Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

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

Stand: 30.9.2024

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil 4

2. Kommentierung des Gesetzes 7

- Zu Artikel 1 Nr. 2 § 5 SGB XI 7
- Zu Artikel 1 Nr. 5 § 8 (SGB XI) 9
- Zu Artikel 1 Nr. 7 § 9 (SGB XI) 10
- Zu Artikel 1 Nr. 11 § 12 (SGB XI) 11
- Zu Artikel 1 Nr. 12 § 15 (SGB XI) 13
- Zu Artikel 1 Nr. 13 § 17a (SGB XI) 14
- Zu Artikel 1 Nr. 17 § 37 (SGB XI) 16
- Zu Artikel 1 Nr. 25 § 45a (SGB XI) 18
- Zu Artikel 1 Nr. 27 § 45c (SGB XI) 22
- Zu Artikel 1 Nr. 28 § 45d (SGB XI) 23
- Zu Artikel 1 Nr. 29 §§ 45e bis 45g (neu) (SGB XI) 24
- Zu Artikel 1 Nr. 32 § 69 Absatz 2 (SGB XI) 27
- Zu Artikel 1 Nr. 34 § 73a (neu) (SGB XI) 28
- Zu Artikel 1 Nr. 40 § 92c (neu) (SGB XI) 30
- Zu Artikel 1 Nr. 44 § 113 (SGB XI) 33
- Zu Artikel 1 Nr. 45 § 113b (SGB XI) 35
- Zu Artikel 1 Nr. 47 § 114 (SGB XI) 37
- Zu Artikel 1 Nr. 48 § 114a (SGB XI) 39
- Zu Artikel 1 Nr. 49 § 114c (SGB XI) 41
- Zu Artikel 1 Nr. 52 § 118 (neu) (SGB XI) 42
- Zu Artikel 3 Nr. 1 § 15 (SGB V) 43
- Zu Artikel 3 Nr. 2 § 15a (neu (SGB V) 44
- Zu Artikel 3 Nr. 4 § 33 (SGB V) 46
- Zu Artikel 3 Nr. 7 § 64d (SGB V) 47
- Zu Artikel 3 Nr. 8 § 73d (SGB V) 48
- Zu Artikel 3 Nr. 9 § 87 (SGV) 52
- Zu Artikel 3 Nr. 10 § 132a (SGBV) 53

3. Ergänzender Änderungsbedarf 55

- § 1 PflBG und gepl. § 1 PflAssG (jeweils: Führen der Berufsbezeichnung) i. V. m § 293 Absatz 8 SGB V (Beschäftigtenverzeichnis) 55
- § 27 SGB V (Krankenbehandlung) 57
- § 37 SGB V (Häusliche Krankenpflege) 58
- § 139 SGB V (Hilfsmittelverzeichnis) 59
- § 126 SGB V (Versorgung durch Vertragspartner) 61
- § 127 SGB V (Verträge) 62
- § 18c SGB XI (Entscheidung über den Antrag, Fristen) 63
- § 92 SGB V (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses) 65

1. Allgemeiner Teil

Am 6.9.2024 wurde dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) der Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz - PKG durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zugeleitet. Zu diesem Entwurf nimmt der vdek nachfolgend Stellung.

Zentrales Anliegen des Gesetzentwurfs ist die Stärkung der Pflegefachpersonen. Sie sollen unter Berücksichtigung ihrer Qualifikation künftig neben Ärztinnen und Ärzten selbstständig erweiterte heilkundliche Leistungen in der Versorgung übernehmen können. Außerdem sollen die pflegerischen Versorgungsstrukturen optimiert, Effizienzpotenziale gehoben und die Entbürokratisierung vorangetrieben werden.

Der vdek begrüßt, dass mit diesem schon lange angekündigten Gesetzentwurf die Pflegekompetenz der Pflegefachpersonen gestärkt werden soll. Damit wird dieser Beruf attraktiver gestaltet und die Fachkunde der Mitarbeitenden besser genutzt. Eine in diesem Sinne bessere Aufgabenverteilung zwischen Pflegekräften und Ärztinnen und Ärzten ist zudem hilfreich für einen möglichst optimalen Einsatz des knappen Personals im Gesundheitswesen.

Die Erstellung eines Katalogs von Leistungen für die Übertragung der heilkundlichen Kompetenzen wird ausdrücklich begrüßt. Bisher gibt es eine solche Übersicht nicht. Es ist jedoch nicht nachvollziehbar, dass die für die Erarbeitung der Kataloge notwendige wissenschaftliche Expertise allein von den Beitragsgeldern der Versicherten finanziert werden soll. Die Finanzierung der auf die Pflegefachpersonen übertragenen heilkundlichen Tätigkeiten soll über die bestehenden vertraglichen Regelungen der Häuslichen Krankenpflege (HKP) und über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgebildet werden. Da es sich aber um einen neuen Versorgungbereich handelt, müsste dafür eine eigenständige Rechtsgrundlage für die vertragliche Umsetzung inklusive einer bundesweit einheitlichen Vergütung geschaffen werden, um Verwerfungen zwischen dem vertragsärztlichen und pflegerischen Bereich zu vermeiden.

Die Regelungen zur Optimierung der Vertrags- und Vergütungsverhandlungen werden ausdrücklich begrüßt. Aufgegriffen werden hier Vorschläge der Ersatzkassen. In dem zwischenzeitlich durch komplizierte gesetzliche Vorgaben, z. B. die Tariftreue-Regelungen, aufwändig und komplex gewordenen Pflegesatzverfahren ist es zielführend, dass die Pflegeselbstverwaltung weitere Rahmenvorgaben auf Bundesebene entwickelt, sodass darauf die Verhandlungen bürokratieärmer stattfinden und somit die Vergütungsabschlüsse für die Pflegeeinrichtungen zügiger erfolgen können.

Die Verbesserungen bei den niedrigschwelligen ambulanten Angeboten erleichtern deren Inanspruchnahme und entlasten somit auch die pflegenden An- und Zugehörigen. Die Anpassung bei den Digitalen Pflegeanwendungen (DiPA)

und den ergänzenden Unterstützungsleistungen erhöhen die Transparenz der Leistungsansprüche für die Versicherten und vereinfachen die operative Umsetzung für die Pflegekassen. Es ist positiv, dass die DiPA in Zukunft zur Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation oder zur Entlastung pflegender Angehörige eingesetzt werden kann. In diesem Zusammenhang ist lobend zu erwähnen, dass eine wissenschaftlich gestützte Erprobung von Telepflege vorgesehen ist. Die Telepflege bietet aus Sicht des vdek große Chancen in der pflegerischen Versorgung der Zukunft.

Mit den sogenannten gemeinschaftlichen Wohnformen (GeWos) wird ein neuer Versorgungsbereich in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) eingeführt und in diesem Zuge sowohl eine neue Leistung als auch eine neue Angebotsform geschaffen. Dies soll den Pflegebedürftigen ermöglichen, länger in ihrer Häuslichkeit zu verbleiben. Neue innovative Versorgungsansätze sind grundsätzlich zu begrüßen. Die geplante Flexibilisierung führt jedoch zu einem sehr komplexen Vertragsgeschäft, das weder den Anforderungen der Pflegebedürftigen noch denen der Kranken- und Pflegekassen gerecht wird und extrem hohe Umsetzungsherausforderungen mit sich bringt. Der vdek sieht daher umfassenden Nachbesserungsbedarf. Änderungen sind aber auch notwendig, weil angesichts der aufwändigen Vertragsregularien und der durch die Ausgestaltung geringen Anreize sowohl für Pflegebedürftige als auch für Träger von Pflegeeinrichtungen der vdek davon ausgeht, dass es in der Praxis nur zu wenigen Vertragsabschlüssen kommen wird.
Aus Sicht des vdek ist eine niedrigschwellige Umsetzung zu bevorzugen, indem die Anforderungen an GeWos in den Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI differenziert nach bestimmten Versorgungsschwerpunkten (z. B. Demenz-Wohngemeinschaften) festgelegt und die in den Ländern bestehenden ambulanten Vergütungssystematiken um Pauschalen für die Versorgung in diesen „gemeinschaftlichen Wohnformen" (GeWos) ergänzt werden.
Zur Evaluation der Neuregelungen sind umfangreiche und für die Pflegekassen aufwendige Dokumentationspflichten und Datenlieferungen vorgesehen. Hier wird ein äußerst verwaltungsaufwendiges Verfahren vorgeschrieben, das in keinem Verhältnis zum Nutzen steht und wiederum nicht die aus Sicht des vdek dringende Erfordernis von bürokratiearmen Regelungen erfüllt. Auch bei den Pflegekassen und deren Verbänden müssen sachliche und personelle Ressourcen zielgerichtet eingesetzt werden. Überbordende Berichtspflichten laufen dem entgegen.

Im Sinne einer zielgerichteten kommunalen Pflegeplanung ist es grundsätzlich sinnvoll, dass die Pflegekassen die bei ihnen vorliegenden und dafür nutzbaren Daten, den Kommunen zur Verfügung stellen. Hierfür ist aber unbedingt ein bundesweites, durch den GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und die Kommunalen Spitzenverbände abgestimmtes elektronisches Datenbereitstellungsverfahren zu implementieren. Es ist im digitalen Zeitalter nicht mehr zeitgemäß, wenn Pflegekassen ihre Daten nach den jeweils individuellen Anforderungen der Bundesländer, Kreise oder Kommunen auswerten sollen und dann ihre Ergebnisse zur Verfügung stellen sollen. Dies führt nicht nur zu einem nicht vertretbaren

Verwaltungsaufwand, es wird auch dazu führen, dass keine validen und vergleichbaren Ergebnisse zu erwarten sind.

Der vdek begrüßt, dass die Einbindung von bei Pflegeeinrichtungen tätigen Pflegefachpersonen in die Pflegebegutachtung zunächst in Modellvorhaben geprüft werden soll. Denn neben den positiv zu bewertenden Aspekten (Kompetenzerweiterung der Pflegefachpersonen, (hoffentlich) schnellere Feststellung der Pflegebedürftigkeit und gegebenenfalls Entlastung des Medizinischen Dienstes [MD]) gibt es auch kritische Punkte, die betrachtet werden müssen. Pflegefachpersonen besitzen ohne Zweifel die pflegefachliche Kompetenz für eine Pflegebegutachtung. Aufgrund zahlreicher Umsetzungs- und Organisationsfragen bis hin zu dem Aspekt inwieweit die Pflegefachpersonen in den Einrichtungen die nötige Unabhängigkeit besitzen können, ist eine modellhafte Erprobung aus Sicht des vdek daher der einzig gangbare Weg. Wir halten es zudem für zwingend erforderlich, dass die Pflegekassen in die Konzeption der Modellvorhaben eingebunden werden, um Einfluss auf den durch die Modellvorhaben zu beantwortenden Fragenkatalog nehmen zu können.

Die Neuentwicklung einer Daten- und Kommunikationsplattform durch den GKV-SV u. a. zur elektronischen Beauftragung der Qualitätsprüfungen durch die Landesverbände der Pflegekassen hält der vdek für nicht erforderlich, da bereits digitale Verfahren durch die Verbände der Pflegekassen entwickelt und in die Fläche implementiert werden. Bei der seit Jahren etablierten DatenClearingStelle (DCS) Pflege liegen außerdem die entsprechenden Daten bundesweit vor und können für die angedachten Auswertungen genutzt werden. Hier sind auch Auswertungen zu den abgeschlossenen Qualitätsprüfungen und den registrierten Pflegeeinrichtungen jederzeit abrufbar. Die neue Datenbank wäre letztlich ein Aufbau von unnötigen Doppelstrukturen und wird daher abgelehnt.

Finanzwirkung

Die Umsetzung dieser neuen gesetzlichen Regelungen soll mittelfristig laut Entwurf zu einer jährlichen Entlastung der Pflegeversicherung von rund 154 Millionen Euro führen. Diese Berechnungen können nicht nachvollzogen werden und erscheinen zu positiv. Dringend notwendige Regelungen zu einer zukunftssicheren finanziellen Ausgestaltung der Pflegeversicherung enthält der Gesetzentwurf hingegen nicht.

2. Kommentierung des Gesetzes

Zu Artikel 1 Nr. 2
§ 5 SGB XI

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderungen soll den pflegebedürftigen Personen in der häuslichen Versorgung ein früherer Zugang zu Leistungen der Prävention ermöglicht werden. Die Pflegekassen sollen hierzu unter Beteiligung der pflegebedürftigen Personen oder unter Beteiligung ambulanter Pflegeeinrichtungen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung gesundheitlicher Ressourcen entwickeln und deren Umsetzung unterstützen. Neben einer Bedarfserhebung und der fachlichen Beratung über Präventionsleistungen ist auch eine Empfehlung zur verhaltensbezogenen Prävention durch die Pflegefachperson vorgesehen. Die Empfehlung kann im Rahmen einer Pflegeberatung nach § 7a oder 7c, bei der Erbringung häuslicher Pflegeleistungen nach § 36 oder bei einem Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 gegeben werden. Die Empfehlung soll dabei frühestmöglich nach der Feststellung der Pflegebedürftigkeit, aber auch bei bereits bestehender Pflegebedürftigkeit erfolgen. Der GKV-SV legt Kriterien für die Umsetzung fest.

Bewertung

Das Ziel den Zugang zu Präventionsleistungen und damit die gesundheitlichen Ressourcen der Pflegebedürftigen zu stärken, wird begrüßt. Dies kann dazu beitragen, den Verlauf einer zunehmenden Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zumindest aufzuschieben, wodurch auch höhere Pflegegrade oder der Übergang in eine stationäre Versorgung vermieden bzw. aufgeschoben werden kann.

Aus Sicht des vdek nicht nachvollziehbar ist die angedachte Finanzierung dieser Leistungen über die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gemäß § 20 Absatz 5 SGB V. Der Zugang zu den verhaltensbezogenen Präventionsleistungen muss hier konsequenterweise über den § 5 SGB XI geregelt und finanziert werden und dementsprechend mit dem Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI verknüpft werden.

Unverständlich ist diese Regelung auch im Hinblick auf die Gesetzesaktivitäten zum Gesunden-Herz-Gesetz (GHG), im Rahmen derer der Gesetzgeber unverständlicherweise Gelder aus der Individualprävention nach § 20 Absatz 5 SGB V für medikamentöse Therapien umwidmen lassen will. Würde dieses Gesetz so in Kraft treten, hätten die Krankenkassen keinen finanziellen Spielraum mehr, die evidenzbasierten Präventionskurse gemäß § 20 Absatz 5 SGB V zu bezuschussen bzw. zu übernehmen. Insofern ist der finanzielle Verweis auf die GKV-Leistungen nicht nachvollziehbar und auch nicht sachgerecht. Für die Leistungsbündelung in § 5 SGB XI spricht zudem, dass für die adressierte

Zielgruppe bei bestehender Pflegebedürftigkeit nicht alle Kursmaßnahmen nach § 20 Absatz 5 SGB V geeignet sein werden.

Anzumerken ist auch, dass das Thema „Prävention und Gesundheitsförderung" in der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI bereits verankert ist. Um die Präventionsempfehlung im Rahmen der Leistungserbringung der § 36 SGB XI und der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI zu verorten, müssen aber unbedingt auch die Kompetenzen der Pflegefachpersonen hinsichtlich geeigneter Präventionsmaßnahmen (weiter-)entwickelt werden.

Änderungsvorschlag

Der Verweis in § 5 Absatz 1a auf die Leistungen nach § 20 Absatz 5 SGB V ist zu streichen. Die Leistungen sind aus dem bereits für die gesetzlich für die Pflegekassen geregelten Mindestausgabewert nach § 5 Absatz 2 SGB XI zu finanzieren.

Zu Artikel 1 Nr. 5
§ 8 (SGB XI)

Beabsichtigte Neuregelung
Zu b) Bisher liegen keine Übersichten zu möglichen qualifikationsbezogenen Tätigkeitsbereichen von Pflegefachpersonen vor. Daher soll die Änderung dazu führen, dass solche Übersichten im Rahmen eines vom GKV-SV geförderten Modellvorhabens im Einvernehmen mit dem inhaltlich entwickelt werden. Die veranschlagten Kosten von zehn Millionen Euro sollen jeweils hälftig von der SPV und der GKV übernommen werden.

Bewertung
Zu b) Die Erstellung einer Übersicht wird begrüßt, da diese die Grundlage für die Umsetzung der Kompetenzerweiterung in allen Bereichen und Settings darstellt. Es ist sinnvoll hier wissenschaftliche und pflegefachliche Expertise einzubinden. Warum diese wissenschaftliche Aufgabe allerdings wieder alleine durch die Beitragszahler in SPV/GKV finanziert werden soll, ist nicht nachvollziehbar. Eine adäquate finanzielle Beteiligung der PKV und des Bundes wäre bei dieser wichtigen Aufgabe adäquat.

Änderungsvorschlag
Zu b) Die privaten Krankenkassen beteiligen sich mit zehn Prozent der Gesamtkosten, der Restbetrag wird zu gleichen Teilen auf BMG, SPV und GKV verteilt.

Zu Artikel 1 Nr. 7
§ 9 (SGB XI)

Beabsichtigte Neuregelung
Es wird geregelt, dass die Länder eine Pflegestrukturplanung gegebenenfalls unter Rückgriff auf die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 3 SGB XI vorsehen können.

Bewertung
Es ist sachgerecht, die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 3 SGB XI mit der kommunalen Pflegestrukturplanung zu verknüpfen. Die verbindliche Übernahme der Empfehlungen der Ausschüsse durch die Landesverbände der Pflegekassen bei der Zulassung der Pflegeeinrichtungen wird hingegen strikt abgelehnt. Für die Zulassung von Pflegeeinrichtungen müssen bundesweit einheitliche und vergleichbare Regelungen gelten, die rechtssicher anzuwenden sind. Regionalbezogene Vorgaben erfüllen diesen Anspruch nicht. Rechtsstreitigkeiten, die durch die Landesverbände der Pflegekassen mit den Antragstellern zu führen sind, sind hier vorprogrammiert.

Änderungsvorschlag
Die Regelung, dass die Empfehlungen verbindlicher Bestandteil der Pflegestrukturplanung werden sollen, ist zu streichen.

Zu Artikel 1 Nr. 11
§ 12 (SGB XI)

Beabsichtigte Neuregelung
Zu a) Die Vorschrift zur Bildung örtlicher und regionaler Arbeitsgemeinschaften zur Durchführung der den Pflegekassen gesetzlich übertragenen Aufgaben wird verbindlicher formuliert.

Zu b) Die Pflegekassen werden auf Basis der ihnen zur Verfügung stehenden Versorgungsdaten zur Evaluation der Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation und zur Information weiterer Beteiligter verpflichtet. Der GKV-SV und die Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene vereinbaren Empfehlungen zu Umfang, Struktur, Turnus und möglichen Indikatoren der entsprechenden Datensätze.

Bewertung
Zu a) Es bedarf keiner verpflichtenden Vorgabe zur Bildung von örtlichen und regionalen Arbeitsgemeinschaften. Das derzeitige Verfahren ist etabliert und sollte weiterhin in den Händen der Länder liegen. Ebenfalls bringt die Verpflichtung keine Erleichterungen in der Durchführung der gesetzlichen Aufgaben durch die Pflegekassen.

Zu b) Grundsätzlich ist es sinnvoll, die den Pflegekassen zur Verfügung stehenden Daten zu bündeln und standardisiert bereitzustellen. Die Regelung ignoriert jedoch, dass bereits heute umfangreiche amtliche Statistiken der gesetzlichen Pflegeversicherung wie beispielsweise die PG 2 („Leistungsempfänger nach Pflegestufen, Altersgruppen und Geschlecht“) bestehen, ergänzt durch komplexe, gleichermaßen relevante Statistiken der Krankenkassen. Daneben bestehen weitere Statistiken nach § 109 SGB XI, bei denen die Träger der Pflegeeinrichtungen, die Träger der Pflegeversicherung sowie die privaten Versicherungsunternehmen oder die MD gegenüber den statistischen Ämtern der Länder auskunftspflichtig sind.

Um Doppelarbeiten und damit zusätzliche Bürokratie zu vermeiden, sollten aus Sicht des vdek die bestehenden Statistiken zunächst vollumfänglich genutzt werden.

Eine Evaluation der regionalen pflegerischen Versorgung durch die Pflegekassen bzw. deren Landesverbände und die Weitergabe der Evaluationsergebnisse an die Kreise und Kommunen wird abgelehnt. Die Regelung muss dahingehend angepasst werden, dass auf der Grundlage einer vom GKV-SV und Kommunalen Spitzenverbänden vereinbarten und verbindlichen Empfehlung die Pflegekassen bzw. deren Landesverbände bundesweit fest definierte Daten bereitstellen, die dann in die kommunale Pflegestrukturplanung einfließen. Für die Ersatzkassen als bundesweite Organisationen sind landes- bzw. regionalspezifische Datenauswertungen extrem verwaltungsaufwendig.

Der vdek verweist zudem auf die zentralisierte Datenbereitstellung nach §§ 303d ff. SGB V Forschungsdatenzentrum. So umfasst § 303e Absatz 2 Nr. 3 SGB V bereits die „Planung von Leistungsressourcen, z. B. Krankenhausplanung oder Pflegestrukturplanungsempfehlungen nach § 8a Absatz 4 SGB XI“, sodass dieses Verfahren hier Anwendung finden muss.

Änderungsvorschlag
Zu a) Streichung.

Zu b) Absatz 2 S. 2 wird wie folgt gefasst:
„Sie stellen den regionalen Gebietskörperschaften über das Forschungsdatenzentrum nach § 303e SGB V auf Anfrage zum Zwecke der kommunalen Pflegestrukturplanung nach § 303 Absatz 2 Nr. 3 SGB V regionale Versorgungsdaten auf der Grundlage der vom GKV-Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Kommunalen Spitzenverbänden der auf Bundesebene festgelegten verbindlichen Empfehlungen zur Verfügung, soweit diese nicht schon Bestandteil nach § 109 SGB XI oder sonstiger Landesstatistiken sind; die hierfür anfallenden Kosten sind ihnen zu erstatten.”

Zu Artikel 1 Nr. 12
§ 15 (SGB XI)

Beabsichtigte Neuregelung
Der GKV-SV wird zur Berichterstattung mit wissenschaftlicher Begleitung über die Erfahrungen der Pflegekassen und der MD mit dem in 2017 eingeführten Begutachtungsinstrument verpflichtet. Dieser soll auch Aussagen zur Wirkungsweise der verwendeten Bewertungssystematik sowie Vorschläge zu möglichen Weiterentwicklungen enthalten. Ebenso soll der starke Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen, der laut BMG nicht allein mit dem demografischen Wandel zu erklären sei, untersucht werden. Der Bericht ist dem BMG bis zum 31.12.2025 vorzulegen.

Bewertung
Die Regelung, das Begutachtungsinstrument sieben Jahre nach der Einführung aus Sicht der Pflegekassen und der MD zu bewerten, wird ausdrücklich begrüßt. Hervorzuheben ist außerdem, dass dabei die Wirkung der Bewertungssystematik in den Focus rücken und eine Prüfung erfolgen sollte, ob eine Weiterentwicklung oder Neuausrichtung erforderlich ist. Im Ergebnis ist zu ermitteln, ob das Begutachtungsinstrument ziel- und sachgerecht den Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung ermöglicht.

Die vorgegebene Frist zur Erstellung eines fundierten wissenschaftlichen Berichtes ist unrealistisch und daher anzupassen.

Änderungsvorschlag
Die Frist für die Berichterstattung ist auf den 30.6.2026 zu verlängern.

Zu Artikel 1 Nr. 13
§ 17a (SGB XI)

Beabsichtigte Neuregelung
Zu Absatz 1)
In Umsetzung der Änderung in § 40 wird der GKV-SV beauftragt, seine Richtlinien nach § 17a bis 31.12.2025 inhaltlich zu überarbeiten. Bei der Überarbeitung sollen zukünftig auch die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus der empfehlenden Pflegefachpersonen berücksichtigt werden.

Die Organisationen der Pflegeberufe erhalten ein verbindliches Recht zur Stellungnahme.

Zu Absatz 2)
Der Gesetzgeber regelt an dieser Stelle das Verfahren zur Genehmigung und eine regelmäßige Überprüfung der Richtlinie im Rhythmus von drei Jahren.

Zu Absatz 3)
Der Gesetzgeber schreibt vor, dass die Richtlinie bezogen auf in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht, insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen auf die Qualität und Sicherheit der Versorgung und Wirtschaftlichkeitsaspekte bis zum 31.12.2027 zu evaluieren ist.

Bewertung
Zu Absatz 1)
Die Überarbeitung hinsichtlich der unterschiedlichen Qualifikationsniveaus ist im Rahmen der Kompetenzerweiterung von Pflegefachpersonen durchaus nachvollziehbar. Der Gesetzgeber regelt jedoch auch, dass Pflegefachpersonen für die Erbringung der HKP notwendige Hilfsmittel im Rahmen der Folgeverordnung ebenfalls verordnen dürfen. Dafür sollen im Speziellen gemäß § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V entsprechende Qualifikationsniveaus vereinbart werden. Die Verordnung der Hilfsmittel erfolgt dann gemäß § 33 SGB V über das normale Verordnungsverfahren. Der Gesetzgeber regelt in diesem Zusammenhang, dass die Verordnungen durch Pflegefachpersonen denen der Vertragsärzte gleichgestellt sind.

Sofern in den Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6 Qualifikationsniveaus festgelegt werden sollen, müssen die im Rahmenvertrag nach § 73d SGB V vereinbarten Qualifikationsniveaus berücksichtigt bzw. umgesetzt werden. Andernfalls werden hier konkurrierende Regelungen zur Verordnung ein- und desselben Hilfsmittels geschaffen. Nachdem Pflegefachpersonen zukünftig Pflegehilfsmittel/Hilfsmittel verordnen können, stellt sich die Fragen, ob eine Richtlinie zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6 SGB XI noch notwendig ist.

Vor dem Hintergrund, dass bei der Beschreibung des Qualifikationsniveaus die Regelungen aus dem Rahmenvertrag nach § 73d SGB V zugrunde gelegt werden sollten, diese wahrscheinlich aber erst zum 31.12.2025 zur Verfügung

stehen, muss die Frist zur Erstellung dieser Empfehlungen mindestens um ein Jahr verlängert werden.

Zu Absatz 2)
Diese Regelungen sind nachvollziehbar.

Zu Absatz 3)
Das Evaluationsbegehren ist zwar in der Sache nachvollziehbar, kann aber bezogen auf den Qualitätsaspekt nicht durch die Pflegekassen erfolgen. Ein solcher Aspekt kann nur im Rahmen der Versorgungsforschung durch ein zu beauftragendes Institut geprüft werden.

Sofern an einer derartigen umfangreichen Evaluation festgehalten werden soll, wird empfohlen, dass die GKV eine Evaluation zu beauftragen hat.

Änderungsvorschlag
Zu Absatz 1)
2. über welches Qualifikationsniveau die empfehlende Pflegefachperson jeweils verfügen soll, dabei sind die Regelungen des Rahmenvertrages nach § 73d SGB V zugrunde zu legen.

Verlängerung der Frist auf den 31.12.2026.

Zu Artikel 1 Nr. 17
§ 37 (SGB XI)

Beabsichtigte Neuregelung
Zu a) Durch die Änderung sollen bestehende Beratungs- und Unterstützungsangebote insbesondere für pflegebedürftige Personen, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, sowie deren An- und Zugehörigen verbessert werden, mit dem Ziel, die Versorgung in der Häuslichkeit sicherzustellen. Wird während der Beratung ein Bedarf festgestellt, empfiehlt die Beratungsperson gezielte Maßnahmen aus den bestehenden Beratungs- und Unterstützungsangeboten. Die Pflegekassen werden verpflichtet, die pflegebedürftigen Personen zeitnah bei der Inanspruchnahme von Beratungs- und Unterstützungsangeboten zu unterstützen.

Zu b) Redaktionelle Änderung

Zu c) Aufgrund der Änderungen in a) sollen die Richtlinien des GKV-SV zu den Dokumentationsanforderungen der Beratungsbesuche angepasst werden.

Bewertung
Zu a) Die Ergänzung kommt dem Wunsch der meisten Pflegebedürftigen nach, so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu bleiben. Die Beratungspersonen haben nun konkrete Empfehlungen zu Beratungs- oder Unterstützungsangebote abzugeben, sofern diese aus pflegefachlicher Sicht erforderlich oder zweckdienlich sind. Das bestehende Verfahren der Durchführung von Beratungsbesuchen, in dem auch jetzt schon verschiedene Maßnahmen angeregt werden können, wird dadurch nachgeschärft. Das ist grundsätzlich nachvollziehbar, wird aber für alle Beteiligten mit hohem administrativem Aufwand einhergehen. So sind die Leistungserbringer gefordert, dass der Beratungsbesuch bei der pflegebedürftigen Person stets durch die gleiche Beratungsperson durchgeführt wird, sofern nachgehalten werden soll, ob die angeregten Maßnahmen umgesetzt wurden. Pflegebedürftige können grundsätzlich bei jedem Beratungsbesuch einen anderen Anbieter auswählen, sodass bei einem Großteil der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 keine „Kontrolle" möglich sein wird.

Ergänzender Vorschlag:
Der überwiegende Anteil der Beratungsbesuche wird durch ambulante Pflegedienste durchgeführt, die zukünftig verpflichtend an die Telematikinfrastruktur (TI) angebunden sind. Um einen weiteren Schritt in der Digitalisierung der Verwaltungsverfahren zu gehen, sollte die Übermittlung der Formulare zum Nachweis der Beratungsbesuche zukünftig über ein Datenaustauschverfahren erfolgen. Es ist nicht nachvollziehbar, dass die Abrechnungen zwischen Pflegediensten und Pflegekassen vollständig digitalisiert werden, die Nachweise der Beratungsbesuche aber weiterhin in Papierform erfolgen sollen. Durch eine Digitalisierung dieses Prozesses könnte die Verarbeitung der Empfehlungen der Pflegedienste zielgerichteter, fehlerfreier, verwaltungsschlanker und schneller erfolgen. Näheres zum Datenaustauschverfahren kann in der Richtlinien nach § 37 Absatz 5a festgelegt werden. Um einen angemessenen Zeitraum für die

technische Entwicklung einzuräumen, sollte die Regelung erst 2027 in Kraft treten.

Zu b) Die Änderungen sind nachvollziehbar.

Zu c) Die Änderung ist sachlogisch.

Änderungsvorschlag
Zu a) § 37 Absatz 4 hinter Satz 2: „*Das Formular ist ab 2027 ausschließlich elektronisch an die Pflegekassen zu übermitteln, wenn der Leistungserbringer an die Telematikinfrastruktur angebunden ist*."

Zu Artikel 1 Nr. 25
§ 45a (SGB XI)

Beabsichtigte Neuregelung
Zu a) bis c) Die Anforderungen für die Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag werden reduziert. Eine pflegefachliche Anleitung von ehrenamtlich Tätigen wird nicht mehr zwingend vorausgesetzt. In einem Konzept haben die Anbieter dieser Angebote unter anderem darzulegen, dass eine dauerhafte, ordnungsgemäße Leistungserbringung gewährleistet wird und durch die Angebote keine Gefährdung für die versorgten Personen entstehen. Die Qualifikation der Helfenden soll sich verstärkt an den Tätigkeiten und Zielgruppen der Angebote ausrichten. Das Anerkennungsverfahren und der Nachweis von Grund- und Notfallwissen für den Umgang mit Pflegebedürftigen soll vereinfacht werden. Die Qualifikationen oder der Erwerb des Grund- und Notfallwissens soll auch modular oder tätigkeitsbegleitend innerhalb von 12 Monaten erfolgen.

Zu d) Bei Angeboten zur Unterstützung im Alltag, die sich an alle Pflegebedürftigen richten und die keine ehrenamtlich Helfende einsetzen, kann auf die Angabe zur Qualifikation und angemessenen Schulungen verzichtet werden, wenn die Sicherstellung einer verlässlichen und sachgerechten Leistungserbringung dargelegt werden kann. Dies kann zum Beispiel durch den Nachweis eines langjährigen Serviceangebots im Bereich haushaltsnaher Dienstleistungen erfolgen.
Der GKV-SV soll Empfehlungen erstellen, wann bei einem Angebot, welches im Schwerpunkt eine Unterstützung im Haushalt anbietet, die Grund- und Notfallkenntnisse bei Helfenden als angemessen zu bewerten sind. Für den Bereich der „Nachbarschaftshilfen" bzw. der Einzelhelfenden werden genauere Vorgaben zur Anerkennung formuliert. Dabei werden insbesondere für die Einzelhelfenden, die sich nur an einen bestimmten Personenkreis richten („personenbezogene anerkannte Einzelhelfende"), Regelungen getroffen. Unter anderem wird festgelegt, dass zwischen den personenbezogenen anerkannten Einzelhelfenden und den pflegebedürftigen Personen keine Verwandtschaft bis zum 2. Grad bestehen darf und die Anzahl der versorgten auf maximal vier Personen begrenzt wird. Des Weiteren soll bei diesen Angeboten im Rahmen der Anerkennung statt eines Konzeptes lediglich eine Leistungs- und Preisübersicht vorgelegt werden. Die Prüfung, ob die Einzelhelfenden geeignet und fähig sind, soll die Anerkennungsstelle nun in einem persönlichen Gespräch (auch per Telefon oder Videokonferenz) durchführen können. Es ist außerdem vorgesehen, dass die von den Einzelhelfenden versorgten Pflegebedürftigen informiert worden sind, an welche Stellen sie sich beim Land oder den Kommunen bei Fragen oder Schwierigkeiten melden können.
Einer Veröffentlichung der personenbezogenen anerkannten Einzelhelfenden über die Leistungs- und Preisvergleichslisten der Landesverbände der Pflegekassen ist freiwillig und Bedarf daher der Zustimmung. Entsprechende Informationen sollen per elektronischen Datenaustausch übermittelt werden.

Bewertung

Zu a) bis c) Mit diesen Regelungen soll insgesamt eine Stärkung niedrigschwelliger Angebote und ehrenamtlicher Helfender erreicht werden (siehe auch den Ausbau der Förderung durch § 45c und § 45e). Das wird begrüßt. Insbesondere die zielgruppen- und tätigkeitsgerechte Differenzierung bei der Qualifikation ist angesichts der vielfältigen Ausrichtung der Angebote zur Unterstützung im Alltag sachgerecht. Die Umsetzung muss vor allem im Rahmen der Anerkennungsverfahren der Angebote beachtet werden. Eine vereinfachte Anerkennung von Kenntnissen und Qualifikationen, um nicht erforderlich Schulungen zu vermeiden, wird im Sinne des Bürokratieabbaus unterstützt. Durch die neuen Umwandlungsmöglichkeiten können auch deutlich mehr Mittel aus der SPV für die Angebote verwendet werden.

Zu den bisherigen Erfahrungen mit dem Verfahren zur Übermittlung der Daten anerkannter Angebote von den Anerkennungsstellen an die Landesverbände der Pflegekassen ist festzustellen, dass

1. die Daten der Veröffentlichungsstellen je nach Bundesland zu unterschiedlichen Zeitpunkten zur Verfügung gestellt werden (kontinuierlich bis alle drei Monate zum Quartalsbeginn).
2. die Datenqualität mangelhaft ist, weil die Anbieter den Anerkennungsstellen Änderungen der Adress-, Kontaktdaten, Leistungen und Preise oft nicht melden.

Die gesetzliche Klarstellung, dass die Konzepte und Preise bei Änderungen durch die Angebote aktualisiert werden müssen, wird daher begrüßt, damit die Pflegekassen auch tatsächlich aktuelle Daten erhalten. Das bestehende Datenaustauschverfahren über die DCS Pflege hat sich weitgehend etabliert und bietet eine umgehende Aktualisierung der Daten über die Internetportale der Landesverbände der Pflegekassen an. Daher sollte eine Regelung aufgenommen werden, dass Änderungen von Kontaktdaten, Leistungsinhalten oder Kosten umgehend von der anerkennenden Stelle zu erfassen und mindestens wöchentlich an die Landesverbände der Pflegekassen zu liefern sind.

Da der neue Umwandlungsanspruch teilstationärer Sachleistungen nur für bestimmte Angebote möglich ist (regelmäßige mehrstündige Betreuungsgruppen), ist es zwingend erforderlich, dass im Rahmen der Anerkennung die infrage kommenden Angebote gekennzeichnet werden und dieses Kennzeichen im Rahmen des Datenaustausches verpflichtend an die Landesverbände der Pflegekassen übermittelt wird. Nur so können die Pflegekassen zielgerichtet beraten, die Versicherten informieren und entsprechende Abrechnungen prüfen. Dies ist aus Sicht der Ersatzkassen auch vor dem Hintergrund entscheidend, da die Umwandlung nicht beantragt werden muss. Es sollte vermieden werden, dass die Umwandlung für nicht geeignete Angebote eingesetzt wird.

Zu d) Durch die Neuregelung wird die Anerkennung von Angeboten erleichtert, die bereits über Erfahrungen bei der Erbringung von Dienstleistungen verfügen,

zum Beispiel im haushaltsnahen Bereich. Die Vereinfachung kann dazu beitragen, das Leistungsangebot niedrigschwelliger Angebote auszubauen.

Die Erleichterungen bei den Voraussetzungen und Verfahren für die Anerkennung der personenbezogenen anerkannten Einzelhelfenden werden nach Auffassung des vdek dazu führen, für den besonders niedrigschwelligen Bereich der Einzelhelfenden bürokratische Hürden abzubauen und den Zugang zur Erbringung von Leistungen zu erleichtern. Auch werden die Regelungen dazu beitragen, die bislang nur in einigen Landesverordnungen geregelten Vorgaben bundesweit zu vereinheitlichen. Die Änderungen werden daher begrüßt.
Es wird auch positiv bewertet, dass für den Datenaustausch klarere Vorgaben gemacht werden und z. B. eine Kennung der personenbezogenen anerkannten Einzelhelfer vorgesehen ist, da diese Informationen für die Kostenerstattungen benötigt werden. Anzumerken ist jedoch, dass der Datenaustausch nach § 7 Absatz 4 zwischen den Anerkennungsstellen und den Landesverbänden der Pflegekassen erfolgt und nicht – wie im Gesetzesentwurf vorgesehen – direkt mit den Pflegekassen. Neben der Kennung der Einzelhelfer muss auch zwingend eine Information über die Zustimmung zur Veröffentlichung übermittelt werden, da diese von den Anerkennungsstellen eingeholt werden muss.

Änderungsvorschlag
Zu a) bis c) Dem § 45 Absatz 1 wird zugefügt: „Bei Angeboten zur Unterstützung im Alltag, welche die Voraussetzungen nach § 45e Absatz1 Satz 1 für die Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrages erfüllen, wird durch die Anerkennungsstellen im Rahmen des Datenaustausches nach § 7 Absatz 4 eine entsprechende Kennung an die Landesverbände der Pflegekassen übermittelt.“

Dem § 45 Absatz 2 wird zugefügt: „Die Anerkennungsstellen übermitteln Änderungen, die durch das Angebot zur Unterstützung im Alltag mitgeteilt werden, mittels des Datenaustauschverfahrens nach § 7 Absatz 4 umgehend/wöchentlich an die Landesverbände der Pflegekassen. Dazu gehören Adress- und Kontaktdaten, Zielgruppen, Leistungen und Preise.”

Zu d) Der Absatz 5 sollte wie folgt gefasst werden:
(5) Eine Veröffentlichung von Angaben zu Angeboten von personenbezogen anerkannten Einzelhelfenden in einer Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 ist freiwillig und darf nur mit Zustimmung der Einzelhelferin oder des Einzelhelfers erfolgen; eine Veröffentlichung von persönlichen Angaben zu den jeweils konkret benannten Pflegebedürftigen ist ausgeschlossen. Die Zustimmung wird im Rahmen der Anerkennung durch die zuständige Behörde erhoben. Es erfolgt jedoch die Vergabe einer eindeutigen Kennung für das Angebot der oder des personenbezogen anerkannten Einzelhelfenden; diese Kennung wird nicht veröffentlicht, sondern dient zu Prüf- und Abrechnungszwecken. Die Kennung und dazugehörigen Daten über die Anerkennung der oder des Einzelhelfenden sowie die Zustimmung zur Veröffentlichung zu Angaben der Angebote sind den Landesverbänden der Pflegekassen sowie den privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben durch elektronische Datenübertragung zur

Verfügung zu stellen. § 7 Absatz 4 Satz 1, 4 und 5 findet in Bezug auf die Vergabe der Kennung und Übermittlung der Angaben im Wege der elektronischen Datenübertragung entsprechende Anwendung.

Zu Artikel 1 Nr. 27
§ 45c (SGB XI)

Beabsichtigte Neuregelung

Zu a) und b): Vorgesehen ist die Erhöhung der Summe für die Förderung zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und -konzepte sowie zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen von 25 auf 60 Millionen Euro. Gleichzeitig wird das Verhältnis der Kofinanzierung angepasst, sodass durch die Pflegeversicherung zukünftig 60 Prozent und durch die Länder 40 Prozent der Förderung übernommen werden. Die maximale mögliche Förderungssumme wird daher von derzeit 50 Millionen. Euro auf insgesamt 100 Millionen. Euro verdoppelt. Neu ist außerdem, dass neben der Förderung des Auf- und Ausbaus von Angeboten zur Unterstützung im Alltag nun auch Strukturen, die den Auf- und Ausbau dieser Angebote unterstützen, gefördert werden können.
Die bisher in § 45c geregelte Förderung regionaler Netzwerke wird in den neuen § 45e verschoben, weswegen die Regelung in 45c Absatz1 aufgehoben wird.

Bewertung

Zu a) und b): Durch den massiven Anstieg der Fördersummen sollen die niedrigschwelligen Angebote zur Versorgung der Pflegebedürftigen weiter verstärkt werden, dies sicherlich auch vor dem Hintergrund der gestiegenen Anzahl der Pflegebedürftigen (auch viele im Pflegegrad 1), des Fachkräftemangels und der steigenden Kosten in der Pflegeversicherung. Die Regelung wird daher grundsätzlich positiv bewertet. Aufgrund der Kofinanzierung zwischen Ländern und Pflegekassen in Verbindung, mit der von 25 Millionen auf 60 Millionen Euro gestiegenen Förderungssumme würde dies auch ein entsprechendes größeres Engagement der Länder bedeuten. Vermutlich wurde daher das Verhältnis der Förderungen von 50:50 auf 60:40 zugunsten der Länder geändert. Da es sich bei der Schaffung der Versorgungsstrukturen aber um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt und die Länder nach § 8 ebenso verpflichtet sind, die pflegerische Versorgung zu gewährleisten, sollte an der hälftigen Aufteilung der Fördersummen festgehalten werden.

Änderungsvorschlag

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 wird die Angabe „25“ durch die Angabe „50“ ersetzt

b) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
„Der Zuschuss wird in Höhe von 50 Prozent der Fördermittel gewährt, die für die einzelne Fördermaßnahme insgesamt geleistet werden, sodass gemeinsam mit dem vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleisteten Zuschuss in Höhe von zusammen 50 Prozent ein Fördervolumen von insgesamt 100 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht wird.“

Zu Artikel 1 Nr. 28
§ 45d (SGB XI)

Beabsichtigte Neuregelung

Die jährlichen Fördermittel werden von 0,15 Euro auf 0,20 Euro je Versicherten für den Aus- und Aufbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen erhöht. Davon sollen 0,04 Euro für Gründungszuschüsse sowie zur Unterstützung von bundesweiten Tätigkeiten und Strukturen zur Verfügung gestellt werden.
Mit der Gesetzesänderung wird somit die bisher separierte Förderung der „Bezuschussung von Gruppengründungen (Pauschalförderung)" mit der „Förderung von bundesweiten Tätigkeiten und Strukturen (Projektförderung)" zusammengelegt.

Bewertung

Die Zusammenlegung der beiden Fördertatbestände wird ausdrücklich begrüßt. Die bisher aus Überlaufmitteln finanzierte Unterstützung von bundesweiten Tätigkeiten (Projektförderung) erhält somit gleichermaßen Zugang zu den Fördermitteln und wird damit in geeigneter Weise aufgewertet.

Die vorgesehene Erhöhung der Fördermittel von 0,15 Euro auf 0,20 Euro je Versicherten wird hingegen strikt abgelehnt. Jährlich werden Fördermittel in Millionenhöhe nicht verausgabt und in die Folgejahre transferiert. Die Steigerung ist somit auch mit Sicht auf die Finanzlage der SPV nicht nachvollziehbar.

Änderungsvorschlag

Die Höhe der Fördermittel ist anzupassen: je Kalenderjahr sollen weiterhin Fördermittel von 0,15 Euro je Versicherten zur Verfügung gestellt werden.
Davon sollen 0,02 Euro für die Gründungszuschüsse sowie auf bundesweite Tätigkeiten und Strukturen entfallen.

Zu Artikel 1 Nr. 29
§§ 45e bis 45g (neu) (SGB XI)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 45e

Die Regelung zur Förderung regionaler Netzwerke wird vom § 45c Absatz 9 in den eigenständigen § 45e verschoben. Geändert wird, dass nicht verwendete Mittel zur Förderung von Netzwerken nicht wie bisher im Folgejahr die Fördersumme für andere Zwecke, u. a. den Aufbau von Versorgungsstrukturen erhöhen. Stattdessen wird die Fördersumme im Folgejahr für die regionalen Netzwerke erhöht. Es soll außerdem eine Geschäftsstelle für die Netzwerkförderung eingerichtet werden, die zunächst bis 2030 mit Fördermitteln finanziert wird. Die Geschäftsstelle soll bei Gründungen und der Weiterentwicklung von Netzwerken unterstützen. Begleitend soll der GKV-SV eine wissenschaftliche Evaluation über die Zielerreichung der Netzwerke veranlassen. Ergänzt wird, dass in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg auch den Bezirken eine Teilnahme der geförderten Netzwerke zu ermöglichen ist. Die Fördermittel pro Netzwerk werden um 5.000 Euro auf insgesamt 30.000 Euro je Kalenderjahr erhöht.

§ 45f

Der bisher in § 45a Absatz 4 geregelte Umwandlungsanspruch wird in den eigenständigen § 45f verschoben und ausgeweitet. Wie bisher können Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 einen Teil des Sachleistungsbetrags nach § 36 für die Kostenerstattung der Leistungen durch ein Angebot zur Unterstützung im Alltag verwenden. Der Anspruch wird um zehn Prozentpunkte von 40 Prozent auf nun 50 Prozent des Sachleistungsbetrages je Pflegegrad erhöht. Sofern der Sachleistungsbetrag umgewandelt wird und ansonsten nur Pflegegeld bezogen wird, bleibt die Verpflichtung zur Durchführung von Beratungsbesuchen bestehen. Es ist außerdem vorgesehen, dass Pflegedienste den Pflegebedürftigen auf deren Wunsch unmittelbar nach Rechnungsstellung fortwährend die Höhe der abgerechneten Leistungen mitzuteilen haben. Des Weiteren wird die gleichzeitige Umwandlung von Sachleistungen nach § 36 und des teilstationären Sachleistungsbetrages (siehe den neuen § 45g) ausgeschlossen.

§ 45g

Neu geschaffen wird ein Umwandlungsanspruch für die teilstationären Sachleistungsbeträge für Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2. Dieser kann jedoch nur bei Angeboten zur Unterstützung im Alltag angewendet werden, welche eine regelmäßige Gruppenbetreuung anbieten. Der Umwandlungsanspruch besteht in Höhe von 50 Prozent des teilstationären Sachleistungsbetrages je Pflegegrad und pro Kalendermonat. Eine gleichzeitige Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrages wird ausgeschlossen. Die teilstationären Einrichtungen werden ebenfalls verpflichtet, auf Wunsch des Versicherten unmittelbar nach Rechnungsstellung regelmäßig über die Höhe der Aufwendungen zu informieren.

Bewertung

§ 45e
Die Änderungen dienen einem verstärkten Ausbau und der institutionellen Verankerung regionaler Netzwerke in die Versorgungslandschaft. Für die Pflegebedürftigen und deren Angehörigen können die Netzwerke eine wichtige Unterstützung bieten. Die Änderungen werden daher positiv bewertet.

§ 45f
Mit der Erhöhung des Umwandlungsanspruchs auf 50 Prozent wird die Zielrichtung des Gesetzes zur Stärkung der niedrigschwelligen Angebote ebenfalls gestützt. Die Regelung ist grundsätzlich nachvollziehbar. Durch die Regelung wird jedoch die Attraktivität von Gründungen von Betreuungsdiensten, deren Leistungsinhalte im Wesentlichen identisch sind, erneut reduziert, da diese sich u. a. durch die Möglichkeit des höheren Einsatzes ambulanter Sachleistungsbeträge unterscheiden. Die Regelung zu den ambulanten Betreuungsdiensten sollte daher auch angesichts der geringen Zulassungszahlen kritisch hinterfragt werden. Die Pflicht für die Pflegedienste, die Pflegebedürftigen über die abgerechneten Leistungen zu informieren, schafft mehr Transparenz für die Versicherten. Die Regelung sollte aber in den § 108 verschoben werden, da der Wunsch nach mehr Transparenz über die Abrechnungen nicht nur im Rahmen der Umwandlungen nachvollziehbar ist.
Anzumerken ist, dass die gesetzlichen Regelungen zum Umwandlungsanspruch für die Pflegebedürftigen und deren Angehörigen schwer verständlich und handhabbar sind. Vor allem, weil damit auch weitere Leistungen in Abhängigkeit stehen. Für die Pflegekassen ist damit ein hoher Verwaltungsaufwand verbunden.

§ 45g
Durch den Umwandlungsanspruch können die pflegebedürftigen Personen die Leistungen flexibler einsetzen z. B. wenn zur gewünschten Zeit oder am gewünschten Ort keine Kapazitäten in einer Tagespflege vorhanden sind, aber eine Betreuungsgruppe verfügbar ist. Die Regelung wird daher grundsätzlich begrüßt, da sie insbesondere zur Entlastung pflegender An- und Zugehöriger beitragen kann, ohne dass die ambulanten Sachleistungen nach § 36 eingeschränkt werden.

Es sollte eine Regelung mit aufgenommen werden, wie die Pflegebedürftigen sicher und bedarfsgerecht den Ort der Leistungserbringung erreichen. Dazu gehört auch eine Regelung der entstehenden Aufwände (z. B. Fahrkosten). Ansonsten werden pflegende An- und Zugehörige im Alltag nicht ausreichend entlastet.

Kritisch ist anzumerken, dass das ohnehin schon vielfältige Leistungsangebot der Pflegeversicherung nochmals komplexer wird und die Vermittlung derartiger Regelungen in der Pflegeberatung eine Herausforderung darstellen. Zur operativen Umsetzung muss daher bereits im Rahmen der Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag zwingend geprüft werden, ob das Angebot die Voraussetzung als regelmäßige, stundenweise Betreuungsgruppe erfüllt. Diese Information muss im Rahmen des Datenaustauschverfahrens nach §

7 Absatz 4 für die Erstellung von Leistungs- und Preisvergleichslisten an die Landesverbände der Pflegekassen übermittelt werden. Vor dem Hintergrund, dass für die Umwandlung bzw. der Inanspruchnahme der Leistung keine vorherige Antragsstellung erforderlich ist, ist dies aus vdek Sicht für die Information der Versicherten für die Erstellung der Listen bzw. zur Veröffentlichung im Internet (z. B. Pflegelotse) erforderlich. Dies sollte daher gesetzlich im § 45a geregelt werden. Dadurch könnte vermieden werden, dass die Umwandlungen für Angebote eingesetzt werden, obwohl diese die Voraussetzungen nicht erfüllen. Für die Pflegekassen würde sich in solchen Fällen die Frage stellen, ob die bereits angefallenen Kosten überhaupt erstattet werden können.

Änderungsvorschlag
§ 45g Absatz 1 hinter Satz 1: „"Der Umwandlungsanspruch umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zum Betreuungsangebot nach Satz 1 und zurück."

Die Neuregelung des § 45f SGB XI und der § 45a Absatz 4 SGB XI (aktuelle Fassung) sind zu streichen und der § 45b Absatz 1 SGB XI ist mit einem politisch gewählten und monetär tragfähigen Betrag wie folgt zu ersetzen:

(1) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu X.XXX Euro im Kalenderjahr. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen 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. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von

1. Leistungen der Tages- oder Nachtpflege,
2. Leistungen der Kurzzeitpflege,
3. Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung,
4. Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a.

Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für die Finanzierung der in Satz 3 genannten Leistungen Mittel der Verhinderungspflege gemäß § 39 eingesetzt werden.
Die Regelung nach § 45g SGB XI ist zu streichen.

Zu Artikel 1 Nr. 32
§ 69 Absatz 2 (SGB XI)

Neuregelung

Mit der Neuregelung werden die Pflegekassen verpflichtet, zur Umsetzung ihres Sicherstellungauftrages die aus der Evaluation der regionalen Versorgungssituation stammenden Erkenntnisse nach § 12 SGB XI, die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 1 bis 3 SGB XI sowie Erkenntnisse aus Anzeigen nach § 73a Absatz 1 SGB XI zu berücksichtigen. Sofern es zur Gewährleistung ihres Sicherstellungsauftrages erforderlich ist, werden die Pflegekassen verpflichtet Verträge mit Einzelpflegekräften gemäß § 77 abzuschließen oder diese selbst anzustellen.

Bewertung

Die Regelung wird abgelehnt. Nach § 9 SGB XI sind heute die Länder verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt. Im Falle mangelnder Angebote (Unterversorgung) hat das Land durch eigene Angebote die pflegerische Versorgung sicherzustellen. An diesem infrastrukturellen Sicherstellungsauftrag ist weiterhin festzuhalten. Der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen bezieht sich weiterhin auf die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten. Am Status quo ist festzuhalten.

Ziel der Pflegeversicherung ist u. a. den pflegebedürftigen Menschen ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Zur Selbstbestimmung gehört daher auch der Abschluss von Einzelverträgen nach § 77 SGB XI. In der Praxis besteht ein enges vertrauensvolles Verhältnis zwischen Einzelperson und Pflegebedürftigen. Mit der bestehenden gesetzlichen Grundlage des § 77 SGB XI ist der Gewährleistung der Sicherstellung der Pflege bereits ausreichend genüge getan. Die aktuelle Regelung trägt zudem der individuellen Versorgungssituation der Pflegebedürftigen Rechnung und kann im Bedarfsfall, auch ohne Verpflichtung, weiterhin genutzt werden.

Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Zu Artikel 1 Nr. 34
§ 73a (neu) (SGB XI)

Beabsichtigte Neuregelung
Es wird geregelt, dass ein Träger absehbare wesentliche Beeinträchtigung der Leistungserbringung umgehend einer Vertragspartei auf Seiten der Pflegekassen anzuzeigen hat. In diesem Zuge sind auch die Pflegebedürftigen zu informieren. Im Falle entsprechender Anzeigen sind durch die Pflegekassen zusammen mit der Pflegeeinrichtung und weiterer Beteiligten vor Ort Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung für die Pflegebedürftigen zu prüfen und umzusetzen. Sofern Einvernehmen mit dem SHT besteht, können diese Maßnahmen auch eine kurzfristige Abweichung der Personalausstattung beinhalten. In diesem Zusammenhang wird ein Monitoring der pflegerischen Versorgungsstrukturen durch den GKV-SV im Sinne einer fortlaufenden Berichterstattung gegenüber dem BMG gesetzlich verankert.

Bewertung
Diese Regelung sieht der vdek kritisch. Zwar ist die Regelung angelehnt an die (durchaus sinnvolle) Vorgehensweise im Rahmen der Coronavirus-Pandemie, die mitunter durch massive lokale (krankheitsbedingte) Personalausfälle in Pflegeeinrichtungen gekennzeichnet war. Es ist aber nicht sachgerecht, die durchlebte pandemische Situation nunmehr allgemein auf strukturelle Herausforderungen von Pflegeeinrichtungen (insbesondere Arbeitskräftemangel) übertragbar zu machen.

Die Regelung scheint vielmehr ein Eingeständnis des Gesetzgebers zu sein, dass die von ihm gesetzten Rahmenbedingungen hinsichtlich der Leistungs- und Qualitätsmerkmale in der Praxis mitunter nur schwerlich zu erfüllen sind.

Aus Sicht des vdek führt die vorgesehene Regelung dazu, dass auch lokale Versorgungsengpässe, die selbst durch klare unternehmerische Fehlentscheidungen bedingt sein können, letztlich zum Problem der Kostenträger und Heimaufsichten gemacht werden.

Da eine einseitige – aufgrund der schwammigen (unbestimmten) Rechtsbegriffe ins beliebige Ermessen von Einrichtungsträgern gestellte – Anzeige durch die Einrichtung genügt, lassen sich jegliche drohende oder eingetretene Risiken – unabhängig von der Verursachung – auf die Kostenträger abwälzen und somit einseitig Druck ausüben, um einrichtungsindividuell die Unterschreitung gesetzlicher Mindestanforderungen durchzusetzen bzw. Qualitätsdefizite zu legitimieren. Dies ist nicht nur aus Kostenträgersicht nicht sachgerecht, sondern steht auch den Interessen der versorgten Personen entgegen.

Wenn es einem Pflegeheim beispielsweise nicht nur vorübergehend nicht gelingt, die vertraglich vereinbarte und über die Pflegesätze finanzierte Personalausstattung zu erfüllen, müssen aus Sicht des vdek weiterhin heimrechtliche Belegungsstopps erfolgen, nicht aber Aufweichungen der gesetzlichen Anforderungen hinsichtlich Personalausstattung. Bereits heute unterstützen die

Heimaufsichten, Gesundheitsämter und Pflegekassen betroffene Versicherte bei entsprechenden Problemlagen.

Zu entsprechenden Anzeigen sind die Träger der Pflegeeinrichtungen als Vertragspartner verpflichtet.

Änderungsvorschlag
Streichung der Regelung.

Zu Artikel 1 Nr. 40
§ 92c (neu) (SGB XI)

Beabsichtigte Neuregelung
Es wird neu geregelt, dass (zugelassene) ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) zukünftig Verträge zur pflegerischen Versorgung in sogenannten GeWos mit den Kranken- und Pflegekassen schließen können. In den Verträgen wird ein Versorgungsauftrag definiert, welche Leistungen durch den Pflegedienst in der jeweiligen GeWo als Basisleistung (Basispaket) oder optionale Leistung zu erbringen sind. Die zu vereinbarenden Leistungen umfassen sowohl Pflegeleistungen (SGB XI) als auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege (SGB V).

Bewertung
Neue innovative Versorgungsansätze sind grundsätzlich zu begrüßen. Die vorgesehene gesetzliche Neuregelung führt jedoch zu einem überkomplexen Vertragsgeschäft, das weder den Anforderungen der Pflegebedürftigen noch denen der Kranken- und Pflegekassen gerecht wird. Der vdek sieht daher umfassenden Nachbesserungsbedarf.

Bereits heute ist die Versorgung in GeWos durch ambulante Pflegedienste möglich. Die im Einzelfall erforderlichen Leistungen (SGB V und SGB XI) werden dabei durch den Pflegedienst direkt mit den Pflegebedürftigen im Pflegevertrag vereinbart bzw. ärztlich verordnet und – wenn erbracht – wie in der ambulanten Versorgung üblich abgerechnet.

Mit den vorgesehenen Regelungen entsteht für Anbieter und Kostenträger nunmehr ein neuer Vertragsbereich, der hochgradig individualisierbar ist. Im Ergebnis werden die Inhalte, die vormals niedrigschwellig zwischen Pflegebedürftigen und Pflegedienst im (privatrechtlichen) Pflegevertrag ausgehandelt wurden, zum Gegenstand (öffentlich-rechtlicher) Versorgungsverträge. Dies ist aus mehreren Gründen problematisch:

- Da der Vertrag durch den ambulanten Pflegedienst geschlossen wird, haben die GeWo-Bewohnenden keine (direkte) Mitsprachemöglichkeit über die Vertragsinhalte. Im Ergebnis könnten Inhalte über das Basispaket kollektiv finanziert werden, die individuell überhaupt nicht (mehr) benötigt werden. Andersherum gedacht könnten individuelle oder kollektive Bedarfslagen nicht abgedeckt sein, weil der Versorgungsvertrag das (noch) nicht vorsieht.
- Veränderungen der Bedarfslagen der GeWo-Bewohnenden führen möglicherweise zu Änderungsbedarf im öffentlich-rechtlichen Versorgungsvertrag, da Inhalte des „Basispakets" neu verhandelt werden müssen. Ein Änderungsbedarf kann sich schon beim Ausscheiden oder Neueintritt eines GeWo-Bewohnenden auch in Abhängigkeit vom Pflegegrad ergeben. Es müssen also immer der private Pflegevertrag und der öffentlich-rechtliche Versorgungsvertrag angepasst werden. Das führt dazu, dass auf konkrete Bedarfslagen nicht schnell genug reagiert werden kann.

- Die Vertragskonstellationen berührt das Versichertenwahlrecht, da den Versicherten – sofern Sie mit dem Vertrag oder den Leistungen des vertragsschließenden oder kooperierenden Pflegedienstes unzufrieden sind – lediglich der Auszug aus der GeWo bleibt.
- Es ist verwaltungsökonomisch nicht sinnvoll, öffentlich-rechtliche Versorgungsverträge mit kleinsten organisatorischen Einheiten zu schließen. Vielmehr sollten solche Verträge einen Rahmen setzen, der es ambulanten Pflegediensten weiterhin ermöglicht, die konkreten Leistungsinhalte vor Ort mit den in GeWos versorgten Personen zu vereinbaren.

Zudem stellen sich administrative Herausforderungen:

- Die Abrechnung der über das „Basispaket" hinausgehenden Leistungen führt bei den Kranken- und Pflegekassen zu einem hohen administrativen Aufwand, da zunächst geprüft werden muss, welche Leistungen im Einzelfall bereits über die Tagespauschale („Basispaket") abgegolten sind. Hier ist insbesondere der Umstand, dass die Inhalte des „Basispakets" variieren können, erschwerend für die Einzelleistungsprüfung, zu der die Kranken- und Pflegekassen verpflichtet sind.
- Den GeWo-Bewohnenden stehen neben dem Zuschuss von 450 Euro nach § 45j SGB XI (n. F.) je nach Pflegegrad unterschiedliche Leistungsbeträge zur Verfügung. Damit unterscheiden sich ihre finanziellen Möglichkeiten, einen Beitrag zum kollektiven Basispaket zu leisten. Veränderungen des Pflegegrad-Mixes innerhalb der GeWo können dazu führen, dass das Basispaket nicht mehr finanziert werden kann.
- Ein wie auch immer geartetes „Basispaket" dürfte zügig zu Kosten führen, welche die ambulanten Sachleistungen vollständig ausschöpfen. Damit schwindet die Möglichkeit, durch das verbleibende Pflegegeld auch den Einbezug von Angehörigen zu unterstützen.

Neben den genannten Herausforderungen bestehen zudem nur geringe Anreize, einen Vertrag zu schließen:

- Pflegebedürftige erhalten zwar einen Zuschlag 450 Euro, verzichten jedoch auf den Anspruch auf den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI (-125 Euro) und Wohngruppenzuschlag nach § 45h SGB XI (n. F.) (-214 Euro). Bezieht man zusätzlich den wegfallenden Anspruch auf Tages- und Verhinderungspflege ins Versichertenkalkül mit ein, überwiegen die verlorenen Leistungsansprüche den Vorteil durch die Neuregelung deutlich.
- Diese Abwägung gilt gleichermaßen für Träger von Pflegeeinrichtungen, die neben ambulanten Sachleistungen häufig auch Tagespflege anbieten und den Entlastungsbetrag nutzen. Hier würde sich das „Budget" vermindern, die Pflichten (Konzept, Qualitätssicherung) jedoch steigen.

Der vdek weist darauf hin, dass es durch das komplexe Leistungsrecht in der SPV zu vielfältigen Abgrenzungsschwierigkeiten kommen wird. Aktuell gibt es mit dem Wohngruppenzuschlag nach § 45h SGB XI n. F. einen Ansatz für eine alternative Wohnform im ambulanten Setting. Auch hier kam und kommt es

weiterhin zu Abgrenzungsschwierigkeiten, welche durch das neu eingeführte Setting weiter verschärft wird.

In der Gesamtschau geht der vdek davon aus, dass die vorgesehenen Rahmenbedingungen in der Praxis nur zu wenigen Vertragsabschlüssen führen wird.

Aus Sicht des vdek ist eine niedrigschwellige Umsetzung zu bevorzugen, indem die Anforderungen an GeWos in den Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI differenziert nach bestimmten Versorgungsschwerpunkten (z. B. Demenz-Wohngemeinschaften) festgelegt und die in den Ländern bestehenden ambulanten Vergütungssystematiken um Pauschalen für die Versorgung in diesen GeWos ergänzt werden.

Strikt abgelehnt werden die gesetzlich vorgesehenen Berichtspflichten des GKV-SV an das BMG. Die hier zu berichtenden Daten übersteigen die Grenzen einer sinnvollen Erhebung.

Änderungsvorschlag
§ 75 Absatz 2 SGB XI wird um folgende Nummer 3a ergänzt:

„3a. *Leistungs- und Qualitätsmerkmale für die Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen differenziert nach Versorgungsschwerpunkten*"

§ 92c SGB XI (n. F.) wird wie folgt gefasst:

„Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen Ambulante Pflegeeinrichtungen können Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen mit den Vertragsparteien nach § 89 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 bis 3 schließen. Die gemeinschaftlichen Wohnformen sind zu Maßnahmen zur Qualitätssicherung einschließlich eines Qualitätsmanagements sowie zur Mitwirkung an Maßnahmen nach den §§ 114 und 114a verpflichtet. Die Leistungs- und Qualitätsmerkmale der ambulanten Pflegeeinrichtung zur Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen richten sich nach den Verträgen nach § 75 SGB XI."

Dem § 89 Absatz 3 SGB XI wird folgender Satz angefügt:
„Die Vergütungen von Leistungen der pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c SGB XI ist differenziert nach dem Schwerpunkt der Versorgung pauschaliert zu bemessen."

Zu Artikel 1 Nr. 44
§ 113 (SGB XI)

Beabsichtigte Neuregelung
Zu a) Durch die Änderung wird die Beteiligung der Pflegeberufe an den Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu b) Durch die Ergänzung soll die Pflegequalität in den neuen gemeinschaftlichen Wohnformen mit Versorgungsverträgen gemäß § 92c sichergestellt werden. Im ersten Schritt sollen dazu, bis zwölf Monate nach Inkrafttreten, die ambulanten Qualitätsinstrumente angepasst sein und dann genutzt werden bis die wissenschaftlichen Erkenntnisse, zwei Jahre nach Inkrafttreten, zur Qualitätssicherung und Qualitätsberichtserstattung vorliegen.

Zu c) Durch die Ergänzung soll deutlich gemacht werden, dass die Pflegeprozesssteuerung Bestandteil der Pflegeleistungen des Elften Buches ist, die im Rahmen einer qualitätsgesicherten Leistungserbringung umzusetzen ist. Daher soll auch eine Konkretisierung der Pflegeprozesssteuerung bundeseinheitlich in den Maßstäben und Grundsätzen aller Settings aufgenommen werden. Diese Konkretisierung ist dann auch bei der Umsetzung der Landesrahmenverträge durch die Leistungserbringer zu berücksichtigen und als vergütungsrelevante Aufwände, z. B. bei Erst- und Folgegespräche oder komplexen Fallsteuerungen geltend gemacht werden.

Bewertung
Zu a) Folgeänderung zum neuen § 118a.

Zu b) Die geforderte Sicherstellung der Pflegequalität in den neuen gemeinschaftlichen Wohnformen ist grundsätzlich zu begrüßen.

Die gemeinschaftlichen Wohnformen, als neue Versorgungsart, verbinden Elemente aus dem Bereich der stationären Pflege und der ambulanten Pflege. Daher können die *MuG ambulant* übergangsweise für die gemeinschaftlichen Wohnformen in angepasster Form und zur Orientierung dienen.

Da sich das neue Setting der gemeinschaftlichen Wohnformen erst in der Praxis etablieren muss, sollte dieser Zeitraum genutzt werden, um die beauftragten wissenschaftlichen Berichte zur Erstellung der settingspezifischen Qualitätsinstrumente (siehe § 113b) abzuwarten.

Regelhafte Qualitätsprüfungen sollen daher bis zur Einführung eines settingspezifischen Prüfverfahren (nach wissenschaftlichen Erkenntnissen) ausgesetzt werden.

Die im Begründungsteil dargestellte Vorgehensweise zur Einrichtung einer Übergangslösung während der Etablierungsphase der gemeinschaftlichen Wohnform, ist aufgrund des überschaubaren Zeitraums und dem erheblichen Aufwand zur Implementierung nicht nachvollziehbar. Daher sollten während der Etablierungsphase der gemeinschaftlichen Wohnformen die Qualitätsprüfungen für diesen Übergangszeitraum ausgesetzt werden. Der Übergangszeitraum kann sich an der Erarbeitung der settingspezifischen Qualitätsinstrumente orientieren. Laut der Gesetzesbegründung soll der Erarbeitungszeitraum, bis zum Vorliegen der wissenschaftlichen Ergebnisse, 2 Jahre nach Inkrafttreten dauern. Der Erarbeitungszeitraum ist somit auch als Etablierungszeitraum für die gemeinschaftlichen Wohnformen geeignet.

Der vdek spricht sich daher für das Aussetzen der Qualitätsprüfungen im Etablierungszeitraum der gemeinschaftlichen Wohnformen aus, bis die wissenschaftlichen Erkenntnisse als Grundlage für die Entwicklung eines spezifischen Qualitätsinstrumentes vorliegen.

Zu c) Die Aufnahme der Pflegeprozessteuerung ist zu befürworten, da somit klargestellt ist, dass diese bereits ein wesentlicher Bestandteil der Pflegeplanung ist.

Da die Pflegeprozessteuerung keinen neuen Bestandteil in der pflegerischen Versorgung (settingunabhängig) darstellt, ist sie auch nicht, wie im Begründungstext angegeben, zusätzlich zu vergüten.

Änderungsvorschlag
Zu b) Eine Änderung des Satz 1 sollte dahingehend erfolgen, dass die Vereinbarungen (MuG) zwölf Monate nach Vorlage der Bundesempfehlungen nach § 92c Absatz 2 vorliegen sollen.

Zu c) Im Begründungsteil sollte folgender Passus gestrichen werden: „Zu den vergütungsrelevanten Aufwänden der Steuerung des Pflegeprozesses können insbesondere Erst- und Folgegespräche sowie Aufwände für komplexe Fallsteuerungen, beispielsweise interdisziplinäre Fallbesprechungen, die auf Wunsch des Versicherten auch unter Einbeziehung von An- und Zugehörigen erfolgen können, gehören. Eine Doppelvergütung derselben Maßnahmen der Steuerung des Pflegeprozesses aus den Mitteln der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht
Zulässig.“ Stattdessen sollte ergänzt werden, dass „*die Aufnahme der Pflegeprozessteuerung in die Regularien lediglich der Klarstellung dient und keine Vergütungsanspruch nach sich zieht*“.

Zu Artikel 1 Nr. 45
§ 113b (SGB XI)

Beabsichtigte Neuregelung
Zu a) Folgeänderung zum §118a, Stärkung der Beteiligung der Pflegeberufe nach § 118a.

Zu b) Mit der Änderung soll das Gremium des erweiterten Qualitätsausschuss Pflege institutionell weiterentwickelt werden. Der unparteiische Vorsitzende und die unparteiischen Mitglieder sollen ihre Expertise, unabhängig von Konfliktlösungen, für die Qualitätsentwicklung nutzbar machen und bis zu zweimal im Kalenderjahr für eine außerordentliche Sitzung zusammenkommen. Themen könnten dann z. B. Fragestellungen zur Qualitätssicherung sein oder Themen, die nicht im direkten Zusammenhang mit den gesetzlichen Aufgaben stehen.

Zu c –aa) Die Regelung soll sicherstellen, dass der Aufbau eines Qualitätssicherungssystems für die neuen gemeinschaftlichen Wohnformen, wissenschaftlich basiert, erfolgt. Konkret wird gefordert, dass zwei Jahre nach Inkrafttreten des PKG ein wissenschaftlicher Abschlussbericht, als Grundlage, für die Erstellung der Qualitätsinstrumente (Qualitätsprüfungsrichtlinie, Qualitätsdarstellungsvereinbarung) vorliegt. Insbesondere wird die Prüfung eines indikatorengestützten Verfahrens hervorgehoben.

Zu c –bb) Durch die institutionelle Weiterentwicklung des Qualitätsausschuss Pflege wird der unparteiische Vorsitzende, neben dem BMG und dem BMFSFJ, ermächtigt Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung dem Qualitätsausschuss Pflege vorzuschlagen. Damit erhält der unparteiische Vorsitzende die Möglichkeit, sich auch über die reine Aufgabe der Konfliktlösung hinaus mit Vorschlägen und Impulsen aktiv in die Qualitätsentwicklung einzubringen.

Zu c – cc) Die Änderung nimmt Bezug auf die Buchstaben c-bb und gewährt dem Qualitätsausschuss Pflege die Möglichkeit die von dem unparteiischen Vorsitzenden zur wissenschaftlichen Bearbeitung vorgeschlagenen Themen zu prüfen und ggf. abzulehnen. Gründe für eine Ablehnung sind in einer Stellungnahme zum Zwecke der Transparenz auf der Website des Qualitätsausschuss Pflege zu veröffentlichen. Damit soll der durch das PUEG vorgegebene Weg zu mehr Transparenz verfolgt werden.

Zu d) Folgeänderung zu Buchstabe a, bezieht sich auf das neu zu entwickelnde Qualitätssicherungskonzept für gemeinschaftliche Wohnformen.

Zu e) Die Änderung soll die Beteiligung der Pflegeberufe an den Entscheidungsprozessen nach Vorgaben des § 118a einheitlich gestalten und stärken.

Bewertung
Zu a) und e) Die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen ist zu begrüßen, da somit die zentralen Interessen von professionell Pflegenden

vertreten sind. Auch im Rahmen der Kompetenzerweiterung von Pflegefachpersonen ist die Fachexpertise hilfreich.

Zu b) Ein Bedarf wird hierzu aktuell nicht gesehen. Die Themen der Qualitätsentwicklung sind aktuell, sehr weitreichend und werden im Qualitätsausschuss sorgfältig durch die Vertragsparteien behandelt, sodass der erweiterte Qualitätsausschuss seit 2016 erst zweimal einberufen wurde. Treten Schnittstellenthemen auf, können diese doch bei Bedarf im Qualitätsausschuss vorgetragen und bei Notwendigkeit durch die Vertragsparteien behandelt werden. Kritisch wäre es jedoch, wenn Entscheidungen über die Notwendigkeit von Themen, ohne Einbezug der Vertragsparteien, durch die unparteiische Erweiterung getroffen werden.

Zu c-aa) Die Änderung ist zu begrüßen, da für alle Settings wissenschaftsbasierte Qualitätsinstrumente entwickelt wurden.

Änderungsvorschlag
Zu b) Streichung.

Zu c-aa) Der vorgegebene Zeitraum für die wissenschaftliche Erarbeitung in der Begründung von „zwei Jahren nach Inkrafttreten" erscheint zu knapp und sollte mindestens um ein halbes Jahr erweitert werden (z. B. für die Vorbereitung der Auftragsvergabe) und erst nach Vorliegen der Bundesempfehlungen nach § 92c Absatz 2 erfolgen.

Zu c-bb und c-cc) Die Änderung unter c-bb ist unkritisch, das Vorschlagen von Themen und Impulsen zur wissenschaftlichen Bearbeitung im Qualitätsausschuss ist im Sinne der aktuellen Herausforderungen (Fachkräftemangel) und der weiteren Qualitätsentwicklung zu begrüßen. Wie auch die Möglichkeit, dass die Vorschläge durch den Qualitätsausschuss geprüft und ggf. abgelehnt werden können. Aufgrund von mangelnder Relevanz der Themen im Falle einer Ablehnung sollte auf die weitergreifende Regelung einer Veröffentlichung verzichtet werden und damit c-cc) gestrichen werden.

Zu Artikel 1 Nr. 47
§ 114 (SGB XI)

Beabsichtigte Neuregelung
Zu a) Mit der Änderung soll eine digitale Daten- und Kommunikationsplattform für die Planung, Beauftragung und Durchführung von Qualitätsprüfungen bis 31. Oktober 2025 durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Benehmen mit dem MD Bund und dem PKV Verband errichtet werden, mit dem Ziel ab 01.01.2026 die Beauftragungen der Qualitätsprüfungen an die Prüfdienste digital zu übermitteln.

Auch die Überprüfung der Kriterien zur Verlängerung des Prüfrhythmus und unangekündigter Qualitätsprüfungen gemäß § 114c SGB XI im Vorfeld der Beauftragung soll zukünftig ohne Zeitverzug in der Plattform abrufbar sein, ohne dass es einen zusätzlichen Austausch zwischen den Landesverbänden der Pflegkassen und den Prüfdiensten bedarf. Eine Anbindung der DAS soll die Effizienz steigern.

Die private Krankenversicherung (PKV) soll sich mit 10 Prozent an den Aufbaukosten beteiligen, da auch der Prüfdienst der PKV, als Nutzer, von der Plattform profitiert.

Die Prüfquote des PKV Prüfdienstes orientiert sich immer an den bestehenden Versorgungsverträgen, anders ist eine Aufteilung nicht möglich.

Zu b) Die Änderung weist nochmal ausdrücklich darauf hin, dass sich die Regelprüfungen in den neuen gemeinschaftlichen Wohnformen auch auf die Qualität der Leistungen des Basispakets beziehen.

Bewertung
Zu a) Die Errichtung einer digitalen Daten- und Kommunikationsplattform durch den Spitzenverband wird abgelehnt, da bereits

- die Daten zu Qualitätsprüfungsberichten als Grundlage der Veröffentlichung und zur Kenntnisnahme der Pflegeeinrichtungen
- die Daten der DAS zu Indikatoren für die Veröffentlichung
- die Datenauswertung der Kriterien gemäß § 114c SGB XI im Vorfeld der Beauftragung von Qualitätsprüfungen

bei der DatenClearingStelle (DCS) Pflege vorliegen und für Auswertungen genutzt werden. Auswertungen zu den abgeschlossenen Qualitätsprüfungen (d. h. vorliegender Qualitätsprüfungsbericht) und den registrierten Pflegeeinrichtungen sind ebenfalls jederzeit über die DCS abrufbar. Außerdem stellen die Landesverbände der Pflegekassen, wenn benötigt, u. a. die Beauftragungslisten der Bundesebene zur Verfügung.

Weiterhin sind für die Prüfbeauftragung individuelle Absprachen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen notwendig, unter Berücksichtigung der

landesspezifischen Vorgehensweise, z. B. bei der Prüfdienstzuordnung. Die Prüfbeauftragung erfolgt in jedem Kalenderjahr zum November/Dezember für das Folgejahr. Kurzfristige Anpassungen in den Prüfbeauftragungen sind daher auch nach erfolgten Abstimmungen zwischen den Beteiligten jederzeit möglich und erfolgen im Bedarfsfall. Ein enger Austausch auf kurzen Dienstwegen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Prüfdiensten wird dabei immer angestrebt. Die Kommunikationswege wählen die Beteiligten dabei frei.

Im Sinne der Digitalisierung der Prozesse arbeiten große Kassenverbände (vdek und AOK-BV) bereits gemeinsam mit dem MD Bund an der Erstellung und Nutzung von einheitlichen Schemata für die Datenübertragungen. In einigen Ländern wird die elektronische Datenlieferung der Qualitätsprüfungsberichte zwischen MD und Landesverband der Pflegekasse bereits erprobt. Zudem ist auch bereits das QPR-Portal gestartet, über das aktuell der PKV Prüfdienst die Qualitätsprüfungsberichte zentral zur Verfügung stellt.

Zu b) Die Änderung sorgt für Klarstellung und ist daher zu begrüßen.

Änderungsvorschlag
Zu a) Streichung.

Zu Artikel 1 Nr. 48
§ 114a (SGB XI)

Beabsichtigte Neuregelung
Zu a) Es handelt sich um sprachliche und redaktionelle Anpassungen, die sachdienlich sind.

Zu b) Die Änderung sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband dem Bundesamt für Soziale Sicherung meldet, sofern der PKV Prüfdienst seine Prüfquote unterschreitet. Nur in diesem Fall wird das Bundesamt für Soziale Sicherung zukünftig tätig und ermittelt die Höhe des Finanzierungsanteils. Die Anpassung erfolgt offensichtlich, da das Bundesamt für Soziale Sicherung die aktuelle Regelung zur Feststellung der Unterschreitung der Prüfquote als unnötigen Verwaltungsaufwand ansieht. Weiterhin verweist die Regelung auf die geforderte digitale Daten- und Kommunikationsplattform aus Nr. 47 hin, mit dem Hinweis, dass der Spitzenverband die Daten zur Prüfquote aus der Plattform entnehmen könne und diese generell Teil der Berichterstattung ab 31. März 2027 (Nr. 49 - Änderung des § 114c Absatz 3 Satz 3) seien und somit keinen Mehraufwand darstellen.

Die Regelung soll zum Bürokratieabbau beitragen.

Zu c) aa-bb) Mit der Änderung wird der MD Bund verpflichtet spätestens 15 Monate nach Inkrafttreten der Richtlinien für die Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen (auf Grundlage der Bundesempfehlung gemäß § 92c, der MuG für gemeinschaftliche Wohnformen gemäß § 113 und seiner Erfahrung in der Qualitätssicherung) zu beschließen. Dazu können auch Anpassungen und Ergänzungen in den Richtlinien aus dem ambulanten Bereich erfolgen. Sobald die wissenschaftlichen Ergebnisse gemäß § 113b (Nr.45) vorliegen, hat der MD Bund diese unverzüglich umzusetzen.

Zu c-cc)
Durch die Änderung wird die Beteiligung der Pflegeberufe an den Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Bewertung
Zu a) und zu c-cc) Die Änderungen sind nachvollziehbar.

Zu b) Der Bürokratieabbau durch Wegfall der regelhaften Berichtspflicht ist zu begrüßen.

Zu c) Der MD Bund hat faktisch lediglich 3 Monate für die Erstellung der Richtlinien Zeit, sofern die Fertigstellung der MuG nach Nr. 44 nach bis zu 12 Monate nach Inkrafttreten erfolgt sein muss. Die Zeitvorgabe ist unrealistisch um ein praxistaugliches Prüfinstrument für eine neue Versorgungsform (weiter zu-) entwickeln.

Änderungsvorschlag
Zu c) Hier sollte ein Zeitraum von 24 Monaten veranschlagt werden bzw. auf den Zeitpunkt ab Vorliegen der Bundesempfehlungen nach § 92c Absatz 2 verwiesen werden.

Zu Artikel 1 Nr. 49
§ 114c (SGB XI)

Beabsichtigte Neuregelung
Zu a) Durch die Änderung wird die Beteiligung der Pflegeberufe an den Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich geregelt.

Zu b) Um einen vollständigen jährlichen Überblick über das Prüfgeschehen abzubilden, wird die Berichtserstattung zukünftig auch um den teilstationären Bereich, den ambulanten Bereich und die gemeinschaftlichen Wohnformen (GeWos) erweitert. Neu ist zudem die Aufschlüsselung nach Ländern und dass die Daten zukünftig über die neu zu errichtende digitale Daten- und Kommunikationsplattform (Nr. 47) erstellt werden sollen.

Zu c) Der Bericht soll ab dem 31.03.2027 (und dann jährlich) auch die Prüfquote des PKV Prüfdienstes beinhalten sowie die Anzahl der Pflegeeinrichtungen in der Prüfrhythmusverlängerung und der unangekündigten Qualitätsprüfungen. Auch hier wird darauf verwiesen, dass die Daten zukünftig über die zu errichtende digitale Daten- und Kommunikationsplattform (Nr. 47) erstellt werden können und dadurch die Berichterstattung nur noch mit einem geringen Verwaltungsaufwand verbunden sei.

Bewertung
Zu a) entfällt.

Zu b) Die erweiterte Berichtspflicht wird abgelehnt, da der Bericht keinen direkten Mehrwert nach sich zieht und unnötigen bürokratischen Mehraufwand für die Pflegekassen schafft.

Zu c) Die digitale Daten- und Kommunikationsplattform wird als neue Doppelstruktur abgelehnt. Die Daten zur Anzahl der Pflegeeinrichtungen in der Prüfrhythmusverlängerung oder die Anzahl der unangekündigten Qualitätsprüfungen stehen bereits heute zur Verfügung und werden dem BMG unaufgefordert zur Verfügung gestellt (im Rahmen der Umsetzung der Richtlinie nach § 114c). Der Abruf der Daten zur Anzahl der Pflegeeinrichtungen in der Prüfrhythmusverlängerung ist bereits heute über die DCS Pflege möglich.

Änderungsvorschlag
Streichung der Neuregelung.

Zu Artikel 1 Nr. 52
§ 118 (neu) (SGB XI)

Beabsichtigte Neuregelung

Zu Absatz 1) Die Regelung vereinheitlicht die Beteiligung der Pflegeberufe zur Vertretung der berufspolitischen Interessen. Da es für die Pflegeberufe noch keine Bundespflegekammer aber eine Vielzahl an Verbänden der Pflegeberufe gibt, soll durch die Regelung eine umfassende und effektive Beteiligung der Pflegeberufe sichergestellt werden.

Daher wird das BMG ermächtigt die Voraussetzungen der Anerkennung sowie das Verfahren der Beteiligung von Pflegeberufeorganisationen durch eine Rechtsverordnung zu regeln. Die Regelung ist mit der Beteiligung der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen-Vertretung vergleichbar.

Zu Absatz 2) Da in den Pflegeberufeorganisationen nur ein sehr geringer Anteil hauptamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tätig sind, soll geklärt werden unter welchen Voraussetzungen eine Erstattung der Reisekosten und Ersatz des Verdienstausfalls für ehrenamtlich Tätige gewährleistet werden kann, damit deren Teilnahme als notwendige fachliche Expertise der Profession Pflege erfolgen kann.

Zu Absatz 3) Mit diesem Absatz wird das BMG ermächtigt, in einer Rechtsverordnung zu regeln, welche Pflegeberufeorganisationen auf Bundesebene als maßgeblich gelten. Zu berücksichtigen ist dabei die Mitgliederzahl, die regionale Verbreitung, Organisationsstruktur, Aufgaben und repräsentierte Bereiche. Weiterhin gilt zu prüfen, dass eine angemessene Beteiligung landesrechtlicher Organisationen erfolgt.

Bewertung

Zu Absatz 1) Die direkte Interessensvertretung der Pflegeberufe einzubeziehen ist nachvollziehbar, insbesondere hinsichtlich der Erarbeitung der Musterberufsordnung, der Musterweiterbildungsordnung und der Muster-Scope of Practice und der Entwicklung neuer Ideen zur Sicherstellung der Versorgung und Kompetenzerweiterung.

Zu Absatz 2) Die Unterstützung der Teilnahme von ehrenamtlich Tätigen Vertretern der Berufsgruppe ist zu begrüßen. Nicht dargestellt ist, wer für die Aufwände aufkommt.

Zu Absatz 3) Ist zu begrüßen, so wird eine umfassende Beteiligung sichergestellt, damit alle pflegerischen Settings mit gegebenenfalls unterschiedlichen Bedürfnissen vertreten sind.

Änderungsvorschlag

Zu Absatz 2) Es muss klargestellt werden, wer für die Kostenübernahme verantwortlich ist.

Zu Artikel 3 Nr. 1
§ 15 (SGB V)

Beabsichtigte Neuregelung
Es soll geregelt werden, dass über Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c keine abweichende Erbringung von ärztlichen oder zahnärztlichen Leistungen geregelt werden darf. Zukünftig dürfen ausschließlich Ärzte oder Zahnärzte ärztliche und zahnärztliche Leistungen erbringen.

Bewertung
Obwohl es sich an dieser Stelle um eine Folgeänderung aus der Anpassung der §§ 63 und 64d SGB V handeln sollte, führt diese Regelung dazu, dass laufende Modellvorhaben nicht mehr umgesetzt werden könnten. Aus diesem Grund muss hier klargestellt werden, dass die Änderung für laufende Modellvorhaben nicht gilt.

Änderungsvorschlag
Im § 15 Absatz 1 Satz 1 wird folgende Ergänzung vorgeschlagen:
„[...] soweit nicht in Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c, die bereits zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des PKG begonnen haben, etwas anderes bestimmt ist [...]"

Zu Artikel 3 Nr. 2
§ 15a (neu (SGB V)

Beabsichtigte Neuregelung
Absatz 1)
Mit dieser Regelung soll eine Parallelvorschrift zum § 15 SGB V implementiert werden, die klarstellt, welche Qualifikationsvoraussetzungen für die Erbringung pflegerischer Leistungen im Rahmen der bestehenden Leistungen der GKV und SPV bestehen. Dabei werden die Qualifikationsvoraussetzungen in den folgenden drei Qualifikationsniveaus kategorisiert und diesen entsprechende Leistungsbereiche zugeordnet.

Qualifikationsniveau	Zugeordnete Leistungsbereiche
Handelnde Pflegekräfte unter Beachtung der Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen	Pflegerische Leistungen, die nicht zugleich heilkundliche Leistungen sind
Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Absatz 1 des Pflegeberufegesetzes	Heilkundliche Leistungen (dazu gehören Leistungen der HKP und der medizinischen Behandlungspflege)
Hochschulische Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann gemäß § 37 Absatz 2 Satz 2 (in der Fassung ab 01.01.2024)	Erweiterte heilkundliche Leistungen in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronischen Wunden und Demenz (es handelt sich dabei um Aufgaben, die bisher Ärztinnen und Ärzte übernommen haben.

Absatz 2
Hier erfolgt die Definition des Begriffs “Pflegefachperson”.

Bewertung
Absatz 1)
Es wird begrüßt, dass die Pflegekompetenz erstmalig durch die Schaffung einer eigenständigen gesetzlichen Normierung neben der ärztlichen Behandlung verankert wird. Neben der Erweiterung der Pflegekompetenz führt dies zur Stärkung und zum Ansehen des Pflegeberufs.

Der Gesetzgeber definiert für die Durchführung bestimmter Leistungen entsprechende Qualifikationsniveaus. Bei den erweiterten heilkundlichen Leistungen werden jedoch gleichwertige Qualifikationen zugelassen, die jedoch im Gesetz nicht näher beschrieben sind. In der Gesetzesbegründung finden sich

zwar Hinweise, die jedoch keine bundesweit einheitliche Umsetzung gewährleisten. An dieser Stelle sollte eingepflegt werden, wer und wie gleichwertige Qualifikationen geprüft werden sollen.

Es ist davon auszugehen, dass im Gesetz der Bezug nicht zum § 37 Absatz 1 des Pflegeberufegesetzes sondern eher zum Absatz 3 hergestellt werden sollte. Denn im Absatz 1 ist keine nummerische Aufzählung vorhanden.

Absatz 2)
Die Definition des Begriffs Pflegefachperson ist sinnvoll, jedoch ist der Bezug innerhalb der Definition auf ein anderes Gesetz schwierig.

Änderungsvorschlag
§ 37 Absatz 1 Nummer 6 bis 8 des Pflegeberufegesetzes Absatz 1 wird durch Absatz 3 ersetzt.

Folgende Ergänzung im Absatz 2 wird vorgeschlagen:

Pflegefachpersonen im Sinne dieses und des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind Personen, die über eine Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufegesetzes zum Führen der Berufsbezeichnung Pflegefachfrau oder Pflegefachmann verfügen.

Zu Artikel 3 Nr. 4
§ 33 (SGB V)

Beabsichtigte Neuregelung
Mit dieser gesetzlichen Regelung soll qualifizierten Pflegefachpersonen ermöglicht werden, erforderliche Hilfsmittel, die zur Ausübung ihrer Tätigkeit in der HKP notwendig sind, eigenständig verordnen zu dürfen.

Bewertung
Es ist grundsätzlich nachvollziehbar, dass qualifizierten Pflegefachpersonen, denen die Verordnungskompetenz für Folgeverordnung in der HKP zugestanden wird, dann auch die dafür notwendigen Hilfsmittel verordnen dürfen.

Da die Regelung aber nicht nur die Pflegehilfsmittel, sondern auch den gesamten Bereich der Hilfsmittel umfasst und die Verordnungskompetenz im Rahmen der Folgeverordnung über den neuen § 73d nur für Leistungen nach § 73d Absatz 1 Nr. 2 SGB V zugesprochen wurde, muss eine Konkretisierung vorgenommen werden. Andernfalls könnten qualifizierte Pflegefachpersonen auch außerhalb der HKP und bei erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten entsprechende Hilfsmittel verordnen. Dies ist jedoch nicht sinnvoll und ganz sicher auch nicht beabsichtigt.

Änderungsvorschlag
Folgende Ergänzung sollte vorgenommen werden:
"*Einer vertragsärztlichen Verordnung steht eine Verordnung einer Pflegefachperson nach den Voraussetzungen des Rahmenvertrages nach § 73d Absatz 1 Nr. 2 gleich*.

Zu Artikel 3 Nr. 7
§ 64d (SGB V)

Beabsichtigte Neuregelung
Mit der gesetzlichen Anpassung soll die Legaldefinition der Pflegefachperson und die Beteiligung der Pflegeberufe gemäß den Vorgaben nach § 118a SGB V implementiert werden.

Gleichzeitig wird geregelt, dass bereits laufende Modellvorhaben nach § 64d SGB V fortgeführt werden können.

Bewertung
Der Gesetzgeber regelt mit dem neuen § 73d SGB V die selbständige Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Damit ist die eigentliche Erprobung, ob Pflegefachpersonen selbständig Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbringen dürfen, obsolet. Deshalb ist das Auslaufen dieser Regelung nachvollziehbar.

Eine darüberhinausgehende Anpassung um die Legaldefinition und Beteiligung der Pflegeberufe ist nicht notwendig.
Der bestehende Rahmenvertrag ist auf der Grundlage der bestehenden gesetzlichen Regelung getroffen worden und findet auch nur noch für die Bestandsvereinbarungen Anwendung.

Die nun vorgeschlagene gesetzliche Anpassung könnte ein Anpassungsbegehren des eigentlichen Rahmenvertrages nach sich ziehen. Dies sollte vermieden werden. Aus diesem Grund ist auf die gesetzliche Anpassung unter a) bis b) zu verzichten.

Änderungsvorschlag
Streichung der Änderungsvorschläge a) bis b).

Zu Artikel 3 Nr. 8
§ 73d (SGB V)

Beabsichtigte Neuregelung

Zu Absatz 1
Mit dieser Regelung ist beabsichtigt, dass die Spitzenorganisationen nach § 32a Absatz 1 Satz 1 und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) unter Beteiligung der Vereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen einen Rahmenvertrag vereinbaren. Dieser soll jeweils einen Katalog für erweiterte heilkundliche Leistungen und Leistungen im Rahmen der HKP, die als Folgeverordnung und für deren Erbringung auch Hilfsmittel verordnet werden können und die dafür notwendigen personellen Voraussetzungen enthalten. Zudem ist geregelt, wo die Leistungen der Pflegefachperson nach § 73d SGB V erbracht werden können.

Vor Abschluss des Rahmenvertrages sind die maßgeblichen Organisationen nach § 118a SGB XI und die Bundesärztekammer stellungnahmeberechtigt. Der vereinbarte Rahmenvertrag ist vom G-BA bei der Erstellung seiner Richtlinien zu berücksichtigen. Zudem legt der Gesetzgeber fest, dass die im Rahmenvertrag zu den Modellvorhaben nach § 64 d SGB V enthaltenen erweiterten heilkundlichen Leistungen in den Rahmenvertrag nach § 73d SGB V zu übernehmen sind.

Zu Absatz 2)
Der Gesetzgeber implementiert ein Konfliktlösungsmechanismus im Sinne eines Schiedspersonenverfahrens zur möglichen Festsetzung des Rahmenvertrages.

Des Weiteren wird eine Evaluation zu den Auswirkungen der selbständigen Erbringung heilkundlicher Aufgaben durch Pflegefachpersonen auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung der Versicherten festgelegt. Der Evaluationsbericht muss dem BMG bis zum 31.12.2027 vorgelegt werden.

Zu Absatz 3)
Es wird ein Evaluationsauftrag für das BMG unter Beteiligung des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geregelt. Darin soll die Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Krankenhaus sowie in Vorsorge- und Rehaeinrichtungen evaluiert werden.

Zu Absatz 4)
Der Gesetzgeber will mit dieser Regelung klarstellen, dass die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt die Pflegefachperson, die im Rahmenvertrag nach § 73d Absatz 1 SGB V beschriebenen Leistungen selbständig erbringen lassen darf.

Bewertung

Zu Absatz 1
Es ist zu begrüßen, dass bezogen auf die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus von Pflegefachpersonen Kataloge über Leistungen, die diese

Pflegefachpersonen erbringen können, erstellt werden. Es ist jedoch nicht nachvollziehbar, warum die Spitzenorganisationen nach § 132a Absatz 1 Satz 1 SGB V mit einbezogen werden sollen und den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe nach § 118a SGB XI nur ein Stellungnahmerecht eingeräumt werden soll. Denn diese wurden doch gerade vor dem Hintergrund der Stärkung der Rolle der Pflegeberufe implementiert.

Wie bereits zum § 15a beschrieben, fehlen auch hier die konkreten Vorgaben, welche Qualifikationen als gleichwertige Qualifikation zur Durchführung von erweiterten heilkundlichen Leistungen anerkannt werden können. Die Ausgestaltung der Inhalte von pflegerischen und heilkundlichen Leistungen, die durch Pflegefachpersonen gestaffelt nach Qualifikationsniveau erbracht werden können, erfolgt über die Beauftragung einer wissenschaftlichen Expertise, siehe Nr. 5 (§8 Absatz 3c).

Die Vorschriften erwecken den Eindruck, dass Pflegefachpersonen die Leistungen nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummern 1 und 2 SGB V auch in Krankenhäusern oder Rehabilitationseinrichtungen erbringen können. Ansonsten hätte der Gesetzgeber nicht den § 39 Absatz 1 Satz 3 angepasst und einen weiteren Evaluationsauftrag formuliert, jedoch fehlt im § 39 SGB V der Verweis auf den § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummern 1 und 2. Diese Diskrepanz könnte über eine entsprechende Ergänzung im § 39 oder über eine Ergänzung im § 73 d in der Aufzählung möglicher Versorgungsorte geheilt werden. Zudem wird durch die Verknüpfung der Versorgungsorte mit bestimmten vertraglichen Regelungen eine selbständige Tätigkeit ausgeschlossen. Das heißt, eine Pflegefachperson kann sich mit der Erbringung von Leistungen nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummern 1 und 2 SGB V nicht selbständig machen.

Der G-BA ist gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V gesetzlich verpflichtet, unter anderem Richtlinien über die Verordnung von Häuslicher Krankenpflege (HKP-Richtlinie) festzulegen. Bestandteil dieser Richtlinie sind auch die Maßnahmen, die im Rahmen der HKP erbracht werden können. Qualifikationsanforderungen an die Pflegefachperson zur Erbringung der HKP-Maßnahmen legt jedoch der G-BA nicht fest. In diesem Zusammenhang ist zwar nachvollziehbar, dass der G-BA im Rahmen seiner Beratungen über die HKP-Richtlinie den Rahmenvertrag nach § 73d SGB V beachtet, jedoch haben die im Rahmenvertrag getroffenen Regelungen keine unmittelbaren Auswirkungen auf die HKP-Richtlinie.

Es ist nachvollziehbar, dass die gesetzliche Grundlage, die zum Auslaufen der Modellvorhaben nach § 64d SGB V führt, geändert wurde. Die Inhalte der Modellvorhaben nun in die Regelversorgung zu übernehmen, ohne tatsächlich ihre Umsetzung und Nutzen erprobt zu haben, birgt jedoch Risiken.

Zu Absatz 2)
Der gesetzlich beschriebene Konfliktlösungsmechanismus wird grundsätzlich begrüßt. In diesem Fall könnte jedoch auf die etablierten Prozesse, wie die vorhandene Schiedsstelle nach § 132a Absatz 1 SGB V, zurückgegriffen werden.

Diese wäre ohnehin auch für die Rahmenempfehlungen, die die Einzelheiten der vertraglichen Umsetzung regeln soll, zuständig.

Eine Evaluation dieser neuen Versorgungsform ist zwar nachvollziehbar, jedoch aufgrund der vom Gesetzgeber verankerten Frist zu kurzfristig. Zur Umsetzung der neuen Versorgungsform muss erst einmal ein Rahmenvertrag nach § 73d Absatz 1 SGB V geschlossen werden. Darauf aufbauend sollen Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V, die die vertragliche Umsetzung regeln, vereinbart werden und dann können erst tatsächlich die Verträge vereinbart werden. Berücksichtigt man dann, dass sich die Versorgung erst etablieren muss bevor man evaluieren kann, wäre eine Evaluation bis zum 30.06.2029 realistisch.

Zu Absatz 3)
In Analogie zum Evaluationsauftrag im Absatz 2 für den Bereich der ambulanten Versorgung ist der Evaluationsauftrag für den stationären Krankenhausbereich sowie für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nachvollziehbar. Jedoch ist auch hier die vorgesehene Frist kritisch zu bewerten und eine Ausweitung dieser auf den 30.06.2029 sinnvoll.

Zu Absatz 4)
Bereits heute kann die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt im Rahmen der Delegation bestimmte Leistungen an für diese ausreichend qualifizierte Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter übertragen.
In diesem Abschnitt sollte vielmehr geregelt werden, dass die Pflegefachperson im Rahmen Ihrer Kompetenz nach § 15a SGB V und unter Zugrundelegung des Rahmenvertrages nach § 73d SGB V an der Versorgung der Patientin oder des Patienten teilnimmt und in diesem Rahmen Leistungen erbringen kann. Andernfalls weckt diese Regelung den Eindruck, dass die Pflegefachperson wiederum wieder nur bestimmte Leistungen selbständig ausführen darf.

Zudem muss an dieser Stelle auch die Haftung geklärt werden. Dies wurde bisher an keiner Stelle geregelt.

Änderungsvorschlag
Zu Absatz 2)
(2) Kommt der Rahmenvertrag nach Absatz 1 nicht innerhalb der Frist nach Absatz 1 Satz 1 zustande, wird der Inhalt des Rahmenvertrags auf Antrag eines der Vertragspartner oder des Bundesministeriums für Gesundheit durch die gemäß § 132a Absatz 1 SGB V vorhandene Schiedsstelle ~~eine von den Vertragspartnern innerhalb eines Monats zu bestimmende unabhängige Schiedsperson~~ innerhalb von drei Monaten festgelegt~~. Einigen sich die Vertragspartner nicht fristgerecht auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen~~.

Zu Absatz 2)
Die Frist wird vom 31.12.2027 auf den 30.06.2029 verschoben.

Zu Absatz 3)
Siehe Anpassung zum Absatz 2.

Zu Absatz 4)
An dieser Stelle muss klargestellt werden, dass die Übertragung bestimmter Aufgaben über das Maß der Delegation hinausgeht. Des Weiteren müssen analog zur ärztlichen Versorgung haftungsrechtliche Aspekte, die mit der Übertragung von Leistungen an die Pflegefachperson zusammenhängen, aufgenommen und geregelt werden.

Zu Artikel 3 Nr. 9
§ 87 (SGV)

Beabsichtigte Neuregelung
Der Gesetzgeber regelt, dass im EBM die hier in Rede stehenden übertragbaren Leistungen, welche von den Pflegefachpersonen erbracht werden, hinsichtlich des Umfangs und angemessener Vergütung vom Bewertungsausschuss überprüft und beschlossen werden sollen.

Bewertung
Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass eine bundesweit einheitliche Vergütung für übertragbare Leistungen etabliert werden soll. Es ist allerdings nicht nachvollziehbar, warum sich die Vergütung von übertragbaren Leistungen von Pflegefachpersonen, die in einer Arztpraxis angestellt sind, sich von denen von in Pflegeeinrichtungen angestellten Pflegefachpersonen unterscheiden soll, bzw. warum die Vergütung hier von anderen Protagonisten festgelegt werden soll (vergleiche Änderungsbefehl 10. dd).
Eine einheitliche Vergütung, unabhängig vom Anstellungsort ist aus Sicht der Ersatzkassen geboten, um Fehlanreize zu vermeiden.

Änderungsvorschlag
Eine bundesweit einheitliche Vergütung soll vom Bewertungsausschuss beschlossen werden, unabhängig davon, wo die Pflegefachperson angestellt ist.

Zu Artikel 3 Nr. 10
§ 132a (SGBV)

Beabsichtigte Neuregelung
Zu aa)
Der Gesetzgeber beauftragt mit dieser gesetzlichen Anpassung die Rahmenempfehlungspartner nach § 132 a Absatz 1 SGB V Regelungen zu den Anforderungen an eine fachgerechte Pflegeprozesssteuerung zu vereinbaren.

Zu bb)
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu cc)
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu dd)
Der Gesetzgeber beauftragt die Rahmenempfehlungspartner nach § 132a Absatz 1 SGB V Grundsätze der Vergütung von erweiterten heilkundlichen Leistungen nach § 73d SGB V festzulegen.

Zu b)
Der Gesetzgeber regelt, dass HKP, sofern sie in den gemeinschaftlichen Wohnformen erbracht und vom Basispaket nach § 92c Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 SGB XI umfasst sind, auch auf dieser Grundlage erbracht werden.

Bewertung
Zu aa)
Die Pflegeprozesssteuerung umfasst die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Planung der Pflege, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege. Das sind alles Aufgabenbereiche aus dem SGB XI-Bereich. Es besteht aus Sicht des vdek die Gefahr, dass über die Rahmenempfehlungen konträre Regelungen zum SGB V vereinbart werden, diese dann zu einer Doppelleistung führen und Regelungen aus dem SGB V nicht ohne gesetzliche Normierung auf den SGB XI ausstrahlen.

Sofern in den Rahmenempfehlungen Grundsätze zu den Anforderungen an eine fachgerechte Prozesssteuerung vereinbart werden sollen, müssen diese sowohl für den SGB V als auch für den SGB XI-Bereich gelten. Eine Finanzierung über das SGB V ist auszuschließen.

Zu bb)
Die redaktionelle Folgeänderung ist nachvollziehbar.

Zu cc)
Die redaktionelle Folgeänderung ist nachvollziehbar.

Zu dd)
Der Gesetzgeber will mit dieser Regelung die Grundlage für eine Vergütung von Leistungen nach § 73d Absatz 1 SGB V für Pflegefachpersonen, die bei ambulanten Pflegediensten oder in vollstationären Pflegeeinrichtungen beschäftigt sind, schaffen. Damit führt er jedoch eine konkurrierende Vergütungsregelung zum EBM ein und regelt eine Vergütung abhängig vom Versorgungsort. Dies wird zu Verwerfungen unter den Leistungserbringern und zu monetären Fehlanreizen führen. Aus diesem Grund wird diese gesetzliche Regelung abgelehnt. Der Gesetzgeber muss vielmehr eine Grundlage (idealerweise im EBM) für eine bundesweit einheitliche Vergütungsregelung für Leistungen nach § 73d Absatz 1 SGB V, die von Pflegefachpersonen erbracht werden, schaffen. Diese sind dann in den jeweiligen Verträgen umzusetzen.

Zu b)
Der Gesetzgeber hat in Analogie zur stationären pflegerischen Versorgung eine neue Regelung zu den gemeinschaftlichen Wohnformen etabliert und die entsprechende Vergütung im Rahmen eines Basispakets geregelt. Die Inhalte des Basispakets sollen jedoch bezogen auf die HKP nicht einheitlich sein. D. h., dass je nach gemeinschaftlicher Wohneinheit unterschiedliche Leistungen der HKP bis hin zu gar keinen Leistungen der HKP, Inhalt des Basispakets sein können. Das führt zu einer erheblichen Intransparenz und zu höheren Kosten.
Es wird empfohlen, dass das Basispaket auch Leistungen der HKP enthält und wenn diese im Einzelfall erforderlich sind, werden sie vom Pflegedienst, der in der gemeinschaftlichen Wohnform versorgt, erbracht und sind Bestandteil der Vergütung des Basispakets.

Änderungsvorschlag

Zu aa)
Anforderungen an eine fachgerechte Pflegeprozesssteuerung, die ebenfalls für den SGB XI Bereich gelten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei einem Leistungsanspruch nach dem SGB XI keine Vergütung für die Prozessteuerung nach dem SGB V besteht.

Zu dd)
Streichung dieser Regelung und Einführung einer gesetzlichen Grundlage für die Vereinbarung von bundesweit einheitlichen Vergütungen im EBM für Leistungen nach § 73d Absatz 1 SGB V, die dann in den jeweiligen Verträgen, z. B. nach § 132a Absatz 4 SGB V verankert werden.

Zu b)
Neue Regelung: Die Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege in gemeinschaftlichen Wohnformen sind Bestandteil des Basispakets nach § 92c Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB XI.

3. Ergänzender Änderungsbedarf

§ 1 PflBG und gepl. § 1 PflAssG (jeweils: Führen der Berufsbezeichnung) i. V. m § 293 Absatz 8 SGB V (Beschäftigtenverzeichnis)

Beabsichtigte Neuregelung
Dem § 1 werden jeweils folgende Absätze hinzugefügt:

„Personen mit einer Berufserlaubnis nach diesem Gesetz erhalten von Amts wegen eine lebenslange Beschäftigtennummer (LBNR) nach § 293 Absatz 8 SGB V. Diese ist auf der Erlaubnis nach Absatz 1 aufzuführen."

§ 293 Absatz 8 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe d SGB V wird wie folgt gefasst:

"bei denen es sich um zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches handelt,"

§ 293 Absatz 8 Satz 1 Nr. 2 SGB V wird wie folgt gefasst:

„der Personen, die durch die in Nummer 1 genannten Leistungserbringer in der pflegerischen oder heilkundlichen Versorgung beschäftigt oder bei diesen in der pflegerischen oder heilkundlichen Versorgung tätig sind, sowie "

§ 293 Absatz 8 S. 9 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte übermittelt den Kranken- und Pflegekassen die Daten nach Satz 4 Nummer 1, 4 und 5 sowie nach Satz 5 zur Erfüllung ihrer in § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, 8 und 9 und in § 94 Absatz 1 Nummer 5 und 6 des Elften Buches genannten Aufgaben über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der elektronischen Datenübertragung als pseudonymisierten Gesamtdatensatz."

Begründung
Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) vergibt nach § 293 Absatz 8 SGB V an Pflegekräfte eine lebenslange Beschäftigtennummer (LBNR) und führt das Beschäftigtenverzeichnis in der ambulanten Pflege (BeVaP).

Gerade im Zusammenhang mit der Umsetzung des PKG kommt der LBNR eine besondere Bedeutung zu, da im BeVaP die individuellen Qualifikationen mit der LBNR verknüft werden. Die Vergabe der LBNR muss daher regelhaft und unbürokratisch von Amts wegen an alle qualifizierten Pflegekräfte (Hilfs- und Fachkräfte) erfolgen.

Dies greift auch die Änderung durch das PKG auf, wonach die Pflegefachperson auch im stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 15a SGB V tätig wird und daher eine LBNR benötigt. Beschäftigte in stationären Pflegeeinrichtungen müssen daher mitumfasst werden.

Hinzu kommt, dass die heute im BeVaP geführten Daten hinsichtlich der Berufserlaubnis nach PflBG bislang nicht validiert sind. Entsprechend kann in allen Folgeprozessen nicht auf die Richtigkeit der Angaben vertraut werden, was wiederum zu vermeidbarer "Nachweis-Bürokratie" führt. Die erlaubnisausstellenden Stellen sollten daher direkt an das BeVaP melden können. Das heißt, dass bei Erlangung der Berufserlaubnis nach § 1 PflBG bzw. § 1 PflAssG durch die zuständige Behörde gleich auch eine Mitteilung an das BfArM erfolgt und dieses unabhängig vom Wirkungsort (Krankenhaus/Altenpflege) die lebenslange Beschäftigtennummer (LBNR) sofort an die Pflegefachperson vergibt, gegebenenfalls auch direkt auf der Berufsurkunde ausweist. Hiermit wird ein Grundstein für alle auf der Beschäftigtennummer aufbauenden zukünftigen Prozesse gelegt. Die LBNR wird damit der zentrale Schlüssel, über den Pflegekräfte, Pflegeeinrichtungen und Kranken- und Pflegekassen Informationen über die Qualifikationen der Pflegekräfte erhalten. Zudem wird damit die Qualität der Pflege gestärkt, da Pflegekräfte, auch mit Blick auf die Stärkung der Pflegekompetenz der Pflegekräfte, entsprechend ihren erworbenen Qualifikationen zielgerichtet in der Pflege eingesetzt werden können.

Krankenkassen müssen die LBNR zudem bereits im Rahmen der Leistungsbeantragung im Bereich der HKP prüfen können, sofern die Leistungen von der Pflegefachperson verordnet wird. Daher ist eine Ergänzung der Verwendungszwecke des BeVaP in § 293 Absatz 8 Satz 9 SGB V um den Verweis auf § 284 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V erforderlich.

Beabsichtigte Neuregelung
Der § 27 Absatz 1 Satz 2 wird um folgende Nr. 1a ergänzt:
„1a. pflegerische Leistungen und heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen"

Begründung
Aufgrund des neuen § 15a SGB V müssen in der Folge die Regelungen zur Krankenbehandlung um pflegerische Leistungen und heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen ergänzt werden.

Beabsichtigte Neuregelung
Streichung der gesetzlichen Regelung zur Blankoverordnung im § 37 Absatz 8 bis 10 SGB V.

Begründung
Mit der Umsetzung des PKG erhalten Pflegefachpersonen über das Maß der bisherigen Blankoverordnung hinausgehende Kompetenzen zur Ausstellung von HKP-Folgeverordnungen. Zukünftig sollen Pflegefachpersonen nicht nur die Dauer und Häufigkeit bestimmter HKP-Maßnahmen auf der von der Ärztin oder dem Arzt ausgestellten Verordnung (Verordnungsmuster 12) angeben können, sondern die Folgeverordnung in Gänze ausstellen dürfen.

Die Regelungen zur Blankoverordnung sind nahezu obsolet und würden in der Verordnungspraxis eher zur Verwirrung führen.

Aus diesem Grund sollte die Absätze 8 bis 10 im § 37 SGB V zum Zeitpunkt der vertraglichen Umsetzung des „§ 37d SGB V" gestrichen werden.

Beabsichtigte Neuregelung
§ 139 SGB V soll um einen weiteren Absatz 1a) zur Regelung von Medizinprodukten, die zur Erbringung der verordnungsfähigen Maßnahmen der HKP erforderlich sind und keine Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel sind, ergänzt werden.

1a) *Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt als Anlage zu dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 1 ein systematisch strukturiertes Verzeichnis über die Medizinprodukte, die zur Erbringung der verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 erforderlich sind und für die keine Leistungsansprüche nach den §§ 33SGB V oder 17a und 40 Absatz 6 SGB XI bestehen. §§ 126, 127 und 302 SGB V gelten für die Abgabe dieser Medizinprodukte entsprechend. Vor Erstellung und Fortschreibung des Verzeichnisses über Medizinprodukte zur häuslichen Krankenpflege sind ebenfalls die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer anzuhören.*

Begründung
Aktuell überarbeitet der GKV-Spitzenverband auf der Grundlage der BSG-Rechtsprechung das Hilfsmittelverzeichnis. Zukünftig werden somit nur noch Medizinprodukte als Hilfsmittel gelistet, wenn sie gemäß der BSG-Rechtsprechung durch Laien angewandt werden können. Ob dies möglich ist, muss aus der jeweiligen Produktbeschreibung hervorgehen. Es zeichnet sich bereits jetzt ab, dass beispielsweise transurethrale Dauerkatheter kein Hilfsmittel mehr sein werden. Diese Dauerkatheter werden jedoch unter anderem im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege von Pflegefachkräften zur Versorgung eines Versicherten benötigt. Aktuell verordnet diese Dauerkatheter die Ärztin bzw. der Arzt als Hilfsmittel über das dafür vorgesehene Verordnungsmuster für den Versicherten. Damit ist die Weiterversorgung durch den Pflegedienst auch in der Häuslichkeit gewährleistet. Neben dem Dauerkatheter gibt es auch noch weitere Medizinprodukte, die zukünftig keine Hilfsmittel mehr sind und somit vom Vertragsarzt nicht mehr verordnet werden können.

Hinzu kommt, dass mit dem Pflegekompetenzgesetz (PKG) zukünftig auch Pflegefachpersonen Verordnungen für Hilfsmittel, die zur Erbringung von HKP notwendig sind, ausstellen dürfen. Für die Pflegefachpersonen besteht somit ebenfalls das Problem, dass diese Medizinprodukte nicht mehr verordnet werden können und die Bereitstellung anderweitig organisiert werden müsste. Ein regelhafter Bezugs- und Abrechnungsweg steht derzeit dafür nicht zur Verfügung.

Um den Status quo und damit die Versorgung der Versicherten auf Dauer sicherstellen zu können, ist eine entsprechende gesetzliche Anpassung zur Etablierung einer Anlage zum Hilfsmittelverzeichnis notwendig. In dieser Anlage sollen dann die Medizinprodukte, die zur Erbringung der verordnungsfähigen

Maßnahmen der HKP notwendig sind und keine Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel sind, aufgeführt und den Hilfsmitteln somit gleichgestellt werden.

Beabsichtigte Neuregelung
Der § 126 Absatz 1 SGB V wird im folgenden Satz ergänzt:
„Medizinprodukte nach § 139 Absatz 1a werden durch diesen Paragrafen den Hilfsmitteln gleichgestellt. Damit gelten die Regelungen des § 126 auch für diese Medizinprodukte."

Begründung
Bei dieser Änderung handelt es sich um eine Folgeänderung, die sich aus der Ergänzung des § 139 SGB V um den Absatz 1a ergibt.

Beabsichtigte Neuregelung
Der § 127 Absatz 1 wird um den folgenden Satz ergänzt:
„Medizinprodukte nach § 139 Absatz 1a werden durch diesen Paragrafen den Hilfsmitteln gleichgestellt. Damit gelten die Regelungen des § 127 auch für diese Medizinprodukte."

Begründung
Bei dieser Änderung handelt es sich um eine Folgeänderung, die sich aus der Ergänzung des § 139 SGB V um den Absatz 1a ergibt.

Beabsichtigte Neureglung
Sofern eine Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über einen Antrag auf Pflegebedürftigkeit nicht innerhalb der vorgesehenen Fristen (25 Arbeitstage oder in bestimmten Fällen verkürzte Fristen) erteilt, sollte geregelt werden, dass die Pflegekasse die wöchentlichen Zahlungen von 70 Euro nicht bereits ab Fristablauf, sondern unverzüglich nach Erstellen des Bescheides zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit des Antragstellers zu zahlen hat.
Des Weiteren soll eine Klarstellung zur Regelung der Unterbrechung bzw. Hemmung der Fristen geregelt werden, wenn die Verzögerung der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die antragsstellende Person und nicht durch die Pflegekasse zu vertreten ist.

Begründung
Durch die Pflegekasse kann die Ursache einer Überschreitung der Begutachtungsfristen in der Regel erst nach Übermittlung des Gutachtens durch den MD und bei Erteilung des Bescheids über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit festgestellt werden. Mit Übermittlung des Gutachtens teilt der MD der Pflegekasse mit, ob und welche Verzögerungen im Begutachtungsverfahren aufgetreten sind. In den weit überwiegenden Fällen stellt die Pflegekasse fest, dass Fristüberschreitungen nicht von den Pflegekassen zu vertreten sind. Sofern die Zusatzzahlungen unverzüglich nach Fristablauf wöchentlich ausgezahlt würden, müssten die Beträge nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens zurückgefordert werden, da die Fristüberschreitung von der antragstellenden Person zu vertreten war. Dies führt aus unserer Sicht zum einen zu erheblichen Belastungen der antragstellenden Personen (z. B. durch Rückforderungen, Mahnverfahren), zum anderen zu einem nicht wirtschaftlichen und unangemessenen Verwaltungsaufwand für die Pflegekassen. Der Auszahlungszeitpunkt der Zusatzzahlungen mildert außerdem nicht den Sanktionscharakter für die Pflegekassen, der bei dieser Regelung im Vordergrund steht, da hiermit keine Reduzierung des Betrages der Zusatzzahlungen verbunden ist.
Bezüglich der Fristunterbrechungen bei Verzögerungen, welche die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, sollte eine Regelung für einen angemessenen Zeitraum nach der Unterbrechung erfolgen, in dem der MD das Begutachtungsverfahren fortzusetzen hat. Sofern gegen Ende einer Frist eine Begutachtung nicht realisiert werden kann aus Gründen, welche die antragsstellende Person zu vertreten hat, kann die Unterbrechung der Frist nicht nur den Tag des Begutachtungstermins umfassen. Aus organisatorischen Gründen ist es nicht möglich, direkt am Folgetag einen Nachholtermin für die Begutachtung durchzuführen, da die Planung insbesondere der Hausbesuche einen Vorlauf benötigen, damit sich auch die antragstellende Person darauf vorbereiten kann.
Im Gemeinsamen Rundschreiben des GKV-SV und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 14.11.2023 wurde dabei eine Frist von 17 Arbeitstagen eingeführt, um den verschiedenen Regelungen des SGB XI Rechnung zu tragen. Einerseits wird der Sanktionscharakter bei Fristablauf grundsätzlich aufrechterhalten, obwohl die Zusatzzahlungen hier grundsätzlich aufgehoben sind. Andererseits wird der

Regelung der Fristunterbrechungen bei Verzögerungen Rechnung getragen, die aber von den Pflegekassen bzw. den MD nicht umsetzbare Verfahrensregelungen erfordern.

Änderungsvorschlag
In Absatz 5 Satz 1 ist das Wort „Fristablauf“ zu streichen und durch die Wörter „Abschluss des Verwaltungsverfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ zu ersetzen.

Die Sätze 4 und 5 sind durch die Sätze

„Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, ist der Lauf der Frist nach Satz 1 bis zur Beendigung der Verzögerung und soweit danach eine erneute Terminierung der Begutachtung erforderlich ist, für weitere 17 Arbeitstage nach Kenntnis über den Wegfall der Verzögerung gehemmt. Danach läuft die Frist weiter.“

zu ersetzen.

Beabsichtigte Neuregelung

§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V wird folgendermaßen ergänzt:
6. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln *„inklusive Medizinprodukte, die zur Erbringung von häuslicher Krankenpflege nach § 37 benötigt werden und keine Hilfsmittel nach § 33 und Pflegehilfsmittel nach §§ 17a und 40 Absatz 6 SGB XI sind“*, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege, Soziotherapie und außerklinischer Intensivpflege sowie zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes,

Begründung

Bei dieser Änderung handelt es sich um eine Folgeänderung, die sich aus der Ergänzung des § 139 SGB V um den Absatz 1a ergibt.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 030/2 69 31 - 0
Fax: 030/2 69 31 - 2900
Politik@vdek.com