

**BKK Dachverband
e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin**

**TEL (030) 2700403-
300
FAX (030)
2700400-191
politik@bkk-dv.de
www.bkk-
dachverband.de**

STELLUNGNAHME BKK DACHVERBAND E.V.

vom 30.09.2024

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

Inhalt

I. VORBEMERKUNG	5
II. DETAILKOMMENTIERUNG	8
Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	8
Zu Nr. 2: Leistungen zur Prävention in der ambulanten Pflege (§ 5 SGB XI)	8
Zu Nr. 3 d): Übertragung von Beratungsaufgaben auf Dritte (§7a SGBXI)	12
Zu Nr. 5: Gemeinsame Verantwortung (§ 8 SGB XI)	13
Zu Nr. 5d: Maßnahmenförderung zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für die in der Pflege Tätigen (§ 8 Absatz 7 SGB XI)	14
Zu Nr. 7: Aufgaben der Länder (§ 9 SGB XI) und zu Nr. 11: Aufgaben der Pflegekassen (§ 12 SGB XI) und zu Nr. 32: Sicherstellungsauftrag (§ 69 SGB XI) Kommunale Pflegestrukturplanung und regionale Versorgungsdaten	15
Zu Nr. 9: Amt der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege (§ 10a SGB XI)	17
Zu Nr.10b: Aufgaben der Pflegeeinrichtung (§ 11 SGB XI)	18
Zu Nr. 12: § 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument (§ 15 SGB XI)	19
Zu Nr.13: Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln (§ 17a SGB XI)	19
Zu Nr.14: Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen (§ 18e SGB XI)	21
Zu Nr. 17: Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI)	23
Zu Nr. 19, 21, 22: Digitale Pflegeanwendungen/ Ergänzende Unterstützung bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen (§§ 39a, 40a, 40b SGB XI)	24

Zu Nr. 20: Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung (§ 40 SGB XI)	25
Zu Nr. 25: Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB XI)	28
Zu Nr. 29: Anspruch auf Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (§ 45f SGB XI)	30
Zu Nr. 29: Anspruch auf Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags (§ 45g SGB XI)	31
Zu Nr. 30 und Nr. 40: Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen (§ 45j) mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c SGB XI	32
Zu Nr. 31: Aufgabenerledigung durch Dritte (§47b SGB XI)	37
Zu Nr. 33: Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag (§ 72 SGB XI)	38
Zu Nr. 34 Sicherstellung der pflegerischen Versorgung (§ 73a SGB XI)	38
Zu Nr. 45b: Erweiterter Qualitätsausschuss: Vorschlagsrecht des unparteiischen Vorsitzenden (§ 113b Absatz 3 SGB XI)	39
Zu Nr. 45c Doppelbuchstabe bb: Vorschlagsrecht des unparteiischen Vorsitzenden (§ 113b Absatz 4 Satz 3 SGB XI)	40
Zu Nr. 47a: Daten- und Kommunikationsplattform (§ 114 Absatz 1a SGB XI)	40
Zu Nr. 52: Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung (§ 118a SGB XI)	41
Artikel 3: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	43
Zu Nr. 2: Pflegerische Leistungen und heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen (§ 15 SGB V)	43
Nr. 3 Empfehlung zur Verhaltensbezogenen Primärprävention (§ 20 Abs. 5 SGB V)	44
Zu Nr. 8: Selbständige Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; selbständige Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen; Evaluation (§ 73d SGB V)	44

Zu Nr. 10: Anforderungen an eine fachgerechte Pflegeprozesssteuerung/ Grundsätze der Vergütung erweiterter heilkundlicher Aufgaben (§ 132a SGB V)	51
Zu Nr. 11: Aufgabenübertragung von Kranken- bzw. Pflegekassen an Arbeitsgemeinschaften oder Dritte (§ 197b SGB V)	52
Artikel 4: Änderung des Pflegezeitgesetzes	53
Kurzzeitige Arbeitsverhinderung (§ 2)	53
III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF	54
Haftungsprämien bei Pflegefachpersonen mit heilkundlichen Kompetenzen	54
Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer (§ 293 Abs. 8 SGB V)	54
§ 18c SGB XI Entscheidung über den Antrag, Fristen	55

I. VORBEMERKUNG

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf für ein Pflegekompetenzgesetz verfolgt die Bundesregierung das Anliegen, den Pflegefachpersonen mehr Eigenständigkeit und Eigenverantwortung zuzugestehen. Dieser lange überfällige Schritt ist notwendig, um zukünftig die gesundheitliche und pflegerische Versorgung zu sichern.

Weiterhin wurde eine Vielzahl von Regelungsinhalten aufgenommen, die sich der Flexibilisierung des Leistungs- und Vertragsrechts, der Weiterentwicklung der pflegerischen Bedarfsplanung sowie der Schaffung eines neuen Versorgungssektors widmen.

Der BKK Dachverband hält dabei die Schätzung des Haushaltsaufwands und die Aussage zu Leistungseinsparungen in Höhe von jährlich 154 Millionen Euro für unrealistisch. Es ist nicht davon auszugehen, dass allein die Etablierung des Modells von gemeinschaftlichen Wohnformen zu Minderausgaben führt. Dafür existiert kein einziger Anhaltspunkt. Eine Analyse dieser und der damit verbundenen Regelungen lassen nur den Schluss zu, dass kein Einspareffekt bei den stationären Leistungsausgaben stattfinden wird. Ebenso wird unzureichend reflektiert, dass die Ausweitung des Tätigkeitsspektrums für Pflegefachpersonen nicht kostenneutral verlaufen kann. Die Kompetenzerweiterung bezüglich der Hilfsmittelversorgung und der erweiterten (heilkundlichen) pflegerischen Tätigkeiten darf bei den Ausgaben und bzgl. etwaiger kostentreibender Aspekte nicht ignoriert werden. Auch die weiteren Maßnahmen des Referentenentwurfs dürften keine kostenneutrale Wirkung haben und eher zu Mehrausgaben führen.

Zudem scheint sich der Trend zu verfestigen, für die Umsetzung von komplexen gesetzlichen Regelungen Geschäftsstellen ins Leben zu rufen und das Leistungsspektrum der SPV noch komplexer zu gestalten, als dies bisher schon der Fall ist. Eigentlich sollte der Bundesregierung daran gelegen sein, Bürokratie abzubauen und mehr Innovationskraft durch erweiterte Handlungsspielräume zu schaffen.

Die Eröffnung von neuen Tätigkeitsfeldern für Pflegefachpersonen im Wege des Rahmenvertrags nach § 73d SGB (neu) wird ausdrücklich begrüßt. Dies ist ein wichtiger – von den Betriebskrankenkassen immer wieder geforderter – Zwischenschritt auf dem Weg zu einem kompetenzgestuften Pflegesystem, welches den aktuellen Herausforderungen in der Versorgung adäquat begegnet. Grundvoraussetzungen für die Umsetzung des Rahmenvertrags sind der Aufbau eines real funktionierenden Beschäftigtenverzeichnisses sowie Regelungen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit. Diese sind dringlich vor Inkrafttreten zu schaffen.

Den neu zu etablierenden „stambulanten“ Versorgungssektor, der als Zwischenform zu den Sektoren ambulant und stationär geschaffen werden soll, lehnt der BKK Dachverband entschieden ab. Aus den jetzt kleinteilig komplexen und damit bürokratischen Regelungen geht kein nachhaltiger Innovationsschub für die soziale Pflegeversicherung (SPV) hervor. Lediglich ein einziges Wohn- und Pflegemodell wird damit in die Regelversorgung gebracht, und durch das Festhalten an der strengen Sektorensystematik in der SPV entfaltet sich keine Innovationsdynamik. Bestehende Wohngemeinschaften und eine Vielzahl an neuen Versorgungsansätzen, die gerade erprobt werden oder sich in älteren Modellvorhaben als zielführend erwiesen haben, profitieren von den hier vorgelegten Änderungen nicht. Im Gegenteil: Die Regelungen zu den gemeinschaftlichen Wohnformen brechen einerseits die Logik des Leistungsrechts und führen andererseits zu zunehmender Unübersichtlichkeit und zu einem Aufwuchs an Komplexität im Vertragsrecht und bei den Vergütungsverhandlungen. In der Praxis wird sich das nicht bewähren.

Der BKK Dachverband begrüßt außerordentlich die Öffnung des Zugangs zu Präventionsleistungen für die häusliche Pflege. Allerdings sehen wir hier noch Konkretisierungs- und Nachbesserungsbedarf, um einerseits Synergien zwischen GKV und SPV stärker in den Blick zu nehmen und zudem Menschen mit dem Risiko einer drohenden Pflegebedürftigkeit als zusätzliche Zielgruppe für die individuelle verhaltensbezogene Primärprävention zu erschließen. Vollkommen unverständlich ist dem BKK Dachverband der Widerspruch, dass einerseits in der GKV die individuelle verhaltensbezogene Prävention – gerechtfertigt – stärker auf Menschen mit Pflegebedürftigkeit ausgerichtet wird, während durch das Gesundes-Herz-Gesetz die dort von den Kassen zu verausgabenden Mittel drastisch eingeschränkt werden. Damit die Krankenkassen diesen wichtigen präventiven Aufgaben gerecht werden können, bedarf es einer entsprechenden sicheren finanziellen Grundlage und nicht deren Kürzung. Notwendig wäre auch, dass ambulante Pflegeeinrichtungen durch Projekte der Pflegekassen befähigt werden, Maßnahmen zur verhaltensbezogenen Prävention parallel zu Einrichtungen der stationären Langzeitpflege umzusetzen und dies als paralleler Zugangswege SGB-übergreifend beschrieben wird.

Die im Gesetz angelegte Stärkung der kommunalen Pflegestruktur- und Bedarfsplanung ist grundsätzlich begrüßenswert. So wie im Referentenentwurf vorgeschlagen dürften die Regelungen ihren Zweck allerdings nicht erfüllen, weshalb hier nach Ansicht des BKK Dachverbandes konzeptionell vollkommen neu gedacht und eine wissenschaftlich fundierte Basis geschaffen werden muss.

Grundsätzlich ist zum Gesetzentwurf anzumerken, dass die Einzelregelungen hochkomplex sind und es mehr Zeit für eine fachliche Diskussion über Wirkung und Folgewirkung benötigen würde, als der Gesetzgeber den anzuhörenden Organisationen und Protagonisten zugesteht. Es ist auch bedauerlich, dass das große Struktur- und Organisationswissen der Selbstverwaltung nicht

genutzt wird, um schon im Vorfeld eine offene Diskussionskultur zu schaffen, um Fehlentwicklungen vorzubeugen. Festzustellen ist außerdem, dass die mit dem PKG avisierten Änderungen die bereits vorhandene Komplexität nochmals erhöhen. Es stellt sich die Frage, ab welchem Punkt die SPV systematisch neu aufgesetzt werden muss?

II. DETAILKOMMENTIERUNG

Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nr. 2: Leistungen zur Prävention in der ambulanten Pflege (§ 5 SGB XI)

Mit den geplanten Ergänzungen in § 5 SGB XI wird eine langjährige Forderung des BKK Dachverbandes aufgegriffen, Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention für ambulant versorgte Pflegebedürftige zu stärken. Positiv ist der Versuch, die Schnittstellen zwischen SGB XI und SGB V zu überbrücken. Diese Verbindung soll durch die Verknüpfung des systemischen Ansatzes von § 5 SGB XI mit dem individuellen Präventionsansatz nach § 20 Absatz 5 SGB V erreicht werden.

Der BKK Dachverband sieht jedoch Änderungsbedarf gegenüber dem Referentenentwurf: Bereits heute enthält das Gutachten nach § 18b SGB XI eine Präventionsempfehlung, die auf eine Beratung zu individuellen Präventionsleistungen nach § 20 Absatz 5 SGB V abzielt. Bestehende Ansätze der individuellen Prävention nach § 20 Absatz 4 Nr. 1 SGB V, die von den Krankenkassen angeboten werden, sollten konsequent gestärkt und auf Pflegebedürftige sowie Personen, die von Pflegebedürftigkeit bedroht sind, ausgeweitet werden.

Um diese Zielgruppen besser zu erreichen, sollte die Weiterentwicklung des GKV-Leitfadens nicht nur über das SGB XI erfolgen. Auch der Leitfaden Prävention der GKV, der das Spektrum der Präventionsleistungen nach § 20 Absatz 4 Nr. 1 SGB V beschreibt, sollte einbezogen werden. Pflegebedürftige und von Pflegebedürftigkeit bedrohte Personen sollten als besondere Zielgruppen aufgenommen werden. Auf dieser Grundlage sollten konkrete Angebote entwickelt oder ergänzt werden. Ansätze aus dem Leitfaden Prävention für stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI sollten ebenfalls berücksichtigt werden. Die Unterstützung der Pflegekassen bei der Aufgabenwahrnehmung der Krankenkassen wäre hierbei hilfreich. Zur Identifikation der von Pflegebedürftigkeit bedrohten Personen sollten neben Präventionsempfehlungen auch Datenanalysen der Kranken- und Pflegekassen nach § 25b Absatz 1 Nr. 4 SGB V genutzt werden. Es wäre zudem zu prüfen, ob die beiden Leitfäden zusammengeführt werden sollten, um Synergien zu schaffen. Dies könnte in einem SGB-übergreifenden Kapitel zur verhaltensbezogenen Primärprävention für Pflegebedürftige operationalisiert werden.

Die Regelungen in § 5 SGB XI sollten einen ergänzenden Zugang zu Präventionsmaßnahmen bieten. Ambulante Pflegeeinrichtungen sollten, ähnlich wie im stationären Bereich, durch Projekte der Pflegekassen befähigt werden, Präventionsmaßnahmen umzusetzen. Konkrete

Kriterien dazu sollten im Leitfaden der SPV (nach § 5 SGB XI) beschrieben werden. Bereits vorhandene Erkenntnisse aus § 20 Absatz 2 und dem entsprechenden GKV-Leitfaden sollten einbezogen werden, um Synergien zu nutzen.

Es ist positiv, dass Präventionsempfehlungen im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 SGB XI von Pflegefachkräften umgesetzt werden sollen. Wissenschaftlich fundierte methodische Grundlagen sowie Aspekte der Bedarfserhebung, Beratung und Empfehlung sollten frühzeitig nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit und während fortbestehender Pflegebedürftigkeit im Leitfaden nach § 5 SGB XI beschrieben werden.

Gleichzeitig ist zu klären, inwieweit es sinnvoll ist, Präventionsempfehlungen explizit über die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und ausschließlich durch Pflegefachkräfte umzusetzen. Die Empfehlungen zur Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberatern nach § 7a Absatz 3 Satz 3 SGB XI sollten nicht zu Brüchen in der Pflegeberatung, besonders in der Häuslichkeit, führen.

Rechtssystematisch sollte im § 7a Absatz 1 SGB XI und § 7c SGB XI festgehalten werden, dass es Aufgabe der Pflegeberatung ist, Empfehlungen für Präventionsleistungen nach § 20 Absatz 5 SGB V auszusprechen. Dies sollte auch in den Pflegeberatungs-Richtlinien nach § 17 Absatz 1a SGB XI verankert werden. Ähnliches gilt für die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 SGB XI und die Qualitätssicherung nach § 37 Absatz 5 SGB XI.

Der BKK Dachverband befürwortet grundsätzlich die stärkere Ausrichtung der verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Absatz 4 Nr. 1 und Absatz 5 SGB V auf Pflegebedürftige und von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen. Es bleibt jedoch unverständlich, warum im Gesundes-Herz-Gesetz (GHG) die Finanzierung überwiegend medizinischer Maßnahmen, wie Früherkennung, Kinderuntersuchungen und Arzneimittel zur Tabakentwöhnung, aus Mitteln der Primärprävention erfolgen soll. Diese Mittelkürzungen gefährden nicht nur Präventionskurse gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sondern auch die im PKG geplante Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung bei Pflegebedürftigkeit. Um die Krankenkassen in die Lage zu versetzen, ihre präventiven Aufgaben zu erfüllen, bedarf es einer stabilen finanziellen Grundlage statt einer Kürzung.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nummer 2b wird wie folgt geändert:

~~Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt~~

Nach Absatz 1 werden folgender Absatz 1a, 1b und 1c eingefügt:

„(1a) Die Pflegekassen sollen den Zugang zu Leistungen der Krankenkassen zur Prävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches für in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Pflegebedürftige in häuslicher Pflege als ergänzenden Zugangsweg zu Maßnahmen zur verhaltensbezogenen Prävention 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 und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung in ambulanten Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 1 unterstützen. Dies umfasst neben einer Bedarfserhebung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen und der fachlichen Beratung zur Information und Sensibilisierung der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie Pflegepersonen bezüglich der Möglichkeiten, die mittels Gesundheitsförderung und Prävention zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten bestehen. Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1 bleiben unberührt. Sofern die Leistungen nach Satz 1 und 2 in ambulanten Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 1 im Einzelfall nicht erbracht werden, kann auch eine Präventionsempfehlung nach § 36 Absatz 1a durch eine Pflegefachperson erfolgen.

(1b) Pflegefachpersonen können auf der Grundlage von §§ 7a Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 und 7c Absatz 2 Satz 1 Nummer 1, nach § 36 Absatz 1a oder nach § 37 Absatz 3a eine Empfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches aussprechen. Bedarfserhebung, Beratung und Empfehlung sollen frühestmöglich nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 18b und auch während fortbestehender Pflegebedürftigkeit erfolgen.

(1c) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen die Kriterien für die Verfahren nach Absatz 1a und Absatz 1b fest, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele. Etwaige Kriterien, Erkenntnisse und Inhalte nach Maßgabe von § 20 Absatz 2 des Fünften Buches sind hierbei zu berücksichtigen und miteinander zu verknüpfen.“

Ergänzend erfolgen folgende Änderungen im Artikel 1:

In § 7a Absatz 1 Satz 3 wird nach der Nummer 1 folgende neue Nummer 2 eingefügt:

„2. die Erstellung einer Empfehlung nach Maßgabe von § 5 Absatz 1b und 1c für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches; insbesondere unter

Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 18b und auch während fortbestehender Pflegebedürftigkeit,"

In § 7c Absatz 2 wird im Satz 1 Nummer 1 das Komma gestrichen und durch folgender Halbsatz angefügt:

„; dies Umfasst auch die Erstellung einer Empfehlung nach Maßgabe von § 5 Absatz 1b und 1c für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches; durch eine Pflegefachperson insbesondere unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 18b und auch während fortbestehender Pflegebedürftigkeit,"

In § 36 wird folgender Absatz 1a ergänzt:

„Der Anspruch nach Absatz 1 umfasst auch die Erstellung einer Empfehlung nach Maßgabe von § 5 Absatz 1b und 1c für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches; durch eine Pflegefachperson insbesondere unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 18b und auch während fortbestehender Pflegebedürftigkeit."

In § 37 Absatz 3a wird der Punkt gestrichen und durch folgenden Halbsatz ergänzt:

„; umfasst ist auch die Erstellung einer Empfehlung nach Maßgabe von § 5 Absatz 1b und 1c für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches; durch eine Pflegefachperson insbesondere unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 18b und auch während fortbestehender Pflegebedürftigkeit."

Artikel 3 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

§ 20 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Einbeziehung unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, psychotherapeutischen, psychologischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverständes sowie des Sachverständes der Menschen mit Behinderung einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele. **Berücksichtigt werden hierbei als besondere Zielgruppe Pflegebedürftige nach § 14 des Elften Buches und von Pflegebedürftigkeit**

bedrohte Versicherte. Er bestimmt außerdem die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen, um insbesondere die einheitliche Qualität von Leistungen nach Absatz 4 Nummer 1 und 3 sicherzustellen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher, dass seine Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 sowie eine Übersicht der nach Satz 2 zertifizierten Leistungen der Krankenkassen auf seiner Internetseite veröffentlicht werden. Die Krankenkassen erteilen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen hierfür sowie für den nach § 20d Absatz 2 Nummer 2 zu erstellenden Bericht die erforderlichen Auskünfte und übermitteln ihm nicht versichertenbezogen die erforderlichen Daten."

b) Absatz 5 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigt die Krankenkasse eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2, nach § 26 Absatz 1 Satz 3 oder eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftlich abgegebene Empfehlung; **die Krankenkasse berücksichtigt auch eine Präventionsempfehlung nach § 7a und 7c des Elften Buches, nach § 37 Absatz 3a des Elften Buches oder nach § 18b Absatz 2 des Elften Buches. Zu berücksichtigen sind zudem die Auswertungen nach § 25b Absatz 1 Nummer 5, sofern diese im Ergebnis das Risiko einer Pflegebedürftigkeit ergeben.**“

Ergänzend erfolgen folgende Änderungen im Artikel 3:

In § 25 wird Absatz 1 durch folgenden Satz ergänzt:

„Die besonderen Bedarfe von Pflegebedürftige nach § 14 des Elften Buches und von Pflegebedürftigkeit bedrohten Versicherte bei Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 sind zu berücksichtigen.“

Zu Nr. 3 d): Übertragung von Beratungsaufgaben auf Dritte (§7a SGBXI)

Absatz 8 des § 7a SGB XI wird neu gefasst. Für die Sicherstellung der Beratung ihrer Versicherten können die Pflegekassen Vereinbarungen zur kassenartenübergreifenden Organisation der Pflegeberatung treffen. Die Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung muss gewährleistet sein. Die Pflegekassen können ihre Beratungsaufgaben nach diesem Buch auch ganz oder teilweise auf Dritte übertragen.

Diese Regelung wird begrüßt. Sie eröffnet in Verbindung mit § 47b SGB XI im Rahmen der Aufgabenerledigung durch Dritte auch die Möglichkeit für die Übertragung von

Beratungsaufgaben, die nach der Rechtsprechung des BSG als wesentliche Aufgaben der Pflegekassen gelten.

Zu Nr. 5: Gemeinsame Verantwortung (§ 8 SGB XI)

Der BKK Dachverband sieht in der vorgesehenen Regelung in Artikel 1 Nummer 5b und dem neuen Absatz 3c einen systematischen Widerspruch zu Artikel 3 Nummer 8 und dem dort formulierten gesetzlichen Auftrag nach § 73d SGB V (neu).

Nach § 8 Absatz 3b SGB XI (neu) sollen zwischen 2025 und 2030 Expertisen zur Ausgestaltung insbesondere heilkundlicher Leistungen gefördert werden. Parallel dazu soll gemäß § 73d SGB V (neu) bis zum 31.12.2025 ein Rahmenvertrag abgeschlossen werden, der einen „Katalog von erweiterten heilkundlichen Leistungen“ sowie einen Katalog für Leistungen festlegt, bei denen eine Folgeverordnung und Hilfsmittelversorgung initiiert werden können.

Im Ergebnis überholt die Regelung der konkreten Praxis (§ 73d SGB V) die zweifelsohne wichtigen, aber im Hinblick auf die Zeitplanung wenig sinnvollen konzeptionellen Expertisen nach § 8 Abs. 3b SGB XI.

Aus Sicht des BKK Dachverbandes müsste entweder Artikel 1 Nummer 5b und damit Absatz 3c (neu) gestrichen oder die sehr kurze Frist in Artikel 3 Nummer 8 und § 73d SGB V (neu) deutlich verlängert werden, um die konzeptionellen Arbeiten in den Rahmenvertragsprozess zu integrieren.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nummer 5b) wird gestrichen:

§ 8 Abs. 3c (neu) wird gestrichen:

„(3c) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen fördert gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wissenschaftliche Expertisen zur konkreten Ausgestaltung der Inhalte von pflegerischen und heilkundlichen Leistungen des Fünften und Elften Buches, die durch Pflegefachpersonen gestaffelt nach Qualifikationsniveau nach Maßgabe von § 15a des Fünften Buches erbracht werden können. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend nach Anhörung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a die Dauer, Inhalte und Durchführung von Maßnahmen nach Satz 1. Die Beauftragung der Erstellung wissenschaftlicher Expertisen

erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bei der Beauftragung der Erstellung wissenschaftlicher Expertisen sowie ihrer Durchführung ist sicherzustellen, dass die Auftragnehmer die fachliche Expertise der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a in geeigneter Art und Weise einbeziehen. Weitere geeignete Fachorganisationen können an der Erstellung der Expertisen beteiligt werden. Für die Umsetzung der Aufgaben nach Satz 1 bis 4 werden dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für die Jahre 2025 bis 2030 Fördermittel von insgesamt zehn Millionen Euro bereitgestellt. Die gesetzlichen Krankenkassen tragen an den Ausgaben für die Fördermittel einen Anteil von 50 Prozent; § 150 Absatz 4 Satz 3 und 4 gelten entsprechend. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung."

Zu Nr. 5d: Maßnahmenförderung zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für die in der Pflege Tätigen (§ 8 Absatz 7 SGB XI)

Der Personal- und Fachkraftmangel in der Pflege macht es notwendig, Maßnahmen zu ergreifen, die es den Mitarbeitern in der Pflege ermöglicht, eine bessere Vereinbarkeit von Familie und dem Beruf Pflege zu bewerkstelligen. Durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurde ein spezielles Förderprogramm installiert, welches für entsprechende Maßnahmen bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zur Verfügung stellt. § 8 Absatz 7 SGB XI bietet Möglichkeiten zur Maßnahmenförderung, die nun um Maßnahmen zur betrieblichen Integration von Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland erweitert werden.

Die in den Jahren 2023/24 nicht verausgabten Mittel der Maßnahmenförderung stehen von 2025 bis 2030 weiterhin zur Verfügung, werden jedoch durch das PUEG um Ausgaben für Modellvorhaben zu Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier gemäß § 123 SGB XI gekürzt. Der vorliegende Referentenentwurf senkt das ursprüngliche Förderbudget nochmals, um Mittel für die Geschäftsstelle nach § 113c Absatz 9 SGB XI bereitzustellen. Diese Geschäftsstelle soll unter anderem die Einführung und Weiterentwicklung eines wissenschaftlich gestützten Personalbemessungsverfahrens in stationären Pflegeeinrichtungen unterstützen und die Erkenntnisse aus dem Modellprojekt nach § 8 Absatz 3b SGB XI implementieren. Dies dient der Vorbereitung von Maßnahmen zur Personal- und Organisationsentwicklung. Dazu wird auf die Einschätzung zu Artikel 1 Nr. 46 verwiesen.

Der BKK Dachverband sieht es kritisch, dass die soziale Pflegeversicherung und damit die Versichertengemeinschaft Maßnahmen finanziert, die der Vereinbarkeit von Beruf und

Familienleben dienen. Seit längerem besteht die Tendenz, staatliche und durch Steuermittel zu finanzierende Aufgaben auf Sozialversicherungsträger, insbesondere die Pflegeversicherung, zu übertragen. Dies schwächt die Finanzstruktur und führt dazu, dass die Pflegeversicherung an Rückhalt verliert, da immer mehr Mittel verwendet werden, ohne direkt den Pflegeversicherten zugutezukommen. Die Aufteilung des Fördermittelvolumens verstärkt die Konkurrenz zwischen den verschiedenen Maßnahmen. Die Integration von aus dem Ausland angeworbenem Personal in die Unternehmensorganisation, eine eigentlich unternehmerische Aufgabe, der Pflegeversicherung aufzubürden, ist eine weitere Zweckentfremdung von Versichertengeldern. Unternehmen sollten aus eigenem Interesse effektive Integrationsschritte planen und umsetzen. Sollte an diesem Vorgehen festgehalten werden, könnte dies dazu führen, dass privatwirtschaftliches Handeln in der Pflegebranche sukzessive ad absurdum geführt wird.

Dieser Zusatz widerspricht außerdem dem Ziel, Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu fördern, da er einem Folgeaspekt von Maßnahmen der Personalakquise betrifft, die dem internen Personalmanagement zuzuordnen sind.

Es wird ferner darauf hingewiesen, dass der vorliegende Referentenentwurf nicht festlegt, in welcher Höhe die nicht verausgabten Mittel des Förderprogramms für den Aufbau einer Geschäftsstelle nach § 113 Absatz 9 SGB XI verwendet werden können – im Gegensatz zu § 123 SGB XI. Dies könnte zu einer übermäßigen Mittelabschöpfung durch den Aufbau und Betrieb der Geschäftsstelle führen. Eine Begrenzung der Mittel sollte mindestens vorgesehen werden, um die Planbarkeit der verschiedenen Mittelverwendungen sicherzustellen.

Zu Nr. 7: Aufgaben der Länder (§ 9 SGB XI) und zu Nr. 11: Aufgaben der Pflegekassen (§ 12 SGB XI) und zu Nr. 32: Sicherstellungsauftrag (§ 69 SGB XI) Kommunale Pflegestrukturplanung und regionale Versorgungsdaten

Die Länder sind nach § 9 SGB XI dazu verpflichtet, eine ausreichende, leistungsfähige und wirtschaftliche Struktur zur Versorgung pflegebedürftiger Personen vorzuhalten. Dies umfasst die Übernahme der Investitionskosten. Um die Angebotsstruktur für die Zukunft abzusichern, ist es notwendig, eine entsprechende Planung vorzunehmen. Die Landespflegeausschüsse erarbeiten und aktualisieren Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur (Pflegestrukturplanungsempfehlung). Dabei stellen die Beteiligten schon aktuell erforderliche Angaben bereit, soweit diese ihnen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben verfügbar sind und es sich nicht um personenbezogene Daten handelt. Laut dem Referentenentwurf (§ 9 SGB XI) bestimmen die Länder nunmehr auch, ob eine Pflegestrukturplanung vorzusehen ist und ob darin die Empfehlungen der Landespflegeausschüsse abgebildet werden bzw. diese als Pflegestrukturplanung bereits anzuerkennen sind.

Die Pflegekassen sind außerdem nach § 12 SGB XI dafür verantwortlich, die pflegerische Versorgung ihrer Versicherten zu gewährleisten. Bisher sollten sie örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaften bilden, also nicht als Einzelkassen agieren. Diese Soll-Regelung wird im vorliegenden Entwurf zu einer verbindlichen Pflicht. Zudem müssen die Pflegekassen nun ihre Versorgungsdaten auswerten und für die kommunale Pflegestrukturplanung bereitstellen, jeweils mit regionalem Bezug. Diese Daten sollen allen an der Versorgung Beteiligten und auf Anfrage auch den regionalen Gebietskörperschaften zur Verfügung stehen. Empfehlungen legen den Umfang, die Struktur, den Turnus und mögliche Indikatoren der Datenerhebung fest.

Der BKK Dachverband bewertet die Bemühungen, eine Pflegeinfrastruktur- und Bedarfsplanung zu etablieren, grundsätzlich positiv. Allerdings ist zu erwarten, dass die geplanten gesetzlichen Anpassungen ein ineffizientes und ineffektives Verfahren schaffen, das den Anforderungen einer echten Infrastrukturplanung und Bedarfserhebung nicht gerecht wird. Dies liegt daran, dass die Länder gemäß § 9 Satz 3 SGB XI (neu) die kommunale Pflegestrukturplanung als optional betrachten können. Angesichts bestehender regionaler Pflegestrukturdefizite ist dies nicht zielführend. Kritisch ist zudem, dass die Ergebnisse der heutigen Landespflegeausschüsse als Strukturplanung anerkannt werden, ohne methodische und konzeptionelle Einheitlichkeit – selbst innerhalb eines Bundeslandes – zu gewährleisten. Darüber hinaus bleibt festzuhalten, dass die Pflegestrukturplanungen ins Leere laufen werden, solange die Länder ihrer Aufgabe der Investitionskostenförderung nicht nachkommen, wie die letzte IGES-Erhebung zeigt.

Die in der Gesetzesbegründung erwähnten methodischen Inhalte und Konzepte einer Strukturbedarfsplanung finden sich in der gesetzlichen Regelung nicht wieder, sollten dort jedoch als verbindliche Rahmensetzung genannt werden.

Der BKK Dachverband ist der Meinung, dass eine Struktur- und Bedarfsplanung zwingend auf wissenschaftlicher Grundlage entwickelt werden sollte. Dabei müssen regionale Spezifika in den jeweiligen Bundesländern berücksichtigt werden. Erst auf dieser Grundlage und wenn klar ist, welche Items für die Planung notwendig sind und wo diese bereits erhoben werden können, führt eine Auswertung und Bereitstellung durch die Pflegekassen zum Ziel. Wichtige Prämisse sollte sein, dass die spezifischen Daten zentral, verbindlich und automatisiert zusammengefasst und dann für die jeweiligen Regionen (Planungsbezirke, -kreise usw.) bereitgestellt oder gezielt abgerufen werden müssen. Dies ist notwendig, da die Kranken- und Pflegekassen regional unterschiedlich aufgestellt sind und deren Versicherte nicht gleichmäßig den Regionen zugeordnet sind, insbesondere bei bundesunmittelbaren Kassen. Zudem ist es wichtig, die zugrundeliegenden Daten im Zeitverlauf abzubilden, um Trends in der Bedarfs- und Strukturentwicklung analysieren zu können. Der Auftrag an die Selbstverwaltung, Empfehlungen zur Datenerhebung durch die Pflegekassen abzugeben, führt ohne vorherige wissenschaftliche Herleitung der Datenkomponenten in die Irre. Es besteht die Gefahr, dass eine Vielzahl nutzloser

Daten ausgewertet wird, die nicht dem Ziel der Versorgungsplanung dienen oder nicht plausibel sind. Die Vergabe wissenschaftlicher Expertise würde den Ländern und Kommunen Sicherheit bei der Datengrundlage zur Planung geben.

Der BKK Dachverband sieht als großes Manko dieser angedachten Regelung, dass die Vertragspartner, insbesondere die Pflegekassen und ihre Landesverbände, die Empfehlungen vor Vertragsabschlüssen beachten müssen. Faktisch können sie diese jedoch nur zur Kenntnis nehmen, da sie aufgrund der Regelung zu § 69 SGB XI im Kontrahierungszwang stehen. Sie können weder den Leistungserbringer, der die Zulassung eines Angebots begehrt, abweisen noch ihn zur Anpassung seines Angebots auffordern. Im Gegenteil, der Leistungserbringer kann den Rechtsweg beschreiten und gegen das Verhalten des Vertragspartners vorgehen. Der Gesetzgeber muss den Pflegekassen daher Handlungsoptionen im Zulassungsgeschäft ermöglichen, wie die Ablehnung des Zulassungsbegehrens, die Umwandlung des Versorgungsvertrags oder die Ausschreibung von Versorgungsverträgen für bestimmte Angebote. Dies sieht das PKG jedoch nicht vor, sodass es auf dieser Grundlage zu keiner echten Bedarfssteuerung kommen kann.

Zu Nr. 9: Amt der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege (§ 10a SGB XI)

Das Amt des/der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung wurde nach der Bundestagswahl 2013 geschaffen. Auf Vorschlag des Bundesministers für Gesundheit wird diese Person vom Bundeskabinettt bestellt. Der erste Pflegebevollmächtigte übte das Amt noch gemeinsam mit dem des Patientenbeauftragten aus. Seit Anfang 2018 wird es ausschließlich als alleinige Vertretung der pflegebedürftigen Personen sowie ihrer pflegenden Angehörigen und der Pflegeberufe wahrgenommen. Ziel ist es, deren Stellung und Position gegenüber der Politik im Rahmen der Bundesgesetzgebung zu stärken. Mit dem vorliegenden Referentenentwurf soll dieses Amt personell, strukturell und organisatorisch verstetigt werden.

Nach Meinung des BKK Dachverbands vollzieht der Pflegeberuf einen Emanzipierungsprozess, politisch gefördert durch die Gesetzgebung im Rahmen des Pflegekompetenzgesetzes, des Pflegeassistenzgesetzes, des Pflegestudiumsstärkungsgesetzes und weiterer Gesetzesvorhaben (z. B. APN-Gesetzgebung). Deshalb ist es notwendig und folgerichtig, diese Zielgruppe aus der Bindung zum Amt des/der Pflegebevollmächtigten zu lösen. Der Pflegeberuf ist ein anerkannter Gesundheitsberuf, der über eigene Entscheidungsstrukturen verfügt und durch die Unterstützung des Deutschen Pflegerats seine berufspolitischen Ziele formuliert und umsetzt. Der Pflegeberuf steht selbstbewusst für seine Belange ein. In der Vergangenheit war die Unterstützung durch das Amt des/der Pflegebevollmächtigten notwendig und sinnvoll, aber es ist an der Zeit, dass sich der Pflegeberuf aus dieser Drittvertretung löst. Dies ist auch angesichts der Herausforderung

notwendig, dass es der/dem Pflegebevollmächtigten ohnehin nicht gelingt, die Position der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen einerseits sowie der Pflegeberufe mit einer hohen Schnittmenge zu den bisherigen Leistungserbringerorganisationen andererseits widerspruchsfrei zu vertreten. Zwischen diesen Mandaten besteht ein Interessenkonflikt, und deshalb wäre es aus vielerlei Gründen folgerichtig, die Vertretung der beruflich Pflegenden vom Amt des/der Pflegebevollmächtigten zu lösen. Mit diesem Schritt würde auch eine Harmonisierung zum Amt der/des Patientenbeauftragten geschaffen, die/der ebenfalls nur die Belange der Patienten und Patientinnen vertritt und nicht die der weiteren Heilberufe.

Zudem erachtet der BKK Dachverband es als wichtig, zu regeln, dass das Amt und gegebenenfalls das Mandat des/der Pflegebevollmächtigten voneinander getrennt sind. Es ist nicht logisch, dass der/die Bevollmächtigte gleichzeitig der Gesetzgebung des Bundes beiwohnt und gesetzliche Bestimmungen erlässt, die den Zielsetzungen des Amtes widersprechen. An dieser Stelle entsteht ein Vertrauensverlust gegenüber der zu vertretenden Personengruppe.

Darüber hinaus besteht Konkretisierungsbedarf zu dem in Absatz 3 einzurichtenden Beirat. Damit die Teilnahme von Interessenverbänden mit hoher Repräsentativität der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen gewährleistet ist, muss genau definiert werden, mit welcher Vertretungsbefugnis (z. B. Mitgliederzahl) diese daran mitwirken können. Andernfalls wird es aufgrund der Vielzahl und der oft kleinteiligen Interessenstrukturen nicht möglich sein, ein Abbild der Versorgungsprobleme zu erhalten, das nicht auf Einzelerfahrungen beruht. Zudem sollte für die Interessenvertretungen klar und nachvollziehbar sein, wer berufen wurde, wer nicht und aus welchen Gründen.

Zu Nr.10b: Aufgaben der Pflegeeinrichtung (§ 11 SGB XI)

Das Grundanliegen des Gesetzgebers zu Artikel 1 Nr. 10b bzgl. der Entwicklung von Delegationskonzepten ist nachvollziehbar. Um jedoch einen unverhältnismäßigen Ressourceneinsatz in jeder Einrichtung zu vermeiden, wird angeregt, dass die Organisationen nach § 118a (neu) entsprechende Muster-Delegationskonzepte entwerfen und den Einrichtungen zur Verfügung stellen. Das ohnehin verbindliche interne Qualitätsmanagement der jeweiligen Einrichtung kann diese unkompliziert und aufwandsarm an spezifische Gegebenheiten anpassen und damit zur Anwendung bringen. Das aktuell im Gesetzgebungsverfahren stehende „Pflegeassistenzgesetz“ vereinheitlicht zudem die zergliederte Landschaft der Assistenzbildungen weiter, minimiert damit etwaige Kompetenzunterschiede und ist insofern ein weiteres Argument für die o.g. Musterdelegationskonzepte.

Zu Nr. 12: § 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument (§ 15 SGB XI)

Der GKV-Spitzenverband soll – so der Referentenentwurf – an einen unabhängigen Dritten den Auftrag vergeben, einen wissenschaftlichen Bericht über die Erfahrungen der Pflegekassen und der Medizinischen Dienste mit dem 2017 eingeführten Begutachtungsinstrument und dessen methodischer Systematik anzufertigen. Im Zentrum der Untersuchung steht, wie sich die Ermittlung und Wirkweise der Pflegegrade gestalten und welche Weiterentwicklungen notwendig sind. Der Gesetzgeber interessiert sich konkret dafür, wie es zu dem vermeintlich massiven Anstieg an pflegebedürftigen Personen im Gegensatz zu den bisherigen Prognosen seit 2017 kommen konnte.

Der BKK Dachverband insistiert in Bezug auf die Regelung zur Delegation der Auftragsvergabe an den GKV-Spitzenverband sowie auf die damit verbundene Regelung zur Finanzierung. Die Vergabe an einen unabhängigen Dritten zur Erstellung eines wissenschaftlichen Berichts sollte vom BMG übernommen und aus dem Bundeshaushalt des Einzelplans 15, Kapitel 1502, Titelgruppe 01 - Studien- und Modellmaßnahmen zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen, finanziert werden. Mit den Evaluationen zur Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde ebenso verfahren. Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragte damals (§ 18c Absatz 2 SGB XI i.d.F. vom 01.01.2016) eine begleitende wissenschaftliche Evaluation zu Maßnahmen und Ergebnissen der Vorbereitung und Umsetzung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Im Rahmen der Evaluation waren insbesondere die Erfahrungen und Auswirkungen zu untersuchen. Einige damalige Untersuchungsschwerpunkte finden sich nun auch im neu zu beauftragenden Berichtsauftrag wieder. Der Bundesgesetzgeber versucht an dieser Stelle, die Finanzwirkung der Berichterstattung und die damit zusammenhängenden finanziellen Aufwände zu Lasten der Versichertengemeinschaft der sozialen Pflegeversicherung zu verschieben.

Zu Nr.13: Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln (§ 17a SGB XI)

Der BKK Dachverband begrüßt die Neufassung der gesetzlichen Regelungen für eine Kompetenzerweiterung der Pflegefachpersonen im Rahmen der Qualifikation (insb. § 15a bzw. 73b SGB V).

Durch den im Referentenentwurf mit § 33a SGB V vorgesehenen Ansatz zur Ermöglichung von Verordnungen für Hilfsmittel ist ein Regelungsansatz auf Basis von Empfehlungen obsolet geworden. Daher sollte für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel eine einheitliche Regelung geschaffen werden. Damit würde der bürokratische Aufwand erheblich verringert, eine Durchführung in der

Praxis erleichtert und eine Umsetzung der Digitalisierung im Rahmen der elektronischen Verordnung vereinfacht werden.

Die Erfahrungen aus der Praxis haben gezeigt, dass das Instrument der Empfehlung kaum genutzt wurde. Dies hat verschiedene Gründe, die zum Teil mit fehlender Umsetzung des Beschäftigtenverzeichnisses aber auch mit der Unsicherheit bei den Akteuren zusammenhängen. Um ein Nebeneinander zweier Regelungsansätze zu vermeiden sollte zukünftig hierauf verzichtet werden.

Eine Evaluation erfolgt bereits im Rahmen der Evaluation des § 73b SGB V (neu). Daher sollte sich die gesetzliche Formulierung zum Umfang der Evaluation auf diese Aspekte beschränken und die bisherige Formulierung beibehalten werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

Artikel 1 Nummer 13 wird wie folgt geändert:

„§ 17a Richtlinien zur Verordnung von Pflegehilfsmitteln

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

1. in welchen Fällen und für welche Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel, die den Zielen der verbesserten pflegerischen Versorgung dienen, eine Verordnung oder Folgeverordnung durch Pflegefachpersonen möglich ist,

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

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

(2) Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Richtlinien sind alle drei Jahre zu überprüfen und in geeigneten

Zeitabständen an den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse anzupassen; für diese Verfahren gilt Absatz 1 Satz 2 entsprechend.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, zugleich nach § 53 Satz 1 die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahrnehmend, wird beauftragt, die in den Richtlinien festgelegten Verfahren in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, der Bundespflegekammer und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu evaluieren. Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2029 vorzulegen.

Zu Nr.14: Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen (§ 18e SGB XI)

Zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung, einschließlich Beauftragung, Begutachtung und Gutachten, kann der Medizinische Dienst Studien und wissenschaftliche Expertisen vergeben. Nach dem Wortlaut des vorliegenden Referentenentwurfs soll bis spätestens Ende 2025 ein Modellprojekt durchgeführt werden, um zu prüfen, ob, wie und unter welchen Voraussetzungen sowie in welchem Umfang Pflegefachpersonen bei von ihnen direkt versorgten Pflegebedürftigen das Begutachtungsverfahren beauftragen, durchführen und die Ergebnisse übermitteln können.

Angesichts des Fachkräftemangels im Pflegeberuf ist es nach Auffassung des BKK Dachverbands fraglich, ob mit dieser Regelung die pflegerische Versorgungssicherheit durch ausreichend Pflegepersonal nicht konterkariert wird. Da das Begutachtungsverfahren und die Anfertigung des Gutachtens mit zeitlich nicht zu unterschätzenden Aufwänden verbunden sind, werden an dieser Stelle unnötigerweise weitere Personalressourcen gebunden. Zudem wird im Rahmen der originären pflegerischen Versorgung ein Interessenskonflikt provoziert. Der Leistungserbringer wird zum indirekten Leistungsentscheider bzw. -bemesser und ist somit nicht neutral. Dieser Befund mag sich bei der Evaluation noch nicht widerspiegeln und in diesem Kontext rechnet der BKK Dachverband auch (noch) mit keiner Leistungsausweitung. Dies könnte sich aber im Regelbetrieb durchaus anders darstellen. Allein aus wirtschaftlichen Gründen haben Leistungserbringer ein gesteigertes Interesse an höheren Leistungsbezügen und damit Erlösen. Das ist nachvollziehbar und erklärbar. Dem Bundesgesetzgeber war es mit der MD-Reform wichtig u.a. das gesamte Begutachtungsverfahren in neutrale und unabhängige Hände zu legen. Mit der Abkoppelung des MD von den Kassen wurde dieser Wille des Gesetzgebers konsequent vollzogen. Warum allerdings jetzt davon ausgegangen wird, dass die dafür vorgesehenen Pflegefachpersonen, die nach der Gesetzesbegründung eine große Nähe zu dem Pflegebedürftigen haben, sich von allen weiteren Interessen – wie die des Pflegebedürftigen, aber

auch der Betreiber der Pflegeeinrichtungen ergo Arbeitgeber entkoppeln können –ist dem Dachverband nicht nachvollziehbar. Auch mit Blick auf den gebotenen Schutz der Pflegefachperson vor diesem Interessenskonflikt und der Aufrechterhaltung des Vertrauensverhältnisses sollte dieser Weg schon aus ethischen Gründen nicht beschritten werden.

Ungeachtet dessen, ist es bei der Ausschreibung des Modellprojekts unabdingbar, dass die Bundesverbände der Pflegekassen mit einbezogen werden, da einige hier zu klärende Fragen direkt mit den von den Pflegekassen zu verantworteten Verfahren nach 18c SGB XI, der Beauftragung der Begutachtung nach § 18 SGB XI und der Vergütung der resultierenden Leistung in Zusammenhang stehen.

Um das Begutachtungsverfahren insgesamt versichertenfreundlicher und schneller zu gestalten, plädiert der BKK Dachverband für die Erprobung eines KI-gestützten Begutachtungsverfahrens in Verbindung mit telefonischer und videogestützter Begutachtung. Bereits heute ist es möglich, sich mit Hilfe von einschlägigen digitalen Pflegegradrechnern über die mögliche Eingradung zu informieren und diese mit hoher Treffsicherheit zu ermitteln. Erst recht müsste dies durch den Einbezug von KI gestützten Chatbots möglich sein. Der Bundesgesetzgeber sollte dem MD Bund dieses Modellvorhaben im Rahmen der Gesetzgebung auftragen, da angesichts des allgemeinen Pflegefachkräftemangels, der auch den MD direkt betrifft, hier eine effektive Entlastung geschaffen werden kann. Zudem wären die Gutachten durch eine solche KI-gestützte Komponente weniger von subjektiven Einschätzungen beeinflusst und könnten auf der Grundlage von Algorithmen auch bei Widersprüchen die Zuteilung des Pflegegrades nachvollziehbar abbilden. Dadurch würde es zu weniger Rechtsstreitigkeiten kommen. Außerdem sei angemerkt, dass die gute Arbeit der Gutachterinnen und Gutachter des MD bei Einsatz eines KI-gestützten Systems nicht obsolet würde. Vielmehr erscheint es praktikabel, KI-gestützte Systeme zu verwenden, um schnellstmöglich und fristgerecht ein Gutachten sowie einen Leistungsbescheid der Pflegekasse gemäß § 18c Absatz 5 SGB XI auf den Weg zu bringen, der dann gegebenenfalls durch ein klassisches Gutachten des MD verifiziert wird.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Ergänzend erfolgt folgende Änderungen im Artikel 1, Nummer 12:

Nach Absatz 6 wird folgender neuer Absatz 7 eingefügt:

(7) Der Medizinische Dienst Bund beauftragt im Rahmen eines Modellvorhabens nach den Absätzen 1 bis 5 bis spätestens 30. Juni 2025 eine wissenschaftliche Studie zu den Auswirkungen, die ein ersatzweiser oder vorab ergänzender Einsatz von KI-gestützten Systemen im Rahmen des Begutachtungsverfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

auf das Begutachtungsergebnis des Versicherten, insbesondere im Vergleich zu einer Begutachtung im Wohnbereich, videogestützt als auch per Telefonie, mit sich bringt, und erstellt einen Abschlussbericht. Der Abschlussbericht und der Studienbericht sind dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 30. Juni 2026 vorzulegen. Absatz 3 findet Anwendung.

Artikel 1 Nummer 14b zu § 18e Abs. 6 S. 1 SGB XI wird wie folgt geändert:

*Der Medizinische Dienst Bund beauftragt **in Zusammenarbeit mit den Pflegekassen** bis spätestens 31. Dezember 2025 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige mit der Durchführung eines Modellprojekts nach den Absätzen 1 bis 5.*

Zu Nr. 17: Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI)

Im Rahmen der alleinigen Nutzung von Pflegegeld besteht die Auflage, einen regelmäßigen Beratungseinsatz in der eigenen Häuslichkeit gemäß § 37 Absatz 3 SGB XI in Anspruch zu nehmen. Dadurch soll die Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege, der regelmäßigen Hilfestellung und eine praktische pflegfachliche Unterstützung der häuslich Pflegenden gewährleistet werden. In diesem Kontext sieht der Referentenentwurf vor, sofern es erforderlich ist, zukünftig auf das Angebot des regionalen Pflegestützpunktes zu verweisen sowie die Möglichkeit zur Inanspruchnahme der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und den in Verbindung damit stehenden Versorgungsplan. Weiterhin ist auf Pflegekurse nach § 45 SGB XI sowie sonstige Beratungs- und Hilfsangebote zu verweisen. Die Beratungsperson hat dahingehend konkrete Empfehlungen auszusprechen und die Pflegekassen sind bei Erhalt verpflichtet, bei der Inanspruchnahme zeitnah zu unterstützen.

Der BKK Dachverband möchte in Bezug auf die gesetzliche Regelung darauf hinweisen, dass die genannten Inhalte bereits bei den Beratungseinsätzen in der eigenen Häuslichkeit gemäß § 37 Absatz 3 SGB XI gesetzt sind. Der Gesetzgeber versteigt sich hier demnach an Detailregelungen, die den IST-Zustand abbilden. Zudem kann auf die Fachlichkeit der Beratungspersonen gesetzt werden, auf die in der Gesetzesbegründung sogar explizit hingewiesen wird. Die neu aufgenommenen Empfehlungsinhalte sind den Pflegefachpersonen vertraut. Das Aussprechen von Empfehlungen zur Inanspruchnahme ist Grundlage jeglicher Beratungseinsätze. Mit der rechtlich normierten Verfahrensanweisung wird die gegebene Fachlichkeit und der Entscheidungsspielraum der Beratungsperson unterminiert. Einzig das Nachweisformular über einen Beratungseinsatz nach § 37 Absatz 3 SGB XI wird hierdurch massiv an Umfang gewinnen und dem Entbürokratisierungsbestreben zuwiderlaufen. An dieser Stelle wird auch auf das bereits

bestehende Nachweisformular¹ aufmerksam gemacht. Dort wird beispielsweise unter Punkt 4 abgefragt: „*Werden aus Sicht der Beratungsperson Maßnahmen zur Verbesserung der Pflege- und Betreuungssituation angeregt? Ja, es werden folgende Maßnahmen angeregt: Pflegekurs/-schulung; erneute Pflegebegutachtung (...)*“. Danach folgt die Einzelaufzählung von diversen möglichen Pflege- und Entlastungsleistungen des SGB XI und darüber hinaus. Explizit wird im Beratungsprotokoll auch folgende Einschätzung abgefragt: „*Aus Sicht der Beratungsperson ist eine weitergehende Beratung nach § 7a SGB XI angezeigt.*“ Sowie nochmals der Wunsch des zu Beratenden festgehalten: „*Die pflegebedürftige Person wünscht eine weitergehende Pflegeberatung nach § 7a SGB XI.*“ Die Empfehlungen nach § 37 Absatz 5 SGB XI zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI vom 29.05.2018² des Qualitätsausschusses Pflege sind ein weiterer Ankerpunkt für die jetzt vom Gesetzgeber benannten Empfehlungsinhalte.

Zudem ist der Verweis auf die Pflegestützpunkte an dieser Stelle nicht zielführend. Hierzulande hat sich eine vielfältige Beratungsstruktur aufgebaut, die sich nicht auf Pflegestützpunkte reduzieren lässt, zumal diese auch nicht überall flächendeckend ausgebaut wurden. Ein Rückschritt im Vollzug der Digitalisierung des Beratungsprozesses ist das Aushändigen einer Durchschrift an den zu Beratenden. Hier sollte die Möglichkeit bestehen die Beratungs- und Empfehlungsinhalte der pflegebedürftigen Person auf einem miteinander festzulegenden Weg zu gehen – digital oder in Papierform, vor Ort ausgedruckt oder per (digitalen oder postalischen) Versand im Nachgang. Ansonsten müssen weiterhin die Beratungsprotokolle als Papierdokument mit Durchschlag vorgehalten werden oder die Beratungsperson jeweils ein Ausgabe-Peripheriegerät mitführen.

Zu Nr. 19, 21, 22: Digitale Pflegeanwendungen/ Ergänzende Unterstützung bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen (§§ 39a, 40a, 40b SGB XI)

Nachvollziehbar ist das grundsätzliche Anliegen, die Etablierung von Digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) durch die angedachten gesetzgeberischen Konkretisierungen und Anpassungen zu fördern. Hierbei ergeben sich aber zuweilen neue Abgrenzungsschwierigkeiten:

Nachvollziehbar ist die weiter gefasste und damit konkretisierte Regelung in Artikel 1 Nr. 21a (§ 40a Absatz 1a Satz 1 SGB XI), dass DiPAs (wie bisher) auch pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegenden unterstützen können sollen, um die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen zu stabilisieren oder (neu) pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich

¹ https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/formulare/nachweis/210204_Nachweis_Beratungseinsatz_Formular_37Abs3_SGBXI_beleglesbar.pdf

² <https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2018/08/Empfehlungen-%C2%A737-gem.-Beschluss-eQAP-vom-29.05.2018.pdf>

Pflegende zu entlasten. Dies bildet einen praktischen Mehrwert bzgl. der An- und Zugehörigen ab, als bislang.

Allerdings wird gleichermaßen mit Artikel 1 Nr. 19 (§ 39a SGB XI) auf die Feststellung zur Erforderlichkeit der ergänzenden Unterstützungsleistungen (ergUL) durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) verzichtet, was der BKK Dachverband als fachlich bedenklich einstuft. Sollte die Regelung so umgesetzt werden, wären die ergUL demnach also bzgl. ihrer Vergütung als originäre ambulante Sachleistung gem. § 89 SGB XI zu verhandeln und können demnach bei Einsatz jeglicher DiPA vor Ort vertraglich vereinbart, geleistet und folglich abgerechnet werden, egal welchem konkreten Zweck die eingesetzte und vom BfArM vorab gelistete DiPA letztlich dient. Sofern es beim geplanten Wegfall der Erforderlichkeitsprüfung n. § 39a SGB XI bleibt, welche vom BKK Dachverband grundsätzlich abgelehnt wird, wäre zumindest ausdrücklich auszuschließen, dass beim Einsatz von DiPAs, welche überwiegend dem Zweck dienen, pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende zu entlasten und dabei grundsätzlich nicht durch einen Pflegebedürftigen selbst zur Anwendung gebracht werden (können), ergUL abgerechnet werden können.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nummer 19 und hierauf aufbauende Folgeänderungen werden gestrichen. Sofern die Streichung nicht erfolgt, wird Artikel 1 Nummer 19 wie folgt gefasst:

In § 39a werden die Wörter „, deren Erforderlichkeit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 78a Absatz 5 Satz 6 festgestellt hat,“ gestrichen und folgender Satz 2 ergänzt:

„Ein Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen besteht nicht, wenn die digitale Pflegeanwendung überwiegend dem Zweck dient, pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende zu unterstützen oder pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende zu entlasten und damit eine Anwendung durch den pflegebedürftigen Versicherten selbst ausgeschlossen ist.“

Zu Nr. 20: Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung (§ 40 SGB XI)

Es wird auf die Ausführungen zu Artikel 1 Nummer 13 und dem hierüber neu vorgesehenen § 17a SGB XI verwiesen. Um eine dem aktuellen Stand der Wissenschaft angepasste Umsetzung in der

Praxis zu ermöglichen, sollten in der Richtlinie zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln selbst die Indikationsbereiche und Produkte festgelegt werden. Die regelmäßige Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses sowie des Pflegehilfsmittelverzeichnisses kann dabei berücksichtigt werden.

Es ist daher nicht erforderlich, die gesetzlichen Regelungen auf Inkontinenz- und Adaptionshilfen sowie Hilfsmittel bei Tracheostoma und Dekubitus sowie Stomaartikel zu spezifizieren.

Ergänzend sei an dieser Stelle auf folgenden Sachverhalt verwiesen:

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

Um dem Gebaren der Leistungserbringer entgegenzuwirken und den Versicherten einen einfachen Zugang zu den benötigten Leistungen zu ermöglichen, aber auch um Bürokratie abzubauen, wird erneut angeregt, die bisher als Sachleistung ausgestaltete Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln durch die Auszahlung eines festen pauschalen Leistungsbetrags an die Leistungsberechtigten zu ersetzen. Da die grundsätzlichen Anspruchsvoraussetzungen unverändert bestehen bleiben, diese weiterhin zu Beginn der

Versorgung geprüft werden und jeweils eine Bedarfsfeststellung erfolgt, werden Mehrausgaben infolge der neuen gesetzlichen Regelung nicht erwartet. Da neue Produkte hinzugekommen sind und die Preise angestiegen sind, wird der Betrag von 40 Euro bereits heute überwiegend ausgeschöpft.

Mit der Umstellung auf eine pauschale Geldleistung könnten gerade auch im Interesse der Versicherten, die sich verschiedentlich bereits mit dem Wunsch nach Ermöglichung flexiblerer Bezugsmöglichkeiten an die Pflegekassen gewendet haben, die Versorgungsprozesse ohne Qualitätsnachteile entbürokratisiert und beschleunigt werden. Und darüber hinaus kostengünstigere und wirtschaftlichere Beschaffungswege im allgemeinen Fachhandel ermöglicht werden. Dies würde den Wettbewerb intensivieren und den gesetzlich vorgesehenen Leistungsbetrag dauerhaft und nachhaltig sichern, da die vom GKV-Spitzenverband erhobenen Daten zeigen, dass auf dem Erstattungsweg eine Versorgung der Versicherten wirtschaftlicher ist als auf dem Sachleistungsweg. Angesichts der weiter ansteigenden Anzahl der Pflegebedürftigen, die ambulant versorgt werden, und der finanziellen Situation der Pflegekassen ist dies ebenfalls ein wichtiger Gesichtspunkt. Gleichzeitig liegen keinerlei Hinweise vor, wonach die Qualität der Versorgung auf dem Erstattungsweg beeinträchtigt wird. Es handelt sich überwiegend um Produkte, die auf dem Privatzahlermarkt bedenkenlos und günstig zur Verfügung gestellt werden.

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

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

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

Artikel 1 Nummer 20 wird gestrichen.

Ergänzend erfolgen folgende Änderungen im Artikel 1 Nummer 20:

§ 40 Absatz 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„Zur Erfüllung des Anspruchs auf Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln erhalten Pflegebedürftige als Leistung zur häuslichen Pflege, wenn die Durchführung der Pflege zumindest teilweise durch eine Pflegeperson nach § 19 SGB XI erfolgt, ab dem 01.01.2026 einen pauschalen Betrag von 40 Euro monatlich für die Selbstbeschaffung der notwendigen Pflegehilfsmittel. Der Betrag wird von der Pflegekasse erstmalig auf Antrag und nach Bewilligung der Leistung monatlich im Voraus an die pflegebedürftige Person selbst gezahlt. Der Geldbetrag wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Leistungsanspruch endet. § 118 Absatz 3 und 4 des Sechsten Buches gelten entsprechend, wenn der Betrag für die Zeit nach dem Tod des Berechtigten gezahlt wurde.“

In § 40 Absatz 3 SGB XI werden die Sätze 4 und 5 durch folgende Sätze ersetzt:

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

§ 78 Absatz 1 SGB XI wird um folgenden Satz 4 ergänzt (Folgeänderung):

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

§ 78 Absatz 2 SGB XI wird wie folgt geändert:

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

Zu Nr. 25: Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB XI)

Der Gesetzgeber möchte mit den hier getroffenen Regelungen die Zulassung der Angebote zur Unterstützung im Alltag (AUA) niedrigschwelliger gestalten. Bisher haben die landesrechtlichen Regelungen zur Anerkennung sehr divergierende Anforderungen beinhaltet, welche die Angebotslandschaft oftmals enorm eingeschränkt haben. Deshalb wird das Anerkennungsverfahren vereinfacht und die tätigkeitsbegleitende Qualifizierung ermöglicht. Zudem werden Angebote, die durch Einzelhelfende erfolgen, normiert. Bestehende, für die AUA relevante Berufsqualifikationen, sollen zukünftig berücksichtigt werden.

Der BKK Dachverband würdigt an dieser Stelle das Bestreben die Anerkennung zu vereinfachen. Nicht zufriedenstellend ist jedoch die jetzige Lösung, die hauswirtschaftlichen Hilfen gemeinsam mit den Betreuungstätigkeiten als Einheit zu sehen und zu regeln. Die Anforderungen für beide Versorgungsbereiche sind unterschiedlich, und somit auch die Voraussetzungen und die zu übernehmende Verantwortung. Werden angemessene Anforderungen an die Betreuung von beispielsweise an Demenz Erkrankte gestellt, erweisen sich diese für die Erbringung von hauswirtschaftlichen Leistungen eher als zu hoch angesetzt. Dies löst die Neuregelung nicht auf. So soll die Erbringung von AUA losgelöst von der pflegfachlichen Anleitung erfolgen. Die Anleitung und damit direkte, notwendige Zusammenarbeit mit einer pflegfachlich versierten Person ist nicht immer notwendig. Wichtig ist aber im Bereich Betreuung, dass eine Person mit pflegfachlichem Wissen die Gruppensituation einschätzen kann und die Betreuungsaufgaben den ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern zuteilt. Sie kann einschätzen, wie hoch der Betreuungsbedarf ist und wie voraussetzungsvoll eine Betreuungssituation tagesaktuell ist und werden kann. Es entspricht einem modernen Verständnis von Verantwortung gegenüber dem Ehrenamt, immer wieder zu reflektieren, wer welche Verantwortung tragen kann ohne überfordert zu werden. Zudem ist geplant, dass eine Qualifikation für die AUA während der Ausübung der Tätigkeit möglich ist. Das macht es noch bedeutender, dass im Bereich Betreuung eine Anbindung zu einer pflegfachlich versierten Person wichtig ist. Eine nachgelagerte Supervision oder ein späterer Austausch mit ebenso in der Betreuung Tätigen, kann eine akut auftretende Überforderungssituation nicht auflösen. Die Erkenntnisse aus der Pflegeausbildung zeigen, dass eine zu Beginn der Tätigkeit zu hohe Anforderung dazu beiträgt, den Ausstieg gedanklich zu vollziehen.

Die Einzelhelfenden müssen sich höchst bewusst sein, welche Anforderungen sich bei der angebotenen Tätigkeit und in Bezug auf die Zielgruppe ergeben und ob noch weitere Schulungen erforderlich sind und wie diese gewährleistet werden können. Ob die in Absatz 4 Nr. 2 normierte Prüfung zur Eignung der Einzelhelfenden ausreicht, muss die Praxis zeigen.

Kritisch sieht der BKK Dachverband die Regelungen in Absatz 2 Nr. 3 und Absatz 4 Nr. 1, nach welcher der potentielle AUA-Leistungserbringer auch im Bereich Betreuung lediglich nachweisen muss, dass die Durchführung des Angebots die versorgten Pflegebedürftigen nicht gefährdet. Dies ist, angesichts der Tatsache, dass Gelder der Pflegeversicherung eingesetzt werden und eine hochvulnerable Gruppe versorgt werden soll, nicht angemessen.

Insgesamt ist die Regelung in Bezug auf die Nachweise der Anerkennung der Qualifikation nach wie vor komplex. So wird die Qualifikation in ganz unterschiedlichen Settings als erfüllt oder nicht erfüllt erachtet. So zum Beispiel, wenn sich das Angebot an eine bestimmte Zielgruppe richtet aber nicht, wenn Ehrenamt einbezogen wird und im Einzelfall nachgewiesen werden muss.

Es wäre sicherlich von großem Vorteil, wenn die Anlaufstelle bei Fragen und Schwierigkeiten der Pflegebedürftigen direkt mit der Zulassungs- und Anerkennungsstelle des Landes im Informationsaustausch steht. Bestenfalls sollte die Anerkennungsstelle auch der Anlaufpunkt für Beschwerden sein. Ansonsten werden Beschwerden beispielsweise an den Pflegestützpunkt herangetragen, die aber überhaupt keine Folgen für den Leistungserbringer haben. Damit die Pflegekassen in der Lage sind, die Anlauf-Beschwerdestellen des Landes oder der kommunalen Gebietskörperschaften oder andere vorgesehene Stellen zu benennen, sind die Länder gefragt, eine bundesweite Übersicht zu führen und zur Verfügung zu stellen. Der Bundesgesetzgeber sollte diese Vorgabe in Absatz 4 Nr. 4 ergänzen.

Ferner soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass der Zulassungsweg über die zuständige Behörde nach Maßgabe des jeweils erlassenen Landesrechts weiterhin zu divergierenden und dabei komplexen landesrechtlichen Regelungen führend wird. Dies macht – insbesondere bei den bundesunmittelbaren Pflegekassen – das Abrechnungs- bzw. Kostenerstattungsgeschäft unnötig komplex und aufwändig. Daher wird die Bitte an den Bundesgesetzgeber herangetragen, sich mit den Ländern für eine Konsolidierung der handelsrechtlichen Rahmengesetzgebung einzusetzen oder aber eine bundeseinheitliche Regelung der Zulassung von AUA-Angeboten zu prüfen.

Zu Nr. 29: Anspruch auf Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (§ 45f SGB XI)

Bisher war es möglich, von nicht genutzten ambulanten Sachleistungen 40 Prozent für weitere Angebote zur Unterstützung im Alltag umzuwandeln. Mit der vorliegenden Neuregelung soll sich der Umwandlungsanspruch auf 50 Prozent erhöhen.

Der BKK Dachverband unterstützt dieses Anliegen. Dennoch bleibt die Komplexität der Leistungsanspruchnahme bestehen, die von den betroffenen Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen kaum durchdrungen wird. Zudem können von Monat zu Monat die Leistungshöhen unterschiedlich ausfallen. Manche Betroffenen beklagen gar die zu späte Abrechnung der ambulanten Sachleistung. In der Folge verlieren sie durch die Verrechnung im Folgemonat den Überblick auf die konkret verbleibenden Ansprüche. Es hilft den Betroffenen auch nichts, wenn sie nur noch mit Hilfe ihrer Pflegekasse den Überblick über die Leistungen behalten. Der Gesetzgeber muss sich fragen, ob er durch weitere Umwandlungsansprüche das Leistungsgeschehen nicht immer undurchdringbarer werden lässt und ob nicht endlich der Weg über eine global angelegte Budgetlösung im Sach- und Geldleistungsbezug, der bestenfalls Setting-unabhängig angelegt ist, als Mittel der Wahl bei der Inanspruchnahme für mehr Transparenz, Flexibilisierung und Nutzerfreundlichkeit sorgen kann.

Zu Nr. 29: Anspruch auf Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags (§ 45g SGB XI)

Mit dem neu geschaffenen Umwandlungsanspruch des teilstationären Sachleistungsbetrags – der für Tages- und Nachtpflege vorgesehen ist – flexibilisiert der Gesetzgeber weiterhin den individuellen Leistungsanspruch. Dabei können bis zu 50 Prozent des für den jeweiligen Pflegegrad maximal vorgesehenen Leistungsbetrag für Angebote zur Unterstützung im Alltag (AUA) genutzt werden. Anders als beim Umwandlungsanspruch der ambulanten Sachleistung darf hier keine teilstationäre Sachleistung der Tagespflege oder Nachtpflege in dem Monat bezogen worden sein. Dienen soll der Umwandlungsanspruch für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a Absatz 1 Satz 2 Nr. 1, die eine regelmäßige mehrstündige Betreuung in Gruppen bietet. Dabei soll die Entlastungswirkung über einen längeren Zeitraum am Tage gegeben sein und wie Tagespflege wirken. Eine vereinzelte und nur stundenweise Betreuung schließt dies aus.

Der BKK Dachverband sieht in der Regelung bei fehlender Angebotsstruktur vor Ort eine Möglichkeit, trotzdem den Anspruch auf den teilstationären Sachleistungsbetrag zu realisieren, wenn auch in der Menge begrenzt. Was sich aber als absolute Herausforderung erweisen wird, ist die Prüfung, ob der genutzte AUA-Dienst wirklich dem Anspruch auf Entlastung – ähnlich der Tagespflege –, gerecht wird. Wollte der Gesetzgeber die AUA mit Artikel 1 Nummer 25 noch entbürokratisieren, so wird hier eine Prüfung der Voraussetzung gefordert, die von den Pflegekassen absehbar nicht geleistet werden kann. Zudem ist nicht normiert, ab wie vielen Stunden eine Entlastung ähnlich der Tagespflege zu erwarten ist, da dies individuell unterschiedlich bewertet werden kann. Hier darf nicht erst durch richterliche Rechtsprechung eine definitorische Klarstellung hergestellt werden. So könnte der Gesetzgeber hier bereits normieren, dass die Umwandlung für Betreuungsangebote im Rahmen der AUA den überwiegenden Teil des Tages genutzt werden muss. Dies ausgehend von der Basis eines regulären Arbeitstages. Auf jeden Fall kann mit der Unbestimmtheit der Norm keine Abgrenzung von einer längeren Betreuungsleistung in Anlehnung an Tagespflege zu einer vereinzelten und stundenweisen Betreuung erfolgen. Vielleicht schwebt dem Gesetzgeber aber auch eine auf die Wochentage/Wochenenden verteilte Entlastung vor. Das ist anhand des Gesetzeswortlauts und der Begründung aber nicht eindeutig zu erkennen. Es ist dringend notwendig, hier Rechtssicherheit herzustellen, da die Nutzerinnen und Nutzer ansonsten im Zuge der Kostenerstattung die Ablehnung der Kostenübernahme im Nachhinein fürchten müssen. Dies allein auf der Grundlage, dass zu wenige Betreuungsstunden am Tag/Woche in Anspruch genommen wurden. Es ist zudem zu befürchten, dass die Pflegekassen hier aufgrund der unkonkreten Regelung uneinheitlich verfahren.

Unverständlich ist, warum der Leistungserbringer dem Pflegebedürftigen die Abrechnung von Leistungen n. § 41 SGB XI unverzüglich zur Verfügung stellen muss und warum die Leistung nach § 41 SGB XI vorrangig abzurechnen ist. In Absatz 1 ist eindeutig folgendes geregelt; „Die Umwandlung des teilstationären Sachleistungsanspruchs in einen Kostenerstattungsanspruch nach Satz 1 ist möglich, soweit in dem jeweiligen Kalendermonat für den Leistungsbetrag nach § 41 keine teilstationären Sachleistungen der Tagespflege oder Nachtpflege bezogen worden sind.“ Aufgrund dessen kann entweder nur Tagespflege oder die Umwandlung gewählt werden. Es gibt kein Vorrang- bzw. Nachrangprinzip, sondern nur ein Entweder-Oder-Prinzip, anders als beim Umwandlungsanspruch von ambulanten Sachleistungen.

Zu Nr. 30 und Nr. 40: Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen (§ 45j) mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c SGB XI

Der Gesetzgeber setzt mit den hier zugrundeliegenden Regelungen seine Ankündigung um, einen sogenannten „stambulanten“ Sektor im Leistungs- und Vertragsrecht der SPV zu etablieren. Dies offensichtlich auf der Grundlage des Modellvorhabens bzw. der Evaluation des Hausgemeinschaftskonzepts „Haus Rheinaue“ der BeneVit Holding GmbH in Wyhl. Demnach sollen pflegebedürftige Menschen – auf dem Fundament eines Basispakets, welches die grundlegende Versorgung sichern soll – weitere Leistungen flexibel hinzuwählen können. Hierbei handelt es sich im Ergebnis weder um eine klassische stationäre Pflegeeinrichtung noch um eine ambulante Versorgung, wie sie bislang leistungs- und vertragsrechtlich in der SPV etabliert ist. Vereinfacht ausgedrückt sollen damit „Leistungen aus zwei Welten“ verknüpft werden.

Das „stapelfähige“ Leistungsspektrum stellt sich wie folgt dar: Pflegebedürftige, die in einer solchen gemeinschaftlichen Wohnform leben, erhalten monatlich – zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege und unabhängig vom Pflegegrad – einen pauschalen Zuschuss von 450 Euro. Das Basispaket – leistungsrechtlich für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2-5 vorgesehen – umfasst als monatlichen Sachleistungsanspruch körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung dem § 36 SGB XI entsprechend (auch als Kombinationsleistung gem. § 38 SGB XI, wenn der ambulante Sachleistungsanspruch nur teilweise in Anspruch genommen wird) und zudem eine Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V. Zusätzlich können – über das originäre Basispaket hinaus – in allen Pflegegraden folgende weitere Leistungen in Anspruch genommen werden: Pflegeberatung gem. 7a SGB XI, Pflegehilfsmittel gem. § 40 Absatz 1 und 2 SGB XI, digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen gem. §§ 39a, 40a und 40b SGB XI und zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit, kurzzeitiger Arbeitsverhinderung gem. § 44a SGB XI sowie Pflegekurse gem. § 45 SGB XI. Pflegebedürftige im Pflegegrad 2-5 erhalten zusätzlich Leistungen zur Sicherung der Pflegepersonen sowie Kurzzeitpflege im Anschluss einer stationären Behandlung. Eine hierüber hinausgehende Versorgung mit Pflegesachleistungen gemäß § 36 SGB XI ist in

Pflegeverträgen gem. § 120 SGB XI zu vereinbaren. Alternativ können diese Leistungen auch Angehörige, Pflegepersonen, ehrenamtlich Tätige oder Dritte übernehmen. Die angedeutete leistungsrechtliche Flexibilität wird aber dahingehend konterkariert, da eine Abwahl einzelner Leistungen im Basispaket nicht möglich sein soll. Zudem können die vorzuhaltenden Leistungen ausschließlich von bereits zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtung erbracht werden, welche für die betreffende gemeinschaftliche Wohnform eine entsprechende Vergütungsvereinbarung auf der Grundlage von § 92c SGB XI (neu) abgeschlossen haben.

Vertragsrechtlich ist für diesen neuen Sektor in der SPV vorgesehen, dass ambulante Pflegeeinrichtungen Verträge mit den Landesverbänden der Pflegekassen, den Trägern der Sozialhilfe und den Landesverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich abschließen. Träger von vollstationären Pflegeeinrichtung oder ambulante Betreuungsdienste sind hiervon explizit ausgeschlossen.

Die grundlegende Intention dieser vertrags- und leistungsrechtlichen Neuerung ist zu begrüßen. Dem BKK Dachverband ist sehr daran gelegen, innovative Versorgungsformen zu etablieren, welche einerseits eine gewisse Versorgungsabsicherung und -kontinuität gewährleisten und gleichzeitig das starre Sektorenkorsett (ambulant/stationär) aufbrechen. Dies gerade mit Blick auf „Leistungen“ welche im Teilleistungssystem des SPV von An- und Zugehörigen und ehrenamtlichen Strukturen erbracht werden, aber heute (noch) nicht flexibel miteinander kombiniert werden können. Allerdings unterminiert die angedachte leistungs- und vertragsrechtliche Etablierung eines dritten „stambulanten“ SPV-Sektors – welche zudem ausschließlich einer konkreten Versorgungs-/Geschäftsidee folgt – die notwendige Intension, das starre Sektorenkorsett insgesamt aufzubrechen und damit eine sektorenunabhängige Versorgung leistungsrechtlich flexibel in der SPV zu etablieren. Zugestanden werden muss, dass auch die zugrundeliegende evaluierte Versorgungsidee von BeneVit im Hausgemeinschaftskonzept „Haus Rheinaue“ eine quasi vollstationäre Versorgungssicherheit bietet, die allerdings durch einen effizienteren Personalmix und durch die Einbindung von An- und Zugehörigen gekennzeichnet ist und damit auch geringere Eigenanteile möglich macht. In der Gesamtschau, und gerade mit Blick auf eine zukünftige Überwindung der starren Sektorengrenzen in der SPV, muss nach Ansicht des BKK Dachverbandes aber die Schlussfolgerung sein, bestehende Strukturen weitgehend zu flexibilisieren, anstatt einen dritten Versorgungssektor zu etablieren. Dies gilt insbesondere mit Blick auf die derzeit angespannte Pflegefachkraftsituation und die zweifelsfrei quantifizierbare Eigenanteilsentwicklung im stationären Setting. Zudem muss konstatiert werden, dass mit der angedachten pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen eine weitere leistungsrechtliche Komplexität einhergeht, die von der Zielgruppe der Pflegebedürftigen zunehmend als unübersichtlich wahrgenommen wird. Die vorliegende Regelung bricht unbegründet mit bestehenden Rechtssystematiken und schafft Ausnahme-Tatbestände, die dem Leistungsrecht bisher unbekannt waren, wie die Nutzung der Kombinationsleistung, der

Einschränkung der Zugangsvoraussetzungen zur Kurzzeitpflege sowie des Gemeinsamen Jahresbetrags. So darf von den Leistungsbeziehern die volle ambulante Pflegesachleistung genutzt werden. Ebenso ist die Wahl der Kombinationsleistung zwischen ambulanter Pflegesachleistung und dem Bezug von Pflegegeld möglich. Die pflegebedürftige Person darf aber nicht alleinig Pflegegeld beziehen, sondern nur als Kombinationsleistung. Mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz wurde die Nutzung der Kurzzeitpflege erweitert und zwar auf alle sonstigen Krisensituationen als auch in anderen Situationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist. Der Gesetzgeber bricht mit dieser Regelung, wenn die pflegebedürftige Person im Kontext der gemeinschaftlichen Wohnform nach 45j SGB XI versorgt wird. Diese dürfen nur nach einem stationären Aufenthalt, sprich dem Krankenhaus-, Reha- oder Pflegeheimaufenthalt die Kurzzeitpflege nutzen. Wiederum in anderen ambulant geführten Wohngemeinschaften ist der Zugang dazu nicht auf vorherige stationäre Aufenthalte limitiert. Weiterhin darf der Gemeinsame Jahresbetrag für die Kurzzeitpflege genutzt werden, es gibt jedoch die Einschränkung, dass der Gemeinsame Jahresbetrag im Setting der 45j SGB XI Wohnform nicht für Verhinderungspflege gilt. Ein Ausnahmetatbestand folgt also dem anderen und bricht somit die vom Gesetzgeber zuvor geschaffene Rechtssystematik.

Auch die vertragsrechtliche Konstellation wirft mit Blick auf das Bestreben – das Vertragsgeschäft auf den Landesebenen insgesamt zu entbürokratisieren – die Frage auf, ob die hiermit verbundene Verkomplizierung dazu beitragen wird, das Verhandlungsgeschäft unnötig zusätzlich zu belasten.

Daher plädiert der BKK Dachverband dafür, die Etablierung des angedachten dritten Versorgungssektors zu überdenken und stattdessen eine Öffnung des stationären Pflegesektors anzustreben, der derzeit – wie oben beschrieben – mit diversen wirtschaftlichen Herausforderungen/Rahmenbedingungen konfrontiert ist. Umzusetzen wäre dies unter Beachtung folgender Parameter (ohne weiterer Ausdifferenzierung des Leistungsrecht):

- a) Einbindung von Angehörigen in der stationären Versorgung zu ermöglichen und hierbei auch das Ehrenamt auf der Grundlage von § 82b SGB XI zu berücksichtigen, um eine Voraussetzung zur Abweichungen von den rechtlichen Vorgaben zur originären personellen Ausstattung zu normieren;
- b) Anrechnung von Anteilen der An- und Zugehörigenpflege im stationären Setting auf den Eigenanteil an den pflegebedingten Kosten (EEE) und die Aufwendungen bzw. Entgelte für Unterkunft und Verpflegung der Bewohnerinnen und der Bewohner;

- c) Ermöglichung einer zusätzlichen ambulanten pflegerischen Versorgung im Quartier, ohne dass hierfür eine explizite Gründung/vertragliche Bindung eines eigenständigen Pflegedienstes notwendig ist.

Zu Operationalisieren wäre dieses Vorgehen unter Anwendung der leistungsrechtlichen Vorschriften der §§ 43 bis 43c SGB XI. Vertragsrechtlich sind Anpassungen bzgl. der Zulassung, der Rahmenverträge und bzgl. der Bemessungsgrundsätze bei den Pflegesatzvereinbarungen in den Blick zu nehmen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

In Artikel 1 Nummer 30 sind die Ausführungen zu § 45j zu streichen.

Artikel 1 Nummer 40 ist zu streichen.

Artikel 1 Nummer 45c ist zu streichen.

Artikel 1 Nummer 48c Doppelbuchstabe aa und bb sind zu streichen.

In Artikel 1 Nummer 49 b sind folgende Worte zu streichen:

„sowie in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c“

Artikel 1 Nummer 50a Doppelbuchstabe aa, bb, cc, ee und Nummer 50c sind zu streichen.

Artikel 1 Nummer 51 ist zu streichen.

Ergänzende Änderungen in Artikel 1:

- a) Einbindung der An- und Zugehörigenpflege und des Ehrenamtes nach § 82b:

In § 72 wird folgender neuer Absatz 2a eingefügt:

„(2a) In einem Versorgungsvertrag mit einer vollstationären Pflegeeinrichtung kann vereinbart werden, dass Leistungen der vollstationären Pflege auf Wunsch des Pflegebedürftigen durch An- und Zugehörige unter Anrechnung auf ihren zu zahlenden Eigenanteil an den

pflegebedingten Aufwendungen sowie auf die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung übernommen werden."

In § 75 wird in Absatz 2 folgende neue Nummer 1b eingefügt:

„1b. bei stationärer Pflege eine Beschreibung von Leistungen, die durch An- und Zugehörige, ehrenamtlich Tätige oder Dritte erbracht werden können."

In § 75 wird in Absatz 2 die Nummer 3 vor dem Komma wie folgt ergänzt:

„unter Berücksichtigung der Einbindung von An- und Zugehörigen sowie Einsatz vom Ehrenamt nach § 82b."

- b) Anrechnung von Anteilen der An- und Zugehörigenpflege auf den Eigenanteil an den pflegebedingten Kosten und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung:

In § 84 wird in Absatz 3 folgender Satz 2 angefügt:

„Für Leistungen der vollstationären Pflege durch An- und Zugehörige sind bei Pflegeheimen mit Versorgungsvertrag nach § 72 Abs. 2a Abschläge von den Eigenanteilen an den pflegebedingten Aufwendungen sowie auf die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung zu vereinbaren."

In § 43c wird ein Satz 2 eingefügt:

„Bei der Bemessung des zu zahlenden Eigenanteils bleiben die Abschläge nach § 84 Abs. 3 Satz 2 unberücksichtigt."

- c) Öffnung vollstationärer Pflegeeinrichtung für eine ambulante Versorgung im Quartier:

In § 72 wird folgender neuer Absatz 2b eingefügt:

„Zur sektorenübergreifenden Versorgung im Quartier kann im Gesamtversorgungsvertrag mit einer vollstationären Pflegeeinrichtung auch eine Versorgung von Pflegedürftigen in ihrem

Haushalt mit Leistungen der häuslichen Pflege entsprechend § 36 vereinbart werden. Zudem kann mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich die Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches, die Preise und deren Abrechnung unter entsprechender Anwendung von § 132a Absatz 4 des Fünften Buches vereinbart werden. Der Einzugsbereich ist hierbei festzulegen.

In § 75 wird der Absatz 2 Nr. 3 wie erfolgt ergänzt:

„; dabei werden im Rahmen von Versorgungsverträgen nach § 72 Absatz 2b mögliche Abweichungen zur sektorenübergreifenden Versorgung im Quartier berücksichtigt.“

In § 84 wird ein neuer Absatz 1a eingefügt:

„Für Pflegeheime mit einem Versorgungsvertrag nach § 72 Absatz 2b ist für die Versorgung von Pflegedürftigen in ihrer Häuslichkeit mit Leistungen der häuslichen Pflege entsprechend § 36 zusätzlich eine Vergütungsvereinbarung nach § 89 zu vereinbaren.“

In § 89 wird folgender Absatz 1a ergänzt:

„Mit Pflegeheimen, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 Absatz 2b abgeschlossen haben, ist für die Versorgung von Pflegedürftigen in ihrer Häuslichkeit mit Leistungen der häuslichen Pflege entsprechend § 36 eine Vergütung zu vereinbaren.“

In § 113c wird folgender Absatz 9 ergänzt:

„Bei vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 72 Absatz 2b bleibt die vorzuhaltende Personalausstattung für die Versorgung von Pflegedürftigen in ihrer Häuslichkeit mit Leistungen der häuslichen Pflege entsprechend § 36 unberücksichtigt“.

Zu Nr. 31: Aufgabenerledigung durch Dritte (§47b SGB XI)

Nach § 47a wird mit § 47b eine Regelung zur Aufgabenerledigung durch Dritte neu eingefügt. Die Regelung wird begrüßt. Sie eröffnet – im Sinne einer Parallelregelung zur Ermächtigung des § 197b SGB V für Krankenkassen – nun auch Pflegekassen die Möglichkeit zur Übertragung gesetzlicher Aufgaben an Dritte nach dem SGB XI. Die Aufgabenübertragung kann aufgrund dieser neuen Rechtsgrundlage auch seitens einer Pflegekasse auf eine ARGE oder einen privaten Dienstleister erfolgen. Die Befugnis gilt allerdings nur begrenzt. Sie differenziert im Sinne der

Rechtsprechung des BSG zwischen Aufgaben, die für die Versorgung der Versicherten nicht wesentlich sind und wesentlichen Aufgaben. Die Übertragung betrifft grundsätzlich nur nicht wesentliche Aufgaben von Pflegekassen. Begrüßt wird jedoch, dass im Lichte des neuen § 7a Abs. 8 SGB XI Beratungsaufgaben von der Übertragung erfasst sein können.

Zu Nr. 33: Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag (§ 72 SGB XI)

Die vorgesehenen Änderungen sind Sachgerecht, die Betriebskrankenkassen identifizieren jedoch folgenden Änderungsbedarf: Die Entlohnungsniveaus und Zuschläge (n. § 82c Abs. 5 SGB XI) werden entsprechend der gesetzlichen Frist am 31.10. des Jahres durch die Tarifgeschäftsstelle des GKV-SV veröffentlicht. Dies ist für viele Pflegeeinrichtungen und die Kassen „gerade“ zu spät, um diese in die wichtigen Kennzahlen ihrer jeweiligen Haushaltsplanung zu integrieren und so die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit auf Grundlage einer soliden Planung sicherzustellen.

Insofern wird angeregt, den Pflegeeinrichtungen und Kassen entgegenzukommen und die maßgebliche Frist in § 72 Abs. 3e SGB XI (aktuell: 31.08.) um zwei Monate auf den 31.06. vorzulegen und den Veröffentlichungszeitpunkt n. § 82c Abs. 5 SGB XI entsprechend auf den 31.08. zu datieren.

Zu Nr. 34 Sicherstellung der pflegerischen Versorgung (§ 73a SGB XI)

Die hier angedachten Neuregelungen in § 73 Absätze 1 und 2 SGB XI (neu) entspricht der in der Coronavirus SARS-CoV-2-Pandemie geschaffenen Meldeverpflichtung der Pflegeeinrichtungen bei Beeinträchtigung ihrer Leistungserbringung sowie der damit zusammenhängenden Reaktionsmöglichkeiten der Pflegekassen und weiterer Beteiligten gem. § 150 Absatz 1 SGB XI. Die Pandemie-Regelung wird damit zum Regelfall, damit soll in absehbaren oder bereits eingetretenen Krisensituationen die Versorgung der Pflegebedürftigen gewährleistet bleiben. Insofern leistet diese Regelung einen Beitrag dazu, dass die Pflegekassen ihrem Sicherstellungsauftrag gemäß § 69 nach aktueller Rechtslage gerecht werden können. Zu hinterfragen ist in diesem Zusammenhang jedoch, inwieweit der noch bestehende § 150 Absatz 1 SGB XI weiter Bestand haben sollte, da sich dieser einerseits ausschließlich auf die Coronavirus SARS-CoV-2-Pandemie bezieht und etwaige Krisensituationen in diesem Kontext nunmehr rechtlich neu und damit allgemeingültig beschrieben werden.

Die in Absatz 3 neu angedachte Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes über die Entwicklung der Versorgungsverträge in den Ländern bezieht sich auf die Sicherstellung der Pflegeinfrastruktur und nicht auf den Sicherstellungsauftrag der einzelnen Pflegekasse zur pflegerischen Versorgung ihrer jeweiligen Versicherten. Wie zu Artikel 1 Nummer 7, 11 und 32

bereits dargestellt, empfiehlt der BKK Dachverband die Pflegeinfrastruktur- und die Bedarfsplanung auf eine komplett neu aufgesetzte, wissenschaftlich gestützte Grundlage zu stellen. Die hier angedachte Berichtspflicht fließt in diesen Bereich mit ein und sollte deshalb nicht davon losgelöst geregelt werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nummer 34 wird wie folgt geändert:

§ 73 Absatz 3 ist zu streichen.

Zu Nr. 45b: Erweiterter Qualitätsausschuss: Vorschlagsrecht des unparteiischen Vorsitzenden (§ 113b Absatz 3 SGB XI)

Die Ergänzung in § 113b Absatz 3 normiert eine Aufgabenerweiterung für den unparteiischen Vorsitzenden des erweiterten Qualitätsausschusses, der qua Gesetz als Konfliktlösungsgremium bzw. -mechanismus definiert ist. Es ist vorgesehen, dass sich der erweiterte Qualitätsausschuss Pflege auf dessen Initiative zweimal jährlich mit inhaltlichen Themen befassen kann, die über seinen gesetzlichen Auftrag hinausgehen. Hierzu kann der erweiterte Qualitätsausschuss Pflege mit einfacher Mehrheit eine Arbeitsgruppe einsetzen, die vom unparteiischen Vorsitzenden geleitet werden soll.

Diese Ausweitung der Aufgaben des erweiterten Qualitätsausschusses Pflege wird vom BKK Dachverband abgelehnt. Sie steht in keinem direkten Zusammenhang mit den gesetzlichen Aufgaben des erweiterten Qualitätsausschusses und würde zudem die Rolle des unparteiischen Vorsitzenden ad absurdum führen. Darüber hinaus wirft die Regelung die Frage auf, welcher Konfliktlösungsmechanismus greifen soll, wenn zwischen den Vertragsparteien kein Konsens über die auf diesem Wege zu behandelnden Themen erzielt werden kann. Der unparteiische Vorsitzende kann dann - aufgrund seines eigenen Vorschlagsrechts - diese Rolle nicht mehr ausfüllen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nummer 45b wird gestrichen.

Zu Nr. 45c Doppelbuchstabe bb: Vorschlagsrecht des unparteiischen Vorsitzenden (§ 113b Absatz 4 Satz 3 SGB XI)

Die Ergänzung in § 113b Absatz 4 Satz 3 SGB XI stellt eine institutionelle Weiterentwicklung des Qualitätsausschusses Pflege dar, die durch die Stärkung der Rolle des unparteiischen Vorsitzenden erreicht werden soll. Dieser soll gesetzlich die Möglichkeit erhalten, durch inhaltliche Anregungen und fachliche Impulse aktiv zur Weiterentwicklung der Pflegequalität beizutragen, indem er Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung vorschlagen kann. Bisher lag dies in der Verantwortung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Diese Regelung wird vom BKK Dachverband abgelehnt, da die beabsichtigte Gleichstellung des unparteiischen Vorsitzenden mit den genannten Ministerien nicht sachgerecht ist: Würden durch den unparteiischen Vorsitzenden Sachthemen eingebracht, denen dann in den Prozessen des Qualitätsausschusses Pflege kein Konsens zwischen den Vertragsparteien erzielt werden kann, würde die Rolle des unparteiischen Vorsitzenden ad absurdum geführt.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nummer 45c Doppelbuchstabe bb wird gestrichen.

Zu Nr. 47a: Daten- und Kommunikationsplattform (§ 114 Absatz 1a SGB XI)

Die Regelung sieht vor, dass die Prüfaufträge der Landesverbände der Pflegekassen zur Durchführung der Qualitätsprüfungen ab dem 1. Januar 2026 auf digital erteilt werden sollen. Zu diesem Zweck ist beim GKV-Spitzenverband eine digitale Daten- und Kommunikationsplattform einzurichten, die tagesaktuell einrichtungsbezogene Daten insbesondere zur Anzahl und Art der durchgeführten Prüfungen, zur Prüfquote des Prüfdienstes der Pflegekassen sowie ergänzend für den vollstationären Bereich zur Anzahl der unangemeldeten Prüfungen, zur Verlängerung des Prüfrhythmus sowie weitere Daten im Zusammenhang mit den Qualitätsprüfungen enthält. Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet auf der Grundlage dieser Daten eine statistische Auswertung zu erstellen.

Der BKK Dachverband lehnt die vorgesehene Einrichtung einer solchen Daten- und Kommunikationsplattform ab und verweist dabei auch auf die mit der Entwicklung der technischen Voraussetzungen verbundenen Kosten für die SPV sowie den damit verbundenen Aufwand und bereits bestehende Parallelstrukturen und Prozesse: Auch wenn die Intention, Prüfaufträge ausschließlich auf digitalem Wege zu erteilen, grundsätzlich zu begrüßen ist, muss festgestellt werden, dass es hierfür weder einer gesetzlichen Regelung noch einer beim GKV-

Spitzenverband angesiedelten Daten- und Kommunikationsplattform bedarf, die für die hier dann zentral abgebildeten Prozesse qua Gesetz nicht zuständig ist. Die Planung, Beauftragung und Durchführung von Qualitätsprüfungen sowie die dazu erforderlichen Abstimmungen obliegen den Landesverbänden der Pflegekassen. Eine Operationalisierung und Bündelung der Datenflüsse erfolgt über die von den Bundesverbänden der Pflegekassen (stellvertretend für die Landesverbände der Pflegekassen) beauftragte DatenClearingStelle (DCS) Pflege. Darüber hinaus werden derzeit digitale Prozesse zur Beauftragung und Übermittlung von Prüfergebnissen etabliert, ohne dass hierfür bislang ein originärer gesetzlicher Auftrag besteht. Auch die Prozesse zur Verlängerung des Prüfrhythmus für vollstationäre Einrichtungen, bei denen ein hohes Qualitätsniveau festgestellt wurde, werden derzeit überarbeitet und ab dem 3. Quartal des laufenden Jahres 2024 auf einer aktualisierten Grundlage des MD Bund (Prup-RiLi), die partnerschaftlich mit den Bundesverbänden der Pflegekassen auf Bundesebene und dem GKV-Spitzenverband überarbeitet wurde, umgesetzt. Gleiches gilt für die Ankündigung von Regelprüfungen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nummer 47 wird gestrichen.

Zu Nr. 52: Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung (§ 118a SGB XI)

Der BKK Dachverband begrüßt ausdrücklich das Anliegen des Gesetzgebers, die Pflegenden im Sinne des demokratischen Repräsentationsprinzips an Entscheidungen, die die eigene Berufsgruppe betreffen, zu beteiligen.

Leider ist eine solche flächendeckende Vertretung durch entsprechende Pflegekammern - vor dem Hintergrund der aktuellen Ergebnisse aus Baden-Württemberg - derzeit keine realistische Option. Ziel muss es dennoch sein (siehe Beispiele anderer „Player“ im Gesundheitswesen: KBV, DKG, BÄK, GKV-SV etc.) eine Vertretung für die Pflegeberufe zu etablieren, die für alle Angehörigen des Berufsstandes sprechen kann. Ansonsten besteht, insbesondere nach den problematischen Kammererfahrungen in einigen Bundesländern, die Gefahr, dass sich die repräsentierenden Organisationen weit von der Basis entfernen und dies zu weiteren Verwerfungen unter den beruflich Pflegenden führt. Dies muss vor dem Hintergrund der ohnehin angespannten Situation vermieden werden.

Die Herausforderung besteht darin, die große Gruppe der nicht in entsprechenden Verbänden o.ä. organisierten Pflegenden einzubinden (zum Vergleich: der DBfK als größter Berufsverband hat aktuell [18.000](#) Mitglieder bei [1,7 Mio.](#) beruflich Pflegenden). Um in dieser zersplitterten

Landschaft der Pflegeberufsverbände bzw. der Mehrheit der nicht organisierten beruflich Pflegenden in einen möglichst breit von der Basis getragenen Willensbildungsprozess einzubinden, sind folgende Anmerkungen zu machen:

- **Einbindung nach Settings und Spezialisierungen:** Zum einen bedarf es der Einbindung aller Settings, in denen Pflegende tätig sind (Akutkrankenhaus, Psychiatrie, ambulante Pflege, Hospiz- und Palliativpflege, Rehabilitation, gutachterlich tätige Pflegende etc.) in Kombination mit der Grundqualifikation (Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege, Pflegefachfrau) und der fachlichen Spezialisierung (onkologische Pflege, Intensivpflege, psychiatrische Pflege). So ist z.B. der Deutsche Berufsverband für Altenpflege e.V. (DBVA) als einziger Berufsverband der Altenpflege derzeit nicht im DPR vertreten.
- **Interessenkonflikte vermeiden:** Einzelne Mitglieder des aktuellen Deutschen Pflegerats (DPR) vertreten sowohl Pflegende als auch Pflegeunternehmen. So vertritt der DBfK nach eigenen Angaben über [250 Pflegeunternehmen](#). Hier sehen wir deutliche Interessenkonflikte zwischen den vertretenen unternehmerischen Interessen und den - im Mittelpunkt stehenden - Interessen der Pflegenden, die naturgemäß nicht deckungsgleich sind.
- **Einbindung von nicht berufsständisch organisierten Pflegenden:** Denkbar wäre die Etablierung eines „Konvents“ als Entscheidungsgremium der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene. In diesem „Konvent“ sind sowohl Vertreter der Berufsorganisationen als auch gewählte Mitglieder, die keiner Berufsorganisation angehören, entsprechend der jeweils vertretenen Mitgliederzahl vertreten. Eine pragmatische Möglichkeit der Umsetzung wäre, den DPR kurzfristig mit der Erstellung einer entsprechenden Konventsstruktur bzw. Geschäftsordnung (unter Berücksichtigung der genannten Aspekte) zu beauftragen, das BMG würde diese entsprechend prüfen und genehmigen.

Artikel 3: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nr. 2: Pflegerische Leistungen und heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen (§ 15 SGB V)

Der BKK Dachverband begrüßt ausdrücklich, die Normierung erweiterter pflegerischer Kompetenzen. Diese greift die aktuellen Herausforderungen in der Versorgung auf. Irritierend ist jedoch, dass in diesem Zusammenhang von „erweiterte(n) heilkundliche(n) Leistungen“ (Abs. 1 Satz 3) gesprochen wird. Dies impliziert, dass es neben der „Heilkunde“ eine „erweiterte Heilkunde“ gibt, die nun auch Pflegende ausüben können und die über die Kompetenzen der „einfachen“ Heilkunde hinausgeht. Dies ist jedoch nicht beabsichtigt. Zudem wird damit eine „Abgrenzungsdefinition“ zu den Heilberufen weiter zementiert, da die Trennung zwischen Heilkunde und „Nichtheilkunde“ in der Praxis ohnehin schwierig - weil fließend - ist. Dies zeigt sich etwa daran, dass im Rahmen der standardisierten „heilkundlichen“ Module der Fachkommission gem. § 53 PflBG sowohl heilkundliche als auch „nicht heilkundliche“ Tätigkeiten benannt werden (z.B. „Blutzuckermessung“).

Konkret empfehlen wir in diesem Zusammenhang, wie auch international üblich, von „erweiterten pflegerischen Tätigkeiten“ (Advanced Nursing Practice) zu sprechen. Die im vorliegenden Gesetz zugrunde gelegten Niveaus könnten dabei unproblematisch mitgedacht werden. Zudem wäre dies deutlich anschlussfähiger an die gleichnamige und avisierte APN-Gesetzgebung (Advanced Practice Nurse). Sollte weiterhin an der oben skizzierten schwierigen Trennung von Heilkunde und „nicht - Heilkunde“ festgehalten werden, sollte zumindest der Zusatz „erweiterte“ im Zusammenhang mit Heilkunde in dieser und den ebenfalls betroffenen Normen gestrichen werden, um Irritationen zu vermeiden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 3 Nummer Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

In § 15a Abs. 1 Satz 3 werden die Wörter „Erweiterte heilkundliche Leistungen“ gestrichen und wie folgt ersetzt:

*Erweiterte **pflegerische Tätigkeiten** ~~heilkundliche Leistungen~~ können im Rahmen der jeweils erworbenen Kompetenzen auch von Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes in der Fassung vom 1. Januar 2025 oder von Pflegefachpersonen mit einer anderen, hinsichtlich der Erbringung von erweiterten heilkundlichen Leistungen gleichwertigen Qualifikation erbracht werden.*

Nr. 3 Empfehlung zur Verhaltensbezogenen Primärprävention (§ 20 Abs. 5 SGB V)

Der BKK Dachverband begrüßt ausdrücklich die Berücksichtigung der Hilfsmittelverordnung im Rahmen der Kompetenzerweiterung für Pflegefachpersonen. Dies trägt zu einer unkomplizierten und zielgenauen Versorgung bei. Hierfür ist es wichtig, dass die Pflegefachpersonen eine entsprechende Fachkompetenz für die Verordnung von Hilfsmitteln erwerben.

Um die Anschlussfähigkeit an die anderen im Rahmen des § 73d SGB V (neu) adressierten Leistungsbereiche und an die „Bildungsarchitektur Pflege in Deutschland“ (BAPID) zu gewährleisten, sieht der BKK Dachverband grundsätzlich für die Verordnung von Hilfsmitteln vor:

1. Für eine „Hilfsmittel-Folgeverordnung“ können ausschließlich Pflegendе mit einem Bachelorabschluss „Pflege“ (ab. 01.01.2025) oder einer dreijährigen fachschulischen Berufsausbildung und einer fachspezifischen Weiterbildung (für Diabetes mellitus z.B. im Sinne der standardisierten Module der Fachkommission nach § 53 PflBG bzw. [Diabetesfachkraft; DGG](#)) für die jeweiligen Versorgungsbereiche berechtigt werden.
2. Für eine „Hilfsmittel-Erstverordnung“ können ausschließlich, die im Rahmen einer gesonderten Berufsgesetzgebung etablierten Advanced Practice Nurses (APN) berechtigt werden. Näheres wird in den Richtlinien nach § 17a geregelt.

Zu Nr. 8: Selbständige Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; selbständige Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen; Evaluation (§ 73d SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass im vorliegenden Entwurf Pflegefachpersonen entsprechend ihrer spezifischen Kompetenzen vertragsärztliche Leistungen erbringen und häusliche Krankenpflege sowie Hilfsmittel verordnen bzw. Präventionsempfehlungen ausstellen dürfen. Diese Entscheidung ist vor dem Hintergrund der aktuellen Herausforderungen für eine wirkungsvolle Versorgung der Versicherten dringend geboten und entspricht einer langjährigen Forderung des BKK Dachverbandes. Die Regelungen und Folgewirkungen sind komplex bzw. weitreichend insofern sind die identifizierten Anpassungsbedarfe in grundlegende und fachliche Handlungsbedarfe gegliedert.

Der BKK Dachverband weist darauf hin, dass das Vorhaben des Gesetzgebers hinsichtlich **grundlegender Handlungsbedarfe** nicht umsetzbar ist, wenn folgende Aspekte nicht normiert werden:

Erstellung eines funktionierendes Beschäftigtenverzeichnis nach § 293 Abs. 8 SGB V: Das Beschäftigtenverzeichnis ist der Quantensprung der eine unkomplizierte Abrechnung ermöglicht, die Pflegefachkraft zur Person und Qualifikation verifiziert und die Versicherten vor Abrechnungsbetrug schützt.

Leider ist die Verzeichnisstelle (BfArM) seit Jahren nicht in der Lage, den Leistungserbringern und Kassen ein funktionierendes Beschäftigtenverzeichnis zur Verfügung zu stellen, in dem die beruflich Pflegenden eine eindeutige Nummer erhalten und die entsprechenden Erfahrungszeiten und Qualifikationen verifiziert hinterlegt sind. (mit einer neunmonatigen Vorlaufzeit für die Integration in die Kassensysteme) bis zum Inkrafttreten des Rahmenvertrages (31.12.2025) nicht realisieren können, drohen Probleme - sowohl bei der Veranlassung der Leistungen durch die Pflegefachpersonen, bei der Genehmigung durch die Kassen, bei der Abrechnung durch die Pflegedienste und bei der Vergütung durch die Pflegekassen. Im Ergebnis führt dies zu einer deutlichen Leistungsdiskontinuität für die Versicherten. Folgende Aspekte sind daher kurzfristig konkret umzusetzen

- Abbildung der rahmenvertraglichen Regelungen im Beschäftigtenverzeichnis: Da mit dem Rahmenvertrag nach § 73d SGB V (neu) Pflegefachkräfte je nach Qualifikation bestimmte Leistungen differenziert mit der Kasse abrechnen bzw. veranlassen können, muss das Beschäftigtenverzeichnis diese zusätzliche Anforderung zu den bereits bestehenden abbilden können sowie verifiziert sein.
- Zugang der Landesverbände der Kranken-/Pflegekassen und der Ersatzkassen auf das Beschäftigtenverzeichnis: Die Landesverbände sind in vielen Leistungsbereichen - teilweise auch durch gesetzliche Änderungen in der jüngeren Vergangenheit (z.B. AKI und HKP) – gemeinsam und einheitlich die Vertragspartner der Leistungserbringer.
- Ergänzend wurden in der Vergangenheit (§ 37 Abs. 8 SGB V, § 132a Abs. 1 Nr. 7 SGB V) und werden auch zukünftig (§ 37 Abs. 2 PflBG ab 01.01.2025, § 73d SGB V neu) beruflich Pflegenden größere Handlungsautonomien eingeräumt. Um dies zielgerichtet und unbürokratisch umzusetzen sowie die Wirtschaftlichkeit zu sichern, müssen die Landesverbände der Krankenkassen auf Informationen z.B. zur Qualifikation oder zum Ordnungsverhalten von Pflegenden/Diensten, auf Landesebene Zugriff erhalten. So können sie diese zusammenführen und z. B. im Hinblick auf Mengenausweitungen auswerten. Die bisherigen Instrumente der Fehlverhaltensbekämpfung (§ 197a SGB V) greifen hier nicht, da eine Auswertung auf Einzelkassenebene (aufgrund der begrenzten Stichprobe) nicht verifiziert, ob es sich um eine unverhältnismäßige Mengenausweitung oder einen statistischen Ausreißer in Bezug auf die gesamte GKV handelt. Dies ist z. B. auch Konsens unter den Partnern der Rahmenempfehlung n. § 132a SGB V (vgl. BURA n. § 132a SGB V; Fußnote 6, S. 9). Datenschutzrechtliche Bedenken bestehen nicht, da dem

GKV-SV (bzw. den Krankenkassen) nicht - wie in § 293 Abs. 8 Satz 4 vorgesehen - ein vollständiger Datensatz, sondern nur ein pseudonymisierter Datensatz übermittelt wird.

Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit (siehe Änderungsvorschlag I):

Da der Gesetzgeber im Rahmen der Haushaltsausgaben von einer Kostenneutralität für die gesetzliche Krankenversicherung ausgeht, sind folgende Schritte erforderlich:

- Bereinigung der Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV): Mit § 37d SGB V normiert der Gesetzgeber einen Teil einer neuen Regelversorgung. Dies unterscheidet die Regelungen grundsätzlich von den Modellprojekten nach § 63 Abs. 3c und § 64d SGB V. Insofern gilt (da nicht anders ausgeführt) der Grundsatz der Beitragsstabilität nach § 71 SGB V. Allerdings erweitert der Gesetzgeber den Kreis der verordnungsberechtigten Personen mit dem vorliegenden Entwurf auf Pflegefachkräfte. Insofern muss von einer Mengenausweitung bei den Verordnungen ausgegangen werden. Um jedoch dem o.g. Ziel der Kostenneutralität für die Versicherten Rechnung zu tragen, muss im Entwurf auf die entsprechende Anwendung der Bereinigung der Abrechnungsgrundlagen für Ärztinnen und Ärzte verwiesen werden.
- Unverhältnismäßige Mengenausweitung: Mit den erweiterten Kompetenzen der Pflegefachpersonen - bei denen der BKK Dachverband mit dem „Initiativrecht der Pflegefachpersonen“ s.u. noch deutlich über den vom Gesetzgeber avisierten Rahmen hinausgeht - geht auch ein höheres Maß an ökonomischer Verantwortung einher. Dies wurde seitens des Bundesministers für Gesundheit mehrfach betont. Um dies auch im Rahmenvertrag zu konkretisieren, sind entsprechende Regelungen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit in Verbindung mit dem o.g. Beschäftigtenverzeichnis nach § 293 Abs. 8 SGB V zu ergänzen

Um den avisierten Rahmenvertrag auf einem angemessenen Versorgungsniveau zügig zu vereinbaren und - was aus Sicht des BKK Dachverbandes noch deutlich entscheidender ist - für die Praxis handhabbar und ohne „Kollateralschäden“ umsetzbar zu gestalten, besteht folgender **fachlicher Handlungsbedarf:**

- Schiedspersonenregelung (Änderungsvorschlag II): Als Konfliktlösungsmechanismus ist in Abs. 2 eine Schiedspersonenregelung vorgesehen. Dies erscheint aus Sicht des BKK Dachverbandes nicht angemessen. So ist die zur Diskussion stehende Materie hochkomplex und es handelt sich auch aus fachlicher Perspektive um völliges Neuland. Durch die Schiedsperson „gemittelte“ Kompromisse zwischen den Vertragsparteien wären für die vom Gesetzgeber beabsichtigte reibungslose Umsetzung des Rahmenvertrages in der Praxis kontraproduktiv. Der BKK Dachverband regt in diesem Zusammenhang an,

hierfür eine Schiedsstelle bestehend aus einem Vorsitzenden sowie zwei unparteiischen Stellvertretern (ein Stellvertreter mit explizit pflegerischer Expertise/ ein Stellvertreter mit explizit medizinischer Expertise) vorzusehen. Dies sichert auch in einer (wahrscheinlichen) Schiedssituation den Praxisbezug und die reibungslose Umsetzung der rahmenvertraglichen Regelungen. Ergänzend ist davon auszugehen, dass der Rahmenvertrag aufgrund weiterer fachlicher und/oder gesetzlicher Entwicklungen auch zukünftig entsprechend angepasst werden muss und die fachliche Kontinuität durch eine Schiedsstelle besser gewährleistet werden kann.

- Außerklinische Intensivpflege/ psychiatrische häusliche Krankenpflege; Änderung der Gesetzesbegründung: Entsprechend der Gesetzesbegründung können Gegenstand des Rahmenvertrages nach Abs. 1 auch Folgeverordnungen im Bereich „der Intensivversorgung und der psychiatrischen Versorgung“ sein. Im Bereich der Intensivversorgung würde diese Möglichkeit der gesetzgeberischen Regelung in § 37c Abs. 1 Satz 2 SGB V (Verordnung durch einen besonders qualifizierte/n Ärztin/Arzt sowie der enge Austausch bzgl. Therapieziel mit dem Versicherten durch die/den Ärztin/Arzt etc.) deutlich widersprechen. Insbesondere vor dem Hintergrund der Intention des IPReG, systematischen Versorgungsmängeln mit hoher fachärztlicher Expertise zu begegnen, ist eine entsprechende Übertragung dieser Tätigkeit auf die in § 73b SGB V avisierten Pflegenden nicht fachgerecht und für das angestrebte Versorgungsniveau in der außerklinischen Intensivpflege für die Versicherten äußerst kontraproduktiv.

Auch bei der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege hat der G-BA nach intensiven fachlichen Beratungen aufgrund der hochkomplexen Fallkonstellationen die Verordnungsbefugnis grundsätzlich nur speziellen Facharzt- bzw. Therapeutengruppen (FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten etc.) erteilt. Auch hier wäre die Übertragung auf die in § 73b SGB V adressierten Pflegenden nicht sachgerecht. Insofern regen wir dringend an, die beiden genannten Versorgungsbereiche in der Gesetzesbegründung zu streichen.

- Streichung des § 37 Abs. 8 ff SGB V (Änderungsvorschlag III): Mit der Festlegung von Dauer und Häufigkeit der Verordnung durch speziell qualifizierte Pflegefachpersonen (§ 37 Abs. 8 ff SGB V) hat der Gesetzgeber mit dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung“ einen sehr zurückhaltenden kleinen Schritt in Richtung Kompetenzerweiterung in der häuslichen Krankenpflege getan. Aufgrund des Gesetzeswortlauts ist jedoch die Umsetzbarkeit und der konkrete Mehrwert für die Versicherten fraglich. Mit dem nun vorliegenden Gesetzentwurf hat der Gesetzgeber den ersten Schritt konsequent zu Ende gedacht und u.a. mit dem § 73d SGB V (neu) den Weg

für eine (komplette) Folgeverordnung in der HKP geebnet. Insofern wurde die Regelung nach § 37 Abs. 8 SGB V durch einen mutigen gesetzgeberischen Schritt „überholt“.

In diesem Zusammenhang – und vor dem Hintergrund der aus den Verhandlungen nach § 73d SGB V (neu) höchstwahrscheinlich resultierenden ohnehin komplexen Qualifikations- bzw. Kompetenzmatrix – regt der BKK Dachverband an, § 37 Abs. 8 -10 zu streichen, da dieser (auch in Bezug auf die Evaluation; siehe § 73d Abs. 2 SGB V) aus unserer Sicht vollständig in der nun vorliegenden Regelung aufgeht.

- Initiativrecht der Pflegefachpersonen: In der Zielsetzung des Gesetzes wird zum einen die Nutzung der pflegerischen Kompetenzen, insbesondere zur Sicherstellung der Versorgung in der Fläche, betont und zum anderen die Entlastung von Ärztinnen und Ärzten. Um diese Ziele zügig und verbindlich zu realisieren, braucht es ein Initiativrecht der (entsprechend qualifizierten) Pflegefachpersonen. Diese muss nach entsprechenden ärztlichen Diagnose ohne weitere Indikationsstellung der Ärztin oder des Arztes tätig werden können, denn die medizinische Notwendigkeit wird grundsätzlich über das Stellen der Diagnose sichergestellt. Die sich daraus ergebenden weiteren Fragen der Alltagsbewältigung bzw. des Managements einer chronischen Erkrankung (wie z.B. Diabetes mellitus) können von entsprechend besonders qualifizierten Pflegefachpersonen adäquat bearbeitet werden. Selbstverständlich muss im Sinne einer teamorientierten Versorgung eine fachliche Abstimmung mit dem Arzt oder der Ärztin über das „Wie“ der Versorgung erfolgen, nicht aber über das „Ob“.

In Einzelfällen kann es medizinisch notwendig sein, dass die gesamte Versorgung durch eine Ärztin oder einen Arzt erfolgt. In diesem Zusammenhang haben die Ärztinnen und Ärzte ein Widerspruchsrecht bzgl. der Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen. Der Widerspruch ist im Einzelfall medizinisch zu begründen. Um eine wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen, sollte die ärztliche Vergütung für die Leistungen, die von entsprechend qualifizierten Pflegenden übernommen werden können, abgesenkt werden.

Mit den skizzierten Regelungen wird die Übernahme von bestimmten heilkundlichen Tätigkeiten als Regelfall – unabhängig von den individuellen Präferenzen der tätigen Berufsgruppen – normiert. Damit wird dem gesetzgeberischen Ziel einer zügigen und flächendeckenden Umsetzung Rechnung getragen. Zudem wird auf diese Weise eine wirtschaftliche Versorgung sichergestellt.

Aufgrund der Komplexität des hier geregelten Sachverhalts sind aus Sicht des BKK Dachverbandes auch entsprechende Anschluss- bzw. Folgefragen zu klären. In der **Gesetzesbegründung** sind deshalb folgende Aspekte klarzustellen:

- Durchlässigkeit in Bezug auf Settings: Offen bleibt, inwieweit die Erbringung heilkundlicher Tätigkeiten zwischen ambulanter/stationärer Langzeitpflege/ bzw. in MVZ oder Vertragsarztpraxen im Hinblick auf ein Tätigwerden von Pflegefachpersonen im Akutkrankenhaus durchlässig ist. Die Anforderung ist, dass die Regelungen des Rahmenvertrags es Pflegepersonen ermöglicht, das Setting (ohne Zusatzqualifikation o.ä.) zu wechseln.
- Handlungsleitende Ergebnisse für die Praxis: Für die adäquate Versorgung der Versicherten ist es wenig hilfreich, im Rahmenvertrag abstrakt festzulegen, was Pflegende nun „dürfen“. Für einen wirklichen Mehrwert in der Versorgung müssen die zusätzlichen Kompetenzen der Pflegenden konkret und möglichst diagnosebezogen (Diabetes mellitus, chronische Wunde, Hypertonus etc.) in interdisziplinäre Behandlungspfade gegossen werden. Aus diesen muss hervorgehen, wer welche Leistungen in welchem Intervall zu erbringen hat. Hier bietet sich eine Orientierung an den entsprechenden Leitlinien der AWMF an. In diesem Sinne sind auch die Anlagen des Rahmenvertrags nach § 64d SGB V anzupassen. Dies schafft zum einen Klarheit für alle Beteiligten (z.B. im Hinblick auf Zuständigkeiten und Haftungsfragen) und sichert zum anderen auch eine hohe und bundesweit einheitliche Qualität der Versorgung.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG I

Artikel 3 Nummer Nr. 8 wird wie folgt gefasst:

In § 73d Abs. 1 wird folgende Ergänzung vorgenommen:

„4. Maßnahmen zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab gilt entsprechend.“

ÄNDERUNGSVORSCHLAG II

Artikel 3 Nummer Nr. 8 wird wie folgt gefasst:

In § 73d Abs. 2 werden folgende Streichungen/Änderungen vorgenommen:

„(2) Kommt der Rahmenvertrag nach Absatz 1 **ganz oder teilweise nicht zustande** nicht innerhalb der Frist nach Absatz 1 Satz 1 zustande, wird der Inhalt des Rahmenvertrags auf Antrag eines der

können die Vertragspartner oder des das Bundesministeriums für Gesundheit die Schiedsstelle anrufen. Sie setzt innerhalb von drei Monaten den betreffenden Rahmenempfehlungsinhalt fest. durch eine von den Vertragspartnern innerhalb eines Monats zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Die Vertragspartner nach Absatz 1 bilden erstmals bis zum 01.06.2025 eine gemeinsame Schiedsstelle. Sie ist paritätisch aus Vertretern der Krankenkassen sowie der in Abs. 1 genannten Leistungserbringerorganisationen, sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern zu besetzen. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Rahmenempfehlungspartner einigen. Einigen sich die Vertragspartner nicht fristgerecht auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

(2a) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien evaluieren die Auswirkungen der selbständigen Erbringung erweiterter heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung und in der Langzeitpflege auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung und legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2027 einen Bericht über das Ergebnis der Evaluation vor."

ÄNDERUNGSVORSCHLAG III:

§ 37 Abs. 8-10 wird wie folgt geändert bzw. gestrichen:

(8) Der Gemeinsame Bundesausschuss bereinigt die regelt Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Oktober 2023 Juli 2022 um die Rahmenvorgaben zu einzelnen nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 verordnungsfähigen Maßnahmen, bei denen Pflegefachkräfte, die die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 geregelten Anforderungen erfüllen, innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Verordnungsrahmens selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen können, sowie Vorgaben zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes und zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch den Leistungserbringer über die erbrachten Maßnahmen.

(9) Zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens für die im Rahmen einer Versorgung nach Absatz 8 erbrachten Leistungen pseudonymisieren die Krankenkassen die Angaben zu den Ausgaben jeweils arztbezogen sowie versichertenbezogen. Sie übermitteln diese Angaben nach Durchführung der Abrechnungsprüfung dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der

diese Daten für den Zweck der nach Absatz 10 durchzuführenden Evaluierung kassenartenübergreifend zusammenführt und diese Daten dem nach Absatz 10 Satz 2 beauftragten unabhängigen Dritten übermittelt. Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren der Pseudonymisierung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der beauftragte unabhängige Dritte nach Absatz 10 Satz 2 haben die ihnen nach Satz 2 übermittelten pseudonymisierten Daten spätestens ein Jahr nach Abschluss der Evaluierung zu löschen.

(10) Drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen nach Absatz 8 evaluieren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer unter Berücksichtigung der nach Absatz 9 Satz 2 übermittelten Daten insbesondere die mit der Versorgung nach Absatz 8 verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der häuslichen Krankenpflege, die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung nach Absatz 8 sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität. Die Evaluierung hat durch einen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer gemeinsam zu beauftragenden unabhängigen Dritten zu erfolgen.

Zu Nr. 10: Anforderungen an eine fachgerechte Pflegeprozesssteuerung/ Grundsätze der Vergütung erweiterter heilkundlicher Aufgaben (§ 132a SGB V)

Die Pflegeprozesssteuerung ist bereits in der Bundesrahmenempfehlung nach § 132a SGB V hinterlegt (§ 3 insb. Abs. 1 BURA). Diese hat aufgrund der Spezifika der HKP andere Schwerpunkte als z.B. eine Pflegeprozesssteuerung im SGB XI. Diese Spezifika wurden bereits in der Bundesrahmenempfehlung berücksichtigt. Die Problematik der Doppelvergütung wird von den Vertragspartnern nach § 132a Abs. 4 SGB V, bei denen eine vertragliche Bindung nach SGB V und SGB XI besteht, durch Berücksichtigung bzw. Abgrenzung in den entsprechenden Kalkulationen bzw. Vergütungen geregelt. Insofern sehen wir an dieser Stelle keinen Regelungsbedarf.

Die Vergütung der erweiterten heilkundlichen Aufgaben im Rahmen des § 132a SGB V (häusliche Krankenpflege) ist systematisch nicht sachgerecht. Wie im Gesetz klaggestellt, handelt es sich explizit um selbständig erbrachte heilkundliche Leistungen, und nicht um heilkundliche Leistungen, die im Rahmen der Delegation durch HKP erbracht werden. In diesem Zusammenhang muss die Vergütung analog zu den „Grundsätzen der Vergütung (...)“ (§ 132a Abs. 1 Nr. 5) entweder in einem weiteren Absatz im Rahmen des § 73d SGB V (neu) oder in einem separaten Paragraphen geregelt werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 3 Nummer Nr. 10 Doppelbuchstabe aa) wird gestrichen:

In § 132a Abs. 1 wird Nummer 2a (neu) gestrichen:

„2a. Anforderungen an eine fachgerechte Pflegeprozesssteuerung,“

Zu Nr. 11: Aufgabenübertragung von Kranken- bzw. Pflegekassen an Arbeitsgemeinschaften oder Dritte (§ 197b SGB V)

Aufgaben der Krankenkassen können mit der Änderung an Arbeitsgemeinschaften oder Dritte übertragen werden, solange nun nicht nur die Rechte, sondern auch Interessen der Versicherten nicht beeinträchtigt werden.

Die Ergänzung wird befürwortet. Die Aufgabenübertragung von Kranken- bzw. Pflegekassen auf Arbeitsgemeinschaften oder Dritte nach § 197b SGB V bzw. § 47b SGB XI wird in Einklang gebracht. Interessen der Versicherten, die bei der Aufgabenübertragung und nachfolgend sachgerechten Wahrnehmung durch Arbeitsgemeinschaften oder Dritte nicht beeinträchtigt werden dürfen, wird neben Rechtsansprüchen ein eigener Rang eingeräumt. Die Klarstellung entspricht den Vorgaben des § 97 Absatz 1 Satz 1 SGB X.

Artikel 4: Änderung des Pflegezeitgesetzes

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung (§ 2)

Die auszustellende Bescheinigung berechtigt zu einem Fernbleiben von der Arbeit von bis zu zehn Arbeitstagen im Kalenderjahr mit entsprechender Fortzahlung der Vergütung durch den Arbeitgeber oder im Rahmen des Pflegeunterstützungsgeldes. Systematisch ist dies vergleichbar mit einer „Kind-AU“ die ausschließlich von entsprechend qualifizierten Ärztinnen oder Ärzten auszustellen ist. Insofern regen wir an, zur Ausstellung der Bescheinigung ausschließlich Pflegendе mit einem Hochschulabschluss zu berechtigen.

Dies wäre auch im Sinne einer anschlussfähigen Kompetenzabstufung, nach der Advanced Practice Nurses (APN) eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für eine bestimmte Zeit, bei bestimmten Indikationen ausstellen können. Ergänzend muss die ausstellende Pflegefachkraft anhand ihrer Beschäftigtennummer eindeutig identifizierbar bzw. in Bezug auf ihre Qualifikation verifizierbar sein.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 4 wird wie folgt geändert:

In § 2 Abs. 2 wird wie folgt ergänzt:

„(2) Beschäftigte sind verpflichtet, dem Arbeitgeber ihre Verhinderung an der Arbeitsleistung und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Dem Arbeitgeber ist auf Verlangen eine ärztliche Bescheinigung oder unter Angabe der Beschäftigtennummer nach § 293 Abs. 8 SGB V, eine Bescheinigung einer Pflegefachkraft mit akademischen Grad über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der in Absatz 1 genannten Maßnahmen vorzulegen.

III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF

Haftungsprämien bei Pflegefachpersonen mit heilkundlichen Kompetenzen

Mit der Übertragung von heilkundlichen Kompetenzen entsteht durch den breiteren Kompetenz- und Handlungsspielraum der Pflegefachpersonen auch ein größeres Haftungsrisiko. Ein größeres Haftungsrisiko entsteht sowohl bei den insb. in § 73b Abs. 1 SGB V des vorliegenden Gesetzes zu verhandelnden heilkundlichen Leistungen und möglichen Folgeverordnungen sowie deutlich verstärkt im Rahmen der angekündigten Advanced Practice Nurse (APN)-Gesetzgebung.

Um aus den schwierigen Entwicklungen und Diskussionen rund um die Haftungsprämien im Bereich der Hebammen zu lernen, regen wir an, einen Haftungsfond für entsprechend tätige Pflegende gesetzlich zu normieren.

Konkret könnten die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe nach § 118a SGBB XI (neu) mit der Errichtung und Verwaltung eines entsprechenden Fonds beauftragt werden. Damit wäre dieser wichtige Teilaspekt der Heilkundeübertragung von Anfang an in stabile Bahnen gelenkt und würde in der Konsequenz auch die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler deutlich moderater belasten.

Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer (§ 293 Abs. 8 SGB V)

Um die mittels dieses Gesetzes nun weiter ausdifferenzierten Qualifikationen im Rahmen der Zulassung und der Abrechnung nachvollziehbar zu machen, werben wir dringend dafür, die Potenziale eines entsprechenden Verzeichnisses tatsächlich auch versorgungspolitisch in Gänze zu erschließen. Dies betrifft ganz konkret auch die Zielstellung eines solchen Verzeichnisses über Abrechnung, Zulassung und Verifikation der Qualifikationen hinaus. Aus Sicht des BKK Dachverbands ist ein umfassendes Beschäftigtenverzeichnis für sämtliche beschäftigte Pflegende im Gesundheitssystem geeignet, um versorgungspolitisch gezielt zu handeln, die Wirksamkeit gesetzgeberischer Initiativen zu evaluieren, Transparenz bzgl. der Qualifikation und der Quantität sowie den Settings, in denen Pflegende arbeiten und Migrationsbewegungen in und aus der Pflege erstmals auf einer validen Datengrundlage darzustellen.

§ 18c SGB XI Entscheidung über den Antrag, Fristen

BEABSICHTIGTE NEUREGELUNG

Das Gesetz regelt bisher, dass die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder der verkürzten Fristen (nach § 18a Absatz 5 und 6 SGB XI) erteilt. Wird die Frist nicht eingehalten und hat die Pflegekasse die Verzögerung zu vertreten, dann wird für jede begonnene Woche nach der 25-Arbeitstage-Frist eine Strafzahlung in Höhe von 70 Euro fällig, die dem Antragsteller zu zahlen ist.

Aus aktuellem Anlass bittet der BKK Dachverband, das Gesetzgebungsverfahren zu nutzen, um den Umgang mit der Auszahlung der Strafzahlung in Höhe von 70 Euro für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung zur Begutachtung nach § 18c Abs. 5 Satz 1 SGB XI klarzustellen.

Hintergrund ist, dass derzeit die seit über einem Jahrzehnt rechtlich begründete Verwaltungspraxis in Frage gestellt wird, wie mit Strafzahlungen bei Fristüberschreitung umgegangen werden muss. Kassenartenübergreifender Verfahrensstand ist, dass erst nach Beendigung des Verfahrens der Pflegebegutachtung die Strafzahlung ausgelöst wird. Begründet liegt dies darin, dass erst nach Ende des Verfahrens den Pflegekassen bekannt ist, wer die Verzögerung der Begutachtung zu vertreten hat. Ist es der Antragsteller, die Pflegekasse oder respektive der Medizinische Dienst, dessen Verzögerung der Pflegekasse zugeordnet wird? Die Zuordnung ist aber elementar, da nur bei Verschulden der Pflegekasse die Strafzahlung fällig wird. Erst am Ende des Verfahrens ist also rechtssicher die Frage des Verschuldens der Verzögerung der Feststellung der Pflegebedürftigkeit feststellbar und die korrekte Höhe zu berechnen sowie auszuführen.

FORMULIERUNGSVORSCHLAG

Damit es zukünftig zu keiner weiteren Rechtsunsicherheit bei der Auslegung der Strafzahlungen kommt, ist in § 18c Absatz 5 Satz 1 festzulegen, dass die Pflegekasse die Zahlung nach Abschluss des Verfahrens der Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu zahlen hat. In Absatz 5 Satz 1 ist das Wort „Fristablauf“ zu streichen und durch die Wörter „Abschluss des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ zu ersetzen.

In Absatz 5 soll zudem eine Klarstellung erfolgen, dass ein länger andauerndes Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nicht der Pflegekasse anzulasten ist, wenn die Verzögerung von der antragsstellenden Person verursacht wurde (z. B. Terminabsage oder Abwesenheit trotz Terminabsprache durch die antragstellende Person). Vielmehr verlängern diese Zeiten, die zuvor für den jeweiligen Tatbestand eingetretene Hemmung der 17-Arbeitstage-Frist.

BEGRÜNDUNG

Mit einer jeweils wöchentlichen Auszahlung der Zusatzzahlung bereits ab Fristablauf würden seit Jahren gut funktionierende und automatisierte Prozesse nicht mehr möglich sein. Ein immer stärker digitalisiertes Ablaufverfahren müsste zurück auf eine personalintensive manuelle Einzelfallsteuerung geführt werden, da bei jedem Antragsverfahren eine eigene Fristenverwaltung und Wiedervorlage erfolgen würde. Weiterhin müssten schon gegen Ende des Fristenverlaufs Sachstandanfragen beim Medizinischen Dienst erfolgen, nach Fristablauf sogar wöchentlich. Damit einhergehen müssten wöchentlich auszulösende Zahlungen. Das vom Gesetzgeber intendierte schnelle Antrags- und Bewilligungsverfahren gerät mit einer wöchentlich auszahlenden Strafzahlung in Gefahr – auch aufgrund der personellen Kapazitäten bei den Pflegekassen wie auch bei den Medizinischen Diensten, die durch erweiterte Auskunftsverfahren gegenüber den Pflegekassen mit erheblichem Mehraufwand rechnen müssten.

Es darf nicht außer Acht gelassen werden, dass allein im Jahr 2023 bei rund 662.800 Anträgen eine Fristüberschreitung zu verzeichnen war, bei etwa 75 Prozent wurde diese nicht von den Pflegekassen verursacht. Es zeigt sich also, dass es in der Mehrzahl der Fälle zu einer Rückforderung bei den antragstellenden Personen kommen wird. Gerade in Fällen, in denen vulnerable Personen bereits mit der Organisation des Pflegealltags und der neuen herausfordernden Situation konfrontiert sind, würde zusätzlich ein für sie zunächst unverständliches Rückforderungsverfahren mit Anhörung, Rückforderungsbescheid, ggf. Mahnverfahren anlaufen. Dies belastet auch erheblich das Vertrauensverhältnis zwischen Versicherten und Pflegekassen. Für die antragstellenden Personen wäre es hilfreicher, zeitnah den Bescheid der Pflegekasse und damit Regelungssicherheit für die weitere Planung der pflegerischen Versorgung zu erlangen. Der Sanktionscharakter der Strafzahlung bleibt für die Pflegekasse gleich – ob die Auszahlung nun wöchentlich oder nach Bescheiderteilung ausgelöst wird. Die Kosten für die pauschale Zusatzzahlung sind ohnehin aus den Verwaltungskosten zu tragen (§ 46 Abs. 3 Satz 1 SGB XI). Eine solche Zahlung zu vermeiden, ist für die jeweilige Pflegekasse wesentlicher Anreiz, Bescheide fristgerecht zu erteilen.

BEABSICHTIGTE NEUREGELUNG

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

bzw. wie nach dem Zweck der Regelung eine entsprechend schnelle Bearbeitung bzw. Begutachtung innerhalb der engen Fristen des § 18c Absatz 1 SGB XI sicherzustellen ist.

FORMULIERUNGSVORSCHLAG

In § 18c Absatz 5 sind die Sätze 4 und 5 zu ersetzen durch die Formulierung „Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, ist der Lauf der Frist nach Satz 1 bis zur Beendigung der Verzögerung und soweit danach eine erneute Terminierung der Begutachtung erforderlich ist, für weitere 17 Arbeitstage nach Kenntnis über den Wegfall der Verzögerung gehemmt. Danach läuft die Frist weiter.“

BEGRÜNDUNG

Wie bereits oben beschrieben, liegt die Ursache der Fristüberschreitung zu 75 Prozent bei den antragsstellenden Personen (bspw. kurzfristige Terminabsage durch die antragsstellende Person) und ist somit nicht der Pflegekasse, noch dem MD anzulasten. Die dadurch eingetretene Hemmung der Frist verlängert also den Fristenzeitraum.

Die Ressourcen eines MD erlauben grundsätzlich aber keine Adhoc-Begutachtungen. Die Terminplanung für die Touren steht im Voraus fest und kann nicht flexibel zu Ungunsten weiterer Dritter abgeändert werden. Unabhängig davon zeigen die Erfahrungen der MDs, dass Adhoc-Begutachtungen die zu begutachtenden Personen überfordern und demzufolge nicht in deren Interesse sind. Nach der aktuell vorliegenden Statistik des MD Bund über die Auftrags- und Begutachtungsentwicklung in der Pflege vom Mai 2024 werden fristgebundene Begutachtungsaufträge im Bundesdurchschnitt innerhalb von 16,9 Arbeitstagen von den MD erledigt.

Um die Regelungslücke in § 18c Absatz 5 SGB XI zu schließen, wurde im Gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 14.11.2023 eine Frist von 17 Arbeitstagen zur Begutachtung durch Übertragung der Frist aus § 18 Abs. 3 SGB XI vorgenommen. Wie § 18c Abs. 1 und 5 SGB XI enthält auch § 18 Abs. 3 SGB XI eine Regelung, die auf eine beschleunigte Bearbeitung von Anträgen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit abzielt. Es ist davon auszugehen, dass die dort rechnerisch zu ermittelnde Begutachtungsdauer von 17 Arbeitstagen dem gesetzgeberischen Ziel einer schnellen Bearbeitung Rechnung trägt. D. h., dass eine solche Dauer vom Gesetzgeber als angemessen und nicht als zögerlich angesehen wird. Die Frist von 17 Arbeitstagen bietet den Medizinischen Diensten und anderen unabhängigen Gutachterdiensten zudem Orientierung, innerhalb welcher Frist nach dem Ende eines Hemmungstatbestandes die Erledigung eines Begutachtungsauftrages spätestens erwartet wird.