

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

Stellungnahme

zum

**Referentenentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit**

für ein

**Gesetz zur Neuordnung der Pflegeversicherung
(Pflegerneuordnungsgesetz – PNOG)**

Berlin, 10. Juni 2026

Inhaltsverzeichnis

I.) **Stellungnahme zum Gesetzentwurf**

Vorbemerkung	4
Zusammenfassung	4
 Zu den Vorschriften im Einzelnen:	
§ 6 SGB XI – Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen	11
§ 7a SGB XI – Pflege-Cockpit	12
§§ 7c und 7d SGB XI – Pflegebegleitung	13
§ 37 Abs. 3 SGB XI – Pflegeberatungseinsätze	
§ 45 SGB XI – Pflegeberatung	
§ 8a SGB XI – Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung und zu deren Sicherstellung	18
§ 9 SGB XI – Investitionskosten	20
§ 10 SGB XI – Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege	21
§ 11 Abs. 3 SGB XI – Einmaliger Zuschuss für Digitalisierung	23
§ 11 SGB Abs. 4 bis 6 XI – Förderung von Innovation und Digitalisierung	24
§ 30 Abs. 1 SGB XI – Dynamisierung	27
§ 35b SGB XI – Abtretung bei Kostenerstattung	30
§ 36 SGB XI – Sachleistungsbudget	34
§ 39 SGB XI – Überbrückungsbudget	
§ 40 SGB XI - Pflegehilfsmittel	
§ 37 SGB XI – Entlastungsbudget	36
§ 39 SGB XI – Überbrückungsbudget	38
§ 39a SGB XI – Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen	
§§ 40b und 40c SGB XI – Digitale Pflegeanwendungen	43
§ 42 SGB XI – Kurzzeitpflege	45
§ 69 SGB XI – Sicherstellungsauftrag	
§ 43c SGB XI – Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen	49
§ 144 SGB XI – Bestandsschutz für bisherige Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI	

§ 45a SGB XI – Angebote zur Unterstützung im Alltag; Nachbarschaftshilfe	51
§ 45b SGB XI – Sozialraumbudget	51
§ 72 Abs. 3g SGB XI – Tariftreueregelung	54
§ 82 Abs. 1a SGB XI – Finanzierung der Pflegeeinrichtungen, Pflege-Technik-Schlüssel	57
§ 88b SGB XI – Erstattung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege	58
§ 113e SGB XI – Transformationsstellenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen	61
§125a SGB XI – Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege	50
II.) Weitere Änderungsvorschläge des bpa	69
1.) Finanzierung – versicherungsfremde Leistungen	69
2.) Berücksichtigung der Auslastungsquote als wesentliche Geschäftsgrundlage	71
3.) Angemessene Berücksichtigung von unternehmerischem Wagnis und der Möglichkeit der Gewinnerzielung	72
4.) Berücksichtigung einer anlaufbedingt eingeschränkten Belegungsquote	74
5.) Erweiterung der Kompetenzen der Pflegesatzkommissionen zur Verfahrensbeschleunigung	75
6.) Häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege: Gleichklang der wirtschaftlichen Angemessenheit von Personalaufwendungen in SGB V und SGB XI sowie klare Regelung von Zahlungsfristen und Verzugsfolgen für Kostenträger	77
7.) Sozialhilfe: Klare Regelung von Zahlungsfristen, Verzugsfolgen und Zahlungsansprüchen für erbrachte Leistungen vor Bescheiderteilung	80
8.) Kompetenzvermutung: Vereinfachung der Anerkennung der Berufsqualifikation für internationale Fachkräfte	83
9.) Regelung zur Aufteilung des Finanzierungsbedarfs für Tagespflegen modifizieren	84
10.) Evaluierung des Pflegeberufgesetzes	85

I.) Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz - PNOG)

Vorbemerkung

Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) bildet mit mehr als 14.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-)stationären Pflege, der Behindertenhilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind systemrelevanter Teil der Daseinsvorsorge. Als gutes Beispiel für Public-private-Partnership tragen die Mitglieder des bpa die Verantwortung für rund 465.000 Arbeitsplätze und circa 23.000 Ausbildungsplätze. Die Investitionen in die pflegerische Infrastruktur liegen bei etwa 31 Milliarden Euro. Mit rund 7.400 Pflegediensten, die circa 420.000 Patienten betreuen, und 6.700 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 390.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

Zusammenfassung

Der Spagat zwischen Spargesetz und Strukturreform misslingt. Das PNOG gibt keine Antwort auf die Frage, wie die pflegerische Versorgung in Deutschland nachhaltig gesichert werden kann.

Tariftreueregelung

Lohn- und Vergütungssteigerungen über der Grundlohnsumentensteigerung müssen auch zukünftig refinanziert werden, damit die Einrichtungen die notwendige Flexibilität bei der Personalsicherung bei zunehmender Personalmangelsituation insgesamt erhalten!

Die Aussetzung der Tariftreue und der Wirtschaftlichkeitsfiktion zum 2. Januar 2027 wird zu erheblichen wirtschaftlichen Problemen für alle Pflegeeinrichtungen führen, die nicht zum 1. Januar 2027 eine neue Vergütungs- oder Pflegegesetzvereinbarung verhandeln. Insbesondere im vollstationären Bereich ist es üblich Einzelverhandlungen über das gesamte Jahr hinweg zu führen. Diese Pflegeheime müssen ab dem 1. Januar 2027 das dann geltende regional übliche Entgelt zahlen, können dieses aber in Pflegesatzverhandlungen, die ab dem 2. Januar 2027 gelten sollen, nicht mehr automatisch geltend machen. Dies wird in den Bundesländern, in denen das regional übliche Entgelt stärker als die abgesenkte Grundlohnsumme steigt, dazu führen, dass Pflegeheime in

erhebliche wirtschaftliche Existenznöte geraten. Dies ist inakzeptabel. Es darf keine Verpflichtung zur Einhaltung einer Tariftreue geben, wenn nicht dauerhaft die Refinanzierung gesichert ist. Die Wirtschaftlichkeitsfiktion für die Personalaufwendungen muss daher fortgelten.

Die Begrenzung der Vergütungs- und Pflegesatzsteigerungen auf die (abgesenkte) Grundlohnsummensteigerung wird nicht nur zu erheblichen Nachteilen bei der Personalsicherung, sondern auch zu dem Ende vieler politisch gewünschter Maßnahmen führen.

Im vollstationären Bereich muss sich künftig entschieden werden, ob Gehaltssteigerungen erfolgen können oder eine Mehrpersonalisierung nach PeBeM stattfindet. Beides wird regelhaft nicht möglich sein. Die PeBeM-Umsetzung wird so aktiv sabotiert. Dies gilt gleichermaßen für eine Weiterqualifikation von QN 1 und QN 2-Personal zu QN-3-Kräften, aufgrund der höheren Gehaltskosten. Die Liste lässt sich fortsetzen mit höheren Ausbildungszuschlägen, durch Ordnungsrecht vorzuhaltende Funktionsstellen wie Hygienebeauftragte, Anpassungen der kalkulatorischen Auslastungsquote oder der Anwerbung aus dem Ausland. All diese Faktoren wirken pflegesatzsteigernd und begrenzen das Potential für Gehaltssteigerungen.

Es ist davon auszugehen, dass der Gesetzgeber diese Folgewirkungen bei der Übernahme der Regelung aus dem SGB V nicht bedacht hat. Es können jedoch nicht politisch Ziele definiert und dann die Mittel zur Erreichung dieser erheblich eingeschränkt werden. Die Deckelung der Steigerungen muss daher zwingend wieder gestrichen werden.

Pflegebegleitung

In Deutschland gibt es derzeit ein etabliertes und bekanntes System von Beratungen, das hauptsächlich von Pflegediensten getragen wird, die Millionen Pflegebedürftige direkt vor Ort erreichen. Daher sieht der bpa massive Probleme bei einer Verschiebung der Beratung weg von den sehr effizienten Beratungsstrukturen ambulanter Pflegedienste hin zu den Pflegekassen oder Kommunen.

Das ist ein Irrweg, der damit beschriftet wird!

Allein um die Pflichtberatungen für Pflegegeldempfänger abzusichern, müssten mehr als 6000 Pflegefachpersonen den Pflegeeinrichtungen entzogen und in Pflegestützpunkten, Pflegekassen oder kommunalen Strukturen eingestellt werden. Laut Daten des [GKV-Spitzenverbandes](#) zur Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI werden lediglich 3,1 Prozent der Pflegebedürftigen mit diesem Angebot erreicht. In Zahlen bedeutet das, dass mit einem Personaleinsatz von mehr als 1.000 Beschäftigten lediglich 150.000 Pflegebedürftige beraten werden. Um die deutlich umfangreicheren Aufgaben der neu gefassten

Pflegebegleitung gerecht zu werden, müssten also mindestens weitere 20.000 Mitarbeitende zusätzlich eingestellt werden, um nur der Hälfte aller Pflegebedürftigen ihren Anspruch auf die Leistungen nach neu § 7c SGB XI (Pflegebegleitung) zu erfüllen. Abgesehen davon, dass völlig unklar ist, wie dies innerhalb von eineinhalb Jahren rein praktisch zu bewerkstelligen sein soll, hätte dies erhebliche negative Auswirkungen für die Pflegebedürftigen und für die Gesellschaft insgesamt: Die vorhandenen Beratungsstrukturen haben sich über lange Zeit herausgebildet und bewährt. Sie sollen nun ohne Not und ohne vorhandene Ressourcen für einen nicht finanzierbaren Alternativvorschlag zerschlagen werden.

Dynamisierung

Die vorgesehenen Änderungen bei der Dynamisierung sind eine Mogelpackung. Den Pflegebedürftigen werden Milliarden weggenommen. Das bisher geltende Versprechen des Gesetzgebers, den Kaufkraftverlust der letzten Jahre im Jahr 2028 auszugleichen, wird gebrochen. Statt die kumulierte Inflation zu betrachten, erfolgt nur eine Erhöhung um einen Bruchteil des bisher gesetzlichen vorgesehen. Nach bisheriger Gesetzeslage stünde den Pflegebedürftigen zum 1. Januar 2028 eine Leistungserhöhung von rund 11 Prozent zu. Stattdessen sollen es nun zum 1. Juli 2028 nach aktuellem Stand rund 3,5 Prozent sein. Allein in den Jahren 2028 bis 2030 bedeutet dies in der Folge einen Kaufkraftverlust von mehr als 10 Milliarden Euro!

Damit wird gerade nicht der verlässliche Charakter der Pflegeversicherung gestärkt, sondern die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen werden immer mehr selbst belastet oder müssen Sozialhilfe beantragen. Das ursprüngliche Ziel der Pflegeversicherung – das Risiko der Pflegebedürftigkeit sozial abzusichern und zu verhindern, dass Pflegebedürftige wegen ihrer Pflegekosten auf Sozialhilfe angewiesen sind – kann so nicht erreicht werden. Stattdessen sanieren die Pflegebedürftigen und Sozialämter die Kassen der Pflegeversicherung.

Finanzierung

Der bpa lehnt die zahlreichen Einschnitte zu Lasten der Versicherten, der Beitragszahler und der Arbeitgeber ab. Dazu zählen die Reduzierung der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige, die Verbeitragung der geringfügigen Beschäftigung („Mini-Job“) und die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Der Gesetzgeber will dadurch das drohende Defizit der Pflegeversicherung vermeiden. Diese ganzen Maßnahmen wären aber gar nicht erforderlich, wenn die zahlreichen **versicherungsfremden Leistungen**, die die Pflegeversicherung übernimmt, endlich aus Steuermitteln bzw. durch die Stellen finanziert würden, die dafür systemgetreu zuständig sind:

- ca. 3 Mrd. Euro jährlich für die medizinische Behandlungspflege im Pflegeheim: Übernahme durch die Krankenkassen

- ca. 4 Mrd. Euro jährlich für die soziale Absicherung der Pflegepersonen (u. a. Rentenpunkte für pflegende Angehörige): Übernahme aus Steuermitteln
- zweistelliger Millionenbetrag jährlich für Förderbeträge u.a. für Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: Übernahme aus Steuermitteln
- Herausnahme der Ausbildungskosten aus den Eigenanteilen der Pflegebedürftigen: Übernahme aus Steuermitteln

Einführung von Budgets

Die Zusammenlegung von Ansprüchen als vermeintliche Vereinfachung ist in Wahrheit eine versteckte Leistungskürzung für die betroffenen pflegebedürftigen Menschen. Die geplante Neuausrichtung eines Sachleistungsbudgets darf nicht dazu führen, dass bewährte ambulante Leistungen faktisch entfallen. Genau dieses Risiko ist mit dem vorliegenden Entwurf jedoch verbunden.

Besonders problematisch ist, dass die bislang flexibel nutzbare ambulante Entlastung durch die Streichung des bewährten Instruments der Verhinderungspflege für viele Familien deutlich schwerer zugänglich werden könnte. Während die Reform den Anspruch erhebt, häusliche Pflege zu stabilisieren, Prävention zu stärken und sozialräumliche Unterstützungsstrukturen auszubauen, droht sie in der Praxis gerade jene Angebote zu schwächen, die heute täglich Versorgung sichern, Angehörige entlasten und Pflegebedürftigen ein Verbleiben im eigenen Zuhause ermöglichen.

Hinzu kommt ein gravierender Strukturwiderspruch: Einerseits sollen Angebote zur Unterstützung im Alltag und sozialräumliche Versorgungsformen gestärkt werden. Tatsächlich aber besteht die Gefahr, dass mit dem Wegfall des Einsatzes des Entlastungsbetrags für niedrighschwellige Leistungen, die ambulante Pflegedienste und Tagespflegen erbringen, wesentliche Finanzierungsgrundlagen entzogen werden. Wenn wirtschaftlich tragfähige ambulante und teilstationäre Strukturen wegbrechen, wird die Versorgung nicht modernisiert, sondern ausgedünnt.

Überbrückungsbudget

Der bpa lehnt die Ausgestaltung des neuen Überbrückungsbudgets ab. Die Ablösung der Verhinderungspflege durch ein neues Überbrückungsbudget ist ein tiefgehender Eingriff in bewährte Unterstützungsstrukturen der häuslichen Pflege, ohne einen erkennbaren Mehrwehrt für die pflegebedürftigen Personen und Leistungserbringer. Die mit dem Referentenentwurf verfolgte Fokussierung auf pflegerische Akut- und Krisensituationen greift zu kurz. Sie führt dazu, dass Pflegebedürftige und ihre Angehörigen künftig weniger flexibel auf Unterstützungsbedarfe reagieren können und hierfür geringere finanzielle Mittel zur Verfügung haben. Gerade die bisherige Flexibilität der Verhinderungspflege ist ein zentraler Stabilitätsfaktor für die häusliche Versorgung.

In der **Kurzzeitpflege** möchte der Gesetzgeber mit dem Überbrückungsbudget ebenfalls die pflegerische Situation in Notsituationen sicherstellen. Leider verfehlen die vorgeschlagenen Maßnahmen das Ziel vollkommen. Stattdessen wird die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen eingeschränkt, die zur Verfügung stehenden Leistungen rationiert, ein nicht nachvollziehbarer bürokratischer Mehraufwand geschaffen und das wirtschaftliche Anbieten von Kurzzeitpflegeplätzen konterkariert.

Digitalisierung

Der bpa begrüßt das Förderprogramm zur Digitalisierung der ambulanten und teilstationären Pflege sowie die dafür bereitgestellten Mittel ausdrücklich. Der Investitionsbedarf in diesem Bereich ist hoch. Allerdings sind hierbei noch zahlreiche Klarstellungen erforderlich. Die zur Verfügung stehenden Mittel müssen tatsächlich bei den Einrichtungen ankommen. Bürokratische Hürden dürfen dies nicht verhindern. Darüber hinaus müssen auch vollstationäre Einrichtungen förderfähig sein, damit diese ebenfalls Digitalisierungsmaßnahmen ohne zusätzliche Belastung der Eigenanteile der Pflegebedürftigen durchführen können. Der Fördertopf ist entsprechend zu erhöhen.

Der bpa begrüßt die vorgesehenen Transformationsstellenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen ausdrücklich. Die Möglichkeit, nicht besetzte Stellenanteile in einen finanziellen Gegenwert für das Pflege- und Betreuungspersonal entlastende technische und digitale Systeme umzuwidmen, entspricht unmittelbar dem vom bpa seit Langem vertretenen **Personal-Technik-Schlüssel**, der eine flexible Umwidmung von Personalmitteln zugunsten entlastender Technik ermöglicht. Damit greift der Entwurf ein zentrales Anliegen des bpa auf und erkennt an, dass digitale und technische Systeme Pflegekräfte spürbar entlasten und die pflegerische Versorgung verbessern können. Der vorliegende Regelungsvorschlag weist aber gravierende Probleme auf. Durch die Begrenzung der transformierbaren Anteile auf 10 Prozent der Korridorstellen zwischen Landes-Mindestpersonalausstattung und gesetzlicher Obergrenze kommt es zu einem bundesweiten Flickenteppich in der Umsetzung, der in den meisten Ländern eine wirksame Finanzierung weitestgehend ausschließt. Insbesondere in den Bundesländern, die dem politischen Wunsch einer hohen Mindestpersonalausstattung nachgekommen sind, wäre die verfügbare Digitalisierungssumme verschwindend gering. In Bayern wäre in einer Muster-100-Platz-Einrichtung ein Stellenanteil von 0,4 VK maximal berücksichtigungsfähig. Dies entspräche lediglich rund 13.450 Euro pro Jahr für die Digitalisierung. Das genügt nicht einmal für eine einzige Anwendung. Das kann nicht das Ziel des Gesetzgebers sein. Problematisierend kommt hinzu, dass es zwischen Gesetzestext und Begründung abweichende Bezüge hinsichtlich der Korridorbemessung gibt. Würde dem Gesetzestext gefolgt, wäre die finanzierbare Summe noch einmal deutlich niedriger.

Wirtschaftliche Situation der Pflegeeinrichtungen

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

Hinsichtlich der notwendigen Maßnahmen gibt es einen großen Konsens. Im Rahmen der letzten Koalitionsverhandlungen haben sich der bpa und alle anderen Verbände der Leistungserbringer gemeinsam an die Verhandlungsgruppe gewendet und einen abgestimmten [Forderungskatalog](#) vorgelegt. Auch dem Bundesministerium für Gesundheit ist dieser bekannt. Durch das BEEP wurde von den vorgeschlagenen Maßnahmen nur ein Bruchteil umgesetzt und der vorliegende Entwurf versäumt es, die notwendigen Maßnahmen umzusetzen, um den weiteren Rückbau der pflegerischen Versorgungsstruktur zu verhindern.

Insgesamt sind die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Stärkung der Wirtschaftlichkeit der Pflegeeinrichtungen bei Weitem nicht ausreichend. Der bpa hat deswegen weitere Vorschläge zur wirtschaftlichen Absicherung von Pflegeeinrichtungen unterbreitet (s. Ziffer 2, Seite 69 ff).

Besonders dringend erforderlich sind Vereinfachungen und Beschleunigungen bei den Verfahren der Hilfe zur Pflege. Nach einer Hochrechnung des bpa betragen aktuell die Außenstände der Sozialhilfeträger bei den Pflegeeinrichtungen über 500 Millionen Euro! Ämter gestehen offen ein, dass die Verfahren teilweise drei Jahre dauern. So lange lebt kaum jemand im Pflegeheim. Das gefährdet die Versorgung und belastet die Familien schon heute enorm. Deswegen bedarf es entsprechender Änderungen, damit Einrichtungen sich auf schnelle Bewilligungen verlassen können und Abschlagszahlungen erhalten.

Der bpa fordert darüber hinaus eine angemessene Berücksichtigung von unternehmerischem Wagnis und der Möglichkeit der Gewinnerzielung. Durch die Möglichkeit einer angemessenen Berücksichtigung des Unternehmerrisikos wird erst die Grundlage geschaffen, dass das Risiko des Betriebs einer Pflegeeinrichtung übernommen wird. Ohne eine wirtschaftliche Perspektive ist dem unternehmerischen Handeln der Boden entzogen. Dies würde nicht nur die Existenzgrundlage der privaten, sondern auch der freigemeinnützigen Träger zerstören.

Personalsicherung

Im Entwurf finden sich keinerlei wirksame Impulse, um die unmittelbar bevorstehende dramatische Zuspitzung des Personalmangels in irgendeiner Form abzufedern. In wenigen Jahren trifft die Babyboomer-Problematik die Pflege gleich doppelt. Einfache Lösungen, die von der kompletten Branche unterstützt werden, wie die Kompetenzvermutung für internationale Pflegekräfte (s. Seite 83), werden ignoriert.

Zu den Vorschriften im Einzelnen

Artikel 1, Nr. 5

§ 6 SGB XI – Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen

Vorgeschlagene Neuregelung

In Absatz 1 sollen die Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen ergänzt werden durch die Aufgabe der Pflegeeinrichtungen, die Versicherten dabei zu unterstützen, ihre Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder einer Verschlimmerung entgegenzuwirken, indem die Einrichtungen den Alltag der Pflegebedürftigen gesundheitsbewusst ausgestalten und präventiv und rehabilitativ ausgerichtete Pflegemaßnahmen ergreifen.

Stellungnahme

Der bpa stimmt mit dem Gesetzgeber überein, dass das Handeln der Pflegeeinrichtungen darauf ausgerichtet sein muss, Pflegebedürftigkeit zu mindern, zu überwinden oder einer Verschlechterung entgegenzuwirken. Um dies zu gewährleisten, leisten täglich hunderttausende qualifizierte Pflegekräfte einen wesentlichen Beitrag.

Vor diesem Hintergrund bleibt jedoch unklar, welches konkrete Ziel die geplante Ergänzung der Rechte und Pflichten verfolgt. Sofern damit neue Verpflichtungen oder zusätzliche Aufgaben verbunden sein sollen, die bislang aus Sicht des Gesetzgebers nicht zum Leistungsumfang der Pflegeeinrichtungen zählen, bedarf es einer eindeutigen Klarstellung sowie einer entsprechenden Refinanzierung.

Änderungsvorschläge

§ 6 Abs.1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

(1) Inhalt und Organisation der Leistungen, die Pflegeeinrichtungen erbringen, haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde jederzeit zu gewährleisten. Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Die Pflegeeinrichtungen unterstützen die Versicherten dabei, durch ~~eine gesundheitsbewusste Alltagsgestaltung und durch präventiv und rehabilitativ ausgerichtete geeignete~~ Pflegemaßnahmen, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken.

Artikel 1, Nr. 6

§ 7a SGB XI – Pflege-Cockpit

Vorgeschlagene Neuregelung

§ 7a SGB XI führt mit dem „Pflege-Cockpit“ einen einheitlichen digitalen Zugang ein, den die Pflegekassen für jede bei ihnen versicherte pflegebedürftige Person eröffnen. Über diesen Zugang erhalten Pflegebedürftige und von ihnen bevollmächtigte Personen gebündelt allgemeine und individuelle Informationen zur Pflegeversicherung, einen Überblick über die im jeweiligen Pflegegrad beanspruchbaren Leistungen und den aktuellen Leistungsbezug, die Möglichkeit, Anträge, Anfragen und Belege einzureichen und deren Bearbeitungsstatus zu verfolgen, sowie Zugang zu Beratungs-, Schulungs- und Unterstützungsangeboten (Absatz 1 Nummer 1 bis 10). Die Darstellung soll einfach verständlich und barrierearm sein; bei der Weiterentwicklung wird ein zweckmäßiger Datenaustausch mit der elektronischen Patientenakte mitgedacht. Absatz 2 sieht zudem bereits vor Feststellung einer Pflegebedürftigkeit einen digitalen Zugang zu Präventions- und Basisinformationen vor.

Stellungnahme

Der bpa regt an, das mit dieser Vorschrift verfolgte Vorhaben eng mit den weiteren Entwicklungen rund um Versicherten-Apps sowie das Frontend des Versicherten (FdV) der gematik – etwa im Kontext der elektronischen Verordnung häuslicher Krankenpflege (eVO HKP) – abzustimmen. Ziel sollte sein, einen Wildwuchs an Einzelanwendungen zu vermeiden und die wesentlichen Informationen möglichst in einem System zu bündeln, anstatt Versicherte und Pflegebedürftige auf eine Vielzahl separater Apps zu verweisen. Eine solche Bündelung erhält die Übersicht für die Nutzerinnen und Nutzer und vermeidet vermeidbaren Mehraufwand und zusätzliche Kosten. Der bpa hält es daher für sinnvoll, die Anschlussfähigkeit an bestehende und in Entwicklung befindliche Anwendungen – insbesondere das FdV der gematik – frühzeitig zu prüfen und aufeinander abzustimmen.

Änderungsvorschläge

§ 7a Absatz 1 Satz 6 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Bei der weiteren Entwicklung des Pflege-Cockpits werden in der Konzeption zudem ein zweckmäßiger Datenaustausch mit der elektronischen Patientenakte **sowie die Anschlussfähigkeit an das Frontend des Versicherten der Gesellschaft für Telematik und an weitere Versicherten-Anwendungen berücksichtigt, um die wesentlichen Informationen für die Versicherten möglichst in einem System zu bündeln und eine Vielzahl separater Anwendungen zu vermeiden.**

Artikel 1, Nr. 8

§§ 7c und 7d SGB XI – Pflegebegleitung

§ 37 Abs. 3 SGB XI – Pflegeberatungseinsätze

§ 45 SGB XI – Pflegeberatung

Vorgeschlagene Neuregelung

Ab dem 1. Januar 2028 soll jede pflegebedürftige Person Anspruch auf die Begleitung durch eine ihr fest zugeordnete Pflegebegleitperson haben. Die Verantwortung der Durchführung wird den Pflegekassen übertragen. Diese sollen mit allen an der Versorgung beteiligten Personen eng zusammenarbeiten und sind auch verpflichtet, regionale Vernetzungsstrukturen zu fördern.

Gleichzeitig sollen heute bestehende Beratungsansprüche nur noch bis Ende 2027 gewährt werden: individuelle häusliche Schulungen nach § 45 SGB XI und Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI sowie Beratungen nach § 7a SGB XI. Passend zu diesen Ansprüchen hat sich in Deutschland seit Einführung der Pflegeversicherung eine Struktur etabliert, die die Beratung und Begleitung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen leistet. Ganz überwiegend ambulante Pflegedienste, aber auch unabhängige Beratungsstellen und weitere Organisationen haben viele tausend Pflegefachkräfte weitergebildet, die die Menschen in deren Häuslichkeit besuchen und dort beraten, anleiten und schulen.

Stellungnahme

Die Beratungs- und Schulungsleistungen sind kein Randthema der Pflegeversicherung, sondern ein entscheidender Hebel für Versorgungssicherheit und Kostenstabilität. Beratungs- und Schulungsleistungen tragen entscheidend dazu bei, häusliche Pflege und ihre Qualität zu stabilisieren, durch Unterstützung Angehöriger deren Überforderung zu vermeiden und kostenintensive Versorgung hinauszuzögern.

Trotz ihrer zentralen Bedeutung für die Stabilisierung häuslicher Pflege werden diese Leistungen im Berichtswesen bislang nicht transparent ausgewiesen. Damit fehlt im Grunde der Maßstab für die Bewertung, die allerdings für eine zielgerichtete Weiterentwicklung unabdingbar ist.

Obwohl ihre Ausgaben bis heute nicht transparent ausgewiesen werden, ist erkennbar, dass derzeit insbesondere die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI sehr effizient durch Mitarbeitende in Pflegeunternehmen geleistet werden. Seit Einführung der Pflegeversicherung sind Pflegedienste frühe und meistens erste Ansprechpartner für pflegebedürftige Menschen. Die bestehenden rd. 15.000 Pflegedienste in Deutschland beraten und begleiten Menschen, die nur Pflegegeld (§ 37 Abs. 3 SGB XI)

erhalten, sowie Menschen, die durch Angehörige und Pflegedienste unterstützt werden. Pflegedienste bieten Beratung im häuslichen Umfeld und auch Pflegekurse an (§ 45 SGB XI). Die Ausgaben für verpflichtenden Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI liegen bei rund 0,5 bis 0,7 Milliarden Euro. Hinzu kommen Leistungen nach § 45 SGB XI im zweistelligen Millionenbereich. Die Ausgaben für Beratungs- und Schulungsleistungen in der Pflege liegen bei mindestens rund 0,6 Milliarden Euro jährlich. Man kann davon ausgehen, dass im Jahr 2025 mehr als 5 Mio. pflegebedürftige Menschen, die nur Pflegegeld erhielten, von Pflegediensten beraten wurden. Dazu schulen sie im Rahmen der Pflegeberatung nach § 45 SGB XI. Hier bleibt das Potenzial, nicht aus Mangel an Bedarf, sondern aufgrund bürokratischer und struktureller Hürden ungenutzt.

Diese Beratungs- und Schulungsstrukturen sollen nun ersetzt werden durch das Eingliedern in derzeit extrem ineffiziente Strukturen der Pflegekassen (§ 7a SGB XI alt). Allein für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI beschäftigen Pflegekassen Mitarbeitende im Umfang von mehr als 1.000 Vollzeitäquivalenten, erreichen in diesen Beratungsstrukturen aber lediglich 3,1 % der Pflegebedürftigen, wie der [Bericht des GKV Spitzenverbandes](#) zur Beratung nach § 7a SGB XI vom Juni 2023 ausführt.

Will man nun ernsthaft eine Idee dazu entwickeln, wie der deutlich erweiterte Aufgabenkatalog zur Pflegebegleitung erfüllt werden soll, scheitert man nicht nur an Fragen der Finanzierbarkeit, sondern auch schlicht an der Ressource Personal. Jeder Versuch, die bislang durch Pflegedienste geleisteten sowie die vielen zusätzlichen Aufgaben sachgerecht zu erfüllen, würde zwangsläufig ein Kannibalisieren der Personalstrukturen der Pflegeunternehmen bedeuten.

Für die Umsetzung einer Verschiebung und Ausweitung der Beratung weg von Pflegediensten hin zu Pflegekassen oder Kommunen müssten viele tausend Pflegefachpersonen den Pflegeeinrichtungen entzogen und in Pflegestützpunkten, Pflegekassen oder kommunalen Strukturen eingestellt werden und mit notwendigem Material, wie Laptop, Handy, Kfz, Büro und dessen Ausstattung ausgestattet werden. Abgesehen davon, dass völlig unklar ist, wie dies innerhalb von eineinhalb Jahren rein praktisch zu bewerkstelligen sein soll, würde hier sehr sicher keine kostenneutrale Umsetzung wie angestrebt möglich und zudem hätte dies erhebliche negative Auswirkungen für die Pflegebedürftigen und für die Gesellschaft insgesamt, denn

- die hohe Zahl an benötigten Pflegebegleitpersonen geht den Pflegeeinrichtungen als Pflegefachkräfte verloren. Das verschärft den Fachkräftemangel in der direkten Pflege ohne zusätzlichen Nutzen.

- Die Pflegebedürftigen würden nicht wie gewohnt vom großen Erfahrungsschatz von Pflegekräften profitieren, die in der ambulanten Pflege arbeiten und die betroffenen Personen zum Teil aus der täglichen Pflege kennen.
- Pflegedienste leisten auch am Wochenende und an Feiertagen. Sie können Pflegebedürftige auch Freitagnachmittags (nach plötzlicher Entlassung aus dem Krankenhaus) beraten und benötigte Hilfsmittel zur Verfügung stellen.
- Auch das Erstgespräch bei Neuaufnahme durch einen Pflegedienst ist eine weitere Situation, in der Beratung und Begleitung bereits stattfinden. Hier wird konkret geschaut, welche Leistungen von wem erbracht werden (Pflegedienst, Angehörige, Hausarzt etc.) und welche finanziellen Auswirkungen dies für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen hat. Diese Leistung wird in jedem Fall weiter durch ambulante Pflegedienste erbracht werden, da Pflegeverträge ohne vorherige ausführliche Beratung nicht geschlossen werden können. Hier wird es unweigerlich zu Mehrkosten und Abgrenzungsproblemen kommen.

Die vorgesehene Einführung der Pflegebegleitung ist daher ein Irrweg, der damit beschränkt werden soll.

Der bpa sieht den tatsächlichen Handlungsbedarf in der Stärkung der Beratungsstrukturen und niedrigschwelliger Schulungsangebote, indem die bestehenden bürokratischen Hürden abzubauen sind, um die Inanspruchnahme deutlich zu erhöhen. Gegenwärtig vereinbart jede Pflegekasse für Schulungen nach § 45 SGB XI eigene Regeln mit den Verbänden der Leistungserbringer. Hierzu könnten zum Abbau bürokratischer Hemmnisse und der systematischen Weiterentwicklung der Schulungen einheitliche Regeln für die Inanspruchnahme und Umsetzung in Rahmenempfehlungen vereinbart werden. äußert hilfreich, Gut etablierte, versicherten-nahe Strukturen müssten so nicht eliminiert werden.

Für den Fall, dass die Neufassung der §§ 7a bis 7d SGB XI gegenüber den bisherigen §§ 7a und 7b dennoch verfolgt wird und damit ein präventionsorientiertes, verbindlicheres und stärker auf die häusliche Versorgung ausgerichtetes Begleitmodell tatsächlich überhaupt etabliert werden kann, muss die bestehende hoch effiziente pflegfachliche Beratungs- und Schulungs- sowie Begleitstrukturen ambulanter Pflegedienste konsequent einbezogen werden. Mit der Anleitung im Pflegealltag, Vermittlung pflegerischer Fertigkeiten, Unterstützung bei Hilfs- und Pflegehilfsmitteln und Hilfe in Akutsituationen können diese auch das Ziel von mehr praktischer Unterstützung neben der informellen Beratung erreichbar machen. Gleiches trifft den Bereich der Einbeziehung der pflegenden An- und Zugehörigen, mit denen Mitarbeitende ambulanter Pflegedienste sehr regelmäßig im Kontakt stehen.

Pflegebedürftige, die ein Entlastungsbudget beziehen, sollen in den ersten drei Monaten nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades bis zu zwei Beratungen in der eigenen Häuslichkeit oder per Videokonferenz in Anspruch nehmen dürfen. Dementsprechend ist die bisherige Frist zum online-Erbringen jeder zweiten Beratung zu löschen.

Änderungsvorschläge

§ 7c, § 7d, § 7e Abs. 1b und die Änderung in § 7e Abs. 2 Ziffer 1 SGB XI werden ersatzlos gestrichen.

§ 37 Abs. 3 SGB XI wird wie folgt angepasst:

(3) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die **Pflegegeld ein Entlastungsbudget** nach Absatz 1 beziehen, haben halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen; Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 können vierteljährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch, **nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades bis zu zwei Beratungen sowie** halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen. Beziehen Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen, können sie ebenfalls halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person erfolgt ~~im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 31. März 2027~~ jede zweite Beratung abweichend von den Sätzen 1 bis 3 per Videokonferenz. Bei der Durchführung der Videokonferenz sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten. Die erstmalige Beratung nach den Sätzen 1 bis 3 hat in der eigenen Häuslichkeit zu erfolgen. **Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3, die ein Entlastungsbudget nach Absatz 1 beziehen, können in den ersten drei Monaten nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades bis zu zwei Beratungen in der eigenen Häuslichkeit oder per Videokonferenz in Anspruch nehmen.**

§ 45 Abs. 1 SGB XI bleibt bestehen wie bisher.

Sofern die obigen Änderungsvorschläge nicht übernommen werden, muss hilfsweise nachfolgende Änderung umgesetzt werden:

§ 7d Abs. 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Die Pflegekassen stellen vorbehaltlich der Absätze 4 und 5 die Pflegebegleitung nach § 7c sicher. Sie arbeiten dabei entsprechend § 7 mit allen

an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen und fördern, insbesondere durch **das Beauftragen ambulanter Pflegedienste und** die Integration in Pflegestützpunkte, regionale Vernetzungsstrukturen. Sie treffen hierfür Vereinbarungen zur bundesweiten und kassenartübergreifenden Organisation der Pflegebegleitung; hierzu gehört, dass sie einen Verantwortlichen für das Gebiet jedes Kreises und jeder kreisfreien Stadt benennen. Die Pflegekassen können die Pflegebegleitung auch ganz oder teilweise auf **ambulante Pflegedienste Dritte** übertragen; § 80 des Zehnten Buches bleibt unberührt.

Artikel 1, Nr. 11

§ 8a SGB XI – Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung und zu deren Sicherstellung

Vorgeschlagene Neuregelung

Bei den Empfehlungen der Landespflegeausschüsse oder der regionalen Ausschüsse zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur sollen Indikatoren für eine Feststellung von Unterversorgung auf Ebene der Landkreise oder der kreisfreien Städte bestimmt werden. Als Indikatoren sollen insbesondere die Wartezeiten auf einen Pflegeplatz, die Anzahl der Pflegeeinrichtungen im Verhältnis zur Zahl der Pflegebedürftigen und die Qualität der Pflegeleistungen herangezogen werden. Durch Landesrecht kann bestimmt werden, welche Maßnahmen mit welcher Frist geeignet sind, eine aufgrund der Indikatoren festgestellte Unterversorgung zu beheben.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt es grundsätzlich, wenn der Referentenentwurf sich des Themas der Sicherstellung der Versorgung annimmt. Denn immer mehr Pflegebedürftige finden keine pflegerischen Angebote, weil ein stiller Kapazitätsabbau spürbar Versorgungsangebote verschwinden lässt. Viele vollstationäre Einrichtungen müssen ihre Belegung reduzieren und ambulante Dienste streichen ihre Touren zusammen. Die Gründe hierfür sind vielfältig, besondere Probleme liegen jedoch im derzeit bestehenden Verhandlungssystem. Darin sind zeitnahe Abschlüsse von Vergütungsvereinbarungen bei gleichzeitig verpflichtend umzusetzenden Lohnerhöhungen kaum noch möglich, während die daraus resultierende Überlastung der Schiedsstellen längst dazu geführt hat, dass dieser Konfliktlösungsmechanismus in der Praxis kaum noch greift. Die massiven Zahlungsverzögerungen insbesondere der Sozialhilfeträger verschärfen die Situation. Der bpa hat diverse Maßnahmen vorgeschlagen, um diese Probleme zu lösen und so zur Absicherung der Wirtschaftlichkeit der Pflegeeinrichtungen und zur Sicherstellung der Versorgung beizutragen (s. dazu die Vorschläge des bpa ab Seite 69).

Der vorliegende Referentenentwurf geht aber nicht an die Ursachenbekämpfung der Unterversorgung, sondern macht kleinteilig noch präzisere Vorgaben für die Feststellung der Unterversorgung auf Kreisebene. Es werden aber keine Indikatoren benötigt, um Unterversorgung festzustellen und Empfehlungen des Landespflegeausschusses zu beschließen, sondern die Ursachen für die Unterversorgung müssen endlich angegangen werden. Der bpa appelliert an die Bundesregierung, die dafür notwendigen Maßnahmen im Zuge des Pflegeneuordnungsgesetzes umzusetzen. Die vorgesehenen Änderungen in § 8a Abs. 4 SGB XI braucht es dafür nicht.

Änderungsvorschläge

Die Änderungen in § 8a Abs. 4 und 4a SGB XI werden gestrichen.

Artikel 1, Nr. 12

§ 9 SGB XI – Investitionskosten und finanzielle Unterstützung der Pflegebedürftigen

Vorgeschlagene Neuregelung

In § 9 Absatz 1 SGB XI wird festgelegt, dass sich eine nach Landesrecht vorgesehene finanzielle Unterstützung der Pflegebedürftigen bei der Tragung der Investitionsaufwendungen nicht zwingend an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen orientieren muss.

Stellungnahme

Der bpa lehnt diese Regelung ab.

Sie ist zum einen hinsichtlich etwaiger landesrechtlicher Gestaltungsmöglichkeiten der finanziellen Unterstützung Pflegebedürftiger überflüssig, zum anderen besteht keine Notwendigkeit, eine finanzielle Unterstützung bei wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit zu gewähren und in der Folge durch eine landesrechtliche Bestimmung dieser Unterstützung als Förderung im Sinne von § 82 Abs. 3 SGB XI wiederum unnötigen bürokratischen Aufwand zu verursachen.

Die vorgesehene Erweiterung löst das Zustimmungserfordernis zunehmend von seinem ursprünglichen Zweck der Vermeidung konkreter Doppelfinanzierungen. Sie führt zu zusätzlichem Verwaltungsaufwand für Einrichtungen und Behörden, ohne einen erkennbaren Mehrwert für Transparenz oder Wirtschaftlichkeit zu schaffen.

Soweit die Nachvollziehbarkeit gesondert berechneter Investitionsaufwendungen gewährleistet werden soll, stellt die bestehende Mitteilungspflicht nach § 82 Abs. 4 SGB XI bereits ein geeignetes und deutlich weniger belastendes Instrument dar. Die geplante Regelung droht daher, das gesetzliche Regel-Ausnahme-Verhältnis zwischen Mitteilungs- und Zustimmungsverfahren zu lasten einer sachgerechten und bürokratiearmen Ausgestaltung zu verschieben.

Änderungsvorschlag

Die Änderungen in § 9 Absatz 1 SGB XI werden gestrichen.

Artikel 1, Nr. 13

§ 10 SGB XI – Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

Vorgeschlagene Neuregelung

Das bislang in § 125b SGB XI geregelte Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege wird im Ersten Kapitel in § 10 verstetigt und sein Aufgabenspektrum ausgebaut. Zu den Aufgaben zählen u. a. ein Reifegradmodell zur Analyse und Evaluation der Digitalisierung in der ambulanten und stationären Langzeitpflege (Absatz 1 Nummer 1), die Entwicklung eines standardisierten Nutznachweises für digitale Anwendungen (Absatz 1 Nummer 3) sowie die Unterstützung der Leistungserbringer beim Anschluss an die Telematikinfrastruktur (Absatz 1 Nummer 5). Über Absatz 1 Nummer 1 ist das Kompetenzzentrum zudem mit der Erstellung des Katalogs nach § 113e Absatz 5 befasst. Für die Mittel des Kompetenzzentrums sind jährlich zwei Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds vorgesehen.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Verstetigung des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege und den Ausbau seines Aufgabenspektrums. Es bleibt jedoch bei der grundsätzlichen Kritik, dass die Ansiedlung beim GKV-Spitzenverband schädlich sowohl für die Wahrnehmung der Aufgaben als auch für die Akzeptanz seitens der Pflegeeinrichtungen ist. In den letzten Jahren hat sich in mehreren Aufgabenpaketen gezeigt, dass die Berücksichtigung der Interessen der Pflegekassen deutlich stärker stattfindet als die der Pflegeeinrichtungen. Beispielhaft sei auf zwei Arbeitspakete verwiesen.

Bei der Digitalisierung der Pflegeberatung wurde nur die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI der Pflegekassen, nicht aber die zahlenmäßig deutlich größere Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI betrachtet. Dies kann weder mit dem Bedarf noch der Nachfrage erklärt werden. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Eruiierung der Finanzierungsbedarfe der Digitalisierung der Pflegeeinrichtungen, wo seitens des Kompetenzzentrums nur eine Einbindung der Pflegesatzverhandler der Pflegekassen, nicht aber der Leistungserbringer, erfolgt ist.

Die Entwicklung eines standardisierten Nutznachweises für digitale Anwendungen (Absatz 1 Nummer 3) ist als Orientierung – vor allem für die Kassen – sicher sinnvoll. Das Kompetenzzentrum hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen dabei von Beginn an und durchgängig einzubinden. Gleiches gilt für das Reifegradmodell (Absatz 1 Nummer 1): Es sollte den Einrichtungen einen

erkennbaren Eigennutzen bieten und nicht zu zusätzlichem Melde- oder Berichtsaufwand führen.

Der bpa spricht sich dafür aus, den in § 113e Absatz 5 vorgesehenen verpflichtenden Katalog vollständig entfallen zu lassen (siehe die Ausführungen und Änderungsvorschläge zu § 113e). Es entspricht dem Versprechen einer neuen Vertrauenskultur an die pflegfachliche Kompetenz der Pflegeeinrichtungen, diese selbstständig entscheiden zu lassen, welche digitalen Technologien in Ihrer Einrichtung einen entsprechenden Mehrwert bringen.

Änderungsvorschläge

§ 10 Absatz 1 Ziffer 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

1. regelmäßige Analyse und Evaluation der Umsetzung digitaler Potentiale im Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege anhand eines zu entwickelnden interprofessionell anschlussfähigen Modells zur Ermittlung des Reifegrades der Pflegeeinrichtungen hinsichtlich der Digitalisierung, **einschließlich der Aufgaben gemäß § 113e Absatz 5,**

Artikel 1, Nr. 13

§ 11 Abs. 3 SGB XI – Einmaliger Zuschuss für Digitalisierung

Vorgeschlagene Neuregelung

Der bisher in § 8 Abs. 8 SGB XI enthaltene einmalige Digitalisierungszuschuss in Höhe von 12.000 Euro wird neu gefasst in § 12 Abs. 3 SGB XI. Im Unterschied zur bisherigen Regelung soll der Zuschuss nicht mehr für alle ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen gewährt werden, sondern nur noch für jede ambulante und **teilstationäre** Pflegeeinrichtung.

Stellungnahme

Der bpa lehnt den Ausschluss der vollstationären Pflegeeinrichtungen von der Förderung ab. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll die Digitalisierung in der Pflege insgesamt gefördert werden. Es besteht daher kein Anlass und keine Begründung, die Förderung der Digitalisierung für vollstationäre Pflegeheime zu streichen. Dementsprechend ist die Regelung anzupassen.

Änderungsvorschlag

§ 11 Abs. 1 Satz 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird in den Jahren 2019 bis 2030 ein einmaliger Zuschuss für jede ambulante und **teilstationäre** Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um digitale Anwendungen, insbesondere zur Entlastung der Pflegekräfte, zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowie für eine stärkere Beteiligung der Pflegebedürftigen zu fördern.

Artikel 1, Nr. 13

§ 11 Abs. 4 bis 7 SGB XI – Förderung von Innovation und Digitalisierung

Vorgeschlagene Neuregelung

Mit § 11 Absatz 4 bis 6 wird ein Förderprogramm zur Digitalisierung der ambulanten und teilstationären Pflege eingerichtet. Finanziert wird es aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität mit 1,6 Milliarden Euro, die zum 30. Juni 2027 an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung übertragen werden; die Mittelvergabe erfolgt ab dem 1. Juli 2027 in den Jahren 2027 bis 2031, nach Maßgabe der verfügbaren Haushaltsmittel und unter Beachtung der Bedingungen des Bundesministeriums der Finanzen (Absatz 4). Gefördert werden Investitionen in digitale Infrastruktur, digitale Pflegeanwendungen und die Qualifizierung des Personals; den förderfähigen Maßnahmenkatalog – u. a. digitale Pflege- und Dokumentationssysteme, Assistenzsysteme, IT-Infrastruktur, interoperable Schnittstellen und IT-Sicherheit – benennt Absatz 5. Absatz 6 beauftragt den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, bis zum 30. Juni 2027 die näheren Förderrichtlinien zu beschließen.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt das Förderprogramm zur Digitalisierung der ambulanten und teilstationären Pflege sowie die dafür bereitgestellten Mittel ausdrücklich. Der Investitionsbedarf in diesem Bereich ist hoch.

Der bpa weist allerdings darauf hin, dass der in Absatz 4 verwendete Begriff „digitale Pflegeanwendungen“ irreführend ist. Es handelt sich um einen gesetzlich bereits besetzten Begriff: Die Digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) nach § 40a SGB XI bezeichnen Anwendungen für Pflegebedürftige in der häuslichen Pflege, die über einen eigenständigen, je versicherter Person bestehenden Leistungsanspruch finanziert werden. Aus dem Regelungszusammenhang – insbesondere dem Maßnahmenkatalog in Absatz 5 – ergibt sich jedoch eindeutig, dass hier nicht die DiPA gemeint sind, sondern einrichtungsbezogene digitale Systeme, namentlich Pflege- und Dokumentationssoftware.

Der bpa gibt zu bedenken, dass die unklare Begrifflichkeit nicht nur zu Auslegungsunsicherheiten führt, sondern auch erhebliche finanzielle Folgen hätte: Würde der Begriff im Sinne der DiPA nach § 40a SGB XI verstanden, wären die für das Förderprogramm vorgesehenen 1,6 Milliarden Euro angesichts eines laufenden, je Versicherten bestehenden Leistungsanspruchs sehr schnell aufgebraucht. Der bpa regt daher eine Klarstellung des Begriffs an.

Darüber hinaus bittet der bpa mit Blick auf Absatz 4 um Klarstellung der Vorgabe, dass die Mittelvergabe „nach Maßgabe der verfügbaren Haushaltsmittel und unter Beachtung der Bedingungen des Bundesministeriums der Finanzen für die Nutzung des Sondervermögens“ erfolgt. Aus Sicht des bpa bleibt offen, was diese Maßgabe und diese Bedingungen konkret bedeuten. Für die Pflegeeinrichtungen ist entscheidend, ob sie mit einer verlässlichen und planbaren Förderung rechnen können oder ob faktisch ein Haushaltsvorbehalt besteht, der die Planungssicherheit untergräbt. Der bpa spricht sich dafür aus, die Bedingungen des Bundesministeriums der Finanzen sowie die Kriterien und das Verfahren der Mittelvergabe transparent, frühzeitig und nachvollziehbar offenzulegen, damit die Einrichtungen verlässlich planen können.

Der Ausschluss vollstationärer Pflegeeinrichtungen von der Förderung lässt sich wohl vor dem Hintergrund der Transformationsstellen nach § 113e SGB XI erklären. Da es jedoch um eine extrabudgetäre Finanzierung und damit zusätzliche Finanzmittel – die die Eigenanteile der Pflegebedürftigen nicht belasten – geht, müssen vollstationäre Pflegeeinrichtungen bei der Förderung mit umfasst werden. Die derzeitige Ausgestaltung der Transformationsstellen ist unzureichend und wird dazu führen, dass die Pflegeheime bei der Digitalisierungsfinanzierung deutlich schlechter gestellt sind als Pflegedienste und Tagespflegen. Darüber hinaus sind es durch diese Regelung erneut die Bewohnerinnen und Bewohner, die entsprechende Mehrkosten zu tragen haben.

Außerdem lässt der Katalog förderfähiger Maßnahmen in § 11 Absatz 5 trotz der Formulierung „insbesondere“ zentrale Bereiche der Pflegedigitalisierung außer Acht. Er ist überwiegend auf Pflege- und Dokumentationsysteme sowie IT-Infrastruktur ausgerichtet und lässt insbesondere zwei für die Praxis bedeutsame Felder außen vor: zum einen digitale Anwendungen der Betreuung, Aktivierung und sozialen Teilhabe der pflegebedürftigen Menschen, zum anderen digitale Verwaltungs- und Managementsysteme wie Dienst- und Tourenplanung, Anfrage- und Belegungsmanagement oder die datenbasierte Steuerung. Da gerade diese Anwendungen erheblich zur Entlastung und zur Versorgungsqualität beitragen, regt der bpa an, den Maßnahmenkatalog entsprechend zu erweitern und klarzustellen, dass die Förderung alle digitalen Anwendungsbereiche der Pflege umfasst.

Ein vorab zu erbringender Wirkungsnachweis ist außerdem fachlich kaum leistbar: Der Nutzen digitaler Systeme lässt sich auf Einzeleinrichtungsebene regelmäßig erst nach längerer Nutzung und nicht belastbar im Vorfeld belegen. Eine solche Anforderung verlagert eine wissenschaftliche Evaluationsaufgabe auf die einzelnen Träger und droht, die Inanspruchnahme der Förderung zu hemmen – mit der Folge, dass die bereitgestellten Mittel nicht abgerufen werden.

Der bpa regt daher an, die Nachweis- und Evaluationsanforderungen niedrigschwellig und verhältnismäßig auszugestalten. Soweit sie aus den Bedingungen des Sondervermögens folgen, sind sie auf das notwendige Maß zu begrenzen. Die Evaluation der Investitionswirkung sollte zentral und wissenschaftlich begleitet – durch das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege – erfolgen und nicht als Auszahlungsvoraussetzung auf die einzelne Einrichtung verlagert werden. Für die Auszahlung sollte ein einfacher, zweckgebundener Mittelverwendungsnachweis genügen.

Änderungsvorschläge

§ 11 Absatz 4 SGB XI wird wie folgt gefasst:

(4) Zur Verbesserung der Pflegequalität und Entlastung des Pflegepersonals wird aus Finanzmitteln des Sondervermögens des Bundes für Infrastruktur und Klimaneutralität ein Förderprogramm für die Digitalisierung ambulanter und ~~teil~~stationärer Pflegeeinrichtungen eingerichtet. Das Förderprogramm dient der Finanzierung von Investitionen insbesondere in sichere und interoperable digitale Infrastruktur, digitale ~~Pflegea~~**Pflegea**Anwendungen für Pflegeeinrichtungen, und die Qualifizierung des Personals im Umgang mit digitalen Technologien.

§ 11 Absatz 5 SGB XI wird um folgende Nummern ergänzt:

- 7. digitale Anwendungen zur Betreuung, Aktivierung, sozialen Teilhabe und Kommunikation der pflegebedürftigen Menschen, einschließlich assistiver und Smart-Home-Systeme,**
- 8. digitale Verwaltungs-, Organisations- und Managementsysteme, insbesondere zur Dienst- und Tourenplanung, zum Anfrage- und Belegungsmanagement, zur Abrechnung sowie zur datenbasierten Steuerung,**
- 9. telepflegerische und telemedizinische Anwendungen sowie sensorbasierte Systeme zur Vitaldatenerfassung und Sturzprävention,**
- 10. sichere digitale Kommunikationslösungen.**

§ 11 Absatz 6 SGB XI wird um folgenden Satz ergänzt:

Die Anforderungen an den Nachweis und an die Evaluation nach Satz 3 sind so auszugestalten, dass für die Pflegeeinrichtungen kein unverhältnismäßiger Verwaltungsaufwand entsteht; die Evaluation der Investitionswirkung erfolgt vorrangig zentral im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitung und ist nicht Voraussetzung der Auszahlung im Einzelfall. Für die Gewährung der Förderung genügt ein zweckgebundener Nachweis der Mittelverwendung.

Artikel 1, Nr. 25 **§ 30 Abs. 1 SGB XI – Dynamisierung**

Vorgeschlagene Neuregelung

Ab dem Jahr 2028 sollen die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung regelmäßig erhöht werden (Dynamisierung). Berechnet wird die Erhöhung aus dem arithmetischen Mittel der Kerninflationsrate der drei vorangegangenen Kalenderjahre, jedoch nicht stärker als der durchschnittliche Anstieg der Bruttolöhne im selben Zeitraum.

Stellungnahme

Die Neuregelung ist eine Mogelpackung.

Zwar wird damit in Teilen eine langjährige Forderung des bpa umgesetzt, der seit vielen Jahren eine regelgebundene Dynamisierung für die Leistungen der Pflegeversicherung gefordert hat, damit die schleichende Entwertung gestoppt wird. Gerade in der ambulanten Pflege führt der Kaufkraftverlust durch eine ausbleibende oder nicht ausreichende Dynamisierung der Leistungen zu einem Rückgang an professioneller Pflege. Wenn sich die Preise für die Sachleistungen insbesondere aufgrund von Lohnsteigerungen erhöhen, gleichzeitig aber die Pflegeversicherung die Steigerungen nicht übernimmt, dann steigen die Eigenanteile.

Im ambulanten und teilstationären Setting bedeutet das, dass viele Pflegebedürftige oder Angehörige die Leistungen reduzieren. Diese Entwicklung bestätigen viele ambulante Pflegedienste und Tagespflegen. Das führt dazu, dass sich einerseits die pflegfachliche Versorgung immer weiter reduziert und damit die Angehörigen belastet, andererseits aber auch die Wirtschaftlichkeit für die ambulanten Pflegedienste und Tagespflegen immer mehr erschwert, weil immer weniger Leistungen in einem Einsatz erbracht werden können.

Im vollstationären Setting führt dies zu immer mehr Belastungen für die Pflegebedürftigen, die immer häufiger in die Hilfe zur Pflege führen. Bereits heute ist mehr als jeder dritte Bewohnende auf Leistungen der Sozialämter angewiesen. In Kombination mit den enormen Zahlungsrückständen der Sozialämter führt dies wieder zu erheblichen Liquiditätsproblemen der Pflegeheime.

Deswegen ist eine regelgebundene und regelmäßige Dynamisierung der Pflegeversicherung dringend erforderlich.

Genau diesen Zusammenhang greift die Gesetzesbegründung auf und nimmt für sich in Anspruch, „erstmalig ein regelmäßiges

Dynamisierungsverfahren“ einzuführen, um „**den Anstieg der pflegebedingten Eigenanteile zu begrenzen**“ (Seite 71). Durch die Neuregelung soll die „Planungssicherheit für Pflegebedürftige erhöht werden und die Pflegeversicherung würde „**ihren Charakter als ein verlässliches Teilleistungssystem**“ **behalten**.

Dieser Interpretation widerspricht der bpa!

Es wird zwar eine regelgebundene Dynamisierung eingeführt, aber der Kaufkraftverlust der vergangenen Jahre und der zukünftige wird dadurch nicht annähernd ausgeglichen. Um die Finanzen der Pflegeversicherung zu sanieren, spart die Bundesregierung auch massiv bei der Dynamisierung.

Der insbesondere in Umsetzung der Tariftreue erfolgte Kaufkraftverlust der letzten Jahre bleibt bestehen. Besonders deutlich wird das an der für 2028 im Gesetz vorgesehenen Dynamisierung. Diese sah eine Erhöhung der Leistungen in Höhe der kumulierten Preisentwicklung im Zeitraum 2025 bis 2028 vor. Nun erfolgt eine sehr viel niedrigere Erhöhung. Was das konkret bedeutet, wird deutlich, wenn man ausrechnet, wie hoch die Dynamisierung nach gültiger Rechtslage und nach künftiger Rechtslage gegenüberstellt (2028 erfolgt die Berechnung auf den Inflationsraten der Jahre 2025 bis 2027, in der nachfolgenden Beispielrechnung werden die Jahre 2023 bis 2025 zugrunde gelegt).

Kerninflationsrate 2023:	+5,1 %	
Kerninflationsrate 2024:	+3,0 %	
Kerninflationsrate 2025:	+2,8 %	
Gesamt:	+ 10,9 %	
Gesamt mit Zinseszins:	+ 11,3 %	Kumulierter Anstieg nach gültiger Gesetzeslage
Arithmetisches Mittel:	+3,6 %	Anstieg nach PNOG

An dieser Beispielrechnung für die letzten drei Jahre wird deutlich, wie die Bundesregierung mit der Dynamisierung spart:

Anstelle eines Anstiegs um 11,3 % nach jetziger Gesetzeslage würde es aktuell nur eine Erhöhung um 3,6 % geben.

Diese Einsparungen werden die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen zu spüren bekommen. Zudem verschiebt das PNOG die Leistungsdynamisierung auch noch einmal. Derzeit ist eine Anpassung zum 1. Januar 2028 vorgesehen, nun soll sie erst zum 1. Juli 2028 greifen. Dass die Dynamisierung erheblich zu den geplanten Einsparungen beiträgt, wird an den prognostizierten Minderausgaben der Pflegeversicherung deutlich:

Einsparungen durch die Reduzierung der Dynamisierung	
2028	4,05 Mrd. €
2029	3,42 Mrd. €
2030	3,50 Mrd. €

Quelle: Referentenentwurf PNOG, Seite 5

Die im Referentenentwurf verankerte Kerninflationsrate blendet zudem Lebensmittel- und Energiepreise aus und liegt daher unter der gesamten Inflationsrate. Die Steigerung der Leistungen wird daher absehbar zu niedrig ausfallen im Vergleich zur Preisentwicklung.

Mit den vorgesehenen Änderungen wird gerade nicht der verlässliche Charakter der Pflegeversicherung gestärkt, sondern die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen werden durch die nicht ausreichende Dynamisierung immer mehr selbst belastet oder müssen Sozialhilfe beantragen. Das ursprüngliche Ziel der Pflegeversicherung – das Risiko der Pflegebedürftigkeit sozial abzusichern und zu verhindern, dass Pflegebedürftige wegen ihrer Pflegekosten auf Sozialhilfe angewiesen sind – kann so immer weniger erreicht werden.

Änderungsvorschläge

Die vorgesehene Änderung wird gestrichen. Die Dynamisierung wird so gestaltet, dass Sachleistungsbeträge grundsätzlich jedes Jahr ab dem Jahr 2028 regelgebunden entsprechend der Kostenentwicklung in der Pflege dynamisiert werden.

Artikel 1, Nr. 29

§ 35b SGB XI – Abtretung bei Kostenerstattung

Vorgeschlagene Neuregelung

§ 35b normiert ein Anzeigeverfahren für die Abtretung von bestimmten Kostenerstattungsansprüchen im SGB XI (§ 40 Abs. 4 wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, § 40a Digitale Pflegeanwendungen und § 45b Alltagsunterstützung).

Die Wirksamkeit der Abtretung setzt voraus, dass die pflegebedürftige Person der Pflegekasse schriftlich oder elektronisch die Abtretung anzeigt. Die Anzeige muss Angaben zum Anspruchsinhaber, zum Abtretungsempfänger sowie zur Art und Höhe des abgetretenen Anspruchs enthalten. Leistet die Pflegekasse Zahlungen an den Abtretungsempfänger, hat sie dies der pflegebedürftigen Person unter Angabe der Zahlungshöhe und des verbleibenden Anspruchs schriftlich oder elektronisch mitzuteilen.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt grundsätzlich die Einführung einer Regelung zur Abtretung von Kostenerstattungsansprüchen, da sie grundsätzlich mehr Transparenz schaffen kann und den Schutz der Pflegebedürftigen stärkt. Positiv hervorzuheben ist insbesondere die Klarstellung in der Gesetzesbegründung, wonach sich pflegebedürftige Personen bei der Anzeige einer Abtretung eines Boten oder Stellvertreters bedienen können. Hierdurch bleibt die in der Praxis bewährte Unterstützung durch Angehörige, gesetzliche Betreuer, Bevollmächtigte sowie Leistungserbringer grundsätzlich möglich. Ebenso wird die vorgesehene Möglichkeit einer schriftlichen oder elektronischen Anzeige ausdrücklich begrüßt.

Gleichzeitig bestehen erhebliche Bedenken hinsichtlich der praktischen Ausgestaltung, die ohne Nachbesserung zu Rechtsunsicherheiten und zusätzlicher Bürokratie führen wird.

Abs. 1 Vertretung und Anzeigeverfahren über das Pflege-Cockpit

§ 35b Abs. 1 SGB XI benennt die pflegebedürftige Person als anzeigepflichtig. Die Gesetzesbegründung stellt hierzu klar, dass sich Pflegebedürftige bei der Anzeige eines Boten oder Stellvertreters bedienen können. Diese Klarstellung ist wichtig. Aus Gründen der Rechtssicherheit sollte sie deshalb auch im Gesetzeswortlaut selbst verankert werden.

Die Notwendigkeit einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung wird insbesondere mit Blick auf die vorgesehene Digitalisierung des Anzeigeverfahrens deutlich. Nach § 7a Abs. 1 Nr. 5 SGB XI soll das Pflege-Cockpit

künftig für digitale Verwaltungsverfahren der Pflegeversicherung genutzt werden. Die Digitalisierung der Verfahren wird grundsätzlich positiv bewertet.

Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass die in der Gesetzesbegründung ausdrücklich vorgesehene Möglichkeit der Botenschaft und Stellvertretung durch die technische Ausgestaltung digitaler Verfahren eingeschränkt wird. Sofern die Anzeige künftig über ein personalisiertes Nutzerkonto erfolgt, könnte die Wirksamkeit der Abtretung von einer persönlichen digitalen Handlung der pflegebedürftigen Person abhängig werden.

Dies stünde in einem Spannungsverhältnis zu der ebenfalls in der Gesetzesbegründung hervorgehobenen Möglichkeit der Vertretung sowie zu dem Ziel einer niedrighschwellig und nutzerfreundlichen Verfahrensgestaltung. Gerade in der Pflegeversicherung sind viele Leistungsberechtigte aufgrund ihres Alters, gesundheitlicher Einschränkungen oder fehlender digitaler Kompetenzen auf Unterstützung durch Angehörige, Bevollmächtigte, gesetzliche Betreuer oder Leistungserbringer angewiesen.

Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten und einer uneinheitlichen Verwaltungspraxis sollte daher gesetzlich klargestellt werden, dass die Anzeige sowohl in schriftlichen als auch in elektronischen Verfahren durch gesetzliche Vertreter, Bevollmächtigte oder von der pflegebedürftigen Person beauftragte Dritte vorgenommen werden kann. Gleichzeitig sollte sichergestellt werden, dass digitale Verfahren, insbesondere das Pflege-Cockpit, entsprechende Vertretungs- und Bevollmächtigtenfunktionen vorsehen.

Abs. 1 Eingangsbestätigung seitens der Pflegekasse

Da die Anzeige gegenüber der Pflegekasse Voraussetzung für die Wirksamkeit der Abtretung ist, sollte zur Stärkung der Rechtssicherheit eine Pflicht zur Eingangsbestätigung vorgesehen werden. Eine solche Bestätigung würde sowohl für pflegebedürftige Personen als auch für Anbieter Klarheit über den Zugang der Anzeige schaffen und damit die vom Gesetzgeber angestrebte Beschleunigung der Abrechnungsverfahren unterstützen.

Die Regelung erscheint auch systematisch folgerichtig. Nach § 35b Abs. 4 SGB XI ist die Pflegekasse bereits verpflichtet, die pflegebedürftige Person über erfolgte Zahlungen, deren Höhe sowie über verbleibende Leistungsansprüche zu informieren. Der Gesetzgeber geht dabei ausdrücklich von einem weitgehend automatisierten Vollzug ohne relevanten Mehraufwand aus. Vor diesem Hintergrund erscheint es sachgerecht und verhältnismäßig, auch eine automatisierte Eingangsbestätigung der Anzeige vorzusehen.

Abs. 3 Reichweite der Anzeige

Die Gesetzesbegründung betont, dass das Anzeigeverfahren die Anbieter entlasten soll, weil die Abtretung „einmalig“ angezeigt wird und nicht bei jeder Abrechnung erneut nachgewiesen werden muss. Die Regelung lässt jedoch offen, ob eine einmalige Anzeige tatsächlich für fortlaufende oder regelmäßig wiederkehrende Leistungen ausreicht. Da der Wortlaut der Regelung Angaben zur „Höhe“ des abgetretenen Anspruchs verlangt, könnte dies in der Praxis eher für eine einzelfallbezogene Anzeige sprechen. Dies widerspricht dem Ziel des Bürokratieabbaus, insbesondere bei monatlich oder dauerhaft erbrachten Leistungen im Rahmen des Sozialraumbudgets. Ohne eine klare gesetzliche Regelung droht eine uneinheitliche Verwaltungspraxis mit erheblichem Mehraufwand für Pflegebedürftige, Anbieter und Pflegekassen.

Praxisrelevanz für professionelle Leistungserbringer gegen Null

Aufgrund der Neustrukturierung der Unterstützungsangebote nach § 45a SGB XI und der vorgesehenen Trennung zwischen professionellen Anbietern und niedrigschwelligen Angeboten wird die Abtretungsregelung für viele Leistungserbringer kaum Entlastung bringen. Professionelle Anbieter rechnen im Sachleistungssystem ab, während das Sozialraumbudget primär niedrigschwelligen Angeboten vorbehalten bleiben soll.

Änderungsvorschläge

§ 35b SGB XI wird wie folgt gefasst:

(1) Die Abtretung von Ansprüchen der pflegebedürftigen Person auf Zahlung von Geldleistungen gegen die zuständige Pflegekasse nach § 40 Absatz 4, §§ 40a und 45b wird erst wirksam, wenn ~~die pflegebedürftige Person die Abtretung der zuständigen Pflegekasse anzeigt,~~ **angezeigt wird. Die Anzeige kann durch den Pflegebedürftigen, seinen gesetzlichen Vertreter, einen Bevollmächtigten oder einen von ihm beauftragten Dritten erfolgen. Die Pflegekasse bestätigt den Eingang der Anzeige unverzüglich in schriftlicher oder elektronischer Form.**

(2) Die Anzeige kann schriftlich oder elektronisch erfolgen.

(3) Die Anzeige hat Angaben zur pflegebedürftigen Person, zum Abtretungsempfänger sowie zur Art und Höhe des abgetretenen Anspruchs zu enthalten. **Die Anzeige kann sich auch auf künftig entstehende Ansprüche derselben Leistungsart beziehen, sofern der Umfang der Abtretung hinreichend bestimmt oder bestimmbar bezeichnet ist.**

(4) Die Pflegekasse zeigt der pflegebedürftigen Person die Zahlung an den Abtretungsempfänger in schriftlicher oder elektronischer Form an. Die Anzeige hat Angaben zur Höhe der Zahlung und zu der Höhe des verbleibenden Anspruchs der pflegebedürftigen Person zu enthalten

Artikel 1, Nr. 31

§ 36 SGB XI – Sachleistungsbudget

§ 45a SGB XI – Angebote zur Unterstützung im Alltag

§ 45b SGB XI - Sozialraumbudget

Vorgeschlagene Neuregelung

Die bisher nebeneinander bestehenden Ansprüche auf Sach- und Geldleistungen, die Verhinderungspflege, der Entlastungsbetrag und das Budget für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden zusammengefasst und erhalten neue Bezeichnungen. Insgesamt verringern sich die Beträge, die den Pflegebedürftigen zur Verfügung gestellt werden.

Bisher haben Pflegebedürftige Anspruch auf folgende ambulante Leistungen je Monat

	Entlastungsbetrag	Verhinderungspflege als gemeinsamer Jahresbetrag	Pflegehilfsmittel zum Verbrauch	Summe
PG 1: 0	131 €		42 €	163 €
PG 2: bis 796 €	131 €	295 €	42 €	1.264 €
PG 3: bis 1.497 €	131 €	295 €	42 €	1.965 €
PG 4: bis 1.859 €	131 €	295 €	42 €	2.327 €
PG 5: bis 2.299 €	131 €	295 €	42 €	2.767 €

Zukünftig bestehen folgende ambulante Ansprüche:

Neu	Sozialraumbudget	Gesamt	Alt	
PG 1: 0			163 €	-163 €
PG 2: bis 889 €	175 €	1.064 €	1.264 €	-200 €
PG 3: bis 1.590 €	175 €	1.765 €	1.965 €	-200 €
PG 4: bis 2.089 €	175 €	2.264 €	2.327 €	-63 €
PG 5: bis 2.529 €	175 €	2.704 €	2.767 €	-63 €

Die Sachleistungsbeträge sind zwar etwas höher als bisher, kompensieren aber bei weitem nicht die Ansprüche der Versicherten die zuvor zusammengefasst bestanden.

Stellungnahme

Die Zusammenlegung von Ansprüchen als vermeintliche Vereinfachung ist in Wahrheit eine versteckte Leistungskürzung für die betroffenen pflegebedürftigen Menschen. Für Menschen mit Pflegegrad 1 entfällt der Entlastungsbetrag und das Sozialraumbudget erhalten sie nicht.

Für Menschen in den Pflegegraden 2 bis 5 stehen trotz Erhöhung der einzelnen Budgets nun weniger Mittel zur Verfügung als vorher. Hier wird die Pflegeversicherung auf Kosten der Betroffenen saniert.

Gerade die bisherige ambulant geprägte Nutzung der Verhinderungspflege hat in der Praxis für viele Familien eine zentrale Entlastungsfunktion erfüllt – etwa zur Überbrückung bei Krankheit, Erschöpfung, beruflichen Verpflichtungen oder Arztterminen pflegender Angehöriger. Wenn diese alltagsnahe Entlastung künftig nicht mehr in gleicher Weise verfügbar oder praktisch nutzbar ist, droht eine Rückverlagerung der Belastung auf Angehörige und Pflegebedürftige selbst. Das führt auch hier (genau wie bei der Dynamisierung) dazu, dass sich einerseits die pflegefachliche Versorgung immer weiter reduziert und damit die Angehörigen belastet, andererseits aber auch die Wirtschaftlichkeit für die ambulanten Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtung weiter erschwert wird, weil immer weniger Leistungen in einem Einsatz erbracht werden können bzw. der Eigenanteil bei Besuch einer Tagespflege für die Gäste teurer wird.

Aber es werden nicht nur die finanziellen Mittel für Pflegebedürftige und die wirtschaftliche Basis für Pflegedienste gekürzt, auch die Inanspruchnahme wird für die Betroffenen erschwert, indem die geplanten Änderungen für viele Pflegebedürftige und pflegende Angehörige auch eine Umstellung bestehender Leistungslogiken bedeutet.

Insgesamt widerspricht das klar dem Anspruch, häusliche Pflege langfristig zu stabilisieren.

Der bpa lehnt deswegen die Einführung der neuen Budgets ab und fordert die Beibehaltung der bisherigen Pflegesachleistungen nach § 36, der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI, des Entlastungsbetrags nach § 45b SGB XI, und der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 3 SGB V. Um die nicht ausreichende Dynamisierung der vergangenen Jahre zu kompensieren, sind die Beträge entsprechend zu erhöhen.

Änderungsvorschläge

§ 36 Abs. 1 SGB XI bleibt unverändert bestehen.

Artikel 1, Nr. 31 § 37 SGB XI – Entlastungsbudget

Vorgeschlagene Neuregelung

Aus dem bisherigen Anspruch auf Pflegegeld wird ein Anspruch auf ein sog. Entlastungsbudget eingeführt. Dessen Leistungsbeträge sind etwas höher als das bisherige Pflegegeld, allerdings fallen dafür der bisherige Entlastungsbetrag und die Verhinderungspflege weg. In den Pflegegraden 2 und 3 wird das Entlastungsbudget (bisher Pflegegeld) in den ersten drei Monaten nur in hälftiger Höhe ausgezahlt.

Stellungnahme

Zur grundsätzlichen Einführung der verschiedenen Budgets wird auf die vorherigen Ausführungen verwiesen (s. Seite 34).

Aus Sicht des bpa ist es bedauerlich, dass der Gesetzgeber es mit dem vorliegenden Referentenentwurf versäumt, grundsätzliche Änderungen beim Pflegegeld vorzunehmen. Das Institut der deutschen Wirtschaft Köln e. V. (IW Köln) hatte im Februar 2025 in einem [Gutachten](#) im Auftrag des bpa zu den Anforderungen an ein zukunftsfähiges Pflegegeld die Rolle des Pflegegeldes kritisch hinterfragt:

„Bislang wird das Pflegegeld nach Feststellung eines leistungsberechtigten Pflegegrads ausgezahlt, **ohne sicherzustellen, dass die Mittel zweckgebunden für pflegebezogene Aufwendungen eingesetzt werden**. Selbst bei einer zweckgebundenen Mittelverwendung ist bislang nicht gewährleistet, dass eine damit angestrebte pflegerische Versorgung nach Qualitätsstandards erfolgt, die bei der professionellen Pflege angelegt werden. Gänzlich offen bleibt bislang, ob Haushalte mit Pflegegeldbezug die notwendigen Aufwendungen für die pflegerische Versorgung aus eigenen Mitteln finanzieren könnten.“

Gerade angesichts der finanziellen Situation der Pflegeversicherung wäre eine grundlegendere Auseinandersetzung mit dem Pflegegeld sinnvoll gewesen, die aber im vorliegenden Referentenentwurf fehlt. Die Brisanz wird deutlich, wenn man sich vergegenwärtigt, dass die Geldleistungen mittlerweile 30 Prozent aller Ausgaben der Pflegeversicherung beanspruchen und dieser Anteil kontinuierlich weiter steigt.

Der Referentenentwurf nutzt diese Chance nicht, um grundlegende Änderungen beim Pflegegeld umzusetzen. Die Fragen, die das Gutachten des IW aufgeworfen hat nach Zweckgebundenheit der Mittel, Qualität und finanzieller Notwendigkeit werden nicht beantwortet. Stattdessen

bekommt das bisherige Pflegegeld nur ein neues Etikett als Entlastungsbudget.

Änderungsvorschläge

Im weiteren parlamentarischen Beratungsverfahren sollte eine grundlegende Reform des Pflegegeldes vorgenommen werden.

Artikel 1, Nr. 32

§ 39 SGB XI – Überbrückungsbudget

§ 39a SGB XI - Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen

Vorgeschlagene Neuregelung

Der Gemeinsame Jahresbetrag nach § 42a SGB XI, mit dem pflegebedürftigen Personen bei vorübergehenden Ausfällen oder Entlastungsbedarfen in der häuslichen Versorgung ein flexibel nutzbares Gesamtbudget zur Inanspruchnahme von Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI oder Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI zusteht, soll nach dem Referentenentwurf durch einen Anspruch auf ein Überbrückungsbudget ersetzt werden, das für Leistungen zur Überbrückung in außergewöhnlichen Situationen (z. B. gesundheitlichen Krisen oder dem ungeplanten Ausfall der Hauptpflegeperson) dienen soll. Der Anspruch auf Verhinderungspflege als eigenständige Leistung soll entfallen.

Leistungen der Überbrückungspflege können im ambulanten Bereich Pflegesachleistungen eines „ambulanten Pflegenotdienst“ oder eines „ambulanten Betreuungsnotdienst“ sein. Vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2027 können auch Pflegedienste diese Leistungen erbringen.

Stellungnahme

Der bpa lehnt die Ausgestaltung des neuen Überbrückungsbudgets in § 39 SGB XI ab.

Die vorgesehene Ablösung der Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) durch ein neues Überbrückungsbudget nach §§ 39, 39a SGB XI ist ein tiefgehender Eingriff in bewährte Unterstützungsstrukturen der häuslichen Pflege, ohne einen erkennbaren Mehrwehrt für die pflegebedürftigen Personen und Leistungserbringer. Die mit dem Referentenentwurf verfolgte Fokussierung auf pflegerische Akut- und Krisensituationen greift zu kurz. Sie führt dazu, dass Pflegebedürftige und ihre Angehörigen künftig weniger flexibel auf Unterstützungsbedarfe reagieren können und hierfür geringere finanzielle Mittel zur Verfügung haben. Gerade die bisherige Flexibilität der Verhinderungspflege ist ein zentraler Stabilitätsfaktor für die häusliche Versorgung.

Die Schaffung neuer Zulassungshürden zur Erbringung von Pflegeleistungen in Akutsituationen ist gleichbedeutend mit Bürokratieaufbau und muss angesichts des bereits bestehenden Aufwands für Leistungserbringer dringend überdacht werden.

Die vorgesehene Neuregelung führt faktisch zu einer erheblichen Reduzierung der verfügbaren finanziellen Mittel für Ausfall- und Entlastungssituationen.

Während Pflegebedürftigen derzeit über den Gemeinsamen Jahresbetrag ein flexibel einsetzbares Budget in Höhe von 3.539 Euro jährlich zur Verfügung steht, soll das neue Überbrückungsbudget lediglich 1.855 Euro beziehungsweise 2.285 Euro betragen. Dies bedeutet eine substantielle Einschränkung des verfügbaren Finanzierungsrahmens für Situationen, in denen die reguläre Pflege vorübergehend nicht sichergestellt werden kann. Die Verhinderungspflege stellte bislang eine niedrighschwellige und flexibel einsetzbare Leistung dar. Sie konnte in akuten Notlagen und auch bei geplanten Abwesenheiten der Pflegeperson in Anspruch genommen werden, etwa bei Urlaub, Krankheit oder anderen regelmäßigen Terminen. Die Planbarkeit war für pflegende Angehörige und auch für ambulante Dienste von zentraler Bedeutung. Mit der Einführung des Überbrückungsbudgets geht diese Systematik verloren.

Gleichzeitig erfolgt kein entsprechender Ausgleich durch eine signifikante Anhebung anderer Leistungsbeträge. Insbesondere fehlt eine Anpassung des Sachleistungsbudgets, um nicht akute Ausfallsituationen der Pflegeperson aufzufangen. Die Systemumstellung führt damit im Ergebnis zu einer realen Leistungskürzung und erhöht den Druck auf pflegende Angehörige erheblich.

Das Überbrückungsbudget ist nun ausdrücklich nur auf **Akutsituationen** ausgerichtet. Es soll ab 2028 nur für Leistungen von **Pflegenotdiensten** und der vollstationären Kurzzeitpflege eingesetzt werden können. Pflegedienste sind bereits heute immer auch Pflegenotdienste, denn sie werden oft in akuten Notsituationen angefragt; das liegt in der Natur der Sache.

Um besonders gefährliche Notsituationen abzufedern, wäre es jedoch nötig, mehr Pflegepersonal zur Verfügung zu haben. Dazu wäre vor allem die vom bpa seit Jahren geforderte Kompetenzvermutung notwendig. Diese fehlt schmerzlich im vorgelegten Entwurf des PNOG.

Weiterhin ist nicht erkennbar, welchen Nutzen separate *Pflegenotdienste* oder *Notbetreuungsdienste* für die Gesellschaft haben können. Um in Notsituationen stets als Pflegedienst einsatzbereit zu sein, müssten „Personal-Leerzeiten“ finanziert werden. Der bpa hält es jedoch nicht für akzeptabel, Leerzeiten zur Verfügung zu stellen und zu finanzieren, wenn gleichzeitig in nahezu allen Pflegeeinrichtungen Pflegekräfte für die Regelversorgung fehlen.

Der Referentenentwurf schafft damit eine neue Leistungserbringerkategorie, welche den vorhandenen Personalmangel verschärfen statt Erleichterungen zu bewirken. Und statt einer Vereinfachung drohen zusätzliche

Vertrags-, Dokumentations- und Organisationspflichten. Diese binden wiederum personelle Ressourcen, die in der direkten Versorgung dringend benötigt werden.

Darüber hinaus bleibt völlig unklar, was genau eine Akutsituation sein soll, d.h. wie sie definiert, abgegrenzt und nachgewiesen werden soll.

Der bpa lehnt die Streichung der Verhinderungspflege und den Aufbau von separaten ambulanten Notdiensten mit zusätzlichen neuen bürokratischen Hürden ab.

Der bpa fordert die Streichung des Überbrückungsbudgets und die Beibehaltung der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege. Die Leistungsbeträge für die Verhinderungspflege und die Kurzzeitpflege sollten jeweils dem gemeinsamem Jahresbetrag in Höhe von 3.539 Euro entsprechen; die im Referentenentwurf vorgesehene Streichung des gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a SGB XI begrüßt der bpa.

Der bpa fordert eine Aufwertung der Verhinderungspflege. Dafür soll diese einen eigenständigen Leistungsanspruch in Höhe von 3.539 Euro erhalten (entsprechend des bisherigen gemeinsamen Jahresbetrags, aber eigenständig neben einem ebenso hohen Anspruch für die Kurzzeitpflege).

Je dramatischer sich der Personalmangel in der Langzeitpflege verfestigt, umso wichtiger ist die Stabilisierung der häuslichen Versorgung. Die Belastung der pflegenden Angehörigen nimmt weiter zu – daher sind sowohl die Verhinderungspflege als auch die Kurzzeitpflege in einem ausreichenden bedarfsgerechten Umfang so bedeutsam. Deswegen setzt sich der bpa für die Anhebung der Leistungsbeträge ein. Denn ansonsten droht angesichts absehbar steigender Preise in der Kurzzeitpflege und angesichts der bereits erheblich gestiegenen Preise in der ambulanten Pflege eine erhebliche Leistungsverkürzung in beiden Versorgungsbereichen – obwohl genau das Gegenteil notwendig wäre. Wenn die Belastungen steigen, ist der Gesetzgeber gefragt, Leistungsverkürzungen zu vermeiden.

Änderungsvorschläge

Die vorgesehenen Änderungen in §§ 39 und 39a SGB XI werden gestrichen. Das Überbrückungsbudget und die Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen werden **nicht** eingeführt.

§ 39 Abs. 2 SGB XI und § 39 Abs. 3 Satz 1 SGB XI werden wie folgt gefasst:

(2) Wird die Ersatzpflege durch andere Personen sichergestellt als solche, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder

verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen sich die Aufwendungen der Pflegekasse für die Ersatzpflegekosten je Kalenderjahr höchstens bis **zu 3.539 Euro auf die Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a** belaufen.

(3) Wird die Ersatzpflege durch Ersatzpflegepersonen sichergestellt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen sich die Aufwendungen der Pflegekasse je Kalenderjahr höchstens bis **zu 3.539 Euro auf die Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a** belaufen, wenn die Ersatzpflege von diesen Personen erwerbsmäßig ausgeübt wird.

Sofern die obigen Änderungsvorschläge nicht übernommen werden, muss hilfswise nachfolgende Änderung umgesetzt werden:

§ 39 Abs. 1 SGB XI wird wie folgt geändert:

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die in häuslicher Umgebung gepflegt werden, haben in pflegerischen Akutsituationen sowie in sonstigen Überbrückungssituationen Anspruch auf ein Überbrückungsbudget. Das Überbrückungsbudget umfasst je Kalenderjahr einen Gesamtleistungsbetrag in Höhe von bis zu ~~1.855~~ **3.539** Euro für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 ~~und 3 und in Höhe von bis zu 2.285 Euro für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und bis~~ 5. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für Leistungen der pflegerischen Überbrückungsversorgung. Das Überbrückungsbudget kann innerhalb des Kalenderjahres in Anspruch genommen werden.

Absatz 3 und 5 sind zu streichen.

§ 39a ist wie folgt geändert:

Absatz (1): „Kann die häusliche Pflege in pflegerischen Akutsituationen nach Maßgabe des § 39 Absatz 2 zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang sichergestellt werden, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 ab dem 1. Januar 2028 Anspruch auf Pflegesachleistungen in Akutsituationen durch einen ~~Notdienst in der~~ ambulanten **Pflegedienst**.“

Absatz (3): „Der Anspruch auf Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen ist in der Regel auf die Dauer des Vorliegens der Akutsituation beschränkt. ~~Dauert die Inanspruchnahme der Pflegesachleistungen in Akutsituation länger als drei Kalendertage an, hat der ambulante Pflegenotdienst oder der ambulante Betreuungsnotdienst unverzüglich eine Einschätzung der Pflegebegleitung nach § 7c über die~~

~~weitere Erforderlichkeit der Akutversorgung einzuholen und der zuständigen Pflegekasse zu übermitteln.~~ Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen pro Kalenderjahr höchstens bis zu einem Betrag in Höhe des Überbrückungsbudgets nach § 39 Absatz 1.“

§ 69 Absatz 1a SGB XI wird gestrichen.

Artikel 1, Nr. 34 und 35 §§ 40b und 40c SGB XI – Digitale Pflegeanwendungen

Vorgeschlagene Neuregelung

Der § 40c gewährt Pflegebedürftigen bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen (DiPA) im Sinne des § 40a einen Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen. Diese Unterstützung kann nach dem Wortlaut ausschließlich durch nach dem SGB XI zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen erbracht werden.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt, dass Pflegebedürftige bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen haben. Digitale Pflegeanwendungen entfalten ihren Nutzen nur, wenn die Pflegebedürftigen bei der Handhabung verlässlich unterstützt werden; die Regelung ist daher ein sinnvoller und notwendiger Baustein.

Der bpa weist jedoch allgemein darauf hin, dass die Nutzung digitaler Pflegeanwendungen nicht allein auf den ambulanten Bereich beschränkt sein sollte. Digitale Anwendungen können ihren präventiven und unterstützenden Nutzen über alle Versorgungssettings hinweg entfalten – im häuslichen Umfeld ebenso wie in der teilstationären und vollstationären Versorgung.

Besonders deutlich wird dies bei Übergängen zwischen den Versorgungsformen: Wechselt eine pflegebedürftige Person von der ambulanten in eine teilstationäre oder vollstationäre Versorgung, verliert sie nach der derzeitigen Ausgestaltung den Anspruch auf digitale Pflegeanwendungen und die zugehörigen Unterstützungsleistungen, da dieser an die häusliche Pflege gebunden ist.

Eine einmal etablierte, sinnvolle digitale Anwendung müsste damit beim Settingwechsel abgebrochen werden. Das ist weder im Sinne der Kontinuität noch im Sinne des mit den Anwendungen verfolgten Präventions- und Stabilisierungsgedankens und kann gerade bei häufigen Versorgungswechseln zu Brüchen in der Versorgung führen.

Der bpa spricht sich daher dafür aus, digitale Pflegeanwendungen einschließlich der ergänzenden Unterstützungsleistungen settingübergreifend und durchgehend nutzbar zu machen. Dies betrifft sowohl den Kreis der erbringungsberechtigten Einrichtungen in § 40c als auch den zugrunde liegenden Leistungsanspruch nach den §§ 40a, 40b SGB XI.

Änderungsvorschläge

§ 40c SGB XI wird wie folgt gefasst:

Pflegebedürftige haben bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen im Sinne des § 40a Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen, deren Erforderlichkeit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 78a Absatz 5 Satz 6 festgestellt hat, durch nach diesem Buch zugelassene ambulante, **teilstationäre und vollstationäre** Pflegeeinrichtungen.

Ergänzend regt der bpa an, den DiPA-Leistungsanspruch in den §§ 40a und 40b SGB XI so anzupassen, dass digitale Pflegeanwendungen nicht nur in der häuslichen Pflege, sondern in allen Versorgungssettings – einschließlich der teilstationären und vollstationären Versorgung sowie der Übergänge – beansprucht werden können.

Artikel 1, Nr. 37

§ 42 SGB XI – Kurzzeitpflege i.V.m. § 69 SGB XI – Sicherstellungsauftrag

Vorgeschlagene Neuregelung

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege wird redaktionell neu gefasst. Der bisherige Anspruch auf Kurzzeitpflege in Krisensituationen wird auf einen Anspruch in pflegerischen Akut-Situationen umgewandelt. Ein solcher soll ab 01. Januar 2028 dann bestehen, wenn die Pflegebegleitung nach § 7c SGB XI dies für notwendig hält und wenn noch Leistungsbeträge aus dem Überbrückungsbudget zur Verfügung stehen.

Um die Leistung erbringen zu können, müssen die vollstationären Pflegeeinrichtungen mit den Pflegekassen ergänzende Verträge abschließen (§ 69 SGB XI).

Das Budget für die Kurzzeitpflege wird gekürzt. Künftig stehen in den Pflegegraden 2 und 3 1.855 Euro, in den Pflegegraden 4 und 5 2.285 Euro zur Verfügung.

Stellungnahme

Der Gesetzgeber möchte mit den vorgeschlagenen Regelungen die pflegerische Situation in Notsituationen sicherstellen. Dies ist zu begrüßen. Leider verfehlen die vorgeschlagenen Maßnahmen das Ziel vollkommen. Stattdessen wird die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen eingeschränkt, werden die zur Verfügung stehenden Leistungen rationiert und wird das wirtschaftliche Anbieten von Kurzzeitpflegeplätzen sabotiert.

Der Anspruch eines Pflegebedürftigen auf Leistungen in unvorhersehbaren, ungeplanten Überbrückungssituationen, insbesondere in pflegerischen Akutsituationen, ist nicht neu, sondern unter der Begrifflichkeit der „sonstigen Krisensituation“ im SGB XI derzeit abgebildet. Neu ist hingegen, dass der Pflegebedürftige nicht mehr selbst entscheiden kann, ob die Kurzzeitpflege erforderlich ist und wo er diese nutzen möchte. Stattdessen ist hierfür künftig die entsprechende Einschätzung der pflegfachlichen Begleitung notwendig. Zudem können nur solche Pflegeheime ausgewählt werden, die gesonderte Verträge für die Akut-Kurzzeitpflege geschlossen haben. Die Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen wird hier erheblich eingeschränkt.

Es bleibt auch unklar, wieso ein Pflegebedürftiger nicht schlicht sagen sollte, dass es sich um eine „sonstige Überbrückungssituation“ statt um eine „pflegerische Akutsituation“ handelt. In ersterem Fall spart er sich die

Absprache mit der Pflegebegleitung und ist frei darin, den Kurzzeitpflegeplatz zu wählen.

Die Versorgungssituation wird überdies gegenüber dem Status Quo durch eine Reduzierung des Leistungsbudgets verschlechtert. Stehen derzeit im Rahmen des gemeinsamen Jahresbetrags 3.539 Euro pro Jahr zur Verfügung, sind dies künftig nur noch 1.855 Euro (Pflegegrade 2-3) bzw. 2.285 Euro (Pflegegrade 4-5). Es stehen bis zu 50 Prozent weniger Budget zur Verfügung. Darüber hinaus gibt es auch weiterhin keine Planungssicherheit für die Nutzung dieses Budgets aus Sicht der Kurzzeitpflege, da die Leistung auch für ambulante pflegerische Akutsituationen genutzt werden muss. Dieses Problem zeigt sich auch in § 42 Abs. 4 SGB XI, in welchem eine Anspruchsvoraussetzung ist, dass es noch Leistungsansprüche im Überbrückungsbudget gibt. Es ist jedoch nicht definiert, was passiert, wenn die Ansprüche nicht genügen, um auch nur einen einzigen Tag der Akut-Kurzzeitpflege zu bezahlen. Es wird darüber hinaus ebenfalls nicht dazu ausgeführt, welche Folgen es gibt, wenn die Pflegebegleitung eine Akut-Kurzzeitpflege für weiter erforderlich hält, es aber nach drei Tagen kein Restbudget mehr gibt.

Für alle an der Versorgung Beteiligten schaffen die vorgesehenen Neuregelungen erheblichen bürokratischen Mehraufwand. Es ist nicht nachzuvollziehen, wie dies mit den Vereinbarungen des Koalitionsvertrags in Einklang zu bringen ist.

- Die erforderliche Einschätzung der Pflegebegleitung, ob die Anspruchsvoraussetzungen für die Akut-Kurzzeitpflege vorliegen, stellt eine zusätzliche Zugangshürde statt niedrighschwelliger Hilfe in Krisensituationen dar. Damit wird der Prozess unnötig in die Länge gezogen.
- Vollkommen unklar sind die Konsequenzen für den Leistungsanspruch, die weitere Versorgung in der fortbestehenden Akutsituation und die Abrechnung zulasten des dem Pflegebedürftigen zustehenden Betrags des Überbrückungsbudgets, wenn es auf Wunsch des Pflegebedürftigen keine oder noch keine Pflegebegleitung gibt oder diese ihre Einschätzung nicht kurzfristig abgeben kann.
- Das Abschließen zusätzlicher Verträge nach § 69 Abs. 1a SGB XI zum Erbringen von Akut-Kurzzeitpflege ist vollkommen unnötig. Stattdessen sollte schlicht jede stationäre Pflegeeinrichtung, welche Kurzzeitpflegeplätze anbietet, automatisch auch als Leistungserbringer für die Akut-Kurzzeitpflege gelten. Den Pflegekasen liegen die Informationen über das Vorhalten dieser Plätze bereits vor.
- Ein gesonderter Vertragsschluss ist auch nicht erforderlich, um eine Erstattung von Vorhaltekosten nach § 88b SGB XI zu

ermöglichen. Die Zugangsvoraussetzungen werden ohnehin in den Richtlinien nach § 88b Abs. 2 SGB XI separat geregelt.

Das politisch gewünschte Ziel des Ausbaus der Kurzzeitpflege, zuletzt mit Verabschiedung des § 88a SGB XI untermauert, ist mit den hier vorgesehenen Regelungen nicht zu erreichen. Stattdessen wird mit enormem bürokratischem Aufwand die Versorgungssituation insgesamt verschlechtert.

Die Kurzzeitpflege ist eine wichtige Versorgungsform, die vielen Pflegebedürftigen hilft und Angehörige entlastet. Deswegen ist es notwendig, die Strukturen für die Inanspruchnahme zu verbessern, den Kaufkraftverlust auszugleichen und dafür die Leistungsbeträge deutlich zu erhöhen. Der bpa schlägt deswegen die Beibehaltung der Kurzzeitpflege in der bisherigen Form und einen eigenständigen Anspruch auf Leistungen in Höhe von 3.359 Euro vor (entsprechend der Höhe des bisherigen gemeinsamen Jahresbetrags, aber zusätzlich zum Anspruch auf Verhinderungspflege in der gleichen Höhe).

Änderungsvorschläge

Die vorgesehenen Änderungen in §§ 42 und 69 SGB XI werden gestrichen. Die bisherige Leistung der Kurzzeitpflege bleibt bestehen, ein gesonderter Anspruch auf Leistungen in pflegerischen Akutsituationen wird **nicht** eingeführt, bleibt aber durch die Nennung „sonstiger Krisensituationen“ erfüllt.

§ 42 Abs. 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege pro Kalenderjahr höchstens bis zu einem Betrag **von 3.539 Euro in Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a**.

Sofern die obigen Änderungsvorschläge nicht übernommen werden, müssen hilfsweise nachfolgende Änderungen umgesetzt werden:

§ 39 Abs. 1 SGB XI wird wie folgt geändert:

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die in häuslicher Umgebung gepflegt werden, haben in pflegerischen Akutsituationen sowie in sonstigen Überbrückungssituationen Anspruch auf ein Überbrückungsbudget. Das

Überbrückungsbudget umfasst je Kalenderjahr einen Gesamtleistungsbetrag in Höhe von bis zu ~~4 855~~ **3.539** Euro für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3 und in Höhe von bis zu ~~2 285~~ Euro für Pflegebedürftige der ~~Pflegegrade 4 und bis~~ 5. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für Leistungen der pflegerischen Überbrückungsversorgung. Das Überbrückungsbudget kann innerhalb des Kalenderjahres in Anspruch genommen werden.

§ 42 Abs. 4 SGB XI wird gestrichen.

§ 69 SGB Abs. 1 a SGB XI wird gestrichen.

Sofern Streichung von § 42 Abs. 4 SGB XI nicht erfolgt, muss hilfsweise nachfolgende Änderung umgesetzt werden:

(4) In pflegerischen Akutsituationen besteht ab dem 1. Januar 2028 Anspruch auf eine Akut-Kurzzeitpflege in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen ~~soweit und solange eine stationäre Versorgung nach Einschätzung der Pflegebegleitung nach § 7c aus pflegfachlicher Sicht erforderlich ist~~. Der Anspruch nach Satz 1 setzt voraus, dass der Gesamtleistungsbetrag des Überbrückungsbudgets nach § 39 Absatz 1 Satz 2 für das maßgebliche Kalenderjahr noch nicht vollständig ausgeschöpft wurde.

Artikel 1, Nr. 41 und Nr. 86

§ 43c SGB XI – Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen

§ 144 SGB XI – Bestandsschutz für bisherige Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI

Vorgeschlagene Neuregelung

Die vollstationären Leistungszuschläge greifen künftig später. Ab Einzug gilt weiterhin ein Zuschlag bis 15 Prozent. Die weiteren Stufen treten jedoch jeweils sechs Monate später in Kraft. Für die bisherigen Bewohnerinnen und Bewohner greift zunächst ein Bestandsschutz. Dieser endet mit Übergang in die nächste Zuschlagsstufe.

Stellungnahme

Die Veränderung des Inkrafttretens der späteren Zuschlagsstufen wird unweigerlich zu einem weiteren Anstieg der Zahl der Sozialhilfeempfänger in den Pflegeheimen führen. Die politische Debatte einer Begrenzung der Eigenanteile für die Pflegebedürftigen wird so ad absurdum geführt. Da parallel keine Maßnahmen ergriffen werden, um die Bearbeitungs- und Auszahlungsprozesse der Hilfe zur Pflege zu beschleunigen, wird sich die Dramatik der Zahlungsausstände für die Pflegeheime weiter verschärfen.

Schon heute schulden die Sozialämter den Pflegeeinrichtungen mehr als 500 Millionen Euro. Für die Anbieter geht dies mit Liquiditätsengpässen einher, die die dauerhafte wirtschaftliche Leistungserbringung gefährden. Der Gesetzgeber verschärft mit der hier vorgesehen Neuregelung diese Situation.

Soweit keine komplette Streichung der Neuregelung erfolgt, muss diese mindestens in ihrer Belastungswirkung für die Pflegebedürftigen und die Sozialämter eingeschränkt werden. Der bpa schlägt hierfür vor den Zeitraum der dritten und vierten Zuschlagsstufe deutlich weniger umfassend zu verlängern. So wird der Großteil der politisch gewünschten Ausgaben-senkung für die Pflegekassen erreicht, da die wenigsten Pflegebedürftigen länger als 27 Monate in vollstationärer Versorgung sind. Gleichzeitig erfährt der sehr kleine Personenkreis, der länger im Pflegeheim wohnt, weiter eine relevante Entlastungswirkung. Dies ist gerechtfertigt, da sie bereits seit langer Zeit die hohen Eigenanteile bezahlt haben.

Änderungsvorschlag

Die vorgeschlagenen Neuregelungen werden gestrichen.

Sofern die Neuregelungen nicht gestrichen werden, muss hilfswiese nachfolgende Änderung umgesetzt werden:

§ 43c wird wie folgt geändert:

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die bis einschließlich achtzehn Monate Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 15 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als achtzehn Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 30 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als ~~36~~ **27** Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 50 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als ~~54~~ **39** Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 75 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Bei der Bemessung der Monate, in denen Pflegebedürftige Leistungen nach § 43 beziehen, werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach § 43 bezogen worden sind, berücksichtigt. Die Pflegekasse berechnet ab dem 1. Juli 2026 den Leistungszuschlag auf Grundlage von Informationen der vollstationären Pflegeeinrichtung, die die pflegebedürftige Person versorgt. Art und Umfang der an die Pflegekasse zu übermittelnden Informationen werden im Rahmen der Festlegungen nach § 105 Absatz 2 Satz 1 bestimmt. Die Pflegekasse entrichtet den berechneten Leistungszuschlag gegenüber der Pflegeeinrichtung. Die Pflegeeinrichtung stellt der von ihr versorgten pflegebedürftigen Person den verbleibenden Eigenanteil in Rechnung.

Artikel 1, Nr. 44

§ 45a SGB XI – Angebote zur Unterstützung im Alltag; Nachbarschaftshilfe

§ 45b SGB XI - Sozialraumbudget

Vorgeschlagene Neuregelung

Mit den Neuregelungen der §§ 45a und 45b werden die Angebote zur Unterstützung im Alltag sowie deren Finanzierung neu strukturiert.

§ 45a SGB XI regelt weiterhin die Angebote zur Unterstützung im Alltag, insbesondere Betreuungsangebote, Angebote zur Entlastung pflegender Angehöriger sowie Angebote zur Unterstützung bei der Alltagsbewältigung und Haushaltsführung. Künftig können diese Angebote entweder nach Landesrecht beziehungsweise als Nachbarschaftshilfe anerkannt werden oder als ambulante Betreuungseinrichtung nach § 72 SGB XI zugelassen sein.

Eine gleichzeitige Anerkennung als Angebot zur Unterstützung im Alltag und Zulassung als ambulante Betreuungseinrichtung ist ausgeschlossen. Zudem werden die Anforderungen an die landesrechtlichen Anerkennungsverfahren sowie die Anerkennung der Nachbarschaftshilfe neu geregelt.

§ 45b SGB XI ersetzt den bisherigen Entlastungsbetrag durch ein Sozialraumbudget. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten hierfür künftig einen monatlichen Leistungsbetrag von 175 Euro, Pflegebedürftige unter 25 Jahren von 300 Euro. Das Sozialraumbudget kann ausschließlich für Leistungen von nach § 45a anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag oder anerkannter Nachbarschaftshilfe eingesetzt werden. Die bisherige Verwendung des Entlastungsbetrags für Leistungen ambulanter Pflegedienste, der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege entfällt. Gleichzeitig wird der bisherige Umwandlungsanspruch abgeschafft.

Stellungnahme

Insgesamt sieht der Referentenentwurf eine starke Trennung zwischen anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag und zugelassenen ambulanten Betreuungseinrichtungen sowie eine Neuausrichtung der Finanzierung entsprechender Leistungen vor.

Während professionelle Anbieter künftig ihre Leistungen grundsätzlich im Rahmen einer Zulassung nach § 72 SGB XI und damit über das Sachleistungssystem erbringen sollen, wird das neu geschaffene Sozialraumbudget ausschließlich für nach § 45a anerkannte niedrighschwellige

Angebote sowie Nachbarschaftshilfe geöffnet. Für Pflegebedürftige bedeutet dies eine deutliche Einschränkung der bisherigen Wahlmöglichkeiten. Leistungen ambulanter Pflegedienste, der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege können künftig nicht mehr über das bisherige Budget nach § 45b finanziert werden. Gleichzeitig entfällt der bisherige Umwandlungsanspruch, der bislang eine flexible Nutzung nicht ausgeschöpfter Sachleistungsansprüche für Angebote zur Unterstützung im Alltag ermöglichte.

Durch die vorgenommene Trennung zwischen professionellen Versorgungsangeboten und niedrigschwelligen Unterstützungsleistungen entstehen erhebliche Abgrenzungsfragen. Der Referentenentwurf legt dar, dass die Abgrenzung der Finanzierung künftig nicht leistungsbezogen, sondern anbieterbezogen erfolgt.

Im Ergebnis erschwert dies die Inanspruchnahme für die Betroffenen. Sie müssen z.B. zunächst verstehen, dass sie das Sozialraumbudget nicht bei einem nach § 72 SGB XI zugelassenen Pflege- oder Betreuungsdienst einlösen können, sondern bei anderen separaten Anbietern, obwohl die Leistungen identisch sind.

Pflegedienste verfügen über die für Alltagshilfen ausgebildeten bzw. angeleiteten und erfahrenen Mitarbeitenden und konnten bisher alle für pflegebedürftige Menschen erforderlichen Hilfen aus einer Hand anbieten. Besonders kritisch sieht der bpa daher die Neuordnung des bisherigen Entlastungsbetrags hin zum neuen Sozialraumbudget. Es ist in keiner Weise nachvollziehbar und es wird auch in der Gesetzesbegründung nicht dargelegt, warum professionellen Pflegediensten und professionellen Betreuungsdiensten zukünftig verwehrt werden soll, Angebote zur Bewältigung des Alltags zu machen und über das Sozialraumbudget zu finanzieren. Schließlich sind viele Leistungen des Sozialraumbudgets identisch mit Leistungen des SGB XI; alle Betreuungsleistungen sowie Hilfen im Haushalt. Zukünftig müssen somit Pflegedienste mit Angeboten der niederschwelligen Entlastungsleistungen konkurrieren: Denn pflegebedürftige Menschen müssen in Zukunft entscheiden, welche Hilfe sie sich von einem Pflegedienst und welche Hilfe sie sich bei einem „Sozialraum-Anbieter“ einkaufen

Hinzu kommt ein gravierender Strukturwiderspruch: Einerseits sollen Angebote zur Unterstützung im Alltag und sozialräumliche Versorgungsformen gestärkt werden. Tatsächlich aber besteht die Gefahr, dass mit dem Wegfall des Einsatzes des Entlastungsbetrags für niedrigschwellige Leistungen, die ambulante Pflegedienste und Tagespflegen erbringen, wesentliche Finanzierungsgrundlagen entzogen werden. Wenn wirtschaftlich tragfähige ambulante und teilstationäre Strukturen wegbrechen, wird die Versorgung nicht modernisiert, sondern ausgedünnt.

Ebenso fehlt es an klaren Übergangsregelungen für bestehende Systeme.

Änderungsvorschläge

§ 45b SGB XI in der aktuellen Fassung bleibt unverändert.

Sofern die obigen Änderungsvorschläge nicht übernommen werden, müssen hilfsweise nachfolgende Änderungen umgesetzt werden:

§ 45 a SGB XI Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst, Satz 4 und 5 werden gestrichen:

Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des gemäß Absatz 3 erlassenen Landesrechts oder eine Anerkennung als Nachbarschaftshilfe **oder eine Zulassung als Pflege- oder Betreuungseinrichtung nach § 72 SGB XI nach Absatz 4. Alternativ zur Anerkennung nach Satz 3 können Angebote zur Unterstützung im Alltag als ambulante Betreuungseinrichtung im Sinne des § 71 Absatz 1a nach § 72 zugelassen werden. Eine Zulassung nach § 72 schließt eine Anerkennung nach den Absätzen 3 und 4 aus.**

§ 45b Absatz 1 SGB XI wird wie folgt geändert:

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit Pflegegrad 2 bis 5 haben Anspruch auf ein Sozialraumbudget in Höhe von monatlich 175 Euro (...). Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für Leistungen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a **mit einer Anerkennung nach Landesrecht oder durch die Pflegekassen. Die Leistung nach Satz 1 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.**

Artikel 1, Nr. 56 **§ 72 Abs. 3g SGB XI – Tariftreueregelung**

Vorgeschlagene Neuregelung

Die Tariftreue wird für vier Jahre ausgesetzt.

Stellungnahme

Das Bundesministerium für Gesundheit bezeichnet die Aussetzung der Tariftreue als „Beitrag zur Entbürokratisierung“ und „Zeichen für eine neue Vertrauenskultur“. Stattdessen ist es aber schlicht Ausdruck des Wunsches nach Kostenbegrenzung.

Lohnsteigerungen über der Grundlohnsummensteigerung müssen auch zukünftig refinanziert werden, damit die Einrichtungen die notwendige Flexibilität bei der Personalsicherung bei zunehmender Personalmangelsituation insgesamt erhalten!

Es mutet erstaunlich an, dass nur rund einen Monat nach dem Inkrafttreten des von der Bundesregierung beschlossenen Tariftreuegesetzes – das Unternehmen verpflichtet, ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern tarifvertragliche Arbeitsbedingungen zu gewähren, wenn sie öffentliche Aufträge des Bundes ausführen – dieselbe Bundesregierung einen Gesetzentwurf vorlegt, mit dem eine Tariftreueregelung ausgesetzt wird. Ein einheitliches Verständnis von Tariftreue lässt sich daraus nicht erkennen.

Diese Uneinheitlichkeit zeigt sich auch beim GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz. Während die Tariftreueregelung für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege abgeschafft werden und eine abgesenkte Grundlohnsummensteigerung gelten soll, sind gleichzeitig Ausnahmen für die Krankenhäuser vorgesehen. Krankenhäuser können demnach künftig für das Pflegepersonal Tarifierhöhungen, die über der Grundlohnsummensteigerung liegen, zu 50 Prozent refinanziert bekommen. Das wäre ein erheblicher Wettbewerbsvorteil für die Krankenhäuser im Wettbewerb um die knappe Ressource Pflegepersonal. Das lehnt der bpa entschieden ab. Einrichtungen der Langzeitpflege dürfen nicht noch weiter gegenüber den Krankenhäusern benachteiligt werden.

Zu Recht hält der Referentenentwurf fest, dass Pflege- und Betreuungskräfte eine knappe Ressource am Arbeitsmarkt sind. Deswegen ist es wichtig, dass Pflegeunternehmen weiterhin in die Lage versetzt werden,

gute Löhne zu zahlen und Spielräume für Lohnsteigerungen zu haben, um konkurrenzfähig zu sein.

Diese brisante Personallage in der Pflege wird sich in den nächsten Jahren weiter zuspitzen: „Noch in den 2020er-Jahren wird es nicht mehr ausreichend nachrückende Absolventinnen und Absolventen von Pflegeschulen geben, um die Lücke der ausscheidenden Baby-Boomer zu schließen“, so der [DAK-Pflegereport 2024](#) („Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – Beruflich Pflegende im Fokus“). Jede fünfte Pflegekraft geht in den nächsten 10 Jahren in Rente. „Passend dazu hält auch das Statistische Bundesamt in seiner [Pflegekräftevorausberechnung](#) fest: „Somit findet die stärkste Abnahme um rund 140.000 Pflegekräfte bereits bis 2034 statt.“ Angesichts dieser Entwicklungen ist es umso wichtiger, dass Pflegeheime und Pflegedienste in die Lage versetzt werden, auch zukünftig Lohnsteigerungen über der Grundlohnsummensteigerung refinanziert zu bekommen, damit die Einrichtungen die notwendige Flexibilität bei der Personalsicherung erhalten.

Aussetzung der Tariftreue zum 2. Januar 2027

Die Aussetzung der Tariftreue und der Wirtschaftlichkeitsfiktion zum 2. Januar 2027 wird zu erheblichen wirtschaftlichen Problemen für alle Pflegeeinrichtungen führen, die nicht zum 1. Januar 2027 eine neue Vergütungs- oder Pflegesatzvereinbarung verhandeln. Insbesondere im vollstationären Bereich ist es üblich, Einzelverhandlungen über das gesamte Jahr hinweg zu führen. Diese Pflegeheime müssen ab dem 1. Januar 2027 das dann geltende regional übliche Entgelt zahlen, können dieses aber in Pflegesatzverhandlungen, die ab dem 2. Januar 2027 gelten sollen, nicht mehr automatisch geltend machen. Dies wird in den Bundesländern, in denen das regional übliche Entgelt stärker als die abgesenkte Grundlohnsumme steigt, dazu führen, dass Pflegeheime in erhebliche wirtschaftliche Existenznöte geraten. Dies ist inakzeptabel. Es darf keine Verpflichtung zur Einhaltung einer Tariftreue geben, wenn nicht dauerhaft die Refinanzierung gesichert ist. Es ist ebenfalls keine verlässliche Option, zu Neuverhandlungen nach § 87 Abs. 5 SGB XI aufzurufen. Die Pflegekassen haben nicht annähernd die Kapazitäten, die sonst über das ganze Jahr verteilten Pflegesatzverhandlungen allesamt im Oktober, November und Dezember 2026 zu führen. Dies würde unweigerlich zu monatelangen Verzögerungen in den Abschlüssen führen. Die Wirtschaftlichkeitsfiktion des § 82c SGB XI muss daher auch über den 2. Januar 2027 hinaus weitergelten.

(Abgesenkte) Grundlohnsummensteigerung als Vergütungsdeckel

Die Synchronisierung der maximalen Vergütungs- und Pflegesatzsteigerungen in Höhe der (abgesenkten) Grundlohnsummensteigerung mit dem SGB V wird nicht nur zu erheblichen Nachteilen bei der Personalsicherung, sondern auch zu dem Ende vieler politisch gewünschter Maßnahmen führen.

Im vollstationären Bereich wird dies künftig bedeuten, dass sich Pflegeeinrichtungen entscheiden müssen, ob sie lieber eine Mehrpersonalisierung oder eine Gehaltssteigerung durchführen wollen. Beides wird regelhaft nicht möglich sein. Die PeBeM-Umsetzung wird so aktiv sabotiert. Dies gilt gleichermaßen für eine Weiterqualifikation von QN 1 und QN 2-Personal zu QN-3-Kräften. Da letztere höhere Gehaltskosten haben, muss auch an dieser Stelle überlegt werden, wie dies mit dem Pflegesatzdeckel vereinbar sein kann. Die Problematik setzt sich fort bei der Umsetzung der verbesserten Sonderpersonalschlüssel auf Landesebene (insbesondere Hygienebeauftragte und Leitung & Verwaltung) oder bei der Anwerbung ausländischer Fachkräfte aus dem Ausland in Umsetzung des § 75 Abs. 2 Nr. 10 SGB XI. Wenn auf Landesebene dringend notwendige Anpassungen zur wirtschaftlichen Betriebsfähigkeit, beispielsweise eine Absenkung der kalkulatorischen Auslastungsquote, getroffen werden, führt dies gleichermaßen zu einer Erhöhung des Pflegesatzes wie bei einem Anstieg des durchschnittlichen Pflegegrads der Bewohnenden.

Es ist davon auszugehen, dass der Gesetzgeber diese Folgewirkungen bei der Übernahme der Regelung aus dem SGB V nicht bedacht hat. Es können jedoch nicht politisch Ziele definiert und dann die Mittel zur Erreichung dieser erheblich eingeschränkt werden. Die Deckelung der Steigerungen muss daher zwingend wieder gestrichen werden.

Änderungsvorschläge

(3g) Die Absätze 3c und 3e sowie § 82c Absatz 2 Satz 2 bis 5, Absatz 4, 5 und 6 sind ab dem 2. Januar 2027 bis zum Ablauf des 31. Dezember 2029 nicht anzuwenden. Die Absätze 3a, 3b und 3d ~~sowie § 82c Absatz 1, 2 Satz 1, Absatz 2a, 2b und 3~~ sind ab dem 2. Januar 2027 bis zum Ablauf des 31. Dezember 2030 nicht anzuwenden. Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 ist in dem Zeitraum nach Satz 2 ohne die Erfüllung der Vorgaben nach den Absätzen 3a und 3b anzuwenden. ~~§ 84 Absatz 2 Satz 4 und § 89 Absatz 1 Satz 3 sind in dem Zeitraum nach Satz 2 mit der Maßgabe anzuwenden, dass für Vergütungssteigerungen die durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches die Obergrenze darstellt.~~ In dem Zeitraum nach Satz 2 dürfen zugelassene Leistungserbringer die Gehälter und Entlohnungen, die zum Zeitpunkt 1. Januar 2027 an die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gezahlt wurden, nicht wegen der Nichtanwendung nach Satz 2 unterschreiten. Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet zusammen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales bis zum 31. Dezember 2029 dem Deutschen Bundestag über die Entwicklung der Löhne in der Langzeitpflege und die Entwicklung der Pflegevergütungen.

Artikel 1, Nr. 60

§ 82 Abs. 1a SGB XI – Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

Vorgeschlagene Neuregelung

Mit dem neuen § 82 Absatz 1a wird klargestellt, dass Personal- und Sachaufwendungen, die den Pflegeeinrichtungen im Zusammenhang mit der Implementierung und Nutzung betriebsnotwendiger technischer oder digitaler Systeme entstehen, in der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung berücksichtigungsfähig sind. Erfasst sind insbesondere laufende Aufwendungen für Wartung, Schulung der Mitarbeitenden und Support.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Klarstellung in § 82 Absatz 1a ausdrücklich. Sie greift ein zentrales Anliegen auf: Digitalisierung gelingt nur, wenn neben der einmaligen Anschaffung auch die dauerhaften Betriebskosten – etwa für Wartung, Support und die Schulung der Mitarbeitenden – verlässlich finanziert werden. Die ausdrückliche Berücksichtigungsfähigkeit dieser Aufwendungen in der regulären Vergütung ist daher ein wichtiger und richtiger Schritt, um den effektiven und dauerhaften Einsatz digitaler Systeme in der Pflege abzusichern.

Der undefinierte Rechtsbegriff „betriebsnotwendig“ wird jedoch dazu führen, dass die Digitalisierungsfinanzierung nachhaltig beschädigt wird. Weder eine KI noch eine Sprach-Dokumentation oder eine digitale Dekubitusprophylaxe sind „betriebsnotwendig“. Zwar haben alle drei Beispiele erhebliche Mehrwerte für die Entlastung der Beschäftigten und die Sicherstellung der Versorgungsqualität, doch erfüllen sie nicht offenkundig diesen Terminus. Dieser muss daher gestrichen werden.

Änderungsvorschläge

§ 82 Abs. 1a SGB XI-E wird wie folgt geändert:

In der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung sind Personal- und Sachaufwendungen im Zusammenhang mit der Implementierung und Nutzung von ~~betriebsnotwendigen~~ technischen oder digitalen Systemen berücksichtigungsfähig.

Artikel 1, Nr. 63

§ 88b SGB XI – Erstattung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege

Vorgeschlagene Neuregelung

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die sich zur Erbringung von Akut-Kurzzeitpflege verpflichten und hierfür fest verfügbare Plätze zur Verfügung stellen, erhalten im Zeitraum vom 1. Januar 2028 bis zum 31. Dezember 2032 für die ihnen infolge der Nichtauslastung dieser Plätze entstandenen Vorhaltekosten eine anteilige Erstattung. Freie Plätze sind von den Einrichtungen zu melden und müssen betroffenen Pflegebedürftigen zur Verfügung gestellt werden. In einer Richtlinie soll das Nähere zum Erstattungsverfahren geregelt werden.

Stellungnahme

Soweit Pflegeeinrichtungen Kurzzeitpflegekapazitäten für Akut-Fälle freihalten sollen, ist eine Erstattung der Vorhaltekosten notwendig. Der bpa begrüßt diese Regelung daher grundsätzlich.

Gleichwohl ist die hier vorgesehene Verfahrensweise nicht geeignet. Das Nähere zur Ausgestaltung sollen ausgerechnet diejenigen regeln, die die Leistung zu finanzieren haben. Den Leistungserbringern wird lediglich die Möglichkeit der Anhörung eingeräumt. Gerade vor dem Hintergrund der erheblichen praktischen Auswirkungen der Regelungen auf die Einrichtungen – insbesondere im Hinblick auf Finanzierung, Organisation und Vorhaltung von Akut-Kurzzeitpflegeplätzen – ist eine umfassende Einbindung der maßgeblichen Verbände zwingend erforderlich. Eine bloße Anhörung wird diesem Anspruch nicht gerecht.

Es ist davon auszugehen, dass die Richtlinien nicht derart gestaltet werden, dass es für einen relevanten Teil der Kurzzeitpflegeanbieter attraktiv sein wird, Plätze dauerhaft für die Akut-Kurzzeitpflege freizuhalten.

Die vorgesehene Systematik zur Finanzierung der Akut-Kurzzeitpflegeplätze, die in der Begründung zu Absatz 3 dargestellt wird, ist aus Sicht des bpa ebenfalls weder praktikabel noch ausreichend auskömmlich. Die derzeit geplante Bemessung der initialen Vorhaltefinanzierung basiert auf einem fortgeschriebenen Tagessatz von rund 172 Euro sowie einer modellhaften Auslastungsannahme von 75 Prozent. Ergänzend sollen komplexe Bedarfsparameter – insbesondere die Zahl ambulant versorgter Pflegebedürftiger der Pflegegrade 2 bis 5 sowie deren räumliche Verteilung – herangezogen werden.

Dieses Modell erscheint aus mehreren Gründen problematisch. Es ist hochgradig komplex und administrativ aufwendig. Die zugrunde gelegten Parameter sind für die einzelne Einrichtung nicht steuerbar und die pauschale Auslastungsannahme wird den tatsächlich stark schwankenden Belegungen in der Kurzzeitpflege nicht gerecht. Eine tragfähige Finanzierung muss daher stärker an bestehenden, etablierten Refinanzierungsmechanismen anknüpfen. Vor diesem Hintergrund schlägt der bpa vor, die Erstattung der Vorhaltekosten für Akut-Kurzzeitpflegeplätze deutlich zu vereinfachen und realitätsnäher auszugestalten. Die Höhe der Vergütung sollte sich künftig an der in der vollstationären Pflege etablierten Abwesenheitsvergütung (§ 87a SGB XI) plus vollständiger Übernahme der gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen nach § 82 Absatz 3 und 4 orientieren. Ohne eine Übernahme der tatsächlich anfallenden Investitionskosten kann keine Vorhaltung der Plätze erfolgen. Da eine entsprechende Finanzierung durch die Pflegekassen bis dato unüblich ist, sollte eine entsprechende Klarstellung im Gesetz erfolgen.

Eine Meldepflicht für Pflegeeinrichtungen ist unnötig. Die Pflegekassen schließen die Vereinbarung zur Finanzierung ab. Ihnen liegen alle Informationen vor.

Änderungsvorschläge

§ 88b Abs. 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Den zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen, die eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung nach § 85 abgeschlossen haben und sich verpflichten, fest verfügbare Plätze für Akut-Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 4 anzubieten, werden ~~im Zeitraum vom 1. Januar 2028 bis zum 31. Dezember 2032~~ die ihnen infolge der Nichtauslastung dieser Plätze entstandenen Vorhaltekosten **einschließlich der gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen nach § 82 Absatz 3 und 4 SGB XI** erstattet, soweit diese nicht bereits nach anderen Vorschriften finanziert werden. ~~Die Pflegeeinrichtungen verpflichten sich zugleich, freie Plätze für Akut-Kurzzeitpflege zur Information nach § 39 Absatz 4 zu melden und betroffenen Pflegebedürftigen zur Verfügung zu stellen.~~

§ 88b Abs. 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt bis zum 31. Oktober 2027 im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. ~~nach Anhörung der~~ **und den maßgeblichen** Verbänden der Leistungserbringer stationärer Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unverzüglich in Richtlinien das Nähere für das Erstattungsverfahren nach

Absatz 1. Dazu zählen insbesondere die Voraussetzungen zur Teilnahme am Erstattungsverfahren, die Höhe der erstattungsfähigen Vorhaltekosten und die Verfahrensabläufe zur Erstattung einschließlich der erforderlichen Nachweise mit dem Ziel einer unbürokratischen Umsetzung. Die Richtlinien bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit ab dem Berichtsjahr 2028 jährlich bis zum 30. Juni des Folgejahres über die Ausgabenentwicklung, sowohl länderspezifisch als auch insgesamt, und über die daraus abzuleitenden Erkenntnisse für die Versorgung mit Plätzen für Akut-Kurzzeitpflege bundesweit und in den einzelnen Ländern. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen evaluiert bis zum 31. Dezember 2031 unter wissenschaftlicher Begleitung die Wirkungen dieser Regelung. Die Evaluation ist mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen.

Artikel 1, Nr. 73

§ 113e SGB XI – Transformationsstellenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Vorgeschlagene Neuregelung

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten im Zeitraum von 2028 bis 2032 die Möglichkeit, nicht besetzte Stellen im Korridor zwischen der Mindestpersonalausstattung im Bundesland und der Maximalgrenze des § 113c Abs. 1 SGB XI zur Digitalisierungsfinanzierung umzuwandeln.

Stellungnahme

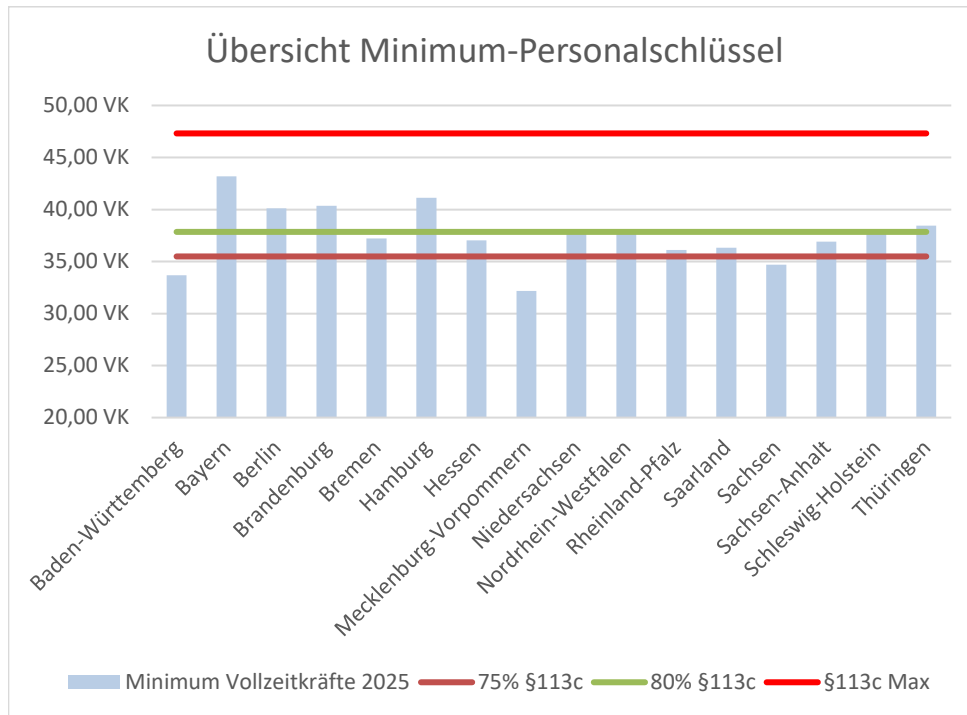
Der bpa begrüßt den mit § 113e Absatz 1 verfolgten Ansatz ausdrücklich. Die Möglichkeit, nicht besetzbare Stellenanteile in einen finanziellen Gegenwert für das Pflege- und Betreuungspersonal entlastende technische und digitale Systeme umzuwidmen, entspricht unmittelbar dem vom bpa seit Langem vertretenen **Personal-Technik-Schlüssel**, der eine flexible Umwidmung von Personalmitteln zugunsten entlastender Technik ermöglicht. Damit greift der Entwurf ein zentrales Anliegen des bpa auf und erkennt an, dass digitale und technische Systeme Pflegekräfte spürbar entlasten und die pflegerische Versorgung verbessern können.

Die Möglichkeit, Transformationsstellenanteile zu vereinbaren, auf einen Zeitraum 2028 bis 2032 zu befristen, entspricht allerdings nicht dem dauerhaften Bedarf an entlastender Technik. Investitionen in technische und digitale Systeme amortisieren sich erst über mehrere Jahre. Eine zeitliche Begrenzung schafft daher Planungsunsicherheit und kann Einrichtungen von sinnvollen Anschaffungen abhalten, deren Nutzen über das Jahr 2032 hinausreicht. Der bpa spricht sich dafür aus, die Regelung zu entfristen und dauerhaft auszugestalten.

Absatz 2 – Bemessung transformierbarer Stellen

Die Regelungen zur Bemessung der transformierbaren Stellen sind derzeit nicht sachgerecht und müssen zwingend überarbeitet werden. Andernfalls kann das Ziel des § 113e Abs. 1 SGB XI nicht erreicht werden.

Eine Begrenzung der Transformationsstellenanteile auf 10 Prozent der im individuellen Personalkorridor mathematisch zur Verfügung stehenden Stellen wird den Finanzierungsanforderungen nicht gerecht und bestraft ausgerechnet Einrichtungen in den Ländern, in denen die politisch gewünschten hohen Mindestpersonalausstattungen vereinbart wurden. Es erzeugt überdies einen Flickenteppich der Finanzierung, der nicht erklärbar ist.



Grafik: bpa

Die Grafik zeigt sehr deutlich, dass sich die Größe des Korridors zwischen der mindestens zu vereinbarenden Personalausstattung laut dem jeweiligen Landesrahmenvertrag und den Personalanhaltswerten gemäß § 113c Absatz 1 pro Land teils dramatisch unterscheidet. Die hier vorliegenden Werte basieren auf einem 100-Betten-Pflegeheim mit der laut Pflegestatistik 2023 durchschnittlichen vollstationären Pflegegradverteilung. Dieser Korridor variiert rechnerisch in der Größe zwischen 15,13 VK in Mecklenburg-Vorpommern und 4,13 VK in Bayern. In dieser Betrachtung wären also in ersterem Fall 1,5 VK transformationsfähig, in letzterem 0,4 VK.

Wohlgermerkt handelt es sich hierbei um Zahlen für ein 100-Betten-Pflegeheim. Der Durchschnitt in Deutschland liegt jedoch laut Pflegestatistik 2023 bei 70 Pflegebedürftigen pro Pflegeheim. Damit wird aus den 0,4 VK plötzlich ein Wert von lediglich 0,28 VK. Welche Digitalisierung soll hiermit finanziert werden?

Der Gesetzestext und die Begründung sind überdies nicht konsistent. Der Gesetzestext spricht vom Korridor zwischen der Mindestpersonalausstattung im jeweiligen Bundesland gem. von § 113c Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 und der höchstens zu vereinbarenden personellen Ausstattung im Sinne von § 113c Absatz 1 Nummer 2 und 3 SGB XI. Die Begründung verweist hinsichtlich des oberen Endes des Korridors hingegen nur auf § 113c Absatz 1 SGB XI. Letzteres ist die sachgerechte Formulierung. Würde die

derzeit im Gesetz erfolgte Formulierung genutzt, ergäben sich daraus zwei Problemfelder.

Zunächst differenzieren diverse Bundesländer in ihrer Mindestpersonal-ausstattung nicht zwischen dem in § 113c Abs. 1 Nummer 1 und 2 SGB XI genannten Personal, sondern rechnen dieses zusammen. Es könnte also schon keine Bemessung der Größe dieses Korridors und somit der Zahl möglicher Transformationsstellenanteile erfolgen.

Darüber hinaus würde eine solche Begrenzung des Korridors auf nur zwei der drei Qualifikationsniveaus im Rahmen der derzeitigen Beschränkung auf 10 Prozent der Korridorstellen dazu führen, dass der Anteil transformierbarer Stellen zusätzlich verkleinert würde. Dies sei verdeutlicht am Beispiel von NRW.

Bezogen auf die Daten der obigen Darstellung läge der Korridor für das gesamte in § 113c Abs. 1 SGB XI genannte Personal im Muster-Pflegeheim mit 100 Betten bei 9,5 VK. Würden nur die Beschäftigtengruppen entsprechend der Gesetzesformulierung betrachtet, läge der Korridor bei 6,4 VK. Somit stünden nur maximal 0,64 Stellen für die Digitalisierungsfinanzierung zur Verfügung. In Bayern würde das Transformationspotential fast gänzlich verschwinden.

Damit das gesetzgeberische Ziel der Stärkung der Digitalisierung in den vollstationären Pflegeeinrichtungen erreicht werden kann, muss daher die vorliegende Obergrenze angepasst werden. Am sinnvollsten wäre hierfür die 10 Prozent-Regelung auf das Gesamtpersonal im Bereich Pflege und Betreuung anzuwenden. Dies schafft eine bundesweit einheitliche Bemessungsgrundlage. Da weiterhin nur Korridorstellen umgewandelt werden dürfen, bleibt die Reform kostenneutral.

Alternativ könnte die Methodik früherer Förderungen, wie die des Pflegestellenförderprogramms nach § 8 Abs. 6 SGB XI (alte Fassung), genutzt werden. Die Förderhöhe würde sich an der Platzzahl der Pflegeeinrichtung orientieren. Bis 70 Betten könnten bis zu 2 VK, bis 120 bis zu 3 VK und darüber hinaus bis zu 4 VK vereinbarungsfähig sein. Auch dies würde ein einheitliches Agieren ermöglichen.

Absatz 3. Bemessung der Vergütungshöhe

Die Nutzung des Pflege-Mindestlohns als Vergütungshöhe ist nachvollziehbar, um so eine deutschlandweit einheitliche Vorgehensweise zu ermöglichen. Dies sollte auch in Absatz 2 berücksichtigt werden.

Unklar ist jedoch, welches Qualifikationsniveau als Grundlage genutzt wird. Soll es sich um den Pflegemindestlohn für Fachkräfte oder für Hilfskräfte handeln? Sobald Stellen in verschiedenen Qualifikationsniveaus unbesetzt sind, wird sich unmittelbar diese Frage stellen. Um

Pflegesatzverhandlungen zu vereinfachen, sollte daher gesetzlich klargestellt werden, dass stets der Pflegemindestlohn einer Fachkraft Bemessungsgrundlage ist.

Absatz 5, Katalog förderfähiger Leistungen

Der bpa spricht sich dafür aus, den in § 113e Absatz 5 vorgesehenen verpflichtenden Katalog vollständig entfallen zu lassen. Es entspricht dem Versprechen einer neuen Vertrauenskultur an die pflegefachliche Kompetenz der Pflegeeinrichtungen diese selbstständig entscheiden zu lassen, welche digitalen Technologien in Ihrer Einrichtung einen entsprechenden Mehrwert bringen.

Soweit keine Streichung erfolgt, muss die erstmalige Veröffentlichung spätestens zum 30.06.2027 vorliegen. Eine Veröffentlichung zum 30.09. erlaubt den Pflegeheimen, die zum 01.01.2028 verhandeln und entsprechend im November auffordern müssen, lediglich einen Monat, um im Katalog aufgenommene Technologien zu identifizieren, im Kollegium zu besprechen, nach Möglichkeit auszuprobieren, auf technische Umsetzungsprobleme, insbesondere hinsichtlich Schnittstellen mit der eigenen Primärsoftware zu prüfen, Angebote einzuholen und schließlich auszuwählen. Das kann nicht funktionieren.

Überdies muss klargestellt werden, dass eine Technologie oder Anwendung auch dann weiterhin finanzierbar ist, wenn sie zu einem Zeitpunkt im Katalog war, später aber nicht mehr. Eine mit großem Aufwand eingeführte Technologie muss, wenn sie sich in der Pflegeeinrichtung bewährt hat, weiter einsetz- und finanzierbar sein, auch in folgenden Pflegesatzverhandlungen.

Absatz 6, Ausschlussregelungen

Die finanzierbaren digitalen und technischen Lösungen dürfen die Qualität der Pflege nicht beeinträchtigen, die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen nicht einschränken und die Sicherheit der Versorgung nicht gefährden. Es bleibt unklar, wieso es diese Selbstverständlichkeit als gesetzliche Regelung benötigt. Es bleibt ebenfalls unklar, ob die Pflegekassen in der Pflegesatzverhandlung eine entsprechende Bewertung vornehmen und auf welcher konkreten Grundlage eine solche erfolgen sollte. Im Sinne der Rechtsklarheit sollte die Regelung gestrichen werden. Der Schutz der Pflegebedürftigen und die Sicherstellung der Qualität der Pflege ist u.a. durch §§ 75 und 113 bereits ausreichend geregelt.

Änderungsvorschläge

§ 113e Absatz 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Transformationsstellenanteile sind ein finanzieller Gegenwert, der aus nicht besetzten Stellenanteilen im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 resultiert und ausschließlich dazu dient, einen effizienten Personaleinsatz durch das Pflege- und Betreuungspersonal unterstützende oder entlastende technische oder digitale Systeme, ~~die in dem Katalog nach Absatz 5 enthalten sind~~, zu gewährleisten.

§ 113e Absatz 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Sofern in der Pflegesatzvereinbarung nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 für eine vollstationäre Pflegeeinrichtung eine personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart wird, die zwischen der mindestens zu vereinbarenden personellen Ausstattung im Sinne von § 113c Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 und der höchstens zu vereinbarenden personellen Ausstattung im Sinne von § 113c Absatz 1 Nummer 2 und 3 liegt, kann die Pflegeeinrichtung im Zeitraum vom 1. Januar 2028 bis zum 31. Dezember 2032 für bis zu 10 Prozent ~~dieser Stellenanteile der Menge des vereinbarten Pflege- und Betreuungspersonals~~ fiktive Transformationsstellenanteile vereinbaren. Diese sind in der Pflegesatzvereinbarung gesondert auszuweisen und gleichwertig zu regulär zu besetzender personeller Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal; insgesamt gilt als Höchstausstattung § 113c Absatz 1. Die entsprechenden Aufwendungen sind ausschließlich für die Finanzierung des Einsatzes von technischen oder digitalen Systemen nach Absatz 1 zu verwenden, ~~die in dem Katalog nach Absatz 5 enthalten sind~~. Insoweit gilt § 82 Absatz 2 nicht.

§ 113e Absatz 3 wird wie folgt geändert:

Finanziert werden kann ~~höchstens~~ der Aufwand, der sich für den jeweiligen Transformationsstellenanteil bei Anwendung des Mindestentgelts **für Pflegefachkräfte** nach der jeweils geltenden Pflegearbeitsbedingungenverordnung ergibt. Die Finanzierung kann nur erfolgen, soweit die Pflege- und Betreuungspersonal unterstützenden oder entlastenden technischen oder digitalen Systeme nicht anderweitig finanziert werden.

§ 113e Absatz 5 SGB XI wird gestrichen.

Sofern die obigen Änderungsvorschläge nicht übernommen werden, muss hilfweise nachfolgende Änderung umgesetzt werden:

§ 113e Absatz 5 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege nach § 10 wird beauftragt, erstmalig zum 30. ~~September~~ **Juni** 2027 einen Katalog von technischen oder digitalen Systemen zu erstellen und zu veröffentlichen, deren unterstützende oder entlastende Wirkung auf das Pflege- und Betreuungspersonal auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse oder systematischer Praxisevaluationen nachgewiesen ist. Der Katalog ist quartalsweise

zu aktualisieren. **Unabhängig von Satz 2 sind technische oder digitale Systeme, die im Katalog nach Satz 1 zuvor aufgenommen waren auch dann weiter refinanzierungsfähig, wenn sie in der jeweiligen Pflegeeinrichtung weiterhin im Einsatz sind.** Unter Einbezug der Daten nach Absatz 4 evaluiert das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege erstmalig bis zum 30. Juni 2030 und abschließend zum 30. Juni 2033 die Auswirkungen dieser Regelung.

§ 113e Absatz 6 SGB XI wird gestrichen.

Artikel 1, Nr. 78

§ 125a SGB XI – Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege

Vorgeschlagene Neuregelung

Der bisherige § 125a SGB XI wird durch eine neue Fassung ersetzt. Da das Modellvorhaben zur Erprobung der Telepflege laut Begründung „erfolgreich durchgeführt und abgeschlossen“ ist, werden die bisherigen Absätze 1 und 2 (das Modellvorhaben samt Finanzierung) zur Rechtsbereinigung gestrichen. Der neue § 125a SGB XI beauftragt den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, bis zum 31. Dezember 2027 – im Benehmen mit den Trägerverbänden, der Digitalwirtschaft, der Gesellschaft für Telematik sowie unter Beteiligung der Pflegeberufeorganisationen u. a. – Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse der wissenschaftlich gestützten Telepflege-Erprobung für die ambulante und die stationäre Langzeitpflege zu erarbeiten.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt, dass der Entwurf die wissenschaftlich gestützte Erprobung der Telepflege als erfolgreich abgeschlossen anerkennt und den Auftrag zur Erarbeitung von Umsetzungsempfehlungen für die ambulante und stationäre Langzeitpflege beibehält. Die Telepflege ist mit dem DVPMG (2021) erprobt und wissenschaftlich begleitet worden; die Abschlussevaluation steht kurz vor der Veröffentlichung. Damit besteht bereits eine belastbare empirische Grundlage.

Der bpa gibt jedoch zu bedenken, dass der Entwurf deutlich hinter den Möglichkeiten zurückbleibt. § 125a SGB XI wird im Wesentlichen redaktionell bereinigt, ohne dass die Erprobungsergebnisse in einen verbindlichen Versorgungs- und Vergütungsrahmen überführt werden. Der Entwurf verbleibt auf der Stufe von Empfehlungen, die bis zum 31. Dezember 2027 zu erarbeiten sind; ein konkreter Zeitplan für die Überführung in die Regelversorgung, ein Leistungsanspruch oder eine Vergütungssystematik fehlen. Damit bleibt offen, wann und ob die Telepflege Teil der Regelversorgung wird.

Vor dem Hintergrund der bereits abgeschlossenen und positiv evaluierten Erprobung hält der bpa es für geboten, die Telepflege zügig in eine entlastende Regelversorgung zu überführen, statt sie auf der Empfehlungsebene zu belassen. Der bpa regt an,

- den Empfehlungsprozess nach § 125a mit einem verbindlichen Zeitplan und einem klaren Auftrag zur Überführung in den Leistungskatalog zu hinterlegen, damit die vorliegenden Erprobungsergebnisse nicht ohne praktische Wirkung bleiben
- frühzeitig eine Vergütungs- und Refinanzierungsregelung für telepflegerische Leistungen vorzusehen, damit der nachgewiesene

Entlastungseffekt ambulant wie stationär tatsächlich genutzt werden kann

- die Telepflege als ergänzendes Instrument auszugestalten, das den persönlichen Kontakt sinnvoll erweitert und nicht ersetzt

Gerade angesichts des Personalmangels sollte eine erprobte, entlastend wirkende Versorgungsform zeitnah nutzbar gemacht werden. Aus Sicht des bpa ist es nicht nachvollziehbar, eine bereits evaluierte Innovation erneut in einen mehrjährigen Empfehlungsprozess zu verlagern, anstatt sie auf dieser Grundlage unmittelbar in die Regelversorgung zu überführen.

Änderungsvorschläge

§ 125a SGB XI wird wie folgt gefasst:

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erarbeitet im **Benehmen Einvernehmen** mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene **und im Benehmen** mit geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft und mit der Gesellschaft für Telematik sowie unter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 und der oder des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege bis zum 31. Dezember **2027 2026** Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in der ambulanten und in der stationären Langzeitpflege. **Die Empfehlungen umfassen auch Aussagen zur Vergütung der Leistungen.**

II.) Weitere Änderungsvorschläge des bpa

1.) Finanzierung

Der bpa lehnt die zahlreichen Einschnitte zu Lasten der Versicherten, der Beitragszahler und der Arbeitgeber ab. Dazu zählen die Reduzierung der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige, die Verbeitragung der geringfügigen Beschäftigung („Mini-Job“) und die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Der Gesetzgeber will dadurch das drohende Defizit der Pflegeversicherung vermeiden.

Zur Stabilisierung der Pflegefinanzen und zur Sicherung der Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit der Sozialen Pflegeversicherung sollten insbesondere **versicherungsfremde Leistungen aus Steuermitteln finanziert werden**: Aufgaben, die nicht der Absicherung des Pflegerisikos dienen, wie die rentenrechtliche Sicherung pflegender Angehöriger, Ausbildungskosten oder pandemiebedingte Sonderausgaben, müssen vollständig aus Steuermitteln finanziert werden.

Zur Sicherstellung einer sachgerechten Finanzierungsverantwortung im Pflegebereich sollten folgende Maßnahmen umgesetzt werden:

Vollständige Finanzierung der Rentenbeiträge für pflegende Angehörige durch den Bund (ca. 4 Mrd. Euro): Durch die Zahlung von Rentenbeiträgen für pflegende Angehörige durch die Pflegekassen soll Sorgearbeit honoriert werden. Die Finanzierung einer rentenrechtlichen Absicherung ist allerdings für die Pflegeversicherung eine versicherungsfremde Leistung, die entsprechend – so wie dies bei den Rentenbeiträgen für Kindererziehungszeiten der Fall ist – aus Bundesmitteln zu finanzieren ist.

Ausgleich der zu Beginn der 2020er Jahre übernommenen pandemiebedingten Zusatzkosten durch den Bund (einmalig ca. 5 Mrd. Euro): Der Ausgleich ist erforderlich, damit die Pflegekassen die Mittel zurückerhalten, die sie aufgrund von gesetzlichen Vorgaben pandemiebedingt zusätzlich aufgewendet haben.

Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege durch die Krankenkassen (ca. 3 Mrd. €): Die medizinische Behandlungspflege entfällt in den Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung und ist daher ordnungspolitisch korrekt auch von dieser zu finanzieren.

Übernahme der Ausbildungskosten durch Steuermittel: Die klaren Regelungen des dualen Berufsbildungssystems zur Finanzierungsverantwortung von Ausbildungsberufen, wonach den Ländern die Finanzierung der primär schulischen Ausbildung und der primär hochschulischen Ausbildung obliegt, muss auch im Gesundheitswesen gelten. Die Länder müssen auch bei der Pflegeausbildung entsprechend ihrer Zuständigkeit die vollständigen Kosten der primär schulischen Ausbildung übernehmen. Das vermeidet die ordnungspolitisch falsche Belastung der Beitragszahlenden (205 Mio. €) und Pflegeheimbewohnenden (durchschnittlich 133 € pro Monat).

Kein Beitrag für mehr Nachhaltigkeit der Sozialen Pflegeversicherung ist die vorgesehene Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Mit ihr würde nur die ohnehin schon hohe Beitragslast noch weiter erhöht und das Solidarprinzip in der Pflegeversicherung überstrapaziert, denn schon heute beträgt der Höchstbeitrag zur Sozialen Pflegeversicherung ein Vielfaches des Mindestbeitrags – trotz identischem Versicherungsschutz. Es widerspräche auch dem Versicherungsprinzip, wenn der Zusammenhang zwischen Beiträgen und dadurch erworbenen Versicherungsschutz noch weiter ausgehöhlt würde und die Pflegeversicherungsbeiträge noch stärker den Charakter einer Sondersteuer auf Arbeit annähmen. Jede Erhöhung der Arbeitgeberkosten führt darüber hinaus unmittelbar zu einer Erhöhung der Pflegekosten.

2.) Berücksichtigung der Auslastungsquote als wesentliche Geschäftsgrundlage

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

Änderungsvorschlag:

§ 85 Absatz 7 wird wie folgt ergänzt:

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

3.) Angemessene Berücksichtigung von unternehmerischem Wagnis und der Möglichkeit der Gewinnerzielung

Durch die Möglichkeit einer angemessenen Berücksichtigung des Unternehmerrisikos wird erst die Grundlage geschaffen, dass das Risiko des Betriebs einer Pflegeeinrichtung übernommen wird. Ohne eine wirtschaftliche Perspektive ist dem unternehmerischen Handeln der Boden entzogen. Dies würde nicht nur die Existenzgrundlage der privaten, sondern auch der freigemeinnützigen Träger zerstören. Der bpa hat die Mindestanforderungen mit einer Studie für [stationäre](#) und [ambulante](#) Einrichtungen herleiten und beziffern lassen. In einem ersten Schritt müssen alle Pflegeeinrichtungen in die Lage versetzt werden, ihre Versorgungsaufträge zu erfüllen und die absehbaren Gestehungskosten inklusive der damit verbundenen Risiken finanzieren zu können, ohne absehbar Verluste zu erwirtschaften. Damit ist eine Nulllinie definiert. Für die ambulanten Dienste sind die spezifischen Risiken des Einzelleistungssystems zu berücksichtigen. Daneben und zusätzlich sind die angemessene Finanzierung des allgemeinen Unternehmerrisikos und damit die Möglichkeit der Gewinnerzielung zu vereinbaren. Nur so wird die Investitionsfähigkeit der Pflegeeinrichtungen erhalten, eine Finanzierung durch Banken ermöglicht und die Versorgung zukunftsfest und abgesichert ausgerichtet. Politische Entscheidungen dürfen künftig das Finanzierungsrisiko der pflegerischen Grundversorgung nicht erhöhen, sondern müssen dieses spürbar senken. In der Praxis wird vielfach die in der Betriebswirtschaftslehre absolut grundlegende Unterscheidung zwischen dem allgemeinen Unternehmerrisiko und konkreten betrieblich-spezifischen Einzelrisiken, die im Rahmen der Gestehungskosten zu plausibilisieren und zu berücksichtigen sind, bestritten. In der Folge wird ein Zuschlag nur für einrichtungsspezifische, substantiiert dargelegte und quantifizierbare Risiken zuerkannt, nicht aber eine Vergütung für das allgemeine Unternehmerrisiko. Hier ist eine entsprechende gesetzliche Klarstellung erforderlich.

Änderungsvorschläge:

§ 84 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

(2) Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, entsprechend den fünf Pflegegraden einzuteilen. Davon ausgehend sind bei vollstationärer Pflege nach § 43 für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln; dies gilt auch bei Änderungen der Leistungsbeträge. Die Pflegesätze müssen ~~einem~~ **dem jeweiligen** Pflegeheim ~~bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen,~~ **unter Berücksichtigung auch der betrieblich-spezifischen Einzelwagnisse** seine Aufwendungen **nach § 82c Absatz 1 bis 3 und seine bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehenden weiteren pflegesatzerheblichen Aufwendungen** zu finanzieren, ~~und~~ seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen **und eine angemessene Vergütung seines**

allgemeinen Unternehmerrisikos zu erzielen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos. **Bei der Bemessung der Vergütung des allgemeinen Unternehmerrisikos sind Ergebnisse wissenschaftlicher Studien angemessen zu berücksichtigen.** Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen. ~~Der Grundsatz der Beitragsstabilität ist zu beachten.~~ Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können die **weiteren pflegesatzerheblichen Aufwendungen nach Satz 4** Pflegesätze derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach Art und Größe und Entlohnung der Mitarbeitenden sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, angemessen berücksichtigt werden; Vergleichsdaten sind transparent darzustellen.

§ 89 Absatz 1 SGB XI wird wie folgt geändert:

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

4.) Berücksichtigung einer anlaufbedingt eingeschränkten Belegungsquote

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

Änderungsvorschlag:

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

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

5.) Erweiterung der Kompetenzen der Pflegesatzkommissionen zur Verfahrensbeschleunigung

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

Änderungsvorschläge:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Änderungsvorschläge:

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

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

Buches nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann, kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, wenn für sie ein sachlicher Grund besteht. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten nach Satz 7 oder Satz 8 jederzeit einzuhalten und sie auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen. **Die einer mit dem Leistungserbringer geschlossenen Vergütungsvereinbarung nach § 89 des Elften Buches zugrunde gelegten Personal- und Sachkosten sowie Kostensteigerungen können nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.** Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt.

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

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

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

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

des Absatzes 2 Nummer 4 entspricht, und an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b teilzunehmen; § 114 Absatz 2 des Elften Buches bleibt unberührt.

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

Bundesweit sind stationäre wie ambulante Pflegeeinrichtungen mit erheblichen Zahlungsrückständen der Kostenträger konfrontiert. In besonderem Maße betrifft dies den Bereich der Sozialhilfe. Nach einer Hochrechnung des bpa betragen aktuell die Außenstände der Sozialhilfeträger bei den Pflegeeinrichtungen über 500 Millionen Euro! Ämter gestehen offen ein, dass die Verfahren teilweise drei Jahre dauern. So lange lebt kaum jemand im Pflegeheim. Das gefährdet die Versorgung und belastet die Familien schon heute enorm.

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

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

Darüber hinaus muss die Möglichkeit des § 19 Abs. 6 SGB XII, im Fall des Todes eines versorgten Hilfeempfängers vor Bescheiderteilung die Vergütung für die erbrachten Leistungen vom Sozialhilfeträger zu fordern, auch ambulanten Diensten eingeräumt werden. § 19 Abs. 6 SGB XII begrenzt diese Möglichkeit mit der Formulierung „Leistungen für Einrichtungen“ nach Lesart des Bundessozialgerichts ausschließlich auf stationäre Leistungserbringer. Diese unterschiedliche Behandlung ambulanter und stationärer Einrichtungen wird dabei mit einer höheren Schutzwürdigkeit

stationärer Einrichtungen begründet; nur im Einzelfall würden die Kosten einer ambulanten Pflege den Umfang der Kosten stationärer Pflege erreichen. Diese Grundannahme ist, zumal nach Angleichung der ambulanten und stationären Leistungsbeträge im SGB XI, falsch. Zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen bestehen im Falle des Todes eines gepflegten Menschen keine Unterschiede, die eine ungleiche Behandlung hinsichtlich eines Zahlungsanspruches gegen den Sozialhilfeträger rechtfertigen. § 19 Abs. 6 SGB XII ist daher entsprechend anzupassen.

Änderungsvorschläge:

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

§ 77a Abs. 1 SGB XII:

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

§ 75 Abs. 6 SGB XII

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

§ 19 Abs. 6 SGB XII:

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

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

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

Änderungsvorschlag:

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

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

9.) Regelung zur Aufteilung des Finanzierungsbedarfs für Tagespflegen modifizieren

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

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

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

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

10.) Evaluierung des Pflegeberufgesetzes

Der bpa fordert eine ideologiefreie Evaluierung des gesamten Pflegeberufereformgesetzes (PflBG) und eine Diskussion über die parallele Wiedereinführung einer Altenpflegeausbildung. Aus Sicht des bpa haben sich die in das Pflegeberufereformgesetz gesetzten Hoffnungen und die Erwartungen an die eingeführte generalistische Pflegeausbildung nicht erfüllt. Untermuert wird dies u.a. durch die vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten [Statistiken zur Pflegeausbildung](#):

- Zwar ist die Anzahl der **neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge** zwischen 2024 und 2025 um 8 % gestiegen. Das darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Entwicklung in den Jahren seit 2020 insgesamt schwankt. So gab es im Jahr 2022 ein Minus von 7,3 % bei den neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen.
- Die Quote derjenigen, die ihre **Ausbildung ohne Abschluss beenden**, ist mit 33,4 % (2024) ebenfalls ein Indiz für dringenden Handlungsbedarf.
- Dass sich im Jahr 2024 von insgesamt 37.419 Absolventen gerade einmal 78 Menschen für einen vertieften Abschluss in der Altenpflege entschieden haben, zeigt, welcher Irrweg die Generalistik ist.
- Von der generalistischen Pflegeausbildung profitieren vor allen Dingen die Krankenhäuser. Das verdeutlichen folgende Zahlen:
 - Zwischen 2007 und 2024 ist die Anzahl der Pflege-Vollzeitkräfte in Krankenhäusern um 110.000 gestiegen – bei annähernd gleich gebliebener Anzahl der Fälle. Durch die Einführung des Pflegebudgets **2019 ist es bis 2024 zu Neueinstellungen von Pflegekräften im Umfang von 63.000 zusätzlichen Vollzeitstellen in den Krankenhäusern** gekommen (Quelle: Präsentation von Johannes Wolff, Abteilungsleiter Krankenhäuser beim GKV-Spitzenverband, beim DRG Forum am 19.03.2026).
 - **Zwischen 2018 und 2024 hat sich die Anzahl der Altenpflegerinnen und Altenpfleger in deutschen Krankenhäusern um 239 % erhöht** (von 4.333 auf 14.697) – die Anzahl der Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer in den Krankenhäusern stieg sogar um 246 % (von 551 auf 1.905). Insgesamt stieg die Zahl der Pflegevollkräfte in den Krankenhäusern um 17 % (von 284.377 auf 333.901); Quelle: [Bundestags-Drucksache 21/5870](#).
 - Das "Monitoring zur Umsetzung der Pflegeausbildungen" des BIBB belegt die Tendenz des Wechsels aus der Langzeitpflege in die Akutpflege: "Die Zu- und Abwanderungen sind für jede Einrichtungsart bereits saldiert. Es wird

deutlich, dass es im Jahr 2023 einen Zustrom von Pflegeheimen und Pflegediensten in Richtung Krankenhäuser in einer Größenordnung von knapp 2.000 Auszubildenden gab, der - gemessen am Umfang der Ausbildungstätigkeit von Pflegeheimen und Pflegediensten - keine vernachlässigbare Größenordnung darstellt."

Die eigenständige Altenpflegeausbildung hat vorher zehn Jahre lang unter Beweis gestellt, dass sie einen Zuwachs von insgesamt mehr als 60 Prozent produzieren konnte. Das fehlt seit Inkrafttreten der generalistischen Ausbildung schmerzlich. Deswegen darf es keine ideologischen Scheuklappen bei der Diskussion geben. Die Wiedereinführung einer eigenständigen Altenpflegeausbildung, zusätzlich zur generalistischen Pflegeausbildung, muss ernsthaft geprüft werden.