Stellungnahme

des

Bundesverbandes Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V.

zum

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz – PNOG) mit Stand vom 04.06.2026

Stellungnahme des bad e. V.

I. Vorbemerkung/Allgemeines:

Der bad e. V. hätte es begrüßt, wenn das Ministerium statt eines sozial unausgewogenen reinen Spar- und Leistungskürzungsgesetzes für die Soziale Pflegeversicherung (SPV) einen Entwurf vorgelegt hätte, der, wie im Koalitionsvertrag vereinbart wurde „die nachhaltige Finanzierung und Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung sichert“. Unter „Nachhaltigkeit“ nur Sparen und Kürzen zu subsumieren, lehnen wir entschieden ab. Verschärft wird dieser Aspekt noch zusätzlich durch die Tatsache, dass der Entwurf die hierin vorgesehenen Bürden vorrangig den Betroffenen, also den pflegebedürftigen Menschen und deren Zu- und Angehörigen, auferlegt.

Der vorgelegte Referentenentwurf des PNOG senkt Leistungen zu Einsparungszwecken vielfach einfach ab: Schwellenwerte werden angehoben, neu eingestufte Pflegebedürftige erhalten in den ersten drei Monaten nur die Hälfte des Entlastungsbudgets, der Entlastungsbetrag für Pflegegrad 1 wird gestrichen, die Leistungsdynamisierung wird so ausgestaltet, dass statt einer kumulierten Inflationsrate von drei Jahren im Jahre 2028 nur eine durchschnittliche Anpassung vorgenommen wird, Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige werden gekürzt etc.

Zahlreiche sinnvollere Einsparungs- und Verbesserungspotenziale, die weder die Versicherten noch die Pflegeeinrichtungen hart treffen würden, werden weiterhin nicht aufgegriffen: So bleibt z. B. die private Pflegeversicherung bei diesem Referentenentwurf außen vor. Weder eine Zusammenlegung mit der SPV, um die Versicherungsrisiken auszugleichen, wird in Angriff genommen, noch ein finanzieller Strukturausgleich, der Milliarden an zusätzlichen Einnahmen bringen könnte. Auch Bund und Länder bleiben nach dem Gesetzesentwurf umfassend verschont und die Bürde der steigenden Sozialhilfeleistungen wird allein in die Kommunen verschoben.

Versicherungsfremde Leistungen sollen laut dem Entwurf weiter von der SPV aufgewendet werden und auch pandemiebedingte Kosten werden der SPV nicht erstattet, was sachlich nicht gerechtfertigt ist und maßgeblich zu ihrer finanziellen Situation beiträgt.

So droht man eine bedeutende Chance für nachhaltige Verbesserungen – innerhalb der aktuellen wirtschaftlichen und haushaltspolitischen Rahmenbedingungen – zu verpassen. Der bad e. V. sieht deshalb einen erheblichen Nachbesserungsbedarf, bevor der Entwurf im parlamentarischen Verfahren beschlossen werden kann. Wir werden im Folgenden zu den geplanten Regelungen im Einzelnen Stellung nehmen. Im Anschluss werden wir konstruktiv sozial- und branchenverträglichere Wege aufzeigen, mit denen die anzustrebenden Ziele besser erreicht werden könnten.

II. Vorbemerkung zur kurzen Stellungnahmefrist

Im Koalitionsvertrag wurde unter der Überschrift „Gute Gesetzgebung“ (Seite 58 f., Zeile 1871) eine in der Regel vierwöchige Stellungnahmefrist vereinbart. Diese wurde erneut nicht eingehalten. § 47 Abs. 3 der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien (GGO) sieht immer noch keine verbindliche Mindestfrist für die Einbindung der Verbände vor ("nach Ermessen des federführenden Ministeriums"). Die Bundesregierung ist bislang weder den Empfehlungen des Nationalen Normenkontrollrats für verbindliche Mindestfristen noch der Empfehlung der EU-Kommission vom 12.12.2023 (insbesondere Nr. 5 a) und e) der Empfehlung 2023/2836) nachgekommen, eine Strategie und einen rechtlichen Rahmen zur Einbindung der Verbände und Zivilgesellschaft in politische Entscheidungsprozesse zu entwickeln.

Vorliegend wurde für die Stellungnahme eine Rückmeldefrist bis zum 10.06.2026, 13:00 Uhr vorgesehen, was einer Frist von 3,5 Werktagen entspricht. Dieser sehr kurze Zeitraum wird aus Sicht des bad e. V. der Bedeutung und dem Umfang des Regelungsgegenstands nicht gerecht. Durch die gewählte Fristgestaltung wird eine fundierte, fachliche Prüfung des Entwurfs sowie die notwendige Abstimmung und Rückkopplung innerhalb von Verbänden sowie der zu beteiligenden Gremien erheblich erschwert. Für zukünftige Stellungnahmeverfahren fordern wir dazu auf, Frist für Stellungnahmen angemessen auszugestalten, indem hierfür mindestens 14 Tage Zeit eingeräumt wird.

III. Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu Artikel 1 (Änderungen des SGB XI):

Zu § 1
Den hier geplanten Änderungen wird zugestimmt.

Zu § 2
Die Vorschrift sieht u. a. vor, den Leistungsumfang der SPV weiterhin auf dem Umfang festzuschreiben, dass pflegebedingte Aufwendungen nur teilweise übernommen werden.

Der bad e. V. spricht sich langfristig für die Einführung einer vollständigen Übernahme notwendiger pflegerischer Leistungen durch die SPV aus. Wissenschaftliche Untersuchungen haben aufgezeigt, wie kostenintensiv dies ist und dass eine Umsetzbarkeit – je nach der politischen Prioritätensetzung – möglich wäre. Der bad e. V. erachtet eine solche Umstellung nicht nur als machbar, sondern auch in vielfacher Hinsicht als sinnvoll. Die finanziellen Herausforderungen eines solchen Systemwechsels werden dabei nicht verkannt.

Sofern der Gesetzgeber eine verpflichtende Ausgestaltung der SPV als eine solche „Pflegevollversicherung“ auch in Zukunft ablehnen sollte, **fordert der bad e. V., dass die SPV Versicherten zukünftig den Anspruch einräumt, auf freiwilliger Basis eine (insofern optionale) gesetzliche Zusatzversicherung abzuschließen, die erhöhte, ausschließlich vom Versicherten zu tragende Beitragszahlungen in die SPV zur Folge hat, dem Versicherten im Gegenzug jedoch die vollständige Übernahme notwendiger pflegebedingter Aufwendungen garantiert.** Die Höhe des Beitrags in diese freiwillige gesetzliche Zusatzversicherung ist auf wissenschaftlicher Grundlage zu bestimmen und muss dem Grundsatz der Angemessenheit entsprechen.
Hierdurch würden einerseits effektive Anreize für Versicherte, die pflegebedingte Armut fürchten, gesetzt werden, andererseits würde die SPV kurzfristig deutlich höhere Beiträge generieren, die bei der Bewältigung akuter Finanzierungsprobleme helfen würden. Schließlich wären mit der Einführung einer solchen freiwilligen gesetzlichen Zusatzversicherung erhebliche Leistungsverbesserungen verbunden, die zu Planungssicherheit bei den Betroffenen sowie zu einem überragend hohen Maß an Akzeptanz von höheren Beiträgen führen würden. Außerdem kann dies dazu führen, dass die Kommunen bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit nicht oder zumindest in deutlich geringerem Umfang in Anspruch genommen würden. So würde auch der sozialrechtliche Grundsatz der Solidarität gewahrt.

Zu § 3
Den hier geplanten Änderungen wird zugestimmt.

Zu § 4
Den hier geplanten Änderungen wird grundsätzlich zugestimmt. Allerdings statuiert Absatz 2 eine Pflicht zur Teilnahme an Rehabiltations-, Aktivierungs- bzw. Präventionsmaßnahmen, ohne eine Rechtsfolge dafür aufzustellen, was im Fall der Pflichtverletzung eintreten soll. Damit ist die Regelung inkonsequent und muss ggf. ergänzt werden.

Zu § 5
Den hier geplanten Änderungen wird weitgehend zugestimmt. Die Regelung im geplanten Absatz 4 ist jedoch dahingehend zu ergänzen, dass der Spitzenverband Bund die Vereinbarungspartner nach § 113 sowie die Betroffenenverbände nach § 118 bei der in der Vorschrift vorgesehenen Erhebung zu beteiligen hat.
Die Stärkung von Prävention wird im Übrigen vom bad e. V. ausdrücklich befürwortet. Zu Recht sieht die Vorschrift vor, dass sich diese nicht auf zumutbare Mitwirkungen der Versicherten nach § 4 beschränken darf, sondern sich ebenfalls verstärkt in den Leistungen der SPV niederschlagen muss.

Zu § 6
Den hier geplanten Änderungen wird weitgehend zugestimmt.
Die Regelung im geplanten Absatz 1 dürfen sich jedoch nicht auf Pflichten von Pflegeeinrichtungen beziehen, die sich im Leistungsrecht nicht adäquat wiederfinden. Professionelle Präventionsleistungen müssen als solche im Leistungsrecht gestärkt werden. Bislang wird von Pflegeeinrichtungen häufig verlangt, solche Leistungen schwerpunktmäßig als Nebenleistungen zu anderen Hauptleistungspflichten zu erbringen. **Stattdessen muss die SPV professionelle Präventionsleistungen zunehmend auch als solitäre vertragliche Leistung ermöglichen, verankern und (in der ambulanten Versorgung) als eigenständige Leistungen abrechnungsfähig ausgestalten.**

Zu § 7
Den hier geplanten Änderungen wird weitgehend zugestimmt.
Die Regelung im geplanten Absatz 2 hat jedoch ausdrücklich zu regeln, dass die Pflegekassen zur Sicherstellung der Pflegebegleitung nach § 7c Verträge mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen schließen sollen.
Dies ist erforderlich, da die Leistungen nach § 7c in der vorgesehenen und erforderlichen Intensität durch die gesetzlichen Kostenträger nicht bewältigt werden können und die Qualität der Leistungen ansonsten unzureichend auszufallen drohen.

Zu § 7a
Die grundsätzliche Idee eines sog. „Pflege-Cockpits“ wird befürwortet, solange es nicht vor allem als Informations- und Verwaltungsportal ausgestaltet wird. Die vorgesehene gesetzliche Regelung ist insofern leider nicht ausreichend. Vielmehr sollte es eine Ausgestaltung vorsehen, die nicht nur Informationen und Antragsmöglichkeiten bündelt, sondern auch Leistungsansprüche automatisch erkennt und darauf hinweist, einen direkten Kontakt zu regionalen professionellen Leistungserbringern ermöglicht und Abrechnungen von Leistungen vereinfacht. Das Pflege-Cockpit in der derzeit geplanten Fassung bleibt leider hinter einer solchen Systemlösung zurück. Pflegende Angehörige benötigen regelmäßig nicht nur Informationen, sondern konkrete und barrierefreie Unterstützung bei Organisation, Koordination und Inanspruchnahme von Leistungen. Ein bloßer digitaler Zugang ersetzt keine wirksame Versorgungssteuerung.
Ferner sollte die Regelung eine hinreichende rechtliche Verankerung hybrider und digitaler Beratungsmodelle vorsehen. Insbesondere die Einbindung digitaler Pflegeberatung, die Nutzung qualitätsgesicherter Online-Pflegekurse und Telepflege-Angebote sollten in der Vorschrift vorgesehen werden.

Zu § 7b
Den hier geplanten Änderungen wird zugestimmt.

Zu §§ 7c, 7d, 7e
Der bad e. V. kritisiert, dass die Pflegebegleitung nicht als zusätzliche Leistung finanziert werden soll, sondern durch Umschichtungen innerhalb bestehender Budgets. Gleichzeitig ist der Mehrwert im Vergleich zu bestehenden Beratungs- und Unterstützungsangeboten fraglich. Vielmehr ist hier eine Verschlechterung des Status quo durch die Abschaffung bzw. Kürzung von funktionierenden, in der Versorgungspraxis bewährten Entlastungsleistungen (insbesondere der Entlastungsbetrag und die Verhinderungspflege). Dies trifft nicht nur die pflegebedürftigen Menschen, sondern auch deren An- und Zugehörigen. Es wird vor diesem Hintergrund bezweifelt, dass die neue Pflegebegleitung in der vorgesehenen Form die Versorgung tatsächlich verbessert. Die Zielvorgabe, Einsparungen zu erreichen, lässt eine praktische Verbesserung unrealistisch erscheinen und rechtfertigt Bedenken gegen die Qualität und Intensität der durch die Pflegebegleitung gebotenen Unterstützung. Zudem besteht die Gefahr, dass ein neues Beratungs- und Koordinierungsangebot geschaffen wird, ohne die praktischen Versorgungsprobleme oder die Belastung pflegender Angehöriger wirksam zu reduzieren.

Der Entwurf sieht mit der Pflegeberatung die Schaffung eines neuen Leistungsbereichs vor, wodurch neue Abgrenzungs- und Zuständigkeitsfragen entstehen, klärt jedoch Fragen der konkreten Ausgestaltung, der personellen Ausstattung und der Verzahnung mit bestehenden Beratungsstrukturen (insbesondere der bisherigen Pflegeberatung nach § 7a SGB XI) nicht hinreichend. Im Ergebnis besteht eine reale Gefahr der Schaffung zusätzlicher Bürokratie und paralleler Strukturen ohne evidenten zusätzlichen Nutzen.

Absatz 1:
Der bad e. V. begrüßt grundsätzlich das Ziel, Pflegebedürftige sowie ihre An- und Zugehörigen durch präventionsorientierte, fachliche Begleitung besser zu unterstützen und die Stabilität häuslicher Versorgungsarrangements zu stärken. Die geplante Ausgestaltung der Pflegebegleitung wirft jedoch erhebliche praktische, strukturelle und ordnungspolitische Fragen auf: Die Vorschrift soll am 01.01.2028 in Kraft treten. Dadurch sollen einige Ansprüche wegfallen und neu strukturiert werden. Insbesondere der Anspruch auf die Schulung von Pflegebedürftigen und Angehörigen in der Häuslichkeit nach § 45 SGB XI soll zum 01.01.2027 entfallen. Selbst wenn man – wie in der Gesetzesbegründung beschrieben – positiv annimmt, dass diese wegfallende Leistung in der neuen Leistung des § 7c SGB XI aufgehen soll, dann wird dies nicht nahtlos geschehen, denn die Pflegebegleitung nach § 7c SGB XI soll gemäß dem Entwurf erst ab dem 01.01.2028 erfolgen. Aus Sicht des bad e. V. ist es nicht hinnehmbar, den Anspruch von Pflegebedürftigen und Angehörigen auf Schulung und Beratung faktisch für 1 Jahr auszusetzen. Die verstärkte Inanspruchnahme der Leistung nach § 45 SGB XI in den letzten Jahren belegt, wie hoch der Bedarf an Schulung und Beratung ist. Hier muss der Entwurf zwingend nachgebessert werden, um Angehörige und Pflegbedürftige weiter in Ihrer Selbstpflegekompetenz zu stärken und ein durchgehendes Angebot in dieser Hinsicht zu gewährleisten.

Absatz 2:
Besonders problematisch ist die Ausgestaltung der Aufgabe nach Absatz 2 Nr. 2. Danach sollen Pflegebegleiter ein stabiles Versorgungsarrangement unter Berücksichtigung sämtlicher Sozialleistungen sowie gesundheitsfördernder, präventiver, kurativer, rehabilitativer und pflegerischer Hilfen gestalten und begleiten. Damit erhalten die Pflegekassen faktisch eine zentrale Steuerungsrolle für große Teile der Versorgung. Dies widerspricht dem Grundgedanken eines pluralen Versorgungssystems mit partnerschaftlicher Zusammenarbeit aller Beteiligten.
Die Konkretisierung der Pflegebegleitung in Absatz 2 macht deutlich, dass hier keine bloße Beratungsleistung geschaffen werden soll. Vielmehr soll ein umfassendes, von den Pflegekassen gesteuertes Versorgungsmanagement entstehen mit Aufgaben, die bereits heute von Pflegefachkräften, ambulanten Diensten, Entlassmanagement und anderen Akteuren wahrgenommen werden.

Der bad e. V. sieht hier die Gefahren der Schaffung neuer Bürokratie, unnötiger Doppelstrukturen und einer Fachkräfteverlagerungen aus der direkten Versorgung. Statt eines exklusiven „Pflegekassenmodells“ sollte die Pflegebegleitung als gemeinschaftliche Aufgabe qualifizierter Leistungserbringer ausgestaltet werden. Die vorhandenen Kompetenzen ambulanter Pflegeeinrichtungen müssen dabei ausdrücklich einbezogen werden, um Parallelstrukturen zu vermeiden und die Versorgung der Pflegebedürftigen tatsächlich zu verbessern. Die Praxis zeigt, dass die heutigen Strukturen funktionieren und zu Verbesserungen der Pflegesituationen führen – und dies auch, weil Begleitung und Versorgung vor Ort durch einen Anbieter gewährleistet werden. Ambulante Pflegedienste verfügen nicht nur in der

Theorie über das erforderliche Know-how zur Durchführung dieser Leistung, sie pflegen auch bereits heute einen engen und kontinuierlichen Kontakt zu Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen. Pflegedienste begleiten Pflegebedürftige häufig über Jahre hinweg und erkennen Veränderungen des Unterstützungsbedarfs frühzeitig. Diese Erfahrungen und Kompetenzen bleiben im vorliegenden Entwurf unberücksichtigt, obwohl sie für eine erfolgreiche Pflegebegleitung von zentraler Bedeutung wären.

Unklar bleibt zudem, mit welchem Personal die Pflegekassen die neuen, überaus umfangreichen Leistungen flächendeckend erbringen sollen, zumal die vorgesehenen Aufgaben ein hohes Maß an pflegerischer Fachlichkeit erfordern. Bereits heute besteht ein erheblicher Fachkräftemangel in nahezu allen Bereichen der Pflege. Die Einführung einer neuen Leistungsart ausschließlich bei den Pflegekassen könnte dazu führen, dass qualifizierte Pflegefachpersonen aus der direkten Versorgung abgeworben werden muss. Dies würde den Personalmangel bei ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zusätzlich verschärfen. Dadurch droht eine Umverteilung perspektivisch ohnehin erkennbar unzureichender Personalressourcen, was der bad e. V. strikt ablehnt.

Sofern der Gesetzgeber auf die Abschaffung bestehender Ansprüche und die Einführung einer Pflegebegleitung bestehen sollte, fordert der bad e. V., dass die Pflegebegleitung bereits zum 01.01.2027 rechtsverbindlich eingeführt wird und dass die Leistungserbringung für zugelassene Pflegeeinrichtungen und andere qualifizierte Leistungserbringer, die im Auftrag der Pflegekassen tätig werden, geöffnet werden muss, um eine praxisnahe, effiziente und patientenorientierte Versorgung sicherzustellen. Dies muss in jedem Fall auch gesetzlich verankert werden. Es genügt nicht sich darauf zu verlassen, dass der GKV-Spitzenverband die Ausweitung des Anbieterkreises durch die Empfehlungen im Entwurf vorgesehene Regelung noch vornehmen wird. Vielmehr ist es die Aufgabe des Gesetzgebers dies zu regeln und somit Versorgungssicherheit zu schaffen.

Absatz 6:
Die Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI a. F. soll Ende 2027 abgeschafft werden, dies offensichtlich aber nicht in Gänze ersatzlos. Anstelle von mehreren gesetzlich festgelegten Beratungseinsätzen haben Pflegebedürftige, die das Entlastungsbudget nutzen, dann nur noch Anspruch auf eine Pflegebegleitung pro Jahr. Die verpflichtenden Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI verursachen für die Pflegekassen zwar jährliche Ausgaben in einer Größenordnung von mehreren hundert Millionen Euro. Selbst eine vollständige Streichung dieser Leistungen würde die strukturellen Finanzierungsprobleme der SPV aber nicht lösen. Gleichzeitig würden pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen auf ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung, Prävention und Unterstützung in der häuslichen Pflege verzichten müssen. Dies widerspricht der in § 4 n. F. postulierten Eigenverantwortung und Pflicht, an Präventionsmaßnahmen teilnehmen zu müssen. Die eigentlichen „Kostentreiber“ in der Pflege blieben hiervon unberührt. Und auch der

Zweck der Sicherstellung der Qualität der Pflege in der Häuslichkeit durch Angehörige bzw. Laienpflegekräfte würde nicht erfüllt werden, denn eine jährliche Begleitung reicht nicht aus, um Probleme in der Versorgung durch Laienpflege rechtzeitig zu identifizieren und bei entsprechenden Problemen zeitnah adäquat zu unterstützen. Eine solch massive Kürzung um die Hälfte bis zu drei Vierteln der jetzigen Ansprüche ist nicht hinnehmbar.

Nach Auffassung des bad e. V. dürfen Gelder der Solidargemeinschaft der Versicherten ausschließlich in Leistungen fließen, die dem Sinn der Pflegeversicherung entsprechen und qualitätsgesichert sind. Dies ist beim Pflegegeld derzeit regelmäßig nicht der Fall. Soweit Pflegebegleitung nicht sicherstellen kann, dass Gelder aus der Pflegeversicherung versicherungssachfremd abfließen bzw. dass die durch sie finanzierten Laienpflegeleistungen qualitätsgesichert erbracht werden, kann die zugrundeliegende Leistung so nicht unterstützt werden. Professionelle Pflege dagegen ist ein wichtiger Baustein, um Versorgungsengpässe zu verhindern und muss demnach entsprechend gefördert werden.

Zu § 9

Der bad e. V. kritisiert den Verzicht auf eine stärkere Verpflichtung der Länder zur Investitionskostenförderung. Viele Länder kommen ihrer Verpflichtung zur Förderung der Pflegeinfrastruktur nur unzureichend nach. Der Entwurf des PNOG sieht lediglich die rechtliche Möglichkeit vor und appelliert an die Länder, entsprechende Missstände zu beheben, sieht aber keine grundlegende Reform vor. Die Folge hiervon ist, dass Investitionskosten oftmals weiterhin über die Eigenanteile der Pflegebedürftigen mitfinanziert werden müssen.

Länder und Kommunen sollen laut dem Entwurf zwar an Planungs- und Steuerungsprozessen beteiligt werden, der Entwurf schafft aber keine ausreichenden Finanzierungsinstrumente, um erkannte Versorgungsbedarfe tatsächlich umzusetzen. Dadurch droht § 9 seinen weitgehend lediglich programmatischen Charakter beizubehalten. Die Verantwortung der Länder für eine leistungsfähige Infrastruktur wird nicht wirksam gestärkt, da der Entwurf nicht den Versuch unternimmt, effektive Regelungen zu treffen, mit denen der langfristige Fortbestand von Pflegeeinrichtungen und die Gewinnung von Pflegepersonal gesichert werden kann.

Zu § 10

Der bad e. V. befürwortet die Zielsetzung der Vorschrift, zweifelt jedoch an ihrer praktischen Wirksamkeit. Die vorgesehenen Kooperations- und Weiterentwicklungsansätze werden nicht hinreichend durch verbindliche Steuerungsinstrumente, Personalressourcen und Finanzierungsregelungen abgesichert. Dadurch ist es wahrscheinlich, dass die Vorschrift nur begrenzte Auswirkungen auf die tatsächliche Verbesserung der pflegerischen Versorgung entfalten wird.

Zu § 11
Der bad e. V. befürwortet die Förderung von Innovationen und der Digitalisierung. Angesichts des zu erwartenden erheblichen Kostenaufwands in diesen Bereichen muss jedoch bezweifelt werden, dass die vorgesehenen Mittel ausreichen werden, um den tatsächlichen Digitalisierungsbedarf der Pflegeeinrichtungen zu decken. Insbesondere kleine, mittelständische Einrichtungsträger werden trotz Förderprogrammen Schwierigkeiten haben, notwendige Investitionen und laufende Betriebskosten hierfür zu finanzieren, zumal die Einführung neuer digitaler Systeme zunächst erheblichen zusätzlichen Zeit-, Schulungs- und Dokumentationsaufwand verursacht.

Zu § 12
Der bad e. V. befürwortet grundsätzlich die Zielrichtung einer Förderung innovativer und qualitativ hochwertiger Versorgungsformen. Die konkrete Ausgestaltung der Regelung im Entwurf enthält jedoch evidente Schwächen. So lässt er beispielsweise einen rechtlichen Anspruch auf Förderung vermissen und sieht auch keine dauerhafte Möglichkeit der Finanzierung erfolgreicher Projekte vor. Modellprojekte drohen hierdurch zwar angestoßen, nach Auslaufen der Förderung aber nicht in die Regelversorgung überführt zu werden (Gefahr einer Projektförderung statt nachhaltiger Versorgung).

Zu § 14
Die Änderungen in der Vorschrift sollen es Versicherten erschweren, als pflegebedürftig anerkannt zu werden und Leistungen der SPV zu erhalten. Hierdurch sollen Einsparungen erreicht werden. Grenze zur Pflegebedürftigkeit gemäß Absatz 1 Satz 3 nur noch zu bejahen, wenn eine „hohe Wahrscheinlichkeit“ für ein Andauern des Zustands für mindestens 6 Monate besteht, erhöht die Anforderungen und macht die Grenze in dieser Form kaum noch justiziabel.

Der bad e. V. sieht es als widersprüchlich an, wenn mit dem PNOG einerseits angeblich der Grundgedanke der Vorbeugung, der frühen Intervention und einer an Verbesserung bei der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit einhergehen soll, aber andererseits Leistungen der SPV für Versicherte mit Pflegebedarf umfassender verhindert bzw. verzögert werden sollen, wie es bei einer erschwerten Anerkennung eines pflegebedürftigen Zustands der Fall ist.

Der Begriff der „hohen Wahrscheinlichkeit“ ist zudem als Terminus eine typische Einschränkung für Maßnahmen aus dem Polizei- und Ordnungsrecht, z. B. im WTG, PolG der Länder etc. Die Anforderung passt daher schon sprachlich/systematisch nicht zu einer leistungsrechtlichen Regelung, zumal im Zusammenhang mit beitragsfinanzierter Leistung. **Der bad e. V. fordert aus diesen Gründen den Begriff „voraussichtlich“ in Absatz 1 Satz 3 unverändert beizubehalten und auf den neuen Satz 4 zu verzichten.**

Zudem würde die Richtlinienkompetenz nach § 17 deutlich zu stark ausgeweitet, da es hier um die Grundlage des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und damit um das Entstehen des Leistungsanspruchs als solchen geht. Die grundlegende Festlegung der Frage, unter welchen Voraussetzungen Leistungen der Sozialversicherung in Anspruch genommen werden sollen, sind vom Gesetzgeber selbst zu treffen und dürfen nicht der Exekutive übertragen werden. Denn damit würde andernfalls die ausführende Gewalt die Leistungsverpflichtung durch eigene Regelung einschränken können, was abzulehnen ist.

Zu § 15, 17, 18

Das PNOG strebt an, die Zugangsvoraussetzungen zu den Pflegegraden 1 bis 3 zu verschärfen, was der bad e. V. ablehnt. Auf die Widersprüchlichkeit, die zu § 14 n. F. bereits erläutert wurde, wird in diesem Zusammenhang ausdrücklich verwiesen.

Sollten Menschen mit leichteren oder beginnenden Einschränkungen künftig schwerer einen Pflegegrad erhalten, stellt dies eine verdeckte Leistungskürzung dar, die absehbar zu zusätzlichen Belastungen häuslicher Pflegearrangements und pflegerischer Unterversorgung führen wird, was einen inakzeptablen Rückschritt darstellen würde, da Pflegebedarf nicht abnehmen, sondern nur statisch verneint und leistungsrechtlich ignoriert werden würde.

Dies ist die Stelle im Entwurf, in der mit am deutlichsten wird, dass dem Entwurf eine rein finanzpolitische und keine pflegefachliche Steuerung zugrunde liegt. Strukturelle Probleme sind so nicht nachhaltig zu lösen, sondern eine erhebliche Verschlechterung der Gesundheit eigentlich pflegebedürftiger Menschen wird forciert.

Der bad e. V. kritisiert ferner die weiterhin vorgesehene fehlende unabhängige Kontrolle der Begutachtung, die ohne eigenständige staatliche Rechtsverordnung weitgehend über die Richtlinien des Medizinischen Dienstes erfolgt und insofern keiner effektiven externen Kontrolle unterliegt und gleichzeitig von geringer demokratischer Transparenz geprägt ist.

Die aktuellen Ambitionen des Entwurfes zeigen, dass § 15 n. F. zunehmend nicht mehr Grundlage für ein neutrales Feststellungsinstrument sein, sondern zu einem politischen Steuerungsinstrument zur Begrenzung von Leistungsansprüchen zweckentfremdet werden soll, wogegen sich der bad e. V. ausdrücklich verwahrt.

Ähnliche Bedenken sind in Bezug auf § 17 Absatz 1a des Entwurfs gerechtfertigt. Auch hier droht außerhalb des SGB XI und mit unzureichender externer Kontrolle die Festlegung von Leistungsinhalten und Leistungsumfang der Pflegebegleitungsleistungen in Richtlinien, auf die Kostenträgerinteressen einen unangemessen hohen Einfluss haben, der sachlich und pflegefachlich nicht gerechtfertigt ist.

Ungeachtet dessen ist im Falle er Einführung des im Entwurf vorgesehenen § 17 Absatz 1 Satz 8 n. F. das Wort „übermäßigen“ zu streichen, da zwingend jeder Aufwand entfallen muss, der nicht notwendig ist. Der Gesetzgeber hat durch vier Bürokratieentlastungsgesetze deutlich werden lassen, dass die Bürokratisierungsaufwand deutlich zu hoch ist. Auch die Begründung des PNOG lässt erkennen, dass administrative Aufwände vereinfacht werden müssen, wo dies bei Aufrechterhaltung der Sicherheit und Qualität der Pflege möglich ist. Dass nur „übermäßige“ Aufwände nicht entstehen dürfen, passt nicht zum Gesetzgebungswillen.
Zudem muss berücksichtigt werden, dass ein Übermaß an Aufwand grundsätzlich gar nicht verlangt werden darf oder zumindest nur mit extremen Einschränkungen im Hinblick auf Begründung des Erfordernisses des Übermaßes. Das Übermaß müsste also geeignet, erforderlich und angemessen sein, um einen legitimen Zweck zu erreichen. Das kann hier nicht erkannt werden.

Eine gängige Praxis, mit der Versicherte derzeit im Verwaltungsverfahren zunehmend verunsichert werden, soll nun in die Richtlinie eingeführt werden: Der Hinweis auf die Gelegenheit der Antragsrücknahme. Das ist nicht sachgerecht und führt schon jetzt in der Praxis zu vielen Rücknahmen aus Angst und aus Respekt vor der im Überordnungsverhältnis stehenden Kasse. Die überwiegende Anzahl der Klageverfahren in Einstufungsprozessen wird zugunsten der Versicherten entschieden, auch dann, wenn die Behörden zur Antrags- bzw. Widerspruchsrücknahme geraten haben. Dieser bisherigen Verwaltungspraxis würde Vorschub geleistet werden, wenn die Richtlinie eine solche Regelung ausdrücklich vorsieht. Damit ist die Frage der Rechtsstaatlichkeit einer statistisch fehlerhaften Vorgehensweise in erheblichem Umfang in Frage gestellt. Dieser Passus ist zu streichen. Die Abfrage eines Bedarfs beim Antragsteller auf Begutachtung ist indes nicht nachzuvollziehen. Der Antrag auf Gewährung eines Pflegegrades ist der ausdrückliche und unmissverständliche Ausdruck dieses vom Versicherten geltend gemachten Bedarfs. Da Pflegebedürftigkeit eher zu spät als zu früh beantragt wird, weil Scham und Unwissenheit vor rechtzeitiger Antragstellung abhalten, kommt die Postulierung einer zusätzlichen Hürde durch Bedarfsabfrage einer bewussten Benachteiligung der Versicherten gleich. Mit Stellung des Antrages gilt der Untersuchungsgrundsatz und die Berechtigung des Antrags ist zu prüfen.

Zu § 18b
Der bad e. V. fordert, § 18b Absatz 4 um folgende Sätze zu ergänzen:

„Das Gutachten ist für die Träger der Sozialhilfe bindend, sofern es nicht mit erheblicher sachlicher Begründung innerhalb eines Zeitraums von vier Wochen ab Zugang schriftlich oder in Textform gegenüber dem Pflegebedürftigen angefochten wird. Dabei sind alle Kritikpunkte abschließend zu nennen.“

Soweit dies zur rechtskonformen Umsetzung der Vorschrift als erforderlich angesehen wird, fordert der bad e. V. ergänzend § 62a SGB XII entsprechend anzupassen bzw. zu streichen.

Die Träger der Sozialhilfe sind in großem Umfang nicht in der Lage, angemessen schnell Gutachten zur Pflegebedürftigkeit zu erstellen. In Berlin teilen einige Sozialämter nach Erstanträgen mit, nicht vor Ablauf eines Dreijahreszeitraums entscheiden zu können. Die Träger der Sozialhilfe und die Pflegekassen haben in Bezug auf die Kostentragung indes gemeinsame Interessen. Eine Doppelbegutachtung ist sachlich weder gerechtfertigt und im Rahmen der Mitwirkungsverpflichtung nach § 65 SGB I auch in vielen Fällen nicht mehr zumutbar. Gerade vulnerable Personen können oft, sei es aufgrund der Tagesform oder aufgrund allgemeiner Überforderung, kaum identische Aussagen treffen. Zudem kann es oft nicht zu gleichen Ergebnissen bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst bzw. den Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung einerseits und dem Träger der Sozialhilfe andererseits kommen, da die Begutachtungstermine oft viele Monate auseinanderfallen. Damit ist den Trägern der Sozialhilfe die Begutachtungsmöglichkeit zu entziehen, soweit die Träger nicht sachgerecht und damit in angemessener Zeit das Gutachten des Medizinischen Dienstes oder des Prüfdienstes der Privaten Krankenversicherung auswerten und ggf. beanstanden. Eine Doppelprüfung ist weder zumutbar noch sinnvoll, bürokratisch unangemessen und damit abzulehnen.

Zu § 28

In der Vorschrift sollen konkrete Ansprüche abgeschafft und teilweise in Budgets neu geregelt werden. Während die Zusammenfassung in Budgets zur Vereinfachung einer flexiblen Inanspruchnahme von Leistungen vom bad e. V. befürwortet wird, kritisieren wir die Ausgestaltung im Entwurf aufgrund der versteckten Absenkungen der bisherigen Leistungen und der verstärkten Reglementierung, u. a. hinsichtlich des tatsächlichen Zugangs zu den Leistungen. Durch die geplanten Kürzungen und Verschiebungen werden vorhandene Versorgungssettings gefährdet und pflegebedürftige Menschen sowie ihre An- und Zugehörige stärker belastet, was der bad e. V. ablehnt. Der im Grundsatz gute Gedanke flexibler Budgets wird im Entwurf missbraucht, um den Betroffenen aufgrund der neuen Ausgestaltung teilweise konkrete Unterstützungsleistungen zu verwehren, auf die bislang noch ein konkreter Leistungsanspruch besteht.

Dort wo die Budgets im Vergleich zur Summe der bisherigen Einzelansprüche keine Absenkung vorsehen, bleibt die von der Branche im Allgemeinen und vom bad e. V. im Speziellen schon lange dringend geforderten Anhebungen (insbesondere der Pflegesachleistungen) der Höhe nach aus, die nötig wären, um die bereits in der Vergangenheit erfolgten Kostensteigerungen zu kompensieren, die – auch ohne Gesetzesänderung – dazu geführt haben, dass pflegebedürftige Menschen Pflegeleistungen in einem immer kleiner werden Umfang über Leistungen der SPV finanzieren können. Der immer stärker drohenden pflegerischen Unterversorgung aus rein finanziellen Gründen würde der Entwurf – nach der Untätigkeit des Gesetzgebers in der Vergangenheit – weiter Vorschub leisten. Schon im September 2022 veröffentlichte das BMG, dass die Tariftreue Lohnsteigerungen von bis zu 30 Prozent nach sich ziehen würde. In der Folge sind durch die tariflichen Anhebungen und in Folge auch die Anpassungen des regional üblichen Entlohnungsniveaus deutlich über 40 Prozent an Kostensteigerungen entstanden, die sich nur aus den

Löhnen ergeben. Diesen Steigerungen stehen bisher einmal 4,5 Prozent und einmal 5 Prozent Steigerung der Sachleistungsbeträge gegenüber, sodass offensichtlich ist, dass Pflegebedürftige in erheblichem Umfang Nachteile erleiden mussten. Hier ist eine enorme Schieflage offensichtlich, die nun nicht noch weiterer Eskalation zugeführt werden darf.

Alternativ würde die Umsetzung des Entwurfs bei der aktuell geplanten Ausgestaltung der Ansprüche der Höhe nach dazu führen, dass die Sozialhilfeträger zunehmend im Rahmen der „Hilfe zur Pflege“ nach dem SGB XII dafür aufkommen müssen, wofür die SPV bei ihrer Gründung ursprünglich einmal vorgesehen war. Genau dies aber soll mit dem PNOG eigentlich verhindert werden.

Im Hinblick auf die geplante Regelung in § 28 Absatz 1 Nr. 7 i. V. m. §§ 40a ff. weisen wir darauf hin, dass digitale Pflegeanwendungen zu gewähren nur dann einen Sinn ergibt, wenn deren Zulassung auch faktisch ermöglicht wird. Seit Einführung des Instruments digitaler Pflegeanwendungen und Umsetzung der DiPAV im September 2022 ist es auch nach fast vier Jahren zu keiner einzigen Zulassung einer Anwendung gekommen. Das DiPA-Verzeichnis ist nach wie vor leer (Stand: BfArM am 10.06.2026).
Ein Verfahren (Lindera Sturz App) ist im Widerspruchsverfahren negativ beendet worden, da dem Hersteller der Aufwand und das Risiko angesichts des massiven Widerstands gegen Zulassungen in der Praxis letztendlich zu hoch waren.
Allein der Leitfaden für DiPA umfasst 130 Seiten und zeigt deutlich, dass das Verfahren viel zu kompliziert ausgestaltet ist. Die Anforderungen sind durch Basisanforderungen, Zusatzanforderungen, Informationssicherheitsmanagement und Penetrationstest so unangemessen hoch, dass eine DiPA bisher nicht wirtschaftlich entwickelt und betrieben werden konnte. Es ist festzuhalten, dass die Verwaltung den gesetzgeberischen Willen, DiPA zuzulassen, derzeit nicht umsetzt und ohne effektive Gesetzesänderung keine Änderung dieses Zustands zu erwarten ist. Insoweit sind die gesetzlichen Regelungen bzw. die Regelungen in der DiPAV grundlegend zu ändern, um die Auflistung in die tatsächlich möglichen Leistungen zu rechtfertigen. Eine dringend notwendige Regelung fehlt im PNOG – trotz langjähriger Kenntnis der Problematik – leider vollständig. Der bad e. V. fordert, dies zu ändern.

Der Entwurf zu § 28 Absatz 1 Nr. 13 ist dahingehend zu ergänzen, dass der Leistungskatalog eine Vorschrift aufzuführen hat, die äquivalente Zuschüsse auch zu ambulanten Sachleistungen gewährt. Der Gesetzgeber normiert den Grundsatz „ambulant vor stationär“ im neuen § 2 Abs. 2 S. 2 ausdrücklich. Das Selbstbestimmungsrecht der Versicherten soll in § 3 n. F. – und damit abwertend gegenüber der vorherigen Regelung erst an dritter Stelle – weiterhin gewährt werden. Beides wird konterkariert, wenn die stationäre Pflege bevorzugt wird, indem nur dort Zuschüsse gewährt werden. Gerade die langjährig gepflegten Personen bedürfen des besonderen Schutzes und umfassender Leistungen. Dies darf aber nicht dazu führen, dass aus wirtschaftlichen Gründen das Selbstbestimmungsrecht ausgehöhlt wird und finanzielle Anreize für eine stationäre Versorgung entstehen. Daher muss der Leistungsanspruch bei langjährig gepflegten Personen auch im ambulanten

Bereich angemessen angepasst und an die Vorteile des § 43c angebunden werden. Dies kann alternativ durch Zuschüsse zum Sachleistungsanspruch/Sachleistungsbudget bzw. der Erhöhung der Sachleistungsansprüche/des Sachleistungsbudgets geschehen. Eine Regelung könnte in § 43c in einem neuen Absatz 2 wie folgt aufgenommen werden:

„(2) Die Regelungen des Absatzes 1, Sätze 1 bis 4 gelten entsprechend für die dort genannten Personenkreise bei Bezug von Sachleistungen im Rahmen der ambulanten Pflege. Der jeweilige Sachleistungsanspruch/Das jeweilige Sachleistungsbudget wird jeweils um den nach vorgenannten Leistungsbezugszeiträumen geregelten Prozentsatz erhöht.“

Im Hinblick auf § 28 Absatz 1 Nr. 14 gilt es, festzuhalten, dass Pflegezeitvergünstigungen keine beitragsgedeckten Leistungen darstellen. Somit gehören sie bereits systematisch nicht in den Leistungsbereich der SPV. **Der bad e. V. spricht sich für eine Beibehaltung der Ansprüche dem Grunde und der bisherigen Höhe nach aus, fordert jedoch, dass die Finanzierung dieser Ansprüche nicht aus den Mitteln der SPV erfolgt** und sie aus dem Leistungskatalog herausgenommen werden. Die Finanzierung hat steuerbasiert zu erfolgen.

Bei dem Pflegegrad 2 wird derzeit ein Pflegegeld von 347 EUR geleistet. Hinzu kommen ggf. der Entlastungsbetrag und Pflegehilfsmittel, sodass grundsätzlich 520 EUR an Leistungen gewährt werden. Zahlungen von Rentenversicherungsbeiträgen von 198,62 EUR (§ 44 Abs. 1 S. 1 SGB XI i. V. m. § 166 Abs. 2 SGB VI) und Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung in Höhe von 51,42 EUR (§ 44 SGB XI i. V. m. § 26 Abs. 2b SGB III) kommen hinzu, sodass der Gesamtanspruch ohne Pflegezeit sich auf 770,04 EUR beläuft. Kommen noch Ausgaben für Pflegezeit nach § 19 S. 2 hinzu, wächst der Betrag durch Zuschüsse zur Krankenversicherung in Höhe von 230,71 EUR (bei 14,6% zzgl. durchschnittlich 2,9% Zusatzbeitrag zur Krankenversicherung; § 44a SGB XI i. V. m. §§ 241, 242 Abs. 1 SGB V) und zur Pflegeversicherung in Höhe von 47,46 EUR (§ 44a Abs. 1 SGB XI i. V. m. § 57 SGB XI) auf insgesamt 1.048,21 EUR. Beim Pflegegrad 3 sind dies 1.417,91 EUR, bei Pflegegrad 4 errechnen sich 1.616,35 EUR und bei Pflegegrad 5 schließlich 1.837,22 EUR. Die Abstände zu den Sachleistungsbeträgen zzgl. Entlastungsbeitrag und Pflegehilfsmittel-Leistung sind nur noch gering. Der Unterschied in der Pflegequalität ist indes enorm, denn die genannten Beträge nach den §§ 44, 44a SGB XI werden bei Versorgung durch Laien gezahlt. Die Zahlung der Pflegesachleistungsbeträge an professionellen Leistungserbringer wiederum erfolgt in der Form, dass die eingesetzten Pflegekräfte – je nach Bundesland – Qualifikationen nachweisen müssen oder zumindest von der leitenden Pflegefachkraft überwacht und intensiv geschult werden müssen. Die professionell eingesetzten Kräfte erhalten jedoch keine Zuschüsse oder Zahlungen zur Sozialversicherung, sondern führen diese, wie deren Arbeitgebende zusätzlich von ihrem Einkommen ab, womit der Kostenunterschied regelmäßig vollständig entfällt.

Das Pflegegeld kostet also Beitragsgelder, während die professionelle Pflege Beiträge durch Beschäftigung entstehen lässt, zumal der Anteil geringfügig beschäftigter Personen in den Rahmenverträgen stark beschränkt ist.
Nahezu ad absurdum geführt wird die Zahlung von Zuschüssen in die Pflegeversicherung bei Einsatz von Pflegezeit. Die Pflegeversicherung zahlt dann an sich selbst.

Zu § 28a
Der bad e. V. fordert, den Leistungsumfang der SPV für Versicherte mit Pflegegrad 1 nicht abzusenken und für diese Leistungen entsprechend dem Entlastungsbetrag wirtschaftlich (ggf. auch im Rahmen neuer Budgets) beizubehalten.

Der im Entwurf geplante ersatzlose Wegfall des Entlastungsbetrags für Versicherte mit Pflegegrad 1 höhlt diesen faktisch aus, indem er diesen Versicherten die für sie praxisrelevantesten Anspruch streicht und eine Pflegebedürftigkeit mit Grad 1 somit nochmals massiv entwertet. Schon heute ist der Entlastungsbetrag oft die einzige real nutzbare Hilfe. Insofern kommt seine Streichung faktisch einer weitgehenden Abschaffung gleich. Der Präventionsgedanke, der dem Pflegegrad 1 immer schon dogmatisch zugrunde lag und den das PNOG angeblich fördern möchte, würde so konterkariert werden. Gleichzeitig würden pflegende An- und Zugehörige zusätzlich belastet werden.

Überdies erachtet es der bad e. V. gesundheitspolitisch für bedenklich, in dem geplanten hohen prozentualen Umfang an den leistungsrechtlich „Schwächsten“ zu sparen und gleichzeitig nicht die finanzielle Notwendigkeit zu sehen, den „Luxus“ der Vorhaltung einer unnötigen Vielzahl an gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen zu überdenken, die kostenintensive Doppelstrukturen vorhalten, ohne (angesichts gleicher Regelleistungen) einen nennenswerten Mehrwert für die Versicherten oder das System zu haben.
Auch wenn die Verwaltungskosten im Durchschnitt – nach eigenen Angaben der Kassen – „nur“ bei 3,9 Prozent liegen, so fallen diese Kosten bei knapp 100 Kassen natürlich sehr viel deutlicher ins Gewicht, als bei 5 oder 10 Kassen. Insoweit wird auch das Ungleichgewicht deutlich, dass das PNOG beinhaltet. Von den Kassen wird keine Einsparung verlangt, von den vulnerablen Gruppen und denjenigen, die mit erheblichen Auflagen bei der Entlohnung belastet wurden indes schon.
Dabei muss sehr deutlich darauf hingewiesen werden, dass die Leistungserbringerverbände vielfach und eindeutige Hinweise auf die extremen Verwaltungsaufwände und Kosten produzierende Tariftreue gegeben haben, die sich alle verwirklicht haben. Die gute Bezahlung hätte mit extremer Einsparung an Nebenkosten anders deutlich einfacher realisiert werden können. Dabei besteht über alle Bereiche Einigkeit, dass eine sachgerechte Bezahlung erforderlich war und ist. Der jetzige Aufwand ist unverhältnismäßig hoch.

Darüber hinaus bestehen auch verfassungsrechtliche Bedenken gegen die geplante Änderung, deren Leistungsreduktion mit dem Sozialstaatsprinzip und der

Unantastbarkeit der Menschenwürde unvereinbar sein könnte. Dabei sind die wichtigsten Normen des Grundgesetzes, nämlich der Artikel 1 und 20 GG betroffen, wie Artikel 79 Absatz 3 GG sehr deutlich vor Augen führt.

Zu § 30

Im Zuge der Dynamisierung der im Vierten Kapitel benannten Beträge für die Leistungen der Pflegeversicherung fordern wir eine jährliche Anhebung der Leistungsbeträge ab dem 01.01.2027, mindestens aber eine Beibehaltung der bisherigen Steigerungsregelung. Durch die geplante Anpassung, weg von einem kumulierten Anstieg der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren hin zu einer Steigerung in Höhe des arithmetischen Mittels der Kerninflationsrate der drei vorangegangenen Kalenderjahre, erfolgt eine unzulängliche Erhöhung der Leistungsbeträge. Seit Einführung der tariflichen Vergütungspflicht konnten die Steigerungen der Leistungsbeträge mit den Kostenentwicklungen nicht mehr Schritt halten, so dass Versicherte eintretende bzw. steigende Eigenanteile zu entrichten hatten oder pflegerisch notwendige Leistungen aus Kostengründen massiv reduziert haben. Auf die dazu gemachten Ausführungen zu § 28 weise ich noch einmal hin. Bereits durch die Bezugnahme zum Anstieg der Kerninflationsrate ergab und ergibt sich hier ein erhebliches Ungleichgewicht zwischen Kostensteigerungen auf der einen sowie steigenden Leistungsbeträgen auf der anderen Seite. Durch die nun geplante Begrenzung auf das arithmetische Mittel der drei vorangegangenen Jahre würde sich dieses Ungleichgewicht noch verschärfen und die Versichertenversorgung gefährden.

Zugleich wird eine Umsetzung der Steigerung zum 01.01.2027 für zwingend notwendig erachtet, hilfsweise wie bisher vorgesehen spätestens jedoch zum 01.01.2028. Wie bereits dargelegt, werden durch Personalkostenerhöhungen sowie allgemeine Kostensteigerungen höhere Leistungsbudgets benötigt, um das bestehende Niveau der notwendigen pflegerischen Versorgung aufrechterhalten zu können. Eine Anpassung erst zum 01.07.2028 würde hier das beschriebene Versorgungsdefizit zusätzlich verschärfen.
In aller Deutlichkeit muss darauf hingewiesen werden, dass arbeitsvertraglich eingegangen Verpflichtungen sich nicht durch eine unzureichende sozialrechtliche Regelung umgehen lassen.

Zu § 35b

Den hier geplanten Änderungen wird weitgehend zugestimmt. Jedoch ist es nicht sachgemäß, dass die Abtretungsanzeige gemäß Absatz 1 ausschließlich durch die abtretende Person, nicht jedoch durch den Abtretungsempfänger zugelassen wird. Der bad e. V. fordert deshalb Absatz 1 wie folgt zu regeln (Änderungen zum Entwurf sind mit Unterstreichung gekennzeichnet):

„Die Abtretung von Ansprüchen der pflegebedürftigen Person auf Zahlung von Geldleistungen gegen die zuständige Pflegekasse nach § 40 Abs. 4, §§

40a und 45b wird erst wirksam, wenn die pflegebedürftige Person oder die abtretungsempfangende Person die Abtretung der zuständigen Stelle anzeigt.“

Ferner erachten wir eine Klarstellung als erforderlich, dass die geforderte Anzeige über die Telematikinfrastruktur erfolgen kann. Der bad e.V. fordert deshalb in Absatz 2 nach dem ersten Satz einen Satz 2 wie folgt einzufügen:

„Die Anzeige kann über die Dienste der Telematikinfrastruktur erfolgen.“

Zu § 36
Hinsichtlich der finanziell offensichtlich unzureichenden Ausgestaltung der Budgets verweisen wir ausdrücklich auf unsere Ausführungen zu § 28.

Der bad e. V. fordert, als zu steigernde Basis für das Sachleistungsbudget die kumulierten derzeitigen Einzelansprüche nach §§ 36, 39/42a und 45b zugrunde zu legen und den Grundsatz „ambulant vor stationär“ so zu stärken.
Bereits in der aktuellen Ausgestaltung des Sachleistungsbudget befürchtet der bad e. V. zukünftig erhebliche Verteilungskonflikte in der Praxis.

Im neuen Absatz 4 ist zu differenzieren und konkret aufzuführen, welche Leistungen der häuslichen Pflegehilfe von ambulanten Betreuungsdiensten nach § 71 Abs. 1a erbracht werden dürfen. Dabei ist in der Formulierung eine sprachliche Beschränkung auf die Inhalte der Versorgungsverträge dieser Einrichtungen vorzunehmen. Dadurch muss klargestellt werden, dass entsprechende körperbezogene Pflegemaßnahmen nicht zu den Sachleistungen gehören, die durch ambulante Betreuungsdienste erbracht werden dürfen. Dies stellt keine rechtliche Einschränkung zum Status quo dar, sondern lediglich eine Klarstellung.

Zu § 37
Pflegegeld wird bereits aktuell aus den Mitteln der SPV finanziert, ohne zwingend in qualitätsgesicherte Leistungen zu fließen. In der Praxis ist es leider kein seltenes Phänomen, dass die Mittel zweckentfremdet verwendet und als eine Art „Rentenersatz-Leistung“ genutzt oder von An- und Zugehörigen zu pflegefremden Zwecken verwendet werden, für die die SPV nicht zuständig bzw. leistungspflichtig ist. Diesem Missbrauch der Mittel der Solidargemeinschaft könnte gesetzlich durch entsprechende Vorgaben effektiv entgegengewirkt werden. Der Entwurf des PNOG tut dies nicht.
Der bad e. V. fordert vor diesem Hintergrund den Verzicht auf das Entlastungsbudget und die Aufwendung der Mittel des Entlastungsbetrags und der Verhinderungspflege im Rahmen des Sachleistungsbudgets.

Zu § 38
Auf unsere Ausführungen zu § 37 wird verwiesen. Ein Verzicht auf das Entlastungsbudget würde § 38 überflüssig machen. In diesem Zusammenhang muss auch noch einmal auf die erheblichen Nebenkosten des Pflegegeldes verwiesen werden, dass als nicht beitragsgedeckte Leistung versicherungsfremd ist und steuerlich zu finanzieren wäre. Das häufig gehörte Argument der Kosteneinsparung kann jedenfalls nach den Darlegungen oben nicht überzeugen.

Sollte am Entlastungsbudget und dem § 38 entgegen unserer Forderung festgehalten werden, gilt es hilfsweise festzuhalten, dass die zeitliche Bindungsdauer bei der Wahl von Kombinationsleistung nicht sachgerecht ist, da Änderungen im Pflegebedarf oder der Möglichkeit der Pflegeperson, unterstützend tätig zu werden, nicht aufgefangen werden und es damit zu einer verspäteten professionellen Pflege kommen kann.
Dies lehnt der bad e. V. ausdrücklich ab. Pflegebedürftige, die zu einer sachgerechten Versorgung professioneller ambulanter Pflege bedürfen, darf diese nicht durch die SPV versagt bekommen.

Wird das Sachleistungsbudget nur in geringem Umfang in Anspruch genommen und im Übrigen das Pflegegeld bevorzugt, stellt sich aber ein höherer Bedarf an professioneller Pflege im Laufe der Zeit heraus, muss einem solchen Umstand angemessen schnell Rechnung getragen werden können. Eine lange gesetzlich vorgegebene Bindung steht dem allerdings entgegen. Dies widerspricht dem ausdrücklich Willen des Gesetzgebers, möglichst vorbeugend tätig zu werden. **Der Zeitraum ist auf die Zeit bis zum Anfang des nächsten Kalendermonats zu verkürzen.**

Hilfsweise sollte ein Halbsatz folgenden Inhalts ergänzt werden:

„.., sofern nicht eine Änderung des Pflegegrades in diesen Zeitraum fällt."

Denn bei einer Änderung des Pflegegrades ist eine Änderung des Pflegebedarfs offensichtlich und muss auch zu einer Neuausrichtung der Aufteilung der Pflegeleistungen zwischen professioneller und familiärer Pflege führen können.

Zu §§ 39, 39a, 40b, 40c
Hinsichtlich der finanziell unzureichenden Ausgestaltung der Budgets verweisen wir ausdrücklich auf unsere Ausführungen zu § 28.

Der bad e. V. widerspricht entschieden der Darstellung des Referentenentwurfs, dass der Einzelanspruch auf Verhinderungspflege bzw. auf den Gemeinsamen Jahresbetrag systematisch zweckentfremdet wird und dies seine Aufhebung zugunsten eines Überbrückungsbudgets bedarf.

Richtig ist vielmehr, dass das Überbrückungsbudget in der geplanten Ausgestaltung deutlich umfangreichere, kompliziertere und einschränkende Vorgaben vorsieht und die flexibilisierende Zielsetzung eines Budgets hierdurch gerade nicht erreicht wird. Hinzu kommt, dass das Überbrückungsbudget den sachlich gerechtfertigten Fokus des Verhinderungspflegeanspruchs auf Verhinderung aufgrund von Urlaub, privater Verpflichtungen oder schlicht (psychischer) Überbelastung aufgibt und hierdurch in der Praxis eine Aushöhlung der flexiblen Angehörigenentlastung nach deren individuellen Bedürfnissen droht. Rechtsunsicherheit aufgrund unklarer und insbesondere für Laien unverständlicher neuer Termini in der Entwurfsfassung des Überbrückungsbudgets tun hier ihr Übriges. Letztere rechtfertigen auch die Befürchtung, dass die Budget-Ansprüche häufiger verwehrt werden sollen als der bisherige Einzelanspruch, um das oberste Ziel des PNOG – hier: Einsparungen – durch eine restriktive Auslegungspraxis bei den Anforderungen an die Versicherungsleistung zu erreichen. Gerade der betroffenen Gruppe vulnerabler Personen darf ein solch unübersichtliches Budgetkonstrukt nicht aufgebürdet werden.
Der bad e. V. fordert vor diesem Hintergrund die Beibehaltung der Ansprüche nach §§ 39, 42, 42a und den Verzicht auf das alternativ vorgesehene Überbrückungsbudget.

Hilfsweise, falls unserer Forderung nicht entsprochen werden sollte, fordern **wir in Absatz 2 Satz 1 das Wort „unvorhersehbar“ und in Satz 3 das Wort „ungeplanten“ zu streichen**, um auch absehbare Verhinderungskonstellationen – wie der Verhinderungsanspruch bislang auch – abdecken zu können und auf versteckte Leistungsausschlüsse im Vergleich zum Status quo insgesamt zu verzichten.

Ebenfalls hilfsweise ist **auf die Schaffung einer neuen Institution durch Verwendung des neuen Terminus „Pflegenotdienst“ zu verzichten**. **§ 39 Absatz 5 und § 39a sind entsprechend abzuändern.** Zugelassene Pflegedienste mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI sind vertraglich zur Leistungserbringung berechtigt und können für entsprechende Einsätze eingesetzt werden. Warum eine solche bestehende und gut realisierte Praxis aufgehoben werden soll, erschließt sich nicht. Der rechtliche und bürokratische Aufbau von Parallelstrukturen, insb. Anerkennungsverfahren zur Berechtigung des Führens der Bezeichnung „Pflegenotdienst“ ist überflüssig und kontraproduktiv, zumal zugelassene Pflegedienste grundsätzlich die Verpflichtung zur Übernahme von notfallmäßig anfallenden Pflegeleistungen bei ihren Kunden haben. Eine Differenzierung zwischen einem zugelassenen Pflegedienst und einem Pflegenotdienst würde insofern implizieren, dass Pflegedienste für ihre Klienten in Notfällen nicht zur Verfügung stehen. Das ist falsch. Sowohl Rahmenverträge als auch Versorgungsverträge können ausführliche Regelungen dazu enthalten. Die Umsetzung der gesetzlichen Regelung kann dadurch über Jahre verzögert werden, was eine völlig undurchsichtige Praxis nach sich ziehen würde. Noch heute gibt es Rahmenverträge aus der Anfangszeit des SGB XI, die längst nicht mehr existierende Normen zitieren. Es ist nicht anzu-nehmen, dass die bestehenden Regelungen zur Verhinderungspflege vertraglich zügiger geändert werden könnten.

Die Zustimmungspflicht nach § 39 Absatz 5 und § 39a Absatz 3 hat ersatzlos zu entfallen.

Dieser Ausdruck der Inflexibilität konterkariert den Zweck eines Budgets. Gleichzeitig ist es ein Versuch der bürokratischen Gängelung der pflegebedürftigen Versicherten und ihrer Angehörigen sowie einer Einschränkung der aktuell bestehenden Rechte der Versicherten, die ggf. seit langem Ansprüche auf Verhinderungspflege haben. Dieser Umstand spricht – im Zusammenhang unserer o. g. Hauptforderung – für sich selbst. Zudem sind Übergangsregelungen nicht erkennbar, wären zur Besitzstandswahrung indes erforderlich.
Selbst wenn die Regelung beibehalten werden sollte, so wäre zu regeln, in welcher Form die Einholung der Zustimmung der Pflegekasse zu erfolgen hat. Im Hinblick auf die Förderung der Telematikinfrastruktur müsste hier ein entsprechender Fachdienst eingerichtet werden. Dies wird mehrere Jahre Zeit in Anspruch nehmen, wie die Neuregelung des GeDIG zur elektronischen Verordnung der HKP sehr deutlich erkennen lässt. Sollte eine Kommunikation über die sonstigen Kommunikationsdienste der TI erfolgen, so wäre dies verbindlich festzulegen, da ansonsten durch Verweigerung der Kassen der Weg unmöglich gemacht würde. Im Hinblick auf die letzte Änderung des PostG wiederum ist eine Frist von drei Tagen, zumal Kalendertagen, in denen keine Zustellung erfolgt (Feiertage, Sonntage) völlig unangemessen kurz und kann erkennbar nicht eingehalten werden. Die bisherige Regelung wäre also auch bei Beibehaltung völlig unzureichend. Dies gilt sowohl für § 39 Abs. 5 als auch § 39a Abs. 3.
Schließlich weist § 39 Abs. 2 S. 2 ausdrücklich auf eine Überforderung der Pflegeperson hin. Da An- und Zugehörige, zumal bei der absehbaren Leistungsverringerung, in erheblichem Maße psychischen Belastungen ausgesetzt sind, ist es kaum nachvollziehbar, wie eine solche Überlastung innerhalb von drei Tagen überwunden sein soll. Die Bewertung des Begriffs der Akutsituation und die sich daraus ergebenden Folgen sind insgesamt in sich nicht schlüssig.

Zu § 41
Wie bereits in den vergangenen „Reformen“ geschehen, versäumt es auch der vorliegende Gesetzesentwurf, die teilstationäre Versorgung durch Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege im ausreichenden Maße oder sogar überhaupt zu berücksichtigen. Bereits in vorherigen Stellungnahmen haben wir wiederholt darauf hingewiesen, dass insbesondere die Tagespflegen in sehr hohem Maße dazu beitragen, dass pflegebedürftige Menschen länger in der eigenen Häuslichkeit verbleiben können, zur Selbsthilfe angeleitet und allein schon durch Sozialkontakte und Aktionen in erheblichem Maße gefördert werden. Nicht zu unterschätzen ist auch die durch diese Versorgung geschaffene erhebliche Entlastung der pflegenden Angehörigen, insbesondere dann, wenn diese eigene Kinder zu versorgen haben und/oder einer beruflichen Tätigkeit nachgehen; beides vom Gesetzgeber gewünschte Eigenschaften. Ein Ausbau der teilstationären Versorgungsstrukturen wird dringend benötigt.

Leider lässt der vorgelegte Referentenentwurf nicht nur jeglichen Ansatz zum Ausbau der teilstationären Versorgungsstrukturen vermissen, er schafft durch die Strukturveränderungen sogar erhebliche Nachteile: So haben Pflegeversicherte derzeit die Möglichkeit, den Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI) für diejenigen Anteile des Pflegesatzes zu verwenden, die ansonsten durch eigene Mittel zu refinanzieren wären. Dies sind insbesondere die Pflegesatzbestandteile für „Unterkunft und Verpflegung“, aber gegebenenfalls auch die Beiträge für Investitionskosten oder Beförderung. Die nun vorgesehene Struktur und der faktische Wegfall des Entlastungsbetrages werden absehbar dazu führen, dass diese Teilbeträge zukünftig in jedem Fall durch die Versicherten selbst zu entrichten sind. In der Praxis werden sich viele Versicherte gegen eine solche Kostenübernahme aus Privatmitteln entscheiden. In der Folge werden diese Versicherten weniger oder gar keine teilstationären Leistungen in Anspruch nehmen. Der Sinn der Tagespflege wird damit zumindest teilweise zunichte gemacht und trifft die wirtschaftliche schwächere Klientel deutlich stärker. Dies widerspricht dem Solidaritätsgrundsatz. Die zudem bewirkte sinkende Auslastungsquote wird die Tagespflegen vor erhebliche wirtschaftliche Herausforderungen stellen. Darüber hinaus wird auf die ambulante pflegerische Versorgung eine Mehrbelastung zukommen, die nicht aufgefangen werden kann. Sehenden Auges nimmt der Referentenentwurf eine Zerstörung der teilstationären Versorgungsstruktur und eine Verschlechterung der pflegerischen Versorgung der derzeitigen Tagespflegegäste in Kauf. Um diesen Entwicklungen entgegenzuwirken sind aus unserer Sicht zweit Maßnahmen dringend erforderlich:
Zum einen muss der teilstationäre Sachleistungsbetrag (§ 41) eine vergleichbare Anhebung wie der Sachleistungsbetrag/das Sachleistungsbudget nach § 36 SGB XI erfahren. Darüber hinaus ist es zwingend notwendig, den Sachleistungsbetrag des § 41 SGB XI für diejenigen Pflegesatzbestandteile zu öffnen, die aktuell durch Eigenanteile der Tagespflegegäste zu refinanzieren sind.

Zu § 42

Sofern unserer Forderung auf die Nicht-Einführung eines Überbrückungsbudgets entsprochen wird, sind Anpassungen von § 42 an dieses nicht erforderlich. Insbesondere der Absatz 4 kann dann entfallen.

Zu §§ 43, 43c

Der bad e. V. sieht die geplante Änderung des § 43c SGB XI, wonach der höchste Leistungszuschlag in der vollstationären Pflege künftig erst nach 54 Monaten statt bereits nach 36 Monaten gewährt werden soll, überaus kritisch und lehnt diese Änderung ab. Die erst kürzlich erfolgte Einführung der Leistungszuschläge, die in der Folge auch noch erhöht wurden, verfolgte das unverändert berechtigte Ziel, die stetig steigenden Eigenanteile der pflegebedürftigen Menschen in stationären Einrichtungen abzumildern und den Zugang zur notwendigen Pflege unabhängig von der finanziellen Leistungsfähigkeit zu sichern. Besonders problematisch ist, dass die geplante Maßnahme keinerlei Einfluss auf die eigentliche, strukturelle Kostenentwicklung in der Pflege hat. Weder die steigenden Personal- und Sachkosten noch die wachsenden Anforderungen an die pflegerische Versorgung werden

durch die Änderung gebremst oder einer sachgerechten Lösung zu geführt. Die Ausgaben für Pflegeleistungen entwickeln sich unverändert fortlaufend weiter. Die geplante Anpassung reduziert daher nicht die Kosten des Systems, sondern verschiebt lediglich deren Finanzierung. Während die Pflegekassen entlastet werden, müssen die Pflegebedürftigen und ihre Familien noch höhere Eigenanteile über einen längeren Zeitraum tragen, obwohl diese Eigenanteile sie jetzt schon häufig in die Altersarmut treiben und zu Sozialhilfeempfängern machen. Damit wird der Zweck der SPV, die Kommunen zu entlasten, konterkariert. Aus Sicht des bad e. V. entsteht dadurch der Eindruck, dass die geplante Neuregelung nicht auf pflegefachlich sachgerechte Lösungen, sondern auf statistische Verweildauern in Pflegeeinrichtungen abstellt. Viele Bewohner*innen erleben aufgrund ihres hohen Alters und ihrer Pflegebedürftigkeit die Grenze von 54 Monaten nicht mehr. Für einen Teil der Betroffenen bleiben die Leistungszuschläge, insb. der höchste Leistungszuschlag damit faktisch unerreichbar. Dies widerspricht dem ursprünglichen Ziel, langjährige Pflegeheimbewohner wirksam vor übermäßigen finanziellen Belastungen zu schützen. Dies gilt umso mehr, als die eingeführte Regelung durch Erhöhung der Prozentsätze nach oben angepasst wurde und damit die Neuregelung im Hinblick auf den Gesetzeszweck noch unverständlicher wird.

Darüber hinaus droht eine weitere Verlagerung finanzieller Lasten auf die kommunale Ebene. Können Pflegebedürftige die steigenden Eigenanteile nicht aus Einkommen und Vermögen finanzieren, werden häufiger Leistungen der Sozialhilfe zur Pflege in Anspruch genommen werden müssen.
Der bad e. V. fordert den Gesetzgeber daher auf, die vorgesehenen Änderungen kritisch zu überprüfen und Lösungen zu entwickeln, die sowohl die finanzielle Stabilität der Pflegeversicherung als auch die soziale Absicherung pflegebedürftiger Menschen und deren Pflegeanbieter gewährleisten, ohne einseitig die Versicherten zu belasten.

Zu § 45
Die häusliche Pflege wird in Deutschland überwiegend durch Angehörige sichergestellt. Eine qualitativ hochwertige Anleitung der Pflegepersonen ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass pflegebedürftige Menschen möglichst lange in ihrer vertrauten Umgebung verbleiben können. Die Streichung häuslicher Schulungen schwächt die Unterstützungsstrukturen für Angehörige und steht damit im Widerspruch zum pflegepolitischen Ziel, stationäre Versorgungsbedarfe möglichst zu vermeiden oder hinauszuzögern.
Die bisherige Regelung trägt den besonderen Anforderungen der häuslichen Pflege in sachgerechter Weise Rechnung. Pflege findet überwiegend im individuellen Wohnumfeld statt. Die konkrete Wohnsituation, die räumlichen Gegebenheiten sowie die persönlichen Einschränkungen der pflegebedürftigen Person unterscheiden sich erheblich von Fall zu Fall. Gerade deshalb sind Schulungen in der Häuslichkeit ein besonders wirksames Instrument, um Pflegepersonen praxisnah und bedarfsgerecht anzuleiten.
Der Gesetzesentwurf hebt zu Recht die Bedeutung digitaler Pflegekurse hervor. Diese können jedoch persönliche Schulungen im häuslichen Umfeld lediglich

ergänzen, nicht ersetzen. Pflegehandlungen können in der häuslichen Umgebung wesentlich zielgerichteter vermittelt werden als in standardisierten Kursformaten. Pflegefachkräfte können vor Ort auf konkrete Herausforderungen eingehen.
Diese individuelle Beratung lässt sich weder durch Gruppenangebote noch durch digitale Formate vollständig ersetzen. Viele pflegerische Fertigkeiten erfordern praktische Demonstrationen, unmittelbare Korrekturen und die Berücksichtigung individueller Wohn- und Pflegesituationen. Zudem verfügen nicht alle Pflegepersonen über ausreichende digitale Kompetenzen oder technische Ausstattung. Es besteht ein Recht auf analoges Leben, das nicht verwehrt werden darf. Eine Digitalisierung der Schulungsangebote darf daher nicht zu einem Abbau bewährter persönlicher Unterstützungsleistungen führen.
Ein wesentliches Ziel des § 45 SGB XI besteht darin, körperliche und psychische Belastungen von Pflegepersonen zu reduzieren. Gerade Schulungen im häuslichen Umfeld leisten hierzu einen wichtigen Beitrag, weil Unsicherheiten unmittelbar im Pflegealltag beseitigt werden können. Die Abschaffung dieser Möglichkeit birgt die Gefahr, dass Pflegepersonen häufiger Fehlbelastungen ausgesetzt werden, was zu gesundheitlichen Problemen, Überforderung und letztlich zum Abbruch häuslicher Pflegearrangements führen kann.

Nach der Gesetzesbegründung soll die Streichung der häuslichen Schulungsmöglichkeit nach § 45 SGB XI unter anderem dadurch kompensiert werden, dass mit § 7c SGB XI künftig ein Anspruch auf Pflegebegleitung geschaffen wird. Diese Annahme überzeugt jedoch nicht. Bereits in zeitlicher Hinsicht entsteht eine erhebliche Versorgungslücke. Während die vorgesehene Änderung des § 45 SGB XI bereits zum Jahr 2027 in Kraft treten soll, ist die Einführung der Pflegebegleitung nach § 7c SGB XI erst für das Jahr 2028 vorgesehen. Damit entfällt für mindestens ein Jahr eine bewährte und etablierte Unterstützungsleistung, ohne dass ein gleichwertiges Ersatzangebot zur Verfügung steht. Gerade in einer Zeit zunehmender Belastungen pflegender Angehöriger ist ein solcher Abbau von Unterstützungsstrukturen nicht nachvollziehbar. Die Tatsache, dass bei Entfall der jetzigen Schulungsmöglichkeiten grundsätzlich ein Ersatz geschaffen werden soll zeigt, dass der Gesetzgeber die Maßnahme selbst für notwendig erachtet. Eine Jahreslücke ist unter diesem Aspekt offensichtlich nicht gewollt.

Inwieweit die Pflegebegleitung durch die Pflegekassen inhaltlich eine Schnittmenge zu den Schulungen in der Häuslichkeit nach § 45 SGB XI haben wird, ist ebenfalls zu diesem Zeitpunkt nicht absehbar (und im Ergebnis höchst fraglich), da dies erst durch die Empfehlungen des GKV nach § 17 Abs. 1a SGB XI geregelt werden soll und das PNOG-Ziel, Einsparungen zu erreichen, in diesem Zusammenhang kaum eine sachgerechte Lösung erwarten lassen. Es ist jedenfalls davon auszugehen, dass die Pflegebegleitung einen deutlich breiteren Beratungs- und Unterstützungsansatz haben wird und insbesondere die zielgerichtete und zeitnahe Beratung und Vermittlung von praktischen Fertigkeiten an Angehörige dadurch in den Hintergrund rücken wird. Zweifel an der zeitnahen Verfügbarkeit des Angebots bestehen vor allem, weil ausgeschlossen erscheint, dass die Pflegekassen die personellen Voraussetzungen für dieses Angebot haben bzw. kurzfristig schaffen können. Dies zeigt sich heute schon. Schulungen in der Häuslichkeit nach

§ 45 SGB XI a. F. werden durch Pflegekassen überwiegend an ambulante Pflegedienste übertragen. Das soll – mit Ausnahme der Kurse – zukünftig jedoch nicht mehr möglich sein, so dass davon auszugehen ist, dass ein wichtiges Unterstützungsangebot zukünftig faktisch nicht mehr zur Verfügung steht. Außerdem lassen sich auch in anderen Bereichen personelle Unterbesetzungen der Kassen erkennen, etwa wenn über Wochen Vergütungsverhandlungen ausgesetzt wird, weil es bei Krankheitsfällen keinen Ersatz für die Verhandlungsperson gibt etc.
Der bad e. V. fordert daher, die bisherige Regelung zur Durchführung von Pflegekursen in der häuslichen Umgebung unverändert beizubehalten.
Alternativ sollte zumindest klargestellt werden, dass neben digitalen und Gruppenangeboten weiterhin ein Anspruch auf individuelle Schulung im häuslichen Umfeld besteht, wenn dies aufgrund der konkreten Pflegesituation erforderlich oder zweckmäßig ist oder von den Pflegepersonen ausdrücklich gewünscht wird.

Zu § 45a
Der bad e. V. ist der festen Überzeugung, dass niedrigschwellige Angebote zur Unterstützung im Alltag professionelle Pflege und Betreuung nicht ersetzen oder qualitativ gleichwertig kompensieren können. Als Ergänzung für professionelle Versorgung und die Versorgung von An- und Zugehörigen erachtet der bad e. V. die Beibehaltung dieser Angebote jedoch für begrüßenswert.

Ungeachtet dessen kann die Aufspaltung bezüglich der Zuständigkeiten zwischen nach Landesrecht zuständiger Behörde auf der einen sowie der Pflegekassen auf der anderen Seite diesseits nicht nachvollzogen werden. Da es sich bei Angeboten nach § 45a SGB XI weit überwiegend um niedrigschwellige Angebote handelt, bedarf es keiner formal-rechtlichen Unterscheidung zwischen Betreuungsangeboten, Angeboten zur Entlastung von Pflegenden, Angeboten zur Entlastung im Alltag sowie davon abgetrennt nachbarschaftlichen Hilfen. Denn bereits heute sehen die meisten landesrechtlichen Verordnungen auf Basis von § 45a SGB XI den Einsatz von Ehrenamtlichen bzw. nicht-wirtschaftsorientierten Leistungsstrukturen vor. Aus diesem Grund spricht sich der bad e. V. dafür aus, ungeachtet der konkreten Leistungsinhalte oder Struktur des Angebotes eine zentrale Anlaufstelle für Interessierte beizubehalten.

Dem folgend wäre es auch nicht notwendig, in neuen Richtlinien das Verfahren der Anerkennung der Nachbarschaftshilfe durch die Pflegekassen festlegen zu müssen. Hierbei handelt es sich aus Sicht des bad e. V. um eine nicht erforderliche bürokratische Zusatzaufgabe, obwohl administrative Belastungen eher eingespart werden müssen. Ferner droht bei dem geplanten Inkrafttreten der Richtlinien zum 01.01.2028 ein rechtliches Vakuum hinsichtlich der Fortgeltung einer Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach § 45a Absatz 3 in der bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Fassung, da für das komplette Kalenderjahr 2027 keine rechtliche Klarheit über die Fortgeltung bestünde und betroffene Angebote zunächst im Unklaren über den Fortbestand gelassen würden. Erschwerend kommt hinzu, dass zwar zukünftig eine differenzierte Zuständigkeit je nach Ausrichtung

des Angebotes bestehen soll, im Zeitraum vom 01.01.2027 bis zum 31.12.2027 dann wiederum, obwohl eigentlich in der Zuständigkeit der Pflegekassen liegend, sodann doch wieder die nach Landesrecht zuständigen Behörden zuständig sein sollen, bis die neuen Richtlinien in Kraft getreten sind. Je nach Zeitpunkt der begehrten Anerkennung droht hier absehbar ein Übersichtsverlust auf Landesebene hinsichtlich der Frage der Zuständigkeit.

Ebenfalls spricht sich der bad e. V. vehement dafür aus, die geplante Neuregelung, wonach eine Zulassung nach § 72 SGB XI eine Anerkennung nach § 45a SGB XI ausschließen soll, ersatzlos zu streichen. Zum einen wird hierdurch in Teilen in die auf Landesebene etablierten und bewährten Strukturen in unnötiger Weise eingegriffen und zwingt die Länder wiederum zu tiefgreifenden Anpassungen von Landesverordnungen, welche wiederum erst kürzlich evaluiert und aktualisiert wurden. Zum anderen kann die geplante Neuregelung auch inhaltlich nur bedingt nachvollzogen werden. Sofern eine nach § 72 SGB XI zugelassene Einrichtung die landesrechtlichen Anerkennungsvoraussetzungen erfüllt, welche wiederum im Kern den niedrigschwelligen Ansatz verfolgen, so sollte dieser ermöglicht werden, entsprechende Leistungsangebote vorzuhalten. In der Praxis dürfte sich ohnehin aufgrund des bekannten Personalmangels in der Pflege jede Einrichtung genauestens überlegen, welches Leistungsspektrum in welchem Umfang bedient werden kann. Auch aus Versichertensicht dürfte eine abgerundete Leistungserbringung aus einer Hand sachdienlicher und vertrauensvoller sein, als hier aufgrund formal-rechtlicher Hürden auf zwei unterschiedliche Dienstleister zurückgreifen zu müssen. Schließlich ist hier auch das Selbstbestimmungs- und Wahlrecht der Versicherten zu respektieren. Auch ist kaum eine Kostenersparnis zu erwarten, da die niedrigschwelligen Angebote oftmals von Kräften erbracht werden können, die weder unter die Tariftreuepflicht noch unter die Regelung zum Mindestlohn fallen.

Begrüßt wird hingegen die Streichung der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags. Bis heute hat sich gezeigt, dass hier die primäre Inanspruchnahme direkt über § 36 SGB XI für die Versicherten klarer und transparenter erfolgen kann als über die mittelbare Umwandlungsmöglichkeit für Angebote zur Entlastung im Alltag nach § 45a SGB XI im Wege der Kostenerstattung. Entsprechend gering war die praktische Bedeutung des Umwandlungsanspruchs.

Zu § 45b

Während der bad e. V. die Anhebung des bisherigen Betrags in § 45b SGB XI von 131 Euro auf zukünftig 175 Euro bzw. 300 Euro grundsätzlich begrüßt, **wird die geplante Zweckbindung auf dann nur noch mögliche Leistungen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI als nicht sachgerecht angesehen und inhaltlich abgelehnt**. Bereits heute können Leistungen nach § 45b SGB XI ausschließlich für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags eingesetzt werden. Die nun geplante, massive Einschränkung der Auswahlmöglichkeiten zur Erreichung dieses

gesetzlichen Ziels schränkt die Versichertenseite unverhältnismäßig ein und lässt den Eindruck entstehen, dass hiermit nicht nur Versicherteninteressen, sondern finanzielle Einsparpotenziale im Vordergrund stehen könnten. **Aus diesem Grund fordert der bad e. V., neben den bereits heute auswählbaren Angeboten nach § 45a SGB XI auch weiterhin Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, Leistungen der Kurzzeitpflege und Leistungen der ambulanten Pflegedienste als qualitätsgesicherte Leistungen zuzulassen.**
Denn gerade die vorgenannten zugelassenen Pflegeeinrichtungen unterliegen, im Gegensatz zu Angeboten zur Unterstützung im Alltag, verbindlichen Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst bzw. die Prüfteams der Privaten Krankenversicherung. Aus dem Blickwinkel der qualitätsgesicherten Zweckbindung kann die Erwägung, gerade diese Einrichtungen vom Leistungskreis ausschließen zu wollen, auch im Ansatz nicht nachvollzogen werden; umgekehrt müsste sodann insbesondere die Leistungsberechtigung der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI im Zuge des § 45b SGB XI infrage gestellt werden, was jedoch ebenfalls als nicht zielführend betrachtet wird.
Aus Gründen der Vollständigkeit weisen wir ergänzend darauf hin, dass Anbieter bzw. Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI schon jetzt nicht flächendeckend bundesweit verfügbar sind und eine Beschränkung auf eine Leistungserbringung durch diese Gruppe den Leistungsanspruch somit für viele Versicherte ins Leere laufen würde. Dies mag dem PNOG-Ziel der Generierung von Einsparungen entsprechen, tut dies jedoch auf unlautere Weise unter Verkennung der Versorgungsbedarfe der Betroffenen.

Überdies fordern wir zusätzlich, das Ansparen des Sozialraumbudgets, wie bislang im Zuge des Entlastungsbeitrages, weiterhin über das Monatsende hinaus bis zum Ende des jeweiligen Kalenderjahres zu ermöglichen; sofern der Betrag in diesem Zeitraum nicht ausgeschöpft werden sollte, soll der nicht verbrauchte Betrag sodann in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden können. Dieses Anspar-Prinzip hat sich in den zurückliegenden Jahren aus Versichertensicht vollständig bewährt und ermöglicht eine situationsgerechte und individuell zugeschnittene Inanspruchnahme der Leistungen.

Rein hilfsweise wird zudem angemerkt, dass die geplante Anpassung der Kostenbegrenzung nach dem neuen Absatz 4 dem Grundsatz des Bestimmtheitsgebotes nicht ausreichend gerecht werden dürfte. Insbesondere wird aus der Regelung nicht ersichtlich, auf welche zugelassene Pflegeeinrichtung sich der Kostendeckel der verlangten Vergütung beziehen soll. Im Zuge der Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI gilt in den weit überwiegenden Bundesländern eine von Einrichtung zu Einrichtung abweichende Vergütungshöhe (auf Basis von einrichtungsindividuellen Punktwerten). Somit bleibt unklar, auf welche Vergütungshöhe der Leistungserbringer beschränkt sein soll, Im Zweifel wäre es rechtlich zwar kaum zielführend, aber wohl vertretbar, die höchste im Land geltende Vergütung noch als vom Anwendungsbereich erfasst heranziehen zu können. Als Folge hieraus könnte das jeweilige Angebot zur Unterstützung im Alltag daher so abrechnen, wie der am höchsten bepreiste Pflegedienst eines Bundeslandes. Damit nicht genug, könnte sich seitens des § 45a-Angebotes mit jedem Wechsel an der Spitze der

Vergütungshöhe auf den nächsten Dienstleister als Kostendeckel bezogen werden. Dies dürfte hingegen nicht der eigentlichen Intention der Kostenbegrenzung entsprechen.

Zu § 59b

Der Beitrag zur Pflegeversicherung bei geringfügiger Beschäftigung wird allein vom Arbeitgeber erhoben. Das widerspricht dem Grundsatz der Kostenteilung bei Beiträgen zur Sozialversicherung und bedürfte daher einer gesonderten Begründung. Eine solche findet sich im Entwurf jedoch nicht. **Der bad e. V. lehnt vor diesem Hintergrund die geplante zusätzliche Belastung der Arbeitgeber ab.**
Gerade durch geringfügige Beschäftigung entgeht der Sozialversicherung in allen beitragsfinanzierten Zweigen ohnehin ein enormer Beitragsumsatz.
Zudem dienen geringfügige Beschäftigungen strukturell eher besserverdienenden Haushalten, die mit geringen Zusatzeinnahmen zum anderweitigen Familieneinkommen des Hauptverdieners auskommen. Da nach wie vor ein Gender-Pay-Gap vorliegt, werden zudem vornehmlich Frauen in geringfügige Beschäftigungen aufgenommen, was zu deren Benachteiligung im Hinblick auf die Rentenanwartschaften führt, die auch durch die pauschale Verbeitragung nicht aufgefangen wird. Unter dem Gesichtspunkt der Geschlechtergerechtigkeit ist fraglich, ob Beschäftigungen nach § 8 SGB VI weiterhin gefördert werden sollten.

Zu § 61a

Während der Bund den Versicherten der SPV, deren An- und Zugehörigen sowie deren Pflegeeinrichtungen erhebliche Belastungen zumutet, übernimmt er selbst keinen fairen Anteil an den zu tragenden Lasten. Auch die bislang in § 61a vorgesehenen Zahlungen sollen jetzt gemäß dem Entwurf nicht geleistet werden.
Der bad e. V. lehnt dies ab und fordert den Bund ausdrücklich auf, sich in angemessenem Maße an den entstehenden finanziellen Belastungen zu beteiligen.

Dazu gehört aus Sicht des bad e. V. u.a. auch, der SPV kurzfristig von ihr ausgelegte Kosten für versicherungsfremde Leistungen zu erstatten, die sie während der Pandemie aus ihren Mitteln aufgewendet hat, ohne dass dies sachlich gerechtfertigt war.

Zu § 72

Die Regelung in Absatz 3g, nach der die Refinanzierung tatsächlicher Personalkostensteigerungen von Pflegeeinrichtungen zwangsweise auf durchschnittliche Veränderungsraten nach § 71 Abs. 3 SGB V begrenzt werden, wird vom bad e. V. vehement abgelehnt.
Mit Einführung der Tariftreuepflicht durch den Gesetzgeber war für alle Beteiligten bereits zum damaligen Zeitpunkt offensichtlich, dass dies alljährlich zu erheblichen Personalkostenanstiegen führen werde, die die Kosten von Pflege verteuern und im Rahmen der Refinanzierung die SPV belasten würden. Gleichwohl traf der

Gesetzgeber diese Regelung und griff damit massiv in die Vertragsautonomie von Arbeitgeber und Arbeitnehmer ein. Die Einführung erfolgte verbunden mit dem Versprechen einer vollständigen Berücksichtigung der Personalkostensteigerungen im Rahmen der Vergütungsvereinbarungen, um eine Refinanzierung der (vom Gesetzgeber im Hinblick auf tariflich nicht gebundene Träger verursachten) Kosten zu gewährleisten. Hierzu wurde im Gesetz geregelt, dass die Pflegekassen die Personalkostensteigerungen auf Basis von Steigerungen auf Tarifniveau nicht als unwirtschaftlich ablehnen dürfen. Auch wenn dies in der Praxis bei weitem nicht immer zu einer vollständigen Refinanzierung der Kosten führte und die wirtschaftliche Situation von Pflegeeinrichtungen sich durch die Tariftreuepflicht über die Jahre merklich verschärft hat, haben sich die Träger auf dieses Versprechen verlassen und die Gehälter entsprechend der gesetzlichen Vorgaben fortentwickelt. Eine vorübergehende Aussetzung, wie vom Entwurf nun vorgesehen, stellt einen abermaligen schwerwiegenden Eingriff in die Wirtschaftlichkeit von Pflegeeinrichtungen dar, die diese unverschuldet in den wirtschaftlichen Ruin treiben können und teilweise werden, wenn die Regelung wie geplant umgesetzt werden sollte.
Der bad e. V. fordert nachdrücklich, gesetzliche Eingriffe zu unterlassen, die die Wirtschaftlichkeit von Pflegeeinrichtungen und der Infrastruktur professioneller Pflege in Deutschland insgesamt gefährden.

Wieso die geplante Regelung eine solche Gefährdung bewirken würde, liegt auf der Hand: Der Versuch, durch das PNOG mittelbaren Einfluss auf die Tarifvertragsparteien zu nehmen, wird von Gewerkschaften zurückgewiesen werden. Eine Beschränkung auf die refinanzierungsfähigen Durchschnittswerte wird für Arbeitgeber ungeachtet ihrer Bemühungen oftmals nicht zu bewerkstelligen sein. Fehlende Refinanzierung von Personalkosten wird die wirtschaftliche Lage von Trägern zunehmend prekär und letztendlich unwirtschaftlich machen, was schließlich ihre Existenz bedroht. Nicht tarifgebundene Einrichtungen werden zwar für einige Jahre nicht der Tariftreuepflicht unterliegen, sind jedoch gezwungen, am Arbeitsmarkt um die zahlenmäßig zu wenigen Pflegekräfte mit den tarifgebundenen Trägern zu konkurrieren. Um Personal zu halten und zu gewinnen werden somit auch diese Träger wirtschaftlich gezwungen sein, ein annähernd tarifliches Gehaltsniveau aufrecht zu erhalten, weshalb ihnen die gleiche finanzielle Schieflage droht. Neugründungen bei Pflegeeinrichtungen werden ebenfalls mit nach Tarif zahlenden Mitbewerbern konkurrieren und nicht vom Bestandsschutz profitieren, so dass Neugründungen in den 4 Jahren der Aussetzung der vollständigen Refinanzierung der Tariftreuepflicht massive Wettbewerbsnachteile haben werden und absehbar zahlenmäßig zurückgehen werden. Das gefährdet auch den den Kassen obliegenden Sicherstellungsauftrag. Zudem definiert § 71 SGB XI Pflegedienste als „selbständig wirtschaftende Einrichtungen“. Wenn nun die Ausgabenseite im Bereich der Personalkosten hoch bleibt, im Einnahmebereich jedoch keine angemessene Vergütung zu erwarten ist, wird die vom Gesetz selbst geforderte Selbständigkeit nicht mehr erreicht. Damit ergibt sich zudem ein Eingriff in die verfassungsrechtlich geschützte Berufsausübungsfreiheit. Denn diese verlangt, dass wesentliche Teile der Berufsausübung den Unternehmern überlassen bleiben, was schon durch die bisherige Tariftreueregelung in Frage gestellt ist, jetzt aber offensichtlich nicht mehr gerechtfertigt sein kann. Zusammenfassend gilt es also festzuhalten, dass der Gesetzgeber mit

seinen unbedachten und wankelmütigen Eingriffen in die Lohngestaltung wiederholt und ohne aus seinen Fehlern der Vergangenheit gelernt zu haben, Arbeitgebern in der Pflege erhebliche Schäden zufügt. Die Ungewissheit, was wirklich nach dem Moratorium kommen wird – hier: ob aus dem Übergangs- ein Dauerzustand wird oder der „Gewöhnungseffekt“ vom Gesetzgeber zum Anlass für eine endgültige Abschaffung genommen wird – wird die Branche zusätzlich lähmen und viele Einrichtungsbetreiber dazu motivieren, ihre unternehmerische Tätigkeit und ihre Pflegeeinrichtung aufzugeben. Ggf. wird dies auch zu Nachholungseffekten führen, die schon bei Einführung der Tariftreue erkennbar waren und zu 30-prozentigen Steigerungsquoten bei den Löhnen geführt haben. Solche Kapriolen bei der Lohnentwicklung sind offensichtlich nicht förderlich, den Gesetzeszweck des PNOG zu erfüllen, noch stellen sie einen makroökonomischen Mehrwert dar. Das Gesetz verfehlt seinen Zweck hier völlig. Mikroökonomisch ist eine katastrophale Auswirkung zu erwarten, die bei den Kassen im schlimmsten Fall zur Verweigerung faktischer Vergütungsanpassungen führen könnte. Es ist nach allen ökonomischen Grundsätzen fehlerhaft, anzunehmen, dass Lohnsteigerungen nicht zwingend aufgefangen werden müssen.

Der bad e. V. fordert vor diesem Hintergrund, von gesetzlichen Regelungen abzusehen, die kategorische und einzelfallunabhängig die Refinanzierung tatsächlicher Personalkostensteigerungen ausschließt.

Sollte der Gesetzgeber dieser Forderung nicht entsprechen, prognostizieren wir schon jetzt, dass die gesetzliche Regelung – mit potenziell desaströsen Folgen – gerichtlich überprüft werden wird.

Zu § 113c

Der bad e. V. begrüßt die Verschiebung der Frist zur Überprüfung, ob eine Anpassung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 und ob die Voraussetzungen für die Einführung einer bundeseinheitlichen, mindestens zu vereinbarenden personellen Ausstattung vorliegen, grundsätzlich. Der erste Bericht des GKV-Spitzenverbandes hierzu hat eindeutig belegt, dass die Umsetzung der Personalbemessung in vollstationären Einrichtungen deutlich mehr Zeit in Anspruch nimmt als erwartet. Dies wird durch die Arbeitsmarktlage in der Pflegebranche noch verstärkt. Es ist also positiv den Einrichtungen mehr Zeit einzuräumen und Erhebungen bzw. Überprüfungen erst dann vorzunehmen, wenn mit repräsentativeren Ergebnissen zu rechnen ist.

Allerdings hält der bad e. V. die getroffene Regelung nicht für sinnhaft. Zum einen wird die Verantwortung für die nächste Überprüfung direkt in die nächste Legislaturperiode geschoben. Das kann auch immer dazu führen, dass eine neue Regierung die Regelung wieder ändert, ohne dass in der Zwischenzeit eine Prüfung stattgefunden hat. Die praktische und wissenschaftliche Evaluierung der gesetzlichen Vorgaben im Bereich der Personalbemessung sind aber maßgeblich für die Weiterentwicklung des Instruments. Man gewinnt den Eindruck, dass es nur um ein Verschieben der Verantwortlichkeiten geht. Auch die Festlegung auf einmal in der Legislaturperiode wird kritisch gesehen, da so kaum eine Regelmäßigkeit möglich ist und die nächste Überprüfung dann womöglich erst am Ende der nächsten Legislaturperiode – 2033 – durchgeführt wird.

Aus diesem Grund fordert der bad e. V. weiterhin einen festen Turnus festzulegen. Aus Sicht des bad e. V. ist eine Prüfung jeweils im Abstand von vier Jahren für den Anfang sinnvoll.

Zu § 113e

Transformationsstellenanteile sollen ausschließlich dazu dienen, pflegeverbessernde Maßnahmen zu erreichen. Der Bewohner muss dabei in den Mittelpunkt gestellt werden. Daher ist es notwendig, digitale Maßnahmen zügig und ohne große Hürden zu ermöglichen und einzuführen. Wie schon in den Ausführungen zu DiPA gezeigt, ergibt es keinen Sinn, theoretische Lösungen zu bieten, die einer praktischen Umsetzung nicht zugänglich sind. Digitale Anwendungen, die einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte dienen und damit geeignet sind, die Qualität der Versorgung der Bewohnenden zu stärken müssen daher äußerst schnell realisiert werden können. Außerdem ist der in Absatz 2 genannte Anteil von 10 Prozent für fiktive Transformationsstellenanteile deutlich zu gering bemessen und muss im Hinblick auf die offensichtlich zu erwartende Personalsituation durch Verrentung erfahrener Kräfte und deutlich zu erwartender Mehrbedarfe durch die Überalterung der Bevölkerung auf 50 Prozent anzupassen. Eine Orientierung der Finanzierung an der jeweiligen Pflegearbeitsbedingungenverordnung bei oft bestehender direkter Tarifbindung und zukünftig zu erwartender Tarifanlehnung – zumal von einer gerichtlich zu erwartenden Aufhebung der Aussetzung der Tariftreuepflicht in der bisher dargestellten Form auszugehen ist – kann nicht angemessen sein. Vielmehr muss die Orientierung an der Tariftreue und den danach zu zahlenden Lohnentgelten ausgerichtet werden. Alternativ kann im Rahmen eines Sachkostenausgleichs die Berechnung anhand der tatsächlich aufzuwendenden Kosten berechnet werden.

Zu Artikel 2 (Weitere Änderungen des SGB XI):

Zu § 55:
In der Begründung für den Referentenentwurf wird deutlich gemacht, dass Beitragssatzerhöhungen untunlich sind. Dennoch werden sie hier vorgenommen. Das erscheint widersprüchlich. Auf die unterbliebenen weiteren Maßnahmen zur Regulierung der Einnahmenseite, zu der oben schon vorgetragen wurde, kann insoweit im Übrigen verwiesen werden.

Zu § 106a:
Ob eine solche Regelung notwendig ist, kann erst nach Beantwortung der zu den Regelungen des § 7c aufgeworfenen Fragen beantwortet werden. Ein Zustimmungsvorbehalt der Versicherten wird sicher zu Recht aufgenommen, sollte aber inhaltlich ausgeformt werden. Weder die Form der Erklärung noch die Frage des Vorgehens bei einer Änderung der Entscheidung des Versicherten sind geklärt.

Zu Artikel 3 (Änderungen des SGB V):

Zu § 39 Abs. 1a, nach S. 11:
Auf die Ausführungen zu § 106a darf verwiesen werden.

Zu Artikel 4 (Änderungen des SGB VI):

Zu § 166 Abs. 2:
Die Tatsache, dass die genannten Leistungen versicherungsfremd sind und danach steuerbasiert zu tragen wären, wurde oben umfassend ausgeführt. Unter diesem Gesichtspunkt muss bei einer systematischen Anpassung der Struktur dies auch im SGB VI beachtet werden. Die Regelungen sind anzupassen.

IV. Vorzugswürdige Alternativen zu den Regelungen im Entwurf:

Der bad e. V. fordert, eine ausreichende, professionelle pflegerische Versorgung auf Grundlage der SPV für alle gesetzlich Versicherten mindestens auf dem aktuellen Qualitätsniveau zu erhalten.
In der aktuellen Diskussion wurden viele Vorschläge zu Einsparungen in der SPV unterbreitet, die sowohl pflegebedürftige Menschen als auch Pflegeeinrichtungen in der Praxis wirtschaftlich unerträglich hart treffen würden. Andere Potentiale blieben bisher zu Unrecht unberücksichtigt.

Der Gesetzgesetzgeber sollte sich auf diejenigen Maßnahmen beschränken, die im Hinblick auf die Belastungen von Versicherten sozialverträglich sind und die gleichzeitig sicherstellen, dass die Wirtschaftlichkeit von Pflegeeinrichtungen (und somit die professionelle Pflegeinfrastruktur in Deutschland insgesamt) nicht gefährdet wird.

Konkret fordert der bad e. V. in diesem Zusammenhang, anstelle der von uns abgelehnten Einsparungen, folgende Maßnahmen zu ergreifen, um die Finanzierung der SPV zu sichern:

- Erstattung von versicherungsfremden Aufwendungen an die SPV, die im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie aus den Mitteln der SPV aufgewendet wurden.

- Versicherungsfremde Leistungen für pflegende Angehörige aus der Leistungspflicht der SPV entfernen

- Aufnahme aller Bürger in die SPV – auch der Beamten, Selbstständigen, Abgeordneten, Richter und Soldaten

- Aufhebung der dem Solidaritätsgrundsatz widersprechenden Beitragsbemessungsgrenzen

- Einbeziehung aller Einkommensarten bei Bemessung der Höhe der Beitragspflicht, z. B. auch Kapitalerträge etc.

- Verringerung der Kosten durch eine deutliche Reduktion der Anzahl gesetzlicher Krankenkassen – hier: auf eine einstellige Anzahl

- Einführung einer gesetzlichen Pflege-Zusatzversicherung zur (staatlich garantierten) vollständigen Übernahme aller pflegebedingten Eigenkosten, deren Abschluss freiwillig ist

- Verlässliche Steuerzuschüsse für die SPV, insoweit die Beitragsfinanzierung trotz der o. g. Maßnahmen zur notwendigen Finanzierung nicht ausreichend.