gelegten Kalkulationen richtige Ansätze, ihr Abschluss – 9 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes, also frühestens und ohne die erwartbaren Verzögerungen bei solchen Verhandlungen frühestens zum 3. oder 4. Quartal 2027 – würde das Aus für viele Einrichtungen bedeuten. Daher fordert die BAGFW zwei Sofortmaßnahmen, die direkt im Gesetz vorgegeben werden müssen: 1. Eine Genehmigungsfiktion von beantragten Steigerungen, wenn 6 Wochen nach Antrag keine Verhandlungsaufnahme durch die Kostenträger erfolgt ist, 2. Strafzahlungen bei Verfahrensverschleppungen oder Schadensersatzforderungen bei Missachtung gesetzlicher Vorschriften und Anforderungen durch die Kostenträger wie Kranken- und Pflegekassen sowie Sozialhilfeträger. Die vorgesehenen Empfehlungen nach § 86a dürfen nicht dazu führen, Verhandlungen auf der Länderebene zu

blockieren oder zu verzögern, angesichts der großen Problemlagen. Das jetzt im Gesetz vorgesehene Verfahren für zeitnahe Nachweisforderungen sowie die Benennung einer verbindlichen Ansprechperson bei den Kostenträgern geregelt werden, ist sachgerecht. Die Ansprechperson muss allerdings, wie im alten RefE 2024 vorgesehen "bevollmächtigt" sein. Zudem muss die Ansprechperson nicht nur für den Antrag, sondern für die ordnungsgemäße Durchführung des Gesamtverfahrens bis hin zur Unterschrift/Abschluss des Pflegesatzverfahrens verantwortlich sein. Das Unterschriftenverfahren muss zwingend digital durchgeführt werden können; dafür müssen die Leistungsträger zur Einführung einer digitalen Unterschrift (QES) verpflichtet werden. Insgesamt bedarf es einer Verpflichtung zur Umstellung des Verhandlungsprozesses auf digitale Portale (bspw. analog ELSTER), um die Pflegesatz- und Vergütungsverhandlungen substanziell zu beschleunigen. Eines Modellvorhabens dazu bedarf es nicht, dieses würde die flächendeckende Einführung der Digitalisierung der Verhandlungen nur um Jahre verzögern. Die BAGFW zeigt in der nachfolgenden Stellungnahme en detail auf, an welchen Stellschrauben konkret Probleme bestehen, die in den Bundesempfehlungen zu regeln sind und für die es in der Gesetzesbegründung ausdrücklich der Hinweise bedarf. (u.a. Plausibilisierungserfordernis bei Tarifsteigerungen, keine Anerkennung betriebsnotwendiger Personalaufwendungen, wie für betriebliche Gesundheitsförderung, fehlende Synchronisierung von SGB XI und V-Verhandlungen, Fehlen von Vergütungszuschläge für Wegstrecken in unterversorgten ländlichen Gebieten, Fehlen eines pauschalen Risikozuschlags). Ausdrücklich begrüßt wird die Neuregelung in § 73a SGB XI, wonach bei absehbaren und schon eingetretenen Änderungen der Rahmenbedingungen Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zu treffen sind. Diese Verstetigung der Corona-Regelungen hatte die BAGFW gefordert. Allerdings muss dies auch "kurzfristige" Abweichungen beinhalten, wie im alten RefE 2024 vorgesehen war. Und um schließlich Probleme aus der Coronazeit zu vermeiden, müssen verbindliche Rückmeldungen der Pflegekassen sichergestellt werden. Die frühzeitige Anrufung der Schiedsstelle nach § 85 Absatz 5 SGB XI, ist begrüßenswert - jedoch wird die Regelung ins Leere laufen, wenn Leistungserbringer und Kostenträger sie nur gemeinsam anrufen können. Die BAGFW spricht sich überdies dafür aus, in § 85 pauschale Kollektivverhandlungen zu ermöglichen. Des Weiteren macht sie nachfolgend konkrete Änderungsvorschläge zu der schon lange geforderten Verschlinkung der Meldepflichten für tarifgebundene Einrichtungen.

9. Digitale Pflegeanwendungen (DiPa) befördern

Die Erhöhung des Betrags für die Inanspruchnahme von DiPa von jetzt 50 auf 70 Euro sowie die Differenzierung nach den Kosten für die DiPa selbst und die Unterstützung bei der Anwendung wird nachdrücklich begrüßt. Eine vorläufige Aufnahme der DiPa ins Leistungsverzeichnis ohne vorherige Erprobung wird aus Gründen der Patientensicherheit abgelehnt.

10. Qualitätsausschuss Pflege (QAP)

Das in § 113b SGB XI vorgesehene Recht des unparteiischen Vorsitzenden des Qualitätsausschusses zur zweimaligen Anrufung desselben und für ein Vorschlagsrecht zur Themensetzung ist nicht sachgerecht, da es sich beim Erweiterten Qualitätsausschuss und dessen unparteiischen Vorsitz um eine Schiedsorgan als Konfliktlösungsmechanismus handelt. Die hier vorgeschlagene Aufgabenerweiterung läuft dieser Funktion zu wieder und wird systemfremd abgelehnt. Darüber hinaus hat sich

der QAP in den letzten Jahren zu einem bewährten und effektiven Instrument der Selbstverwaltung im SGB XI entwickelt und es ist nicht nachvollziehbar, wo hier ein Problem vorliegt, dass durch diesen Vorschlag gelöst werden soll.

Anstatt dessen ist der QAP weiterzuentwickeln, z. B. in dem die Berichtspflichten die bisher dem GKV SV zu Qualitätssicherung zugeordnet sind, künftig an den QAP zu übertragen, ebenso wie die Weiterentwicklung der Personalbemessung oder die Aufgaben einer Geschäftsstelle nach § 113c. Einen übergeordneten Rahmen für die Themen "Vorbehaltsaufgaben", "Pflegedokumentation", "bewohner- und kompetenzorientierte Personal- und Organisationsentwicklung" und "Pflegebedürftigkeitsbegriff" zu schaffen wird nachdrücklich begrüßt. Es ist jedoch sachgerecht, hierfür zusätzliche und parallele Strukturen zu schaffen. Vielmehr sollte auf Vorhandenes aufgebaut werden, auch um Synergien zu nutzen. Daher sollte die Umsetzung einer "Geschäftsstelle § 113c SGB XI" eng an die Geschäftsstelle des QAP angekoppelt werden und weitere vorhanden Strukturen, z. B. des Projektbüros EinSTEP, mit einbezogen werden.

Um ein besseres Funktionieren der Springerpools zu ermöglichen, bedarf es einer Klarstellung bei der Personalbemessung nach § 113c SGB XI, dass das Personal für diese Zwecke verhandelbar ist, auch wenn die Personalanhaltszahlen noch nicht in allen Qualifikationsniveaus ausgeschöpft sind oder/und es noch keine Regelung im Landesrahmenvertrag gibt. Das Gleiche soll für akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen gelten. Und um trägerübergreifende Springerpools flächendeckend zu ermöglichen, bedarf es der Aufnahme im Gesetz.

11. Entbürokratisierung - Qualität, Gemeinsamer Jahresbetrag, Präqualifizierung, Reha pflegender Angehöriger

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf sollen unverzüglich folgende konkrete Vorschläge zur dringend erforderlichen Entbürokratisierung in der Pflege umgesetzt werden:

- **Schaffung einer zentralen digitalen Plattform rund um die Qualitätssicherung und Meldepflichten:** Die Übermittlung von Prüfberichten nach der externen Qualitätsprüfung erfolgt in der Praxis nach wie vor sehr unterschiedlich über verschiedene Kommunikationswege und vielfach noch postalisch. Insgesamt müssen sich vollstationäre Einrichtungen aktuell nur zu Zwecken der Qualitätssicherung auf dem Portal der DCS-Pflege, der DAS Pflege und im QPR-Portal registrieren und erhalten dennoch zusätzlich postalisch Berichte von Medizinischen Diensten und WTG-Behörden, sowie E-Mails zur Verlängerung des Prüfrhythmus oder gar Faxe zur Prüfungsanmeldung am Vortag. Aufwände, Risiken und die Fehleranfälligkeit, die mit Schnittstellen und uneinheitlichen Verfahren einhergehen, sind dabei nicht zu unterschätzen. Für Pflegeeinrichtungen sind die Aufwände, die ihnen durch derartige Strukturen entstehen, nicht mehr nachvollziehbar. Eine zentrale Plattform, die alle Akteure und Informationen rund um die Qualitätssicherung zusammenbringt und damit eine einheitliche, sichere und bürokratiearme Kommunikation ermöglicht, ist aus Sicht der Praxis und ggf. auch anderer Beteiligter dringend notwendig und im Sinne der Entbürokratisierung und damit zur Entlastung der Pflege geboten. Auch eine komplett digitale Abwicklung des Zulassungsverfahrens bei den

Kranken- und Pflegekassen und das Vertragsmanagement könnten hier perspektivisch zur Vereinfachung der Verfahren beitragen und damit die dringend benötigte Entlastung bringen.

- **Ankündigungsfristen bei Regelprüfungen von 1 Tag auf 3 Werktage verlängern:** Die Durchführung der Qualitätsprüfung bindet in der Einrichtung viel Personal, das für diesen Zweck freigestellt werden muss und in Zeiten erheblicher Personalknappheit zu weiteren Engpässen führt.
- **Doppel- und Mehrfachprüfung:** Verpflichtender Verzicht der Regelprüfung der Pflegekassen, sofern Prüfbehörden nach Landesrecht bereits in ihren Prüfungen dieselben Prüftatbestände geprüft haben und Abschluss entsprechender Vereinbarungen zwischen Pflegekassen und Prüfbehörden nach Landesrecht. Vorbild sollte das Modell der Hamburger Vereinbarung sein.
- Verlängerung des Prüfrhythmus bei hoher Ergebnisqualität: Erweiterung der bisher auf den vollstationären Bereich begrenzten Regelung auf alle Versorgungsbereiche.
- **Anforderungen an die Pflegedokumentation bei Qualitätsprüfungen:** Beschränkung auf die Anforderungen, die zum Strukturmodell vereinbart wurden.
- Wegfall des **Präqualifizierungserfordernisses** nach § 126 SGB V bei der Inkontinenzversorgung.
- **Gemeinsamer Jahresbetrag § 42a SGB XI:** Versicherte müssen Transparenz über bereits verbrauchte Leistungsbeträge der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege haben. Da nur die Pflegekassen, jedoch nicht die Leistungserbringer über diese Informationen verfügen, soll die Informationspflicht an die Versicherten auf die Pflegekassen übergehen.
- **Reha- und Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige praxistauglich gestalten:** Antrag auf und Kostentragung für die Unterbringung der zu versorgenden pflegebedürftigen Person sollen einheitlich für alle Fallkonstellationen durch den jeweils für die Reha oder Vorsorge zuständigen Kostenträger erfolgen.

B. Zu den Regelungen im Einzelnen

Artikel 1: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 5 Absatz 1a (neu) i.V. mit § 20 Absatz 5 SGB V: Präventionsempfehlung

Die BAGFW hat sich seit Jahren dafür eingesetzt, dass Prävention und Gesundheitsförderung von den Kranken- und Pflegekassen nicht erst gefördert werden, wenn pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden, sondern gerade am Anfang der Pflegebedürftigkeit, wenn sie noch in der eigenen Häuslichkeit leben. Daher wird die Erweiterung des § 5 SGB XI auf die häusliche Pflege nachdrücklich begrüßt, auch wenn die Grundproblematik von § 5 SGB XI weitergeführt wird und die Pflegekassen nicht gemeinsam und einheitlich handeln. Mit dem neuen Absatz 1a bleiben jedoch Gesundheitsförderung und Prävention im häuslichen Bereich auf halbem Weg stecken, denn im Gegensatz zum stationären Bereich erbringen die Pflegekassen keine, über die ohnehin schon die Gesundheitsförderung und Prävention umfassende Beratung ihrer Versicherten nach den §§ 7a bis 7c hin-

ausgehenden, eigenen Präventionsleistungen. Die Pflegekassen sollen künftig lediglich den Zugang zu den verhaltensbezogenen Präventionskursen der Krankenkassen erschließen. Auch die Präventionsempfehlung, die ambulante Pflegedienste bei ihrer Leistungserbringung nach § 36 oder im Rahmen des Beratungsbesuches nach § 37 Absatz 3 aussprechen können, bezieht sich nur auf die verhaltensbezogenen Präventionskurse nach § 20 Absatz 5 SGB V. Dabei weist schon die Begründung zu Recht darauf hin, dass der GKV-Spitzenverband seinen Leitfaden für die individuelle Bedarfserhebung und Beratung pflegebedürftiger Menschen zur Nutzung präventiver Angebote um spezifische Handlungsfelder und Kriterien für die Primärprävention für diese Zielgruppe ergänzen und weiterentwickeln müsse. Abgesehen davon, muss der Fokus von Prävention und Gesundheitsförderung generell gerade bei pflegebedürftigen Menschen vielmehr auf die Verhältnisprävention im lebensweltbezogenen Setting des Pflegehaushalts und seiner Umgebung konzentriert werden. Der Leitfaden Prävention des GKV-SV sollte viel stärker als bisher auch Maßnahmen der sozialen Teilhabe und Partizipation, die nachweislich gesundheitsfördernd wirken, berücksichtigen. In diesem Zusammenhang erneuert die BAGFW ihre Forderung, im Rahmen der Altenhilfe nach § 71 SGB XII einen eigenen Anspruch auf einen präventiven Hausbesuch einzuführen.

Pflegefachpersonen, die im Haushalt des pflegebedürftigen Menschen versorgen, sind geradezu prädestiniert, Bedarfe für Prävention und Gesundheitsförderung zu erheben, Gesundheitskompetenzen zu fördern und für Gesundheitsförderung zu sensibilisieren, pflegebedürftige Menschen und ihre Pflegepersonen edukativ zu beraten und anzuleiten, fachlich zu Maßnahmen zu beraten, über bestehende Angebote zu informieren und den Zugang zu Leistungen zu erschließen. Dabei ist eine Arbeitsteilung zwischen Pflegekassen und Pflegediensten sinnvoll. Bedarfserhebung, Edukation, Stärkung der Gesundheitskompetenzen sowie die fachliche Beratung zu Maßnahmen im Sinne einer Präventionsempfehlung sollte schwerpunktmäßig zu den ständigen Aufgaben der ambulanten Pflegedienste gehören, während die Erschließung des Zugangs zu den Angeboten unter Beachtung der Präventionsempfehlung des Medizinischen Dienstes im Rahmen der Pflegebegutachtung Aufgabe der Pflegekassen sein sollte.

Änderungsbedarf:

Absatz 1a ist wie folgt zu ändern:

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

Auf der Grundlage der Empfehlungen nach § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sollen ambulante Pflegedienste im Rahmen einer Leistungserbringung nach §

36 oder eines Beratungsbesuches nach § 37 Absatz 3 eine Erhebung präventiver und gesundheitsfördernder Bedarfe vornehmen und daraus mögliche Maßnahmen ableiten.

Dies um eine Bedarfserhebung hinsichtlich präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen die Darüber hinaus ist eine fachliche Beratung zur Information und Sensibilisierung sowie eine Stärkung der Gesundheitskompetenz der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie Pflegepersonen bezüglich der Möglichkeiten vorzunehmen, die mittels Gesundheitsförderung und Prävention zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten bestehen sowie eine Präventionsempfehlung durch Pflegefachpersonen oder durch gemäß § 7a Absatz 3 Satz 2 qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. Im Zusammenhang mit einer Beratung nach den §§ 7a und 7c mit einer Leistungserbringung nach § 36 SGB XI oder mit einem Beratungsbesuch kann auch eine Empfehlung für die in § 20 Absatz 4 Nummer 1 des fünften Buchs genannten Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention ausgesprochen werden. Nach § 7a Absatz 3 Satz 2 qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sollen den Zugang zu den in § 20 Absatz 4 Nummer 1 des Fünften Buches genannten Leistungen erschließen[weiter wie im Gesetzestext]“.

§ 8 Absatz 3b Präzisierung und Erweiterung der Inhalte und Ziele des Modellprogramms

Da sich die Rahmenbedingungen der Versorgung und die Fachdiskussion seit Einführung des Modellprogramms gem. § 8 Abs. 3b verändert haben, wurden die Präzisierungen zum Modellprogramm im vorliegenden Referentenentwurf gegenüber der Fassung von September 2024 deutlich erweitert bzw. teilweise inhaltlich neu ausgerichtet. Die wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung im Rahmen des Modellprogramms umfasst jetzt die Erhebung der derzeitigen und zukünftigen Rahmenbedingungen der ambulant-häuslichen Versorgung und der stationären Versorgung. Auf Grundlage der Ergebnisse der Erhebung sollen Szenarien für die zukünftige Sicherstellung der Versorgung, auch im Rahmen von sektorenübergreifenden Versorgungsansätzen, und die Durchführung von Modellvorhaben zur strukturellen Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung erarbeitet werden. Diese Szenarien sollen eine Grundlage für fundierte gesetzgeberische Entscheidungen über eine strukturelle Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung und der Pflegeversicherung bilden.

Grundsätzlich begrüßen die in der BAGFW kooperierenden Verbände die vorgenommenen Erweiterungen bzw. inhaltlichen Neuausrichtungen des Modellprogramms.

Allerdings ist es aus unserer Sicht gerade wegen der neuen, umfassenden Zielsetzungen, Szenarien für die zukünftige Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung zu erarbeiten, zwingend erforderlich, dass die Leistungserbringerverbände der Pflege vollumfänglich beteiligt werden. Die bisherigen Erfahrungen mit dem Begleitgremium nach § 8 Abs. 3b SGB XI haben gezeigt, dass hier eine gleichberechtigte Beteiligung auf Augenhöhe nicht funktioniert, weil bspw. kein voller

Zugang zu Informationen bei Ausschreibung besteht und kein Mitspracherecht bei Auftragsvergaben.

Daher fordert die BAGFW das Modellprogramm als gemeinsame Aufgabe der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI in die Aufgaben des Qualitätsausschuss Pflege in § 113b Absatz 4 SGB XI zu integrieren, wie seinerzeit die Entwicklung und Erprobung des Personalbemessungsinstruments nach § 113c SGB XI. Damit wäre auch eine Anbindung an die Aufgaben der Geschäftsstelle nach § 113c SGB XI gesichert; sofern dem Vorschlag der BAGFW gefolgt wird diese ebenfalls in geeigneter Form an den QAP angesiedelt werden. Darüber hinaus ist dies vor allem auch notwendig, da die im Modellprogramm erarbeiteten Szenarien eine Grundlage für gesetzgeberische Entscheidungen über eine strukturelle Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung bilden sollen und diese strukturellen Weiterentwicklungen der pflegerischen Versorgung in und von den Leistungserbringerverbänden der Pflege umgesetzt werden müssen. Ihre Expertise wird bei der Entwicklung von Szenarien für die zukünftige Sicherstellung der Versorgung, z. B. im Rahmen von Leistungsbeschreibungen für zukünftige Studien, Modellprojekten und wissenschaftlichen Expertisen, also zwingend benötigt.

Wir regen zudem an, dass bei der Erarbeitung von Szenarien für eine zukünftige Sicherstellung der pflegerischen Versorgung eine enge Verzahnung mit den Arbeitsaufgaben der Bund-Länder-AG Zukunftspakt Pflege und hier insbesondere mit der AG Versorgung erfolgt. Doppelstrukturen, die sich hier ggf. aus der Arbeit in unterschiedlichen Gremienzusammenhängen ergeben, sollten unbedingt vermieden werden.

Änderungsbedarf:

Dieser Auftrag muss an die Vertragspartner nach § 113 SGB XI gegeben werden; daher ist der gesamte Modellansatz neu zu regeln in § 113b Absatz 4 SGB XI und mit entsprechenden und realistischen Fristen, ggf. Auch über das Jahr 2028 hinaus, zu versehen.

§ 8 Absatz 3c: Scope of Practice

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände begrüßen, dass die Aufgaben in der beruflichen Pflege in einem „Muster Scope of Practice“ systematisiert und anhand von Kompetenzen (Skills) und Qualifikationen (Grades) für alle Versorgungsektoren ausgewiesen werden sollen.

Eine kompetenz- und qualifikationsbezogene Beschreibung von pflegerischen Aufgaben stellt die Grundlage für einen umfassenden „Skill- und Grade-Mix“ in der professionellen Pflege dar und ist ein wichtiger Schritt zur internationalen Anschlussfähigkeit der Pflegeberufe in Deutschland.

Gleichzeitig ist unserer Ansicht nach, und auch der Logik des SGB XI folgend, der Qualitätsausschuss Pflege das zuständige Selbstverwaltungsorgan, um die in § 8

Absatz 3c SGB XI (neu) vorgesehenen Regelungsinhalte umzusetzen. Wir sprechen uns daher für die Beauftragung und weitere Veranlassung zur Entwicklung des "Muster Scope of Practice" durch den Qualitätsausschuss Pflege aus. Die Umsetzung soll aus dem Haushalt des Qualitätsausschusses Pflege erfolgen.

Eine sektoren- und sozialversicherungsübergreifend ausgestaltete Muster-Aufgabenbeschreibung könnte nicht nur Effizienzreserven für den Personaleinsatz in der Pflege heben, sondern auch die Qualität der medizinisch-pflegerischen Versorgung steigern. Gerade im Hinblick auf die eigenverantwortliche und weisungsunabhängige Durchführung von Heilkunde und die Anerkennung von im Ausland erworbener Kompetenzen und Qualifikationen.

Dazu sind aus Sicht der in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände jedoch einige Aspekte bei der Umsetzung zu bedenken:

- Angesichts dessen, dass der "Muster Scope of Practice" in vielen korrespondierenden Vorschriften als zentraler Referenzrahmen angegeben wird (z.B. §§ 15a SGB V neu und 73d SGB V neu), erscheint die Entwicklungszeit von 2026 bis 2031 recht lange. Insofern stellt sich die Frage, ob hier nicht ein Nadelöhr geschaffen wird.
- Um tatsächlich wirksam zu sein, ist der Vorrang und die Verbindlichkeit des „Muster Scope of Practice“ klarzustellen. Dies betrifft insbesondere die Empfehlungen für die Kompetenzanerkennung bei Weiterbildungen.
- Die in dem „Muster Scope of Practice“ beschriebenen Aufgaben müssen von den Bedürfnissen und Bedarfen der zu pflegenden Menschen hergedacht werden. Bei der Entwicklung sollten weniger Qualifikationslevel mit Aufgaben befüllt werden, als vielmehr Aufgaben aus den Bedürfnissen und Bedarfen identifiziert, und mit den dazu notwendigen Kompetenzen bestückt werden.
- Hierbei gilt es die gelebte Praxis ebenso anzuerkennen wie „bunte Berufsbiografien“ im Sinne eines lebenslangen Lernens. Aufgaben von beruflich ausgebildeten und hochschulisch qualifizierten Pflegenden sollten sich vorrangig durch das Erfordernis (und den Grad) von wissenschaftlichen Problemlösungs- und Entscheidungsfähigkeiten unterscheiden.
- Im Rahmen des Pflegeprozesses müssen Pflegefachpersonen ihre Aufgaben grundsätzlich eigenverantwortlich, weisungsungebunden und fallabschließend durchführen können, sofern sie die dafür notwendigen Fähigkeiten und Kenntnisse erlangt haben. Ebenso gilt es, die intraprofessionelle Delegationsfähigkeit von Aufgaben innerhalb der Pflegeberufe mitzudenken.
- Detaillierte Tätigkeitskataloge mit dazugehörigen Kompetenz- und Qualifikationsanforderungen, sowie starren und bürokratischen Regelwerken gilt es abzulehnen. Aufgabenbeschreibungen und Tätigkeitsprofile können immer nur beispielhaft definiert und nicht abschließend aufgezählt werden.

- Neben dem SGB V und dem SGB XI sind auch weitere Sektoren zu beachten, in denen Pflegefachpersonen tätig werden. Beispielsweise sind Pflegefachpersonen auch im Bereich der Vorsorge, Rehabilitation oder der Eingliederungshilfe tätig.
- Darüber hinaus sollten sich hier zukünftig auch pflegerische Aufgabenfelder in der Daseinsvorsorge, wie Public Health Nursing, Community Health Nursing, School Health Nursing oder Disaster Nursing wiederfinden, die sich der Logik der Sozialgesetzbücher entziehen.
- Neben qualifizierten (Fach-)Weiterbildungen sollten auch Berufserfahrungen in einschlägigen Versorgungs- oder Fachbereichen anerkannt werden. Ebenso können auch augenscheinlich nicht für die Praxis konzipierte Pflegestudiengänge für die direkte Pflegepraxis relevant sein, beispielsweise in Form von Modulen zur Edukation, Beratung, Care- und Case-Management oder Evidenz-basiertes Handeln.

Änderungsbedarf:

§ 8 Absatz 3c ist in § 113b Absatz 4 SGB XI als neue Nummer 7 zu überführen, um weitere relevante Versorgungssektoren zu ergänzen und wie folgt zu formulieren:

„7. wissenschaftliche Expertisen zur konkreten Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Inhalte von Leistungen nach diesem und nach dem Fünften Buche, sowie weiteren relevanten Versorgungssektoren, die durch Pflegefachpersonen jeweils abhängig von ihren Kompetenzen erbracht werden können, zu entwickeln.“

§ 8 Absatz 7: Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf

Die Maßnahmen zur betrieblichen Integration von Pflege- und Betreuungskräften aus dem Ausland sind von zentraler Bedeutung. Die diesbezügliche Ergänzung förderfähiger Maßnahmen nach § 8 Absatz 7 SGB XI wird daher begrüßt. Die Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege stellen immer wieder fest, dass eine langfristige Bindung von internationalen Pflege- und Betreuungskräften oft an der mangelhaften Integration in die deutsche Gesellschaft scheitert. Zwar ist betriebliche Integration nur ein Teil, aber ein wesentlicher Faktor für das Gelingen des Gesamtintegrationsprozesses. Insgesamt ist das Fördervolumen für die Maßnahmen nach § 8 Absatz 7 zu erhöhen und als versicherungsfremde Leistung aus Steuermitteln zu finanzieren.

Kritisch zu bewerten bleibt der zu leistende Eigenanteil. Mit Blick auf die finanzielle Situation von Pflegeeinrichtungen und die mangelnde Möglichkeit von freigemeinnützigen Trägern freie Mittel zu erwirtschaften, sollten daher die Förderquoten angepasst werden. Wünschenswert wäre hier ein niedrigerer Eigenanteil von max. 10 %.

§ 9: Stärkung der Rolle der Kommunen und Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen und Kommunen zur Sicherstellung der Versorgung

Die BAGFW begrüßt das Ansinnen der Bundesregierung, Länder und Kommunen in ihrer Rolle und Verantwortung im Hinblick auf eine bedarfsgerechte und regional abgestimmte Versorgung pflegebedürftiger Menschen stärken zu wollen. Aus Sicht der BAGFW ist die Gewährleistung einer angemessenen und tatsächlich zugänglichen pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung unter schwieriger werdenden Umständen – insbesondere in strukturschwachen Regionen – ohne Übernahme von mehr Verantwortung in der Koordination durch Länder und Kommunen mittelfristig nicht mehr möglich. Insoweit ist die Aufnahme der kommunalen Pflegestrukturplanung in den bundesgesetzlichen Kanon der Aufgaben der Länder nach § 9 und ihre gleichzeitige Verknüpfung mit der Infrastrukturförderung ein folgerichtiger und wichtiger Schritt.

Die BAGFW sieht die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung als Teil der staatlichen Daseinsvorsorge. Länder und Kommunen sollten daher ihre Infrastrukturverantwortung wahrnehmen und die Länder müssen die Kommunen finanziell in die Lage versetzen, dies tun zu können. Zur Ermöglichung dessen sind aus Sicht der BAGFW verbindliche Pflegestrukturplanungen als Instrument der Steuerung und Koordination auf kommunaler Ebene unerlässlich. Nur auf Grundlage einer soliden Datenlage über die Versorgungssituation sowie den spezifischen regionalen Bedarfen sind kommunale Mitwirkungsmöglichkeiten möglich. Nach Auffassung der BAGFW ist eine einheitliche Praxis für eine flächendeckende Pflegestrukturplanung erforderlich. Es sollte eine Pflegestrukturplanung nach Landesrecht auf Basis wissenschaftlich fundierter Verfahren erfolgen. Sinnvollerweise wird hierzu ein Verfahren auf Bundesebene entwickelt und vom Bund finanziert.

Vor diesem Hintergrund ist grundsätzlich die Zusammenarbeit von Pflegekassen, Leistungserbringern und Kommunen zu intensivieren. Daher setzt sich die BAGFW sowohl für die Stärkung verbindlicher Mitwirkungsmöglichkeiten der Kommunen bei der Zulassung von Pflegeeinrichtungen als auch für die verpflichtende Berücksichtigung der Empfehlungen der regionalen Pflegeausschüsse bzw. der Landespflegeausschüsse vor Abschluss eines Versorgungsvertrages ein. Vor diesem Hintergrund sollte die "Kann"-Bestimmung einer Pflegestrukturplanung der Länder durch eine stärker verpflichtende "Soll-Bestimmung" ersetzt werden.

§ 10a (neu): Amt der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege

Die BAGFW bedauert, dass die im ursprünglichen RefE und Kabinettsentwurf zu einem PKG aus der letzten Legislaturperiode vorgesehene Befestigung des Amtes des oder der Pflegebeauftragten der Bundesregierung, analog zum Amt des oder der Behindertenbeauftragten, im vorliegenden Referentenentwurf nicht mehr enthalten ist und fordert die Bundesregierung auf, diese Maßgabe wieder in den Gesetzentwurf aufzunehmen. Pflegebedürftige Menschen brauchen in der Bundesregierung eine ebenso starke Stimme wie Menschen mit Behinderung.

§ 11 Absatz 1 Satz 2 (neu): Pflegeprozessverantwortung

Die BAGFW begrüßt, dass die Pflegeprozessverantwortung zentral in den allgemeinen Vorschriften des SGB XI verankert wird. Das trägt der Bedeutung der Planung, Steuerung und Durchführungsverantwortung für den Pflegeprozess durch Pflegefachpersonen angemessene Rechnung. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Pflegeprozessverantwortung auch leistungsrechtlich und leistungserbringerrechtlich zu verankern ist. So müssen alle Pflegebedürftigen, mithin auch diejenigen, die nur einen Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 durch Pflegeeinrichtungen abrufen, Anspruch auf eine Pflegeprozesssteuerung im Rahmen der Pflegeprozessverantwortung erhalten, ohne dass sie in die Kombinationsleistung wechseln müssen. Dies ist entsprechend in § 37 Absatz 3a SGB XI zu verankern sowie in der Vergütung nach § 89 SGB XI zu berücksichtigen (s. Kommentierung zu § 37 SGB XI).

§ 11 Absatz 1a SGB XI (neu): Delegation von Aufgaben von Pflegefachpersonen auf Pflegeassistenzpersonen sowie auf Pflegehilfskräfte

Grundsätzlich gilt, dass der Träger dafür verantwortlich ist, dass die vorgehaltene Personalausstattung den Qualifikationsanforderungen zur Erfüllung der vertraglichen Verpflichtungen entspricht. Innerhalb des vertraglich vorgegebenen Rahmens (Rahmen- und Versorgungsverträge) ist die verantwortliche Pflegefachperson für die Planung und den Einsatz der Pflege(fach)personen verantwortlich. Mit der gesetzlichen Verpflichtung zum Vorhalten von Delegationskonzepten wird daher ungerechtfertigt und überflüssigerweise in die Organisation von Pflegeeinrichtungen eingegriffen. Die vorgesehene Maßnahme führt zu einer weiteren Bürokratisierung der Betriebsabläufe statt der dringend erforderlichen Entbürokratisierung. Zielführender ist es daher aus Sicht der in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände, die Einrichtungen bei Delegationsfragen und der Implementierung von Delegationsregelungen nach Bedarf zu unterstützen. Es bietet sich daher an, das Thema "Delegation" im Rahmen der Begleitung und Unterstützung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung mitzudenken und entsprechende Unterstützungsleistungen anzubieten (siehe hierzu die Ausführungen zu § 113c Absatz 9 (neu) dieser Stellungnahme).

Die Verpflichtung zur Einbeziehung der betrieblichen Interessenvertretung ist nicht zielführend und im SGB XI nicht zu regeln. Inwieweit diese in die Organisationsprozesse der Pflegeeinrichtungen einzubinden sind, ist Gegenstand des Arbeitsrechts und im Betriebsverfassungsrecht oder anderen Mitbestimmungsregelungen ausreichend geregelt, so dass es hier keiner zusätzlichen Vorgaben bedarf. Die Regelung kann daher nur klarstellenden Charakter haben. Der Begriff des "Einbeziehens" ist dem Betriebsverfassungsrecht fremd, so dass diese Klarstellung eher zu Unsicherheiten und Unklarheiten führt. Sollte es bei der Regelung bleiben, ist sicherzustellen, dass der Rechtsbegriff der "Einbeziehung" der betrieblichen Interessenvertretung i.S. eines "Informations- und Beratungsrechts" auszugestaltet ist.

Änderungsvorschlag:

Ersatzlose Streichung des § 11 Absatz 1a in Verbindung mit der Ergänzung von “*Delegation*” bei den Unterstützungsleistungen der Institution zur Begleitung und Unterstützung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung nach § 113c Absatz 9 (neu).

§ 12 Absatz 2 (neu): Evaluation der Versorgungsdaten

Die geplante Evaluation der Versorgungsdaten durch die Pflegekassen und die Erarbeitung von Empfehlungen zu Umfang, Struktur, Turnus und möglichen Indikatoren, Datenaufbereitung und Kostentragung der entsprechenden Datensätze wird begrüßt. Diese sollte allerdings regelmäßig erfolgen. Neben der BAGüS und den Trägern der Eingliederungshilfe sind alle Beteiligten – also auch die Leistungserbringerverbände in der Pflege - miteinzubeziehen; dies auch, um weiteren bürokratischen Anforderungen an die Pflegeeinrichtungen vorzubeugen.

Zum anderen sollte bei der Interpretation und Evaluation auf der Landesebene bzw. auf der regionalen Ebene die Praxiserfahrung der Einrichtungen und Träger aktiv in die Datenerhebung und -analyse eingebunden werden. Dies kann über die Landespflegeausschüsse oder die regionalen Pflegeausschüsse bzw. durch regelmäßige Konsultationen oder Einbeziehung in die Arbeitsgemeinschaften erfolgen.

Änderungsvorschlag:

Absatz 2 Satz 1 ist wie folgt zu ändern: „Die Pflegekassen evaluieren regelmäßig auf [...]“.

§ 15 Absatz 8: Bericht zu den Wirkungsweisen des Begutachtungsinstrumente nach dem Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die BAGFW bewertet positiv, dass bis zum 30. Juni 2026 ein Bericht zu den Erfahrungen und Wirkungsweisen des Begutachtungsinstrumente des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs dem BMG vorzulegen ist. Dabei sollen etwaige Probleme und Mängel aufgedeckt und daraus Handlungsnotwendigkeiten abgeleitet werden, etwa zur Frage der Gewichtung, zu den Schwellenwerten, aber auch bezüglich des Stellenwerts der Module 7 und 8. Die BAGFW hat z.B. Problemanzeigen vorliegen, dass es in Grenzfällen an den Modulen vermehrt zu Widerspruchsverfahren kommt. Ein sehr häufig genanntes Problem ist die Ablehnung von Pflegegraden bei Höherstufungsanträgen, die nach Aktenlage begutachtet werden. Des Weiteren wird ein Problem zu Modul 3 benannt: Nicht-demente Pflegebedürftige, die aufgrund ihrer Nichtakzeptanz von krankheitsbedingten Einschränkungen psychisch auffällig werden und erforderliche pflegerische Maßnahmen ablehnen, aber Aufmerksamkeit durch häufiges Rufen und Klingeln erzeugen, erhalten durch die Begutachtenden keine Punktwerte im Modul 3. Pflegerische Maßnahmen, die dann doch durchgeführt werden müssen, erfordern auch bei diesen Personen sehr viel Zeit. Aufgrund fehlender

Punktwerte in Modul 3 überwinden diese Personen häufig nicht die Schwelle zwischen PG 3 und 4, sodass der beeinträchtigungsbedingte höhere Zeitaufwand nicht refinanziert wird.

Ausdrücklich zu begrüßen ist zudem, dass analysiert werden soll, warum die Anzahl der Pflegebedürftigen seit 2017 stetig über die Prognosen hinaus angestiegen ist. Aus methodischen Gründen sind die Überprüfung des NBA und die Klärung des überproportionalen Anstiegs der Pflegebedürftigen in getrennten wissenschaftlichen Studien zu untersuchen.

Die Aufgabe der Berichterstellung wird dabei an den GKV-SV adressiert. Dies scheint zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine pragmatische Lösung zu sein. Perspektivisch sehen die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände das Thema "Pflegebedürftigkeitsbegriff" jedoch im Qualitätsausschuss Pflege verankert.

§ 17a: Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln i. V. m. § 40 Absatz 6

Die BAGFW begrüßt nach wie vor, dass die Empfehlung einer Pflegefachperson für erforderliche Hilfs- und Pflegehilfsmittel ohne Erfordernis einer ärztlichen Verordnung die Vermutung der Pflege- oder Krankenkasse eine Genehmigungsfiktion der jeweiligen Kasse auslöst. Sie wiederholt jedoch auch ihre Kritik, dass in den Richtlinien nach § 17a festgelegt werden soll, über welches Qualifikationsniveau die Pflegefachperson jeweils verfügen muss. Dies ist eine überflüssige bürokratische Hürde, denn Pflegefachpersonen sind qua Ausbildung für die Empfehlung von Hilfs- oder Pflegehilfsmitteln zur erforderlichen Versorgung qualifiziert. Analoges gilt auch für den neugefassten § 40 Absatz 6 Satz 5.

Sowohl § 17a als auch der neugefasste § 40 Absatz 6, intendieren, dass Pflegefachpersonen aufgrund ihrer Nähe zum Pflegebedürftigen eine besondere Expertise in der Bedarfsfeststellung für Hilfsmittel haben. Der Gesetzgeber trifft hier selbst die Feststellung, dass die Hilfsmittelversorgung mit Inkontinenzmaterialien keiner besonderen Qualifikationsnachweise bedarf. Die BAGFW fordert den Gesetzgeber daher erneut auf, endlich das Präqualifizierungserfordernis in § 126 Absatz 1a SGB V ersatzlos zu streichen. Dieser Schritt stellte auch einen wichtigen Beitrag zur dringend erforderlichen Entbürokratisierung der Pflege dar.

Darüber hinaus sind auch die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände bzw. die Leistungserbringerverbände mit ihrer Expertise die Richtlinienarbeit einzu beziehen.

Änderungsbedarf:

Streichung der Wörter "*je nach Qualifikationsniveau*" in § 17a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und in § 40 Absatz 6 Satz 5.

§ 18e: Modellprojekt zur Begutachtung durch in Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen

Es ist nicht länger tragbar, dass Pflegeeinrichtungen Monate lang auf einen Bescheid zur Höhergraduierung warten. Die BAGFW setzt sich schon seit längerem dafür ein, dass Höherstufungsanträge von Pflegeeinrichtungen, die vom Medizinischen Dienst nach Aktenlage begutachtet werden, automatisch stattgegeben werden und die Höherstufung als genehmigt gilt, da Pflegefachpersonen aufgrund ihrer fachlichen Expertise im Rahmen der Pflegeplanung und Pflegeprozessverantwortung geschätzt einschätzen können, ob ein höherer Pflegegrad als der gegenwärtig beantragte vorliegt. Anders als bei Anträgen zur Höherstufung umfasst die Begutachtung noch die Erstellung des Gutachtens mit allen Details, wie z.B. Auswertung der Arztberichte etc.

Im Rahmen der Datenerfassung zur Berechnung der Qualitätsindikatoren in der stationären Pflege sowie der Pflegeplanung werden alle Daten erhoben. Eine gesonderte Begutachtung bei Bewohnenden mit bereits vorhandenem Pflegegrad ist somit nicht mehr nötig. Bei den Qualitätsprüfungen (i.d.R. einmal jährlich), kann die Einstufung durch den Medizinischen Dienst auf Richtigkeit überprüft werden.

Es ist daher sachgerecht, dass Pflegefachpersonen die Kompetenz der Höherstufung des Pflegegrades perspektivisch erhalten. Aus Sicht der BAGFW sollten folgende Punkte im Modellprojekt Beachtung finden und Voraussetzung sein:

- Integration des geplanten Modellprojektes nach §18e Abs. 6 SGB XI in das Modellprogramm zur Personalbemessung (§ 8 Abs. 3b SGB XI) – dabei Berücksichtigung der bereits erprobten Maßnahmen zur Personal- und Organisationsentwicklung, z.B. Neudefinition von Rollen- und Aufgabenverteilungen, Kompetenzanalyse, Stellenprofile, Schulungen, Arbeitsabläufe etc. sowie Erprobung in Pflegeeinrichtungen, die bereits die Personalbemessung und somit das kompetenzorientierte Arbeiten eingeführt haben bzw. aktuell dabei sind, die Personalbemessung einzuführen. **Ziel:** Es darf nicht zu einer Mehrbelastung für Pflegeeinrichtung kommen. Bereits geschaffene Strukturen des kompetenzorientierten Arbeitens sollten ressourcenorientiert genutzt werden.
- Umfangreiche Schulungen für Pflegefachpersonen, z.B. Auswertung des Arztberichtes, Erstellung des Gutachtens.
- Zusätzliche Erprobung der Begutachtung durch akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen – **Ziel:** Aufgabenschärfung und -abgrenzung zwischen akademisch und beruflich qualifizierten Pflegefachperson.
- Neben den Aspekten der Gewährleistung der Neutralität und Unabhängigkeit in der Begutachtung, sollten Grundsätze zwischen Medizinischem Dienst und Pflegeeinrichtung geregelt werden, sodass die Höhergraduierung durch Pflegefachpersonen vom Medizinischen Dienst anerkannt wird. Stichproben können im Rahmen der Qualitätsprüfung erfolgen. **Ziel:** Umgang mit knappen Ressourcen; dabei verhindern von unnötiger Doppelbegutachtung.
- Nach erfolgreicher Erprobung Integration der Aufgabe der Höhergraduierung in die Scope of Practice, sodass die Finanzierung sichergestellt ist.
- Aus dem Modellvorhaben ist die Begutachtung von besonders schutzbedürftigen Gruppen, wie z.B. Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung auszunehmen, da es hier einer speziellen Schulung bedürfte.

Änderungsbedarf:

In § 18a Absatz 2 ist nach Satz 1 folgender Satz 2 einzufügen: **„Der Versicherte ist in seinem Wohnbereich zu untersuchen. In stationären Einrichtungen besteht die Möglichkeit, dass eine Untersuchung im Wohnbereich bei Höherstufungsanträgen unterbleibt, sofern die Aktenlage eindeutig ist und es sich nicht um ein Widerspruchsverfahren handelt“.**

§ 28 Absatz 5: Aufnahme der Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung in den Katalog der Leistungsarten des SGB XI

Die Aufnahme der neuen Heilkundeausübung von bisher ärztlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen und die Leistung der Pflegeprozessverantwortung in den Leistungskatalog des SGB XI ist folgelogisch und wird ausdrücklich begrüßt. Allerdings ist nicht nachvollziehbar, dass dies nur gilt, soweit die Leistungen nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach dem SGB V erbracht werden, denn der § 15a SGB V regelt ausdrücklich die Heilkundeübertragung in den dafür vorgesehenen Fallkonstellationen.

Außerdem darf dies nicht dazu führen, dass die Leistungen der Heilkundeübertragung durch das Teilleistungssystem des SGB XI finanziert werden sollen und die Finanzverantwortung von der Krankenversicherung in die Pflegeversicherung verlagert werden.

Änderungsbedarf:

In § 28 Absatz 5 werden die Wörter: *“in § 15a Absatz 1”* ergänzt durch **“Satz 1 Nummer 1”**. Folgender Satz wird angefügt: **“Leistungen anderer Sozialleistungsträger bleiben unberührt”**.

§ 34: Vereinheitlichung der Fristen für die Fortgewährung von Pflegegeld

Die BAGFW begrüßt nachdrücklich, dass die Fristen für die Fortgewährung von Pflegegeld oder anteiligem Pflegegeld auf jeweils acht Wochen bei Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege vergleichbar den Leistungen nach § 36 oder während der Behandlung in einer medizinischen Vorsorge- oder Rehaeinrichtung vereinheitlicht werden und ausdrücklich auch die medizinische Vorsorge in die Leistung einbezogen wird. Die BAGFW wiederholt ihre alte Forderung, dass die Fortgewährung des Pflegegelds für Personen mit Persönlichem Budget über die acht Wochen hinaus nicht nur für das Arbeitgebermodell, sondern für alle derartigen Fallkonstellationen gelten soll.

§ 36: SGB XI Kooperationen von ambulanten Pflegediensten

Viele Pflegedienste haben aufgrund des Personalmangels Probleme, die hauswirtschaftliche Versorgung anzubieten. Daher wird die Ergänzung der Möglichkeit zum

Abschluss von Kooperationsverträgen mit Dienstleistungsunternehmen, die auf Hilfen bei der Haushaltsführung spezialisiert sind, unterstützt.

Ein großes Praxisproblem der Pflegedienste ist zudem, dass sie die Rufbereitschaft nicht mehr sicherstellen können, zu der sie für 24 Stunden an sieben Tagen die Woche verpflichtet sind. Dies führt dazu, dass ambulante Pflegedienste ihren Versorgungsvertrag zurückgeben müssen bzw. keine neuen Angebote gegründet werden können. Wir schlagen vor, Synergien zu nutzen, indem eine angebots- und dienstübergreifende Rufbereitschaftsdienst auch mit anderen Angeboten, wie z.B. SAPV oder AKI-Diensten miteinander zur Sicherstellung einer gemeinsamen Nachtpflege in einer Region gekoppelt werden könnten.

§ 37 Absatz 3a (neu): Inhalte des Beratungsbesuches und weitere Änderungsbedarfe bei den Beratungsbesuchen nach § 37 Absatz 3

Die Inhalte der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 werden um zwei Aspekte erweitert: Künftig haben die Beratenden auch auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegekursen nach § 45 sowie auf sonstige, geeignete Beratungs- oder Hilfsangebote hinzuweisen. Dies wird begrüßt. Die BAGFW hat in den letzten Jahren wiederholt die hohe Bedeutung der Pflegekurse nach § 45 SGB XI herausgehoben. Eine Information über die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegekursen nach § 45, auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen, kann jedoch nur dann ziel führend erfolgen, wenn diese Ansprüche flächendeckend eingelöst werden können. Hierzu sehen wir einen dringenden gesetzlichen Regelungsbedarf bei § 45 SGB XI.

Die Umwandlung der Verpflichtung von Pflegebedürftigen der PG 4 und 5, vierteljährig einen Beratungsbesuch abzurufen in eine "Kann"-Regelung wird begrüßt, da sie die unterschiedlichen Bedarfe in den höheren Pflegegraden abbildet.

Zudem sollten alle Pflegebedürftigen der Pflegegrade 1 bis 5, auch diejenigen, die ohne Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden, einen Anspruch auf Pflegeprozessverantwortung einschließlich Erst- und Folgegespräche, ggf. unter Einbeziehung der An- und Zugehörigen, wenn dies der Versicherte wünscht, haben. Dies ist vor allem zu Beginn der Pflegebedürftigkeit, bei jeder wesentlichen Änderung des Gesundheitszustands und/oder Wechsel der Pflegeperson, bei einer Veränderung des Pflegegrads, bei einer Änderung des Pflegesettings z. B. nach Krankenhausaufenthalt, Kurzzeitpflege erforderlich. Außerdem entspricht dieser Ansatz auch der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der der Förderung der Selbständigkeit und Selbstpflegekompetenz des pflegebedürftigen Menschen sowie der Anleitung, Schulung und Edukation der Pflegepersonen einen expliziten Stellenwert zumisst.

Alle pflegebedürftigen Menschen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten, müssen somit Erst- und Folgegespräche sowie bei Bedarf interdisziplinäre Fallbesprechungen als eigenständige Sachleistung, mithin ohne Anrechnung auf die Sachleistungen nach § 36 SGB XI erhalten können. Wichtig ist dabei im Hinblick auf die Pflegeprozessverantwortung, dass diese nicht an die in § 37 Absatz 3 Satz 1 und 2 ge-

nannten Verpflichtungen zum Abrufen bzw. an die Rechtsansprüche auf einen Beratungsbesuch gebunden sind, sondern dass die Beratungsbesuche auch bedarfsbezogen häufiger erfolgen können.

Nach § 37 Absatz 5 beschließen die Vertragsparteien nach § 113 gemeinsam die Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche. Jedoch stellen nach § 37 Absatz 4 einseitig der GKV- Spitzenverband und die privaten Versicherungsunternehmen für die Beratungsbesuche ein einheitliches Formular zur Dokumentation zur Verfügung. Letztere beschließen auch einseitig die Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse sowie der Umsetzung der Empfehlungen nach Absatz 3a Satz 3 und 4 aus dem jeweiligen Beratungsbesuch durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen.

Nach dem neuen Satz 3 in Absatz 4 sollen nun die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachpersonen das Nachweisformular im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermitteln. Das Nähere zum Verfahren der digitalen Übermittlung sollen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer regeln. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen die digitale Übermittlung des Nachweisformulars und auch das Bemühen des Gesetzgebers, dass die digitale Übermittlung des Formulars im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer erfolgen soll. Wir halten dies jedoch nicht für ausreichend.

Nach Auffassung der in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände ist es nur folgerichtig, dass sowohl die Inhalte des Formulars zur Dokumentation der Beratungsbesuche nach Absatz 4 Satz 2 als auch deren digitale Übermittlung nach Absatz 4 Satz 3 neu und die Richtlinie nach Absatz 5 durch die gemeinsam Vertragsparteien nach § 113 SGB XI beschlossen werden.

Änderungsbedarf:

§ 37 Absatz 3a ist um folgende neue Nummer X zu ergänzen:

X. „eine pflegfachliche Prozessverantwortung, einschließlich Erstgespräch ggf. unter Einbeziehung der An- und Zugehörigen zu Beginn der Pflegebedürftigkeit, bei jeder wesentlichen Änderung des Gesundheitszustands und/oder Wechsel der Pflegeperson, bei einer Veränderung des Pflegegrades, bei einer Änderung des Pflegesettings z. B. nach Krankenhausaufenthalt, Kurzzeitpflege.

§ 37 Absatz 4 Satz 2 und § 37 Absatz 5a:

Hier sind die Worte *“Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen stellt mit dem Verband der privaten Versicherungsunternehmen”* und *“Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung”* durch **“die Vertragsparteien nach § 113”** zu ersetzen.

In § 37 Absatz 4 Satz 3 ist im letzten Halbsatz zu formulieren: **“dass das Nähere zum Verfahren die Vertragsparteien nach § 113 regeln und nicht der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer.”**

§§ 39a, 40a, 40b, 78a: Digitale Pflegeanwendungen

Die BAGFW befürwortet die Vereinfachung des Zulassungsverfahrens zur Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen. Die Klarstellung, dass digitale Pflegeanwendungen zum Ziele der Entlastung pflegender Angehöriger oder sonstiger ehrenamtlich Pfleger auch ohne das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und ohne den Nachweis des pflegerischen Nutzens eingesetzt werden können, erweitert den Anwendungsbereich und beschleunigt den Zulassungsprozess, was die BAGFW begrüßt.

Befürwortung findet auch der Wegfall einer allgemeinen Nachweispflicht über den pflegerischen Nutzen zugunsten eines konkretisierenden Nachweises, dass die digitale Pflegeanwendung geeignet ist, die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen zu stabilisieren oder pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pfleger zu entlasten.

Die Erprobung der Wirksamkeit für einen festgelegten Zeitraum anstelle von vorab vorzulegenden Nachweisen würde ein Hindernis in der bisherigen Regelung aus dem Weg räumen. Allerdings profitieren zu Hause gepflegte Personen durch eine fundierte Einschätzung von digitalen Pflegeanwendungen durch das BfArM in einer herausfordernden Lebensphase mit einer häufig für Betroffene unübersichtlichen Informationslage. Eine vorläufige Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen lehnt die BAGFW daher ab.

Die BAGFW hat in vorigen Stellungnahmen mehrfach darauf hingewiesen, dass 50 Euro für den Einsatz von digitalen Pflegeanwendungen nicht ausreichen werden und begrüßt daher die Anhebung der Gesamtsumme auf 70 Euro. Die Aufteilung des Leistungsbetrages schafft auch für die sich anschließenden Verhandlungen für die ergänzenden Unterstützungsleistungen hilfreiche Transparenz.

§ 45h: Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c i.V. mit § 45f Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohnformen und Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen gem. § 125d

Die §§ 45h und 45f werden hier aufgrund ihres argumentativen Gesamtzusammenhangs gemeinsam kommentiert: Mit dem neuen § 45h schafft der Gesetzgeber eine neue ambulante Form des gemeinschaftlichen Wohnens, wie sie bislang in § 38a – jetzt nach neuer Systematik, aber inhaltlich unverändert – in § 45f verankert wurde. Die BAGFW begrüßt Ansätze zur Weiterentwicklung von neuen Wohnformen, seien sie ambulant oder stationär, grundsätzlich. Der Schaffung eines hybriden „dritten Sektors“, wie hier vorgesehen, steht sie jedoch kritisch gegenüber, denn die Regelung schafft statt mehr Flexibilisierung mehr Abgrenzungsfragen und ist hinsichtlich vertraglicher, finanzieller und ordnungsrechtlicher Folgen sowohl für Träger als auch

Pflegebedürftige und deren Angehörige nicht einschätzbar. Durch die vorgesehenen Regelungen entstehen zahlreiche zusätzliche Regelungsbedarfe im Bereich der Qualitätssicherung, Vertragsgestaltung und anderen gesetzlichen Regelungen (Brandschutz, Hygiene, WBVG, HGBP etc.) Die vorgesehene Regelung löst neue Regelungsbedarfe aus und kann zu Rechtsunsicherheit führen. Weiterhin müssen auch neue Abrechnungsmodelle entwickelt werden. Auch könnte zur Flexibilisierung im ambulanten Bereich eine Zeitvergütung beitragen, bei der pflegebedürftige Menschen ein inhaltliches Wunsch- und Wahlrecht erhalten, welche Leistung in der vereinbarten Zeit in Anspruch genommen werden. Außerdem könnte mehr Flexibilisierung des ambulanten Vertragsrechts bspw. mit Blick auf angestrebte "Basispakete" erfolgen.

Insoweit ist es aus Sicht der BAGFW nur ratsam, die Ideen und die mit dieser Regelung bezweckten Ziele im bestehenden System zu verfolgen: Insgesamt muss es dabei aus Sicht der BAGFW in der Langzeitpflege um eine Überwindung der Sektorengrenzen gehen, nicht um die Schaffung eines neuen Sektors. Stationären Pflegeeinrichtungen muss es ermöglicht werden, sich zu Orten weiterzuentwickeln, an denen ein sehr differenziertes Angebot an pflegerischer Unterstützung ermöglicht und Versicherte selbst entscheiden können, welche Leistungen sie in Anspruch nehmen wollen. Versicherten würde damit mehr Selbstbestimmung ermöglicht und der Einsatz bspw. von pflegenden Angehörigen könnte die Kosten für die Versicherten deutlich senken, ohne einen neuen Sektor zu eröffnen. § 125d (neu) ist diesbezüglich ein Ansatz. Die dort in Nummer 2 vorgesehene Erprobung von Möglichkeiten zur Erbringung von pflegerischen Leistungen durch stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen im Quartier, ist für die Weiterentwicklung der stationären Pflegeeinrichtungen essenziell und wird daher begrüßt. Als ein wesentlicher Schritt zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung, sollte sie nicht losgelöst von den Modellvorhaben in § 8 Abs. 3b erprobt werden, sondern ist dort zu integrieren. Maßgabe muss auch sein, dass in diesen Fällen das gesamte Quartier mitgedacht wird und sich diese Versorgung nicht ausschließlich an wirtschaftlichen Kriterien ausrichtet. Für die Erprobung des dauerhaften Einbezugs von Angehörigen in die stationäre Versorgung und die damit verbundenen Möglichkeiten professionelle Leistungen abzuwählen, wie sie in § 125d Nummer 1 vorgesehen ist, gibt es aus unserer Sicht allerdings keinen Bedarf. Zum einen wird diese bereits in § 92d mit dem Basis- und Wahlpaket vollzogen. Zum anderen wird die Einbindung der Angehörigen in der Praxis schon heute in der stationären Pflege zum Teil umsetzbar, wie z.B. im Hausgemeinschaftskonzept der Benevit Holding GmbH ("stambulant") oder im Krefelder Modell. Ein Bedarf an weiterer Erprobung besteht aus unserer Sicht nicht, auch weil im Weiteren die Möglichkeit zu Gesamtversorgungsverträgen besteht. Gleichwohl sollte die sich dann entwickelnde Versorgungslandschaft evaluiert werden. Die bereits gelebten Versorgungsmodelle können durch Anpassung der Landesrahmenverträge in die Regelversorgung überführt werden, indem der Umfang der Abwahlmöglichkeiten und Vergütungsabschläge festgelegt werden kann. Dadurch würde auch schnell eine sektorübergreifende Versorgung ermöglicht.

Auf der anderen Seite wird mit der mit der angestrebten Regelung nach § 45h kein echter sektorenübergreifender Ansatz verfolgt und statt der Weiterentwicklung bestehender ambulanter Wohngemeinschaften im großen Umfang Unsicherheit erzeugt. Hier stellen sich viele Fragen, die zwingend vor einer Einführung einer solchen neuen Leistung oder Versorgungsform oder "drittem Sektor" zu beantworten wären:

- Warum wird der Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege reglementiert, indem bestimmte Leistungen nur im Rahmen eines Basisbudgets in Anspruch genommen werden können?
- Warum gibt es keinen Anspruch auf Kurzzeitpflege (für Krisensituationen, Urlaub etc. Inkl. der Möglichkeit zur Verwendung des Gesamtbudgets nach § 42a SGB XI), als Entlastungsleistung für pflegende Angehörige, auf Verhinderungspflege sowie auf Reha- und Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige, wenn die Inanspruchnahme von Kombinationsleistung vorgesehen ist, oder auch auf das Tagespflegesachleistungsbudget?
- Wie wird die Betreuung jenseits der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sichergestellt?
- Warum gilt der neu eingeführte Anspruch auf Prävention und Gesundheitsförderung nach § 5, der für die ambulante Versorgung geöffnet wird, nicht?
- Wie funktioniert das Zusammenspiel nicht abwählbarer Leistungen (Basispaket) mit Wahlleistungen, bspw. hinsichtlich der Eigenanteile oder bei weiter steigenden Kosten? Wie soll die Abrechnung erfolgen, wenn bspw. die Basis-HKP von einem anderen ambulanten Pflegedienst erbracht wird?
- Schließt der Pflegedienst mit den Pflegekassen für das Basispaket für jede „Wohngemeinschaft“ separat einen § 89-Vergütungsvertrag ab, der sich dann auf eine Wohnadresse der gemeinschaftlich Wohnenden bezieht?
- Oder formuliert der Pflegedienst unterschiedliche Basispakete, die sich z. B. danach unterscheiden, ob es sich um ein Angebot für die Gruppengröße von 6 oder 8 oder 12 Versicherten handelt, mit der Folge, dass mit den Pflege- und Krankenkassen die Vergütung für jedes einzelne Basispakete verhandelt werden muss?
- Wie sind die gravierenden leistungsrechtlichen Einbußen zur herkömmlichen Versorgung zu erklären?
- Wie kann das Modell in Einklang mit dem neuen Pflegeverständnis gebracht und Personenzentrierung sowie individuelle Versorgung gewährleistet und gefördert werden, wenn die Versorgung bspw. in sehr großen Wohngemeinschaften/ Wohngemeinschaftskomplexen stattfindet?
- Wie soll das Mietverhältnis ausgestaltet werden, gibt es hier analog § 45f (neu) Regelungen?
- Warum sollen die Grundsätze der Qualitätssicherung ohne theoretische und praktische Grundlage in einem ambitionierten Zeitraum definiert und erst im Nachgang wissenschaftliche Instrumente und Verfahren entwickelt werden?

Vor dem Hintergrund dieser vielen offenen Fragen stellt sich der BAGFW nicht nur die Frage, warum der Referentenentwurf keine Weiterentwicklung der guten Ansätze der ambulant betreuten Wohngruppe nach § 45f vorsieht. Wesentliche Punkte zur Weiterentwicklung ambulanter Wohngemeinschaften liegen auf der Hand: Die BAGFW hat zuletzt im Rahmen des PUEG vorgeschlagen, den Leistungsbetrag für

die Präsenzkraft von 224 Euro deutlich zu erhöhen. Er könnte beispielsweise auf die in § 45h vorgesehenen 450 Euro erhöht werden. Aus der Praxis liegen den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege vielfältige Rückmeldungen vor, dass ihre Existenz gegenwärtig gefährdet ist.

Um mehr Versorgungssicherheit in den ambulant betreuten Wohngruppen zu schaffen, sollte es zudem ermöglicht werden, anstelle der Präsenzkraft eine Pflegefachperson zu beschäftigen und § 38a, jetzt § 45f (neu) Absatz 1 Nr. 4 entsprechend zu öffnen, damit Menschen in dieser Wohnform die Versorgung erhalten können, die sie benötigen.

Die Regelungen der ambulant betreuten Wohngruppen haben gegenüber den ambulanten gemeinschaftlichen Wohnformen den Vorteil, dass weder die Leistungen nach § 36 SGB XI noch nach § 37 SGB V eingeschränkt sind und trotzdem die Unterstützung durch Angehörige möglich ist. Schon heute gibt es Möglichkeiten, im Rahmen von Gesamtversorgungsverträgen auch in stationären Einrichtungen Leistungen pflegender Angehörige einzubeziehen und dadurch den Eigenanteil zu reduzieren. Auch können sich stationäre Pflegeeinrichtungen bereits heute im Rahmen eines Gesamtversorgungsvertrags ins Quartier öffnen. Die Möglichkeiten sollten jedoch dahingehend erweitert werden, dass stationäre Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Gesamtversorgungsvertrags auch ambulante Leistungen erbringen können.

Aus den oben genannten Gründen, Bedenken, Fragen und den aufgezeigten Möglichkeiten der Weiterentwicklung bestehender Strukturen, sowie der unabsehbaren Konsequenzen eines dritten Sektors schlägt die BAGFW vor, neue ambulante Wohnformen und die Öffnung der stationären Wohnformen zu erproben, um dort Innovation voranzutreiben. Neue gemeinschaftliche und auch sektorenüberwindende Modelle und Maßnahmen sollten, statt im neuen § 125d SGB XI, im Rahmen der Modellvorhaben nach § 8 Absatz 3b SGB XI untersucht werden.

§ 45d: Förderung der Selbsthilfe

Die BAGFW begrüßt die Stärkung der Selbsthilfe, die über die Erhöhung der Fördermittel erfolgt. Jedoch werden aus unserer Sicht diese Beträge nicht dazu führen, dass mehr Selbsthilfegruppen entstehen, da die gemeinsame Finanzierung durch Land oder kommunale Gebietskörperschaft langwierige Verfahren mit sich bringen. Diese Regelung unterstützt nicht ehrenamtlich engagierte Menschen, sondern bremst ihre Motivation. Für den Antragsteller darf es nur die Pflegekasse als Ansprechpartner für die Finanzierung geben. Diese wiederum kann in einem nachgelagerten Schritt die Kommune oder das Land für eine Mitfinanzierung ansprechen.

§ 45e: Förderung der Zusammenarbeit in Netzwerken

Im neu eingefügten Paragraphen 45e sollen künftig regionale Netzwerke gefördert und ihre Zusammenarbeit gestärkt werden. Es wird dabei auf die Bedeutung der Vernetzung von Akteuren für die pflegerische Versorgung hingewiesen. Zugleich soll die Rolle der kommunalen Ebene gestärkt werden.

Wir begrüßen, dass der Gesetzentwurf regelt, dass es mehrere Netzwerke im Kreis oder in der kreisfreien Stadt geben kann. Die maximale Fördersumme pro Netzwerk sollte von 30.000 auf 45.000 Euro erhöht werden, um einen Anteil von 0,75 VZÄ-Stelle von insgesamt 1 VZÄ-Stelle, die aus Sicht der Freien Wohlfahrtspflege für eine adäquate Koordination erforderlich ist, fördern zu können. Um Tarifsteigerungen Rechnung tragen zu können, sollte die Fördersumme jährlich dynamisiert werden.

Auch hier würde sich fördernd auf die Etablierung von (neuen) Netzwerken auswirken, wenn der Antragsteller nur gegenüber der zuständigen Pflegekasse die Förderung beantragt und eine Mitfinanzierung der Kommunen eigenständig durch die Pflegekasse im Nachgang erfolgt.

§ 69: Sicherstellungsauftrag: Berücksichtigung von Erkenntnissen aus der regionalen Pflegestrukturplanung, den Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a sowie der Anzeigen von Pflegeeinrichtungen zu Beeinträchtigungen bei Versorgungsverträgen

Die BAGFW begrüßt nachdrücklich, dass der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen auch die Erkenntnisse aus der regionalen Pflegestrukturplanung in Form der Empfehlungen der (sektorenübergreifenden) Landespflegeausschüsse sowie der regionalen Ausschüsse nach § 8a Absätze 1 bis 3, die Erkenntnisse aus der Evaluation der regionalen Versorgungsstruktur nach § 12 Absatz 2 sowie die Problemanzeigen der Pflegeeinrichtungen bei eingetretenen Versorgungsmängeln zwingend berücksichtigen müssen. Eine gute regionale Pflegestrukturplanung kann nur gelingen, indem alle relevanten Akteure – Pflegekassen, Kommunen und Leistungserbringer – in einer Pflegekonferenz über die pflegerische Versorgungsstruktur vor Ort beraten und gemeinsam und auf Augenhöhe verbindliche Entscheidungen über die erforderliche Pflegeinfrastruktur treffen.

§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

Abs. 1a (neu): Einbeziehung der Pflegestrukturplanung von Ländern und Kommunen vor Abschluss eines Versorgungsvertrags

Die BAGFW begrüßt, dass der Gesetzentwurf weiterhin den Pflegeeinrichtungen ermöglicht, einen Versorgungsvertrag abzuschließen, sofern sie dies wünschen. Gleichzeitig bedarf es regional der Planung, Förderung und Steuerung durch alle beteiligten Akteure, um Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Daher wird begrüßt, dass beim Abschluss des Versorgungsvertrags die Empfehlungen des Landespflegeausschusses oder - soweit bestehend - des sektorübergreifenden Ausschusses nach Absatz 2 oder des regionalen Ausschusses nach Absatz 3 und die kommunale Pflegestrukturplanung zu beachten ist. Im Zuge dieser Neuregelung ist der in § 8a Absatz 5 angelegte Einbezug der Ausschüsse nach § 8a Absätze 1 bis 3 zu beachten, wonach deren Empfehlungen künftig von den Beteiligten bei den Verträgen nach dem Siebten und Achten Kapitel zu beachten sind. Sofern dies alles einer (regionalen) Pflegestrukturplanung Vorschub leisten soll, sprechen wir uns dafür aus, Mittel und Wege zu prüfen, dies in § 9 SGB XI nach Landesrecht flächendeckend verpflichtend zu machen, damit etwaige Blockaden in den Landespflegeausschüssen nicht zum Tragen kommen können.

Abs. 2a: Prüfung der Notwendigkeit eines Versorgungsvertrags zur Tages- und Nachtpflege

Die Intention des Gesetzgebers, die Tages- und Nachtpflege durch eine Erhöhung der Angebote zu steigern, wird von der BAGFW nachdrücklich unterstützt. Die hier vorgesehene Maßnahme führt jedoch nur zu neuer Bürokratie, ohne das intendierte Ziel zu erreichen. Denn schon heute prüfen die Träger von Pflegeeinrichtungen, ob sie entsprechend der wahrgenommenen Nachfrage eine Tagespflege eröffnen oder nicht. Fraglich ist überdies, wie Träger mit bestehenden ambulanten oder stationären Versorgungsverträgen den Nachweis des im neuen Satz 2 formulierten Prüfauftrags erfüllen könnten, was zu weiteren formalen Vorgaben seitens der Pflegekassen führen wird und damit die Zulassungsverfahren eher verzögert. Auch wird dieser Prüfauftrag dem Anliegen nicht gerecht, solitäre Tagespflegen zu stärken. Zudem wurde nicht festgelegt, anhand welcher Kriterien die Prüfung erfolgen soll. In der Summe der aufgeführten Argumente sollte dieser Prüfauftrag daher nicht verpflichtende eingeführt werden, sondern Bestandteil unternehmerischer Freiheit bleiben.

Wie zu § 69 und § 72 Absatz 1a bereits kommentiert, bedarf es dagegen generell einer konzertierten Pflegestrukturplanung, an der auch die Leistungserbringer auf Augenhöhe beteiligt werden. Dort soll dann u. a. auch entschieden werden, ob und wie das Tages- und Nachtpflegeangebot in einer Region entsprechend den festgestellten Bedarfen ausgebaut werden soll.

Gesamtversorgungsverträge sind ein wichtiger Ansatz, um flexiblere Angebote schaffen zu können. Wie in der Gesetzgebung ausgeführt, sind diese bereits seit Jahren möglich, werden jedoch in den Bundesländern, bis auf Baden-Württemberg, nicht umgesetzt. Eine gesetzliche Klarstellung halten, wie hier vorgesehen, wir daher für nicht ausreichend, um diese zu stärken. Träger von Pflegeeinrichtungen berichten, dass der Abschluss von Gesamtversorgungsverträgen an den Vorgaben der Pflegekassen und Krankenkassen scheitert, die nicht erfüllt werden können.

Der Ausbau von Tages- und Nachtpflegeangeboten scheitert derzeit nicht an der Bereitschaft von Pflegeanbietern, sondern an den starren Zulassungsbedingungen sowie dem zu geringen Leistungsbetrag nach § 41 SGB XI für die Tagespflege. Eine stundenweise Aufnahme in der Tagespflege, flexiblere Öffnungszeiten oder Zweigstellen in ländlichen Regionen würden passgenauere Angebote ermöglichen, sind jedoch angesichts der Zulassungsvoraussetzungen der Pflegekassen nicht umsetzbar. Tagespflegeeinrichtungen sind aufgrund von räumlichen und personellen Vorgaben in der Regel erst ab 12 Pflegebedürftigen Personen (so die Rückmeldung aus Sachsen-Anhalt) wirtschaftlich zu betreiben. In ländlichen Regionen sind diese oftmals schwer zu finden. Auch die Nachtpflege hat sich bisher nicht etabliert, da der Bedarf zu gering ist, um eine Nachtpflege rentabel anzubieten. Dem könnte z.B. durch eine Kombination aus Nacht- und Tagespflege begegnet werden.

Die Tagespflegeeinrichtungen in der Mitgliedschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege berichten von deutlichen Auslastungsproblemen und freien Kapazitäten. Viele Pflegebedürftige/Pflegehaushalte nehmen eine Tagespflege nicht in Anspruch, da hohe Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten anfallen und der Leistungsbetrag nach § 41 SGB XI nur für die pflegebedingten Aufwendungen eingesetzt werden kann.

Kurzfristige Absagen der Pflegebedürftigen stellen ein hohes finanzielles Risiko für die Tagespflegeeinrichtungen dar, aufgrund fehlender oder unzureichender bundeseinheitlicher Regelungen im SGB XI zur Freihalteverpflichtung und Abwesenheitsvergütung in der Tagespflege, wie sie in § 87a Absatz 1 Satz 5 ff. SGB XI für die vollstationäre Pflege vorgesehen sind. Hierzu gibt es in den Bundesländern unterschiedliche oder keine Regelung. Auch der Absenkung der Auslastungsquoten, die den Gegebenheiten vor Ort gerecht werden würde, stimmen die Pflegekassen und Sozialhilfeträger nicht zu. Angesichts des demografischen Wandels wird es zunehmend auch erforderlich sein, dass die pflegebedürftigen Menschen auch in Gruppen pflegerisch versorgt werden müssen und nicht einzeln in einem Haushalt. Auch vor diesem Hintergrund ist die Tagespflege zu stärken, damit sie konzeptionell weiterentwickelt werden kann.

In einzelnen Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte ist der Aufbau eines regulären Tagespflegeangebots besonders erschwert, u.a. aufgrund der o.g. geringen Nachfrage und zu langen Fahrtzeiten der Beförderung. Um dem gesetzlichen Anspruch des Pflegebedürftigen auch in mit regulärer Tagespflege unterversorgten Regionen entsprechen zu können, soll aus unserer Sicht von den strukturellen Voraussetzungen des Rahmenvertrages zur Tagespflege in der jeweils gültigen Fassung abgewichen werden können. Dies soll insbesondere durch Zweigstellen der Tagespflegeeinrichtungen ermöglicht werden. Dadurch wird den Kommunen und Leistungsanbietern ermöglicht, flexibel auf die individuellen Bedarfe bei der Inanspruchnahme abgestimmter Leistungsangebote einzugehen.

Es könnte geprüft werden, § 41 durch eine zu § 43 Absatz 2 Satz 3 analoge Regelung zu ergänzen: *“Abweichend von Satz 1 übernimmt die Pflegekasse auch Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, soweit der nach Satz 2 gewährte Leistungsbetrag die in Satz 1 genannten Aufwendungen übersteigt.”* Zudem sollte geprüft werden, ob der Gemeinsame Jahresbetrag nach § 42a auch für Kosten der Unterkunft und Verpflegung und Fahrtkosten geöffnet werden kann.

Die BAGFW weist darauf hin, dass bei der Tagespflege auch die Kosten für einen Fahrdienst in den Blick genommen werden müssen. Seit mehreren Jahren weist sie darauf hin, dass die Sicherstellung des Fahrdienstes auch in der Tagespflege immer schwieriger wird, zum einen aufgrund des Personalmangels, zum anderen aufgrund der gestiegenen Sachkosten in diesem Bereich. Ein Grund für den Personalmangel ist, dass die Pflegeeinrichtungen für den Transport in und von der Tagespflege unangemessen hohe Anforderungen zu erfüllen haben, die beispielsweise beim Transport von Kindern in Kitas oder Schulen oder von kranken Menschen zur ambulanten Behandlung nicht zu erfüllen sind. Die BAGFW fordert daher seit langem, die Tagespflege in gleicher Weise von diesen Anforderungen freizustellen. Dazu ist in der Verordnung über die Befreiung bestimmter Beförderungsfälle von den Vorschriften des Personenbeförderungsgesetzes (Freistellungs-Verordnung) § 1 um eine neue Nummer 8 ergänzt werden, die die Tagespflege von den Vorschriften freistellt.

Änderungsbedarf:

§ 72 Absatz 2a i.d.F. RefE ist zu streichen und wie folgt zu ersetzen:

“Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung

e. V. im Land mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen im Land gemeinsam und einheitlich zu den Gesamtversorgungsverträgen nach Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz Musterversorgungsverträge, von denen die Pflegekassen nur in berechtigten Fällen abweichen können.

§ 1 Nummer 4 g) FrStllgV soll lauten:

“g) von körperlich, geistig oder seelisch behinderten, **pflegebedürftigen, kranken und ähnlich hilfsbedürftigen Personen mit Kraftfahrzeugen zu, durch und von Einrichtungen, die der Betreuung, Pflege, Beschäftigung oder Behandlung dieser Personengruppen dienen, [...] es sei denn, dass von den Beförderten ein Entgelt zu entrichten ist; **die Erhebung von Wegebepauschalen, die in einer Vergütungsvereinbarung mit einem Leistungsträger vereinbart oder von diesem anerkannt worden sind, ist als Wegstreckenentschädigung unschädlich.**”**

§ 72 Abs. 3b: Flexibilisierungen bei der Umsetzung der Tariftreueregelungen zum regional üblichen Entgeltniveau

Pflegeeinrichtungen, die nicht an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, erhalten bei Änderungen bei Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nach deren Veröffentlichung durch die Pflegekassen künftig drei statt zwei Monate Zeit für deren Umsetzung. Diese Regelung wird abgelehnt, da sich aus der späteren Anpassung der Tarife durch die Tarifanlehner ein Wettbewerbsnachteil für an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen gegenüber den nicht-tarifgebundenen Einrichtungen ergibt.

Diese Regelung verursacht zudem in der Refinanzierung gesteigerter Löhne in der Praxis Probleme. Die Kostenträger argumentieren, dass die Einrichtungen Lohnsteigerungen erst nach dem im Gesetz genannten Zeitraum umsetzen müssen und gewähren daher bspw. für den TVöD, der rückwirkend zum 01.04.2025 in Kraft getreten ist, nur eine Vergütungssteigerung, die eine Umsetzung ab dem 01.07.2025 berücksichtigt (auch weil in diesem Fall dieses Datum in der Veröffentlichung nach § 82c Abs. 5 SGB XI vom 28. Mai 2025 aufgenommen ist). Damit erhalten die TVöD-Anlehner geringere Vergütungssteigerung (es werden die ersten drei Monate der Tarifumsetzung nicht anerkannt), unabhängig davon, ob sie die Gehälter - wie im eigentlichen Tarifabschluss vorgesehen - bereits ab dem 01.04.2025 umgesetzt haben. Die Kostenträger argumentieren ferner, dass eine Bezahlung für einen rückwirkenden Zeitraum eine übertarifliche Bezahlung bedeute, die aus ihrer Sicht eine Gesetzesänderung erforderlich mache. **Ungeachtet der Tatsache, dass eine Tarifbindung weiter gefördert werden muss**, wäre in der Gesetzesbegründung eine Klarstellung hilfreich, dass mit dieser Regelung das Vergütungsrecht nicht eingeschränkt oder ausgehebelt wird. Konkret sollte dort aufgenommen sein, dass es sich bei der Regelung im Sinne des Zulassungsrechts um den Zeitraum handelt, bis zu dessen Ende die Gehaltsanpassung erfolgt sein muss. Dies schließt nicht aus, dass die an einen Tarif angelehnten Pflegeeinrichtungen die Anpassung der Entgelte für ihre Mitarbeitenden auch nach den gleichen Fristen vornehmen können, wie dies der Tarifver-

trag vorsieht und von tarifgebundenen Einrichtungen vorgenommen wird. Damit erfolgt zugleich keine übertarifliche Bezahlung und die gestiegenen Lohnkosten sind entsprechend bei den Vergütungsverhandlungen anzuerkennen.

Hilfreich wäre auch eine Klarstellung dahingehend, dass von den Pflegeeinrichtungen innerhalb der genannten Frist die Tarifsteigerungen vollständig umgesetzt werden müssen. Danach müssten sie die geänderten Entgelte analog der Tarifeinigung, im Falle eines rückwirkenden Inkrafttretens auch für den rückwirkenden Zeitraum, umsetzen.

§ 72 Abs. 3e: Meldeverfahren der tarifgebundenen bzw. an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen zukunftsgerecht ausgestalten, Einrichtungen entlasten, Fehlerquellen beseitigen

Das grundsätzliche Ziel des Gesetzgebers das Meldeverfahren nach § 72 Absatz 3e SGB XI zu vereinfachen und zu entbürokratisieren wird geteilt. In der Begründung zu den Änderungen zu § 72 Absatz 3e wird angeführt, dass sich die gesetzlichen Änderungen auf Empfehlungen von Workshops, die im Jahr 2024 mit Tarif- und Branchenexpertinnen durchgeführt wurden, stützen. Diese sind Teil einer Evaluation nach § 72 Absatz 3f SGB XI, dessen Ergebnisse jedoch noch nicht öffentlich vorliegen. Eine gesetzliche Änderung vor Veröffentlichung des Gesamtergebnisses sehen wir daher kritisch und lehnen diese zum jetzigen Zeitpunkt ab.

Generell sollte der Gesetzgeber das Pflegekompetenzgesetz nutzen, um die Bestimmungen in § 72 und § 82c SGB XI zur Ermittlung der regional üblichen Entlohnungsniveaus neu zu regeln.

Das Melde- und Berechnungsverfahren nach § 72 Absatz 3e SGB XI stellt eine bürokratische Belastung für tarifgebundene oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundene Pflegeeinrichtungen dar, sodass Änderungen im Verfahren nach § 72 Abs 3e SGB XI in erster Linie auf eine Entlastung der meldepflichtigen Einrichtungen zielen müssen, die mit der Meldepflicht in der Haupturlaubszeit nur eine Zusatzbelastung haben und keinen Nutzen. Darüber hinaus können Änderungen im Verfahren auch auf die Beseitigung der potenziellen Fehlerquellen im Berechnungsverfahren abzielen.

Die BAGFW bewertet es deshalb sehr positiv, dass der Stichtag für den Meldeschluss vom 31. August auf den 31. Juli des Jahres vorgezogen wurde.

Des Weiteren begrüßt die BAGFW die in der Gesetzesbegründung dargestellte Ausweitung des Meldezeitraums auf drei Monate vom 1. Mai bis 31. Juli ausdrücklich. Dies gibt den Pflegeeinrichtungen deutlich mehr Zeit zur Erfassung der Daten, erhöht die Datenqualität und reduziert die Zusatzbelastungen der meldepflichtigen Pflegeeinrichtungen auch etwas während der Haupturlaubszeit. Um Rechtssicherheit zu schaffen, schlagen wir vor, die Ausweitung des Meldezeitraums auf den Zeitraum vom 01. Mai bis zum 31. Juli eines Jahres ausdrücklich auch in den Gesetzestext aufzunehmen. Außerdem ist der Stichtag für die zu meldenden kollektivvertraglichen Regelungen auf den 1. Mai eines Jahres vorzulegen, damit auch die Ausweitung des Meldezeitraums wirklich zur Anwendung kommen kann. In Absatz § 72 Absatz

3e Nummer 1 ist deshalb der 1. Juli eines Jahres durch den 01. Mai eines Jahres zu ersetzen.

Darüber hinaus sollte die Nr. 5 in § 72 Absatz 3b Satz 2 SGB XI zur Vereinfachung des Melde- und Berechnungsverfahrens gestrichen werden.

Außerdem ist in § 72 Absatz 3e SGB XI klarzustellen, dass neben den Pflegeeinrichtungen auch Träger von Einrichtungen zur Abgabe der Meldungen nach § 72 Absatz 3e SGB XI berechtigt sind.

Die BAGFW bewertet sehr positiv, dass die **Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit erhalten**, anstelle der bisher verpflichtenden Angabe mittels manueller Erfassung der gezahlten Entlohnung ihrer beschäftigten Pflege- und Betreuungskräfte aus Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen die Entlohnungsdaten ihrer beschäftigten Pflege- und Betreuungskräfte unmittelbar **auf Grundlage von** (pseudonymisierten) **Daten aus der Lohnbuchhaltung zu melden** (wie mit dem Ref-E vorgesehen). Dies kann zu einer Entbürokratisierung beitragen. Ausweislich der Gesetzesbegründung sollen zukünftig die erforderlichen Daten auch in elektronischer Form aus der Lohnbuchhaltung genutzt und verarbeitet werden können, die zur Meldung an die Sozialversicherungsträger nach der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung (DEÜV) bereits digital vorgehalten werden. Damit sollen auch potenzielle Fehlerquellen reduziert und zugleich die Datenqualität weiter erhöht werden.

Dieses begrüßenswerte Vorhaben kann unserer Auffassung jedoch nicht direkt umgesetzt werden, da die DEÜV-Meldung nur die Gesamtmeldung des sozialversicherungspflichtigen Bruttolohns an die Sozialversicherungsträger umfasst. Eine Unterteilung auf Vollzeitäquivalente gegliedert nach den drei Beschäftigungsgruppen in der Pflege und Betreuung ist nicht vorgesehen. **Für die Schnittstellen zur/durch Übermittlung strukturierter Datensätze ist es aus unserer Sicht erforderlich eine gesetzliche Grundlage analog den Regelungen im § 28b SGB IV mit dem PKG zu schaffen, damit diese Verfahrensvereinfachung zeitnah geschaffen werden kann, mit dann anonymisierten Daten.**

Bei der Meldung der Daten aus der Lohnbuchhaltung muss darüber hinaus gewährleistet sein, dass die gemeldeten Daten weiterhin die geltenden Regelungen in vollem Umfang abbilden. Eine vereinfachte Datenerhebung darf nicht dazu führen, dass die kollektivvertraglichen Ansprüche der Beschäftigten in der jeweiligen Beschäftigten-/Qualifikationsgruppe verändert werden oder zu einer verkürzten Durchschnittsbetrachtung führen. Hierfür sollte zuerst eine praktische Umsetzbarkeit geprüft werden, welche transparent aufzeigt, wie die erhobenen Daten weiterverarbeitet werden.

Die an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen würden mit der Meldung, die Basis für die Ermittlung des regionalüblichen Entgeltes liefern und die Durchschnittsanwender könnten auf dem gleichen Weg die Einhaltung der regionalüblichen Vergütung nachweisen.

§ 73a: Verfahren zu Beeinträchtigung bei Versorgungsverträgen

Der BAGFW-Forderung nach einer Verstärkung der Möglichkeit, das Angebot der Pflegeeinrichtung bei zum Zeitpunkt der Pflegesatzverhandlungen unvorhersehbaren wesentlichen Änderungen der Rahmenbedingungen, an die neuen Bedingungen anpassen zu können, wird mit dem neuen § 73a Rechnung getragen. Aufgrund von Personalmangel sind viele stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen schon seit längerem gezwungen, ihr Platzangebot bzw. ihre Angebote anzupassen und einzuschränken. Es ist positiv zu bewerten, dass eine Anpassung sowohl bei absehbaren als auch bereits eingetretenen wesentlichen Änderungen erfolgen kann. Die noch im alten RefE enthaltene Erweiterung, dass dies auch "kurzfristige" Abweichungen beinhaltet, sollte beibehalten werden. Die während der COVID-Pandemie gemachten Fehler dürfen sich nicht wiederholen. Daher ist zu berücksichtigen, dass die Formulare auch auf die neue gesetzliche Regelung abstellen und mit Blick auf die Tatbestände der absehbaren und bereits eingetretenen wesentlichen Änderungen angepasst werden. Außerdem waren auf viele "Meldungen" nach § 150 Absatz 1 SGB XI während der Pandemie keine Reaktionen der Kostenträger erfolgt, so dass nach Auffassung der BAGFW eine verbindliche Rückmeldung eingeführt werden muss.

Pflegebedürftige dürfen durch die Neuregelung nicht verunsichert werden. Daher sollte die Informationspflicht der Einrichtungen gegenüber den betroffenen Pflegebedürftigen erst eintreten, wenn die Entscheidung der Kostenträger gefallen ist und geeignete Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung geprüft wurden. Wir weisen darauf hin, dass sich eine Informationspflicht der Einrichtungen schon allein aus den Sorgfaltspflichten gemäß Heimvertrag ergibt.

Die BAGFW begrüßt die in Absatz 3 vorgesehene Berichtspflicht des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen zur Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge und den zur Verfügung stehenden Pflegeplätzen. Der Begriff „Pflegeplatz“ und die mithin getroffene Beschränkung des RefE auf den stationären Versorgungsbereich greift zu kurz. Erfasst werden sollten alle Pflegeangebote, um auch den ambulanten Bereich zu erfassen, denn auch dort herrscht in Teilen längst Unterversorgung. Der halbjährliche Bericht des GKV-SV über die Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge sowie die Pflegeplätze in den einzelnen Versorgungsbereichen, inklusive der Bewertungen der Pflegekassenverbände zur Versorgungssituation in den einzelnen Ländern muss allen Beteiligten zugänglich sein.

Änderungsbedarf:

Absatz 1

Satz 3 wird wie folgt ergänzt: ***“Die von der Pflegeeinrichtungen versorgten Pflegebedürftigen sind hierüber zu informieren, dass die Pflegekassen gemeinsam mit der Pflegeeinrichtung und den weiteren an der pflegerischen Versorgung vor Ort Beteiligten Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung prüfen.”***

Absatz 2

In Satz 1 ist nach dem Wort *“Pflegekassen”* das Wort **“unverzüglich”** zu ergänzen.

Satz 4 (neu) ist wie folgt zu fassen: **“Die von der Pflegeeinrichtungen versorgten betroffenen Pflegebedürftigen sind hierüber zu informieren”.**

Satz 3 ist wie folgt zu ergänzen: *“Dabei können auch **kurzfristige** Abweichungen von zulassungsrechtlichen Vorgaben [...]”.*

Absatz 3

Satz 1 ist wie folgt zu ändern: *“Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales erstmals zum Stichtag 1. März 2026 und danach halbjährlich über die Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge sowie der Pflegeplätze **und Pflegeangebote** in den einzelnen Versorgungsbereichen.”*

Nach Satz 3 ist der folgende neue Satz einzufügen: **“Der halbjährliche Bericht des GKV-SV über die Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge sowie die Pflegeplätze in den einzelnen Versorgungsbereichen, inklusive der Bewertungen der Pflegekassenverbände zur Versorgungssituation in den einzelnen Ländern muss allen Beteiligten zugänglich gemacht werden.”**

§ 84 SGB XI: Bemessungsgrundsätze, hier: Externer Vergleich

Mit der geplanten Neufassung von § 84 Absatz 2 Satz 7 können bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung die Pflegesätze derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach Art und Größe und Entlohnungsstruktur der Mitarbeitenden sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, angemessen berücksichtigt werden, Vergleichsdaten sind transparent darzustellen.

Damit soll dem BSG-Urteil Urteil vom 19. April 2023, Aktenzeichen B 3 P 6/22 R Rechnung getragen werden. Allerdings wird damit das Hauptproblem nicht aufgegriffen, was aus unserer Auffassung nach in der angemessenen Bemessung des Unternehmerrisikos besteht. Denn aus Sicht der BAGFW ist die angemessene Vergütung des Unternehmerrisikos 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 des aktuellen und insoweit seit Jahren unveränderten Wortlauts von § 84 Absatz 2 und § 89 Absatz 1 SGB XI verlangt das BSG, die Pflegesätze und Entgelte, die sich aus den als wirtschaftlich anzuerkennenden Gestehungskosten und einschließlich eines angemessenen Wagniszuschlages ergeben, abschließend einem externen Vergleich zu unterziehen. Dies gefährdet unter heutigen Rahmenbedingungen die Wirtschaftlichkeit ausgerechnet derjenigen Einrichtungen, die der gesetzgeberisch vorgegebenen Zielsetzung, in der Pflege eine tarifliche Entlohnung zu zahlen, mit einer Entlohnung am oberen Rand der als wirtschaftlich anzuerkennenden Personalaufwendungen nachkommen.

Die den Tariftreue Regelungen folgende Bezahlung der Gehälter und Entlohnungen ist einzuhalten, gilt ohne weiteres als wirtschaftlich und kann insofern auch nicht einer Kürzung im Wege des externen Marktvergleiches unterliegen.

Unter diesen Umständen ist es vollkommen unangemessen, einen externen Vergleich auf der Grundlage der gesamten Pflegesätze 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 sind davon, dann ausgerechnet denjenigen Trägern, die weil sie tarifgebunden oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen und deshalb die höchsten Personalkosten und damit Pflegesätze haben, am stärksten von der Kappung des für angemessen befundenen Vergütung des Risikozuschlags in Betracht. Insofern ist eine Klarstellung geboten, dass sich die Wirtschaftlichkeitsprüfung durch externen Vergleich auf die „weiteren“ pflegesatzerheblichen Aufwendungen jenseits der Personalkosten beschränken muss. Darüber hinaus muss die Informationsasymmetrie zu Lasten der Pflegeeinrichtungen aufgehoben werden, indem die Kostenträger die Datengrundlage für den konkreten externen Vergleich offenlegen.

Wir halten die vorgeschlagene Gesetzesänderung in § 84 Absatz 2 Satz 7 SGB XI nicht für zielführend und ausreichend und schlagen vor § 84 Absatz 2 SGB XI um die von uns vorgetragenen Punkte zu ergänzen.

Änderungsvorschlag:

§ 84 Absatz 2 SGB XI (und entsprechende Änderung von § 89 Absatz 1 SGB XI), wie folgt:

“(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. 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 zählen dabei insbesondere die konkreten Vergleichsdaten der gleichartigen Pflegeeinrichtungen.”

§ 85 Absatz 5: Schiedsstellenregelung

In § 85 Absatz 5 wird die Möglichkeit der Anrufung der Schiedsstelle auch vor Ablauf der sechs Wochen ermöglicht. Dies soll allerdings nur gelten, wenn die Vertragsparteien gemeinsam dies beantragen. Damit wird diese sinnvolle Regelung wieder ausgehebelt, denn in der Praxis wird nach unseren Erfahrungen eine solche Einigkeit mit Pflegekassen und Sozialhilfeträgern nicht hergestellt werden können. Stattdessen kann es den Handlungsdruck auf Seiten der Kostenträger erhöhen, wenn der häufig in die Länge gezogenen Rückmeldung der Kostenträger oder die ebenso häufig in die Länge gezogenen Nachweisanforderungen der Kostenträger, mit einer früheren Anrufung der Schiedsstelle etwas entgegengesetzt werden kann und so das übliche Muster des Hinhaltens durchbrochen werden kann. Die gemeinsame Anrufung der Schiedsstelle in der verkürzten Frist ist wieder zu streichen.

Des Weiteren spricht sich die BAGFW dafür aus, grundsätzlich pauschale Gruppenverhandlungen (Kollektivverhandlungen) zu legitimieren (wie sie bspw. in § 86a Absatz 2 SGB X (neu) mit entsprechenden Empfehlungen für pauschale Anpassungsverfahren für die Pflegevergütung durch Pflegesatzkommissionen oder vergleichbare Gremien im Land sowie den Vertragsparteien nach § 85 Absatz 2 umgesetzt werden können) und diese somit regulär schiedsstellenfähig zu machen.

Änderungsbedarf:

In § 85 Absatz 5 Satz 1 der nachfolgende Satz zu streichen:

~~„...; der Antrag kann auch gemeinsam von den Vertragsparteien vor Ablauf der sechs Wochen gestellt werden.“~~ und zu ersetzen durch „...; der Antrag kann auch von einer Vertragspartei vor Ablauf der sechs Wochen gestellt werden.“

Darüber hinaus ist § 85 Absatz 5 Satz 1 ist wie folgt zu ergänzen:

*“Kommt eine Pflegesatzvereinbarung **oder ein pauschales Anpassungsverfahren** innerhalb von sechs Wochen nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Pflegesatzverhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 76 auf Antrag einer Vertragspartei die Pflegesätze unverzüglich, in der Regel binnen drei Monaten, fest;[...].“*

Weiterer Änderungsbedarf:

Kollektivverhandlungen gilt es grundsätzlich in §§ 85 und 89 gesetzlich zu normieren.

Ergänzender Klarstellungsbedarf zur Schiedsstellenfähigkeit von Rahmenvereinbarungen zu § 86 Absatz 3 SGB XI

Aus der Praxis hat sich ergeben, dass die Kostenträger Rahmenvereinbarungen der Pflegesatzkommission, betreffend ihre Rechte und Pflichten, die Vorbereitung, den Beginn und das Verfahren der Pflegesatzverhandlungen sowie Art, Umfang und Zeitpunkt der vom Pflegeheim vorzulegenden Leistungsnachweise und sonstigen Verhandlungsunterlagen gemäß § 86 Absatz 3 nicht als schiedsstellenfähig i.S. des § 76

SGB XI anerkennen, da die Schiedsstelle keine zusätzlichen Aufgaben übernehmen dürfe, die nicht explizit durch das Gesetz übertragen seien. Gesetzlich übertragen sei zwar die Festsetzung von Pflegesätzen gemäß § 86 Absatz 1 SGB XI, jedoch nicht die Rahmenvereinbarungen nach § 86 Absatz 3. Die Verbände der BAGFW setzen sich daher für eine rechtliche Klarstellung ein.

Änderungsbedarf:

In § 86 wird ein neuer Absatz 4 eingefügt oder dieser in Absatz 3 wie folgt ergänzt:

„Kommt eine Rahmenvereinbarung gem. § 86 Abs.3 SGB XI nach mindestens zweimaliger Abstimmung der Pflegesatzkommission nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 76 SGB XI auf Antrag einer in der Pflegesatzkommission vertretenden Partei die Rahmenvereinbarung fest. Dies gilt auch für Rahmenvereinbarungen, mit denen bestehende Rahmenvereinbarungen geändert oder durch neue Rahmenvereinbarungen abgelöst werden sollen.“

§ 86a: Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und –vereinbarungen in Verbindung mit § 125c Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung

Die vorgelegten Regelungen zur Beschleunigung der Pflegesatzverfahren weisen zwar in die richtige Richtung, gehen aber nicht weit genug. In Absatz 1 ist zu begrüßen, dass die Kostenträger bei Aufforderung zu Pflegesatzverhandlungen dem Träger der Pflegeeinrichtung unverzüglich einen Ansprechpartner benennen müssen und die Nachweisforderungen zeitnah nach Antragstellung zu stellen sind und vor allem auch zu bedienen. In der Gesetzesbegründung sollte klargestellt werden, dass die Aufforderung zu Pflegesatz- und/oder Vergütungsverhandlung immer als Antrag zu werten ist (vgl. § 85 Absatz 5 SGB XI), um dieser bisherigen Praxis in den Ländern gerecht zu werden. Außerdem sollte in der Gesetzesbegründung auch klargestellt werden, dass sich dies sowohl auf die Vertreter der Pflegekassen als auch auf die Sozialhilfeträger bezieht, damit hier nicht unnötige Interpretationsprobleme entstehen. Der Begriff „rechtzeitig“, bezogen auf den Zeitraum, wann die Pflegesatzanträge zu stellen sind in Absatz 1 Satz 1, sollte präzisiert werden, z.B. auf „mindestens vier Wochen“.

- a. Des Weiteren muss in **Absatz 1** ergänzt werden, dass ein „bevollmächtigter“ Ansprechpartner für die gesamte Verhandlung benannt ist und auch die Pflicht hat, unverzüglich das Unterschriftenverfahren nach abgeschlossenen Vergütungsverhandlungen einzuleiten und abzuschließen. Diesbezüglich gab es bereits in der Kabinettsfassung der vorangegangenen Legislatur einen konkreten Wortlaut, der wieder aufzunehmen ist. Die Ansprechperson muss „bevollmächtig“ sein und nicht nur fakultativ befugt werden können, die schriftliche Vertragserklärung mit Wirkung für und gegen die beteiligten Kostenträger unverzüglich nach der Einigung abzugeben. Dies muss auch die **Verpflichtung zur** Umstellung des Verhandlungsprozesses auf digitale Portale (bspw. analog ELSTER) und **der elektronischen/digitalen** Unterschrift von Vergütungsver-

einbarungen umfassen. Damit einerseits die Pflegesatz- und Vergütungsverhandlungen in ihrem gesamten Prozess wirklich beschleunigt werden und die Zielsetzung, dass langwierige Verfahrens- und Postwege zur Einholung der Unterschriften aller Vertragsparteien wegfallen und zur Beschleunigung Verhandlungsabschluss führt. So müsste bspw. die Qualifizierte elektronische Signatur (QES) vorangebracht werden. Aber insbesondere die bundesweiten Pflegekassen fällt die Umsetzung schwer. Es sollte eine Verpflichtung für die Leistungsträger aufgenommen werden, die Möglichkeit der Qualifizierten Elektronische Signatur (QES) vorzuhalten. Dies hätte auch für die Einrichtungen einen starken Pull-Effekt und wäre eine massive Entlastung. Des Weiteren muss eine Vertretung der/des Bevollmächtigten durch die Kostenträger jederzeit sichergestellt sein.

- b. In **Absatz 2** ist zu begrüßen, dass nunmehr pauschale Anpassungen in vereinfachten Verfahren vorgesehen werden.
- c. Bei den **Absätzen 3 bis 5** sehen wir **erhebliche Nachbesserungsbedarfe**:
- Das Erfordernis von Bundesempfehlungen nach § 75 Absatz 6 impliziert das Problem, dass der krisenhaften Situation, die schon die Jahre 2023 und 2024 geprägt hat, nicht gerecht werden kann. Denn die Erfahrung hat gezeigt, dass die Positionen von Kostenträgern und Leistungserbringern i.d.R. so weit auseinander liegen, dass eine zügige Einigung keine Aussicht auf Erfolg hat. Daran ändert auch das in Absatz 4 vorgesehene Schiedsverfahren für die Bundesempfehlung bzw. Teile davon nichts. Der gegenüber dem RefE alt im neuen RefE eingefügte Satz 3 in Absatz 3 “In den Empfehlungen ist zu berücksichtigen, dass vereinbarte Pauschalen in Einzel- und Gruppenverfahren für jede Pflegeeinrichtung in einem angemessenen Verhältnis zur tatsächlichen Höhe von Personal- und Sachaufwendungen sowie von weiteren relevanten Positionen stehen müssen.” gibt Rätsel auf. Der Einschub wird auch nicht in der Begründung gesondert erläutert. Was ist das angemessene Verhältnis von Pauschalen zu tatsächlichen Aufwendungen und weiteren relevanten Positionen? Heißt dies, dass Pauschalen regelmäßig 20% unterhalb der tatsächlichen Aufwände liegen können, weil es nun mal Pauschalen sind? Diese unbestimmte Formulierung ist nicht hilfreich und wird zu keinem adäquaten Ergebnis in den Bundesempfehlungen führen. Sie ist folglich wieder zu streichen. Insgesamt dürfen die Regelungen des § 86a nicht dazu führen, dass Verhandlungen auf der Länder-/Trägerebene blockiert oder verzögert werden, da angesichts der großen Probleme alle Lösungsansätze gebraucht werden. Es muss deshalb klargestellt werden, dass die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern sowie die Pflegesatzparteien in den Ländern vor, während und nach Abschluss der Bundesempfehlungen abweichende Vorgaben vereinbaren können.
 - Viele Pflegeeinrichtungen stehen aufgrund massiver Ausstände im sechs- und mehrstelligen Bereich vor großen wirtschaftlichen Schwierigkeiten bis hin zur Insolvenz. Benötigt wird daher eine schnelle und praktikable Lösung der Probleme. Die wirtschaftlichen Schwierigkeiten der Träger sind auch auf ausbleibende Festlegung von Bescheiden und Zahlungen des

Sozialhilfeträgers, weswegen es auch im SGB XII zwingender Klarstellungen bedarf. Der Gesetzgeber muss daher aus Sicht der BAGFW in einem neuen Absatz 3a unverzüglich folgende ad hoc-Maßnahmen für die folgenden Probleme normieren:

Vergütungsverhandlungen:

- d. Die Pflegesatzverfahren und Vergütungsverfahren leiden daran, dass die Kostenträger sich ganz überwiegend folgenlos über die Regeln hinwegsetzen können. Gefordert wird ein automatisches Inkrafttreten / eine **Genehmigungsfiktion** die bundesgesetzlich festgeschrieben wird und ohne weiteren Verwaltungsakt nach Zeitablauf qua Gesetz in Kraft tritt von beantragten Steigerungen, wenn nach sechs Wochen keine echte Verhandlungsaufnahme mit den Kostenträgern erfolgt ist, womit mehr gemeint ist als eine Eingangsbestätigung oder das bloße Anfordern von Nachweisunterlagen.
- e. Verpflichtende Umstellung des Verhandlungsprozesses auf digitale Portale (bspw. analog ELSTER) anstatt der Modellvorhaben nach § 125c SGB XI.
- f. Verpflichtung zur Nutzung der elektronischen/digitalen Möglichkeiten der Unterschrift von Vergütungsvereinbarungen bzw. Abschaffung des Unterschriftenfordernisses, um schneller eine gültige Vergütungsvereinbarung zu erhalten.
- g. Eine andere Art der ad hoc-Maßnahme, die nicht zu Lasten Dritter geht, kann darin bestehen, Pflegekassen und Sozialhilfeträgern **Strafzahlungen bei Verzögerungen**, Verfahrensverschleppungen oder Schadensersatzforderungen gesetzlich vorzuschreiben - wohlgernekt bei Missachtung gesetzlicher Vorschriften, Anforderungen und Fristen. Die Regelung könnte wie folgt ausgestaltet werden: *“Halten Pflegekassen gesetzliche Vorschriften und Anforderungen zur Verhandlung von Vergütungsvereinbarungen in zeitlicher oder methodischer Hinsicht nicht ein bzw. kommt es nachweisbar zu zeitlichem Verzug durch Ausbleiben von tatsächlichen Verhandlungen, zahlen sie auf die Differenz, die jeden Tag der Versorgung mit der neuen Vergütungsvereinbarung ab dem Tag der Antragstellung bis zum Abschluss Vergütungsvereinbarung entstanden ist, in Höhe von fünf vom Hundert über dem Basiszinssatz Schadensersatz an den Leistungserbringer.”*

Abrechnungsverfahren:

- h. Es sind angemessene Zahlungsfristen für alle Kostenträger (einschließlich der Sozialhilfeträger) gesetzlich zu regeln, die berücksichtigen, dass die Abrechnung der Leistungen mittlerweile größtenteils automatisiert auf elektronischem Wege erfolgt und längere Zahlungsfristen nicht mehr erfordert.
- i. Gesetzlich ebenfalls klarzustellen ist, dass im Verzugsfalle Verzugszinsen zu zahlen sind.
- j. Liquiditätssicherung der Einrichtungen bei Neuaufnahmen bzw. Erhöhungen, die aufgrund von langwierigen Verhandlungen erst später umgesetzt werden können (Einrichtungen gehen in Vorleistung wg. Personalkostensteigerung

etc. können aber erst nach Vorliegen der Vergütungsvereinbarung rückwirkend abrechnen).

Die BAGFW sieht in folgenden Punkten zu Absatz 3 die folgenden konkreten Nachbesserungsbedarfe bzw. weist auf Spezifizierungen zu Absatz 3 Nummer 1-3 hin, die als Leitplanken für die Bundesempfehlung konkret in der Begründung benannt werden müssen.

- **Nachweisverfahren (Nummer 1):** Es muss ergänzt werden, dass auf Plausibilisierungserfordernisse grundsätzlich zu verzichten ist, wenn die geforderten Kostensteigerungen auf einer Tarifsteigerung beruhen bzw. dieser entsprechen. Denn bei tarifgebundenen oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen darf eine Bezahlung von Gehältern der Beschäftigten bis zur Höhe der aus dieser Bindung resultierenden Vorgaben nach § 82c Absatz 1 nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Zudem sind in Nummer 1 in der Umsetzung Leitlinien zu etablieren, aus denen der Begründungsumfang einer substantiierten Rückmeldung in Bezug auf abgelehnte Forderungen sowie von Vergütungsangeboten seitens der Kostenträger hervorgeht.
- **Kalkulationsgrundlagen für Pflegesatz- und Vergütungsvereinbarungen Nummer 2):**
 - a) Vorgaben aus Landesrahmenverträgen: In Nummer 1 und 2 ist zu spezifizieren, dass betriebsnotwendige Personalaufwendungen, die auch über die Landesrahmenverträge gedeckt sind, wie z.B. Stellen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, andere Funktionsstellen, die Jahresnettoarbeitszeit, der vereinbarte Wagniszuschlag, IT-Pauschalen grundsätzlich ohne weitere Plausibilisierung als anerkannt gelten müssen.
 - b) Gemeinsame SGB XI und SGB V-Verhandlungen ohne Abgrenzungen müssen bei den ambulanten Pflegediensten zum Standard gehören. Hierzu bedarf es Leitlinien in Bezug auf eine inhaltliche und zeitliche Synchronisierung der SGB XI- und SGB V-Verhandlungen. Für Pflegedienste ist gesetzlich klarzustellen, dass der Vergütungsvereinbarung nach dem SGB XI zugrunde gelegte Personal- und Sachkosten sowie Kostensteigerungen auch im Rahmen der Vergütungsverhandlungen nach dem SGB V nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können.
 - c) Vergütungszuschläge für Wegezeiten: Es sollten systematisch unter der Nummer 2 Vergütungszuschläge für Wegstrecken in unterversorgten ländlichen Regionen für Pflegedienste und für Fahrdienste der Versicherten zur Tagespflege, z. B. analog Taxipauschalen, etabliert werden.
 - d) Auslastungsquoten: Zudem bedarf es unter Nummer 2 einer angemessenen Berücksichtigung tatsächlicher Auslastungsquoten und der Möglichkeit einer Neuverhandlung der Pflegesätze während des Pflegesatzzeitraums - sofern nicht über § 73a abgedeckt. Die Investitionskosten müssen auch entsprechend der Auslastung angepasst werden. Darüber hinaus bedarf es für neu in Betrieb gehenden Einrichtungen ist die kalkulatorische Belegungsquote 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 deutlich länger als in der Vergangenheit. Dem ist durch die Berücksichtigung einer anlaufbedingt eingeschränkten Belegungsquote auch im Bereich der Investitionskosten Rechnung zu tragen.

- e) Pauschale Anpassung bei Tarifierhöhung: Erfolge während der Laufzeit des Tarifvertrages wesentliche Erhöhungen der tariflichen Vergütung, muss der Pflegesatz ohne Verhandlungen bzw. im vereinfachten Verfahren angepasst werden.
- f) Risikozuschlag: Die Höhe eines Risikozuschlages muss pauschal empfohlen werden können.
- **Vereinfachte Anpassungsverfahren (Nummer 3):** In Nummer 3 sollte die Bündelung von Vergütungsverhandlungen auf Landesebene durch Stärkung der Rolle der Pflegesatzkommissionen berücksichtigt werden: In einzelnen Bundesländern werden bereits heute Vereinbarungen zwischen Kostenträgern und Verbänden der Leistungserbringer zur prozentualen Fortschreibung von Pflegesätzen und Vergütungen getroffen, auf deren Basis die Einrichtungen Anspruch auf Abschluss der Vergütungsvereinbarung haben. Ein weiterer Ansatz kann die Vergütungsfindung deutlich beschleunigen. Durch die Regelungen zur Tariftreue sind insbesondere die Personalkosten für Pflege und Betreuung zum maßgeblichen Faktor für die Vergütungsfindungen und damit konkrete Gruppen von Einrichtungen abgrenzbar geworden (nach den in der jeweiligen Region angewendeten Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, in Anlehnung an einen Tarif und 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.

Ergänzend sei noch darauf hingewiesen, dass dringend eine Lösung zu der wegen BGH-Urteil weggefallenen Option der „Reservierungspauschale“ benötigt wird, und zwar bei den von den Pflegeeinrichtungen und Kurzzeitpflegeeinrichtungen unverschuldeten Gründen (KH-Entlassung verschoben, Haushaltshilfe trifft vor Einzug ein, Meldung 1 bis 2 Tage vor Antritt der Versorgung, dass Platz nicht mehr benötigt wird, anderer Platz wurde gefunden, z.B. weil billiger oder in Wohnortnähe). Die gesetzliche Regelung in § 87a sollte daher auf den Vertragsbeginn abstellen. Zudem sollte der entstandene Ausfall wie ursprünglich eine Selbstzahler-Leistung sein.

Änderungsbedarf:

Absatz 1 ist wie folgt zu fassen:

*“Pflegesatzanträge sollen **rechtzeitig innerhalb von vier Wochen** vor Beginn des angestrebten Pflegesatzzeitraumes bei den Kostenträgern nach § 85 Absatz 2 Satz 1 eingereicht werden. Diese bestimmen umgehend eine **bevollmächtigte Person als verbindliche Ansprechperson** und teilen diese unverzüglich dem Träger der Pflege-*

einrichtung mit. Nachweisforderungen gemäß § 85 Absatz 3 zur Darlegung der prospektiven Aufwendungen sind zeitnah nach Antragseingang zu stellen und zu bedienen. Die **bevollmächtigte Person als verbindliche** Ansprechperson nach Satz 2 **kann ist** befugt **werden**, die schriftliche Vertragserklärung mit Wirkung für und gegen die beteiligten Kostenträger unverzüglich nach der Einigung abzugeben. **Sie leitet unverzüglich das Unterschriftenverfahren nach abgeschlossenen Vergütungsverhandlungen ein und schließt es ab. Das Unterschriftenverfahren sollte digital mittels der Qualifizierten Elektronische Signatur (QES) erfolgen**”

In Absatz 2 Satz 2 wird das Wort “*können*” ersetzt durch “**haben zu (schließen)**” und der Teilsatz angefügt “..., **welche auf Verlangen eines bevollmächtigten Kostenträgers- oder einer bevollmächtigten Trägervereinigung als Vertragspartei für pauschale Gruppenverhandlungen zur Anwendung kommen können.**” Als neuer Satz 3 wird angefügt: “**Einzelverhandlungen bleiben davon unbenommen.**”

In Absatz 3 ist Satz 3 (neu) ersatzlos zu streichen.

Ferner ist Absatz 3 in der Begründung entsprechend den obigen Forderungen umfangreich anzupassen.

Absatz 3a neu ist zur Regelung von Sofortmaßnahmen (siehe oben) einzufügen.

Folgender Absatz 6 ist neu aufzunehmen: “**Zur Unterstützung der Pflegesatz- und Vergütungsverhandlungen erfolgt eine verpflichtende Umstellung des Verhandlungsprozesses auf digitale Portale.**”

§ 113b Absatz 3 Satz 9 und 10: Anrufung des erweiterten Qualitätsausschuss Pflege (eQAP) und Themenvorschlagsrecht durch unabhängige Vorsitzende eQAP

Mit den Änderungen in Absatz 3 soll dem*der unparteiische*n Vorsitzenden des erweiterten Qualitätsausschuss Pflege das Recht zur zweimal jährlichen Anrufung desselben sowie ein Vorschlagsrecht zur Themensetzung eingeräumt werden. Damit soll der großen Bedeutung des Qualitätsausschuss Pflege Rechnung getragen werden und dieser institutionell weiterentwickelt werden.

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände sehen in dieser Änderung jedoch keine *maßvolle institutionelle Weiterentwicklung* der *gut funktionierenden Strukturen und Abläufe* des Qualitätsausschuss Pflege, wie es in der Begründung heißt, sondern eine tiefgreifend strukturelle Veränderung der Selbstverwaltung auf Bundesebene, die deren Gleichgewicht stört. Durch die Neuregelung wird eine grundlegend strukturelle Veränderung des erweiterten Qualitätsausschuss Pflege vorgenommen, indem seine bisherige Funktionsweise als Konfliktlösungsmechanismus durch die Möglichkeit einer regelmäßigen Anrufung und das Recht auf eigenständige Themensetzung erweitert wird. Damit wird der “unparteiische Vorsitzende” zu einem ständigen Exekutivorgan weiterentwickelt. Diese Entwicklung jedoch stellt den Qualitätsausschuss Pflege in seiner eigenen Rolle vielmehr infrage, als dass diese die erfolgreiche, konstruktive Zusammenarbeit der Vertragspartner*innen auf Bundesebene würdigt. Es ist daher nicht nachvollziehbar, warum der erweiterte Qualitätsausschuss

Pflege anlasslos als „zweite Kammer“ neben den Qualitätsausschuss Pflege gestellt werden soll. Infrage steht dabei, ob die vorgesehene Doppelrolle sowohl des Gremiums (eQAP) als auch der*des unparteiischen Vorsitzenden funktionieren kann bzw. inwiefern die Unabhängigkeit der*des Vorsitzenden als Vermittler*in in Konfliktsituationen gewahrt bleibt und das Gremium seiner ursprünglichen Funktion als Konfliktlösungsmechanismus noch nachkommen kann. Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände sehen zudem kein Regelungsdefizit bezüglich der Auftragserteilung an den Qualitätsausschuss Pflege. Die Bundesministerien für Gesundheit sowie Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend haben unbenommen bereits die Möglichkeit, über die gesetzlichen Aufträge hinaus Themen zu setzen, was jüngst bei den „Bundeseinheitliche Empfehlung zum Einsatz von Hitzeschutzplänen in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten“ hervorragend funktioniert hat und von der gerade kürzlich nochmals für das Thema „Gewaltschutz“ gebrauch gemacht wurde

Mit dieser Regelung wird ein strukturelles Ungleichgewicht geschaffen, indem Einzelpersonen exklusive Rechte zugestanden werden, wohingegen alle anderen Mitglieder*innen nur über ein Antragsrecht verfügen. Der Qualitätsausschuss Pflege sieht daher insgesamt die Ausgewogenheit in der Selbstverwaltung, die Gleichbehandlung der Selbstverwaltungspartner*innen und damit die Grundlage der bislang erfolgreichen Zusammenarbeit gefährdet.

Änderungsvorschlag:

Ersatzlose Streichung § 113b Absatz 3 Satz 9 und 10 SGB XI.

§ 113c Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 (neu): Sachliche Gründe für die Vereinbarung einer höheren personellen Ausstattung im Bereich der akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen. Sowie: § 113c Absatz 2 Satz 2 Nr. 1: Ermöglichung trägerübergreifender Springerpools.

Mit der neuen Nummer 3 wird Pflegeeinrichtungen ermöglicht, eine über die Personalanhaltswerte hinausgehende personelle Ausstattung zu vereinbaren bezüglich akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen nach Teil 3 des Pflegeberufgesetzes, wenn diese überwiegend Leistungen der unmittelbar bewohnerbezogenen Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen. Es wird ein Anreiz geschaffen, den Qualifikationsmix nun auch im Bereich der Qualifikationsniveaus (QN) 4+ in der Praxis zu erweitern, sodass die akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen als zusätzliche Stellen, die Aufgaben der Pflegefachpersonen mit beruflicher Ausbildung sinnvoll ergänzen können.

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände begrüßen daher die Intention zur Weiterentwicklung des Qualifikationsmix-Modells in der Pflege. Allerdings muss sichergestellt werden, dass die Regelung in der Praxis eine Einbindung von QN 4+ für alle Einrichtungen ermöglichen sollte. Dies steht jedoch infrage.

Bereits die unter Nummer 2 bestehende Regelung zusätzliches Personal für den Aufbau sogenannter Springerpools oder vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte führte in der Praxis dazu, dass diese von den Verhandlungspartnern mit der Begründung abgelehnt wurden, dass die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 in allen Quali-

fikationsniveaus nicht vollständig ausgeschöpft seien. So kann allein der flächendeckende Mangel im Bereich des QN 3 dazu führen, dass die Einrichtungen derartige Konzepte nicht etablieren oder eben auch keine akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen involvieren können. Ferner werden bei den Springerpools aufgrund der Formulierung der gesetzlichen Regelung immer wieder trägerübergreifende Springerpools von Kostenträgern abgelehnt. Hier bedarf es einer entsprechenden Erweiterung. Sowohl Springerpools als auch akademisierte Pflegefachpersonen tragen Weiterentwicklungspotential zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege in sich und können zu einer höheren Versorgungssicherheit und -qualität beitragen. Dies ist auch hinsichtlich akademisierter Pflegefachkräfte der Fall. Gem. der vorgesehenen Fassung kann noch eine weitere Einschränkung entstehen, weil sich die Erweiterung entweder auf Personal für die Zwecke des Modellprojekts nach § 8 Absatz 3b bezieht **oder** auf akademisierte Pflegefachkräfte. Es bedarf daher einer Klarstellung, dass Personal für diese Zwecke verhandelbar ist, gleichwohl die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 noch nicht in allen Qualifikationsniveaus voll ausgeschöpft sind. Sachgerecht und um Missverständnisse zu vermeiden, sollte daher klargestellt werden, dass ein sachlicher Grund nach Satz 1 Nummer 3 unabhängig von dieser Ausschöpfung vorliegen kann.

Änderungsvorschlag:

§ 113c Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 ist wie folgt zu ändern: *“1. auf Grundlage eines entsprechenden betrieblichen **oder trägerübergreifenden** Konzepts ganz oder teilweise in Personalpools oder im Rahmen vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte tätig ist, mit denen die vertragliche vereinbarte Personalausstattung bei kurzfristigen Personalausfällen oder vorübergehend nicht besetzbaren Stellen sichergestellt wird, oder [...]”*.

Entsprechende Umformulierung Absatz 2 Satz 1 Nummer 3:

„3. die Pflegeeinrichtung sachliche Gründe für die Überschreitung der personellen Ausstattung nach Absatz 1 darlegen kann, wobei in diesen Fällen die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 nicht ausgeschöpft sein müssen.“

In Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 ist am Ende des Satzes *“oder”* zu streichen.

Um trägerübergreifende Springerpools zu ermöglichen, müssen in § 75 Absatz 3 Satz 4 nach den Wörtern *“Personal bei demselben Einrichtungsträger”* die Wörter *“oder bei mehreren Einrichtungsträgern”* ergänzt werden.

§ 113c Absatz 3 Satz 1 Nr. 1: Konzepte zur Personal- und Organisationsentwicklung

Gemäß § 113c Absatz 3 Satz 1 soll die Pflegeeinrichtung bei Personalaufwuchs *“geeignete Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die einen personenzentrierten und kompetenzorientierten Personaleinsatz im Sinne der Ziele des § 113c gewährleisten; diese sollen sich an den fachlichen Zielen und der Konzeption der Maßnahmen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, orientieren.”* Die Gesetzesbegründung macht zusätzlich deutlich, dass eine Abweichung von den Ergebnissen des Modellprojekts nur in begründeten Ausnahmefällen

zulässig sein soll und dass die Konzepte einer Art Eignungsprüfung im Hinblick auf die Projektergebnisse unterliegen sollen:

*„Mit der Änderung wird klargestellt, dass hierfür nicht nur die im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3b bis zum Sommer 2025 zu entwickelnden und zu evaluierenden Maßnahmen, sondern auch Maßnahmen auf Grundlage trägereigener fachlicher Konzepte verwendet werden können, die die Ziele des § 113c in vergleichbarer Weise umsetzen. Diese trägereigenen **Konzepte sollen sich an den Zielen und der Konzeption der Maßnahmen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, orientieren.** Das bedeutet, dass sie sich an der Zielsetzung einer qualifikations- und kompetenzorientierten Bezugspflege orientieren sollen. **Begründete Abweichungen sind konzeptabhängig möglich.** Perspektivisch sind hierbei auch die Ergebnisse der wissenschaftlichen Expertisen nach § 8 Absatz 3c zu berücksichtigen. Der sog. Interventionskatalog des Modellprojekts nach § 8 Abs. 3b stellt hingegen keine isolierte, schematisch anzuwendende Grundlage für Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung dar.*

Aus unserer Sicht muss es genügen, sich an der Zielsetzung einer qualifikations- und kompetenzorientierten Bezugspflege zu orientieren. Der Interventionskatalog aus dem Vorbereitungskonzept zur kompetenz- und qualifikationsorientierten Arbeitsorganisation des Projekts nach § 8 Absatz 3b SGB XI, der ursprünglich in PeBeM als Erhebungsinstrument entwickelt wurde, steht im Kontext eines Planungsinstrumentes vermutlich nicht im Einklang mit den zentralen Weiterentwicklungen in der Pflege. Das neue Pflegeverständnis mit dem Ansatz der Person-zentrierung steht für die Ablösung einer „verrichtungsorientierten“ Pflege. Es ist fraglich, ob durch die Aufspaltung von Pflege in einzelne Verrichtungen - basierend auf einem „Interventionskatalog“- diese Person-zentrierung verfolgt werden kann. Pflege würde wieder auf reine Verrichtungen reduziert werden, anstatt zukunftsorientiert „pflegerische Aufgaben“ zu beschreiben und die Wünsche und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person in den Mittelpunkt der Versorgung zu stellen sowie Aspekte der Selbstbestimmung kontinuierlich in die Gestaltung des Pflegeprozesses einzubeziehen. Eine Planungsorganisation über den Interventionskatalog erinnert an eine tayloristische Arbeitsorganisation.

Da die Ergebnisse der Modellprojekte nach § 8 Abs. 3b SGB XI noch nicht vorliegen, der § 113c aber bereits im letzten Jahr in Kraft getreten ist, haben darüber hinaus viele Verbände sowie deren Träger und Einrichtungen eigene Modellprojekte der Personal- und Organisationsentwicklung zur Umsetzung der Personalbemessung nach § 113c durchführt (s. bspw. <https://www.bagfw.de/veroeffentlichungen/detailseite-personalbemessung-nach-113c-sgb-xi>) und auch Bundesländer wie Bayern haben auf Landesebene eigene Modellprojekte aufgelegt. Diese Projekte kommen mittlerweile in der Summe auf ein Vielfaches an Modelleinrichtungen der Projekte nach § 8 Abs. 3b und sind diesen gegenüber daher als gleichwertig und gleichberechtigt.

Die Pflicht zur Orientierung an den Ergebnissen der Modellprojekte nach § 8 Abs. 3b ist daher aus dem Gesetz und auch der Begründung zu streichen.

Änderungsvorschlag:

Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 wird wie folgt geändert:

„1. Soll die Pflegeeinrichtung geeignete Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die einen Person-zentrierten und kompetenzorientierten Personaleinsatz im Sinne der Ziele des § 113c gewährleisten; ~~diese sollen sich an den fachlichen Zielen und der Konzeption der Maßnahmen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, orientieren.~~“

§ 113c Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 (neu): Andere “Assistenzberufe” als QN 3

Die neue Nummer 2 des § 113c Absatz 3 Satz 1 sieht vor, dass Pflegeeinrichtungen über die Mindestpersonalbesetzung hinaus für die Stellenanteile für ausgebildete Pflegeassistentenkräfte, Personal vorhalten können, das über eine einjährige, medizinische, soziale, hauswirtschaftliche, kaufmännische oder betriebswirtschaftliche Qualifikation verfügt und entsprechend der Qualifikation administrative oder pflegerische Aufgaben zur Entlastung der Pflegefachkräfte erbringt. Die Regelung soll den Pflegeeinrichtungen ermöglichen, andere Assistenzberufe bei den Personalanhaltswerten nach § 113 Absatz 1 Nummer 2 SGB XI zu berücksichtigen. Vor dem Hintergrund der weitgehend fehlenden ausgebildeten Pflegeassistentenkräfte wird damit ein Weg geschaffen, die Personalanhaltswerte durch Vorhaltung anderer Berufsgruppen auszu-schöpfen.

Grundsätzlich begrüßen wir die Möglichkeit, für die Stellenanteile im QN 3 Bereich auch Personal vorhalten zu können, das eine anderweitige mindestens einjährige Qualifikation aufweist. Insbesondere Personen mit medizinischer, sozialer oder hauswirtschaftlicher Qualifikation sind grundsätzlich geeignet, durch Übernahme von unterstützenden Aufgaben die Pflegefachkräfte in der pflegerischen Versorgung zu entlasten. Hierbei muss aber nach dem jeweiligen Kompetenzprofil der QN 3 substituierenden Personen differenziert werden. Eine angelesene Arzthelferin, die über einen sogenannten “Spritzenschein” verfügt, sollte diese Befugnis grundsätzlich auch im Sektor der stationären Langzeitpflege aufrechterhalten können. Umgekehrt sind Personen mit einer sozialpflegerischen Helferausbildung weniger stark in die medizinische Behandlungspflege einzubeziehen.

Gleichzeitig darf die Anerkennung von anderweitig relevanten Berufen für das QN 3 nicht dazu führen, dass der Fachkräftemangel in anderen Sektoren des Gemeinwesens verschärft wird. Analog zum WHO-Ethik-Kodex zur Anwerbung von Gesundheitspersonal aus dem Ausland, sollten solche Überlegungen auch hinsichtlich etwaiger Mangelberufe im Gesundheits- und Sozialwesen Anwendung finden.

Wir befürworten auch die Berücksichtigung von Stellenanteilen für Personal, das administrative Aufgaben in der pflegerischen Versorgung übernimmt. In der Gesetzesbegründung wird in diesem Zusammenhang auf das Berufsbild der Stationsassistenten hingewiesen, welches sich bereits im Krankenhausbereich und auch in Teilen der stationären Langzeitpflege bewährt hat.

Auch in Pflegeeinrichtungen können Stationsassistent*innen durch Übernahme von administrativen Aufgaben z.B. Pflegedienstleitungen oder Qualitätsmanagementbeauftragte entlasten. Wir unterstützen daher ausdrücklich den Ansatz, refinanzierbare Stellenanteile für Stationsassistent*innen in Pflegeeinrichtungen zu schaffen. Allerdings dürfen Stellenanteile für administrative Tätigkeiten, nicht auf die personelle

Ausstattung für Pflege und Betreuung angerechnet werden, da damit die Bestrebungen zum Aufbau von Personalstellen mit ausgebildeten Pflegeassistenzkräften unterlaufen werden können.

Laut der Gesetzesbegründung soll dieses Personal auch nur anrechenbar sein, wenn es in der direkten Pflege tätig ist. Personen mit rein administrativer oder betriebswirtschaftlicher Qualifikation können jedoch ohne zusätzliche Qualifikation nicht in der direkten Pflege eingesetzt werden. Auch zur Unterstützung und Entlastung bei der Pflegedokumentation, wie dies in der Gesetzesbegründung angedeutet wird, kann dieses Personal nicht eingesetzt werden, da hierzu ein grundsätzliches und pflegfachliches Verständnis zur Anwendung des Pflegeprozesses als Instrument der individuellen und personenzentrierten Prozesssteuerung erforderlich ist. Die Anrechnung von Personal mit rein kaufmännischer oder betriebswirtschaftlicher Qualifikation auf die Personalausstattung für Pflege und Betreuung halten wir, auch aufgrund der fehlenden pflegerischen Kompetenzen, daher für nicht zielführend und ist daher abzulehnen.

Änderungsvorschlag:

Absatz 3 Nummer 2 soll wie folgt geändert werden: *“kann die Pflegeeinrichtung bis zum 31. Dezember 2026 für die Stellenanteile der personellen Ausstattung nach Absatz 1 Nummer 2, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgehen, auch Personal vorhalten, das über eine mindestens einjährige, medizinische, soziale, hauswirtschaftliche, ~~kaufmännische oder betriebswirtschaftliche~~ Qualifikation verfügt und entsprechend der Qualifikation administrative oder pflegerische Aufgaben zur Entlastung des Fachkraftpersonals nach Absatz 1 Nummer 3 übernimmt, und [...]”.*

Absatz 5 ist wie folgt zu ergänzen:

“(5) Abweichend von § 75 Absatz 3 Satz 1 sind in den Rahmenverträgen nach § 75 Absatz 1 ab dem 1. Juli 2023 für die vollstationäre Pflege unter Berücksichtigung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 insbesondere zu regeln:”.

“2. besondere Personalbedarfe beispielsweise für die Pflegedienstleitung, für Qualitätsbeauftragte für die Praxisanleitung oder administrative Aufgaben zur Entlastung der Pflegefachkräfte (Stationsassistenten), die zusätzlich zur personellen Ausstattung nach Absatz 1 vereinbart werden können, [...]”.

§ 113c Absatz 4: Erweiterung der Bundesrahmenempfehlungen um Aufgabenbereiche beim Einsatz von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände begrüßen die Intention zur Weiterentwicklung des Qualifikationsmix-Modells in der Pflege auch in Bezug auf akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen. Ausweislich unserer Hinweise zu den möglichen Umsetzungsproblemen zu § 113c Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 (neu), ist es für die Praxis hilfreich, Empfehlungen zu den Aufgabenbereichen für dieses Personal abzugeben und auch die Berücksichtigung des Scope of Practice nach § 8 Absatz 3c SGB XI ist sachgemäß. Die Ergänzung wird daher begrüßt. Da keine Frist zur Abgabe der

Empfehlungen vorgesehen ist, ist jedoch fraglich, ob es hierbei zeitnah zu diesen Empfehlungen kommen wird.

§ 113c Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 Ergänzung der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI um andere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich

Gegenüber der RefE Fassung der vorangegangenen Legislatur wurden zahlreiche Berufe, die unter Beachtung und Ausschluss der Übernahme von Vorbehaltsaufgaben von Pflegefachkräften, anstatt Pflegefachkräften eingesetzt werden können nicht mehr in den Gesetzesentwurf aufgenommen. Gestrichen wurden Altherapeuten, Erzieher, Fachhauswirtschafterinnen, Familienpfleger, Dorfhelfer, Heilpädagogen, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und Sozialtherapeuten. Ausweislich der Begründung werden zwar mindestens dreijährige, bundeseinheitlich geregelte Ausbildungsberufe, deren Absolventinnen und Absolventen bereits jetzt in vollstationären Pflegeeinrichtungen tätig sein können, beispielhaft als Stellenbesetzungsmöglichkeiten ergänzt und die Berücksichtigung weiterer Qualifikationen in den Landesrahmenverträgen ist weiterhin möglich. Allerdings würde die konkrete Wiederaufnahme der o. g. Abschlüsse weitere, zusätzliche Klarheit schaffen.

§ 113c Absatz 9 (neu): Geschäftsstelle zur Begleitung und Unterstützung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen die Intention, die Themen "Vorbehaltsaufgaben", "Pflegedokumentation", "personenzentrierte und kompetenzorientierte Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen", sowie "Entwicklung und Umsetzung von führungs- und kompetenzorientierten Delegationskonzepten" künftig zusammen zu denken und deren Umsetzung in der Praxis aus einer Hand zu begleiten. Zudem ist positiv hervorzuheben, dass Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung eines ganzheitlichen, Person-zentrierten Pflegeverständnisses, das die Stärkung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt stellt, extra aufgenommen wurden.

Insgesamt konstatieren wir, dass diese Gesamtzusammenhänge schon bei der Entwicklung und Erprobung von Methoden und Instrumenten der Personal- und Organisationsentwicklung nach § 8 Absatz 3b SGB XI zur Umsetzung der Personalbemessung nach § 113c SGB XI sinnvoll und notwendig gewesen wären, um ein Auseinanderdriften verschiedener Umsetzungskonzepte zu verhindern. Durch die Zusammenfassung besteht nun die Chance, dieses Versäumnis nachträglich zu heilen. Im Gesamtkomplex wäre noch die übergeordnete Klammer dieser Bereiche, der Pflegebedürftigkeitsbegriff nach § 14 SGB XI und das daraus resultierende Pflegeverständnis einzubeziehen und auch hier Umsetzungshilfen für die Pflegepraxis zur Verfügung zu stellen. Folgerichtig sind aus Sicht der in der BAGFW kooperierenden Verbände daher auch die Vertragsparteien des SGB XI mit diesen Aufgaben zu betrauen und nicht einseitig einzelne Vertragspartner*innen.

Nicht nachvollziehbar ist daher, dass hier eine neue Institution geschaffen werden soll, wo doch bereits mit dem Qualitätsausschuss Pflege (QAP) bewährte und gut funktionierende Strukturen existieren. Hinsichtlich der Umsetzung von Dokumentationskonzepten böte es sich darüber hinaus an, die bereits existierenden Strukturen des Projektbüros EinSTEP zu integrieren. Insbesondere von Vorteil wäre hier die Strukturen des Lenkungsgremiums auf Bundesebene und der Kooperationsgremien auf Länderebene einzubinden. Für die Etablierung von Multiplikator*innen für die o. g. Themen könnten diese Strukturen gut genutzt werden. So wäre bei der Umsetzung in die Praxis das Zusammenspiel zwischen Pflegeverständnis, Vorbehaltsaufgaben, Dokumentation, Führungs- und kompetenzorientierten Delegationskonzepte sowie Personal- und Organisationsentwicklung verankert und sichergestellt.

Daher schlagen die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege vor, diese Aufgaben nicht mit Hilfe einer neu zu etablierenden Organisation in die Umsetzung zu bringen, sondern dies über eine Form der Anbindung an etablierten Qualitätsausschuss Pflege zu regeln, z. B. in dem dieser damit zu beauftragen ist.

Ungeachtet dessen bedarf es für die Pflegeeinrichtungen einer Unterstützung/Kompensation für den Personal- und Organisationsentwicklungsprozess.

Änderungsvorschlag:

Der § 113c Absatz 9 wird gestrichen bzw. geht mit folgenden Ergänzungen in § 113b Absatz 6 auf:

„Die beauftragte Institution qualifizierte Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses soll insbesondere zudem die folgenden Zielgruppen und Maßnahmen unterstützen

1. **Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen sowie Pflegesatzverhandler und -verhandlerinnen bei der Umsetzung des Pflegeverständnisses entsprechend des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach § 14 SGB XI,**
2. *Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der fachgerechten Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung,*
3. *Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von Pflegedokumentationskonzepten, die den Anforderungen des § 113 Absatz 1 Satz 2 bis 4 entsprechen unter Einbeziehung des Konzepts des Strukturmodells einer entbürokratisierten Pflegedokumentation sowie den Strukturen des „Projektbüros EinSTEP“.*
4. *Vollstationäre, teilstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von personenzentrierten und kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen unter Berücksichtigung von § 113c Absatz 3 Satz 1 Nummer 1.*
5. *Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage der wissenschaftlichen Expertisen nach § 8 Absatz 3c sowie bei der Entwicklung und Umsetzung von Führungs- und Delegationskonzepten und*

6. *Pflegeschulung und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung eines ganzheitlichen, personenzentrierten Pflegeverständnisses, das die Stärkung der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt stellt.*

Die Unterstützung soll insbesondere erfolgen durch:

1. *die Entwicklung und Durchführung von Schulungsmaßnahmen zu den Nummern 1 bis 6, insbesondere für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, um entsprechende Schulungsmaßnahmen bundesweit in geeigneter Dichte und Häufigkeit anbieten zu können,*
2. *die Entwicklung und Bewertung fachlicher Informationen, Assessmentinstrumente und Konzepte zum Kompetenzerwerb und zur Delegation für Pflegefachpersonen und Führungskräfte in der Pflege zu den Nummern 1 bis 6 zu- sowie ihre öffentliche Bereitstellung im Internet.*

Der Medizinische Dienst Bund und die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach Maßgabe von § 118 sowie weitere relevante Fachorganisationen sind bei der Entwicklung der Maßnahmen nach Satz 2 zu beteiligen. Näheres zur Zusammensetzung und Arbeitsweise der Geschäftsstelle, insbesondere zur Auswahl und Qualifikation der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, regeln die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene und die Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 Satz 1 in einer Geschäftsordnung. Die Geschäftsstelle ist bis zum 31. Dezember 2031 befristet. Die Geschäftsstelle wird aus den Mitteln des Ausgleichsfonds finanziert.

§ 114 Absatz 1a (neu): Digitale Daten- und Kommunikationsplattform

Da ab 01. Januar 2027 die Aufträge für Qualitätsprüfungen digital an die Prüfinstitutionen gegeben werden sollen, soll der GKV-Spitzenverband eine digitale Daten- und Kommunikationsplattform einrichten, insbesondere auch um die Transparenz im Bereich der Qualitätsprüfungen in der Pflege zu verbessern. Eine zentrale Plattform ermöglicht es dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, zeitnah aktuelle Datenauswertungen zur Durchführung von Qualitätsprüfungen abzurufen, soll aber zuvorderst die Kommunikation der beteiligten Akteure im Rahmen der Prüfbeauftragung verbessern.

Besonders zu begrüßen ist dabei - und dies sollte unbedingt forciert werden - dass auf bereits bestehende, bürokratiearme und funktionierende Strukturen der Kommunikation und des Informationsaustauschs (gemeint ist die Daten Clearing Stelle [DCS]) aufgesetzt werden kann und aus Sicht der BAGFW aufgesetzt werden muss. Gerade auch, um das Potenzial der Plattform weiterzudenken und auch in anderen Bereichen zu einer Entbürokratisierung beizutragen, kann die Plattform zur zentralen Kommunikationsplattform für alle beteiligten Akteure rund um die Qualitätssicherung und -darstellung avancieren. Zuvorderst sollten auch die Prüfberichte und Feedbackberichte von den Einrichtungen auf der Plattform abgerufen werden können. Die Übermittlung von Prüfberichten erfolgt in der Praxis nach wie vor sehr unterschiedlich

und sogar noch postalisch. Careproof hat mit dem Aufbau einer Plattform (QPR-Portal) zwar versucht, die Qualitätsberichterstattung zu digitalisieren, dies ist jedoch nicht flächendeckend erfolgt. Dies hat zur Folge, dass vollstationäre Einrichtungen sich nur zu Zwecken der Qualitätssicherung auf dem Portal der DCS, der DAS und im QPR-Portal registrieren müssen, aber zusätzlich postalisch Berichte von Medizinischen Diensten und WTG-Behörden, sowie E-Mails oder gar ein Fax zur Prüfungsanmeldung am Vortag erhalten.

Eine zentrale Plattform, die alle Akteure und Informationen rund um die Qualitätssicherung zusammenbringt und damit eine einheitliche, sichere und bürokratiearme Kommunikation ermöglicht, ist daher aus Sicht der Praxis dringend notwendig und im Sinne der Entbürokratisierung geboten. Eine Umsetzung über die DCS wäre dahingehend sachgerecht, da funktionsfähige Strukturen bestehen und bspw. die Zugänge von ambulanten, voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen bei der DCS bereits flächendeckend gegeben sind.

Darüber hinaus sollte auch darüber nachgedacht werden, die WTG-Behörden einzubinden, um auch die Kommunikation der Prüfinstitutionen auf den verschiedenen Ebenen entsprechend § 117 SGB XI zu verbessern und dem nach wie vor bestehenden großen Problem von Doppel- und Mehrfachprüfungen zu begegnen. Perspektivisch könnten bspw. auch Vertragsänderungen und andere meldepflichtige Informationen integriert werden. Über die DCS-Pflege werden bereits weitere Verfahren, wie etwa die Tarifmeldungen, organisiert. Folgerichtig wäre es daher diesen Bereich ebenfalls weiter auszubauen und auf alle Meldeverfahren auszudehnen, einschließlich einfacher Änderungsmeldungen bzgl. der Zulassung, wie Adressänderung etc. Auch eine komplett digitale Abwicklung des Zulassungsverfahrens bei den Kranken- und Pflegekassen und das Vertragsmanagement könnten hier perspektivisch zur Vereinfachung der Verfahren beitragen und damit die dringend benötigte Entlastung bringen.

Dringenden Handlungsbedarf zum Bürokratieabbau sieht die BAGFW schon seit langem in zwei Punkten:

1. Ankündigungsfrist von Regelprüfungen.
2. Verpflichtender Verzicht der Regelprüfung der Pflegekassen, sofern Prüfbehörden nach Landesrecht bereits in ihren Prüfungen dieselben Prüftatbestände geprüft haben und Abschluss entsprechender Vereinbarungen zwischen Pflegekassen und Prüfbehörden nach Landesrecht.

Ad 1. Ankündigungsfrist von Qualitätsprüfungen

Die Durchführung der Qualitätsprüfung bindet in der Einrichtung viel Personal, das für diesen Zweck freigestellt werden muss und in Zeiten erheblicher Personalknappheit zu weiteren Engpässen führt. Die BAGFW fordert daher, dass die Qualitätsprüfungen mindestens 2 Werktage im Vorhinein angekündigt werden.

Änderungsbedarf:

§ 114a Absatz 1 Satz 2 soll lauten:

“Die Prüfungen sind grundsätzlich **drei** Werktage zuvor anzukündigen; Anlassprüfungen sollen unangemeldet erfolgen”.

Ad 2. Verpflichtende Vereinbarungen zwischen Pflegekassen und Prüfbehörden nach Landesrecht zum Verzicht auf Doppel- und Mehrfachprüfungen

Doppel- und Mehrfachprüfungen derselben Prüfgegenstände durch die Pflegekassen und die zahlreichen Prüfinstanzen auf Landesebene, wie Heimaufsicht, Brandschutzbehörde, Gesundheitsamt etc. belasten durch die doppelten und mehrfach durchgeführten Prüfungen derselben Prüfgegenstände die Organisation der Pflegeeinrichtungen massiv und bannen Pflegepersonal, das dann für die pflegebedürftigen Menschen nicht zur Verfügung steht. Daher sind verpflichtend Vereinbarungen wie z.B. vorbildhaft im Land Hamburg zu treffen, wonach Pflegekassen und Prüfbehörden auf Landesebene bei Prüfungen arbeitsteilig vorgehen.

Änderungsbedarf:

§ 114 Absatz 3 wird wie folgt ergänzt:

“Die Landesverbände der Pflegekassen haben im Rahmen der Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden (§ 117) vor einer Regelprüfung insbesondere zu erfragen, ob Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und den auf seiner Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen in einer Prüfung der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde oder in einem nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren berücksichtigt worden sind. Hierzu **sollen die Landesverbände der Pflegekassen** mit den auf Landesebene zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden sowie den für weitere Prüfverfahren zuständigen Aufsichtsbehörden Vereinbarungen treffen. Um Doppelprüfungen zu vermeiden, **haben die Landesverbände der Pflegekassen den Prüfungsumfang der Regelprüfung um die bereits im Rahmen der Prüfungen der Behörden nach Landesrecht gemäß Satz 2 geprüften Inhalte zu verringern**, wenn

1. die Prüfungen nicht länger als **zwölf** Monate zurückliegen,
2. die Prüfergebnisse nach pflegefachlichen Kriterien den Ergebnissen einer Regelprüfung gleichwertig sind und
3. die Veröffentlichung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität gemäß § 115 Absatz 1a gewährleistet ist.”

§ 114c Absatz 3: GKV-Berichterstattung zu Indikatoren und Qualitätsprüfungen in allen Versorgungsbereichen

Die Änderung bzw. Erweiterungen in Absatz 3 sind sachgerecht. Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände geben jedoch zu Satz 2 den eher redaktionellen Hinweis, dass dieser insofern gestrichen werden kann, als der Evaluationsauftrag zur

Berichterstattung zum 31. März 2023 durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen erfolgt ist und die vorliegenden Ergebnisse im Einvernehmen der Vertragsparteien nach § 113b SGB XI in den Evaluationsauftrag zum Indikatoren-gestützten Verfahren als Gesamtsystem entsprechend § 113b Absatz 4 Nr. 5 i.V.m. Absatz 4a SGB XI eingebunden wurden. Die gemeinsame Auftragsvergabe im Rahmen des Qualitätsausschuss Pflege im Sinne einer Gesamtevaluation hat sich bewährt. Insofern hat sich gezeigt, dass die Bearbeitung einzelner Bereiche des Gesamtsystems im Rahmen wissenschaftlicher Einzelaufträge von einzelnen Vertragspartner*innen nicht geeignet ist, da der systemische Blick auf das Gesamtverfahren notwendig ist, um konsistente und umsetzbare, wissenschaftliche Empfehlungen zu generieren. Insofern regt die BAGFW an, hier nicht den Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit der Berichterstattung zu beauftragen, sondern vielmehr der Qualitätsausschuss Pflege. Gerade die Erhebung und Ermittlung von Indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität obliegt dem QAP über die von ihm beauftragte Datenauswertungsstelle.

Die Verbände der BAGFW regen überdies an, den Prüfrhythmus bei Erreichen eines hohen Qualitätsniveaus nicht nur, wie bereits für die vollstationäre Pflege geregelt, auf höchstens zwei Jahre zu verlängern, sondern diese Regelung auf **alle Versorgungsbereiche** auszudehnen. Das Nähere zur Feststellung, wann ein hohes Qualitätsniveau z.B. bei einem Pflegedienst oder in einer Tagespflegeeinrichtung gegeben ist, soll aus den Qualitätsdarstellungen und den veröffentlichten Berichten in einer Richtlinie analog zu § 114c Absatz 1 festgelegt werden.

Änderungsvorschlag:

§ 114c Absatz 3:

“Der ~~Spitzenverband Bund der Pflegekassen~~ Qualitätsausschuss Pflege berichtet...”

§ 125a: Modellvorhaben zur Telepflege

Der geplante neue Absatz 3 erweitert das Modellvorhaben um eine langfristige Perspektive, was die BAGFW begrüßt. In den Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse sollten verpflichtend die notwendigen technischen Rahmenbedingungen zur Umsetzung und die Möglichkeiten der Finanzierung von Telepflege mit aufgenommen werden. Telepflegerische Leistungen dürfen nicht zu einer Mehrbelastung von Pflegebedürftigen und Pflegeeinrichtungen führen, sondern zu einer Entlastung.

§ 125c: Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung

Digitale Pflegesatzverhandlungen sind geeignet, um die Pflegesatzverhandlungen zu beschleunigen. Sie werden teilweise regional schon durchgeführt. Das bundesweite Modellvorhaben, das in den Jahren 2026 und 2027 durchgeführt werden soll, kommt

viel zu spät und verzögert die verpflichtende Umstellung auf digitale Verhandlungsprozesse unnötig. Es muss jetzt eine Verpflichtung zur Umstellung des Verhandlungsprozesses auf digitale Portale und die Anwendung der Qualifizierten elektronische Signatur (QES) bei der Unterzeichnung der Vergütungs- bzw. Pflegesatzvereinbarung geben. Das Modellvorhaben ist deshalb zu streichen, da es nicht mehr zeitgemäß ist.

§ 146a: Übergangsregelung zur Versorgung von pflegebedürftigen Mitgliedern geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnlichen Personen in ordensinterner Pflege

Aufgrund der besonderen Gegebenheiten Lebensweise in Ordensgemeinschaften und zum Schutz der pflegebedürftigen Ordensangehörigen soll die bisherige praktizierte Leistungserbringung rechtlich abgesichert und damit der Auftrag aus dem Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD für die 21. Legislaturperiode mit § 146a SGB XI umgesetzt werden. Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen, dass durch die vorliegende Übergangsregelung Ordensgemeinschaften ausreichend Zeit für eine adäquate Umstellung der pflegerischen Versorgung zusammen mit den Pflegekassen erhalten und der eingeleitete Umstellungsprozess unterstützt wird.

Artikel 3: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 15: Ärztliche Behandlung, elektronische Gesundheitskarte

Die BAGFW begrüßt ausdrücklich, dass die Erbringung von bestimmten Leistungen, die ursprünglich Ärzt*innen vorbehalten waren und die mit dem Referentenentwurf in § 15a SGB V definiert werden, auch durch Pflegefachpersonen erbracht werden können, sofern sie die erforderlichen Kompetenzen besitzen. Von eminenter Bedeutung ist zudem die gesetzliche Festlegung, dass die Pflegeprozessverantwortung berufsrechtlich allein Pflegefachpersonen gemäß § 4 Pflegeberufsgesetz vorbehalten ist.

§ 15a: Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung

Die BAGFW begrüßt mit Nachdruck, dass der Pflegeberuf als Heilberuf mit eigenen beruflichen Kompetenzen erstmals im SGB V kodifiziert werden soll und entsprechend in Absatz 3 eine Legaldefinition der Pflegefachperson für die Zwecke und Aufgaben des SGB V vorgenommen wird. Danach ist Pflegefachperson, wer durch seine Qualifikation zur Pflegeprozessverantwortung nach § 4 Pflegeberufsgesetz berechtigt ist. Andere Berufsgruppen dürfen diese Aufgaben nicht ausüben und auch entsprechende Leistungen nicht erbringen. Die BAGFW begrüßt diese Präzisierung der vorbehaltenen Tätigkeiten als berufsrechtlichem Kern des Pflegefachberufs nachdrücklich.

Sie begrüßt auch, dass nicht nur hochschulisch primärqualifizierte Pflegefachpersonen, sondern auch Pflegefachpersonen im Wege der Weiterbildung oder einer nach Länderrecht anerkannten Kompetenzfeststellung einer der Weiterbildung vergleichbaren Berufserfahrung zur eigenverantwortlichen Heilkundeausübung berechtigt sein sollen. Die BAGFW setzt sich grundsätzlich dafür ein, dass Qualifikationen für die Erbringung erweiterter heilkundlicher Leistungen als Zusatzqualifikationen erworben und über den Ausbildungsfonds des Pflegeberufegesetzes finanziert werden. Weiterbildungen sind Ländersache und bundeseinheitliche Weiterbildungsstandards der Länder sind bislang nicht bekannt und auch in der Praxis nicht zu erwarten. Die BAGFW fordert die Bundesländer, die für die Weiterbildung zuständig sind, auf, im Rahmen der KMK und ASMK oder einer Bund-Länder-AG schnellstmöglich entsprechende bundeseinheitliche Regelungen zu treffen, um die dringend gebotene Aufwertung und Weiterentwicklung des Pflegeberufs für die Praxis lebbar zu machen. Sehr positiv zu bewerten, ist, dass einschlägige Berufserfahrungen als vergleichbare Qualifikationen zu werten sind. Die BAGFW hat stets gefordert, dass gerade Pflegefachpersonen mit langjähriger Berufserfahrung zur Ausübung von selbständiger Heilkunde ermächtigt werden müssen. Dies hat auch die positive Konsequenz für die Praxis, dass entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen für diese Tätigkeiten schneller zur Verfügung stehen können. Vor dem Hintergrund drohender Unterversorgungen, insbesondere in strukturschwachen ländlichen Regionen, ist dies dringend geboten. Wie bereits im Rahmenvertrag nach § 64d vorgesehen, sollen entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen in Arztpraxen, MVZ sowie in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden können; dies ist sachgerecht, bedarf aber der Ergänzung um weitere Einsatzgebiete in der Daseinsvorsorge, wie Public Health Nursing oder Community Health Nursing.

Die BAGFW begrüßt, dass die eigenverantwortliche Behandlung durch Pflegefachpersonen gemäß Absatz 1 in definierten Leistungsbereichen der vertragsärztlichen Versorgung, sowie der Krankenhausbehandlung künftig im Rahmen der Regelversorgung möglich sein soll. Dazu sollen die Vertragspartner nach dem neuen § 73d erforderliche Anpassungen des Rahmenvertrags nach § 64d Absatz 1 Satz 4 über die eigenverantwortliche Behandlung nach erfolgter ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung in den Bereichen chronische Wundversorgung, Demenz und Diabetes hinaus prüfen und vornehmen. Da § 15a eine Grundsatznorm des SGB V ist und die Nummern 1 bis 3 des Absatzes 1 keine abschließende Aufzählung darstellen, kann Pflegefachpersonen eine Behandlung künftig auch in anderen Versorgungsbereichen möglich sein.

Unklar ist jedoch der Status der eigenverantwortlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2, wonach Pflegefachpersonen mit den erforderlichen Kompetenzen nach ärztlicher Erstverordnung von HKP künftig Folgeverordnungen einschließlich der Verordnung der für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel nach § 33 SGB V ausstellen können dürfen. Es ist klarzustellen, dass Folgeverordnungen von HKP einschließlich der Verordnungen von in diesem Zusammenhang benötigten Hilfsmitteln weiterhin von Pflegefachpersonen i.S. des § 1 Absatz 1 PflBG – mithin ohne erweiterte fachliche Kompetenzen – ausgestellt werden können. Solche Verordnungen, für welche Pflegefachkräfte auch heute schon die Häufigkeit und Dauer der Verordnung eigenverantwortlich festlegen, fallen als sog. "Blanko-Verordnung" bislang unter § 37 Absatz 8 SGB V; ihre Inhalte werden bislang vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt. Nach der vorgesehenen neuen Regelung des

PKG sollen die Festlegungen für die Anwendungsbereiche dieser Blanko-Verordnung der HKP jedoch künftig durch die Vertragspartner nach § 73d Absatz 1 Satz 1 getroffen werden (KBV, GKV-Spitzenverband, maßgebliche Spitzenorganisationen für Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene). Diesen Widerspruch gilt es aufzulösen und das Verhältnis zwischen § 15a Absatz 1 Nr. 2 i.V. mit § 73d Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 einerseits und § 37 Absatz 8 SGB V andererseits gilt es zu klären. Die BAGFW spricht sich dafür aus, die Regelung zur Blanko-Verordnung in § 37 Absatz 8 SGB V zu streichen und diese nur in § 15a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 in Verbindung mit § 73d Absatz 1 Nummer 2 zu normieren.

Überdies fehlt eine leistungsrechtliche Verankerung der Behandlung durch Pflegefachpersonen im Rahmen des nach § 15a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 festgelegten Katalogs von Leistungen in § 27 SGB V, damit ein Leistungsanspruch für Patient*innen, seien sie häuslich oder in der stationären Pflege oder vergleichbaren besonderen Wohnformen versorgt, entsteht. In § 28 ist klarzustellen, dass die eigenverantwortliche Behandlung durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Pflegeprozessverantwortung von den ärztlichen Leistungen unberührt bleibt. Beide Regelungen fehlen im vorliegenden Referentenentwurf und sind dringend nachzubessern, um die Heilkundeausübung durch entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen in der Praxis gangbar zu machen.

Änderungsbedarf:

§ 15a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ist wie folgt klarstellend zu ergänzen:

*„nach einer erstmaligen ärztlichen Verordnung die Verordnung **durch Pflegefachpersonen nach Absatz 3** der in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Katalog genannten Leistungen der häuslichen Krankenpflege, einschließlich der Verordnung der für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel nach § 33,[...]“*

Streichung des § 37 Absatz 8 SGB V (Blankoverordnung).

§ 27 (Krankenbehandlung) ist wie folgt zu ergänzen:

„Die Krankenbehandlung muss auch die Behandlung durch Pflegefachpersonen als eigenverantwortliche Heilkundeausübung umfassen.“

Absatz 1 wird nach Nummer 4 um folgende Nummer X ergänzt:

Behandlung durch Pflegefachpersonen

Im Leistungserbringungsrecht ist ein neuer § 133 entsprechend einzufügen.

§ 28 Absatz 1 Satz 2 ist wie folgt zu ergänzen:

*„Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist; **§ 15a Absatz 2 bleibt unberührt.**“*

Ergänzender Änderungsbedarf:

Zu § 15a bzw. 73d:

Pflegefachpersonen werden zukünftig eigenverantwortlich Leistungen der ärztlichen Behandlung erbringen. In die Behandlung von Versicherten eingebundene Ärztinnen und Ärzte erhalten nach § 352 Satz 1 Nummer 1 SGB V verarbeitenden Zugriff auf die elektronische Patientenakte. Mit einer Ausdehnung der pflegerischen Kompetenzen ist ebenfalls die Zugriffsart von Pflegefachpersonen auf die elektronische Patientenakte neu zu definieren und auch auf Schreibrechte auszudehnen, wo dies für die Behandlung notwendig.

Ergänzungsvorschlag für § 352 Satz 1 Nummern 9-11:

*“Pflegefachpersonen, die in die medizinische oder pflegerische Versorgung der Versicherten eingebunden sind, mit einem Zugriff, der das Auslesen, die Speicherung und die Verwendung von Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 1 bis 11 **sowie die Verarbeitung von Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 10, die sich aus der pflegerischen Versorgung ergeben, ermöglicht, soweit dies für die Versorgung der Versicherten erforderlich ist; sowie [Pflegefachpersonen], die in die medizinische oder pflegerische Behandlung der Versicherten entsprechend § 73d SGB V eingebunden sind; mit einem Zugriff, der die Verarbeitung von Daten nach § 341 Absatz 2 ermöglicht, soweit dies für die Versorgung der Versicherten erforderlich ist.**”*

§ 20: Präventionsempfehlung und Entscheidung der Krankenkassen bei Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention

Um den Präventionsempfehlungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen des Pflegeberatungsbesuchs nach § 37 Absatz 3 und der Erbringung der häuslichen Pflegesachleistung entsprechend Gewicht zu verleihen, ist die Regelung, wonach Krankenkassen bei ihrer Entscheidung über Präventionsangebote diese Empfehlungen berücksichtigen müssen, geboten; die Regelung wird begrüßt.

§ 37 Häusliche Krankenpflege

Mit § 15a Absatz 1 Nummer 2 in Verbindung mit § 73d Absatz 1 Nummer 2 findet im Rahmen der Kompetenzerweiterungen der Pflegefachkräfte eine sachlogische Weiterentwicklung der gegenwärtigen Regelungen zur Blankoverordnung statt. § 37 Absatz 8 ist deshalb zu streichen.

§ 37 Absatz 2b, der bisher geregelt hat, dass die HKP auch Leistungen der ambulanten Palliativversorgung umfassen kann, wird nach dem vorliegenden RefE um die “Behandlung von Pflegefachpersonen” im Rahmen eines zwischen den Vertragspartnern nach § 73d vereinbarten Leistungskatalogs als eigenverantwortliche Heilkundenausübung gemäß § 15a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erweitert. Diese Regelung wird aufs Schärfste abgelehnt, denn Leistungen der Häuslichen Krankenpflege, wie in § 37 SGB V normiert, sind grundsätzlich Delegationsleistungen. Mit dem neuen § 15a Absatz 1 Nummer 1 SGB V sollte jedoch als neue Leistungsart die Behandlung von Pflegefachpersonen zur eigenverantwortlichen Ausübung von Heilkunde grundgelegt werden. Diese Intention wird durch die beabsichtigte Neuregelung des § 37 Absatz

2b torpediert. Die Neuregelung muss sich unserer Ansicht nach anstatt dessen auf § 15a Absatz 1 Nummer 2 in Verbindung mit § 73d Absatz 1 Nummer 2 beziehen. (Bezüglich einer Kommentierung des § 37 Absatz 8 (Blankverordnung) verweisen wir auf die Kommentierung zu § 15a SGB V.)

Änderungsbedarf:

§ 37 Absatz 2b ist wie folgt zu formulieren:

*„Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung sowie die nach § 15a Absatz 1 Nummer **1 2 in Verbindung mit § 73d Absatz 1 Nummer 2** von Pflegefachpersonen erbrachten Leistungen.“*

§ 37 Absatz 8 ist zu streichen.

§ 63 Absatz 3b (neu); § 64d Absatz 4 (neu): Überführung der Modellvorhaben in die Regelversorgung

Die BAGFW begrüßt nachdrücklich, dass es keiner weiteren Modellvorhaben nach § 63 Absätzen 3b oder 3c sowie nach § 64d bedarf, um Pflegefachpersonen mit entsprechender Zusatzqualifikation zur Behandlung durch Pflegefachpersonen zu ermächtigen. Bereits begonnene Modellvorhaben können hingegen weitergeführt werden, was sachgerecht ist. Gleichzeitig ergibt sich dadurch ein Anpassungsbedarf von § 14 PflBG, da die Pflegeschulen ansonsten die Heilkundemodule nach § 14 Absatz 4 PflBG im Rahmen der Pflegefachausbildung weiterhin nicht anbieten können (siehe hierzu Anmerkungen zu § 14 PflBG).

§ 73d: Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen; Evaluation i.V.m. § 132a Absatz 1 Nummer 8 neu (Vergütung erweiterter heilkundlicher Leistungen)

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände begrüßen sehr, dass die eigenverantwortliche Erbringung von heilkundlichen Leistungen in der Pflege im SGB V geregelt werden soll. Gleichzeitig wird sowohl durch die Verankerung in den §§ 73ff. SGB V, welche die vertragsärztliche Versorgung regeln, in grundsätzlicher Weise als auch durch § 73d Absatz 4 in spezifischer Weise deutlich, dass die eigenverantwortliche Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Sicherstellung der *vertragsärztlichen* Versorgung erfolgt. Das kann nur ein erster Schritt sein. Die Stärkung von Kompetenzen der Pflegefachkräfte erfordert zwingend, dass ihre eigenständige Rolle im Versorgungssystem des SGB V und SGB XI strukturell verankert ist und nicht als reines Entlastungsinstrument für Ärzte und Ärztinnen fungiert. Pflegefachpersonen mit entsprechender Zusatzqualifikation müssen daher automatisch berechtigt sein, nach entsprechender ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung eigenverantwortlich die heilkundlichen Behandlungsleistungen im Rahmen der Vorbehaltstätigkeiten nach § 4 PflBG fallabschließend zu erbringen und gleichberechtigt zur vertragsärztlichen Versorgung ihren Beitrag zur Krankenbehandlung nach § 27 arbeitsteilig und auf Augenhöhe mit den Ärzt*innen zu leisten. Die

Einbindung der stationären Pflegeeinrichtungen in die Vereinbarung nach § 73d(neu) ist unerlässlich und wird daher von uns befürwortet. Gleichzeitig fehlt es an einer Regelung, wonach Pflegefachkräfte mit den entsprechenden Konsequenzen die Aufgaben nach § 73d auch in der stationären Regelversorgung ausüben dürfen. Dies war noch im RefE der 20. Legislaturperiode vorgesehen, ist aber im neuen § 73d Absatz 2 nicht mehr enthalten. Danach können entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte nur in Arztpraxen oder bei ambulanten Pflegediensten tätig sein. Dies ist weder berufsrechtlich hinnehmbar noch unter dem Aspekt der angesichts des Hausärztemangels zunehmend prekärer werdenden ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen nachvollziehbar. Hier sieht die BAGFW dringenden Nachbesserungsbedarf, gerade auch vor dem Hintergrund von sozialräumlich orientierten und sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen, die ein deutlich flexibleres Leistungsrecht benötigen, um zum Fliegen zu kommen. Zugleich geregelt werden muss, dass die Erweiterung der Kompetenzen in stationären Pflegeeinrichtungen über das SGB V abgesichert wird. In den vorgesehenen Regelungen würde dies bislang nur ermöglicht, indem bei Vertragsärzt*innen angestellte Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen nach § 119b Hausbesuche in einer stationären Einrichtung machen. Die BAGFW setzt sich dafür ein, dass Pflegeeinrichtungen nach § 119b Absatz 1 Satz 3 nicht nur zur Anstellung von eigenen Ärzt*innen ermächtigt werden können sollen, sondern auch zur Anstellung entsprechend qualifizierter Pflegefachkräfte, die Leistungen nach § 73d Absatz 1 erbringen können. § 119b Absatz 1 Satz 3 soll entsprechend erweitert werden. Auf diesem Wege könnte - hilfsweise - eine Finanzierung der eigenverantwortlichen Behandlung durch Pflegefachkräfte in stationären Pflegeeinrichtungen aus dem SGB V erfolgen (Änderungsbedarf, s. nachfolgende Kommentierung zu § 119b). Die BAGFW betont in diesem Zusammenhang nochmals ihre alte Forderung, die medizinische Behandlungspflege im stationären Bereich insgesamt systemkonform aus dem SGB V zu refinanzieren. Dies muss in entsprechender Weise auch für Pflegefachpersonen, die in der stationären Pflegeeinrichtung bei entsprechender Qualifizierung Leistungen nach § 15a SGB V erbringen.

Grundsätzlich sollte die eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde durch Pflegefachpersonen mit entsprechender Zusatzqualifikation aber im Vierten Kapitel Achten Abschnitt des SGB V, z.B. in einem neuen § 132x geregelt werden. Dort sind dann auch die Grundsätze der Vergütung dieser heilkundlichen Leistungen zu verorten.

Im Rahmenvertrag sollen nach Absatz 2 zwischen den Vertragsparteien geregelt werden, auf der Grundlage welcher Kompetenzen Pflegefachpersonen eigenverantwortlich die jeweiligen Leistungen nach § 73d erbringen sowie HKP-Folgeverordnungen ausstellen dürfen. Unserer Auffassung nach muss dabei klargestellt werden sein, dass Vorbehaltstätigkeiten nach § 4 PflBG uneingeschränkt gelten und nicht nur, wie in Satz 1 vorgesehen, auch "beachtet" werden müssen. Sachgerecht ist auch, dass Leistungen, die im Rahmenvertrag nach § 64d vereinbart wurden, sofort in die Regelversorgung überführt werden können. Die Leistungserbringung ist selbstverständlich zu evaluieren; ein Zeitraum von 4 Jahren nach Inkrafttreten des Vertrags nach § 73d ist hierfür angemessen. Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände setzen sich dafür ein, die Heilkundebefugnisse nach § 15a neu auch im Krankenhaus und in den Reha- und Vorsorgeeinrichtungen zur Anwendung zu bringen. Zu diesem Zweck müssen auch DKG sowie die maßgeblichen Vereinigungen der Rehabilitations- und

Vorsorgeeinrichtungen bei der Erstellung der Kataloge nach Absatz 1 zur Stellungnahme berechtigt werden. Nach den bisher im Referentenentwurf vorgesehen Regelungen bleibt offen, wie das BMG unter Beteiligung des BMBFSFJ die Leistungserbringung in der Reha und Vorsorge evaluieren will, wenn keine Norm zur Ermächtigung dieser entsprechenden Einrichtungen für Behandlungsleistungen durch Pflegefachpersonen vorgesehen ist.

§ 119b: Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

Die Kooperationsverträge zur ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen haben sich bewährt. Auch in der Eingliederungshilfe wird die ärztliche Versorgung von Menschen mit Behinderung, die in besonderen Wohnformen leben, zunehmend prekärer. Die BAGFW erachtet es als sinnvoll und erforderlich, dass auch Einrichtungen der Eingliederungshilfe Kooperationsverträge zur ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung schließen können.

Wie zu § 73d oben ausgeführt wurde, sieht die BAGFW in der Anstellung von entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen zur eigenverantwortlichen Heilkundenausübung im Rahmen der Ermächtigung der stationären Pflegeeinrichtungen nach § 119b Absatz 1 Satz 3 einen geeigneten Weg für eine Regelversorgung in der stationären Pflege, solange die medizinische Behandlungspflege und die Behandlung durch Pflegefachpersonen nach § 15a SGB V nicht aus dem SGB V refinanziert werden.

Änderungsbedarf:

§ 119b Absatz 1 ist nach Satz 3 um folgenden Satz 4 zu ergänzen:

*“Kommt ein Vertrag nach Satz 1 nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Zugang des Antrags der Pflegeeinrichtung zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind und geriatrisch fortgebildet sein sollen, zu ermächtigen; die Anstellung bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. **Satz 3 erster Halbsatz gilt auch mit der Maßgabe, dass die Pflegeeinrichtung für die Erbringung der Leistungen nach § 15a entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen anstellen kann.**”*

§ 132a: Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

Nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nr. 2a SGB V neu sollen in den Rahmenempfehlungen zur häuslichen Krankenpflege auch **Voraussetzungen für eine fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung**, geregelt werden. Die vorgesehenen leistungserbringungsrechtlichen Vorgaben zur Formulierung der Voraussetzung zur Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung stehen im Widerspruch zur fachlichen Eigenverantwortung der Pflegefachpersonen und sind unserer Auffassung nach

verzichtbar. Es fehlen jedoch Grundsätze zur Vergütung. In der Gesetzesbegründung wird zwar ausgeführt, dass zu den Aufwänden der Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung insbesondere vergütete Erst- und Folgegespräche sowie Aufwände für komplexe Fallsteuerungen, die beispielsweise als interdisziplinäre Fallbesprechungen, auf Wunsch des Versicherten auch unter Einbeziehung von An- und Zugehörigen, gehören können. Es fehlt jedoch ein Gesetzesbefehl, der die Grundsätze der Vergütung der Aufwände für die Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung regelt.

Der neue § 15a Absatz 1 Nummer 2 stellt in Verbindung mit § 73d Absatz 1 Nummer 2 die Weiterentwicklung der sogenannten Blankoverordnung nach § 37 Absatz 8 dar. § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 ist deshalb zu streichen.

Mit der neuen Nummer 8 in § 132a Absatz 1 Satz 4 SGB V erhalten die Rahmenempfehlungspartner nach § 132a Absatz 1 den Auftrag, **Grundsätze für die Vergütung von Verordnungen nach § 73d Absatz 1 Nummer 2** zu vereinbaren, soweit sie von Pflegediensten nach § 132a Absatz 4 erbracht werden. Dies ist sachgerecht und wird von uns begrüßt, allerdings halten wir das Datum 30. April 2028 für zu spät, da es danach noch Jahre dauern wird, bis die Regelungen zur Kompetenzerweiterung der Pflegefachpersonen ihre Wirkung entfalten können.

Zeitbezogene Vergütung in der häuslichen Krankenpflege

Zur Stärkung der Pflegekompetenz gehört auch zwingend, dass die Pflegepersonen genügend Zeit zur Ausübung ihrer Tätigkeiten haben. Dazu gehört auch eine zeitbezogene Vergütung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege, gestuft nach den Qualifikationen der Pflegefachpersonen und der Pflegekräfte. Eine zeitbezogene Vergütung dient einer Förderung der Fachlichkeit und einer Stärkung der Pflegekompetenz, sie erhöht die Arbeitszufriedenheit und trägt zu einer Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der ambulanten Pflegedienste bei. Den ambulanten Pflegediensten sollte deshalb freigestellt werden, ob die Vergütung nach Pauschalen oder in Form einer zeitbezogenen Vergütung erfolgt. Die zeitbezogene Vergütung sollte sich auf alle Leistungen in der häuslichen Krankenpflege einschließlich der Pflegeprozessverantwortung.

Zeitwerte in der Häuslichen Krankenpflege

In der Selbstverwaltung werden von den maßgeblichen Spitzenverbänden Rahmenempfehlungen über die einheitliche und flächendeckende Versorgung mit häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a Absatz 1 Satz 1 SGB V vereinbart. Im Jahre 2020 wurden die Verhandlungen zu Regelungen zu den Grundsätzen der Vergütung und ihrer Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen durch Schiedsspruch gem. § 132a Absatz 3 SGB V (Oktober 2020) beendet.

Im (Schluß-)Schiedsspruch heißt es für die Bundesempfehlungen u.a. in Absatz 20:

Bei der Bewertung der Leistungen sind insbesondere zu berücksichtigen:

b) der kalkulierte Zeitaufwand (inkl. Zeiten für Vor- und Nachbereitung einschließlich der notwendigen Abstimmung mit und Information der anderen an der Versorgung

Beteiligten und ggf. Aufwände für die erforderliche Organisation der Leistungserbringung) für die fachgerechte Leistungserbringung und vereinbarte Qualität der Leistungen,

Zu Buchstabe b) heißt es dann in dem Schiedsspruch:

Zur Ermöglichung einer Kostengrundkalkulation vereinbaren die Partner der Rahmenempfehlungen bis zum 31.12.2021 auf der Grundlage der ihnen zur Verfügung stehenden empirischen Daten kalkulatorische Zeitaufwände für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die nicht unmittelbar nach Zeit oder Zeiteinheiten vergütet werden, auf Bundesebene. Kommt eine Einigung nicht zustande, vereinbaren sie bis zum 30.06.2022 ein Verfahren zur Ermittlung der kalkulatorischen Zeitaufwände auf der Grundlage eines hälftig von den Vertragspartnern finanzierten Gutachtensprozesses, sofern keine Finanzierung von dritter Seite erfolgt.

Als Rahmenempfehlungspartner haben wir sodann mit dem GKV-SV die zur Verfügung stehenden empirischen Daten ausgewertet und sind seinerzeit zum Ergebnis gekommen, dass es eines Gutachtens bedarf. Zur Prüfung der Vergabe eines Auftrages wurde ferner in einer Arbeitsgruppe der Entwurf für eine Leistungsbeschreibung erstellt, die nur noch wenige dissente Punkte enthält. Die Kostenschätzung des erwartbaren Aufwands für einen Auftragnehmer liegt auf dieser Grundlage deutlich über 2 Mio. €. Aufgrund des im Schiedsspruch formulierten Aspekts, dass ein Gutachtensprozess hälftig von jeder Partei zu finanzieren sei, es sei denn die Kosten werden von dritter Seite finanziert, wurde bereits im Jahre 2021 in einem gemeinsamen Gespräch mit dem BMG artikuliert, dass den Leistungserbringerverbänden hierbei Grenzen gesetzt sind. Die Leistungserbringerverbände müssen angesichts der Höhe der Kostenschätzung konstatieren, dass eine hälftige Beteiligung unmöglich ist und das Gutachten auf dieser Grundlage nicht angeschoben werden kann.

Das Ausbleiben des Gutachtens hat Folgen, etwa die mangelnde Umsetzbarkeit von Kostengrundkalkulationen und der damit verbundene Verhandlungsstau in den Ländern. Um dieses aufzulösen, bedarf es einer Projektfinanzierung durch das BMG, die wir hiermit einfordern, einer systematischen Verankerung im Qualitätsausschuss Pflege nach § 113b und eine neue Nummer 8 als Regelung in § 113b Absatz 4 SGB XI aufzunehmen und wie folgt zu formulieren :

„8. wissenschaftliche Expertisen zur Entwicklung eines Verfahrens zur Ermittlung der kalkulatorischen Zeitaufwände in der häuslichen Krankenpflege.“

Änderungsbedarf:

§ 132a Absatz 1 Satz 4

Nummer 2a neu ist wie folgt zu fassen:

„Grundsätze der Vergütung einer Voraussetzungen für eine fachgerechte Wahrnehmung der fachgerechten Pflegeprozessverantwortung im Sinne des § 4 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes, insbesondere der Aufwände für vergütete Erst- und Folgegespräche sowie der Aufwände für komplexe Fallsteuerungen,

Nummer 7 ist zu streichen:

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

Nummer 8 ist wie folgt zu fassen:

*“Grundsätze der Vergütung von Verordnungen von in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Katalog genannten Leistungen, soweit sie von Leistungserbringern nach Absatz 4 erbracht werden, erstmals bis zum 30. April **2027.**“*

In § 132a Absatz 1 SGB V ist ein neuer Satz 5 aufzunehmen:

„Die Grundsätze der Vergütung nach den Nummer 2a, 5 und 7 haben zu berücksichtigen, dass die Vergütung in der häuslichen Krankenpflege sowohl in Form von Leistungspauschalen erfolgen kann als auch in Form einer Zeitvergütung nach Qualifikationen.“

Artikel 3: Änderung des Pflegezeitgesetzes

§ 2 Absatz 2: Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit eines nahen Angehörigen durch Pflegefachpersonen

Die BAGFW begrüßt, dass künftig Pflegefachpersonen, die für die Inanspruchnahme der Pflegezeit erforderliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit eines nahen Angehörigen ausstellen können und dies nicht länger Ärzt*innen vorbehalten ist. Ärzt*innen verfügen im Unterschied zu Pflegefachpersonen über keine grundständigen Kompetenzen zur Feststellung des Vorliegens einer Pflegebedürftigkeit.

Artikel 4: Änderung des Pflegeberufgesetzes

§ 4: Vorbehaltene Aufgaben

Die Verbände der BAGFW begrüßen die Änderung der Überschrift zu § 4 PflBG, wodurch richtiggestellt wird, dass es sich bei den sogenannten Vorbehaltspflichten tatsächlich um Aufgaben und nicht um Tätigkeiten handelt. Gleichzeitig wird in § 4 Absatz 2 Nummer 1 präzisiert, dass auch die Planung der Pflege zu den vorbehaltenen Aufgaben von Pflegefachpersonen gehört. Dafür hat sich die BAGFW seit langem eingesetzt. Ein Meilenstein ist ebenfalls, dass die Pflegefachpersonen vorbehaltenen pflegerischen Aufgaben nach dem neuen Absatz 1 Satz 1 mit dem Wort “Pflegeprozessverantwortung” beschrieben werden. Die BAGFW regt an, in der Überschrift des § 4 das Wort “Pflegeprozessverantwortung” zu verankern.

Änderungsbedarf:

Änderung der Überschrift des § 4 wie folgt:

*“Vorbehaltenen Aufgaben, **Prozessverantwortung**”*

§ 4a i.V.m. § 14a: Eigenverantwortliche Heilkundeausübung, Standardisierte Kompetenzbeschreibungen für heilkundliche Aufgaben.

Die in der BAGFW organisierten Verbände würdigen die Aufnahme der eigenverantwortlichen Heilkundeausübung in das PflBG ausdrücklich. § 4a stellt einen Meilenstein in der Professionalisierung der Pflegeberufe dar. Positiv hervorzuheben ist, dass alle Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 PflBG, also sowohl die beruflich ausgebildeten als auch die hochschulisch qualifizierten Pflegenden, unter diese Regelung fallen.

Auch die Klarstellung in der Gesetzesbegründung, dass es sich bei der Regelung nach § 4a PflBG neu um eine Spezialregelung (*Lex specialis*) gegenüber § 1 des HeilPrG handelt, soll ausdrücklich gewürdigt werden. Dies trägt dem fachlichen Verständnis der Pflegeprofession Rechnung, wonach Pflege ein Heilberuf ist, dem bereits heilkundliche Elemente immanent sind, was im Diskurs um die "Heilkundeübertragung" zu Irritationen führte, denn wie kann etwas übertragen werden, das dem Pflegeberuf bereits *secundum essentiam* innewohnt. Zielführender ist die in dem RefE verwendete Formulierung: "Aufgaben die zuvor Ärztinnen und Ärzten vorbehalten waren". Ausschlaggebend für die Frage: "Wer darf was mit welcher Qualifikation?" soll künftig nicht mehr die Unterscheidung pflegerisch oder heilkundlich sein, sondern ausschließlich die während der Berufsbiografie erworbenen Kompetenzen. Aus professionswissenschaftlicher Sicht ist diese Präzisierung des gesetzgeberischen Willens ein Puzzleteil, das in der Diskussion um die eigenständige Durchführung von Heilkunde durch Pflegefachpersonen bislang fehlte.

Als Voraussetzung für die Leistungen nach § 15a i.V. mit § 73d SGB V neu gibt der Gesetzgeber vor, dass die dazu benötigten Kompetenzen vorliegen müssen, was so weit sachgerecht ist. Gleichzeitig wird jedoch darauf verwiesen, dass es sich hierbei ausschließlich um Kompetenzbeschreibungen handeln soll, die im Rahmen des PflBG erworben wurden. Da dies nach § 14a Satz 2 (neu) "insbesondere" standardisierte Beschreibungen der nach § 37 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 Satz 2 Nummer 6 bis 9 handelt, werden davon faktisch jedoch ausschließlich Pflegefachpersonen mit einer hochschulischen Ausbildung erfasst, die sich zudem noch in der Ausbildung befinden. Zwar ist in dem vorliegenden RefE an vielen Stellen von der Anerkennung „gleichwertiger Qualifikationen“ die Rede (etwa im Begründungstext zu § 15a SGB V und in § 73d Absatz 1 SGB V), die auch Pflegefachpersonen mit einer entsprechenden Fachweiterbildung zur Durchführung dieser Leistungen berechtigen würden. Da die genaueren Bestimmungen jedoch erst durch die Vereinbarungen nach § 73d SGB V bzw. den in Auftrag zu gebenden „Scope of Practice“ nach § 8 Absatz 3c SGB XI festgelegt werden sollen, und eine entsprechende korrespondierende Regelung im PflBG fehlt, würden aktuell 98% der Pflegefachpersonen durch das Raster fallen. Denn die hochschulisch qualifizierten Pflegenden machen nach aktuellen Erhebungen des BIBB lediglich rund 2 % der Pflegefachpersonen aus.

Dabei ist das Pflegekompetenzgesetz ursprünglich angetreten, um gerade die Kompetenzen der beruflich qualifizierten Pflegenden zu stärken. Die gesetzlich bislang schon vorgesehene Zusatzausbildung in den Heilkundemodulen nach § 14 PflBG muss darüber hinaus von den Modellvorhaben nach §§ 63 Absatz 63c SGB V und 64d SGB V entkoppelt und als regelhafte Zusatzausbildung in das PflBG verankert werden. Denn § 4a (neu) weist dezidiert auf die "im Rahmen des PflBG erworbenen

Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Heilkundeausübung“ hin, die mithin allen Pflegefachpersonen zustehen müssen, seien sie rein beruflich oder primärqualifizierend hochschulisch nach dem PflBG qualifiziert. Ohne die Möglichkeit, die benötigten Kompetenzen zur selbstständigen Ausübung von erweiterter Heilkunde im Rahmen einer an die Pflegefachausbildung anschließende Zusatzausbildung erwerben zu können, wird die medizinisch-pflegerische Versorgung nicht wirkungsvoll gestärkt werden können.

Und selbst wenn die Inhalte einzelner Fachweiterbildungen anerkannt werden würden, beispielsweise im Bereich der Wundversorgung, so sind diese doch sehr spezialisiert und weniger generalisiert ausgerichtet. Die Heilkundemodule sind hier deutlich umfassender gestaltet und zudem bereits bundeseinheitlich standardisiert, während der Weiterbildungsbereich in der Pflege völlig fragmentiert und heterogen gestaltet ist.

Darüber hinaus stellen die Heilkundemodule teilweise völlig neue Angebote dar, die wichtige Versorgungslücken schließen, da sie sich an einem medizinisch-pflegerischen Prozess im Sinne eines Disease Managements - und nicht an einzelnen Tätigkeiten orientieren. Insofern ist es richtig hier nach § 4a neu von eigenverantwortlicher Ausübung von Heilkunde zu sprechen, denn gerade am Modul Demenz wird deutlich, dass hier eben keine ärztliche Tätigkeit übertragen wird, sondern es sich hier um eine originäre Pflegeprozessessteuerung handelt, die um heilkundliche Befugnisse erweitert wird.

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände setzen sich daher mit Nachdruck dafür ein, dass § 14 PflBG neu gefasst wird – und die Regelung zu § 14a PflBG miteingeschlossen wird.

Änderungsbedarf:

§ 4a (Eigenverantwortliche Heilkundeausübung) ist wie folgt zu ändern:

*“Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 sind zur eigenverantwortlichen Heilkundeausübung im Rahmen der nach diesem Gesetz erworbenen Kompetenzen befugt. **Kompetenzen, die von Personen nach § 1 während des Berufslebens, etwa durch Fort- und Weiterbildung erworben wurden, sind davon mitumfasst.**”*

§ 14 ist neu zu fassen:

§ 14 Zusatzausbildung zur eigenverantwortlichen Ausübung von erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten

(1) Personen mit einer Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung nach § 1 PflBG können zusätzlich Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Durchführung weiterer heilkundlicher Aufgaben erwerben.

(2) Die Vermittlung der erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen erfolgt auf der Grundlage der von der Fachkommission nach § 53 PflBG erarbeiteten standardisierten Beschreibungen für die erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Ausübung von heilkundlichen Aufgaben (standardisierte Kompetenzbeschreibungen), soweit diese

Kompetenzen nicht bereits im Rahmen der Ausbildung nach § 5 vermittelt werden.

(3) Die standardisierten Kompetenzbeschreibungen nach Absatz 2 werden durch die Fachkommission nach § 53 PflBG in regelmäßigen Abständen, mindestens alle fünf Jahre, an den allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse angepasst. Sie werden gemeinsam vom Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend und vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt. Die Genehmigung der standardisierten Module erfolgt einmalig; Änderungen bedürfen einer erneuten Genehmigung.

(4) Die Ausbildungsinhalte werden in gesonderten schulinternen Curricula der Pflegeschulen und Ausbildungsplänen der Träger der praktischen Ausbildung ausgewiesen.

(5) Die erworbenen Kompetenzen für weitere heilkundliche Aufgaben werden zum Abschluss der Zusatzausbildung staatlich geprüft.

(6) Abweichend zu den Vorschriften in Abschnitt 1 kann die Vermittlung der Kompetenzen für weitere heilkundliche Aufgaben von Institutionen der Fort- und Weiterbildung erfolgen, sofern die Mindestanforderungen nach § 9 PflBG erfüllt werden. Die übrigen Vorschriften des PflBG gelten entsprechend.

§ 14a (neu) geht in § 14 auf und kann daher entfallen.

§ 53: Fachkommission; Erarbeitung von Rahmenplänen

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände setzen sich mit Nachdruck für die Verankerung der Erarbeitung und Anpassung der Heilkundemodule als regelhafte Aufgabe der Fachkommission durch Ergänzung von Absatz 1 ein.

Änderungsvorschlag:

„(1) Zur Erarbeitung eines Rahmenlehrplans und eines Rahmenausbildungsplans für die Pflegeausbildung nach Teil 2 sowie zur Wahrnehmung der weiteren ihr nach diesem Gesetz zugewiesenen Aufgaben wird eine Fachkommission eingerichtet. **Hierzu gehört insbesondere die Erarbeitung und regelmäßige Anpassung der standardisierten Kompetenzbeschreibungen für die Zusatzausbildung zur eigenverantwortlichen Durchführung von heilkundlichen Aufgaben.“**

Des Weiteren müssen Folgeänderungen in der PflAuPrV und der PflAuFinV geprüft und vorgenommen werden. Die Zusatzqualifikation nach § 14 muss über den Pflegeausbildungsfonds refinanziert werden.

Folgeänderungen:

Regelung der Kostentragung PflAuFinV

Ergänzung des § 1 Absatz 7:

*„Ausbildungskosten im Sinne dieser Verordnung sind die Kosten der beruflichen Pflegeausbildung nach § 27 des Pflegeberufgesetzes sowie die Kosten des praktischen Teils der hochschulischen Pflegeausbildung nach § 39a des Pflegeberufgesetzes **und die Kosten der beruflichen Pflegeausbildung nach § 14 (neu) des Pflegeberufgesetzes**, soweit im Folgenden nicht etwas anderes bestimmt ist.“*

Regelung der Ausbildungsvergütung

Ergänzung des § 19 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes:

*„Der Träger der praktischen Ausbildung hat der oder dem Auszubildenden für die gesamte Dauer der Ausbildung **sowie für den Erwerb der Zusatzqualifikation nach § 14 (neu)** eine angemessene Ausbildungsvergütung zu zahlen.“*

Die PflAuPrV ist um die Prüfung der standardisierten Kompetenzbeschreibungen zu erweitern.

C. Weitere Änderungsbedarfe

§ 8 Absatz 8 SGB XI: Anschubfinanzierung zur Digitalisierung

Bislang ist nur eine einmalige Förderung nach § 8 Absatz 8 SGB XI in Höhe von 12.000 Euro möglich und der Eigenanteil der Pflegeeinrichtung ist mit 60 Prozent der Fördermaßnahme zu hoch bemessen, er sollte auf 20 % verringert werden. Die Fördermittel von bis zu 12.000 Euro sollten maximal ausgeschöpft werden, deshalb ist das einmalig zu streichen. Überdies sollen auch die digitalen Kompetenzen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung förderfähig sein.

§ 42a: Gemeinsamer Jahresbetrag

§ 42a Absatz 1 und 2 SGB XI sehen Informationspflichten für die Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste gegenüber den Pflegekassen und den Pflegebedürftigen vor.

Das Ziel wird nicht erreicht, weil die Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste die Versicherten nur über die bei ihnen in Anspruch genommenen Leistungen informieren könnten, jedoch keine Informationen vorliegen haben bei welchen anderen Leistungserbringern, die Pflegebedürftigen Leistungen abgerufen haben.

Dies bedeutet, dass das mit der Regelung intendierte Ziel des Gesetzgebers nicht erreicht werden kann, dass der Pflegebedürftige zu jedem Zeitpunkt eine Transparenz und genaue Informationen über die bereits in Anspruch genommenen Leistungen erhält.

Die BAGFW erachtet die Informationsübermittlung an den pflegebedürftigen Menschen für obligat, damit diese den Jahresbetrag sinnvoll einsetzen können. Dies ist jedoch eine Aufgabe der jeweiligen Pflegekasse, bei der der Pflegebedürftige versichert ist

§ 45 SGB XI: Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Künftig sind im Rahmen der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 Beratende angehalten, auch auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegekursen nach § 45 sowie auf sonstige, geeignete Beratungs- oder Hilfsangebote hinzuweisen. Wie bereits zu "§ 37 Absatz 3a (neu): Inhalte des Beratungsbesuches und weitere Änderungsbedarfe bei den Beratungsbesuchen nach § 37 Absatz 3" erwähnt und hingewiesen, ist eine Information über die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegekursen nach § 45, auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen, nur dann zielführend, wenn diese Ansprüche flächendeckend eingelöst werden können. Hierzu sehen wir einen dringenden gesetzlichen Regelungsbedarf bei § 45 SGB XI.

Die BAGFW hat in den letzten Jahren wiederholt auf die hohe Bedeutung der Pflegekurse nach § 45 SGB XI hingewiesen und gefordert, dass Pflegekurse und Schulungen in der Häuslichkeit flächendeckend zur Verfügung stehen müssen und nicht länger davon abhängig sein dürfen, ob die einzelne Pflegekasse einen Rahmenvertrag

mit dem jeweiligen Leistungserbringerverband oder Pflegedienst geschlossen hat. Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierten Personen müssen einen qualifizierten Anbieter frei wählen können. Die Beseitigung des bestehenden Flickenteppichs und die Sicherstellung eines flächendeckenden niedrigschwiligen Zugangs zum unterstützenden Leistungsangebots nach § 45 SGB XI mittels Vereinheitlichung vertraglicher Regelungen der Pflegekassen mit den Leistungserbringern (inkl. Kontrahierungszwang der Pflegekassen bei vorliegenden qualitätsgesicherten Angeboten) ermöglicht den ambulanten Diensten den Aufbau eines flächendeckenden Angebotes an Schulungen im Rahmen von Pflegekursen und häuslichen Angeboten, die von allen Pflegekassen finanziert werden. Mit dieser Änderung ist zudem eine Entbürokratisierung verbunden, da Verhandlungen bzw. Bewerbungen auf Vergabeverfahren mit einzelnen Pflegekassen und Beitrittsverfahren sowie aufwendige Listenführungen entfallen. Die BAGFW hat dazu mehrfach den unten beschriebenen Lösungsansatz vorgeschlagen.

Änderungsvorschlag:

§ 45 SGB XI ist wie folgt anzupassen:

„(1) ~~Die Pflegekassen haben für~~ Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen **haben Anspruch auf** unentgeltliche Schulungskurse, **die die Pflegekassen** durchzuführen, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt. § 114a Absatz 3a gilt entsprechend. Die Pflegekassen sollen auch digitale Pflegekurse anbieten; die Pflicht der Pflegekassen zur Durchführung von Schulungskursen nach Satz 1 vor Ort bleibt unberührt.

(2) Die Pflegekasse kann die Kurse entweder selbst oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen durchführen oder geeignete andere Einrichtungen mit der Durchführung beauftragen.

(3) Über die einheitliche Durchführung sowie über die inhaltliche Ausgestaltung der Kurse **und Schulung in der Häuslichkeit können haben** die Bundes- oder Landesverbände der Pflegekassen **gemeinsam und einheitlich** Rahmenvereinbarungen mit den **Vereinigungen der Träger von Einrichtungen** oder den Trägern der Einrichtungen **zu** schließen, die die Pflegekurse durchführen.“

§ 87a Absatz 1 Satz 1 SGB XI Freihaltepauschalen

In § 87a Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „**Tag der Aufnahme**“ durch das Wort „**Vertragsbeginn**“ ersetzt. In Absatz 1 wird als letzter Satz ergänzt: „**Wird der Bewohner erst nach Vertragsbeginn aus Gründen, die nicht das Pflegeheim zu vertreten hat, aufgenommen, besteht für die Tage ab Vertragsbeginn bis zum Tag vor der Aufnahme kein Leistungsanspruch gemäß § 42, und § 43 SGB XI.**“

§ 113 Absatz 1 Satz 6 SGB XI: Betreuungskräftequalifizierung

Die Leistungserbringung zwischen ambulanten Pflegediensten und ambulanten Betreuungsdiensten unterscheidet sich sehr deutlich. Dazu hat u.a. Prof. Dr. Andreas Büscher im Erweiterungsbericht aufgrund eines Auftrags des Qualitätsausschusses Pflege zur Anpassung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a SGB XI in der ambulanten Pflege. Erweiterungsbericht, korrigierte Fassung Mai 2024", hingewiesen. Zum Hintergrund des Erweiterungsberichtes: Der Qualitätsausschuss Pflege hatte mit Beschluss vom 24.10.2023 die Science to Business GmbH der Hochschule Osnabrück und das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld ergänzend damit beauftragt, die Anwendbarkeit der angepassten Instrumente und Verfahren auf die Qualitätssicherung ambulanter Betreuungsdienste zu prüfen. Der Erweiterungsbericht steht zum Download unter: [Erweiterungsbericht-ambulante-Betreuungsdienste-Mai-2024.pdf](#).

Bei den pflegerischen Betreuungsmaßnahmen handelt es sich um eine pflegerische Aufgabe, die in einem ambulanten Pflegedienst im Gegensatz zu einem ambulanten Betreuungsdienst unter der ständigen Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachperson, der verantwortlichen Pflegefachperson, steht. Nach dem Verständnis des Pflegekompetenzgesetzes sollten Mitarbeitende durch eine materielle Qualifikation befähigt sein. Hierzu stellt die verantwortliche Pflegefachperson unter ihrer Verantwortungshoheit fest, ob Mitarbeitende für die Durchführung der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen geeignet sind und ob und wie eine qualifizierte Anleitung durch eine Pflegefachperson zu erfolgen hat bzw. wie die Qualifizierung der Mitarbeitenden, die pflegerische Betreuungsmaßnahmen durchführen, sicherzustellen ist. Vor diesem Hintergrund ist es nicht nachvollziehbar, warum die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Ambulanten Pflegediensten, die pflegerische Betreuungsmaßnahmen, entsprechend den Richtlinien für nicht pflegefachlich geleitende und qualifizierte Betreuungsdienste qualifiziert sein müssen. Dies widerspricht jedem pflegefachlichen Verständnis und konterkariert die Zielsetzungen eines Pflegekompetenzgesetzes. Der Querverweis auf die Richtlinien nach § 112a SGB XI ist deshalb ersatzlos zu streichen.

Änderungsbedarf:

Ersatzlose Streichung von § 113 Absatz 1 Satz 6:

“Darüber hinaus ist in den Vereinbarungen zu regeln, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten, die Betreuungsmaßnahmen erbringen, entsprechend den Richtlinien nach § 112a zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste qualifiziert sein müssen.”

§ 114a Absatz 3 SGB XI: Durchführung der Qualitätsprüfung - Anforderungen an Pflegedokumentation

Seit der Einführung und Implementierung des indikatorengestützten Qualitätssystems in der stationären Langzeitpflege begleiten und beobachten die Verbände der Freien

Wohlfahrtspflege die Umsetzung in der Praxis. Praxisrückmeldungen legen nahe, dass divergierende Auffassungen zur entbürokratisierten Pflegedokumentation nach dem Strukturmodell in Qualitätsprüfungen wiederkehrend zu Unstimmigkeiten führen. Einrichtungen äußern teilweise die bedenkliche Grundannahme, dass Qualitätsprüfungen mehr/andere Anforderungen an die Pflegedokumentation stellten als das Strukturmodell vorgibt. Im Worst Case weichen immer mehr Einrichtungen von der entbürokratisierten Pflegedokumentation ab, um sich für zukünftige Qualitätsprüfungen abzusichern. Dies entspräche einer Situation, die es mit der Einführung des Strukturmodells zu überwinden galt. Um diese Errungenschaft nicht zu gefährden bzw. zumindest abzusichern, wird eine konkrete Festschreibung in § 114a Absatz 3 SGB XI vorgeschlagen.

Änderungsbedarf:

§ 114a Absatz 3 durch einen neuen Satz 3 ergänzen, wie folgt:

“An die Pflegedokumentation sind von Seiten der Prüfinstitutionen keine Anforderungen zu stellen, die über die in § 113 Absatz 1 Satz 2 getroffenen Vereinbarungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation hinausgehen.”

Zeitvergütung in der ambulanten Pflege

Im Pflegeverständnis des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach § 14 SGB XI gilt es die Selbstbestimmung und Selbstständigkeit von pflegebedürftigen Menschen zu erhalten und zu fördern. Dabei stehen individuelle Problemkonstellationen und deren Lösung im Vordergrund, was eine Abkehr vom Verrichtungsbezug in der Pflege bedeutet. In diesem Sinne stellt die Zeitvergütung in der ambulanten Pflege, bei der die zu erbringende Leistung im Rahmen des SGB XI zwischen Pflegebedürftigen und ambulanten Dienst individuell hinsichtlich des Pflegebedarfs vereinbart wird, die dem Pflegebedürftigkeitsbegriff am besten entsprechende Vergütungsform dar.

In den §§ 89 und 120 SGB XI sind daher die entsprechenden Weichen für diese Form der Zeitvergütung zu stellen und die Vergütungsform zu ermöglichen.

§ 19 Absatz 6 SGB XII: Sonderrechtsnachfolge

Seit Jahren weist die BAGFW auf das Problem hin, dass Pflegedienste, die pflegebedürftige Menschen, die einen Antrag auf Sozialhilfe gestellt haben, weil sie die Leistungen dringend benötigten, auf den Kosten sitzenbleiben, wenn der Sozialhilfeträger die Leistung erst nach ihrem Tod bewilligt. Pflegedienste bleiben häufig auf Kosten in bis zu fünfstelligen Beträgen sicher, weil der Gesetzgeber nicht rechtssicher geregelt hat, dass nicht nur stationäre Einrichtungen, sondern auch ambulante Dienste Anspruch auf Kostenerstattung haben. Daher fordert die BAGFW dringlich eine Änderung in § 19 Absatz 6 SGB XII.

Änderungsbedarf:

§ 19 Absatz 6 wird wie folgt geändert:

*„(6) Der Anspruch der Berechtigten auf Leistungen für **stationäre Einrichtungen** **oder ambulante Dienste** 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.“*

Berlin, 14. Juli 2025

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Evelin Schneyer
Geschäftsführerin

Kontakt:

Claus Bölicke, AWO (claus.boelicke@awo.org)

Dr. Elisabeth Fix, DCV (elisabeth.fix@caritas.de)

Katharina Owczarek, Diakonie Deutschland (katharina.owczarek@diakonie.de)

Erika Stempfle, Diakonie Deutschland (erika.stempfle@diakonie.de)

Thorsten Mittag, Der Paritätische (altenhilfe@paritaet.org)

Christian Hener, DRK (c.hener@drk.de)

Patrick Wollbold, ZWST (p.wollbold@jq-ffm.de)