Stellungnahme
des GKV-Spitzenverbandes vom 10.06.2026

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz – PNOG)

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung 4

II. Stellungnahme 9

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) 9
Nr. 6 – § 7a Pflege-Cockpit 9
Nr. 7 – § 7b Absatz 2 Satz 1 Aufklärung und Auskunft durch die Pflegekassen 11
Nr. 8 – § 7c Pflegebegleitung 12
Nr. 8 – § 7d Angebotsstruktur und Finanzierung der Pflegebegleitung 14
Nr. 10 – § 8 Absatz 4 Gemeinsame Verantwortung 16
Nr. 11 – § 8a Absatz 4 Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung und zu deren Sicherstellung 17
Nr. 13 – § 10 Absatz 2 Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege 18
Nr. 13 – § 11 Absatz 2 Förderung von Innovation und Digitalisierung 19
Nr. 13 – § 11 Absatz 3 – 8 Förderung von Innovation und Digitalisierung 20
Nr. 13 – § 12 Absatz 1 und 2 Förderung guter Versorgung 22
Nr. 16 – § 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument 23
Nr. 18 – §18 Beauftragung der Begutachtung 24
Nr. 22 – § 18f Beirat zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung 25
Nr. 25 – § 30 Dynamisierung 26
Nr. 29 – § 35b Abtretung bei Kostenerstattung 28
Nr. 30 – § 36 Sachleistungsbudget 29
Nr. 31 – § 37 Entlastungsbudget 31
Nr. 32 – § 38 Kombination von Entlastungsbudget und Sachleistungsbudget 32
Nr. 32 – § 39 Überbrückungsbudget 33
Nr. 32 – § 39a Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen 35
Nr. 33 – § 40 Absatz 1, 2 und 3 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel 37
Nr. 41 – § 43c Leistungszuschläge 39
Nr. 42 – § 44 Absatz 1 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen 40
Nr. 44 – § 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag; 41
Nr. 44 – § 45 b Sozialraumbudget 43
Nr. 45 – § 45c Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts 45
Nr. 47 – § 46 Absatz 3 Satz 1 Pflegekassen; hier: Verwaltungskosten 46
Nr. 48 – § 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze 47
Nr. 49 – § 59b Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung 49
Nr. 50 – § 61a Beteiligungen des Bundes an Aufwendungen 50
Nr. 51 – § 61b Liquiditätshilfe 51
Nr. 52 bis 54 – § 63 bis 65 Mittelsoll 52
Nr. 56 – § 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag 54
Nr. 58 – § 75a Praktische Erprobung innovativer Konzepte 56
Nr. 60 – § 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen 58

Nr. 63 – § 88b Erstattung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege 59
Nr. 71c – § 113c Absatz 8 Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen 61
Nr. 73 – § 113e SGB XI 63
Nr. 78 – §125a Modellvorhaben zur Erprobung der Telepflege 65
Nr. 83 – § 135 Absatz 4 Zuführung der Mittel 66
Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) 67
Nr. 1 – § 55 Absatz 3b - neu Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner 67
Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 69
Nr. 2 – § 20 Absatz 1 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung 69
Nr. 3 – § 20b Absatz 3 Betriebliche Gesundheitsförderung 70
Nr. 4 – § 20c Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren 71
Nr. 5 – §25 Gesundheitsuntersuchungen 72
Nr. 6 – § 39 Absatz 1a SGB V Entlassmanagement nach Krankenhausbehandlung 73
Nr. 8 Buchstabe a – § 40 Absatz 3 Satz 2 Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation 74
Nr. 8 Buchstabe b – § 40 Absatz 3 Satz 18 Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation 75
Artikel 4 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch) 76
Nr. 1 – § 3 Versicherungspflicht der Pflegepersonen 76
Nr. 2 – § 166 Absatz 2 Beitragspflichtige Einnahmen der Pflegepersonen 77
III. Ergänzender Änderungsbedarf 78
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) 78
Nr. 4 – § 5 Absatz 3 SGB XI Prävention 78
Nr. 74 – § 115 Absätze 3 und 3a 79
Neuer § 125a Absatz 2 SGB XI 80

I. Vorbemerkung

Der vorliegende Referentenentwurf adressiert sowohl die Sicherstellung einer stabilen Finanzierung als auch die Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur der Sozialen Pflegeversicherung (SPV). Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich, dass nunmehr ein Reformvorschlag vorliegt, mit dem die bestehenden dringenden Handlungsbedarfe und insbesondere die finanzielle Stabilisierung der SPV angegangen werden sollen.

Die SPV befindet sich seit Jahren in einer finanziell prekären Lage. Im Jahr 2025 wurde die finanzielle Stabilität der SPV ausschließlich durch ein Darlehen von 500 Millionen Euro sichergestellt. Für das laufende Jahr 2026 erwartet der GKV-Spitzenverband ein Defizit von rund 1 Milliarde Euro, und dies trotz der Gewährung eines weiteren Darlehens in Höhe von 3,2 Milliarden Euro. Ohne politisches Gegensteuern besteht für das Jahr 2027 absehbar ein ungedeckter Finanzierungsbedarf von rd. 10 Milliarden Euro, einerseits zur Deckung des erwarteten Defizits (rd. 7 Mrd. Euro) und andererseits zur zwingend erforderlichen Aufstockung der Finanzmittel (rund 3 Mrd. Euro). Diese defizitäre Entwicklung erfolgt trotz mehrfacher Anhebung der Beitragssätze durch den Gesetzgeber, im Juli 2023 um 0,35 Prozentpunkte und zuletzt im Januar 2025 noch einmal um 0,2 Prozentpunkte auf inzwischen 3,6 Prozent.

Zudem werden Pflegebedürftige und ihre Angehörigen seit langem durch stark steigende Eigenleistungen belastet. Dies zeigt sich im stationären Bereich durch die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Eigenanteile an den pflegebedingten Kosten sowie der Unterbringung. Im Ergebnis steigt damit unaufhaltsam die Zahl derer, die auf Hilfe zur Pflege (SGB XII) angewiesen sind.

Befördert durch die demografische Entwicklung trifft ein steigender Versorgungsbedarf auf ein stagnierendes Versorgungsangebot. Dabei wird bereits heute der Großteil der Pflege in Deutschland in der eigenen Häuslichkeit durch An- und Zugehörige erbracht, vielfach ohne jegliche pflegefachliche Unterstützung. Pflegepersonen sind dabei häufig hohen körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Es bedarf also auch relevanter Entlastungen im ambulanten Bereich und einer Stärkung der häuslichen Pflege. Angesichts des demografischen Wandels, der das Verhältnis zwischen Pflegebedürftigen und professionell und familiär Pflegenden weiter vergrößern wird, ist es geboten, präventive Ansätze zu stärken und auszubauen, um Pflegebedürftigkeit gar nicht erst entstehen zu lassen oder zumindest hinauszuzögern. Auch digitaler und technischer Fortschritt kann dabei helfen, die Pflege in Deutschland zukunftsfest zu machen.

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf werden zwar wichtige Weichenstellungen zur Systemstabilisierung, zur Präventionsstärkung und strukturelle Veränderungen in der Versorgung vorgenommen. Allerdings bleibt er in der Belastungswirkung unausgeglichen und geht einseitig zulasten von Pflegebedürftigen und Beitragszahlenden der SPV. Insbesondere kommen Bund und Länder ihren Finanzverpflichtungen in keiner Weise nach.

Richtige Maßnahmen zur Systemstabilisierung

Der vorliegende Referentenentwurf verfolgt das Anliegen, die finanzielle Stabilität des Gesamtsystems SPV und die Zahlungsfähigkeit der einzelnen Pflegekassen zu sichern. Dafür ist eine vom GKV-Spitzenverband geforderte adäquate Bundesgarantie äquivalent zu den Regelungen in den anderen Sozialversicherungszweigen vorgesehen. Außerdem soll die Ausgabendeckungsquote eingegrenzt werden. Diese Zielsetzung der Systemstabilisierung begrüßt der GKV-Spitzenverband ausdrücklich. Dies ist eine notwendige, aber leider nicht hinreichende Maßnahme zur finanziellen Stabilisierung der SPV.

Beitragssatzerhöhung durch die Hintertür

Durch die vorliegenden Maßnahmen ist das Ziel, 2027 ohne Beitragssatzerhöhung in der SPV auszukommen, voraussichtlich zu erreichen. Allerdings nur auf Kosten erheblicher Belastungen für Pflegebedürftige und Beitragszahlende. Versicherte und Arbeitgeber werden jährlich jeweils mit mindestens zwei Milliarden Euro zusätzlich belastet. Dies entspricht der Wirkung nach einer Beitragssatzerhöhung von 0,2 Beitragssatzpunkten, ohne dass dies in der Sozialabgabenquote ersichtlich wird. Negative Auswirkungen auf Wachstum, Beschäftigung und verminderte Nettoentgelte sind aber vergleichbar möglich, nur mit anderen sektoralen Konzentrationen (Minijobs, Beschäftigte und Selbständige mit beitragspflichtigen Einnahmen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze). Eine Anhebung der Jahresbeitragsbemessungsgrenze um deutlich mehr als 11.000 Euro schafft zudem vermehrte Anreize zum Wechsel in die PKV, was die GKV und SPV schwächen wird. Die großen Herausforderungen, vor denen die Pflegeversicherung steht, fordern eine gemeinsame Kraftanstrengung. In diesem Sinne lässt der vorliegende Referentenentwurf eine Ausgewogenheit der Lastenverteilung deutlich vermissen, da Bund und Länder weiterhin nicht zur Übernahme ihrer originären finanziellen Verantwortungen verpflichtet werden. Damit wird das Ziel, eine langfristig nachhaltige und faire Finanzierung in der SPV zu etablieren, verfehlt.

Gesamtgesellschaftliche Aufgaben weiterhin durch Beiträge finanziert

Die SPV ist auch deshalb in finanzieller Schieflage, weil der Bund seiner finanziellen Verantwortung für gesamtgesellschaftliche Leistungen nicht nachkommt. So ist er der SPV bislang den Ausgleich für Ausgaben während der Coronapandemie schuldig geblieben, die aus Steuergeldern hätten finanziert werden müssen. Eine Rückzahlung der rund 5,2 Milliarden Euro ist dringend geboten und würde zur kurzfristigen Stabilisierung der Pflegeversicherung wesentlich beitragen. Dass der vorliegende Referentenentwurf diese Rückzahlung erneut nicht vorsieht, ist beklagenswert.

Die SPV trägt darüber hinaus die Kosten für die Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige, die als gesamtgesellschaftliche Aufgabe ebenfalls vom Bund finanziert werden müssten. Eine entsprechende Übernahme würde die Beitragszahlenden in der Pflegeversicherung im Jahr 2027 um rund 5,9 Milliarden Euro jährlich entlasten. Stattdessen sieht der vorliegende Entwurf eine Reduktion der Zahlungen und damit der Rentenpunkte der pflegenden Angehörigen vor. Das geht sowohl in Bezug auf die Unterstützung der Angehörigenpflege als auch sozialpolitisch in die falsche Richtung. Zum einen ist die Angehörigenpflege ein wichtiger Grundpfeiler der Pflege in Deutschland, der nicht geschwächt werden darf. Zum anderen darf Angehörigenpflege das Risiko der Altersarmut nicht noch weiter erhöhen.

Entlastung der Pflegebedürftigen bleibt aus

Die schwarz-rote Koalition hat sich in ihrem Koalitionsvertrag darauf verständigt, die Eigenanteile in der Pflege wirksam zu begrenzen. Im vorliegenden Referentenentwurf werden stattdessen die erst 2020 eingeführten Zuschüsse zu den pflegebedingten Eigenanteilen in der stationären Pflege wieder reduziert. Somit steigt die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen noch stärker an, was absehbar einen vermehrten Bezug der Hilfe zur Pflege zur Folge haben wird.

Um stationär versorgte Pflegebedürftige zu entlasten, müssen öffentliche Mittel endlich entsprechend der Verantwortung der staatlichen Akteure eingesetzt werden. So könnte die sachgerechte Übernahme der Investitionskosten durch die Bundesländer Pflegeheimbewohnende um durchschnittlich 500 Euro pro Monat entlasten. Auch eine Übernahme der Ausbildungskosten durch die öffentliche Hand ist ordnungspolitisch dringend erforderlich und würde zu einer weiteren finanziellen Entlastung nicht nur der Pflegebedürftigen, sondern auch von Kranken- und Pflegekassen führen. Ausbildung ist Ländersache! Eine nachhaltig stabile Finanzierung der SPV muss die Verantwortlichkeiten auch auf der Finanzseite klar zuteilen und darf nicht weiter so ausgestaltet sein, dass gesamtgesellschaftliche Aufgaben durch Beiträge und Eigenanteile quersubventioniert werden.

Nicht nachvollziehbar ist, dass bei der vorgesehenen Steigerung der Leistungsbeträge im Jahr 2028 ein Inflationsausgleich für zwei zurückliegende Jahre ausbleiben soll. Die neue Bezugsgröße führt damit zu einer basiswirksamen und somit dauerhaften Entwertung der Pflegeleistungen: Allein im Jahr 2028 wird im vorliegenden Entwurf eine Einsparung von 4,05 Mrd. Euro erwartet, die in vollem Umfang zulasten aller Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen geht; dies widerspricht der politischen Zielrichtung, die Pflegebedürftigen finanziell nicht höher zu belasten oder gar ihre Eigenanteile zu senken. Konsequent ist hingegen die geplante jährliche Dynamisierung der Leistungsbeträge, die schneller für einen Inflationsausgleich und damit für mehr Planungssicherheit für Pflegebedürftige und deren Angehörige sorgt. Dies wiegt die mit dem Referentenentwurf vorgesehenen Belastungen allerdings nicht auf.

Angemessene Nachjustierung der Bewertung von Pflegebedürftigkeit

Bei der Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes, der 2017 mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz eingeführt wurde, wurden die Schwellenwerte zwischen den neugestalteten Pflegegraden entgegen damaligen wissenschaftlichen Empfehlungen unter politischen Erwägungen festgelegt. Infolge ist die Pflegeprävalenz stark gestiegen und die Anzahl von Leistungsbeziehenden in der SPV hat sich seit der Reform auf mittlerweile über 6 Millionen knapp verdoppelt. Angesichts dieser vom Gesetzgeber nicht intendierten Entwicklung ist eine Anpassung der Schwellenwerte und der Bewertungssystematik an die damals gemachten wissenschaftlichen Empfehlungen nachvollziehbar. Durch eine Anpassung ausschließlich bei den unteren Pflegegraden wird der Fokus wieder stärker auf besonders schwer Pflegebedürftige mit dem größten Unterstützungsbedarf gerichtet. Das ist zu begrüßen.

Flexibilisierung der Leistungsansprüche

Der hohe Ausdifferenzierungsgrad von Pflegeleistungen wird von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen häufig als zu komplex wahrgenommen. Der Referentenentwurf sieht die Umgestaltung der bisherigen Leistungen in vier neue Budgets vor, wodurch die Leistungsstruktur vereinfacht werden

soll. Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel werden in die Budgets integriert, was unnötige Bürokratie für die Betroffenen abbaut und missbräuchliche Versorgungspraktiken mit vorkonfigurierten Pflegeboxen beendet. Der GKV-Spitzenverband zweifelt jedoch an, dass die Umgestaltung in Budgets kostenneutral erfolgen kann, wie im Referentenentwurf angenommen. Auch eine größere Zielgenauigkeit der Leistungen ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht unbedingt zu erwarten. Die Ausweitung der nachweisfreien Nutzung von Leistungen widerspricht darüber hinaus dem Anliegen, den Einsatz von Beitragsmitteln zielgenauer zu gestalten.

Pflegebegleitung zur Unterstützung von Pflege durch An- und Zugehörige

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf soll ein neuer Leistungsanspruch auf Pflegebegleitung eingeführt werden. Gerade zu Beginn einer Pflegebedürftigkeit muss die pflegerische Versorgung organisiert und stabilisiert werden. Hierfür können die fachliche Begleitung und Unterstützung eine gute Grundlage sein. Auch die Präventionsorientierung der Pflegebegleitung ist zu begrüßen. Die vorgesehene Fokussierung der Leistungen auf die Inanspruchnahme der Pflegebegleitung und Unterstützung zu Beginn der Pflegebedürftigkeit und bei erstmaliger Einstufung in höhere Pflegegrad ist zielführend. Die Pflegebegleitung kann zu einer besseren Versorgungsqualität gerade bei Personen, die zuhause ausschließlich von An- und Zugehörigen ohne Nutzung von professionellen Pflegeangeboten gepflegt werden, führen. Voraussetzung ist dabei allerdings, dass ein entsprechendes Angebot tatsächlich aufgebaut werden kann. Den Pflegekassen ist deshalb hinreichend Flexibilität beim Aufbau der Strukturen einzuräumen und Planungssicherheit zu geben. Zu berücksichtigen ist, dass die gesetzlich vorgesehene umfangreiche Ausgestaltung der Pflegebegleitung im Zusammenhang mit der erforderlichen organisatorischen Umstrukturierung nicht im Einklang mit der vorgesehenen Reduzierung der Verwaltungskosten steht. Die Opt-In-Regelung für Kommunen ist in diesem Sinne nicht förderlich, so birgt diese unter anderem die Gefahr des Aufbaus von Doppelstrukturen.

Gute Schritte für mehr Digitalisierung

Auch in der Pflege ist die Digitalisierung ein zentraler Hebel für eine moderne, unbürokratische Versorgung mit großem Potenzial, das möglichst ausgeschöpft werden sollte. Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich, die hierfür im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen. Pflegeeinrichtungen brauchen weiterhin Unterstützung dabei, die technischen und qualifikationsbezogenen Voraussetzungen für die Digitalisierung von Abläufen zu schaffen. Diese Aufgabe muss gesamtgesellschaftlich erbracht werden, deshalb ist die vorgesehene Förderung durch Bundesmittel aus dem Investitionsfonds Infrastruktur und Klimaneutralität angemessen. Auch die Verstetigung des beim GKV-Spitzenverbandes angesiedelten Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege ist begrüßenswert. Es verfolgt das Ziel, die Digitalisierung in der Pflegepraxis voranzutreiben und die Kompetenzen der Pflegekräfte und Pflegeberatenden sowie der Pflegebedürftigen und deren An- und Zugehörigen im Umgang mit digitalen Technologien zu stärken. So prüft und bewertet es laufend innovative Lösungen und digitale Entwicklungen und unterstützt die Praxis zum Beispiel mittels Schulungsunterlagen bei der Umsetzung von Digitalisierungsvorhaben.

Prävention stärken

Eine Stärkung von Prävention und geriatrischer Rehabilitation kann Pflegebedürftigkeit verhindern oder hinauszögern und zu gesundem und selbstbestimmten Altern beitragen. Der GKV-Spitzenverband

begrüßt daher das Anliegen des vorliegenden Referentenentwurfes, präventive und rehabilitative Ansätze im SGB XI Bereich auszubauen und ein präventivorientiertes Leistungsangebot für über 60-jährige im SGB V zu verankern.

Die Kranken- und Pflegekassen tragen durch ihr Engagement bereits heute in großem Maß dazu bei, der Prävention einen stärkeren Stellenwert zu geben. Aber die Verantwortung für Prävention geht über den Wirkungsbereich der Kranken- und Pflegekassen hinaus. Prävention ist eine Querschnittsaufgabe, die in allen gesellschaftlichen Bereichen zu verorten ist. Im Sinne des „Health in all Policies"-Ansatzes sind alle Akteure gefordert, ihr finanzielles Engagement zu intensivieren.

Für gesundes Altern benötigen Menschen Angebote in ihrem direkten Wohnumfeld. Kommunen haben dabei eine Schlüsselrolle. Sie können Lebens- und Begegnungsräume schaffen, die zur Förderung von Gesundheit, Mobilität und Selbstständigkeit im Alter beitragen. Prävention gelingt, wenn Menschen bereits frühzeitig in der nachberuflichen Lebensphase sowie zu Beginn einer Pflegebedürftigkeit oder bei niedrigen Pflegegraden erreicht und unterstützt werden, um gesundheitliche Ressourcen zu stärken, soziale Teilhabe aufrechtzuerhalten und bis ins hohe Lebensalter zu ermöglichen. Dafür braucht es gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen wie eine altersgerechte Infrastruktur sowie Transparenz über die vielfältigen Angebote aller Akteure.

Der GKV-Spitzenverband fordert für die Stärkung von Prävention von und bei Pflegebedürftigkeit, dass auch Bund, Länder und Kommunen verbindliche – auch finanzielle – Beiträge zur Prävention leisten und den Öffentlichen Gesundheitsdienst als zentralen Akteur der Gesundheitsförderung weiter stärken.

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

II. Stellungnahme

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 – § 7a Pflege-Cockpit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen eröffnen für jede bei ihnen versicherte pflegebedürftige Person jeweils einen einheitlichen digitalen Zugang zu allgemeinen und individuellen Informationen zur Pflegeversicherung, zur Organisation der Pflege und zu bestehenden Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige und Pflegepersonen sowie zur Kommunikation zwischen Pflegekasse und Versicherten (Pflege-Cockpit). Die Pflegekassen sollen ihren Versicherten zudem bereits vor Feststellung einer Pflegebedürftigkeit einen digitalen Zugang zu Informationen insbesondere zu Präventionsmöglichkeiten und -angeboten und zu allgemeinen Informationen zur Pflegeversicherung sowie zu den Voraussetzungen der Stellung eines Antrags auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit zur Verfügung stellen. Die Pflegekassen haben ihren Versicherten den digitalen Zugang zu den Informationen und Funktionen des Pflege-Cockpits gemäß Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 bis 7 spätestens bis zum 1. Juli 2028 zu eröffnen. Die weiteren Funktionen sind spätestens bis zum 1. Januar 2030 bereitzustellen

B) Stellungnahme

Absatz 1: Eine stärkere Digitalisierung im Bereich der Information und Kommunikation mit den Versicherten wird begrüßt. Über allgemeine Informationen zur Pflegeversicherung informieren die Pflegekassen auf ihren Internetseiten oder über entsprechende Apps bereits heute. Viele der Pflegekassen haben sich darüber hinaus bereits auf den Weg gemacht und Portale eingerichtet, welche unter anderem den vorgesehenen Funktionen eines Pflege-Cockpits entsprechen, zum Beispiel die Übersicht zu bereits in Anspruch genommenen Leistungen. Dabei wird bereits auf eine zielgruppenspezifische, verständliche Ansprache geachtet.

Bei der Ausgestaltung des vorgesehenen Pflege-Cockpits sollte den Pflegekassen daher Spielraum gegeben werden, damit vorhandene und gut funktionierende digitale Lösungen nicht eingeschränkt oder angepasst werden müssen. Einige Pflegekassen setzen bei allen Vorteilen der Digitalisierung bewusst auch weiterhin auf den persönlichen Kontakt zu den Versicherten und ihren Angehörigen, da mit einer verstärkten Digitalisierung zum Teil auch eine größere Anonymität verbunden ist. Die verschiedenen Kontaktmöglichkeiten sollten sich daher auch in Zukunft sinnvoll ergänzen.

Aufgrund der landesspezifisch geregelten Aufsichten für den Datenschutz wird eine datenschutzkonforme Umsetzung insbesondere für bundesweit aufgestellte Pflegekassen eine Herausforderung. Da der Zugriff auf die vorgesehenen Informationen für Pflegebedürftige und deren Angehörige vorgesehen ist, ist ein sicheres Management der Rollen von Nutzern und Nutzerinnen erforderlich.

Absatz 2: Die Bereitstellung eines Zugangs zum Pflege-Cockpit soll für pflegebedürftige Personen verpflichtend sein. Nach Absatz 2 sollen auch Personen vor der Feststellung einer Pflegebedürftigkeit

einen digitalen Zugang zu Informationen zu Präventionsangeboten, zu allgemeinen Informationen zur Pflegeversicherung und zur Antragsstellung erhalten. Die Verknüpfung mit dem Pflege-Cockpit bleibt unklar, da somit der digitale Zugang allen versicherten Personen zur Verfügung stehen müsste – unabhängig von der Feststellung einer Pflegebedürftigkeit.

Absatz 3: Einem geplanten Start zum 1. Januar 2028 stehen erhebliche Entwicklungsarbeiten entgegen, die erst nach Inkrafttreten des Gesetzes starten können. Ein erweiterter Zeitrahmen würde die Qualität sichern und Umsetzungsrisiken deutlich minimieren.

C) Änderungsvorschlag

Siehe Stellungnahme.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7 – § 7b Absatz 2 Satz 1 Aufklärung und Auskunft durch die Pflegekassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird bestimmt, dass Pflegekassen die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, nicht mehr lediglich zu informieren, sondern sie darüber hinaus individuell zu beraten haben.

B) Stellungnahme

Gemäß der Gesetzesbegründung handelt es sich hinsichtlich der Änderungen in § 7b (NEU, vormals § 7 SGB XI) um eine redaktionelle Folgeänderung. Jedoch wird Absatz 2 Satz 1 inhaltlich dahingehend geändert, dass die Pflegekassen die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, in für sie verständlicherweise nunmehr individuell zu beraten statt lediglich zu „informieren“. Eine individuelle Beratung unterscheidet sich sowohl inhaltlich als auch zeitlich von einer Information. Fraglich ist, was eine individuelle Beratung zu den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen nach § 7b beinhaltet, wie umfangreich eine solche Beratung auszugestalten ist und vor allem, wie sich diese individuelle Beratung von einzelnen Aufgabenbereichen einer Pflegebegleitperson nach § 7c Absatz 2 (NEU) abgrenzt. Auch die Pflegebegleitperson unterstützt bereits heute in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, z. B. bei der Suche, Inanspruchnahme und Organisation von unterstützenden passenden Angeboten, Hilfen und Sozialleistungen. Der Aufbau von Doppelstrukturen in der Beratung ist zu vermeiden und die bestehenden Ansprüche für Versicherte / bestimmte Personengruppe sind klar zu definieren.

C) Änderungsvorschlag

Satz 1 bleibt in seiner bisherigen Fassung unverändert bestehen: „Die Pflegekassen haben die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, in für sie verständlicher Weise zu informieren […]“.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 – § 7c Pflegebegleitung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll ein neuer Anspruch für Pflegebedürftige aller Pflegegrade in häuslicher Pflege auf präventionsorientierte, fachliche Begleitung und Unterstützung in der Pflege (sog. Pflegebegleitung) zum 1. Januar 2028 geschaffen werden. Die bislang zur Verfügung stehende Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI sowie die Schulung in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen nach § 45 Absatz 1 Satz 3 SGB XI werden in der neuen Regelung in modifizierter Form aufgegriffen. Die Verantwortung für die Durchführung liegt bei den Pflegekassen. Diese sollen mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammenarbeiten und sind zudem verpflichtet, die regionalen Vernetzungsstrukturen zu fördern. Alternativ kann die Pflegebegleitung von den Kommunen übernommen werden.

B) Stellungnahme

Das Ziel des neu ausgestalteten Anspruchs pflegebedürftiger Personen auf die Pflegebegleitung, die gesundheitliche und pflegerische Situation pflegebedürftiger Menschen zu verbessern, ihre Selbstständigkeit zu erhalten, pflegende An- und Zugehörige zu unterstützen und zu entlasten sowie die häusliche Pflegesituation durch ein stabiles Versorgungsarrangement nachhaltig aufrechtzuerhalten, entspricht dem Ziel des bisher geltenden Anspruchs auf eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und wird begrüßt. Begrüßt wird auch, dass der Anspruch ausdrücklich auch für An- und Zugehörige gilt.

Zu Absatz 4: Die Regelung in Absatz 4, dass sich Pflegebedürftige und ihre pflegenden An- und Zugehörigen unabhängig von Absatz 3 an die Pflegebegleitperson wenden können, ist eine unkonkrete, nicht sachgerechte Regelung und wird daher abgelehnt. Absatz 3 regelt, dass die Pflegekasse der pflegebedürftigen Person einen konkreten Termin für eine Pflegebegleitung anzubieten hat und dass die Pflegebegleitperson und die pflegebedürftige Person weitere Termine vereinbaren können. Dass sich die Pflegebedürftigen und ihre pflegenden An- und Zugehörigen nach Absatz 4 unabhängig davon an die Pflegebegleitperson wenden können, lässt zum Beispiel die Frage offen, wann genau sie sich an die Pflegebegleitperson unabhängig von den weiteren vereinbarten Terminen wenden können und inwiefern die Pflegebegleitperson unabhängig von den vereinbarten Terminen verfügbar sein soll. Gemäß der Gesetzesbegründung soll dies immer dann sein, wenn Begleit- oder Unterstützungsbedarf besteht; bei pflegerischen Akutsituationen begrenzt auf „tagsüber an Werktagen“. Eine während der Arbeitszeiten stetig zu gewährleistende Verfügbarkeit der Pflegebegleitperson erscheint praktisch nicht umsetzbar. Die Regelung in Absatz 3, dass bei Bedarf weitere Termine vereinbart werden, ist ausreichend.

Zu Absatz 5: Die gesetzlich genannten Aufgaben der Pflegebegleitperson im Rahmen eines Fallmanagements und im Rahmen der Pflegebegleitung werden nicht eindeutig voneinander abgegrenzt. Insofern ist fraglich, welche Aufgaben die Pflegebegleitperson insbesondere im Rahmen des Fallmanagements in Abgrenzung zur Pflegebegleitung übernehmen soll:

Gemäß der gesetzlichen Ausgestaltung des Fallmanagements soll die Pflegebegleitperson insbesondere unterstützend bei der rechtskreisübergreifenden Beantragung von in Betracht kommenden

Sozialleistungen sowie der Suche nach und der Inanspruchnahme von passenden Angeboten sowie bei der Suche, Inanspruchnahme und Organisation weiterer unterstützender Angebote und Hilfen tätig werden.

Gemäß der gesetzlichen Ausgestaltung der Aufgaben der Pflegebegleitung (ohne Fallmanagement), soll die pflegebegleitende Person ein stabiles Versorgungsarrangement unter Berücksichtigung erforderlicher Sozialleistungen und gesundheitsfördernder, präventiver, kurativer, rehabilitativer oder sonstiger medizinischer sowie pflegerischer und sozialer Hilfe gestalten und die Umsetzung begleiten. Dies umfasst dem Sinn und Zweck nach auch die Suche, Inanspruchnahme und Organisation von nach/von Angeboten und Leistungen.

Da die im Gesetz genannten Aufgaben im Rahmen eines Fallmanagements nach Absatz 5 demnach bereits von den Aufgaben nach Absatz 2 erfasst sind, bietet die Aufzählung in Absatz 5 (siehe Nummer 1 und 2) keine Abgrenzung und benennt keine neuen Aufgaben für ein Fallmanagement. Die Aufzählung kann daher gestrichen werden.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 4 wird gestrichen.

In Absatz 5 wird Satz 3 Nr. 1 und 2 gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 – § 7d Angebotsstruktur und Finanzierung der Pflegebegleitung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach Absatz 1 Satz 1 wird die originäre Verantwortung für die Durchführung der Pflegebegleitung vorbehaltlich der Absätze 4 und 5 den Pflegekassen übertragen. Sie haben die Pflegebegleitung zum bestmöglichen Nutzen ihrer Versicherten sicherzustellen. Pflegekassen werden nach Absatz 1 Satz 2 verpflichtet, mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammenzuarbeiten. Darüber hinaus sind die Pflegekassen verpflichtet, die regionalen Vernetzungsstrukturen zu fördern. Die Umsetzung dieser Vorgaben erfolgt nach Absatz 1 Satz 3 über Vereinbarungen zwischen den Pflegekassen. Die Vereinbarungen beziehen sich einerseits auf eine bundesweite und kassenartenübergreifende Organisation der Pflegebegleitung. Andererseits müssen sich die Pflegekassen auf einen Verantwortlichen für das Gebiet jedes Kreises und jeder kreisfreien Stadt verständigen. Nach Absatz 1 Satz 5 können sich die Pflegekassen auch darauf verständigen, die Pflegebegleitung ganz oder teilweise auf Dritte zu übertragen. Um die Pflegebegleitung durchführen zu können, müssen die Pflegekassen entsprechend qualifizierte Pflegebegleitpersonen einsetzen. Zu der erforderlichen Anzahl, der Qualifikation sowie der Fortbildung der Pflegebegleitpersonen hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 30. Juni 2027 Empfehlungen abzugeben.

Die zur Finanzierung der Pflegebegleitung nach § 7c erforderlichen Mittel berechnen sich anhand von 146 Euro je pflegebedürftiger Person in häuslicher Pflege mit Wohnsitz in dem jeweiligen Kreis bzw. in der jeweiligen kreisfreien Stadt.

B) Stellungnahme

Zu Absatz 1: Die Regelung übernimmt inhaltlich den bisherigen § 7a Absatz 8, der die Organisationsstruktur nunmehr der Pflegebegleitung (vormals der Pflegeberatung) regelt. Der maßgebliche Unterschied liegt darin, dass die von den Pflegekassen zu treffenden Vereinbarungen zur kassenartenübergreifenden Organisation und zur Abstimmung und Zuordnung der Beratungsstrukturen zu bestimmten Einzugsbereichen nun obligatorisch zu treffen sind. Im Sinne der Weiterentwicklung der Pflegeberatungsstrukturen und einer besseren Vernetzung ist dies grundsätzlich sachgerecht. Abgelehnt wird jedoch die verpflichtende Regelung zur kassenartenübergreifenden Organisation und die Benennung eines Verantwortlichen für das Gebiet jedes Kreises und jeder kreisfreien Stadt. Einzelheiten zur Umsetzung der Organisationsstrukturen der Pflegebegleitung sind vielmehr durch die Pflegekassen festzulegen.

Zu Absatz 3: Fraglich ist die Berechnung des für die Pflegebegleitung zur Verfügung stehenden Betrages in Höhe von 146 Euro unter Berücksichtigung der bisherigen Ausgaben für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI.

Zu Absatz 4, 5 und 6: Nach Absatz 1 können die Pflegekassen die Aufgaben an Dritte übertragen. Hierunter fallen auch die Kommunen. Ein hingegen einseitiger Automatismus, wonach auf Verlangen der Kommunen die Pflegekassen die Durchführung der Pflegebegleitung an diese abzugeben haben, ist jedoch abzulehnen. Es sollte den Pflegekassen obliegen zu entscheiden, ob sie die Begleitung selbst durchführen oder delegieren. Den Pflegekassen ist hinreichend Flexibilität beim Aufbau der Strukturen

einzuräumen und Planungssicherheit zu geben. Die Opt-In-Regelung für Kommunen ist in diesem Sinne nicht förderlich und deshalb zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 1 Satz 3, 2. wird gestrichen.

Der in Absatz 3 festgelegte Betrag in Höhe von 146 Euro pro pflegebedürftiger Person ist entsprechend zu überprüfen.

Die Absätze 4 – 6 sind zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 10 – § 8 Absatz 4 Gemeinsame Verantwortung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, dass die Pflegekassen ihnen zur Verfügung stehende nicht personenbezogene Versorgungsdaten zur Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation regelmäßig den zuständigen Gebietskörperschaften zur Unterstützung bei ihren Aufgaben nach § 9 bereitstellen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen errichtet dazu bis zum 31. Oktober 2028 eine digitale Datenplattform.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung um die Errichtung einer digitalen Datenplattform zur Bereitstellung von Daten für die Gebietskörperschaften zur Unterstützung bei ihren Aufgaben nach § 9 und die Regelungen zur Finanzierung werden begrüßt. Die Pflegestrukturplanung und -evaluation dieser obliegt jedoch den Ländern und ist landesrechtlich auszugestalten. Die im Entwurf enthaltenen Ergänzungen des § 8a Abs. 4 und 4a SGB XI schärfen diese Verantwortung nochmals. Eine bundesweite Empfehlung zu Indikatoren und zum Turnus von Evaluationen unter Einbindung des GKV-Spitzenverbands ist damit nicht zielführend. Ebenso regelt der Entwurf die Finanzierung der Datenbereitstellung über den Ausgleichfonds, so dass auch eine Vereinbarung zur Finanzierung obsolet ist. Satz 3 ist in diesem Sinne zu bereinigen.

Nach Satz 1 bezieht sich die Datenbereitstellung der Kassen aktuell nicht auf die digitale Datenplattform beim GKV-Spitzenverband. Es besteht daher aktuell keine Verpflichtung der Pflegekassen, die Daten über den GKV-Spitzenverband und die digitale Plattform bereitzustellen. Dies ist in Satz 1 zu ergänzen.

C) Änderungsvorschlag

Satz 1 ist wie folgt zu ändern:

„Die Pflegekassen stellen über eine digitale Datenplattform beim GKV-Spitzenverband ihnen zur Verfügung stehende nicht personenbezogene Versorgungsdaten zur Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation regelmäßig den zuständigen Gebietskörperschaften zur Unterstützung bei ihren Aufgaben nach § 9 bereit.“

Satz 3 ist wie folgt zu ändern:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Länder und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene vereinbaren unter Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe Empfehlungen zu Umfang und Struktur der Daten und zur Datenaufbereitung.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 – § 8a Absatz 4 Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung und zu deren Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung bzw. für die Feststellung einer Fehl-, Unter- oder Überversorgung über landesrechtliche Vorgaben können in den Empfehlungen zur Pflegestrukturplanung bestimmte Indikatoren (insbesondere Wartezeiten, Anzahl der Pflegeeinrichtungen, Qualität der Pflegeleistungen) herangezogen werden, und zwar unter Berücksichtigung der Eigenverantwortung (§ 4), der gemeinsamen Verantwortung (§ 8 Absatz 1 und 2), der Aufgaben der Länder (§ 9) sowie der Aufgaben und des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen (§§ 7 und 69).

B) Stellungnahme

Bei der Feststellung einer Unterversorgung im Sinne einer zahlenmäßig nicht ausreichenden pflegerischen Infrastruktur ist es nicht angezeigt, die Eigenverantwortung der Versicherten sowie die Aufgaben und den Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen miteinzubeziehen.

Die Aufforderung in § 4, nach der Versicherte unter anderem durch gesundheitsbewusstes Verhalten und Mitwirkung an medizinischen und rehabilitativen Maßnahmen dazu beitragen sollen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, ist kein Faktor für die Bedarfsplanung von pflegerischen Angeboten und damit unerheblich für die Feststellung einer pflegerischen Unterversorgung.

Die Aufgaben und der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen nach §§ 7 und 69 beziehen sich auf die individuelle Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der jeweils versicherten Person und nicht auf die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Dies ist Aufgabe der Länder nach § 9.

C) Änderungsvorschlag

§ 8a Absatz 4 Satz 2 ist wie folgt zu fassen: „Soweit landesrechtlich geregelt, sind dabei Indikatoren für eine Feststellung von Unterversorgung auf Ebene der Landkreise oder der kreisfreien Städte als Grundlage einer Pflegestrukturplanungsempfehlung unter Berücksichtigung der gemeinsamen Verantwortung (§ 8 Absatz 1 und 2) und der Aufgaben der Länder (§ 9) zu bestimmen.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13 – § 10 Absatz 2 Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden jährlich zwei Mio. Euro für die Durchführung der Aufgaben des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege zur Verfügung gestellt.

B) Stellungnahme

Die Verstetigung des Kompetenzzentrums für Digitalisierung und Pflege wird ausdrücklich begrüßt.

Das beabsichtigte jährliche Budget von 2 Mio. Euro berücksichtigt jedoch nicht, dass das Kompetenzzentrum in seinen aktuell umzusetzenden Arbeitspaketen bereits vertragliche Verpflichtungen eingegangen ist, mit denen es bereits 2026 über 2 Mio. Euro an Ausgaben erreicht. Darüber hinaus nennt das Gesetz zusätzliche umfangreiche Aufträge, woraus sich für das Kompetenzzentrum ein jährlicher voraussichtlicher Mindestbedarf von etwa 3 Mio. Euro ergibt.

C) Änderungsvorschlag

§ 10 Absatz 2 Satz 1 wird durch folgende Sätze 1 und 2 ersetzt:

„Aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden ab dem 1. Januar 2028 jährlich drei Millionen Euro für die Durchführung der Aufgaben des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege zur Verfügung gestellt. Bis zum 31. Dezember 2027 stehen die nicht verbrauchten Mittel aus dem § 125b SGB XI in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung zur Verfügung.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13 – § 11 Absatz 2 Förderung von Innovation und Digitalisierung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 10 Mio. Euro im Kalenderjahr Modellvorhaben für eine Erprobung telefonischer und digital gestützter Angebote zur bedarfsgerechten Steuerung in pflegerischen Akutsituationen durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren.

B) Stellungnahme

Die neugeschaffene Fördermöglichkeit ist sehr zu begrüßen. Damit bleibt jedoch unberücksichtigt, wie die ggf. erforderliche unterstützende pflegerische Versorgung in Akutsituationen in der Praxis gewährleitet werden kann. Aus dem vorgesehenen Fördervolumen sollten daher auch Modellvorhaben zur Weiterentwicklung von Versorgungsmodellen für pflegerische Akutsituationen ermöglicht werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 11 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann aus Mitteln des Ausgleichsfonds nach § 65 mit 10 Millionen Euro im Kalenderjahr Modellvorhaben für eine Erprobung telefonischer und digital gestützter Angebote zur bedarfsgerechten Steuerung in pflegerischen Akutsituationen (Pflegenottelefon) sowie für praktische Erprobungen von Versorgungsmodellen zur Weiterentwicklung der Versorgung in pflegerischen Akutsituationen durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13 – § 11 Absatz 3 – 8 Förderung von Innovation und Digitalisierung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der bereits bislang bestehenden Förderung der Digitalisierung in Pflegeeinrichtungen sollen neben Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie Schulungen zu digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften in der Langzeitpflege nun auch ausdrücklich Schulungen zum sachgerechten Umgang mit künstlicher Intelligenz in der Langzeitpflege förderfähig werden.

Aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität sollen 1,6 Mrd. Euro im Zeitraum 2027 bis 2031 zur Verfügung gestellt werden, um die Potentiale der Digitalisierung – insbesondere Entlastung des Pflegepersonals und Steigerung der Pflegequalität – in der Pflege zu heben. Das Geld soll zugelassenen ambulanten und teilstationären Pflegeeinrichtungen vorbehalten sein. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung sollen das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung aus dem Ausgleichsfonds der Pflegekassen vereinbaren. Die Förderung kann bei der zuständigen Pflegekasse beantragt werden. Förderfähig sind Maßnahmen, die den aufgeführten Punkten in Absatz 5 zugeordnet werden können.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen regelt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und den Verbänden der Leistungserbringer auf Bundesebene im Rahmen einer Richtlinie das Nähere. Einmal jährlich, möglichst im 1. Quartal des Jahres übermittelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesministerium für Gesundheit einen Bericht über die Verwendung der Mittel des Vorjahrs.

B) Stellungnahme

Die Förderprogramme für die Digitalisierung von Pflegeeinrichtungen nach den Absätzen 3 und 4 richten sich ausschließlich an ambulante und teilstationäre Pflegeeinrichtungen. Der Ausschluss von vollstationären Pflegeeinrichtungen wird mit der neu vorgesehenen Möglichkeit zur Vereinbarung von sogenannten Transformationsstellen nach § 113e begründet. Das ist nicht sachgerecht. Während in ambulanten und teilstationären Einrichtungen die Digitalisierung über den beitragsfinanzierten Ausgleichsfonds bzw. über Steuermittel refinanziert wird, wird sie im stationären Setting über steigende Pflegesätze bzw. Eigenanteile und damit durch die Pflegebedürftigen finanziert.

Zu Absatz 3: § 11 Absatz 3 SGB XI regelt die Förderung der Digitalisierung in Pflegeeinrichtung, die bisher gesetzlich von § 8 Absatz 8 SGB XI erfasst war. Die Erweiterung des Förderzwecks „Schulungen zum sachgerechten Umgang mit künstlicher Intelligenz in der Langzeitpflege“ wird aufgrund der Bedeutung und des Potenzials eines sachgerechten Einsatzes von KI begrüßt. Ferner wird geregelt, dass der GKV-Spitzenverband die Richtlinien zur Förderung der Digitalisierung bis zum 31. März 2027 beschließt. Es wird davon ausgegangen, dass die bereits bestehenden Richtlinien hinsichtlich des neuen Förderzwecks anzupassen sind.

Zu Absatz 4 und 5: Das Förderprogramm für die Digitalisierung der Pflege aus Finanzmitteln des Sondervermögens des Bundes für Infrastruktur und Klimaneutralität wird ausdrücklich begrüßt. Die Beschränkung auf ambulante und teilstationäre Pflegeeinrichtungen wird abgelehnt.

Der Regelungsgehalt des neuen Förderprogramms sollte zudem präzisiert werden. Klarzustellen ist, dass es sich bei den in Absatz 4 Satz 2 genannten digitale Pflegeanwendungen nicht um solche nach § 40a SGB XI handelt, auf die nur Pflegebedürftige und An- und Zugehörige im häuslichen Versorgungssetting einen Anspruch haben. Zum anderen regelt Absatz 5 die insbesondere in Betracht kommenden förderfähigen Maßnahmen (Nr. 1 bis 6), die grundsätzlich inhaltlich bereits von der Digitalisierungsförderung im Rahmen des Absatzes 3 erfasst sind. Doppelförderung ist grundsätzlich auszuschließen.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

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

Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Zur Verbesserung der Pflegequalität und Entlastung des Pflegepersonals wird aus Finanzmitteln des Sondervermögens des Bundes für Infrastruktur und Klimaneutralität ein Förderprogramm für zugelassene Pflegeeinrichtungen eingerichtet."

Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Förderung nach Absatz 4 kann von zugelassenen Pflegeeinrichtungen bei der für die Auszahlung zuständigen Pflegekasse beantragt werden."

In Absatz 5 sind zudem, um eine Doppelförderung auszuschließen, die genannten förderfähigen Maßnahmen durch Maßnahmen zu ersetzen, für die eine Digitalisierungsförderung nach Absatz 3 nicht in Betracht kommt.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13 – § 12 Absatz 1 und 2 Förderung guter Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll eine Konkretisierung erfolgen, dass die Kooperationsaufwendungen für die Pflegeeinrichtungen sowie die Personalaufwendungen für qualifizierte Pflegefachpersonen, die für die Zwecke der Erprobung in der Pflegeeinrichtung als Bindeglied zwischen Hochschule und Pflegeeinrichtung fungieren, aus den Fördervolumen des jeweiligen Modellprogramms (§ 11 Absatz 1 und § 12 Absatz 1) erfolgen. Laut § 12 Absatz 2 sollen Pflegeeinrichtungen mit Verträgen nach § 75a innovative Konzepte in der pflegerischen Versorgung außerhalb von Modellvorhaben nach Absatz 1 oder nach § 11 Absatz 1 praktisch erproben können. Dabei sollen die Sätze 1 bis 3 des § 12 Absatz 2 entsprechend gelten.

B) Stellungnahme

Die Konkretisierung, dass Kooperationsaufwendungen geltend gemacht werden, ist zu begrüßen. Eine gesonderte Regelung zur Möglichkeit, Personal nach Maßgaben von § 12 Absatz 2 auch im Rahmen von Modellvorhaben nach § 11 Absatz 1 zu finanzieren, ist nicht erforderlich. Bereits jetzt kann entsprechendes Personal in Übereinstimmung mit den Fördergrundsätzen im derzeitigen Modellprogramm nach § 8 Absatz 3 finanziert werden.

Die Anwendung der Sätze 1 bis 3 des § 12 Absatz 2 auch für Verträge nach § 75a SGB XI ist hingegen nicht sachgerecht. Die konkreten Anforderungen im Rahmen der Modellprogramme beziehen sich auf festgelegte Kriterien wie z. B. Fördergrundsätze. Die Vorhaben nach § 11 Absatz 1 und § 12 Absatz 2 und die geplanten Vorhaben nach § 75a unterscheiden sich demnach in ihrer Vorgehensweise, der konkreten inhaltlichen Umsetzung, der Finanzierungsgrundlage sowie den Anforderungen der Evaluation. Ein Rückgriff auf die Regelungen und Finanzmittel der Modellprogramme außerhalb des Modellkontextes wird abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

12 Abs 2 Satz 1: Der Satzteil „sowie nach § 11 Absatz 1“ ist zu streichen.

Streichung von § 12 Absatz 2 Satz 4: „Soweit Pflegeeinrichtungen mit Verträgen nach § 75a innovative Konzepte in der pflegerischen Versorgung außerhalb von Modellvorhaben nach Absatz 1 oder nach § 11 Absatz 1 praktisch erproben, gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16 – § 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehen Änderung wird der Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung an den Empfehlungen des Expertenbeirats aus dem Jahre 2013 ausgerichtet.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Änderung kann nachvollzogen werden und geht auf die Ergebnisse der vom GKV-Spitzenverband beauftragten Studie zur Entwicklung der Pflegeprävalenzen und des Begutachtungsinstrumentes zurück, welche durch das IGES-Institut durchgeführt wurde. In der Studie wurde unter anderem festgestellt, dass der Anstieg nicht nur auf die demografische Entwicklung einer alternden Gesellschaft zurückzuführen ist. Vielmehr wurden Pflegeleistungen vermehrt von durchschnittlich jüngeren und weniger stark beeinträchtigten Personen beantragt und in Anspruch genommen. Dementsprechend steigt auch die durchschnittliche Dauer, in der Menschen Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen. Die Entscheidung des Gesetzgebers, bei der Reform der Pflegeversicherung 2017 (Pflegestärkungsgesetz II) von den Empfehlungen des Expertenbeirats abzuweichen, um die Schwelle des Zugangs zur Pflegeversicherung abzusenken, begünstigt diese Entwicklungen.

Als Gründe für die steigenden Antragszahlen wurden auch gesellschaftliche Veränderungen festgestellt, zum Beispiel eine bessere Informiertheit der Bevölkerung über die Leistungen der Pflegeversicherung und eine Entstigmatisierung von Pflegebedürftigkeit. Aufgrund dieser gesellschaftlichen Entwicklung und der demografischen Entwicklung ist weiterhin von einer hohen Anzahl von Anträgen auf Leistungen der Pflegeversicherung auszugehen. Auch zukünftig muss sichergestellt werden, dass diejenigen die erforderliche Unterstützung erhalten, die besonders auf Unterstützung angewiesen sind und dass das System der Pflegeversicherung finanzierbar bleibt.

§ 15 Abs. 8 SGB XI kann gestrichen werden. Der Termin zur Abgabe des Berichtes liegt vor dem Inkrafttreten des Gesetzes, sodass dieser Absatz entfallen kann.

C) Änderungsvorschlag

Streichung von § 15 Absatz 8 SGB XI.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18 – §18 Beauftragung der Begutachtung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Medizinische Dienst Bund soll in seinen Begutachtungs-Richtlinien ein geeignetes Verfahren zur Beratung in Situationen offensichtlich fehlender Pflegebedürftigkeit entwickeln, das punktuell greift und dem Antragstellenden eine realistische Einschätzung zu den Erfolgsaussichten seines Antrags vermittelt. Die Maßnahme dient dem Ziel, Begutachtungskapazitäten effizient dort einzusetzen, wo diese im Sinne des tatsächlichen Bedarfs und der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung benötigt werden. Das individuelle Recht auf eine Begutachtung der Versicherten bleibt dabei unangetastet.

B) Stellungnahme

Dass der Medizinische Dienst Bund in den Begutachtungs-Richtlinien festlegen soll, auf welche Weise und welche Stelle im Wege einer Evidenzkontrolle den tatsächlichen Bedarf einer Begutachtung zu erfragen hat und die antragsstellende Person über die Erfolgsaussichten berät, ist nicht sachgerecht. Bei der Annahme der Anträge auf Pflegeleistungen und ggf. der Weiterleitung eines Auftrages zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit handelt es sich um eine Aufgabe und ein Verfahren bei den Pflegekassen. Die Medizinischen Dienste sind hier nicht involviert und haben keine Verantwortung. Es wird daher abgelehnt, dass der Medizinische Dienst Bund in den Richtlinien, bei denen der GKV-Spitzenverband lediglich ins Benehmen zu setzen ist, Vorgaben für dieses Verfahren festlegen soll. Dies gilt sowohl für die Weise, auf die diese Evidenzkontrolle durchzuführen ist, als auch für die Stelle, welche hierfür verantwortlich ist. Es ist abzulehnen, dass der MD Bund Dritte damit beauftragen kann, mit denen die Pflegekassen dann zur Kooperation verpflichtet wären. Hierdurch würden zusätzliche Abstimmungsprozesse und bürokratische Aufwände entstehen.

Die Effekte der beabsichtigten Neuregelung sind derzeit weitgehend spekulativ. So sind weder die angenommenen ressourcenbezogenen Effekte (bspw. Antragsvolumen), noch die vermuteten Auswirkungen auf die tatsächliche Leistungsbewilligung empirisch untersucht worden. Daher sollten zunächst im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie Akzeptanz und Wirkungen der beabsichtigten Regelung abgeschätzt werden, um auf dieser Grundlage eine evidenzbasierte Entscheidung zu dauerhaften Regelungen im Sozialgesetzbuch treffen zu können.

Im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3 SGB XI befindet sich ein wissenschaftliches Förderprojekt in der Antragstellung, das sich mit einem empirischen Modell der Berechnung von Wahrscheinlichkeiten für die erfolgreiche Beantragung von Pflegegraden beschäftigt. Es sollten zumindest dessen Ergebnisse abgewartet werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung des § 18 hinsichtlich der Evidenzkontrolle und der Beratung zu den Erfolgsaussichten eines Antrags ist zu streichen. Stattdessen ist der GKV-Spitzenverband mit der Durchführung eines entsprechenden Projekts zu beauftragen, die aus Mitteln des § 11 Absatz 1 finanziert werden kann.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 – § 18f Beirat zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Beim Medizinischen Dienst Bund soll ein Beirat zur wissenschaftlich fundierten und bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Instrumente und des Verfahrens zur Bestimmung des leistungsberechtigten Personenkreises der sozialen Pflegeversicherung. Er soll sich aus sieben Mitgliedern zusammensetzen, davon

- fünf Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft,
- eine Vertreterin oder ein Vertreter des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen,
- eine Vertreterin oder ein Vertreter der Medizinischen Dienste.

Der Beirat hat die Aufgabe, den Medizinischen Dienst Bund so-wie das Bundesministerium für Gesundheit zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung zu beraten und entsprechende Empfehlungen zu geben, sowie dem Medizinischen Dienst Bund konkrete Vorschläge zur Umsetzung der genannten Empfehlungen in seinen Richtlinien und dem Bundesministerium für Gesundheit konkrete Vorschläge zur gesetzlichen Umsetzung der genannten Empfehlungen zu unterbreiten.

B) Stellungnahme

Die Einrichtung eines kontinuierlich arbeitenden Beirats zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung wird grundsätzlich begrüßt. Die vorgesehene Regelung entspricht einer Empfehlung der vom GKV-Spitzenverband beauftragten IGES-Studie zur Entwicklung der Pflegeprävalenzen und zum Weiterentwicklungsbedarf des Begutachtungsinstrumentes, die Zugangsvoraussetzungen regelmäßig zu überprüfen.

Die Verankerung des Beirats und einer entsprechenden Geschäftsstelle beim MD Bund ist jedoch nicht sachgerecht. Der Beirat beschäftigt sich maßgeblich mit dem sozialrechtlichen Zugang zu Pflegeleistungen der sozialen Pflegeversicherung und sollte insofern beim GKV-Spitzenverband angesiedelt werden.

C) Änderungsvorschlag

Der Paragraf ist dahingehend zu ändern, dass der Beirat beim GKV-Spitzenverband eingerichtet wird.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25 – § 30 Dynamisierung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Zahlbeträge der Leistungen der Pflegeversicherung sollen ab dem Jahr 2028 jährlich jeweils zum 1. Juli in Höhe des arithmetischen Mittels der Kerninflationsrate der drei vorangegangenen Kalenderjahre, nicht jedoch stärker als der durchschnittliche Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum steigen. Die in § 30 bereits zum 1. Januar 2028 auf Basis der kumulierten Kerninflation beziehungsweise der allgemeinen Bruttolohnentwicklung der letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahre vorgesehene Erhöhung wird angepasst durch einen Verzicht auf den Ausgleich für die Jahre 2024 und 2025.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung, die Leistungsbeträge ab dem 1. Juli 2028 jährlich um die durchschnittliche Kerninflationsrate der letzten Jahre zu steigern, bildet die zwischenzeitlich erfolgten tatsächlichen Preisentwicklungen nicht ab und bedeutet eine Unterschreitung der bestehenden gesetzlichen Normierung zulasten der Pflegebedürftigen.

§ 30 sieht in seiner aktuell geltenden Fassung neben der bereits erfolgten Erhöhung der Leistungen zum 1. Januar 2025 eine weitere Erhöhung der Leistungen zum 1. Januar 2028 auf Basis der kumulierten Kerninflation beziehungsweise der allgemeinen Bruttolohnentwicklung der letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahre vor, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen. Dies würde dazu führen, dass ein Inflationsausgleich für die Jahre 2024, 2025 und 2026 stattfinden würde.

Mit der Neuregelung wird auf einen Inflationsausgleich für die Jahre 2024 und 2025 verzichtet. Die neue Bezugsgröße führt damit zu einer Entwertung der Pflegeleistungen. Im Referentenentwurf sind die entsprechenden Minderausgaben für die Pflegeversicherung allein im Jahr 2028 mit 4,05 Milliarden Euro beziffert. Die ausgewiesene Einsparung geht damit in vollem Umfang zulasten aller Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Dies widerspricht der politischen Zielrichtung, die Pflegebedürftigen finanziell nicht höher zu belasten bzw. ihre Eigenanteile zu senken.

Die mit der Neuregelung vorgesehene regelmäßige jährliche Dynamisierung wird dagegen begrüßt. Diese erhöht die Planungssicherheit für Pflegebedürftige und deren Angehörige. Eine entsprechende Regelung sollte ab dem Jahre 2029 gelten. Für das Jahr 2028 ist die aktuell gültige Regelung beizubehalten.

C) Änderungsvorschlag

§ 30 Absatz 1 ist wie folgt zu fassen:

„Die im Vierten Kapitel dieses Buches benannten Beträge für die Leistungen der Pflegeversicherung steigen zum 1. Januar 2028 in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen, nicht jedoch stärker als der Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum. Ab dem Jahr 2029 steigen die entsprechend Satz 1 gesteigerten Beträge jährlich

jeweils zum 1. Juli in Höhe des arithmetischen Mittels der Kerninflationsrate der drei vorangegangenen Kalenderjahre, nicht jedoch stärker als der durchschnittliche Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum."

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29 – § 35b Abtretung bei Kostenerstattung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll ein niedrigschwelliges formalisiertes Anzeigeverfahren für Kostenerstattungsansprüche geschaffen werden. Anbieter sollen den Nachweis Ihrer Anspruchsberechtigung nicht bei jeder Abrechnung erneut einreichen müssen, sondern die Abtretung soll einmalig durch den Pflegebedürftigen angezeigt werden. Die Anzeige soll schriftlich oder elektronisch erfolgen können; eine (fern)mündliche Anzeige ist hingegen ausgeschlossen. Zum Inhalt der Anzeige werden einheitliche Mindestvorgaben geschaffen, Außerdem ist eine Anzeigepflicht der Pflegekasse gegenüber den Pflegebedürftigen hinsichtlich der Zahlung an den Abtretungsempfänger, der Höhe der Zahlung und der Höhe des verbleibenden Anspruchs des Pflegebedürftigen vorgesehen.

B) Stellungnahme

Um ein einheitliches Verfahren zur Anzeige einer Kostenabtretungserklärung im Fall der Kostenerstattung zu etablieren, ist die vorgesehene Regelung des § 35b SGB XI nachvollziehbar. Das Verfahren könnte im Vergleich zur aktuellen Praxis unbürokratischer werden. Bei den Zuschüssen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nach § 40 Absatz 4 SGB XI handelt es sich aber um Leistungen, die in der Regel einmalig und damit nicht regelmäßig in Anspruch genommen werden. Die Einführung eines Anzeigeverfahrens bei dieser Leistung erscheint somit eher bürokratisch.

Das gesamte Abrechnungsverfahren würde eher vereinfacht werden, insbesondere auch für die pflegebedürftige Person, wenn die Abrechnung in § 40b SGB XI und § 45b SGB XI nicht als Kostenerstattungsverfahren, sondern als Sachleistungsverfahren ausgestaltet wird. Pflegebedürftige Personen müssen entweder erst in Vorleistung gehen, was zunächst zu einer finanziellen Belastung führt oder sie müssen das vorgesehene Verfahren durchführen. Für die Leistungserbringer und Pflegekassen wäre ein gesetzlich verankertes Abrechnungsverfahren in Form der Sachleistungsabrechnung einfacher.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen. Stattdessen ist in §§ 40b SGB XI und 45b SGB XI anstelle des Kostenerstattungsverfahrens die Leistung als Sachleistung auszugestalten.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 30 – § 36 Sachleistungsbudget

A) Beabsichtigte Neuregelung

Leistungen der Verhinderungspflege, die bisher in § 39 geregelt waren, können künftig über das Sachleistungsbudget nach § 36, das Entlastungsbudget nach § 37 oder das Sozialraumbudget nach § 45b bezogen werden.

B) Stellungnahme

Vorgesehen ist die Ausgestaltung eines Pflegesachleistungsbudgets durch die Zusammenlegung von Leistungsansprüchen der Pflegesachleistungen und Teilen der Verhinderungspflege und der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel. Der Wegfall der bisherigen Beantragung der jeweiligen Leistungen kann zu einer Vereinfachung und Entbürokratisierung beim Pflegebedürftigen führen.

Die Regelung kann nachvollzogen werden, auch wenn in gewisser Weise unklar bleibt, ob durch die Bildung eines Pflegesachleistungsbudgets die Komplexität der Leistungsinanspruchnahme verringert wird. Die individuelle bedarfsgerechte Ausgestaltung der Versorgung muss wie bisher geplant werden. Durch die Zusammenlegung von Leistungen steht einerseits eine höhere flexible Inanspruchnahme zur Verfügung, andererseits erfordert dies aber ein höheres Maß an selbstverantwortlicher Planung der Verwendung der Leistungen in den Grenzen des zur Verfügung stehenden Budgets. Dies zeigt sich insbesondere bei einer Versorgung der pflegebedürftigen Person bei Verhinderung der Pflegeperson. Für den Verhinderungszeitraum werden mit hoher Wahrscheinlichkeit zusätzlich umfangreichere Pflegesachleistungen in Anspruch genommen werden müssen. Sofern die pflegebedürftige Person die Pflegesachleistungen bereits weitgehend verplant hat, so stellt der Verhinderungszeitraum eine gesonderte Belastung dar, die nicht in jedem Fall über das neu vorgesehene Überbrückungsbudget in Anspruch genommen werden kann. Auch wenn ein Budget gebildet wird, so entfallen damit nicht die einzelnen Leistungen an sich. Zugleich bleibt auch ein Großteil der bisherigen Leistungen als eigenständige Leistungen bestehen. Es sollen sogar noch neue Leistungen hinzukommen. Es müssen auch weiterhin erforderliche und geeignete Versorgungsangebote gefunden und vertraglich vereinbart werden.

Die vorgesehene Aufhebung der Verhinderungspflege als eigenständige Leistung im Rahmen des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a SGB XI wird grundsätzlich begrüßt. In der Praxis zeigt sich, dass die Verhinderungspflege ein hohes Missbrauchspotential bietet. Künftig ist die Inanspruchnahme von Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson im Rahmen des Pflegesachleistungsbetrags an die Bedingungen nach Absatz 4 gekoppelt.

Die Bündelung einzelner Leistungen in einem Budget verringert jedoch die Zielgenauigkeit des Systems. Alle Pflegebedürftigen erhalten unabhängig ihres Bedarfs ein höheres Pflegesachleistungsbudget. Dies wird insbesondere diejenigen treffen, die bisher die Leistungen der Verhinderungspflege zweckbindend eingesetzt haben. Es ist davon auszugehen, dass Personen, die bisher keine Verhinderungspflege benötigten, den additiven Leistungsanspruch in den Entlastungsbetrag – also die nachweisfreie Geldleistung – umwandeln. Die Ausgabenneutralität der gesetzlichen Änderung ist vor diesem Hintergrund kritisch zu beobachten. Die neuen Leistungsbezüge sind auf Basis der heutigen

Inanspruchnahmen ermittelt. Verhaltensänderungen mit Blick auf die Wahl von Sach-, Entlastungs-, Überbrückungsbudget und deren Kombination sind dabei nicht berücksichtigt.

In der Gesamtschau überzeugt die Abwägung der Effekte nicht. Einer abnehmenden Zielgenauigkeit und höheren Ausgaben steht eine mögliche Vereinfachung des „Leistungsdschungel“ entgegen. Da die Pflegebegleitung parallel gestärkt wird und weiterhin eine große Relevanz haben wird, ist fraglich ist, ob dafür Budgets erforderlich sind.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 31 – § 37 Entlastungsbudget

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Pflegegeld soll zukünftig durch ein Entlastungsbudget ersetzt werden, dessen Leistungsbeträge höher sind als diejenigen, die bisher für das Pflegegeld zur Verfügung standen. Pflegebedürftige können damit künftig in größerem Umfang als bisher die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung selbst sicherstellen. Es kann insbesondere eingesetzt werden in Situationen der geplanten Abwesenheit einer Pflegeperson, in denen bisher Ersatzpflege nach § 39 gewährt wurde und für die Anschaffung von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln. Das Entlastungsbudget beträgt für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3 nach erstmaliger Feststellung eines Pflegegrades für die Dauer von drei Monaten die Hälfte des Betrages nach Absatz 1. Stattdessen soll die Inanspruchnahme der neuen Pflegebegleitung nach § 7c beziehungsweise die zusätzlichen Beratungsmöglichkeiten nach § 37 Absatz 3 an die Stelle des hälftigen Entlastungsbudgets rücken.

B) Stellungnahme

Zu den Wirkungen der Einführung des Sach- und Entlastungsbudgets ist in §36 SGB XI Stellung genommen. Mit Blick auf die avisierte kostenneutrale Umsetzung der Budgets ist die befristete hälftige Zahlung des Entlastungsbudgets in den ersten drei Monaten der Pflegebedürftigkeit zu Gunsten einer intensivierten Beratung zielführend und zu begrüßen. Ebenso ist die die Beibehaltung des Beratungsbesuchs in der Häuslichkeit zu begrüßen und sachgerecht. Es muss gewährleistet werden, dass das Entlastungsbudget zweckgebunden für die Sicherstellung der häuslichen Versorgung der pflegebedürftigen Person verwendet wird. Insbesondere Geldleistungen bergen ein hohes Potential an Missbrauch in sich.

Die Durchführung des Beratungsbesuchs durch die Pflegebegleitung nach § 7c Abs. 6 SGB XI ab 1. Januar 2028 ist sachgerecht. Damit werden nach Einführung der Pflegebegleitung keine Doppelstrukturen der Beratung aufrechterhalten. Zugleich wird die inhaltliche Ausgestaltung des Beratungsbesuchs nach § 7c Abs. 6 SGB XI begrüßt. Diese sieht anders als bisher ein konkretes Vorgehen mit entsprechenden Sanktionsmöglichkeiten bei nicht sichergestellter Pflege vor, um einerseits die Pflegesituation zu verbessern und andererseits eine mangelnde Mitwirkung der pflegebedürftigen Person zu sanktionieren. In diesem Zusammenhang ist es folgerichtig, dass der Informationsaustausch zwischen der Beratungsperson und der Pflegekasse bei nicht sichergestellter Pflege gemäß § 7c Abs. 7 auch ohne Einverständnis der pflegebedürftigen Person erfolgen kann.

Der im Vorfeld der Einführung der Pflegebegleitung nach § 7c (neu) zum 1. Januar 2028 vorgesehene Anspruch auf zwei Beratungen in den ersten drei Monaten nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades ist sachgerecht. Gerade zu Beginn einer festgestellten Pflegebedürftigkeit und damit dem erstmaligen Bezug von Leistungen nach dem SGB XI besteht in der Regel ein erhöhter Beratungs- und Unterstützungsbedarf. Anders als Bezieher des Pflegesachleistungsbudgets wird mit dem Entlastungsbudgets die Pflege eigenständig sichergestellt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 32 – § 38 Kombination von Entlastungsbudget und Sachleistungsbudget

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, dass es auch künftig möglich sein soll, Sach- und Geldleistungen individuell zu kombinieren.

B) Stellungnahme

Es ist sachgerecht, dass an der bisherigen Kombinationsleistung zur Inanspruchnahme sowohl von Sachleistungen in Form des Pflegesachleistungsbudgets als auch Geldleistungen in Form des Entlastungsbudgets festgehalten wird, um so die flexible Inanspruchnahme beider Budgets zu ermöglichen. Wie bisher ist vorgesehen, dass die pflegebedürftige Person an der Entscheidung, in welchem Verhältnis sie das Pflegesachleistungsbudgets und das Entlastungsbudgets in Anspruch nimmt, für die Dauer von sechs Monaten gebunden ist. In diesem Zusammenhang wird nochmals auf die Stellungnahme zu § 36 und § 37 hingewiesen, wonach die Bildung von Budgets unter anderem bei einer erforderlichen Verhinderungspflege weiterhin zu einer Komplexität der Leistungen führt. Der Regelung des § 38 nach wäre die pflegebedürftige Person an dem festgelegten Verhältnis des Pflegesachleistungs- und Entlastungsbudgets auch in Monaten mit abweichenden Versorgungssituationen gebunden. In diesem Kontext wäre zu prüfen, ob an der bisherigen Regelung des § 38 Satz 2 festgehalten werden sollte.

C) Änderungsvorschlag

Siehe Stellungnahme.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 32 – § 39 Überbrückungsbudget

A) Beabsichtigte Neuregelung

Leistungen der Verhinderungspflege, die bis-her in § 39 geregelt waren, können künftig über das Sachleistungsbudget nach § 36, das Entlastungsbudget nach § 37 oder das Sozialraumbudget nach § 45b bezogen werden.

B) Stellungnahme

Angesichts der Aufhebung der bisher in § 39 geregelten Verhinderungspflege als eigenständige Leistung, die nunmehr Teil des Pflegesachleistungs- und Entlastungs- sowie Sozialraumbudgets ist, ist die Ausgestaltung eines eigenständigen Budgets zur Überbrückung von außergewöhnlichen Situationen sachgerecht. Hierdurch ist gewährleistet, dass auch in Krisen- und Notfallsituationen eine Versorgungssicherheit unabhängig von der Inanspruchnahme des monatlichen Entlastungs-, Pflegesachleistungs- oder Sozialraumbudgets besteht. Dabei wird durch die pflegegradabhängige Leistungshöhe den höheren Bedarfen von pflegebedürftigen Personen der Pflegegrade 4 und 5 Rechnung getragen. Positiv zu bewerten ist die Beibehaltung eines Anspruchs auf Leistungen zur Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege nach § 42. Damit können auch vorhersehbare Versorgungssituationen bei Abwesenheit der Pflegeperson oder auch im Falle einer Anschlussversorgung an einen Krankenhausaufenthalt oder bei nicht oder noch nicht sichergestellter Pflege überbrückt werden. Die in § 42 SGB XI vorgesehenen Änderungen sind aufgrund der Einführung eines Überbrückungsbudgets folgerichtig. Von einer gesonderten Stellungnahme zu § 42 SGB XI wird daher abgesehen.

Laut der Gesetzesbegründung zu § 39 können nicht verwendete Leistungen in das folgende Kalenderjahr übertragen werden. Eine klarstellende Regelung im Gesetz fehlt jedoch und sollte ergänzt werden.

Zu begrüßen ist, dass in Absatz 2 zur Klarstellung eine Legaldefinition hinsichtlich einer vorliegenden Akutsituation aufgeführt ist.

Durch die zweckgebundene Verwendung des Überbrückungsbudgets in Krisen- und Überbrückungssituationen in Form von Pflegesachleistungen wird eine transparente Inanspruchnahme gewährleistet und legt definierte und enge Leistungsvoraussetzungen fest. Hierdurch kann das Missbrauchspotential, welches sich in der Vergangenheit zunehmend bei der Verhinderungspflege (insbesondere durch die Ausgestaltung des Gemeinsamen Jahresbetrags) gezeigt hat, eingedämmt werden.

Anzumerken ist aber auch, dass die Möglichkeit der Inanspruchnahme des Überbrückungsbudgets stark von dem Vorhalten eines entsprechenden Überbrückungsangebots durch die in § 39a SGB XI vorgesehenen Notdienste in der ambulanten Pflege sowie ein ausreichendes Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen besteht. Schon jetzt zeigt sich insbesondere in ländlichen Regionen, dass das Angebot an ambulanten Pflegediensten und an Kurzzeitpflegeplätzen eingeschränkt ist. Insofern ist es folgerichtig, für einen Übergangszeitraum auch die Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst zuzulassen.

Nicht sachgerecht erscheint die Regelung des Absatzes 4, wonach der GKV-Spitzenverband im Internet über die regional verfügbaren Überbrückungsleistungen und die Plätze der Akut-Kurzzeitpflege informiert. Vertragspartner der Überbrückungsangebote sind die Leistungserbringer einerseits und die Pflegekassen andererseits. Es ist davon auszugehen, dass entsprechende Verträge mit bereits zugelassenen ambulanten Pflegediensten und Kurzzeitpflegeeinrichtungen abgeschlossen werden. Der GKV-Spitzenverband ist nicht Vertragspartner und verfügt daher nicht über die Kenntnisse regional verfügbarer Überbrückungsangebote. Hierzu müsste ein Austausch mit den jeweiligen Verbänden der Kassenarten auf Landes- bzw. Bundesebene erfolgen. Zugleich stellen schon heute alle Kassenarten entsprechende Pflegeportale mit den regionalen Versorgungsangeboten den Versicherten zur Verfügung. Um Synergieeffekte zu nutzen und keine Doppelstrukturen aufzubauen, sollte die Information über das Überbrückungsbudget wie bisher über die Informationsportale der Pflegekassen erfolgen. Der Absatz ist daher zu streichen.

Die Schaffung eines in Absatz 5 geregelten Übergangszeitraums, in dem das Überbrückungsbudget in Akutsituationen auch von ambulanten Pflege- oder Betreuungsnotdiensten in Anspruch genommen werden kann ist nachvollziehbar. Eine zeitliche Begrenzung und Überprüfung der Notwendigkeit eines Notdienstes ist sachgerecht, um eine missbräuchliche Nutzung des Überbrückungsbudgets in Akutsituationen zu verhindern.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1 wird nach Satz 4 folgender Satz 5 eingefügt: „Nicht verwendete Leistungen nach Satz 2 können einmalig in das Folgejahr übertragen werden“

Absatz 4 ist zu streichen. Der Absatz 5 wird Absatz 4.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 32 – § 39a Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Unterstützung bei pflegerischen Akutsituationen sollen Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 ab dem 1. Januar 2028 einen Anspruch auf Pflegesachleistungen in Akutsituationen. Pflegesachleistungen in Akutsituationen sollen schnell und unbürokratisch durch professionelle Dienstleister erbracht werden, welche einen entsprechenden Auftrag zur Übernahme der Akutversorgung in der jeweiligen Region mit den Landesverbänden der Pflegekassen vertraglich erhalten haben. Anders als bei der Erbringung von klassischen Pflegesachleistungen durch zugelassene Pflege- oder Betreuungsdienste, bedarf es bei der Erbringung von Pflegesachleistungen in Akutsituationen keines Abschlusses eines Pflegevertrages nach § 120 SGB XI. Pflegesachleistungen in Akutsituationen umfassen sowohl die körperbezogenen Pflegemaßnahmen als auch pflegerische Betreuungsmaßnahmen. Ziel der Leistung ist es, dass die Pflege der pflegebedürftigen Person auch bei einem Akutereignis in der eigenen Häuslichkeit vorübergehend sichergestellt wird. Der Bezug von Pflegesachleistung in Akutsituationen ist deshalb in der Regel auf die Dauer des Vorliegens der Akutsituationen beschränkt. Dauert die Inanspruchnahme der Leistung länger als drei Kalendertage an, so soll die Pflegebegleitung nach § 7c in Wohnortnähe die pflegebedürftige Person sowie deren An- und Zugehörige bei der weiteren Organisation der häuslichen Pflege unterstützen.

B) Stellungnahme

Die Einführung einer Versorgung in Akutsituationen durch ein Überbrückungsbudget ist nachvollziehbar. Vor allem pflegebedürftige Personen, deren Versorgung durch pflegende An- und Zugehörige erbracht wird und die keine Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen, stehen in einer unvorhersehbaren Akut- und Notfallsituation vor der Aufgabe, die Versorgung anderweitig sicherzustellen. In diesen Fällen besteht eine Handlungsdringlichkeit. Die Akut- und Notfallsituation ist in dem unerwarteten Ausfall der Hauptpflegeperson begründet, so dass diese kurzfristig keine anderweitige Versorgung organisieren kann. Für die pflegebedürftige Person und für die An- und Zugehörigen ist eine unbürokratische und schnelle Versorgung erforderlich.

Die Inanspruchnahme des Überbrückungsbudgets setzt ein Angebot an ambulanten bzw. betreuerischen Notdiensten voraus. Wie bereits in der Stellungnahme zu § 39 hingewiesen, zeigt sich insbesondere in ländlichen Räumen im Vergleich zu städtischen Regionen ein eingeschränktes Angebot an ambulanter Pflege. Bei dem Notdienst wird es sich voraussichtlich um ein zusätzliches Angebot zu der Regelversorgung eines ambulanten Pflegedienstes handeln, so dass zusätzliches Personal vorzuhalten ist.

Absatz 3 sieht zwar auf den ersten Blick eine bürokratiearme Leistungsinanspruchnahme vor. Dies gilt zumindest für die ersten drei Kalendertage. Dauert die Inanspruchnahme der Leistungen nach § 39a länger als drei Kalendertage an, so ist die Pflegebegleitung nach § 7c zur Einschätzung der weiteren Erforderlichkeit der Akutversorgung einzuholen und der zuständigen Pflegekasse zu übermitteln. Dieses Verfahren erscheint jedoch deutlich bürokratischer als es der Gesetzgeber in der Begründung darstellt und es ist fraglich, ob die regelhafte Hinzuziehung der Pflegebegleitung nach drei kalendertagen organisatorisch umsetzbar ist. Zudem setzt dieses Vorgehen voraus, dass entsprechende Pflegebegleitungen auch kurzfristig verfügbar und hinzuziehbar sind. Um ein

einheitliches Vorgehen in der Beurteilung der Erforderlichkeit der Leistungsinanspruchnahme zu § 39a zu gewährleisten, sind die in Absatz 4 vorgesehenen Richtlinien zwingend erforderlich.

Es wird zudem davon ausgegangen, dass ambulante Betreuungsdienste nur zur Erbringung pflegerischen Betreuungsmaßnahmen eingeschaltet werden. Andernfalls wäre die Übernahme von körperbezogenen Pflegemaßnahmen durch ambulante Betreuungsdienste nicht zulässig. Damit stellt sich unweigerlich die Frage, wer in der Akutsituation über den Einsatz eines ambulanten Betreuungs- oder Pflegenotdienstes entscheidet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 33 – § 40 Absatz 1, 2 und 3 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die beabsichtigten Änderungen in § 40 Absatz 1, 2 und 3 SGB XI soll die Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln aus den Regelungen für einen eigenständigen Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln in § 40 SGB XI herausgenommen und in die ebenfalls in dem Gesetzentwurf vorgesehenen Sachleistungsbudgets nach § 36 SGB XI und Entlastungsbudgets nach § 37 SGB XI integriert werden.

In § 40 Absatz 1 SGB XI wird daher klargestellt, dass zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel von dem in Satz 1 dieser Vorschrift geregelten eigenständigen Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln ausgenommen sind. § 40 Absatz 2 SGB XI, der bislang nähere Regelungen zur Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln enthält, soll dementsprechend gestrichen werden. In Absatz 3 Satz 4 ist als sich hieraus ergebende Folgeänderung eine Streichung der Angabe „mit Ausnahme der Pflegehilfsmittel nach Absatz 2“ vorgesehen.

Ausweislich der Gesetzesbegründung dient die Neuregelung dazu, aufwändige und in hohem Maße bürokratische Regelungen zum Bezug von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln durch vereinfachte leistungsrechtliche Regelungen zu ersetzen. Da zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel wie Desinfektionsmittel oder Mund-Nasen-Schutz niedrigschwellig auf dem allgemeinen Markt verfügbar sind, sollen sie von den Versicherten künftig individuell über das Entlastungsbudget bezogen werden. Auf Basis der neuen Budgets können die zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel von den Versicherten flexibler und unbürokratischer bezogen werden. Dies soll auch dazu beitragen, einem Missbrauchspotenzial in diesem Versorgungsbereich effektiv entgegenzuwirken.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung ist ein wichtiger Schritt zur Stärkung der Selbstbestimmung sowie zur Entlastung pflegebedürftiger Menschen von Bürokratie.

Kern der Neuregelung ist die konsequente Ausrichtung der Leistungen der Pflegeversicherung an den individuellen Bedarfen der Betroffenen. Durch die Überführung der bisherigen Sachleistung in die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf neu vorgesehenen Sachleistungs- und Entlastungsbudgets erhalten Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erweiterte Entscheidungsspielräume sowie wirtschaftlichere Beschaffungsmöglichkeiten. Dies ermöglicht eine flexiblere, einfachere und bedarfsgerechte Auswahl und Beschaffung der erforderlichen Pflegehilfsmittel. Die bisherige Bindung an bestimmte Versorgungsstrukturen, Leistungserbringer und Abrechnungswege wird zugunsten einer gestärkten Autonomie aufgehoben. Die vom GKV-Spitzenverband erhobenen Daten aus dem Erstattungsverfahren weisen zudem keine Auffälligkeiten auf, die auf eine Beeinträchtigung der Versorgungsqualität hindeuten. Die entsprechenden Produkte sind auch auf dem freien Markt unbedenklich und qualitativ hochwertig verfügbar.

Die neue Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass die Bedürfnisse im Pflegealltag sehr unterschiedlich ausgeprägt sind. Flexiblere Bezugsmöglichkeiten ermöglichen es Pflegebedürftigen, auf

wechselnde Bedarfe schneller zu reagieren und selbst zu entscheiden, in welchem Umfang und bei welchen Anbietern sie notwendige Verbrauchsprodukte beziehen. Diese Form der selbstbestimmten Nutzung stärkt nicht nur die Wahlfreiheit, sondern fördert auch eine effizientere und passgenauere Versorgung.

Zugleich wirkt die Neureglung Verwerfungen in der bisherigen Versorgungspraxis entgegen, die sich insbesondere durch das weit verbreitete Angebot vorkonfigurierter Pflegeboxen und Fälle unzulässiger Beeinflussung der Pflegebedürftigen ergeben haben. Insbesondere wurde beobachtet, dass Versicherte im Wege zielgerichteter Ansprache zum Bezug nicht benötigter Pflegehilfsmittel gedrängt werden und standardisierte Versorgungspakete (sogenannte Pflegeboxen) abgegeben werden, die nicht dem tatsächlichen Bedarf entsprechen und damit überteuert abgerechnet werden.

Durch die Stärkung der Eigenverantwortung der Leistungsberechtigten sowie die direkte Mittelverwendung wird die Transparenz erhöht und Fehlanreizen entgegengewirkt. Außerdem werden ineffiziente Strukturen abgebaut. Auch für Leistungserbringer und Pflegekassen werden Erleichterungen geschaffen, da regulatorische Hürden abgebaut werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 41 – § 43c Leistungszuschläge

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die nach Heimwohndauer gestaffelten Zuschläge für den Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen, den Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in vollstationärer Pflege erhalten werden angepasst. Ab dem zum 1. Januar 2027 sollen die aktuell geltenden 12-monatigen Verweildauern um jeweils sechs Monate angehoben werden. Der höchste Leistungszuschlag ist damit nicht mehr nach drei, sondern erst nach viereinhalb Jahren zu erreichen. Es ist ein Besitzstandsschutz für die derzeit erreichte Verweildauerstufe für Pflegebedürftige vorgesehen, die sich bereits in vollstationärer Pflege befinden. Ab Erreichen der nächsthöheren Zuschlagsstufe gilt dann das neue Recht.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Erhöhung der bisherigen Monatswerte der Verweildauer in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, nach denen sich die Höhe der prozentualen Leistungszuschläge berechnet, wird kritisch gesehen. Insbesondere steht es im Widerspruch zu dem Ziel der Dämpfung der Eigenanteile. Dies ist insofern nicht nachvollziehbar, da sich die schwarz-rote Koalition in ihrem Koalitionsvertrag darauf verständigt hat, die Eigenanteile in der Pflege wirksam zu begrenzen. Im vorliegenden Referentenentwurf werden stattdessen die erst 2020 eingeführten Zuschüsse zu den pflegebedingten Eigenanteilen in der stationären Pflege wieder reduziert. Somit steigt die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen noch stärker an, was absehbar einen vermehrten Bezug der Hilfe zur Pflege zur Folge haben wird.

Um stationär versorgte Pflegebedürftige zu entlasten, müssen öffentliche Mittel endlich entsprechend der Verantwortung der staatlichen Akteure eingesetzt werden. So könnte die sachgerechte Übernahme der Investitionskosten durch die Bundesländer Pflegeheimbewohnende um durchschnittlich 500 Euro pro Monat entlasten. Auch eine Übernahme der Ausbildungskosten durch die öffentliche Hand ist ordnungspolitisch dringend erforderlich und würde zu einer finanziellen Entlastung nicht nur der Pflegebedürftigen, sondern auch von Kranken- und Pflegekassen führen. Eine nachhaltig stabile Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung muss die Verantwortlichkeiten auch auf der Finanzseite klar zuteilen und darf nicht weiter so ausgestaltet sein, dass gesamtgesellschaftliche Aufgaben durch Beiträge und Eigenanteile quersubventioniert werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Neuregelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 42 – § 44 Absatz 1 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Regelung sieht vor, dass Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung für Pflegepersonen, die bereits eine Rente wegen Alters beziehen, künftig nur noch bis zum Ablauf des Monats zu zahlen sind, in dem die Pflegeperson die Regelaltersgrenze erreicht.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht und entspricht einer vom GKV-Spitzenverband schon seit Jahren vorgetragenen Forderung.

Hintergrund ist der Umstand, dass mit dem am 1. Januar 2017 in Kraft getretenen Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) Gestaltungsmöglichkeiten eröffnet wurden, die in dieser Ausprägung nicht gewünscht waren und weit über die mit den ursprünglich den Arbeitsmarkt adressierten Intentionen hinausgehen. So können Pflegepersonen, die die Regelaltersgrenze erreicht haben, durch einen prozentual frei wählbaren Verzicht auf ihre Rente eine sogenannte Wunschteilrente erhalten und in der Folge die ansonsten bestehende Rentenversicherungsfreiheit vermeiden. In der Konsequenz können sie auf diese Weise volle Rentenversicherungsbeiträge von der Pflegeversicherung bis zum Ende ihrer Pflegetätigkeit erhalten. Insbesondere Rentnerinnen und Rentner, die die Regelaltersgrenze überschritten haben, haben jedoch in der Regel ihre Erwerbsbiografien bereits abgeschlossen und in der Folge durch die Übernahme der Pflegetätigkeit auch keine Nachteile in ihrer Alterssicherung. Es ist daher auch sachgerecht, dass Beiträge zur Rentenversicherung für die Pflegepersonen künftig längstens bis zum Bezug einer Rente wegen Alters und dem Erreichen der Regelaltersgrenze von der Pflegeversicherung gezahlt werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 44 – § 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag;

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Angebote zur Unterstützung im Alltag sollen neu geordnet werden. Die landesrechtliche Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag soll künftig bundeseinheitlicher erfolgen. Dazu werden bestimmte Kriterien für die Verordnung nach Landesrecht vorgegeben. Professionelle Angebote zur Unterstützung im Alltag können eine versorgungsvertragliche Zulassung durch die Pflegekasse als ambulante Betreuungseinrichtung gemäß § 71 Absatz 1a erhalten und damit Leistungen im Rahmen des Sachleistungsbudgets nach § 36 erbringen. Sofern eine Zulassung nach § 72 besteht, ist eine Anerkennung als Angebot zur Unterstützung im Alltag nach Landesrecht oder als Nachbarschaftshilfe ausgeschlossen. Nachbarschaftshelfende sollen künftig durch die Pflegekassen anerkannt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll dazu bis zum 1. Januar 2028 in Richtlinien das Nähere regeln.

B) Stellungnahme

Zur Stärkung der häuslichen Pflege ist es sachgerecht, dass auch künftig Angebote zur Unterstützung im Alltag als Versorgungsangebot bestehen bleiben. Es wird positiv bewertet, dass die Angebote zur Unterstützung im Alltag neu geordnet und ausgebaut werden sollen und eine Trennung zwischen niedrigschwelligen Angeboten zur Unterstützung im Alltag und professionellen Betreuungsdiensten nach § 72 SGB XI erfolgen soll.

Um die Anerkennungsvoraussetzungen bundesweit einheitlich zu regeln, ist die Aufnahme von Anerkennungskriterien in § 45a, die in den jeweiligen Rechtsverordnungen zu berücksichtigen sind, folgerichtig. Jedoch lassen die in Absatz 3 vorgesehenen Kriterien einen weiten Gestaltungsspielraum für die Länder zur Umsetzung zu. Um auch länderspezifische Gegebenheiten bei der Anerkennung von Angeboten berücksichtigen zu können, bedarf es grundsätzlich eines gewissen Spielraumes. Mit dem in § 45a Absatz 3 vorgesehenen Gestaltungsspielraum ist zu erwarten, dass die vom Gesetzgeber vorgesehene stärkere Vereinheitlichung zwischen den Ländern nicht umgesetzt wird. Insbesondere sollten in Absatz 3 einheitliche inhaltliche Kriterien zu den Hilfen bei der Haushaltsführung aufgeführt werden. Hier zeigen sich in den Angebotsinhalten zwischen den Ländern teilweise erhebliche Unterschiede, die teilweise Angebotsinhalte zulassen, die nicht Bestandteil der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sein können (z. B. Gartenarbeit, Schneeschieben).

Abzulehnen ist die in Absatz 4 vorgesehene künftige Neuregelung der Anerkennung der Nachbarschaftshilfe durch die Pflegekassen. Die Anerkennung der Nachbarschaftshilfe ist bereits in den Bundesländern vorgesehen. Ähnlich wie bei den Angeboten zur Unterstützung im Alltag sind diese nach Landesrecht und damit ggf. abweichend voreinander geregelt und somit bestehen folglich Anerkennungsverfahren und zuständige Stellen. Diese sind in der Regel in den für die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag zuständigen Stellen angesiedelt. Mit der Neuregelung der Anerkennung der Nachbarschaftshilfe durch die Pflegekassen wird eine neue Anerkennungsstruktur parallel zu den Zuständigkeiten der Länder nach Absatz 3 geschaffen, statt die bisherigen Strukturen auch weiterhin und bürokratiearm zu nutzen. Dies ist nicht nachvollziehbar, da Ressourcen und Verwaltungsaufwände durch die Anerkennungsverfahren bei den Pflegekassen gebunden werden. Zugleich sieht Absatz 1 die Stärkung der Zulassung von Betreuungsdiensten nach § 72 SGB XI und in

der Folge der Nutzung des Pflegesachleistungsbudgets vor. Folglich sollte es nach dem Willen des Gesetzgebers zu einer Zunahme der Zulassung von Betreuungsdiensten nach § 72 SGB XI und damit zu einer Ressourcenbindung bei den Pflegekassen für die Zulassung von Betreuungsdiensten kommen.

Sofern durch die Anerkennung der Nachbarschaftshilfe durch die Pflegekasse aufgrund der in Absatz 4 vorgesehenen Richtlinien eine Vereinheitlichung erfolgen sollte, könnte der Gesetzgeber in Absatz 3 entsprechende Anerkennungskriterien für die Nachbarschaftshilfe regeln, die in den Rechtsverordnungen der Länder zu berücksichtigen sind. Insofern sind die Absätze 4 und 5 zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

Die Absätze 4 und 5 werden gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 44 – § 45 b Sozialraumbudget

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit Pflegegrad 2 bis 5 sollen zukünftig Anspruch auf ein Sozialraumbudget in Höhe von monatlich bis zu 175 Euro, sofern sie das 25. Lebensjahr vollendet haben, oder in Höhe von monatlich bis zu 300 Euro, sofern sie das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Der Betrag soll zweckgebunden einzusetzen sein für Leistungen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a.

B) Stellungnahme

Die Beibehaltung des bisherigen Entlastungsbetrags – nunmehr in Form des Sozialraumbudgets – ist zur Unterstützung pflegebedürftiger Personen und deren Zu- und Angehörigen sowie zu deren Entlastung positiv zu bewerten. Durch die Beibehaltung als eigenständige Leistung steht ein ergänzendes Unterstützungs- und Entlastungsangebot zur Verfügung, dessen Inanspruchnahme nicht das Pflegesachleistungs- oder Entlastungsbudget verringert. Das Pflegesachleistungs- und Entlastungsbudgets sehen von der inhaltlichen Leistungsausgestaltung vor allem die Sicherstellung der häuslichen Versorgung vor. Zu begrüßen ist, dass das Sozialraumbudget zweckgerichtet für Angebote im Alltag nach § 45a SGB XI zu verwenden ist und nicht als Geldleistung ausgestaltet ist. Damit wird die tatsächliche Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Entlastungsleistungen sichergestellt.

Das Antragsverfahren sowie die Kostenerstattung sollen im Vergleich zum bisherigen Entlastungsbetrag unverändert bleiben. Auch weiterhin sollte ein bürokratiearmes Antragsverfahren gewährleistet sein. Dies könnte durch die direkte Abrechnung zwischen dem Angebot zur Unterstützung und der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person deutlich vereinfacht werden.

Es ist vorgesehen, dass das Sozialraumbudget ausschließlich für Leistungen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI verwendet werden kann. Dies führt einerseits zu einer Vereinfachung und Übersichtlichkeit der Leistung. Andererseits bedeutet dies eine Leistungskürzung dahingehend, dass pflegebedürftige Personen nach der aktuell geltenden Fassung des § 45b SGB XI den Entlastungsbetrag auch für Aufwendungen, die unter anderem in Zusammenhang mit den Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege entstanden sind, einsetzen können.

Die Streichung des Entlastungsbetrags - bzw. des Sozialraumbudgets neu – für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 ist vor dem Hintergrund der Einführung der Pflegebegleitung und der damit stärkeren Ausrichtung von Beratung und Prävention nachvollziehbar.

Die Erhöhung des Sozialraumbudgets auf 175 Euro bzw. 300 Euro von bisher 131 Euro wird abgelehnt. Auch wenn das Sozialraumbudget nicht für pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 1 vorgesehen ist, so kann eine Ausgabenneutralität durch die Erhöhung des Leistungsbetrags nicht nachvollzogen werden. Vor dem Hintergrund der durch die Rechtsverordnungen der Länder unterschiedlich geregelten Leistungsinhalte der Angebote zur Unterstützung im Alltag kann der Entlastungsbetrag schon heute teilweise auch für pflegefremde Leistungen (z. B. Schneeschieben) verwendet werden. Nach der in § 45a vorgesehenen Ausgestaltung der Angebote zur Unterstützung im Alltag ist davon auszugehen, dass dies auch künftig so sein wird (vgl. hierzu auch die Stellungnahme zu § 45a).

Wie bereits in der Stellungnahme zu § 45a ausgeführt, wird die vorgesehene Anerkennung der Nachbarschaftshilfe durch die Pflegekassen als nicht nachvollziehbar und nicht sachgerecht bewertet. Insofern ist der Absatz 1 anzupassen.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 2 sind die Wörter „oder durch die Pflegekassen“ zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 45 – § 45c Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Mittel zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte sowie zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen nach Absatz 1 sollen im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds auf 125 Mio. Euro je Kalenderjahr angehoben werden.

B) Stellungnahme

Die Erhöhung des Fördervolumens um 100 Mio. Euro auf 125 Mio. Euro jährlich aus Mitteln des Ausgleichsfonds zur Kofinanzierung der Förderung zur Weiterentwicklung von den in Absatz 1 Nr. 1 bis 3 genannten Fördervorhaben wird mit Blick auf die angespannte Finanzlage der Sozialen Pflegeversicherung und dem Umstand, dass die Fördermittel bereits heute in einigen Ländern nicht ausgeschöpft werden abgelehnt. Sie ist nicht ausgabenneutral. Ohnehin handelt es sich bei den in Absatz 1 Nr. 1 bis 3 genannten Fördervorhaben dem Grunde nach um regionale Angebote, die in den Kommunen und Quartieren angesiedelt sind. Insofern wird die Hauptverantwortung der Förderung bei den Ländern gesehen.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderungen in den Absätzen 1 und 2 sind zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 47 – § 46 Absatz 3 Satz 1 Pflegekassen; hier: Verwaltungskosten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Verwaltungskostenerstattung in § 46 Absatz 3 Satz 1 wird von aktuell 3,0 % des Mittelwerts von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen auf 2,7 % dieses Wertes gesenkt. Der Erstattungsbetrag für die einzelne Krankenkasse wird ferner um 7 Prozent der Aufwendungen der jeweiligen Pflegekasse für Pflegebegleitung nach § 7c und um die Aufwendungen für Zahlungen nach § 18c Absatz 5 vermindert.

B) Stellungnahme

Bei der Bewertung des Verwaltungsaufwands sollte zwischen Einnahmen und Leistungsaufwendungen unterschieden werden. Während höhere Einnahmen – beispielsweise durch eine Anhebung des Beitragssatzes – zu keinem relevant höheren Verwaltungsaufwand bei den Kassen führen, stellt sich die Situation bei den Leistungsaufwendungen anders dar. Die hohe Dynamik ist maßgeblich auf den hohen Zuwachs an Leistungsbeziehenden zurückzuführen, der einen erheblichen Verwaltungsaufwand bei den Kassen verursacht. Es ist daher nicht nachvollziehbar, warum die Erstattung der Verwaltungskosten gekürzt werden soll. Außerdem wird darauf hingewiesen, dass es sich bei der Neuregelung um keine Einsparung oder Begrenzung der realen Verwaltungskosten handelt, sondern lediglich um eine Verschiebung der Finanzierungslast von der SPV in die GKV.

Auch ist darauf hinzuweisen, dass nicht zuletzt auch mit diesem Gesetz zahlreiche neue und umfassende (Verwaltungs-)aufgaben den Pflegekassen und dem GKV-Spitzenverband zugewiesen werden.

Im Ergebnis führt die Absenkung der Verwaltungskostenerstattung auf 2,7 % des Mittelwertes von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen dazu, dass den Krankenkassen bei Nichtberücksichtigung des Änderungsvorschlags des GKV-Spitzenverbandes zu weiteren erforderlichen Ausnahmen von der vorgesehenen Verwaltungskostendeckelung (siehe die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zu Artikel 1 Nr. 3 des Referentenentwurfs des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes) Mittel von jährlich 200 bis 300 Mio. Euro insbesondere zur Umsetzung von politisch gewollten bzw. bereits gesetzlich vorgegebenen Digitalisierungsprozessen fehlen werden.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nummer 47 wird die Änderung von § 46 Absatz 3 erster Teilsatz gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 48 – § 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen sehen – neben der gesetzlichen Fixierung des seit dem 1. Januar 2025 per Rechtsverordnung geänderten, unverändert geltenden allgemeinen Beitragssatzes in Höhe von 3,6 Prozent – eine signifikante Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze sowie eine Erhöhung des Beitragszuschlags für Kinderlose vor.

B) Stellungnahme

Die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze, die bislang mit der in der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Beitragsbemessungsgrenze korrespondiert, ergibt sich aus der vorgesehenen Kopplung an die in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze (Versicherungspflichtgrenze). Diese liegt bereits heute deutlich über der Beitragsbemessungsgrenze. Der Effekt wird sich durch die ohnehin jährlich stattfindende Dynamisierung der Rechengrößen sowie der mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehenen außerordentlichen Anhebung der Versicherungspflichtgrenze um 3.600 Euro ab dem Jahr 2027 weiter verstärken. Insgesamt wird die jährliche Beitragsbemessungsgrenze in der sozialen Pflegeversicherung damit für das Jahr 2027 um deutlich mehr als 11.000 Euro gegenüber dem Status quo angehoben.

Problematisch an der außerordentlichen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ist insbesondere deren ungewisse, aber nicht zu vernachlässigende Auswirkung auf die Abwanderung von Mitgliedern in die private Krankenversicherung (PKV) bzw. auf den Verbleib von heute noch versicherungspflichtigen Personen, die in der Zukunft eine versicherungsfreie Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit ausüben werden, in der GKV und damit in der sozialen Pflegeversicherung (SPV). Hierauf hatte der GKV-Spitzenverband bereits in seiner Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 61 GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (Referentenentwurf vom 16.04.2026) explizit hingewiesen. Dies gilt umso mehr, wenn sich die Beitragsbemessungsgrenze in der sozialen Pflegeversicherung zusätzlich von der in der gesetzlichen Krankenversicherung abkoppelt und in der Folge deutlich höher festgesetzt wird.

Darüber hinaus ist die finanzielle Zusatzbelastung für die Beitragszahlenden und die Arbeitgebenden sehr erheblich. Zugleich fallen die erwarteten Mehreinnahmen aufgrund der induzierten Abwanderung von GKV-Mitgliedern in die PKV und somit die entlastende Finanzwirkung für die SPV absehbar geringer aus als im Referentenentwurf angenommen. Neben der finanziellen Belastung sind hohe Verwaltungsaufwände für Krankenkassen, Arbeitgeber und sonstige beitragsabführende Stellen zu leisten. Die Handhabung unterschiedlicher Beitragsbemessungsgrenzen wird im Hinblick auf die Administrierung erhebliche Auswirkungen auf einzelne Melde- und Mitteilungsverfahren haben. Die Umsetzung erfordert mithin zahlreiche Anpassungen an Onlineprozessen, Schriftgut und in IT-Systemen der Krankenkassen und der Arbeitgeber bzw. deren Dienstleister.

Bei einem Verzicht auf die vorgesehene Änderung in § 55 Absatz 2 fände die bereits mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz beabsichtigte Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV auch für die SPV Anwendung. Eine insoweit gleich hohe Anhebung wäre nachvollziehbar.

Für eine Anhebung des Beitragszuschlags für kinderlose Mitglieder um 0,1 Beitragssatzpunkte ist – neben der Generierung von Mehreinnahmen - kein anderer Sachgrund ersichtlich, als dass diese Erhöhung keinen Niederschlag in der Abbildung der Sozialabgabenquote findet, da der Zuschlag nur vom Mitglied zu tragen ist. Solange der Bund seiner Finanzverantwortung für die versicherungsfremden Leistungen der SPV nicht nachkommt, vielmehr seinen Haushalt in den Jahren 2028 und 2029 gegenüber der geltenden Rechtslage um weitere 1,5 Mrd. Euro auf Kosten der Beitragszahlenden entlastet, ist eine Erhöhung des Beitragszuschlags für kinderlose Mitglieder kritisch zu sehen.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderungen in Artikel 1 Nr. 48 betreffend § 55 Absatz 2 und 3 werden gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 49 – § 59b Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Neuregelung zielt darauf ab, dass bei geringfügig entlohnten Beschäftigungen sowie Beschäftigten in Privathaushalten künftig auch in der sozialen Pflegeversicherung Beiträge durch den Arbeitgeber zu leisten sind. Die Regelung folgt damit den beitragsrechtlichen Regelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die eine Beitragspflicht in den vorgenannten Beschäftigungen bereits vorsehen.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich kann die vorgesehene Regelung geeignet sein, das Stellenangebot für sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu Lasten von Minijobs zu fördern. Von der Regelung betroffene Arbeitgeber erhalten einen Anreiz, bisherige Minijobs zu einer Beschäftigung mit größerem Stundenumfang und mindestens einem Entgelt im Übergangsbereich nach § 20 SGB IV (aktuell mit regelmäßigen monatlichen Arbeitsentgelten zwischen 603,01 Euro und 2.000,00 Euro) auszuweiten, um somit – bei einem allmählich bis zur Parität ansteigenden Arbeitnehmeranteil am Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung – den Arbeitgeberanteil in seiner relativen Höhe im Verhältnis zum Arbeitsentgelt zu senken. Insoweit verweisen wir auch auf unsere Stellungnahme zum Referentenentwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes.

Gleichwohl sind die finanziellen Belastungen der Arbeitgeber erheblich. Gegenüber dem gegenwärtigen Status quo, bei dem Arbeitgeber neben dem Pauschalbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung in Höhe von regelmäßig 15 Prozent ausschließlich einen pauschalen Beitrag zur GKV in Höhe von 13 Prozent zu zahlen haben, weitet sich der Arbeitgeberbeitrag zur GKV sowie zur sozialen Pflegeversicherung (SPV) bei geringfügigen Beschäftigungen auch unter Berücksichtigung der mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz einhergehenden Steigerungen in Summe auf einen Beitrag in Höhe von 21,1 Prozent (einschließlich des durchschnittlichen Zusatzbeitrages von 2,9 Prozent) aus. Insgesamt wird der Arbeitgeberbeitrag bei geringfügiger Beschäftigung – eine Befreiung von der Rentenversicherungspflicht unterstellt – künftig 36,1 Prozent betragen. Angesichts dieser deutlich ansteigenden finanziellen Belastungen der Arbeitgeber wird die Regelung – insbesondere mit Blick auf den Niedriglohnsektor - kritisch bewertet.

Solange der Bund seiner Finanzverantwortung für die versicherungsfremden Leistungen der SPV nicht nachkommt, vielmehr seinen Haushalt in den Jahren 2028 und 2029 gegenüber der geltenden Rechtslage um weitere 1,5 Mrd. Euro auf Kosten der Beitragszahlenden entlastet, ist eine weitere sprunghafte Erhöhung der Beitragsbelastung der Arbeitgeber geringfügig Beschäftigter abzulehnen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 49 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 50 – § 61a Beteiligungen des Bundes an Aufwendungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Aussetzung des Bundeszuschusses nach § 61a Absatz 1 Satz 1 in den Jahren 2024 bis 2027 wird um ein Jahr verlängert. Im Jahr 2029 erfolgt die Beteiligung des Bundes nur in halber Höhe von 500 Mio. Euro.

Die Rückzahlung der mit den Haushaltsgesetzen 2022, 2025 und 2026 der sozialen Pflegeversicherung (SPV) gewährten zinslosen Darlehen des Bundes in Höhe von insgesamt noch zu tilgenden 4,2 Mrd. Euro wird auf die Jahre 2035 bis 2039 verschoben.

B) Stellungnahme

Die SPV finanziert jährlich gesamtgesellschaftliche Aufgaben in Höhe von über fünf Mrd. Euro. Statt seiner Finanzierungsverantwortung nachzukommen und die versicherungsfremden Leistungen der SPV adäquat zu refinanzieren, soll hier erneut der Bundeshaushalt zu Lasten der Beitragszahlenden entlastet werden, indem der SPV Steuermittel in Höhe von 1,5 Mrd. Euro gegenüber der geltenden Rechtslage entzogen werden. Die verlängerte Aussetzung des Bundeszuschusses wird strikt abgelehnt. Stattdessen muss der Bund seiner Finanzierungsverantwortung für die Sozialversicherungsbeiträge für Pflegepersonen als versicherungsfremde Aufwendungen der Pflegekassen nachkommen. Dies sollte durch eine Direktzahlung des Bundes an die Rentenversicherung erfolgen und die Übernahme dieser Sozialversicherungsbeiträge durch die Pflegekassen aus dem Gesetz gestrichen werden.

Die Verschiebung der Rückzahlung der der SPV gewährten Darlehen entlastet diese in den Jahren 2029 bis 2033 um die ansonsten fälligen Rückzahlungsbeträge. Eine nachhaltige Entlastung erfolgt hierdurch aber nicht. Die Finanzierungslast wird nur in die Zukunft verschoben. Angesichts der weiterhin noch ausstehenden vollständigen Erstattung der versicherungsfremden Mehrausgaben der SPV in der Coronapandemie in Höhe von 5,2 Mrd. Euro stellt die Verschiebung der Rückzahlung der Bundesdarlehen keine angemessene Unterstützung der SPV und ihrer Beitragszahlenden dar.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung von § 61a Absatz 1 in Artikel 1 Nr. 50 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 51 – § 61b Liquiditätshilfe

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Bund wird verpflichtet, dem Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung ein bis spätestens zum Ende des Folgejahres zurückzuzahlendes, zinsloses Liquiditätsdarlehen zu gewähren, wenn der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung (SPV) absehbar nicht ausreicht, um die Zahlungsverpflichtungen der Pflegekassen und des Ausgleichsfonds zu erfüllen.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung wird ausdrücklich begrüßt. Aktuell steht die SPV erneut vor der Situation, dass die vorhandenen Mittel – trotz des für 2026 gewährten Darlehens in Höhe von 3,2 Mrd. Euro – nicht ausreichen werden, die Zahlungsfähigkeit im laufenden Jahr sicherzustellen. Erneut droht binnen weniger Monate ein Liquiditätsengpass im Ausgleichsfonds und damit auch mittelbar eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit einzelner Pflegekassen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes unterstreicht die gegenwärtige Situation erneut die Notwendigkeit, ein geordnetes Verfahren zur Sicherstellung der Zahlungsfähigkeit der SPV gesetzlich zu regeln.

Die vorgeschlagene Einführung einer Liquiditätshilfe, im Sinne einer Bundesgarantie nach dem Vorbild der Regelung für die Rentenversicherung (dort: § 214 SGB VI), wird für die SPV als zwingend notwendig bewertet. Wie in der Rentenversicherung gilt auch in der sozialen Pflegeversicherung ein für alle Pflegekassen einheitlicher Beitragssatz (§ 55 Absatz 1 und 3 SGB XI). Die Pflegekassen haben daher keine Möglichkeit, ihre Ausgabenüberschüsse selbstständig auszugleichen und ihre Zahlungsfähigkeit eigenständig sicherzustellen. Die Festlegung des Beitragssatzes liegt in der Hand des Gesetz- bzw. Verordnungsgebers und damit auch die Verantwortung, etwaige Finanzierungslücken durch Anhebung des Beitragssatzes oder durch Mittel des Bundes zu schließen. Die beabsichtigte Neuregelung trägt aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes dazu bei, das Vertrauen in die Leistungsfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung auch in schwierigen Zeiten zu wahren.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 52 bis 54 – § 63 bis 65 Mittelsoll

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelungen nach den Nummern 52 bis 54 stehen in einem engen sachlichen Zusammenhang und werden deshalb zusammenfassend dargestellt und bewertet.

Es ist vorgesehen, in § 63 Absatz 2 die bisherige Obergrenze für die Betriebsmittel in Höhe einer Monatsausgabe als gesetzliche Sollgröße zu definieren (Betriebsmittelsoll). Gleichzeitig soll in § 64 Absatz 2 das Rücklagesoll von derzeit 0,5 auf 0,2 Monatsausgaben abgesenkt werden. Zusammengerechnet ergibt sich so ein Mittelsoll von insgesamt 1,2 Monatsausgaben nach Haushaltsplänen der Pflegekassen. Diese Änderungen sollen zum 1. Januar 2027 in Kraft treten.

Die Neuregelung in § 65 Absatz 6 ermächtigt das Bundesamt für Soziale Sicherung, bei Liquiditätsengpässen im Ausgleichsfonds Mittel der Pflegekassen heranzuziehen, indem es die Ausgabendeckungsquote im Finanzausgleich absenkt. Die Absenkung darf maximal zwei Zehntel des Betriebsmittelsolls betragen, sodass 0,8 Monatsausgaben als Untergrenze für das Betriebsmittelsoll der Pflegekassen definiert werden. Zusammen mit der reduzierten Rücklage beträgt die Untergrenze für das Mittelsoll der Pflegekassen somit eine Monatsausgabe.

In § 65 Absatz 6 Satz 4 ist eine gestaffelte Einführung der Untergrenze für die Ausgabendeckungsquote geregelt: Im Jahr 2028 beträgt die Untergrenze der Ausgabendeckungsquote des Betriebsmittelsolls Mittel im Umfang des 0,6-fachen einer Monatsausgabe, im Jahr 2029 Mittel im Umfang des 0,7-fachen einer Monatsausgabe und ab dem Jahr 2030 Mittel im Umfang des 0,8-fachen einer Monatsausgabe.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt nachdrücklich, dass der Gesetzgeber mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht nur das wachsende Defizit in der SPV, sondern auch die angespannte Liquiditätssituation der Pflegekassen und des Ausgleichsfonds adressiert. Die Legaldefinition des Betriebsmittelsolls auf die Höhe einer durchschnittlichen Monatsausgabe nach den Haushaltsplänen der Pflegekassen ist sachgerecht.

Ebenfalls positiv zu bewerten ist, dass die bisher nur in der Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Bundesamt für Soziale Sicherung zur Durchführung des Finanzausgleichs nach § 66 Absatz 1 Satz 4 und 5 festgelegte und in der Praxis erprobte und bewährte Senkung der Ausgabendeckungsquote zur Liquiditätssicherung des Ausgleichsfonds nun gesetzlich verankert werden soll. Besonders wichtig ist, dass die dringend notwendige Definition einer Untergrenze für das Betriebsmittelsoll der Pflegekassen im Zuge dieser gesetzlichen Regelung erfolgt. Mittel (Betriebsmittel plus Rücklage) in Höhe einer Monatsausgabe nach Haushaltsplänen der Pflegekassen stellen in der Summe eine geeignete Untergrenze dar, um die Zahlungsfähigkeit der Pflegekassen nicht zu gefährden.

Die im Zeitraum 2028 bis 2030 vorgesehene schrittweise Anhebung des Betriebsmittelsolls unter Anwendung der Ausgabendeckungsquote stellt jedoch mit dem zu niedrigen Einstiegswert für das Jahr 2027 im Zusammenhang mit der Absenkung des Rücklagesolls um das 0,3-fache der durchschnittlichen

Monatsausgabe der Pflegekassen eine Verschlechterung gegenüber der ohnehin angespannten Liquiditätssituation dar und würde dazu führen, dass weitere Kassen auf Liquiditätshilfen angewiesen sind. Derzeit beträgt das im Ausgleichsverfahren praktizierte Betriebsmittelsoll das 0,4-fache und das Rücklagesoll das 0,5-fache einer Monatsausgabe nach Haushaltsplänen der Pflegekassen. In Summe werden die Mittel der Pflegekassen im Finanzausgleich aktuell somit auf 0,9 Monatsausgaben aufgefüllt. Unter diesen Bedingungen ist bereits eine Pflegekasse auf monatliche Finanzhilfen aus dem Ausgleichsfonds angewiesen.

Die geplanten Regelungen würden im Jahr 2027 durch die Absenkung des Rücklagensolls nur noch ein Mittelsoll in Höhe von 0,6 Monatsausgaben vorsehen (0,4 Monatsausgaben Betriebsmittelsoll + 0,2 Monatsausgaben Rücklagesoll) und somit eine dramatische Verschlechterung der Liquiditätssituation der Pflegekassen darstellen. Sollte dies umgesetzt werden, würden umgehend eine Reihe weiterer Pflegekassen hilfebedürftig werden.

Für das Jahr 2028 würden die geplanten Maßnahmen zu einem Mittelsoll in Höhe von nur 0,8 Monatsausgaben führen (0,6 Monatsausgaben Betriebsmittel + 0,2 Monatsausgaben Rücklage) und damit ebenfalls eine Verschlechterung gegenüber dem bereits angespannten Status Quo darstellen.

Im Jahr 2029 würde das Mittelsoll das aktuelle Niveau von 0,9 Monatsausgaben erreichen. Erst im Jahr 2030 würde die Untergrenze von einer Monatsausgabe für das Mittelsoll erreicht.

Die gegenwärtige Liquiditätssituation stellt aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes keinen haltbaren Zustand dar und darf unter keinen Umständen weiter verschlechtert werden. Um dies sicherzustellen, ist das Betriebsmittelsoll für 2027 auf 0,7 Monatsausgaben festzulegen, was durch Verschieben der um das 0,3-fache einer Monatsausgabe reduzierten Mittel aus der Rücklage in die Betriebsmittel keine zusätzlich bereitzustellenden Mittel erforderlich macht.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 54 wird Satz 4 in § 65 Absatz 6 wie folgt ersetzt:

„Die Untergrenze der Ausgabendeckungsquote des Betriebsmittelsolls beträgt im Jahr 2027 Mittel im Umfang des 0,7-fachen einer Monatsausgabe und ab dem Jahr 2028 Mittel im Umfang des 0,8-fachen einer Monatsausgabe.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 56 – § 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zur tariflichen Entlohnung im SGB XI sollen für einen Zeitraum von insgesamt vier Jahren in ihrer Anwendung sowohl als Zulassungsvoraussetzung als auch als Bezugspunkt der Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen befristet ausgesetzt werden. Um die Wiedereinführung nach Auslaufen des Moratoriums ab dem 1. Januar 2031 zu ermöglichen, sind verknüpfte Regelungen wie bspw. die Meldepflicht der tariflich beziehungsweise kirchenarbeitsrechtlich gebundenen Pflegeeinrichtungen gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen und die Regelung zur Ermittlung des regional üblichen Entlohnungsniveaus durch die Landesverbände der Pflegekassen bereits nach drei Jahren, ab dem 1. Januar 2030 wieder anzuwenden. Für künftige Vergütungssteigerungen wird zudem, analog zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, eine Begrenzung auf die Höhe der Grundlohnrate geregelt.

B) Stellungnahme

Das Aussetzen der Regelungen zur tariflichen Entlohnung als Zulassungsvoraussetzung und Wirtschaftlichkeitsmaßstab sowie die Begrenzung der Vergütungssteigerungen der zugelassenen Leistungserbringer auf die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V sind nachvollziehbar. Das damit verfolgte Ziel, die Preissteigerungen in der ambulanten und stationären Langzeitpflege wie im Bereich des SGB V an die gesamtgesellschaftliche Lohnentwicklung anzupassen und dadurch auch die Pflegebedürftigen hinsichtlich der Eigenanteile zu entlasten, ist sachgerecht. Damit werden zugleich die Regelungen zur Entlohnung von Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen im SGB XI künftig wieder mit dem SGB V synchronisiert. Die neuen Regelungen im SGB XI sind allerdings auf vier Jahre bis zum Ende des Jahres 2030 befristet. Es ist sicherzustellen, dass auch ab dem Jahr 2031 weiterhin ein Gleichklang der gesetzlichen Vorgaben im SGB XI und SGB V besteht. Die dauerhafte Anbindung an die Grundlohnsummensteigerung trägt dem Rechnung.

Die Bundesministerien für Gesundheit und für Arbeit und Soziales erhalten den Auftrag, bis zum 31. Dezember 2029 dem Deutschen Bundestag einen Bericht über die Entwicklung der Löhne in der Langzeitpflege und die Entwicklung der Pflegevergütungen vorzulegen. Es soll damit sichergestellt werden, dass vor dem Ende der Aussetzungsfrist eine fundierte Entscheidung über den weiteren Umgang mit den Regelungen zur tariflichen Entlohnung getroffen werden kann. Hierbei wird jedoch verkannt, dass bereits ab Juni 2030 wieder eine Erhebung der Entlohnungsbestandteile von tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen zur Ermittlung der regional üblichen Entlohnungsniveaus von der Geschäftsstelle beim GKV-Spitzenverband durchgeführt werden soll. Dazu müssen im Vorfeld der Erhebung spätestens im Mai 2030 erst wieder alle tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen ermittelt werden. Eine entsprechende gesetzliche Regelung ist hierfür vorzusehen. Aus Effizienzgründen sollte aber auch nur dann die Ermittlung der tarifgebundenen Einrichtungen und eine anschließende Erhebung der Entlohnungsbestandteile durchgeführt werden, wenn feststeht, dass die Regelungen zur tariflichen Entlohnung wieder zur Anwendung kommen werden. Ansonsten wird unnötiger und enormer bürokratischer Aufwand produziert. Dem Deutschen Bundestag bleiben damit nach Vorlage des Berichts nur knapp vier Monate für dessen Bewertung und die Umsetzung der daraus resultierenden gesetzlichen Änderungsbedarfe. Es wird daher angeregt, dass der Bericht von BMG und BMAS spätestens zum 30. September 2029 vorzulegen ist.

Kritisch anzumerken ist auch das Aussetzen der Regelungen zur Geschäftsstelle beim GKV-Spitzenverband nach § 82c Absatz 6. Um die Umsetzung der anstehenden Prozesse gewährleisten zu können, müssen bestimmte Strukturen der Geschäftsstelle aufrechterhalten bleiben. Das bedeutet auch, dass Aufwendungen, die für die Vorhaltung der Geschäftsstelle erforderlich sind, weiterhin aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zu finanzieren sind. § 82c Absatz 6 sollte insofern mindestens so lange gelten, bis eine Entscheidung des Gesetzgebers über den weiteren Umgang mit den Regelungen zur tariflichen Entlohnung getroffen wurde.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 3e wird folgender Satz vorangestellt: „Im Jahr 2030 sind alle Pflegeeinrichtungen verpflichtet, den Landesverbänden der Pflegekassen bis zum Ablauf des 31. Mai 2030 mitzuteilen, ob sie im Sinne von Absatz 3a an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind."

Im neuen Absatz 3g ist in Satz 1 die Aussetzung von § 82c Absatz 6 zu streichen.

Satz 6 des neuen Absatzes 3g wird wie folgt gefasst: „Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet zusammen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales bis zum 30. September 2029 dem Deutschen Bundestag über die Entwicklung der Löhne in der Langzeitpflege und die Entwicklung der Pflegevergütungen."

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 58 – § 75a Praktische Erprobung innovativer Konzepte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegeeinrichtungen und Kostenträgern soll befristet zwischen dem 1. Januar 2027 und dem 31. Dezember 2031 für einen Zeitraum von maximal drei Jahren erlaubt werden, Ausnahmen von Regelungen der Rahmenverträge nach § 75 zu vereinbaren, soweit der Schutz der Pflegebedürftigen dem nicht entgegensteht.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Neuregelung, mit der es Pflegeeinrichtungen vertraglich ermöglicht werden soll, von geltenden fachlichen Vorgaben abzuweichen und Teile der rahmenvertraglich vereinbarten Regelungen nach § 75 außer Kraft zu setzen, wird abgelehnt. Diese Regelung steht den Landesrahmenverträgen nach § 75, dem bestehenden Qualitätssicherungssystem nach §§ 113 ff. sowie den gesetzlich vorgesehenen Modellprogrammen entgegen und gefährdet die Qualität der pflegerischen Versorgung.

Mit der Neuregelung wird das Ziel verfolgt, prüfen zu können, ob rechtliche Vorgaben für die Zukunft angepasst werden sollten. Hierfür hat der Gesetzgeber bereits die Möglichkeit durch § 8 Absatz 3 und Absatz 3a, neu § 11 Absatz 1 und § 12 Absatz 1, geschaffen, Modellvorhaben zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige durchzuführen. Im Rahmen dieser Modellvorhaben kann von geltenden Vorschriften des SGB XI abgewichen werden. Im Unterschied zu den Abweichungsmöglichkeiten auf Grundlage von Verträgen nach § 75a gibt es jedoch im Rahmen der Modellvorhaben sowohl eine fachliche Begleitung durch den GKV-Spitzenverband als auch eine wissenschaftliche Begleitung. Die Erprobung innovativer Konzepte im Rahmen von Modellvorhaben erfolgt damit qualitätsgesichert.

Der Rahmen der Abweichungsmöglichkeiten nach § 75a soll gesetzlich durch den Schutzanspruch der von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen begrenzt werden. Dieser Schutzanspruch umfasst insbesondere die Wahrung der Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen, der Qualität der Pflege und der Sicherheit der Versorgung insgesamt. Es ist jedoch gesetzlich nicht geregelt, durch welche Maßnahmen der Schutz der Pflegebedürftigen überprüft werden kann. Da rechtliche Leistungs- und Qualitätsvorgaben durch § 75a ausgehebelt werden, ist insoweit auch das Qualitätssicherungssystem nach §§ 113ff. außer Kraft gesetzt.

Mit der Neuregelung wird Pflegeeinrichtungen damit ein Anspruch auf einen Vertragsabschluss zur Umsetzung von nicht näher definierten Konzepten unter Aussetzung rechtlich geltender Anforderungen eingeräumt. Eine Ablehnung ist nur durch die Schiedsstelle möglich, sofern nach deren Einschätzung der Schutz der Pflegebedürftigen als nicht gegeben gilt.

Der Erfolg einer erprobten und nach § 75a vertraglich vereinbarten Abweichung geltender Vorschriften soll ausschließlich auf der Grundlage von nicht wissenschaftlichen, durch die Einrichtungen erstellten Erfahrungsberichten bewertet werden. Hierbei handelt es sich nicht um eine Evaluation im wissenschaftlichen Sinne, aus der belastbare Schlussfolgerungen über eine mögliche Überführung in die Regelversorgung gezogen werden können. Eine Überprüfung der Berichtsinhalte und dargestellten Ergebnisse ist nicht möglich. Die Erfahrungsberichte können daher auch nicht als Grundlage eines

unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Berichts des GKV-Spitzenverbandes über die Anwendung der Regelungen nach § 75a SGB XI herangezogen werden. Damit widerspricht die vorgesehene Neuregelung allen wissenschaftlichen Standards.

C) Änderungsvorschlag

Die Neuregelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 60 – § 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen Absatz 1a soll klargestellt werden, dass Personal- und Sachaufwendungen, die den Pflegeeinrichtungen im Zusammenhang mit der Implementierung und Nutzung von betriebsnotwendigen technischen oder digitalen Systemen entstehen, bei der Vergütungsvereinbarung berücksichtigungsfähig sind.

B) Stellungnahme

In der Gesetzesbegründung werden als Beispiele für solche Aufwendungen Kosten für Wartung, Schulungen der Mitarbeitenden und Support genannt. Damit ist klar, dass es sich nur um laufende Kosten für den Betrieb technischer und digitaler Systeme handeln kann. Die Erwähnung von „Sachkosten“ im neuen Absatz 1a kann jedoch leicht zu Missverständnissen und Abgrenzungsschwierigkeiten zu Absatz 2 führen. Aufwendungen für die betriebsnotwendige Hard- und Software zählen gemäß Absatz 2 zu den Investitionsaufwendungen, die nicht in die Vergütungsvereinbarung eingepreist werden dürfen.

In § 82 ist daher eine eindeutige Abgrenzung des neuen Absatzes 1a zum Absatz 2 herzustellen.

C) Änderungsvorschlag

§ 82 Absatz 1a ist wie folgt zu fassen: „In der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung sind Personal- und Fremdleistungsaufwendungen im Zusammenhang mit der Implementierung und Nutzung von betriebsnotwendigen technischen oder digitalen Systemen berücksichtigungsfähig.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 63 – § 88b Erstattung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird eine Regelung für ein befristetes Erstattungsverfahrens für Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege getroffen. Den Trägern von vollstationären Pflegeeinrichtungen soll damit ein sofort wirksames Instrument an die Hand gegeben, um sie von den mit der Bereitstellung von festen Akut-Kurzzeitpflegeplätzen einhergehenden besonderen finanziellen Risiken zu entlasten und Hemmnisse bei der Schaffung der entsprechenden Plätze abzubauen. Weiterhin werden durch die Ausgestaltung in Form eines von der Pflegeversicherung finanzierten Erstattungsverfahrens finanzielle Belastungen der Pflegebedürftigen vermieden.

Der Anspruch auf Erstattung von anteiligen Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege besteht für Pflegeeinrichtungen, die einen Versorgungsvertrag gemäß § 72 sowie eine entsprechende Vergütungsvereinbarung gemäß § 85 abgeschlossen haben. Maßgeblich für die Entstehung des Anspruchs ist, dass es sich unter Berücksichtigung der Richtlinien gemäß Absatz 2 um eine Erstattung der Kosten für die im Versorgungsvertrag nach § 72 vereinbarte Anzahl der dauerhaft, ausschließlich zur Akut-Kurzzeitpflege zur Verfügung stehenden Plätze handelt.

Sofern die Einrichtung in der Akut-Kurzzeitpflege Nichtauslastungen unterhalb ihrer vertraglich vereinbarten Auslastungsquote zu verzeichnen hat, bekommt sie die Vorhaltekosten anteilig über das Erstattungsverfahren finanziert. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen bis 31. Oktober 2027 in Richtlinien das Nähere für das Erstattungsverfahren. Dazu zählen insbesondere die Voraussetzungen zur Teilnahme am Erstattungsverfahren, um eine angemessene Anzahl an Akut-Kurzzeitpflegeplätzen vorzuhalten. Weiterhin sind die Höhe der erstattungsfähigen Vorhaltekosten und die Verfahrensabläufe zur Erstattung einschließlich der erforderlichen Nachweise zum Zwecke einer unbürokratischen Umsetzung festzulegen. Dabei sollen Erkenntnisse aus vorangegangenen Erstattungsverfahren berücksichtigt werden.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit ab dem Berichtsjahr 2028 jährlich bis zum 30. Juni des Folgejahres über die Ausgabenentwicklung. Auf dieser Grundlage evaluiert er bis zum 31. Dezember 2031 unter wissenschaftlicher Begleitung die Wirkungen dieser Regelung. Die Finanzierung der Vorhaltekosten erfolgt aus finanziellen Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung.

B) Stellungnahme

Sofern eine Einrichtung in der Akut-Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 4 Nichtauslastungen unterhalb ihrer vertraglich vereinbarten Auslastungsquote zu verzeichnen hat, soll sie aufgrund der Neuregelung die Vorhaltekosten anteilig über ein Erstattungsverfahren aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung im Nachhinein finanziert bekommen. Diese Regelung eines befristeten Erstattungsverfahrens für Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege ist nicht sachgerecht und wird abgelehnt.

Es ist nicht nachvollziehbar, warum in der Finanzierung und Vergütungsbemessung zwischen den neu vorgesehenen Akut-Kurzzeitpflegeeinrichtungen und den bislang schon bestehenden solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen und Plätzen in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die ausschließlich für die Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen, unterschieden wird. In beiden Kurzzeitpflegeformen müssen Plätze vorgehalten und entsprechend finanziert werden. Unterschiedliche Vorgehensweisen wären nicht sachgerecht.

Die Neuregelung widerspricht zudem der in § 84 geregelten Vergütungsbemessung, nach der die Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung so bemessen sein müssen, dass sie es ihr bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, ihre Aufwendungen zu finanzieren. In diesem Zusammenhang hatte der Gesetzgeber die Pflegeselbstverwaltung durch § 88a beauftragt, in Empfehlungen die Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung in der Kurzzeitpflege zu regeln. In diesen gemeinsamen Empfehlungen ist daher bestimmt, dass sich der kalkulatorische Auslastungsgrad an der tatsächlichen Auslastung der letzten Jahre orientieren soll. Dabei sind auch besondere Regelungen bei Neuzulassungen berücksichtigt.

Ferner ist darauf hinzuweisen, dass das mit der Neuregelung verfolgte Ziel, zu einem flächendeckenden Angebot der Akut-Kurzzeitpflege im Rahmen der pflegerischen Überbrückungsversorgung beizutragen, nicht erfüllt werden kann. Den Trägern von vollstationären Pflegeeinrichtungen soll durch die Neuregelung ein sofort wirksames Instrument an die Hand gegeben werden, um sie von den mit der Bereitstellung von festen Akut-Kurzzeitpflegeplätzen einhergehenden besonderen finanziellen Risiken zu entlasten und Hemmnisse bei der Schaffung der entsprechenden Plätze abzubauen. Dabei wird verkannt, dass mit dem vorgesehenen Erstattungsverfahren eine retrospektive Vergütung geregelt wird und die Einrichtung in Vorleistung gehen muss. Ein Anreiz zur Schaffung neuer Angebote entsteht dadurch nicht. Effektiver wäre dagegen eine sachgerechte Bemessung der Pflegesätze, die die besonderen finanziellen Risiken miteinbezieht. Dies erfolgt bereits bei der Bemessung der regulären vorzuhaltenden Kurzzeitpflegeplätze und sollte im Gleichklang auch für die Vergütungsbemessung der Akut-Kurzzeitpflege gelten.

C) Änderungsvorschlag

Die Neuregelung ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 71c – § 113c Absatz 8 Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Erhebung des GKV-Spitzenverbands zur Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Absatz 8, die derzeit in einem zweijährigen Turnus stattfindet, wird auf eine einmalige Erhebung je Legislaturperiode reduziert.

B) Stellungnahme

Die Anpassung des Berichtszyklus an den der Berichtspflicht nach § 8 Absatz 3 SGB XI (neu) ist zu begrüßen.

Die Berichtslegung nach Satz 4 (2. Halbsatz) über die Anzahl der vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen durchführen, die im Modellprojekt nach § 8 Absatz 3b in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung entwickelt und erprobt wurden oder die sich an den Zielen und der Konzeption des Modellprojekts nach § 8 Absatz 3b in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung orientieren, wird abgelehnt. Dieser Berichtspunkt steht inhaltlich in keinem Zusammenhang mit den übrigen Berichtspunkten des § 113c Absatz 8 SGB XI, die sich aus den geschlossenen Pflegesatzvereinbarungen ergeben. Die Daten werden durch die Landesverbände der Pflegekassen nicht routinehaft erhoben und gespeichert. Es besteht zudem keine Auskunftspflicht der Pflegeeinrichtungen über die Durchführung von Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen, die im Modellprojekt nach § 8 Absatz 3b SGB XI entwickelt und erprobt wurden oder die sich an den Zielen und der Konzeption der Modellprojekte nach § 8 Absatz 3b SGB XI orientieren. Die Erhebung ist mit zusätzlichem erheblichem bürokratischem Aufwand bei gleichzeitig fehlender Auskunftspflicht und damit nicht belastbaren Ergebnissen verbunden.

Es wird vielmehr angeregt, in einer eigenen wissenschaftlichen Studie die Erfahrungen von Pflegeeinrichtungen mit entsprechenden Konzepten zu untersuchen und eine Abschätzung des Durchdringungsgrades in der vollstationären Versorgung vorzunehmen. Hieraus ließen sich Weiterentwicklungsbedarfe und Verbesserungspotenziale ableiten.

Die Personalanhaltswerte nach § 113c Absatz 1 SGB XI wurden unter Zugrundelegung des Pflege- und Unterstützungsbedarfs in den einzelnen Pflegegraden nach derzeit geltendem Begutachtungsinstrument wissenschaftlich fundiert ermittelt. Durch die geplanten Weiterentwicklungen des Begutachtungsinstruments nach § 15 wird sich die Ausprägung des tatsächlichen Pflege- und Unterstützungsbedarfs in den einzelnen Pflegegraden im Vergleich zu den derzeitigen Pflegegraden unterscheiden. Es ist daher zu überprüfen, zu welchen Verschiebungen es in diesem Zusammenhang kommen wird. Ggf. ist eine Neujustierung der wissenschaftlich ermittelten Personalanhaltswerte (sog. Algorithmus 1.0) erforderlich, um eine nicht intendierte Absenkung der Personalanhaltswerte zu verhindern. Der GKV-Spitzenverband sollte die Überprüfung mittels methodisch-empirischer Kurzexpertise beauftragen.

C) Änderungsvorschlag

§ 113c Absatz 8 Satz 4 wird wie folgt gefasst: „Ferner berichtet der Spitzenverband Bund der Pflegekassen über den Umfang des Pflegehilfskraftpersonals, das nach Absatz 2 Nummer 1 die

Personalanhaltswerte nach Absatz 1 Nummer 1 überschreitet, und über den Umfang des Pflegehilfskraftpersonals, das nach Absatz 3 vorgehalten wird."

Nach Satz 6 werden folgende neue Sätze 7 und 8 eingefügt: „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit zum 31. Dezember 2031 einen auf wissenschaftlicher Grundlage erstellten Bericht vor über die Erfahrungen der vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen durchführen, die im Modellprojekt nach § 8 Absatz 3b in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung entwickelt und erprobt wurden oder die sich an den Zielen und der Konzeption dieser Modellprojekte orientieren sowie die Verbreitung entsprechender Maßnahmen in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann hierfür Mittel aus § 11 Absatz 1 einsetzen."

Nach Satz 8 wird folgender neuer Satz 9 eingefügt: „Der GKV-Spitzenverband beauftragt eine Überprüfung und ggf. Neujustierung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 vor dem Hintergrund der Weiterentwicklung des Begutachtungsinstruments nach § 15. Er kann hierfür Mittel nach § 11 Absatz 1 verwenden."

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 73 – § 113e SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Zeitraum 2028 bis 2032 soll es vollstationären Pflegeeinrichtungen ermöglicht werden, innerhalb des Korridors zwischen der Mindestpersonalausstattung gemäß Landesrahmenvertrag und den Personalhöchstwerten gemäß § 113c Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3 für Stellenanteile, die nicht zur personellen Ausstattung für Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart werden, alternativ fiktive Transformationsstellenanteile als finanziellen Gegenwert zu vereinbaren. Dieser finanzielle Gegenwert wird in die Pflegesätze eingepreist und soll zur Finanzierung von technischen oder digitalen Systemen, die in einem zu veröffentlichenden Katalog gelistet werden sollen, zur Entlastung des vorhandenen Pflege- und Betreuungspersonals eingesetzt werden.

Die Landesverbände der Pflegekassen werden verpflichtet, Daten zu den vereinbarten Transformationsstellenanteile zu erfassen. Diese dienen als Grundlage für die Berichterstattung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit, die erstmals zum Stichtag 1. Juli 2028 und danach jährlich Aussagen über die Anzahl der vereinbarten Transformationsstellenanteile und die zugrunde gelegten Aufwendungen beinhalten soll.

Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege nach § 10 wird in Absatz 5 beauftragt, erstmalig zum 30. September 2027 einen Katalog von technischen oder digitalen Systemen zu erstellen und zu veröffentlichen, deren unterstützende oder entlastende Wirkung auf das Pflegepersonal auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse oder systematischer Praxisevaluationen nachgewiesen ist. Der Katalog ist quartalsweise zu aktualisieren. Unter Einbezug der Daten nach Absatz 4 evaluiert das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege erstmalig bis zum 30. Juni 2030 und abschließend bis zum 30. Juni 2033 die Auswirkungen dieser Regelung auf die pflegerische Versorgung und deren Finanzierung. Zu Absatz 6

B) Stellungnahme

Digitale Technologien dürfen nicht pauschal als Ersatz für nicht besetzte Personalstellen angesetzt werden. Vor einer regelhaften Berücksichtigung in Vergütungs- oder Refinanzierungsprozessen sind Nutzen, Wirtschaftlichkeit, Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, Entlastung von pflegenden Personen sowie Folgekosten nachzuweisen. Die vielfältigen offenen Fragen sprechen für eine Erprobung, idealerweise durch Einrichtungen, die die Förderung von Digitalisierung in der Pflege durch das Sondervermögen des Bundes nach §11 Absatz 4 und 5 SGB XI nutzen. Die Erprobungsphase sollte mit der Dauer der Förderung nach §11 Absatz 4 SGB XI harmonisiert werden.

Die Fördermöglichkeit, wie aktuell formuliert, lässt zu viele Fragen offen: Zum einen dürfte eine Pflegeeinrichtung für eine Förderung nicht die gesetzlich geregelte Personalhöchstausstattung vereinbart haben. Zum anderen muss die Einrichtung ihre Personalausstattung entsprechend der Qualifikationsgruppen nach § 113c Absatz 1 vereinbart haben. Andernfalls könnte nicht die Differenz zwischen der Mindestpersonalausstattung gemäß Landesrahmenvertrag und den Personalhöchstwerten gemäß § 113c Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3 für die Transformationsstellenanteile ermittelt werden. Entsprechend dem aktuellen Bericht des GKV-Spitzenverbands nach § 113c Absatz 8 verfügen nur rund ein Drittel der vollstationären Einrichtungen

über eine solche differenzierte Vereinbarung der Personalausstattung. Hinzu kommt, dass Einrichtungen abhängig von ihrer vereinbarten Personalausstattung unterschiedliche Förderansprüche haben. Einrichtungen, die weniger Personal vorhalten, haben die Möglichkeit, höhere Transformationsstellenanteile zur Finanzierung technischer Lösungen zu vereinbaren. Einrichtungen mit einer Mindestpersonalausstattung haben damit die größten Förderansprüche. Damit werden Fehlanreize für den Personaleinsatz gesetzt und das wissenschaftlich entwickelte Personalbemessungsverfahren, an das sich die gesetzliche Regelung in § 113c Absatz 1 anlehnt, in Frage gestellt. Hinzu kommt, dass in den Regelungen bisher kein kausaler und kein quantitativer Zusammenhang zwischen Entlastungswirkung der Digitalisierungsmaßnahme und der nicht mehr zu besetzenden Personalstelle hergestellt wird. Ebenso wird nicht differenziert, auf welchen Qualifikationsstufen die Entlastung stattfindet und welche Stellenarten durch die Transformationsstellen ersetzt werde können.

In der jetzigen Ausgestaltung sind ferner erhebliche bürokratische Aufwände bei der Umsetzung anzuführen. Die durch die fiktiven Stellenanteile zur Verfügung stehenden Finanzmittel sind zweckgebunden zur Finanzierung bestimmter, in einem Katalog gelisteter Systeme einzusetzen. Dies bedeutet, dass die Pflegekassen ein eigenes Nachweisverfahren etablieren müssen. Sollte die Zweckbindung nicht nachgewiesen werden können, greift § 115 Absatz 3. In der Folge sind die sehr aufwändigen Verfahren der Vergütungskürzung und der Rückzahlung an die betroffenen Pflegebedürftigen und weiteren Kostenträger durchzuführen.

Dagegen wird grundsätzlich die Zielrichtung des Gesetzgebers mit Absatz 5 begrüßt, auf wissenschaftlicher Grundlage den Zusammenhang zwischen Technologie- und Personaleinsatz zu untersuchen und entsprechende Nachweise erbringen zu lassen. Ebenso sind Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung, die Entlastungen aber auch Belastungen des Pflegepersonals sowie die Entwicklung der Besetzung von Personalstellen zu evaluieren. Das Kompetenzzentrum sollte daher Konzepte zu Transformationsstellen evaluieren und daraus einen entsprechenden Katalog solcher Systeme entwickeln. Erst auf dieser Grundlage sollte geprüft werden, ob beziehungsweise inwieweit nachgewiesene Effizienzgewinne durch digitale Technologien bei der Bemessung der Pflegevergütungen zu berücksichtigen sind.

C) Änderungsvorschlag

Die Neuregelung ist durch folgende Regelung zu ersetzen:

„Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege nach § 10 wird beauftragt, bis zum 30. September 2031 sowohl ein Verfahren zur Ermittlung eines Korridors für die Anrechnung von Personal und Technologie als auch einen Katalog von technischen oder digitalen Systemen zu erstellen. Hierfür kann das Kompetenzzentrum bis 30. September 2031 Konzepte zu Transformationsstellen in der Praxis evaluieren. Hierfür werden aus den Mitteln nach § 11 Absatz 4 SGB XI (neu) 5 Mio. Euro für wissenschaftliche Expertisen zur Verfügung gestellt. Die unter § 11 Absatz 5 SGB XI genannten förderfähigen Maßnahmen der Digitalisierung sind nicht förderfähig im §113e SGB XI. Voraussetzung für die Aufnahme eines technischen oder digitalen Systems im Katalog ist neben dem Nutzennachweis auch ein Wirtschaftlichkeitsnachweis mit bezifferbaren Effizienzgewinnen. Das Bundesministerium für Gesundheit prüft auf Grundlage des Verfahrens und Katalogs, inwieweit nachgewiesene Effizienzgewinne durch digitale Technologien bei der Bemessung der Pflegevergütungen nach § 84 und § 89 zu berücksichtigen sind und gibt entsprechende Empfehlungen ab.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 78 – §125a Modellvorhaben zur Erprobung der Telepflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll bis zum 31. Dezember 2027 Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in der ambulanten und in der stationären Langzeitpflege erarbeiten und zwar im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, 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.

B) Stellungnahme

Die Beteiligung „geeigneter Verbände der Digitalwirtschaft“ war zur Durchführung der Modellvorhaben sachgerecht. Im Rahmen der Erarbeitung der Empfehlungen ist deren Beteiligung jedoch aufgrund wirtschaftlicher Eigeninteressen kritisch zu sehen. Die Empfehlungen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in der ambulanten und in der stationären Langzeitpflege sind aber unbedingt unabhängig von etwaigen wirtschaftlichen Interessen zu erarbeiten. Darüber hinaus ist fraglich, wie „geeignete Verbände der Digitalwirtschaft“ zu definieren sind und wer über die Geeignetheit entscheidet bzw. in welcher Art und Weise die Entscheidung getroffen wird.

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass das Modellvorhaben zur Erprobung der Telepflege abgeschlossen ist und die Erarbeitung der Empfehlungen zur Umsetzung er Ergebnisse der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in der ambulanten und in der stationären Langzeitpflege noch aussteht. In der Folge sollte die Überschrift in „Empfehlungen zur Umsetzung der Telepflege“ geändert werden.

C) Änderungsvorschlag

in § 125a SGB XI wird „mit geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft“ gestrichen.

Die Überschrift von § 125a wird wie folgt gefasst: „Empfehlungen zur Umsetzung der Telepflege“.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 83 – § 135 Absatz 4 Zuführung der Mittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die 2024 bis 2027 angewendete Absenkung der Zuführung von Mitteln an den Pflegevorsorgefonds auf jährlich 700 Millionen Euro wird bis 2028 verlängert, 2029 wird diese Zuführung auf einen Betrag in Höhe von 1,2 Milliarden Euro erhöht und erst ab 2030 wieder zur in Abs. 1 vorgesehenen Zuführung zurückgekehrt.

B) Stellungnahme

Die gekürzte Zuführung widerspricht dem ursprünglichen Zweck der Bildung eines Fonds zur Abfederung der zu erwartenden Belastungen der SPV, wenn die Babyboomer ab 2035 pflegebedürftig werden, und sollte daher nicht verlängert werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung von § 135 Abs. 4 wird gestrichen.

Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 – § 55 Absatz 3b - neu Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ein Beitragszuschlag für die nach § 25 bislang beitragsfrei mitversicherten Ehegattinnen/Ehegatten bzw. Lebenspartnerinnen/Lebenspartner von Mitgliedern eingeführt. Die vorgesehene Regelung vollzieht damit die für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bereits mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehene Regelung nach. Der Beitragszuschlag beträgt 0,52 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds und soll somit dessen wirtschaftliche Leistungsfähigkeit abbilden. Der Beitragszuschlag fällt deutlich niedriger aus als der Beitrag, der bei Wegfall der beitragsfreien Familienversicherung und Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft des Ehegatten oder Lebenspartners in der GKV und der damit verbundenen Pflichtversicherung in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) auf Basis der Mindestbemessungsgrundlage zu zahlen wäre.

Die Regelung verweist im Wesentlichen auf die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehene Regelung des § 242b SGB V. Es gelten somit die gleichen Ausnahmen, bei deren Vorliegen für Ehegatten und Lebenspartner kein Beitragszuschlag anfällt. Die Ausnahmetatbestände sollen Konstellationen abbilden, in denen Ehegatten oder Lebenspartner im familiären Kontext Aufgaben wahrnehmen, die im Regelfall der Aufnahme einer Beschäftigung entgegenstehen. Der Zuschlag wird demnach nicht erhoben, wenn

1. das Mitglied oder der nach § 25 versicherte Ehegatte oder Lebenspartner ein Kind hat, das das siebte Lebensjahr noch nicht vollendet hat und im Haushalt des nach § 25 versicherten Ehegatten oder Lebenspartners lebt oder,
2. das Mitglied oder der nach § 25 versicherte Ehegatte oder Lebenspartner ein Kind hat, das als Mensch mit Behinderungen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten und im Haushalt des nach § 25 versicherten Ehegatten oder Lebenspartners lebt, oder
3. der nach § 25 versicherte Ehegatte oder Lebenspartner nicht erwerbsmäßig einen Angehörigen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche in seiner häuslichen Umgebung pflegt oder eine Freistellung von der Arbeitsleistung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch nimmt, oder
4. der nach § 25 versicherte Ehegatte oder Lebenspartner die Regelaltersgrenze nach § 235 des Sechsten Buches erreicht hat, oder
5. der nach § 25 versicherte Ehegatte oder Lebenspartner im Sinne des § 43 Absatz 2 Satz 2 des Sechsten Buches voll erwerbsgemindert ist.

B) Stellungnahme

Probleme in der fachlichen Umsetzung der Regelung und Änderungsvorschläge wurden bereits in der Stellungnahme zum Referentenentwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes beschrieben. Auf die Stellungnahme (zu Artikel 1 Nummer 63) vom 19.04.2026 wird daher verwiesen.

Als besonders verwaltungsaufwändig ist die Ausnahme für nach § 25 versicherte Ehegatten oder Lebenspartner anzusprechen, die im Sinne des § 43 Absatz 2 Satz 2 des Sechsten Buches voll erwerbsgemindert sind. Eine Erwerbsminderung im Sinne dieser Vorschrift wird üblicherweise durch die Träger der Rentenversicherung festgestellt; die Prüfung nimmt eine gewisse Zeit in Anspruch, bevor

durch einen Rentenbescheid die Erwerbsminderung nachgewiesen werden kann. Es erscheint daher nicht sinnvoll, eine Erwerbsminderung parallel auch von den Kranken- bzw. Pflegekassen, ggf. unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes, feststellen zu lassen. Von daher bietet sich an, die Beitragszuschlagsfreiheit für diese Personen an die Bewilligung bzw. den Bezug einer Rente wegen voller Erwerbsminderung zu knüpfen oder die Träger der Rentenversicherung zu verpflichten, auf Ersuchen der Kranken- bzw. Pflegekasse eine gutachterliche Stellungnahme zum Vorliegen einer vollen Erwerbsminderung abzugeben. Vorbild könnte die Regelung in § 109a Absatz 3 SGB VI sein. Damit ließen sich Mehraufwände auf Seiten der Krankenkassen vermeiden.

Insgesamt ist festzustellen, dass durch die Erhebung des Beitragszuschlags – jenseits der zusätzlichen Aufwände bei den Kranken- bzw. Pflegekassen – auch erhöhte Bürokratieaufwände bei den Arbeitgebern und den übrigen beitragsabführenden Stellen entstehen und die Einführung bereits zum 1. Januar 2028 die Kranken- und Pflegekassen sowie die weiter beteiligten Institutionen vor enorme Herausforderungen stellt.

Neben Fragen der fachlichen Umsetzung stellt sich auch die Frage nach der finanziellen Wirkung. Die Maßnahme bewirkt entweder Mehreinnahmen durch den Beitragszuschlag von 0,52 % auf die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds oder durch Aufnahme einer mehr als geringfügigen Beschäftigung. Frauen in den Altersgruppen von 55 bis 65 Jahren weisen gemäß der amtlichen Statistik KM 6 den höchsten Anteil an beitragsfrei Versicherten auf. Im Falle geringer oder durch Zeitverlauf nicht mehr nachgefragter beruflicher Qualifikation ist hier eine Beschäftigung vor allem im Niedriglohnsektor zu erwarten. Mehreinnahmen für die soziale Pflegeversicherung sind dabei in geringerem Umfang zu erwarten, falls es zur Verdrängung von Minijobs kommt, wenn also die gleiche Arbeit lediglich durch andere Personengruppen erbracht wird. Die vorgesehene Erhöhung des Arbeitgeberbeitrags schafft zusätzlich Anreize, nach Mindestlohn vergütete Arbeit aus dem Bereich Minijob in den Übergangsbereich nach § 20 SGB IV zu verlagern.

Darüber hinaus ergibt sich im Zeitverlauf eine abnehmende Finanzwirkung, weil aus der besonders betroffenen Altersgruppe der über 55-Jährigen immer mehr Frauen die Regelaltersgrenze der Rentenversicherung erreichen und damit wieder Zugang zur beitragsfreien Familienversicherung erlangen.

Die vorgeschlagene Maßnahme zielt insoweit nicht darauf ab, einen aufwachsenden Beitrag zur Stabilisierung der finanziellen Situation der sozialen Pflegeversicherung zu leisten.

Angesichts der Mehraufwände bei den beitragsabführenden Stellen wird die vorgesehene Regelung insgesamt kritisch bewertet, zumal strukturelle Probleme der sozialen Pflegeversicherung nicht im ausreichenden Maß angegangen werden und Bund und Länder eine angemessene Bereitschaft zur Übernahme ihrer Verantwortung für die finanzielle Zukunft der sozialen Pflegeversicherung mit diesem Gesetzentwurf nicht ausreichend erkennen lassen.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 – § 20 Absatz 1 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden verpflichtet, bei der Erbringung von Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung die spezifischen Belange älterer Menschen und Pflegebedürftiger zu berücksichtigen und den GKV-Leitfaden Prävention entsprechend anzupassen.

B) Stellungnahme

Der Intention des Gesetzgebers, die Prävention von und bei Pflegebedürftigkeit zu stärken, ist grundsätzlich zu begrüßen. Leistungen der Primärprävention und Gesundheitsförderung nach §§ 20, 20a SGB V können auch für ältere Menschen, die pflegebedürftig sind und zu Hause von Angehörigen oder durch ambulante Pflegedienste versorgt werden, sinnvoll sein und helfen, gesundheitliche Risiken zu reduzieren und Ressourcen zu stärken. Ob die Weiterentwicklung dieser Angebote der individuellen verhaltensbezogenen Primärprävention und Gesundheitsförderung tatsächlich ausreichend ist, um pflegebedürftige Menschen bedarfsgerecht zu erreichen und zu unterstützen, oder ob zusätzliche Angebote außerhalb des SGB V erforderlich sind, muss sich jedoch erst noch zeigen.

Im Jahr 2024 förderten die Krankenkassen rund 1,96 Mio. Teilnahmen an Präventionskursen. Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden (55 Prozent) war 50 Jahre und älter. Sowohl der zur Verfügung stehende Betrag je Versicherten für Leistungen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention in Höhe von 2,93 Euro als auch der Ausgabenrichtwert gemäß § 20 Absatz 6 Satz 1 SGB V für die Summe aller Leistungsausgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention im Jahr 2024 in Höhe von 9,04 Euro je Versicherten wurden mit 9,21 Euro je Versicherten bereits deutlich überschritten. Wie im Regierungsentwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes angekündigt, sollten die mit der geplanten Abgabe auf zuckergesüßte Getränke ab dem Jahr 2028 zu erwartenden Einnahmen primärpräventiven Angeboten der Krankenkassen zugutekommen, damit auch Finanzmittel für zusätzliche Angebote verfügbar sind.

Vor diesem Hintergrund erscheint es nicht realistisch, dass die für die soziale Pflegeversicherung prognostizieren Minderausgaben durch Prävention und Rehabilitation in Höhe von 300 Mio. Euro im Jahr 2028, 500 Mio. Euro im Jahr 2029 und 1.200 Mio. Euro im Jahr 2030 tatsächlich realisiert werden können.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 – § 20b Absatz 3 Betriebliche Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sollen verpflichtet werden, Grundsätze zu Inhalten und Umfang der Förderung von örtlichen, überbetrieblichen Netzwerken in Form von Projektförderung zu vereinbaren. Dies soll u. a. auch Krankenhäusern, Pflegebetrieben und kleinen und mittleren Unternehmen zugutekommen, denen die Angebote der regionalen Koordinierungsstellen für betriebliche Gesundheitsförderung oft nicht bekannt sind.

B) Stellungnahme

Die Intention, verstärkt örtliche, überbetriebliche Netzwerke zu unterstützen, um die betriebliche Gesundheitsförderung damit stärker im lokalen Sozialraum zu verankern, ist grundsätzlich zu begrüßen. Relevant ist die ausdrückliche Einordnung als Projektförderung, die verdeutlicht, dass die Unterstützung solcher Netzwerke durch die Krankenkassen zeitlich befristet ist und die Finanzierung keine dauerhafte Aufgabe der Krankenkassen ist.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 – § 20c Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen sollen verpflichtet werden, mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung bei ihren Präventionsaufgaben eng zusammenzuarbeiten (vgl. § 20c Absätze 1 und 2 neu SGB V) und diese zu unterstützen, indem sie die Versicherten auf die Möglichkeiten der Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit nach § 14 SGB VI hinweisen.

B) Stellungnahme

Mit den Bundesrahmenempfehlungen nach §20d Absatz 3 SGB V haben die Träger der Nationalen Präventionskonferenz – Kranken-, Unfall-, Renten- und soziale Pflegeversicherung – durch die gemeinsame Festlegung von Zielen und Handlungsfeldern bereits eine wesentliche Grundlage für die Stärkung der Zusammenarbeit zwischen den Sozialversicherungsträgern geschaffen. Durch die Neuregelung wird die Kooperation zwischen Kranken- und Rentenversicherung nun verbindlich ausgestaltet. Die Sozialgesetzbücher VI und VII sind sollten im Sinne einer kohärenten Rechtslage anzupassen, dass auch die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Prävention nach § 20 Absatz 4 SGB V unterstützt werden.

C) Änderungsvorschlag

Siehe Stellungnahme.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 – §25 Gesundheitsuntersuchungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll einen erweiterten Anspruch für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr in der Gesundheitsuntersuchungen-Richtlinie schaffen, der sich insbesondere auf Prävention von Pflegebedürftigkeit und Früherkennung von altersassoziierten Risiken und Erkrankungen richtet. Die Regelung soll bis Ende 2027 getroffen worden sein. Zudem soll eine Verknüpfung zu Hinweisen nach §25b SGB V erfolgen.

B) Stellungnahme

Die Gesundheitsuntersuchungen stehen bereits heute für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr zur Verfügung und die Untersuchungs- und Beratungsinhalte richten sich durch ihren Schwerpunkt im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen auch heute schon auf wesentliche Faktoren zur Prävention von Pflegebedürftigkeit. Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dem G-BA einen Prüfauftrag zu geben, ob es weitere evidenzbasierte Maßnahmen gibt, die dieses Ziel unterstützen. Der gesetzliche Auftrag sollte entsprechend offen formuliert werden. Die vorgesehene Frist wird einer evidenzbasierten Vorgehensweise mit systematischer Evidenzrecherche und Einbindung von Experten nicht gerecht. Hier sollte die reguläre Frist von Methodenbewertungsverfahren von 24 Monaten zu Grunde gelegt werden.

Zudem ist anzumerken, dass der Begriff „Belastungen“ in der medizinischen Wissenschaft zu unbestimmt ist. Es wird als ausreichend klar angesehen, nur auf Risiken und Erkrankungen abzustellen.

C) Änderungsvorschlag

Einfügung eines neuen Absatzes 2a): „Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft, ob für Versicherte, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, ein ergänzender Anspruch auf medizinische Leistungen zur Früherkennung und Prävention altersbedingter gesundheitlicher Risiken und Erkrankungen zu formulieren ist. Ziel ist insbesondere die Erhebung von Befunden, die geeignet sind, das Risiko des Eintritts von Pflegebedürftigkeit frühzeitig zu erkennen, sowie die Beratung zu Maßnahmen, die der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und der Erhaltung einer eigenständigen Lebensführung dienen. Hinweise gemäß § 25b Ab-satz 1 und 4 sind bei den Untersuchungen zu berücksichtigen.“

Neuer Satz in Absatz 4 nach Satz 7: „Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt erstmals bis zum Ablauf von 24 Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Ausgestaltung der medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Prävention altersbedingter gesundheitlicher Risiken, Belastungen und Erkrankungen nach Absatz 2a.“

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 – § 39 Absatz 1a SGB V Entlassmanagement nach Krankenhausbehandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Pflegeneuordnungsgesetz soll unter anderem ein neuer Leistungsanspruch der Pflegebegleitung eingeführt werden. Hierfür haben die Vertragspartner, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband, im Rahmenvertrag Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a SGB V zu regeln, dass die erforderlichen Informationen nach Einwilligung der Patientinnen und Patienten in gesicherter elektronischer Form an die für die Pflegebegleitung zuständige Stelle übermittelt werden können. Zudem ist den Patientinnen und Patienten die für die Pflegebegleitung zuständige Stelle vor der Einwilligung konkret von der Pflegekasse zu benennen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine inhaltlich sachgerechte Folgeänderung aufgrund der Neuregelung nach §§ 7c und 7d SGB XI, wonach die Pflegebegleitung bei der Umsetzung von Maßnahmen, die im Rahmen des Entlassmanagements nach einem Aufenthalt im Krankenhaus bekannt werden, unterstützen soll. Wichtige Informationen aus dem Krankenhaus über den gesundheitlichen Zustand pflegebedürftiger Patientinnen und Patienten, aber insbesondere auch über Potenziale zur möglichen Verbesserung bestehender Beeinträchtigungen sollen dem Erhalt und der Wiedererlangung von Fähigkeiten von Pflegebedürftigen dienen.

Um die nach einem Krankenhausaufenthalt erforderliche Organisation der Anschlussversorgung auch aufseiten der Krankenkassen zu verbessern, wäre die Einführung einer kurzen Entlassmitteilung sinnvoll. Die in der Vereinbarung zum Datenaustausch nach § 301 SGB V geregelte Entlassungsanzeige wird zumeist erst mit der Schlussrechnung übermittelt. Dies ist adäquat für Abrechnungsbelange, führt aber oft zu verzögerter Meldung, die eine gute Anschlussversorgung gefährdet, und zu unnötiger bürokratischer Abstimmung zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Eine kleine vorläufige Entlassmitteilung, die lediglich Informationen zum Entlasstag und -grund enthält, kann die rechtzeitige, effiziente und effektive Koordination der weiteren Versorgung ermöglichen.

Das Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a SGB V dient dazu, den Übergang von der Krankenhausbehandlung in die weitere Versorgung koordiniert, sicher und lückenlos zu gestalten. Insofern böte es sich zur Einführung einer solchen Entlassmitteilung an.

C) Änderungsvorschlag

§ 39 Absatz 1a Satz 5 wird wie folgt geändert: „Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1; diese erhält hierfür spätestens innerhalb von drei Arbeitstagen nach der Entlassung oder Verlegung des Versicherten vom Krankenhaus eine vorläufige Information zum Entlasstag und Entlassgrund; soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander.“

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 Buchstabe a – § 40 Absatz 3 Satz 2 Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Ergänzung in § 40 Absatz 3 Satz 2 letzter Halbsatz soll die Bedeutung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei einer geriatrischen Indikation hervorgehoben werden. Diese soll das Therapieziel der Vermeidung, Verringerung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit besonders berücksichtigen. Dadurch soll den spezifischen Bedarfen älterer, häufig morbider Versicherter, bei denen der Erhalt oder die Wiedererlangung von Selbständigkeit von besonderer Bedeutung ist, Rechnung getragen werden.

B) Stellungnahme

Die mit der Ergänzung in § 40 Absatz 3 Satz 2 letzter Halbsatz einhergehende Zielsetzung ist nachvollziehbar. Die Regelung schließt an die in § 11 Absatz 2 Satz 1 SGB V definierte Zielsetzung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an. Diese erfolgen, um Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Diese Zielsetzung wird auch bei der vertragsärztlichen Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation berücksichtigt (§ 1 Absatz 1 Reha-RL). Somit erfolgt bei der Leistung zur geriatrischen Rehabilitation keine Neuausrichtung des Rehabilitationsauftrages der gesetzlichen Krankenversicherung, der insgesamt und nicht nur bei der Leistungsausführung auf die Vermeidung, Verringerung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit gerichtet ist. Maßgeblich hierfür sind die mit dem Rehabilitanden vereinbarten Rehabilitationsziele, welche zugleich die Teilhabeziele umfassen. Der Begriff Therapieziele berücksichtigt diesen umfassenden Ansatz nicht. Die gesetzliche Änderung hat allein klarstellenden Charakter mit Blick auf die Leistung der geriatrischen Rehabilitation. Um Missverständnisse zu vermeiden, sollten jedoch sprachliche Anpassungen erfolgen.

In der Begründung des Referentenentwurfs sind bei den Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung, aufsteigend ab dem Jahr 2028, erwartete Minderausgaben aufgrund von „Prävention und Rehabilitation“ aufgeführt, die im Jahr 2030 einen Umfang von 1,2 Mrd. Euro erreichen sollen. Da bei den Ausführungen zu den Haushaltsausgaben im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung keine „Gegenbuchung“ durch zusätzliche Ausgaben für Rehabilitationsleistungen erfolgt, bleibt unklar, wodurch die erwarteten Effekte im Bereich der Pflegeversicherung bezogen auf den Bereich Rehabilitation erreicht werden sollen, zumal die vorgesehene gesetzliche Änderung – wie oben dargestellt – eher klarstellenden Charakter hat.

C) Änderungsvorschlag

In § 40 Absatz 3 Satz 2 letzter Halbsatz wird das Wort „Rehabilitationsmaßnahme“ durch das Wort „Rehabilitation“ und das Wort „Therapieziel“ durch das Wort „Rehabilitationsziel“ ersetzt.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 Buchstabe b – § 40 Absatz 3 Satz 18 Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Ergänzung in § 40 Absatz 3 Satz 18 soll die durch das Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz, GKV-IPReG) auf die Jahre 2021 bis 2023 begrenzte Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes zu den Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von geriatrischer Rehabilitation einmalig wiederaufgelegt werden. Der Bericht soll qualitativ um die Hürden der Inanspruchnahme geriatrischer Rehabilitation ergänzt werden. Hierzu sollen unter anderem strukturelle Defizite (z. B. regionale Versorgungsunterschiede), organisatorischer Hindernisse (z. B. Antragsverfahren, Schnittstellenprobleme) oder individuelle Barrieren (z. B. Informationsdefizite, soziale Faktoren) zählen. Auch die Hürden in der Inanspruchnahme mobiler geriatrischer Rehabilitation sollen in den Blick genommen werden. Der Bericht für die Jahre 2021 bis 2026 soll dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. September 2027 vorgelegt werden.

B) Stellungnahme

Mit dem Ziel, Transparenz zur Umsetzung der Neuregelung der Verordnung geriatrischer Rehabilitationen durch das GKV-IPReG zu schaffen, hat der GKV-Spitzenverband bereits für die Jahre 2021 bis 2023 einen jährlichen Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit übermittelt. Dieser Bericht umfasste neben den gesetzlich geforderten quantitativen und qualitativen Angaben zusätzlich auch Aussagen zur Inanspruchnahme von geriatrischer Rehabilitation. Hierzu wurden die Gründe für eine ausbleibende oder nicht zeitnahe Inanspruchnahme der vertragsärztlich verordneten Leistung zur geriatrischen Rehabilitation aufgezeigt. Somit umfasste der Bericht des GKV-Spitzenverbandes für die genannten Berichtsjahre bereits die nunmehr im Weiteren vorgesehenen Angaben zu möglichen Hürden bei der Inanspruchnahme geriatrischer Rehabilitation. Der Bedarf und zusätzliche Erkenntnisgewinn für eine erneute Berichterstattung des GKV-Spitzenverbandes ist nicht erkennbar, zumal dieser auch mit einem erheblichen Aufwand für die Krankenkassen verbundene ist. Zudem ist die vorgesehene rückwirkende Berichtserstattung insgesamt und insbesondere für die Jahre 2024 bis 2026 nicht umsetzbar. Entsprechende qualitative und quantitative Daten können rückwirkend für die Vergangenheit nicht erhoben werden. Vor diesem Hintergrund ist die Regelung einer erneuten und rückwirkenden Berichtserstattung nicht gerechtfertigt, mit unnötiger Bürokratie verbunden und daher abzulehnen.

C) Änderungsvorschlag

§ 40 Absatz 3 Satz 18 wird gestrichen.

Artikel 4 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 – § 3 Versicherungspflicht der Pflegepersonen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die eine Rente wegen Alters beziehen, nach Erreichen der Regelaltersgrenze nicht als Pflegeperson in der Rentenversicherung versicherungspflichtig werden. Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung für Pflegepersonen, die bereits eine Rente wegen Alters beziehen, sind künftig nur noch bis zum Ablauf des Monats zu zahlen sind, in dem die Pflegeperson die Regelaltersgrenze erreicht.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht und entspricht einer vom GKV-Spitzenverband schon seit Jahren vorgetragenen Forderung.

Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 42 (zu § 44 Absatz 1 SGB XI) wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 – § 166 Absatz 2 Beitragspflichtige Einnahmen der Pflegepersonen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass die von den Pflegekassen für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen an die Rentenversicherung zu zahlenden Beiträge deutlich verringert werden. Die unverändert nach den unterschiedlichen Pflegegraden gestaffelten beitragspflichtigen Einnahmen, auf deren Grundlage die Beiträge für die Pflegepersonen zu berechnen sind, werden auf 70 Prozent des bisherigen Niveaus abgesenkt.

B) Stellungnahme

Durch die Reduzierung der beitragspflichtigen Einnahmen geht auch eine entsprechende Reduzierung der Zahlung der bisherigen Beiträge für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen durch die soziale Pflegeversicherung (SPV) an die gesetzliche Rentenversicherung einher. Das Einsparvolumen für die SPV wird für 2027 ausweislich des Gesetzentwurfs auf 1,8 Mrd. Euro geschätzt.

Bei den Beiträgen für die soziale Sicherung der Pflegepersonen handelt es sich um eine versicherungsfremde Leistung, die nicht im Aufgabenportfolio der sozialen Pflegeversicherung zu verorten ist und nicht zu deren Lasten gehen darf. Gleichzeitig handelt es sich bei der Pflege von An- und Zugehörigen um eine gesamtgesellschaftlich hoch relevante Aufgabe, ohne die die häusliche Pflege in Deutschland nicht aufrecht zu erhalten wäre und die entsprechend weiter sozial abgesichert werden muss. Die nunmehr vorgesehene Regelung steht dem bestehenden Handlungsbedarf diametral entgegen. Anstatt die soziale Sicherung der Pflegepersonen sachgemäß aus Steuermitteln zu finanzieren, soll es bei der Belastung der Beitragszahlenden bleiben. Darüber hinaus konterkarieren die Reduzierung der Beiträge und die damit verbundenen reduzierten Rentenansprüche der betroffenen Pflegepersonen das Engagement der Pflege im häuslichen Umfeld. Das angestrebte Einsparvolumen wird voll umfänglich zu Lasten der betroffenen Pflegepersonen gehen. Eine derartige Entwicklung gilt es zu vermeiden.

Die Regelung wird daher strikt abgelehnt. Stattdessen wird erneut gefordert, die mit der sozialen Sicherung der Pflegepersonen verbundenen finanziellen Aufwendungen zur gesetzlichen Rentenversicherung umfänglich als gesamtgesellschaftliche Aufgabe anzuerkennen und die erforderlichen Mittel hierfür aus Steuermitteln aufzubringen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 4 Nr. 2 wird gestrichen und eine Finanzierungsregelung der Beiträge für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen durch den Bund in § 213 etabliert.

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 – § 5 Absatz 3 SGB XI Prävention

A) Neuregelungsbedarf

Aus Sicht des GKV-Spitzenverband sollten nicht verausgabte Mittel für Prävention den Pflegekassen im Folgejahr (weiterhin) zweckgebunden für Ausgaben zur Prävention zur Verfügung stehen, jedoch nicht mehr umverteilt werden an die Pflegekassen, die Kooperationsvereinbarungen eingehen.

Die Streichung führt zur Bürokratieentlastung (Aufwand bei den einzelnen Pflegekassen und beim GKV-Spitzenverband für das Umlageverfahren wird eingespart), da die Mehrheit der Pflegekassen Kooperationsvereinbarungen untereinander umsetzen. Die im monatlichen Finanzausgleich der Pflegeversicherung/Pflegekassen nach § 65 ff. SGB XI jeweils an die betreffenden einzelnen Pflegekassen ausgezahlten nicht verbrauchten finanziellen Mittel nach § 5 Absatz 3 SGB XI bleiben den Pflegekassen faktisch nicht erhalten. Die mit viel Verwaltungsaufwand abgeführten und wieder ausgeschütteten nicht verbrauchten Mittel werden im nachfolgenden Monat wieder an den Ausgleichsfonds abgeführt und stehen den betreffenden Pflegekassen nur „virtuell“ (planerisch) zur Verfügung. Kooperationsvereinbarungen sind als Verfahren für die Umsetzung einer kassenübergreifenden Kooperation inzwischen etabliert. Für die Umsetzung des § 5 Absatz 1a SGB XI ist eine kassenübergreifende Kooperation nicht notwendig oder zielführend, da die zu vermittelnden Leistungen der individuellen Primärprävention immer auf den einzelnen Versicherten ausgerichtet sind. Viele Pflegekassen überschreiten bei den Aufwendungen zur Prävention nach § 5 Absatz 1 SGB XI den jährlichen Richtwert seit Jahren. Der gesetzliche Richtwert wird insgesamt zunehmend erreicht (vgl. Präventionsbericht 2025).

B) Änderungsvorschlag

Im § 5 Absatz 3 SGB XI soll der Satz 2 teilweise gestrichen und ergänzt werden um die Formulierung der zweckgebundenen Verausgabung. Der Satz 3 soll vollständig gestrichen werden: 3) Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach den Absätzen 1 und 1a sollen die Pflegekassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen. Erreicht eine Pflegekasse den in Absatz 2 festgelegten Betrag in einem Jahr nicht, **(so sind die nichtverausgabten Mittel im Folgejahr zusätzlich für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 oder Absatz 1a zu verwenden.** ~~stellt sie die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Verfügung, der die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Pflegekassen zur Wahrnehmung der Aufgaben nach den Absätzen 1 und 1a verteilt, die Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen geschlossen haben. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen nach Satz 2 gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.~~

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 74 – § 115 Absätze 3 und 3a

A) Neuregelungsbedarf

Das vorgegebene Verfahren der Vergütungskürzung bei Nichtbezahlung der der Vergütungsvereinbarung zugrunde gelegten Gehälter ist äußerst aufwändig. Sowohl die Vereinbarung eines Kürzungsbetrags als auch die Ermittlung und Erstattung der jeweiligen Rückzahlungsbeträge an die betroffenen Pflegebedürftigen oder ggf. ihre Erben sind langwierig und binden erhebliche Ressourcen. Das Verfahren ist zu erleichtern und zudem sollten alternative Verrechnungsmöglichkeiten vorgesehen werden.

B) Änderungsvorschlag

§ 115 Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst: “Hält die Pflegeeinrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere ihre Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung aus dem Versorgungsvertrag (§ 72) ganz oder teilweise nicht ein, sind die nach dem Achten Kapitel vereinbarten Pflegevergütungen für die Dauer der Pflichtverletzung durch die Pflegekassen entsprechend zu kürzen.”

In § 115 Absatz 3 sind die Sätze 2 bis 4 zu streichen.

In § 115 Absatz 3a wird Satz 3 wie folgt gefasst: “Die Pflegekassen können nach Ermessen den Kürzungsbetrag gemäß Absatz 3 Satz 1 auch im Rahmen der folgenden Vergütungsvereinbarung verrechnen.”

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Neuer § 125a Absatz 2 SGB XI

A) Neuregelungsbedarf

In § 7c Absatz 3 und Absatz 5 und § 37 Absatz 3 SGB XI wird hinsichtlich der Nutzung von Video im Kontext der pflegerischen Versorgung auf die nach § 365 Absatz 1 SGB V vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden verwiesen. Es existieren bislang für die zentralen Berufsgruppen Ärzte, Zahnärzte, Physiotherapie, Ernährungstherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Ergotherapie sowie für Hebammen mit den jeweiligen Vertragspartnern vereinbarte Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden.

Im Modellprogramm zur Erprobung der Telepflege wurde der Einsatz dieser Videodienste evaluiert und ein Ergebnis ist, dass die Videodienste nach § 365 Absatz 1 SGB V nicht auf die Bedarfe der pflegerischen Versorgung ausgerichtet sind.

Für die zentrale Berufsgruppe Pflege bedarf es einer auf die Bedarfe der pflegerischen Versorgung zusätzlich ausgerichteten eigenen Vereinbarung zu den technischen Anforderungen. Vergleichbar mit dem § 366 f. SGB V sollte ein weiterer Paragraf aufgenommen werden, der die Vereinbarung über technische Verfahren zur Erbringung von Videokommunikation regelt.

B) Änderungsvorschlag

Es wird ein neuer § 125a Absatz 2 SGB XI eingeführt:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen vereinbart mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, mit der oder dem Bundesbeauftragten für Datenschutz und dem Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik und mit der Gesellschaft für Telematik die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videokommunikation, insbesondere Einzelheiten hinsichtlich der Qualität und der Sicherheit, und die Anforderungen an die technische Umsetzung. Bei der Fortschreibung der Vereinbarung ist vorzusehen, dass für die Durchführung von Videokommunikation ergänzend auch Dienste der Telematikinfrastruktur genutzt werden können, sobald diese zur Verfügung stehen. § 630e des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist zu beachten. Kommt die Vereinbarung nach Absatz 1 nicht zustande, so ist auf Antrag eines der Vereinbarungspartner ein Schlichtungsverfahren nach § 370 SGB V bei der Schlichtungsstelle nach § 319 SGB V einzuleiten.