

STELLUNGNAHME

Zum Entwurf des Gesetzes zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege vom 06.08.2025

Berlin, 02.10.2025 | Der Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD) und der Katholische Krankenhausverband Deutschland möchten die Gelegenheit wahrnehmen, zum am 06. August 2025 durch das Kabinett beschlossenen Gesetzentwurf "Gesetz zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege" Stellung zu nehmen.

Wir begrüßen die angestrebten Änderungen, die auf die Stärkung und Eigenständigkeit der Kompetenzen der Pflegefachpersonen abzielen. Besonders positiv hervorzuheben ist die berufs- und leistungsrechtliche Verankerung heilkundlicher Tätigkeiten und die Stärkung der Vorbehaltsaufgaben im SGB V, die einen wesentlichen Fortschritt darstellen.

Wir teilen nachdrücklich die Auffassung, dass es keiner weiteren Modellvorhaben nach § 64d SGB V bedarf, um Pflegefachpersonen mit entsprechender Zusatzqualifikation zur Heilkundeausübung zu ermächtigen. Gleichzeitig weisen wir in unserer Stellungnahme auf weiterhin bestehende Defizite in der vertraglichen und leistungsrechtlichen Verankerung hin.

Neben den Maßnahmen zur Stärkung der professionellen Pflege enthält der Gesetzentwurf auch solche zur strukturellen Weiterentwicklung der Versorgung, etwa durch die Flexibilisierung von Leistungen in Form neuer Wohnformen oder Modellprojekte zur Flexibilisierung der Versorgungsleistungen sowie die Finanzierung kommunaler Netzwerke, um die Versorgung in den Sozialräumen zu stärken. Diese adressieren jedoch nicht ausreichend die dringlichen Herausforderungen, denen viele Träger der Langzeitpflege aktuell gegenüberstehen: Die wirtschaftliche Lage der Träger hat sich aufgrund des anhaltenden Fachkräftemangels, gestiegener Personalkosten sowie steigender Preise der Dienstleister deutlich verschärft. Hinzu kommen Verzögerungen bei Pflegesatzverhandlungen, die durch überbordende Bürokratie und langwierige Prüfverfahren behindert werden. Weiterhin greift der Entwurf diese Problematik nur unzureichend auf und trägt den Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit in der Ebene nicht ausreichend Rechnung. Die Ansätze zur Verfahrensbeschleunigung weisen in die richtige Richtung, doch bleiben weiterhin Verstöße durch die Kostenträger weitgehend folgenlos. Der Druck lastet somit weiterhin auf den Leistungserbringern, was wir stark kritisieren und folgende Änderungen fordern: Die bereits im Vorfeld des Referentenentwurfs geforderte Genehmigungsfiktion, die eine automatische

Zustimmung bei Verzögerungen seitens der Kostenträger bei Überschreitung der Frist zur Aufnahme von Pflegesatzverhandlungen vorsieht, wurde auch dieses Mal nicht in den überarbeiteten Gesetzentwurf aufgenommen. Weiter fordern wir einen bundesweiten pauschalen Risikozuschlag von mindestens 4 Prozent, damit Einrichtungen durch unvorhergesehene Kostensteigerungen und Ausgaben nicht in wirtschaftliche Schieflage geraten.

Diese Verzögerungen und nicht gesehenen und refinanzierten Kosten gefährden nachweislich die Versorgungsstrukturen unserer Mitgliedseinrichtungen in der Altenhilfe. Statt einer deutlichen Entlastung droht durch die Einführung zusätzlicher bürokratischer Anforderungen, wie etwa in § 72 SGB XI, sogar ein weiterer Bürokratieaufbau – dies stünde im deutlichen Gegensatz zu den Zielen der neuen Bundesregierung. Die vorgesehene Einführung des Absatzes 1a in § 72 SGB XI, der die Berücksichtigung von Empfehlungen aus Ausschüssen und kommunalen Pflegestrukturplanungen vorsieht, könnte den Abschluss von Versorgungsverträgen zusätzlich verzögern und den bürokratischen Aufwand weiter erhöhen, ebenso wie die Einführung des Absatzes 2a, der vor Abschluss eines Versorgungsvertrages die Prüfung eines Angebotes von Tages- und Nachtpflege durch die Träger vorsieht.

Zusammenfassung

In ihrer Stellungnahme fokussieren der Verband Katholischer Altenhilfe in Deutschland und der Katholische Krankenhausverband nachfolgende Themen.

Sozialgesetzbuch XI

Wir begrüßen, dass die Aufgaben von Pflegefachpersonen differenziert als sogenannter Muster-Scope of Practice beschrieben werden sollen. Eine solche Beschreibung bietet eine Grundlage für die Weiterentwicklung der leistungsrechtlichen Befugnisse von Pflegefachpersonen und kann wesentlich zur Rechtsklarheit in der Leistungserbringung beitragen. Wir empfehlen daher, dass die maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene in die Erarbeitung dieses Scopes einbezogen werden.

Die Feststellung des Pflegebedarfs ist eng mit der pflegefachlichen Prozessverantwortung verknüpft. Damit liegt es nahe, Pflegefachpersonen künftig auch im Rahmen von Begutachtungsverfahren stärker einzubeziehen.

Für die Umsetzung entsprechender Modellprojekte sind jedoch klare Rahmenbedingungen unerlässlich. Eine zusätzliche Aufgabenübernahme ohne entsprechende personelle Ressourcen und Vergütung ist nicht tragfähig. Der Einsatz von

Pflegefachpersonen in Begutachtungsverfahren sollte daher nur im Einvernehmen der beteiligten Einrichtungen einhergehen.

Sinnvoll wäre eine zunächst auf konkrete Anwendungsfälle begrenzte Ausrichtung des Modellprojekts, etwa auf Höherstufungsanträge.

Wir plädieren für die Auflösung von Sektorengrenzen, um eine flexiblere Versorgung zu ermöglichen. Wir befürchten, dass die Einführung neuer Versorgungsmodelle wie in § 45h SGB XI die Flexibilität beeinträchtigt und zu bürokratischen Herausforderungen sowohl für die Träger als auch für die Pflegebedürftigen führt. Wir schlagen vor, bestehende Modelle wie die ambulant betreute Wohngruppe nach § 45f weiter zu fördern, anstatt neue einzuführen. Um eine wirksame Verzahnung der Sektoren unmittelbar zu erreichen, sollte ein stärkeres Augenmerk auf die Möglichkeit des Gesamtversorgungsvertrags gelegt werden. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde ab Juli 2008 die Voraussetzung eröffnet, dass mehrere oder alle selbstständig wirtschaftenden Einrichtungen (§ 71 Abs. 1 u. 2 SGB XI) eines Pflegeeinrichtungsträgers, die örtlich und organisatorisch miteinander verbunden sind, einen einheitlichen Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) schließen können. Damit wurde der engen Rechtsauslegung entgegengewirkt. In der Praxis zeigt sich jedoch ein sehr kompliziertes Verhandlungsgebaren.

Die Anerkennung akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen als sachlicher Grund für eine höhere Personalausstattung nach § 113c Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB XI wird begrüßt. Angesichts des derzeit sehr geringen Anteils hochschulisch ausgebildeter Pflegekräfte und unzureichender Studienplätze ist eine flächendeckende Umsetzung jedoch kurzfristig nicht realistisch. Für akademisch qualifizierte Pflegekräfte wird daher die Erarbeitung konkreter Aufgabenbereiche im Scope of Practice empfohlen – eine verbindliche Frist zur Erarbeitung der Empfehlungen erachten wir als sinnvoll. Auch die Möglichkeit, zusätzliche Assistenzkräfte mit mindestens einjähriger relevanter Ausbildung einzusetzen, wird als sinnvoll bewertet. Damit diese Regelung greift, müssen die Länder ihre Personalverordnungen zügig anpassen. Der Bund sollte dies aktiv einfordern.

Ergänzend weisen wir darauf hin, dass eine gesetzliche Klarstellung zur Umsetzung trägerübergreifender Personalpools erforderlich ist, die idealerweise im Rahmen des BEEP erfolgen sollte. Um den Leistungserbringern mehr Planungssicherheit zu geben, empfehlen wir eine gesetzliche Klarstellung im § 113 c Abs. 2 SGB XI, dass Springerpools unabhängig von der Ausschöpfung der Personalanhaltswerte nach § 113 c Abs. 1 SGB XI zulässig sind.

Wir begrüßen die geplante Verlängerung der Ankündigungsfrist bei Regelprüfungen, halten zwei Arbeitstage jedoch für zu eng bemessen. Angesichts des Personalmanagements sollte die Frist auf mindestens fünf Arbeitstage ausgeweitet werden, um Einrichtungen eine verlässliche Einbindung relevanter Mitarbeitender zu ermöglichen.

Die Regelung zur Zusammenarbeit von Heimaufsicht und Medizinischem Dienst (§ 117 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI) ist grundsätzlich zu begrüßen, da sie das Potenzial hat Doppelprüfungen zu reduzieren und die Einrichtungen zu entlasten. Problematisch ist jedoch, dass die Umsetzung im Ermessen der Heimaufsicht in den Ländern liegt – der Bund verfügt hier nur über begrenzte Einflussmöglichkeiten. Erfahrungen aus den Bundesländern zeigen, dass abgegrenzte Zuständigkeiten funktionieren; Aufbauend darauf sollte diskutiert werden, welche organisatorischen Anpassungen – etwa eine gezielte Bündelung der Prüfverfahren (stationäre Einrichtungen werden durch die Heimaufsicht, ambulante Einrichtungen durch den Medizinischen Dienst geprüft) – die Prozesse weiter vereinfachen und wirksam Personal entlasten könnten.

Die Bundesverbände des Verbandes der Ersatzkassen (vdek), der Pflegekassen BARMER und DAK-Gesundheit haben mit Wirkung zum 31. Dezember 2025 den 2004 geschlossenen Rahmen-Versorgungsvertrag („kleiner Versorgungsvertrag“) gekündigt. Um zu verhindern, dass zum 01. Januar 2026 die Grundlage der Zulassung der ordensinternen Pflegebereiche als stationäre Einrichtungen entfällt, sieht der Gesetzentwurf eine Übergangsregelung vor und greift damit das zentrale Anliegen der Ordensleitungen auf. Die Verfasser der Stellungnahme sind in Absprache mit der Deutschen Ordensobernkonzferenz als einer der Vertragspartner des bisherigen Rahmen-Versorgungsvertrags („kleiner Versorgungsvertrag“) dankbar für den Regelungsvorschlag des neuen § 146a SGB XI. Allerdings besteht hier Nachbesserungsbedarf, um den aktuellen Status Quo zu halten: Der Wegfall des pauschalisierten Leistungszuschlags für zusätzliche Betreuung und Aktivierung gemäß § 43b SGB XI muss rückgängig gemacht werden, ebenso die Verwehrung von häuslicher Krankenpflege nach § 37 Abs. 3a SGB XI bei gleichzeitiger Anwendung des § 146a SGB XI.

Darüber hinaus empfehlen wir die gesetzliche Verankerung des Amtes einer/eines Pflegebevollmächtigten. Die im ursprünglichen Kabinettsentwurf zum Pflegekompetenz vorgesehene Regelung der 20. Legislatur sollte wieder aufgenommen werden. Angesichts der digitalen Transformation, der Weiterentwicklung des Pflegebildungssystems und tiefgreifender Veränderungen in der Versorgung braucht es eine dauerhaft legitimierte Ansprechperson auf Bundesebene, deren Aufgaben auch die Belange ambulanter und (teil-)stationärer Einrichtungen ausdrücklich einschließen.

Sozialgesetzbuch V

Die Anerkennung des Pflegeberufs als Heilberuf im SGB V (§ 15a i.V.m. § 28 Abs. 5 SGB XI) ist ein wichtiger Schritt, der Pflegefachpersonen die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten ermöglicht und durch die Schnittstelle zu § 4a PflBG Klarheit für alle Akteure schafft. Es ist jedoch ausdrücklich zu betonen, dass die Aufgaben von Pflegefachpersonen nicht ausschließlich Tätigkeiten umfassen dürfen, die im Zusammenhang mit einer medizinischen Diagnosestellung stehen. Wir begrüßen, dass auch berufserfahrene Pflegekräfte erweiterte heilkundliche Tätigkeiten nach § 73d SGB V übernehmen sollen. Für eine möglichst einheitliche Umsetzung braucht es harmonisierte Weiterbildungsordnungen und Kompetenzfeststellungsverfahren in den Bundesländern und ein einheitliches Vorgehen bei der Anerkennung bestehender Fachweiterbildungen. Hierzu muss die vorgesehene Bund-Länder-AG verbindliche Fristen für Ergebnisse festlegen.

Wir begrüßen, dass die bisherigen Modellvorhaben zur Heilkundeausübung durch Pflegefachpersonen beendet und künftig dauerhaft in die Regelversorgung überführt werden. Wichtig ist nun, dass Heilkundemodule für die berufliche Pflegeausbildung geöffnet und bundesweit einheitliche Weiterbildungsstrukturen sowie eine angemessene Vergütung sichergestellt werden. Zwar plant das Bundesministerium für Gesundheit die Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe, verbindliche Fristen für Ergebnisse der notwendigen Weiterbildungsregelungen sind jedoch bislang nicht vorgesehen.

Kritisch sehen wir die geplante Neuregelung zur Ausführung der ärztlichen Leistungen nach § 15a SGB V als Teil der Pflegesachleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 28 Abs. 5 SGB XI. Leistungen nach § 15a SGB V sind ärztliche Leistungen und gehören zur gesetzlichen Krankenversicherung, sollen im stationären Bereich aber als Behandlungspflege über das Pflegesachleistungsbudget abgebildet werden. Dies führt zu einer Ungleichbehandlung der Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen und birgt die Gefahr weiter steigender Eigenanteile. Wir plädieren daher für eine klare gesetzliche Regelung zur Refinanzierung dieser Leistungen über das Sozialgesetzbuch der Gesetzlichen Krankenversicherung.

§ 112a SGB V ermöglicht Pflegefachpersonen im Krankenhaus die eigenverantwortliche Erbringung heilkundlicher Leistungen und stärkt damit ihre Profession. Wichtig sind ein einheitlicher Leistungskatalog, klare Schnittstellen zu ärztlichen Aufgaben sowie die Einbeziehung von Pflegeorganisationen und Fachgesellschaften. Es sollte darauf geachtet werden, dass die Vorgaben in Form übergeordneter Rahmenregelungen ausgestaltet werden, die den Krankenhäusern hinreichenden Spielraum für eine

Anpassung an ihre jeweilige Organisationsstruktur eröffnen. Zudem muss die Entbürokratisierung im Krankenhaus vorangetrieben werden. Wir plädieren für die Abschaffung bzw. Überführung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern bei Inkrafttreten der PPR 2.0 und der Kinder-PPR 2.0.

Pflegeberufegesetz (PflBG)

Wir begrüßen, dass Pflegeplanung und Pflegeprozessverantwortung als Vorbehaltsaufgaben gesetzlich verankert sind (§§ 4, 4a PflBG) und Pflegefachpersonen heilkundliche Tätigkeiten eigenverantwortlich ausüben dürfen. Kritik besteht darin, dass bereits außerhalb akademischer Wege erworbene Kompetenzen bisher unzureichend berücksichtigt werden. Um bundesweit einheitliche Standards zu sichern, müssen die im Rahmen von Modellvorhaben erworbenen Qualifikationen rechtlich verbindlich anerkannt werden (§§ 14, 14a PflBG).

Wir setzen uns seit vielen Jahren dafür ein, dass Rehabilitationseinrichtungen, sofern sie zur Ausbildung im Pflichteinsatz der allgemeinen Akutpflege in stationären Einrichtungen geeignet sind, auch Träger der praktischen Ausbildung sein können. Besonders Einrichtungen mit den Schwerpunkten Geriatrie und Neurologie bieten wertvolle Praxiserfahrungen und fördern die Handlungskompetenz der Auszubildenden. Dies würde zusätzliche, wohnortnahe Ausbildungskapazitäten schaffen und die Versorgungssicherheit stärken. Voraussetzung ist, dass die Praxisanleitung entsprechend qualifiziert ist.

Nachfolgend erfolgen die Bewertung und Änderungsvorschläge im Einzelnen:

Artikel 1: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 8 Absatz 3c – Scope of Practice

Aktuell fehlt eine einheitliche nachvollziehbare Beschreibung der pflegerischen Aufgaben entlang der verschiedenen Qualifikationsstufen. Zur Förderung von Rechtsklarheit und Transparenz ist es dringend erforderlich, im Rahmen von § 8 Abs. 3c SGB XI eine verbindliche Grundlage zu entwickeln, aus der klar hervorgeht, welche Pflegefachkraft mit welcher Qualifikation welche Leistungen – insbesondere heilkundlicher Art – erbringen darf. Die Erarbeitung einer systematischen und umfassenden Beschreibung der Aufgaben von Pflegefachpersonen, einschließlich heilkundlicher Aufgaben (sog. Muster-Scope of Practice) wird im Gesetzentwurf im Begründungsteil (vgl. S. 111 ff.) richtigerweise als wesentliche Aufgabe der Vertretung der

Pflegeberufe auf Bundesebene benannt. Die explizite Nennung dieser Aufgabe fehlt im Gesetzestext. Die Zielsetzung taucht lediglich implizit über die Förderung nach § 8 Abs. 3c SGB XI wieder auf. Dies ist nicht nur sprachlich uneinheitlich, sondern auch inhaltlich problematisch, da das zentrale Ziel – die Entwicklung eines qualifikationsgestuften Aufgabenprofils für Pflegefachpersonen – nicht als explizite gesetzliche Zielsetzung benannt wird.

Pflegefachpersonen verfügen – je nach Qualifikation (z. B. generalistische Ausbildung, hochschulische Qualifikation, spezialisierte Weiterbildung) – über differenzierte Kompetenzen. Es gilt zu berücksichtigen, dass ein akademischer Abschluss nicht die alleinige Voraussetzung zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben darstellen darf. Viele Pflegefachpersonen haben durch berufsbegleitende Weiterbildungen bereits die nötigen Kompetenzen erworben oder können diese durch modulare Qualifikationen gezielt aufbauen. Die Anrechnung beruflicher Weiterbildung als Voraussetzung für die Übernahme heilkundlicher Aufgaben muss gesetzlich klargestellt werden – sowohl im PflBG als auch im Leistungsrecht des SGB V und XI. Daher halten wir die Erarbeitung von Mindestanforderungen zu Weiterbildungsordnungen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten für zielführend. Zur Sicherstellung der Umsetzbarkeit in den Einrichtungen ist es aus unserer Sicht unabdingbar, dass die Trägerverbände der Pflegeeinrichtungen systematisch in die Ausgestaltung und Umsetzung eingebunden werden.

Änderungsbedarf:

§ 8 Abs. 3c SGB XI wird wie folgt gefasst:

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen fördert gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen **pflegewissenschaftliche** Expertisen zur konkreten Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Inhalte von Leistungen nach diesem und nach dem Fünften Buch, die durch Pflegefachpersonen jeweils abhängig von ihren Kompetenzen erbracht werden können. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend **nach Anhörung und** der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene **nach § 118a wie auch die Vereinigung der Träger von Pflegeheimen im Sinne des § 71 Abs. 2 SGB XI** die Dauer, Inhalte und das Nähere zur Durchführung von **pflegewissenschaftlichen** Expertisen nach Satz 1.

Die Beauftragung der Erstellung **pflegewissenschaftlicher** Expertisen erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bei der

Beauftragung der Erstellung **pflegewissenschaftlicher** Expertisen sowie bei ihrer Durchführung ist sicherzustellen, dass die Auftragnehmer die fachliche Expertise der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene ~~in geeigneter Art und Weise~~ **an der inhaltlichen Ausgestaltung einbezieht.** [...]

§ 11 Absatz 1a (neu) SGB XI: Delegation von Aufgaben von Pflegefachpersonen auf Pflegeassistenzpersonen sowie auf Pflegehilfskräfte

Mit der Einführung der Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG ist die Steuerung des Pflegeprozesses durch Pflegefachpersonen gesetzlich geregelt. Eine Klarstellung in § 11 Abs. 1 SGB XI zur Steuerungsverantwortung von Pflegefachpersonen im Pflegeprozess ist daher entbehrlich. Wir äußern Bedenken zur Regelung gemäß § 11 Abs. 1a SGB XI, die Pflegeeinrichtungen zur Entwicklung von Delegationskonzepten verpflichtet. Diese Regelung könnte den Handlungsspielraum von Pflegefachpersonen einschränken, die für die eigenverantwortliche Steuerung des Pflegeprozesses zuständig sind. Sollte der Gesetzgeber an der Regelung festhalten, ist der Begriff der “Einbindung”, der dem Betriebsverfassungsgesetz fremd ist, durch den Begriff der “Informations- und Beratungsrechte” zu ersetzen.

Änderungsbedarf:

Streichung des § 11 Abs. 1a SGB XI

§ 15 Absatz 8 SGB XI – Evaluation des Begutachtungsinstruments

Wir begrüßen die geplante Verpflichtung, bis zum 30. Juni 2026 einen Bericht über die Erfahrungen und Wirkungsweisen des Begutachtungsinstruments im Rahmen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorzulegen. Aus unserer Sicht sollte die Erstellung des Berichts durch eine unabhängige, wissenschaftlich qualifizierte Institution erfolgen – etwa durch den Qualitätsausschuss Pflege.

§ 17a SGB XI: Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6

Wir begrüßen die geplanten Richtlinien, die Pflegefachkräften erlauben, notwendige Hilfs- und Pflegehilfsmittel ohne ärztliche Verordnung zu empfehlen. Da Pflegefachpersonen über entsprechende Kompetenzen qua beruflicher Ausbildung nach dem PflBG verfügen, müssen sie berechtigt sein, solche Verordnungen ohne weitere Qualifikations- oder Eignungsanforderungen auszustellen. Hier bedarf es einer entsprechenden gesetzlichen Klarstellung.

Wir weisen darauf hin, dass Hilfsmittel gemäß § 40 SGB XI, die zur Erleichterung der pflegerischen Versorgung und Linderung von Beschwerden bei Pflegebedürftigen

dienen, grundsätzlich von Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG empfohlen werden sollten.

Es ist zudem erforderlich, Verwaltungsprozesse zu vereinfachen. Ähnlich wie im ärztlichen Bereich sollte lediglich ein Rezept durch die Pflegefachperson ausgestellt werden, anstelle eines umfangreichen Formulars (vgl. Richtlinien gemäß § 40 Abs. 6 SGB XI).

Änderungsbedarf:

Streichung der Wörter “nach Qualifikationsniveau” in § 17a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1

§ 18e SGB XI: Modellprojekt zur Begutachtung durch Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen

Wir halten es für sachgerecht, dass Pflegefachpersonen aufgrund ihrer Qualifikation in die Lage gebracht werden können, Pflegebegutachtungen im Sinne des § 18e SGB XI durchzuführen. Schließlich gehört die Feststellung des Pflegebedarfs zu den Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG. Damit ist eine enge fachliche Verbindung zur Pflegeprozessverantwortung gegeben und das Potenzial zur Mitwirkung in Begutachtungsverfahren liegt auf der Hand. Allerdings bedarf es für die Umsetzung einer solchen Aufgabe klarer Rahmenbedingungen: Die Übernahme von Begutachtungen durch Pflegefachpersonen kann nicht zusätzlich und/oder unvergütet erfolgen. Es muss sichergestellt werden, dass entsprechende Einsätze und Weiterbildungen personell unterlegt, vergütet und mit dem Einverständnis der betroffenen Einrichtungen erfolgen.

Ein Modellprojekt zur Begutachtung durch Pflegefachpersonen sollte sich zunächst auf begrenzte, realistische Anwendungsbereiche konzentrieren, etwa auf Höherstufungsanträge. Der Gesetzgeber ist aufgerufen, im Modellprojekt nicht nur die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit den Gutachten des MD, sondern auch den damit verbundenen Aufwand, den Fortbildungsbedarf sowie die Auswirkungen auf die Versorgungskapazitäten in den Einrichtungen systematisch zu prüfen.

Sollte die Feststellung von Pflegebedürftigkeit langfristig zu einer festen Aufgabe der Pflegefachpersonen werden, muss diese Aufgabe sowohl in die Ausbildungsziele (§ 5 und § 37 PflBG) als auch in die Prüfungsanforderungen (§ 4 PflAPrV) und Rahmenlehrpläne (§ 53 PflBG) integriert werden.

§ 28 neuer Absatz 5 in Verbindung mit § 15 a SGB V – Erweiterung der Leistungsarten

Es wird begrüßt, dass die Leistungen nach § 15a Abs. 1 SGB V durch Pflegefachpersonen, die im ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigt sind, zu

erbringen sind, sofern diese Leistungen nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach dem SGB V bereits erbracht werden. Es ist klarzustellen, dass diese Leistungen, die in § 15a Sozialgesetzbuch V - Gesetzliche Krankenversicherung verankert sind, im stationären Setting nicht durch das Sozialgesetzbuch der Gesetzlichen Pflegeversicherung finanziert werden sollen. Sofern Pflegefachpersonen diese Leistungen im stationären Rahmen erbringen, fordern wir eine Refinanzierung dieser Leistungen durch das Sozialgesetzbuch V. Wir sehen darin ansonsten eine Steigerung der pflegebedingten Ausgaben, analog zur Finanzierung der Behandlungspflege und dringenden Bedarf, die Finanzierung nach den entsprechenden Gesetzbüchern in einer Vergütungsverordnung vorzunehmen. Für die häusliche Krankenpflege gilt es zu beachten, dass auch die Antragstellung, sofern sie durch die Pflegefachperson erfolgt, refinanziert werden muss – durch das SGB V.

Zur Lösung bieten sich folgende Optionen an: zum § 37 SGB V könnte eine Gesetzesänderung vorgenommen werden, die den Anspruch auf Behandlungspflege auch für Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen ausweitet. Diese gesetzliche Anpassung ist seit 30 Jahren überfällig.

Rahmenempfehlungen für stationäre Langzeitpflege in einem § 132x SGB V analog zum § 132a SGB V: flächendeckende vertragliche Regelung zur Vergütung und Abrechnung zwischen Pflegeeinrichtungen und Krankenkassen.

§ 45e Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken

Wir begrüßen die durch die Etablierung eines eigenen Paragraphen hervorgehobene Bedeutung der regionalen Netzwerke. Regionale Netzwerke sind ein freiwilliger Zusammenschluss aller an der Pflege und deren Prävention beteiligten Akteure in einer Region mit dem Ziel, die Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren An- und Zugehörigen im Blick haben. Sie dienen ebenso der Zusammenarbeit der Akteure und stellen somit ein Netzwerk an Beratungsressourcen und Hilfesystem in der Region zur Verfügung. Die finanzielle Förderung regionaler Netzwerke ist folglich unbedingt notwendig. Ein so professionell arbeitendes Netzwerkarbeit kann nicht allein ehrenamtlich bzw. allein auf Kosten der Leistungserbringenden arbeiten und koordiniert werden. Wir unterstreichen unsere Forderung erneut, dass die Koordination entsprechend und angemessen finanziert werden muss, so dass mind. 0,75 VZÄ pro Netzwerk abgedeckt werden. Der Betrag muss zusätzlich entsprechend dynamisiert werden. Der Aufbau von Netzwerken erfordert zudem Zeit. Zu kritisieren ist, dass die Förderung auf 3 Jahre begrenzt ist und nur in Ausnahmefällen verlängert werden kann. Regionale Netzwerke befördern den Aufbau und Erhalt einer Versorgungsstruktur im Sozialraum. Damit ein Netzwerk nach dreijähriger Förderung weiter Bestand hat oder damit es nicht nur kurzfristig agiert, sollte die Förderung langfristig angesetzt sein.

§ 45f SGB XI: Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

Viele Menschen schätzen bei Pflegebedürftigkeit das Wohnen in einer Wohngemeinschaft. Lebten in Deutschland 2020 noch rund 37.000 Menschen bundesweit in ca. 3.660 Wohngemeinschaften, so waren es im Juni 2024 bereits ca. 47.450 Menschen in rund 4.463 Wohngruppen (vgl. www.pflegemarkt.com, 2025)

Pflegebedürftige in ambulanten Wohngemeinschaften erhalten die pflegebedingten Kosten, die im Rahmen der ambulanten pflegerischen Versorgung anfallen, ihrem Pflegegrad entsprechend von der Pflegekasse erstattet. Alle weiteren Kosten müssen selbst getragen werden. Außerdem erhalten Pflegebedürftige monatlich einen pauschalen Zuschlag von bislang 224 Euro. Der Wohngruppenzuschlag wurde erstmalig seit Gewährung 2017 am 01. Januar 2025 um 4,5 Prozent (10 €) angepasst. Erneut kritisieren wir, dass der Gesetzentwurf keine Stärkung der Versorgungsform ambulant betreuter Wohngruppen vorsieht. Die durch das PUEG einmalig vorgenommenen Dynamisierung steht nach oben genannter Sachlage in keinem Verhältnis zu den realen Kostensteigerungen der letzten 8 Jahre.

Wir fordern seit 2023 die Anhebung des Wohngruppenzuschlags auf 1.000 Euro und eine regelhafte monatliche Dynamisierung, um einen Entlastungseffekt für die Pflegebedürftigen dieser Wohnform gegenüber anderer Versorgungsformen zu erzielen. Es wird befürchtet, dass zukünftig die Kostenträger nicht mehr bereit sind, eine Unterbringung in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft als förderfähig anzuerkennen (vgl. [Drucksache 20/7436](#), S. 1). Es besteht das Risiko, dass diese bewährte Lebensform wieder verschwinden wird oder aber nur noch der wohlhabende Teil der Bevölkerung sich ein Leben in einer Wohngemeinschaft leisten kann.

§ 45h SGB XI: Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c SGB XI

Wir begrüßen alternative Pflege- und Wohnsettings jenseits der rein häuslichen und stationären Versorgung. Das Angebot der ambulant betreuten Wohngruppen vereint gegenüber der ambulanten Versorgung in der eigenen Häuslichkeit und der stationären Versorgung viele Vorteile: Es fördert die Selbstbestimmung und Teilhabe des pflegebedürftigen Menschen. Trägern ist es möglich, eine individuelle, quartiersnahe und zielgruppenspezifische Versorgung anzubieten und Konzepte, die bspw. im Hinblick auf Menschen mit Demenz im stationären Setting nicht möglich sind, vorzuhalten. Mehrere Wohngruppen unter einem Dach ermöglichen dem Träger zudem eine flexible Personaleinsatzplanung. Anders als in der ambulanten Versorgung entfällt für Mitarbeitende die Wegezeit. Die steigende Nachfrage nach dieser Wohnform spiegelt

sich in der wachsenden Zahl der Wohngruppen in den letzten Jahren wider (vgl. Bewertung § 45f).

Wir sprechen uns seit langem für eine Auflösung der Sektorengrenzen und somit eine Flexibilisierung und Durchlässigkeit von Versorgungsformen für Pflegebedürftige aus. Eine Versorgung, die am Pflege-, Betreuungs- und Unterstützungsbedarf des Versicherten unabhängig der Wohnform ausgerichtet ist, muss das Ziel von Reformen des Pflegesystems sein. Der Gesetzgeber schreibt selbst: „Erforderlich ist jedoch eine Leistung, die dem besonderen Versorgungscharakter Rechnung trägt und die Pflegebedürftigen in die Lage versetzt, die Kosten für eine selbstbestimmte Pflege in der Wohnform zu tragen. Dies soll ohne einengende Voraussetzungen möglich sein“ (vgl. KabE S. 143).

Wir geben zu bedenken, dass die Einführung der neuen Versorgungsform nach § 45h der Durchlässigkeit und dem Abbau der Sektorengrenzen entgegensteht. Zwischen bereits bestehenden ambulanten Wohngemeinschaften und vollstationärer Versorgung steht nun die gemeinschaftliche Wohnform, die im ambulanten Setting verhaftet sein wird. Die Tatsache, dass nach § 45h i.V. mit 92c SGB VI kein Anspruch auf Verhinderungspflege besteht, lässt die Etablierung eines Sektors zwischen ambulant und stationär anmuten. In der Praxis gibt es die Unterscheidung zwischen Basispaket und Serviceleistungen dem Grunde nach schon im Betreuten Wohnen. Die langjährigen Erfahrungen in diesem Bereich zeigen, dass empfehlenswert ist, im Basispaket nur solche Leistungen aufzunehmen, die von allen Bewohnenden gleichermaßen häufig als Gruppenangebote in Anspruch genommen werden können und individuelle Leistungen auch individuell berechnet werden sollten.

In Absatz 1 Nummer 3 wird geregelt, dass zusätzlich zum Basispaket in Nummer 1 häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V zum Leistungsangebot gehört.

Hier gilt zu beachten, dass nicht alle Personen, die in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h leben werden, automatisch Leistungen nach § 37 SGB V benötigen. Ist dies dann ein Ausschlusskriterium und eine Versorgung in dieser Wohnform nicht möglich? Weiter stellt sich die Frage hinsichtlich der Abrechnung, da das Basispaket nach Nummer 1 über SGB XI abgerechnet wird, häusliche Krankenpflege nach ärztlicher Verordnung über das SGB V. Die im Basispaket vertraglich vereinbarten Leistungen bedürfen keiner ärztlichen Verordnung. Gilt gleiches auch für Nummer 3? Das wäre im Zuge der Entbürokratisierung ein Schritt nach vorn.

Wir sehen in § 45h SGBXI für Träger neue bürokratische Herausforderungen, die ebenso die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen treffen werden, wie bspw. die Erhöhung der Intransparenz des Leistungsangebotes.

Auf dieser Grundlage schlagen wir vor, anstelle der Einführung neuer Versorgungsmodelle die bestehenden Modelle, wie die ambulant betreute Wohngruppe (alte Verordnung im § 38a SGB XI, neu § 45f) sowie die gemeinschaftliche Wohnform der Hausgemeinschaften weiter zu fördern, zu entbürokratisieren und weiterzuentwickeln (vgl. [Hausgemeinschaften - St. Raphael](#) – Die Versorgungsform Hausgemeinschaft, die nach einer vierjährigen Erprobungsphase im bestehenden (landes-)rechtlichen Rahmen (WTPG, SGB XI, SGB V) regelfinanziert wird, entspricht einer individuellen Wohnform, ähnlich der Konzipierung des § 45h SGB XI).

Zudem sehen wir im Gesamtversorgungsvertrag Potential für eine umgehend zu erreichende notwendige Verzahnung der Sektoren ambulant, teilstationär sowie stationär durch einen Leistungserbringer (vgl. § 72 Abs 2 SGB XI). Dort, wo der Vertrag umgesetzt werden konnte, zeigen sich positive Effekte hinsichtlich der Versorgung der Leistungsempfänger:innen, auf die Öffnung und Wirkung ins Quartier als auch auf die Verbesserungen der Rahmenbedingungen für die Mitarbeitenden. Den Trägern räumt der Gesamtversorgungsvertrag eine höhere Flexibilität im Personaleinsatz und eine bessere Umsetzung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf ein, was zur Folge eine Steigerung der Zufriedenheit und einen längeren Verbleib im Beruf sichern kann. Pflegebedürftige erhalten eine Versorgung aus einer Hand. Der Wechsel von einem Pflegesetting in das andere (ambulant, teilstationär und vollstationär) wird in beide Richtungen erleichtert und vor allem bürokratieärmer.

Träger allerdings berichten von hohen Hürden wie einem komplizierten Verhandlungsgebaren bis hin zur Weigerung der Kostenträger Verträge zu verhandeln zu wollen. Um eine flächendeckende Etablierung zu befördern, sollte dort, wo die Träger einen Gesamtversorgungsvertrag beantragen, bundesweit Vorschub geleistet werden, indem die Kostenträger zur Zustimmung aufgefordert werden. Das Verfahren soll bundesweit ausgerollt werden, in dem eine entsprechende Frist gesetzt wird.

§ 72 Absatz 2a Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

Mit der Einführung des Absatzes 2a soll der Träger einer vollstationären oder ambulanten Pflegeeinrichtung vor Abschluss eines Versorgungsvertrages prüfen, ob im Rahmen dieses Versorgungsvertrages diese Einrichtung auch Leistungen der Tagespflege und Nachtpflege gemäß § 41 SGB XI erbracht werden kann. Der Prüfauftrag soll ebenfalls für bereits bestehende Versorgungsverträge gelten. Wir weisen darauf hin, dass Träger, sofern sie den Abschluss eines Versorgungsvertrages in Erwägung ziehen und vorbereiten, sie sämtliche Möglichkeiten der Leistungserbringung nach SGB V als auch SGB XI bereits in Erwägung ziehen. Sofern sie keine Tages- oder/und Nachtpflege aufbauen möchten, so liegt es nahe, dass diese Entscheidung aus Gründen der Wirtschaftlichkeit geschieht. Wir kritisieren die Festschreibung der Prüfung

dieser Leistungsformen nach Absatz 2a in Gesetzesform, ebenso die Nachprüfung bereits bestehender Versorgungsverträge, da sie zum einen in die unternehmerische Freiheit der Träger eingreift, zum anderen einen weiteren bürokratischen Aufwand für die Träger bedeutet. Unklar bleibt im Gesetzentwurf auch, in welcher Form diese Prüfung nachgewiesen werden soll und ob und auf welcher Grundlage die Entscheidung seitens der Kostenträger gegengeprüft werden wird. Wir sehen darin für beide Seiten bürokratische Mehrarbeit und fordern das Streichen des Absatzes 2a.

Änderungsbedarf:

Streichen des Absatzes 2a.

§ 72 Absatz 3b Satz 4 SGB XI

In der Neuregelung in § 72 Abs. 3b Satz 4 SGB XI soll die Frist für nicht tarif- oder AVR-gebundene Einrichtungen, die sich an Tarifverträgen oder kirchlichen AVR orientieren, zur Übernahme tariflicher Entlohnungserhöhungen etc. von einem Monat auf drei Monate verlängert werden. Wir lehnen diese gesetzliche Änderung entschieden ab, da sich daraus ein erheblicher wirtschaftlicher Nachteil für tarif- oder AVR-gebundene Pflegeeinrichtungen gegenüber nicht gebundenen Einrichtungen ergibt. Denn die Neuregelung führt dazu, dass Einrichtungen, die bewusst auf den Abschluss von Tarifverträgen verzichten, ein Vierteljahr Zeit bekommen, um AVR- oder tarifvertragliche Anpassungen vorzunehmen. Dies kann nicht im Sinne der §§ 72, 82c SGB XI sein.

Änderungsbedarf:

Verzicht auf diese Neuregelung.

§ 72 Absatz 3e SGB XI

Neben der Vorverlagerung des Meldezeitraums von August eines jeden Jahres auf Juli eines jeden Jahres sprechen wir uns für eine Verlängerung des Meldezeitraums über mindestens zwei, eher drei Monate aus, idealerweise auf den Zeitraum Mai bis Juli. Daraus ergäbe sich zum einen eine deutliche organisatorische und personelle Entlastung für die betroffenen Einrichtungen, weil der mit der Meldung verbundene Aufwand gestreckt werden kann. Zum anderen würde daraus eine eindeutige Verpflichtung der Geschäftsstelle resultieren, die Meldungen über einen Zeitraum von drei Monaten entgegenzunehmen, was sie nach der jetzt geplanten Formulierung auch könnte, aber nicht muss. Im Zusammenhang mit einer Verlängerung der Zeitspanne der Meldung auf drei Monate muss der Gültigkeitszeitpunkt in Absatz 3e Nummer 2 vorgezogen werden, auf den Beginn des Zeitraums. Ebenso plädieren wir dafür, die Möglichkeit der Meldung durch Träger für mehrere Einrichtungen in den Gesetzestext aufzunehmen.

Änderungsbedarf:

„(3e) Pflegeeinrichtungen oder ihre Träger, die im Sinne von Absatz 3a an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, haben dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen jedes Jahr zwischen dem **1. Mai und 31. Juli** Folgendes mitzuteilen: (...)“.

Weiter kritisieren wir, dass die im Gesetzentwurf vorgesehene Möglichkeit, die Meldung nach § 72 Abs. 3e SGB XI durch elektronische Daten aus der Lohnbuchhaltungssoftware vorzunehmen, aus dem Kabinettsentwurf gestrichen wurde. Den im Regelungsgehalt neu hinzugefügten **§ 82c Abs. 6 Satz 9 SGB XI** sehen wir als nicht ausreichend an.

Es ist nicht nachvollziehbar, dass nach mehr als einem Jahr Evaluationsprozess immer noch nicht geklärt ist, welche technischen Möglichkeiten bestehen bzw. zu schaffen sind, damit tarif- oder AVR-gebundene Einrichtungen ihre jährlichen Meldungen direkt aus ihrer Lohnbuchhaltungssoftware an die Geschäftsstelle beim GKV-SV übermitteln können. Daher reicht es auch nicht aus, die Geschäftsstelle durch den neu einzufügenden Satz zu verpflichten, eine Aussage darüber zu treffen, unter welchen technischen Voraussetzungen Pflegeeinrichtungen ihre Daten direkt aus der Lohnbuchhaltungssoftware übermitteln können. Wir fordern die Wiederaufnahme des aus dem Referentenentwurf gestrichenen Passus` “...; zur Meldung der hierfür erforderlichen Angaben können die Pflegeeinrichtungen auch entsprechende, elektronisch verfügbare Daten aus ihrer Lohnbuchhaltung nutzen, die zu diesem Zweck zu pseudonymisieren sind.“ Andernfalls fordern wir die Überarbeitung des neuen Satz 9 in der Form, dass die Geschäftsstelle beim GKV-SV verpflichtet wird, bis zum 28. Februar 2026 die entsprechenden technischen Möglichkeiten bereitzustellen.

§ 72 Absatz 3f SGB XI

Wir begrüßen ausdrücklich den neu eingefügten Satz 2 in Absatz 3f, wonach explizit eine Vereinfachungsprüfung stattzufinden hat. Gern regen wir für das Evaluationsverfahren eine Verbändeeteiligung an.

§ 73a SGB XI: Sicherstellung der pflegerischen Versorgung neu: Verfahren zu Beeinträchtigungen bei Versorgungsverträgen

Mit § 73a SGB XI wird die befristete Regelung des § 150 Abs. 1 SGB XI, die während der COVID-19-Pandemie galt, in erweiterter und generalisierter Form in das Dauerrecht überführt. Ziel ist es, auch in Krisensituationen die pflegerische Versorgung sicherzustellen.

Aus Sicht des VKAD liegt die Verstetigung der bisherigen pandemiebezogenen Sonderregelungen im klaren Interesse der Träger. Sie schafft einen rechtlich abgesicherten Rahmen, um bei krisenhaften Versorgungsengpässen kurzfristig und unbürokratisch notwendige Maßnahmen ergreifen zu können. Die Einrichtungen haben im Zuge der Pandemie sowie angesichts aktueller Herausforderungen wie dem Fachkräftemangel gelernt, flexibel zu reagieren und Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung zu ergreifen. Dabei ist es wichtig, dass solche Maßnahmen in einem rechtssicheren und praktikablen Rahmen erfolgen können. Dass die Meldung gemäß § 73a Abs. 1 an eine beteiligte Pflegekasse erfolgen soll, halten wir für nachvollziehbar – insbesondere, da diese im Krisenfall auch über leistungsrechtliche Fragen entscheidet. Um den Verwaltungsaufwand für Träger zu begrenzen, sollte die Regelung jedoch um eine digitale und möglichst bundesweit einheitliche Lösung ergänzt werden: Wir sprechen uns dafür aus, die Meldung über ein zentrales Online-Portal bei der Daten-Clearingstelle der Pflegekassen zu ermöglichen. § 73a ist aus Sicht der Träger grundsätzlich zu begrüßen – vorausgesetzt, die Umsetzung erfolgt unbürokratisch und mit dem Ziel einer verlässlichen und flexiblen Unterstützung der Leistungserbringer.

§ 86a SGB XI: Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen

Wir begrüßen die Ansätze zur Schaffung von Rahmenbedingungen für die dringend erforderliche Beschleunigung der Pflegesatzverhandlungen nach § 86a SGB XI - hier besteht höchst dringender Handlungsbedarf. In der Praxis häufen sich die Fälle nicht abgeschlossener Vergütungsverhandlungen. Oder der Zustand, dass sich Pflegeeinrichtungen ununterbrochen in Vergütungsverhandlungen befinden, da die Verhandlungen fast ein Jahr andauern – und die nächste Vergütungsverhandlung schon wieder aufgenommen werden muss. Dieser Zustand ist existenzbedrohend, da ihnen die Refinanzierung der bereits erbrachten Leistungen fehlt bzw. gestiegene Kosten nicht gedeckt werden können.

Ein vereinfachtes und schnelles Verfahren der Vergütungsverhandlungen kann gelingen, in dem den Pflegeeinrichtungen nicht nur zu Verhandlungsbeginn von den Kostenträgern unverzüglich eine Ansprechperson genannt werden muss, es müssen auch die Nachweisforderungen unverzüglich nach Antragstellung genannt sowie bedient werden. Zudem sollte der Begriff "rechtzeitig", bezogen auf den Zeitraum, wann die Pflegesatzanträge zu stellen sind, in Absatz 1 Satz 1, präzisiert werden. Die ungenau definierten Zeiträume unter Verwendung der Worte "umgehend" (Satz 2) und "zeitnah" (Satz 3) müssen im Hinblick auf das Ziel der Beschleunigung des Gesamtverhandlungsprozesses durch festgelegte Fristen definiert werden. Darüber hinaus muss in Absatz 1 muss unbedingt die Ergänzung aufgenommen werden, dass diese

Ansprechperson auch die Pflicht hat, unverzüglich das Unterschriftenverfahren nach abgeschlossenen Vergütungsverhandlungen einzuleiten und abzuschließen.

Wir fordern, dass die die Kostenträger insgesamt mehr in die Pflicht genommen werden. Zum einen muss eine Genehmigungsfiktion von beantragten Steigerungen zum Tragen kommen, wenn 6 Wochen nach Aufforderung zur Pflegesatzverhandlung keine Aufnahme von Verhandlungen durch die Kostenträger erfolgt ist.

Zum anderen müssen bei Verfahrensverschleppungen Strafzahlungen oder bei Missachtung gesetzlicher Vorschriften und Anforderungen durch die Kostenträger Schadensersatz geleistet werden.

§ 113c Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 (neu):

Sachliche Gründe für die Vereinbarung einer höheren personellen Ausstattung im Bereich der akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen

Wir begrüßen grundsätzlich die Möglichkeit, hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen künftig gezielter in Pflegeeinrichtungen einzubinden und deren Tätigkeit – bei mindestens 50 Prozent Einsatz in der direkten Pflege – als sachlichen Grund zur Erhöhung der Personalanhaltszahlen nach § 113c SGB XI anzuerkennen. Gleichzeitig ist zu betonen, dass aktuell nur rund 2 Prozent der Pflegefachpersonen über eine hochschulische Ausbildung verfügen. Das Ziel des Gesetzgebers, die Pflegequalität durch evidenzbasierte Versorgung durch den Einsatz akademischer Pflegefachkräfte zu steigern, ist begrüßenswert. Allerdings gibt es nicht genügend akademisch qualifiziertes Pflegepersonal auf dem Arbeitsmarkt, um eine flächendeckende Umsetzung in der stationären Pflege zu ermöglichen.

Für hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen empfehlen wir die Erarbeitung von Empfehlungen zu Aufgabenbereichen im Scope of Practice nach § 8 Abs. 3c SGB XI. Zudem empfehlen wir eine verbindliche Frist zur Ausarbeitung der Empfehlungen. Zugleich geben wir zu bedenken, dass trägerübergreifende Springerpools, die erhebliches Entwicklungspotenzial zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege bieten, von Kostenträgern bislang häufig abgelehnt werden. Für mehr Planungssicherheit von Leistungserbringern ist daher eine gesetzliche Klarstellung erforderlich, dass Springerpools unabhängig von der Ausschöpfung der Personalanhaltswerte nach Abs. 1 zulässig sind.

Änderungsbedarfe:

§ 113c Abs. 2 Satz 2 Nr. 1:

1. auf Grundlage eines entsprechenden betrieblichen oder **trägerübergreifenden** Konzepts.

§ 75 Abs. 3 letzter Satz: Dies umfasst auch Personalpools oder vergleichbare betriebliche **und trägerübergreifende** Ausfallkonzepte auf Grundlage einer einrichtungsspezifischen Konzeption, mit denen die vertraglich vereinbarte Personalausstattung bei kurzfristigen Personalausfällen oder vorübergehend nicht besetzbaren Stellen sichergestellt wird.

§ 113c Absatz 3 Nummer 2 in Verbindung mit Absatz 5 Satz 1 Nummer 3: Andere „Assistenzberufe“ als QN 3

Wir begrüßen die Möglichkeit, dass Pflegeeinrichtungen über die Mindestpersonalbesetzung hinaus für die Stellenanteile für ausgebildete Pflegeassistenzkräfte Personal vorhalten können, das über eine einjährige, medizinische, soziale, hauswirtschaftliche, kaufmännische oder betriebswirtschaftliche Qualifikation verfügt und entsprechend der Qualifikation administrative oder pflegerische Aufgaben zur Entlastung der Pflegefachkräfte erbringt. Angesichts des Bedarfs an Pflegeassistenzkräften halten wir diese Maßnahme für sachgerecht, da sie die Handlungsspielräume für Pflegeeinrichtungen erhöht. Wir plädieren für eine Verlängerung der nach § 113c Abs. 1 Nr. 2 SGB XI vorgesehenen Frist zum 31. Dezember 2026. Angemessen erscheint eine Verlängerung bis zum 31. Dezember 2028, da in diesem Jahr die ersten Kurse der bundeseinheitlichen Pflegefachassistent:innen ihre Ausbildung abschließen werden.

Ferner weisen wir daraufhin, dass die im Bundesrecht geschaffenen Spielräume nur funktionieren, wenn die Länder ihre ordnungsrechtlichen Vorgaben entsprechend anpassen. Um das Personalbemessungsinstrument gangbarer zu machen, sollten alle Länder ihre Personalverordnungen an die Logik des bundeseinheitlichen Personalbemessungsinstruments anpassen. Eine schnellere Anerkennung von Berufsabschlüssen aus Drittstaaten, ggf. durch vorläufige Berufserlaubnis sowie die verbindliche Refinanzierung von Sprachunterricht und Schulsozialarbeit an Pflegeschulen sind dringend notwendig, um Pflegefachassistent:innen und Pflegefachpersonal zu gewinnen bzw. zu halten.

Wir begrüßen den im Gesetzentwurf unternommenen Versuch, gesetzlich klarzustellen, dass auch einrichtungsindividuelle Organisations- und Entwicklungskonzepte von den Kostenträgern als Grundlage für die Verhandlung der über die nach Abs. 5 Nr. 1 hinausgehende personelle Mindestausstattung anerkannt werden. Allerdings bleibt die vorgesehene Formulierung, die sich weiterhin an den Maßnahmen nach § 8 Abs. 3b SGB XI orientieren soll, nicht hinreichend eindeutig.

Änderungsbedarf:

§ 113 c Abs. 3, Nr. 1 wird wie folgt geändert:

Sofern ab dem 01. Juli 2023 eine personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart wird, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung im Sinne von Abs. 5 Nr. 1 hinausgeht,

1. soll die Pflegeeinrichtung geeignete Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die einen personenzentrierten und kompetenzorientierten Personaleinsatz im Sinne der Ziele des § 113c gewährleisten, ~~diese sollen sich an den fachlichen Zielen und der Konzeption der Maßnahmen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, orientieren,~~

§ 113 c Abs. 3, Nr. 2 wird wie folgt geändert:

2. kann die Pflegeeinrichtung bis zum ~~31. Dezember 2026~~ **31. Dezember 2028** für die Stellenanteile der personellen Ausstattung nach Abs. 1 Nr. 2, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgehen, auch Personal vorhalten, das über eine mindestens einjährige medizinische, soziale, hauswirtschaftliche, kaufmännische oder betriebswirtschaftliche Qualifikation verfügt und entsprechend der Qualifikation administrative oder pflegerische Aufgaben zur Entlastung des Fachkraftpersonals nach Abs. 1 Nr. 3 übernimmt.

§ 114 a SGB X - Ankündigung Regelprüfungen

Wir begrüßen die geplante Verlängerung der Ankündigungsfrist bei Regelprüfungen nach § 114a SGB XI, halten zwei Tage jedoch für unzureichend. Um Einrichtungen angesichts des Personalmangels eine verlässliche Einbindung relevanter Mitarbeitender zu ermöglichen, sollte die Frist auf mindestens fünf Arbeitstage ausgeweitet werden.

Änderungsbedarf:

§ 114a Abs. 1 Satz wird wie folgt geändert:

Die Prüfungen sind grundsätzlich ~~zwei~~**fünf** Arbeitstage zuvor anzukündigen; Anlassprüfungen sollen unangemeldet erfolgen.

§ 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2: Vermeidung von Doppelprüfungen durch bessere Abstimmung von MD und Heimaufsicht

Die im § 117 vorgesehene Möglichkeit einer engeren Zusammenarbeit zwischen Heimaufsicht und Medizinischem Dienst ist grundsätzlich zu begrüßen, da sie das Potenzial hat, Doppelprüfungen zu vermeiden und Einrichtungen wie Bewohnerinnen und Bewohner spürbar zu entlasten. Kritisch ist jedoch zu bewerten, dass es sich lediglich um eine Kann-Regelung handelt, deren Inanspruchnahme im Ermessen der Heimaufsicht in den Ländern liegt. Gerade weil Doppelprüfungen in der Praxis

erhebliche Ressourcen binden und Einrichtungen wie auch Aufsichtsbehörden belasten, wäre eine verbindlichere Ausgestaltung notwendig.

Bereits bestehende Beispiele zeigen, dass klare und einheitliche Kooperationsvorgaben funktionieren können. So sieht die gemeinsame Empfehlung in Niedersachsen vor, dass Medizinischer Dienst und Heimaufsicht ihre Prüfungen planen, Termine abstimmen, Verschwiegenheit wahren und sich frühzeitig informieren, um Redundanzen zu vermeiden. Erfahrungen aus Baden-Württemberg machen zugleich deutlich, dass gemeinsame Prüfungen nur dann gelingen, wenn die Prüfgegenstände klar abgegrenzt und arbeitsteilig wahrgenommen werden. Andernfalls drohen Mehraufwand und eine zusätzliche Belastung der Einrichtungen. Auch der GKV-Spitzenverband betont die Bedeutung abgestimmter Verfahren und des Wissenstransfers, um unnötige Doppelprüfungen zu vermeiden.

Vor diesem Hintergrund fordern wir, die bisher vorgesehene Kann-Regelung in eine verbindliche Pflicht zur Kooperation zu überführen. Darüber hinaus sollte im Sinne einer effizienten Ressourcennutzung grundsätzlich diskutiert werden, ob die Zuständigkeit zweier Prüfinstanzen – Medizinischer Dienst und Heimaufsicht – in der aktuellen Form weiterhin zielführend ist oder ob eine perspektivische Bündelung der Prüfverfahren zu einer Entlastung aller Beteiligten beitragen kann. Bspw. könnte die Prüfung der Einrichtungen der stationären Langzeitpflege durch die Heimaufsichtsbehörde, die Prüfung der ambulanten Pflegedienste durch den Medizinischen Dienst erfolgen.

§ 118a SGB XI in Verbindung mit § 8 Absatz 3c SGB XI (Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung)

Im Gesetzentwurf wird die Notwendigkeit einer klaren Regelung zur Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im § 118a SGB XI aufgenommen. Allerdings bleibt weitgehend unklar, welche spezifischen Aufgabebereiche der Vertretung zugewiesen werden.

Darüber hinaus ist es wichtig, klarzustellen, dass die berufsständischen Vertretungen nicht die Beteiligung der Leistungserbringerverbände in der Pflege ersetzen können. Eine präzise Abgrenzung der Aufgaben und Funktionen dieser Verbände innerhalb der Selbstverwaltung ist erforderlich. Dies umfasst sowohl die Bereiche, in denen sie eigenständig agieren, als auch die Bereiche, in denen eine Zusammenarbeit notwendig und sinnvoll ist. Auch der Bundesrat hält es für erforderlich, den Aufgabenbereich im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu konkretisieren.

Änderungsbedarf:

Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe sollten in 118a SGB XI definiert werden. Dabei sollten die Aufgaben und Funktionen der Pflegewissenschaft, der berufsständischen Vertretungen und die der Leistungserbringerverbände eindeutig voneinander abgegrenzt werden. Diese Abgrenzung ist entscheidend, um eine konstruktive und effektive Zusammenarbeit zu fördern.

§ 125a: Modellvorhaben zur Telepflege

Wir begrüßen grundsätzlich alle Regelungen zum Ausbau der Telepflege und sehen ein großes Potenzial, die Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen zu verbessern. Erfolgreiche Ansätze aus den Modellvorhaben müssen verbindlich in die Regelversorgung übernommen und die Vergütung telepflegerischer Leistungen klar geregelt werden. Die Ergebnisse der Modellprojekte sollten als Grundlage für bundesweite Standards und Qualifikationsanforderungen dienen, damit Pflegefachkräfte ihr volles Potenzial entfalten können. Dazu gehört insbesondere digitale Kompetenzen stärker in Ausbildung und Studium zu vermitteln und erweiterte eigenverantwortliche Einsatzmöglichkeiten, unter anderem in der Primärversorgung, für Pflegefachkräfte zu schaffen.

§ 125d Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen

§ 125d SGB XI sieht vor, in stationären Einrichtungen Modellprojekte durchzuführen, in denen erprobt werden soll mit dem Ziel:

1.) An- und Zugehörige dauerhaft in pflegerische Leistungen einzubeziehen. Ziel ist es, ihnen die Möglichkeit zu geben, Teile der professionellen Pflege selbst zu übernehmen – was formal eine Abwahl professionell erbrachter Leistungen nach § 43 SGB XI bedeutet.

Ziele des Modellversuchs sollen sein, die Potentiale zur Personaleinsparung und Kostenreduktion für Pflegebedürftige, haftungsrechtliche Fragen bei nicht-professionell erbrachten Leistungen, die Folgen für die Vollversorgungsverpflichtung stationärer Einrichtungen sowie die Auswirkungen auf das bestehende Pflegeversicherungsrecht bewerten zu können (vgl. Abs.1, Nr. 1) sowie

2.) wie voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen eine ambulante Versorgung „ins Quartier“ auf Grundlage des § 36 SGB XI und die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege gemäß § 37 SGB V für Versicherte außerhalb der eigenen Räumlichkeiten der Pflegeeinrichtungen leisten können.

Ziel ist es, stationäre Ressourcen näher an den Wohnort der Versicherten zu bringen, ohne dass hierfür zwingend eine gesonderte ambulante Zulassung erforderlich ist. Wir begrüßen, wie bereits an anderer Stelle geschrieben, generell Ideen zu alternativen Pflege- und Wohnsettings jenseits der rein häuslichen und stationären Versorgung. Die in § 125d vorgesehenen Modellvorhaben zur Flexibilisierung der Leistungserbringung durch stationäre Pflegeeinrichtungen greifen eine zentrale Fragestellung der zukünftigen Versorgungslandschaft auf: Wie kann der bestehende Versorgungsrahmen weiterentwickelt werden, um dem zunehmenden Bedarf, der angespannten Personallage und dem Wunsch nach ortsnaher Versorgung besser gerecht zu werden?

Besonders zu begrüßen ist, dass stationäre Einrichtungen dabei auch Leistungen im „Quartier“, also außerhalb ihrer Räumlichkeiten, erbringen und somit stärker ambulante Elemente integrieren dürfen. Dies entspricht dem Wunsch vieler Pflegebedürftiger nach mehr Kontinuität und Nähe – und kann zur Entlastung beitragen, wenn die gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen stimmig sind.

Gleichzeitig ist die vorgesehene Einbindung von An- und Zugehörigen in die vollstationäre Versorgung (Abs. 1, Nr. 1) ein potenziell unterstützender Ansatz. Allerdings fordern wir eine klare Abgrenzung zwischen Aufgaben, die Angehörige übernehmen können und solchen, die ausschließlich von professionellen Pflegefachpersonen erbracht werden dürfen. Insbesondere Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Die Modellvorhaben sollten daher verbindlich festlegen, welche Leistungen durch Angehörige in welchem Umfang erbracht werden können.

Generell, aber auch besonders zu Absatz 1, Nummer 2, regen wir an, die bereits bestehenden und erfolgreichen alternativen Wohnformen und -konzepte (§ 45f, Konzept der Hausgemeinschaft im stationären Setting (vgl. hier S. 12) sowie die Ausgestaltung der Gesamtversorgungsverträge nach § 72 Abs. 2 SGB XI) zu prüfen, ggf. Stolpersteine zu beseitigen und entsprechende Maßnahmen im Hinblick auf eine nachhaltige und auskömmliche Finanzierung zu ergreifen, anstelle neue Modellprojekte ins Leben zu rufen. Insbesondere die Idee des Gesamtversorgungsvertrages zielt auf den in Nummer 2 beschriebenen Entwurf der Leistungserbringung ab und darf nicht an den Kostenträgern scheitern, wie so häufig in der Praxis.

Zudem möchten wir darauf hinweisen, Ergebnisse der Bund-Länder-Kommission abzuwarten, da diese sicherlich bezüglich Pflegestruktur und -finanzierung Vorschläge erbringen wird, die sehr wahrscheinlich zu Änderungen im Leistungssystem führen werden.

Änderungsbedarf:

Der § 125 d Abs. 1 SGB XI wird wie folgt geändert:

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann in den Jahren 2026 bis 2028 aus den Mitteln nach § 8 Absatz 3 Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung von zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen nach Satz 2 vereinbaren. Gegenstand der Erprobung sind

1. der dauerhafte Einbezug von An- und Zugehörigen in die vollstationäre pflegerische Versorgung und dadurch die Abwalmöglichkeit professionell erbrachter Leistungen nach § 43 **unter Ausnahme der medizinischen Behandlungspflege.**

§ 146a: Versorgung in Ordensgemeinschaften

Die im Kabinettsentwurf enthaltene Übergangsregelung in § 146a SGB XI zur Sicherstellung der Versorgung pflegebedürftiger Mitglieder geistlicher Genossenschaften und vergleichbarer religiöser Gemeinschaften wird ausdrücklich begrüßt. Diese Regelung erkennt die besondere Versorgungsrealität sowie die kulturell-religiöse Identität dieser Lebensgemeinschaften an und stellt einen wichtigen Schritt zur Wahrung ihrer Interessen nach bisherigem Stand innerhalb der gewährten Frist dar. Die Regelung soll gewährleisten, dass alle Leistungen die pflegebedürftige Angehörige einer Ordensgemeinschaft im Rahmen des jetzt geltenden Kleinen Versorgungsvertrags bisher erhalten haben, auch während der Dauer der nächsten 10 Jahre bis zum 31. Dezember 2035 erhalten. Unsere ergänzenden Anmerkungen zielen darauf ab, den Transformationsprozess positiv zu gestalten. Es handelt sich dabei überwiegend um Präzisierungen, die aus Sicht der Träger notwendig sind, um eine reibungslose Umsetzung sicherzustellen.

An zwei Stellen erfahren die Ordenseinrichtungen eine Schlechterstellung gegenüber dem Status Quo:

- Dadurch, dass die Leistungen auf die Beträge nach § 43 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 3 begrenzt werden sollen, entfällt für die Ordenseinrichtungen ein pauschalierter Leistungszuschlag für zusätzliche Betreuung und Aktivierung gemäß § 43b SGB XI, der auf eine langjährige Zusatzvereinbarung zwischen der DOK und dem vdek zurückgeht.
- Weiterhin wird durch den neuen § 37 Abs. 3a SGB V ausgeschlossen, dass ein zusätzlicher Anspruch auf häusliche Krankenpflege geltend gemacht werden kann, wenn die pflegebedingten Aufwendungen nach dem neuen § 146a SGB XI übernommen werden. Bislang steht dies Versicherten in Ordenseinrichtungen mit „kleinem Versorgungsvertrag“ offen, worauf in einer Reihe von Klöstern bei Vorliegen der fachlichen Voraussetzungen durch ein entsprechend qualifiziertes Ordensmitglied zurückgegriffen wird.

Diese Abwertungen müssen im Rahmen der Übergangsfrist aufgehoben werden, um den Ordenseinrichtungen im Übergangsprozess keine zusätzlichen Belastungen aufzuerlegen.

Dazu sind Veränderungen in § 146a Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB XI sowie die Streichung des neuen § 37 Abs. 3a SGB V erforderlich.

Änderungsbedarf:

Satz 2 wird wie folgt neu gefasst:

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, besteht in Abhängigkeit vom jeweiligen Pflegegrad je Kalendermonat Anspruch auf die Höhe der Beträge nach § 43 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 3. ~~Mit Ausnahme einer in der Vergangenheit zwischen den Vertragsparteien festgelegten pauschalierten Leistung für zusätzliche Betreuung und Aktivierung gemäß § 43b stehen den Pflegebedürftigen weitere Ansprüche auf Leistungen nach dem vierten Kapitel, dritter bis sechster Abschnitt, daneben nicht zu.~~

Im Absatz 2 wird im Satz 1 die Worte "ein Konzept" durch "Konzepte" ersetzt.

Außerdem wird folgender Satz angefügt:

Diese Konzepte sind zu evaluieren mit Blick auf Mehrkosten und Aufwuchs des Personals. Bei Vereinbarungen zu weiteren Versorgungsformen sollen die Versorgungsformen vereinbart werden, die sich als langfristig wirtschaftlicher und kostengünstiger erweisen.

Artikel 3: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 15a SGB V Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung

Wir begrüßen, dass der Pflegeberuf im SGB V erstmals als Heilberuf mit spezifischen beruflichen Kompetenzen anerkannt wird. Diese Regelung ermöglicht es Pflegefachpersonen, die ihre Berufserlaubnis nach § 1 des PflBG erworben haben, grundsätzlich heilkundliche Tätigkeiten auszuüben.

Besonders relevant ist die Ergänzung des neuen § 15a SGB V durch § 4a PflBG, der eine gesetzliche Schnittstelle zwischen Berufs- und Leistungsrecht schafft. Damit werden nicht nur die pflegerischen vorbehaltenen Aufgaben (§ 4 PflBG), sondern auch heilkundliche Aufgaben (§ 4a PflBG) überführt. Die Verwendung des einheitlichen Begriffs „heilkundlich“ im PflBG und im SGB V schafft Klarheit für alle Akteure.

Es ist jedoch ausdrücklich zu betonen, dass die Aufgaben von Pflegefachpersonen nicht ausschließlich Tätigkeiten umfassen dürfen, die im Zusammenhang mit einer medizinischen Diagnosestellung stehen. Vielmehr muss ihnen die Möglichkeit gegeben werden, ihre erworbenen Kompetenzen auch für eigenständige pflegefachliche Leistungen einzusetzen – ergänzend zu medizinischen Versorgungsbedarfen und -leistungen.

Wir begrüßen, dass künftig nicht ausschließlich hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen, sondern auch berufserfahrene und weitergebildete Pflegefachkräfte erweiterte heilkundliche Tätigkeiten übernehmen können.

Unklar bleibt jedoch, wie die notwendigen Weiterbildungen, die Anerkennung bereits erworbener Fachweiterbildungen inklusive im Ausland erworbener Kompetenzen sowie die staatlichen Kompetenzfeststellungsverfahren in den einzelnen Bundesländern konkret ausgestaltet werden sollen. Zudem gibt es keine Vorgaben bezüglich der Personen, die die fehlenden Kompetenzen vermitteln und die Prüfungen abnehmen. Zwar plant das Bundesministerium für Gesundheit die Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe, verbindliche Fristen für Ergebnisse sind jedoch bislang nicht vorgesehen. Um eine einheitliche Umsetzung sicherzustellen, ist es notwendig, die Weiterbildungsordnungen für die erweiterten heilkundlichen Module länderübergreifend zu harmonisieren und Abweichungen von den Vorgaben zu vermeiden. Die Katholischen Krankenhäuser und der Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. fordern daher mehr Klarheit sowie verbindliche Zeitpläne, bis wann ein abgestimmter Weiterbildungskatalog und einheitliche staatliche Kompetenzfeststellungsverfahren vorliegen müssen.

Verankerung der vorbehaltenen Aufgaben im SGB V

Die praktische Implementierung der in § 4 PflBG festgelegten vorbehaltenen Aufgaben der Pflege ist anspruchsvoll, da tradierte Prozesse in Frage gestellt und verändert werden müssen. Eine explizite Festschreibung der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben und die strukturelle Verantwortungsteilung würde die Rechtsstellung der Pflegefachpersonen stärken und für eine klare Kompetenzabgrenzung zwischen Pflege und Medizin sorgen.

Wir begrüßen vor diesem Hintergrund die Klarstellung in § 39 SGB V und regen die nachfolgend benannten weiteren Klarstellungen an. Um auszuschließen, dass die Tätigkeit von Pflegefachpersonen als Teil der ärztlichen Behandlung missverstanden wird, regen wir Ergänzungen in den §§ 15, 28 SGB V an.

Änderungsbedarfe:

Ergänzung von § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V:

Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist; **die Regelungen zu pflegefachlichen Vorbehaltsaufgaben in § 4 PflBG bleiben unberührt.**

Ergänzung von § 15 Absatz 1 Satz 2 SGB V:

Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden; **dies gilt nicht für Vorbehaltspflichten gemäß § 4 PflBG.**

§ 63 Absatz 3b neu; § 64d Absatz 4 SGB V: Überführung der Modellvorhaben in die Regelversorgung

Wir begrüßen die Entscheidung, ab dem Inkrafttreten des Gesetzes keine neuen Modellvorhaben gemäß § 63 Abs. 3b/c und § 64d SGB V mehr zu initiieren. Die Umsetzung in der Regelversorgung erfolgt künftig über Vereinbarungen der Selbstverwaltung. Für den Krankenhausbereich gilt hier der neu eingeführte § 112a SGB V, welcher die selbstständige Erbringung von heilkundlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen ermöglicht. Diese Weiterentwicklung ist sachgerecht, da die bisherigen Modellvorhaben trotz gesetzlicher Verpflichtung nicht umgesetzt wurden und die Umsetzung bundesweit nicht den Erwartungen entsprach.

§ 73d SGB V

Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen

Wir begrüßen grundsätzlich die geplante Regelung nach § 73d SGB V, die durch eine Vereinbarung die selbstständige Erbringung heilkundlicher Leistungen und häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen definiert. Die Beteiligung der Vereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 71 Abs. 2 SGB XI ist sachgerecht.

Die Regelung nach § 15a in Verbindung mit § 73d SGB V und § 28 Abs. 5 SGB XI zur Durchführung erweiterter heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 SGB XI ist jedoch aus unserer Sicht nicht zielführend. Erweiterte heilkundliche Leistungen werden hier als Behandlungspflege gefasst, die im stationären Setting nach dem Teilkaskoprinzip der Pflegeversicherung getragen werden. Dadurch entsteht die Gefahr einer weiteren Erhöhung der Eigenanteile von Pflegebedürftigen im stationären Setting. Dieses Gesetz eröffnet die Möglichkeit, diese Ungleichbehandlung aufzulösen.

Zur Lösung bieten sich folgende Maßnahmen an: Erstens sollte eine Gesetzesänderung des § 37 SGB V vorgenommen werden, um den Anspruch auf Behandlungspflege einschließlich erweiterter heilkundlicher Leistungen auch für Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen über das SGB V gesetzlich zu verankern. Zweitens sollte

analog zu § 132a SGB V eine neue Regelung (§ 132x SGB V) geschaffen werden, die eine flächendeckende vertragliche Vereinbarung zwischen Pflegeeinrichtungen und Krankenkassen zur Vergütung und Abrechnung dieser Leistungen ermöglicht.

Änderungsvorschläge:

Streichung der medizinischen Behandlungspflege aus den Leistungen der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen, sodass diese nicht mehr im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach § 43 Abs. 2 SGB XI von der Pflegekasse getragen wird.

§ 37 SGB V: Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen haben Anspruch auf Behandlungspflege einschließlich erweiterter heilkundlicher Leistungen. Die Finanzierung erfolgt über die Krankenkassen gemäß den vertraglichen Vereinbarungen nach § 132x SGB V.

§ 132x SGB V (neu): Zur Sicherstellung der Vergütung und Abrechnung zwischen Pflegeeinrichtungen und Krankenkassen wird ein bundesweit gültiger Rahmenvertrag etabliert, der Leistungen, Vergütung und Abrechnungsmodalitäten verbindlich regelt.

§ 112a SGB V Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung

Mit § 112a SGB V werden Festlegungen zur eigenverantwortlichen Erbringung bestimmter heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen im Krankenhaus gesetzlich sichergestellt. Diese Regelung stellt einen wichtigen Schritt zur Stärkung der Profession Pflege dar und trägt der hohen Qualifikation und dem breiten Kompetenzspektrum von Pflegefachpersonen nach § 15a Rechnung.

Es ist positiv zu werten, dass die Vertragsparteien verpflichtet werden, einen Katalog an Leistungen sowie Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und medizinischen Personal bis zum 31. Juli 2028 zu entwickeln. Dadurch wird ausreichend Zeit geschaffen, die bis Juli 2027 nach § 73d Abs. 2 S. 1 SGBV zu treffenden Festlegungen zu prüfen.

Zugleich ist es von Bedeutung, dass die zu entwickelnden Vorgaben als übergeordnete Rahmenregelungen ausgestaltet werden, die den Krankenhäusern den notwendigen Spielraum lassen, diese an ihre jeweiligen Organisationsstrukturen anzupassen.

Dass vor Abschluss des Vertrags nach § 73d SGB V den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene (§ 118a SGB XI), der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) Gelegenheit zur Teilnahme an den Sitzungen nach § 73d SGB V und zur Stellungnahme gegeben wird bewerten wir positiv. Zugleich ist es erforderlich, dass diese Beteiligung über eine rein formale Teilhabe

hinausgeht und die Stellungnahmen genannten Organisationen substantiell in die Entscheidungsprozesse einfließen, um praxistaugliche Lösungen zu gewährleisten und Verzögerungen bei der Umsetzung von § 112a SGB V zu vermeiden.

Ein Kernanliegen des Katholischen Krankenhausverbands ist die Rechtssicherheit für Pflegefachpersonen. Ein bundesweit einheitlicher Qualifikations- und Leistungskatalog ist die Voraussetzung dafür, dass Pflegefachpersonen ihre erweiterten Aufgaben sicher und eigenverantwortlich ausführen können. Gleichzeitig müssen klare Schnittstellen zu ärztlichen Aufgaben definiert werden, um Doppelstrukturen oder Kompetenzkonflikte zu vermeiden.

Wir begrüßen die geplante Evaluation der eigenverantwortlichen Leistungserbringung durch Pflegefachpersonen bis 2030. Grundlage für mögliche Anpassungen der Verträge nach § 73d und § 112a SGB V müssen valide Daten sein. Die Evaluation darf keine zusätzliche Bürokratielast verursachen; relevante Rahmenbedingungen sind den Leistungserbringer-Verbänden frühzeitig mitzuteilen.

Entbürokratisierung im Krankenhaus

Im aktuellen Gesetzentwurf fehlt eine explizite Berücksichtigung der Entbürokratisierung im Krankenhausbereich. Dies ist besonders bedauerlich, da beispielsweise die DKG bereits konkrete Vorschläge für einen Bürokratieabbau vorgelegt hat, die bislang nicht in die Gesetzesinitiative aufgenommen wurden.

Wir plädieren insbesondere für die Abschaffung bzw. Überführung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern bei Inkrafttreten der PPR 2.0 und der Kinder-PPR 2.0.

Um Pflegekräfte wirksam zu entlasten, ist es erforderlich, die Dokumentationspflichten zu reduzieren und Doppelarbeit zu vermeiden. Derzeit müssen identische Informationen mehrfach in unterschiedlichen Systemen erfasst werden, da eine einheitliche Nutzung für Abrechnung, Qualitätssicherung und Prüfverfahren fehlt. Dies verursacht erheblichen Mehraufwand und bindet wertvolle Pflegezeit.

Wir halten es für notwendig, bundesweit standardisierte Systeme zur Datenerfassung einzusetzen, die für verschiedene gesetzliche und prüfungsrelevante Anforderungen gleichermaßen genutzt werden können. Nur so lässt sich sicherstellen, dass die Dokumentation praxisgerecht erfolgt und Mehrfacherfassungen vermieden werden.

Änderungsbedarf:

Die genannten Vorschläge der DKG zur Entbürokratisierung sollen zeitnah umgesetzt werden. Dabei ist insbesondere die Abschaffung bzw. Überführung der Pflegepersonaluntergrenzen bei Inkrafttreten der PPR 2.0 und der Kinder-PPR 2.0 zu berücksichtigen. Ebenso bedarf es einer Weiterentwicklung des zugrunde liegenden Algorithmus der PPR 2.0, um eine bessere Abstimmung mit der Pflegedokumentation und eine verlässliche Personalbemessung zu gewährleisten. Die Einführung interoperabler Pflegedokumentationssysteme ist erforderlich, um Dokumentationspflichten zu reduzieren und Doppelarbeit zu vermeiden.

§ 340a in Verbindung mit § 399 SGB V - Einsatz eHBA in jeder Pflegeeinrichtung

Der Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD) erkennt das Ziel des Gesetzgebers an, dass nur berechtigte Personen und Institutionen Zugang zur Telematikinfrastruktur haben. Eine Übertragung der Verantwortung des Datenzugriffs auf Daten von Anwendungen nach § 334 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 bis 5 und 7 von den Beschäftigten einer Pflegeeinrichtung hin auf die Vorgesetzten wird dadurch aber leider nicht erreicht. Ein eHBA erfüllt in der Pflege im Gegensatz zur ärztlichen Versorgung keine unmittelbare Funktion außer der Bestellung von Institutionskarten und perspektivisch dem Ausstellen von Verordnungen. Der Zugriff auf die elektronische Patientenakte (ePA) sollte daher auch durch Pflegefachpersonen ohne eigenen eHBA möglich sein, etwa über eine Institutionskarte mit Protokollierung. Andernfalls besteht die Gefahr, dass Pflegefachpersonen aus Haftungsängsten keine Kolleg:innen autorisieren, auf Daten zuzugreifen.

Unklar bleibt zudem, bis wann die Regelung umzusetzen ist und warum zwingend ein eHBA in jeder Einrichtung erforderlich sein soll, obwohl Zugriffe bereits heute über SMC-B-Karten erfolgen. Angesichts dieser offenen Fragen und der drohenden Mehrbelastung lehnt der VKAD die Regelung in der vorliegenden Form ab und fordert vor einer Umsetzung eine klare Fristenregelung sowie fachliche Klärung.

Änderungsbedarfe:

§ 339 Absatz 3

Auf Daten in einer Anwendung nach § 334 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 bis 5 und 7 dürfen zugriffsberechtigte Leistungserbringer nach **den § 352 Abs. 1 Nr. 1-8 und 13-19**, § 356 Abs. 1, § 357 Abs. 1 und § 359 Abs. 1 mittels der elektronischen Gesundheitskarte oder der digitalen Identität der Versicherten nach § 291 Abs. 8 Satz 1 nur mit einem ihrer Berufszugehörigkeit entsprechenden elektronischen Heilberufsausweis oder mit einer digitalen Identität nach § 340 Abs. 6 in Verbindung mit einer Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen zugreifen. 2 Es ist nachprüfbar

elektronisch zu protokollieren, wer auf die Daten zugegriffen hat und auf welche Daten zugegriffen wurde.

§ 339 Absatz 3a:

Auf Daten in einer Anwendung nach § 334 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 bis 5 und 7 dürfen zugriffsberechtigte Leistungserbringer nach den **§ 352 Abs. 9-12** mittels der elektronischen Gesundheitskarte oder der digitalen Identität der Versicherten nach § 291 Abs. 8 Satz 1 **nur mit einem ihrer Berufszugehörigkeit entsprechenden elektronischen Heilberufsausweis oder mit einer digitalen Identität nach § 340 Absatz 6 in Verbindung** mit einer Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen zugreifen. 2Es ist nachprüfbar elektronisch zu protokollieren, wer auf die Daten zugegriffen hat und auf welche Daten zugegriffen wurde.

Streichung der geplanten Neufassung des §399 SGB V und § 340 a Abs. 2 (neu) bis zu dem Zeitpunkt, ab dem Pflegefachpersonen Verordnungen ausstellen oder Einträge in der ePA signieren können.

Artikel 5: Änderung des Pflegeberufgesetzes (PflBG)

§ 4 i.V. mit § 4 a und § 14 mit §14a PflBG- Pflegeplanung als Vorbehaltsaufgabe und Zusatzausbildung zur Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten

Wir begrüßen ausdrücklich die Klarstellung, dass die Pflegeplanung und Pflegeprozessverantwortung die Vorbehaltsaufgaben von Pflegefachpersonen umfasst. Dies entspricht sowohl der pflegefachlichen Praxis als auch der juristischen Auffassung.

Positiv hervorzuheben ist die Ergänzung in § 4a PflBG, die Pflegefachpersonen die Befugnis zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten überträgt – unter der Voraussetzung einer entsprechenden Qualifikation. Damit wird erstmals gesetzlich verankert, dass Pflegefachpersonen heilkundliche Leistungen nicht nur im Einzelfall, sondern im Rahmen definierter Tätigkeitsfelder eigenverantwortlich erbringen dürfen.

Kritisch sehen wir jedoch, dass § 4a unzureichend auf bereits qualifizierte Pflegefachpersonen eingeht, die ihre Kompetenzen vor Inkrafttreten des PflBG oder außerhalb akademischer Bildungswege durch anerkannte Fachweiterbildungen erworben haben. Hier ist eine Klarstellung erforderlich. Wir schlagen daher folgende Anpassung vor.

Änderungsbedarf:

§ 4a (Eigenverantwortliche Heilkundeausübung) sollte wie folgt geändert werden:

„Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 sind zur selbständigen Ausübung Heilkundeausübung im Rahmen der nach diesem Gesetz **bzw. dem Alten- oder Krankenpflegegesetz** erworbenen heilkundlichen Kompetenzen befugt. **Kompetenzen, die von Personen nach § 1 während des Berufslebens, etwa durch Fort- und Weiterbildungen, erworben wurden, sind davon mitumfasst. Ruht die Erlaubnis nach § 3 Abs. 3 Satz 1, ruht auch die Befugnis zur eigenverantwortlichen Heilkundeausübung.**

§ 14 PflBG eröffnet im Rahmen von Modellvorhaben die Möglichkeit, erweiterte Ausbildungsangebote mit zusätzlichen heilkundlichen Kompetenzen zu erproben und so die Weiterentwicklung des Berufsbildes voranzutreiben. Diese Öffnung wird durch § 14a PflBG sinnvoll ergänzt: Die Fachkommission nach § 53 PflBG erhält die Aufgabe, standardisierte Module zur eigenverantwortlichen Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten zu entwickeln. Damit können bundesweit vergleichbare Qualifikationsstandards geschaffen werden.

Um jedoch eine einheitliche Umsetzung sicherzustellen, sollte die Verbindlichkeit dieser Module geprüft und rechtlich abgesichert werden.

Zentral ist zudem, dass die im Rahmen von Modellvorhaben erworbenen Qualifikationen bundeseinheitlich und rechtssicher anerkannt werden. Nur so können Pflegefachpersonen ihre erweiterten Kompetenzen ohne bürokratische Hürden nutzen. Wir fordern daher, dass im Gesetzesentwurf eine verbindliche Regelung zur Anerkennung von nach § 14a PflBG erworbenen Weiterbildungen aufgenommen wird, um die Durchlässigkeit dieser Qualifikationen im Berufsalltag dauerhaft sicherzustellen.

Weiterer Änderungsbedarf:

Rehabilitationseinrichtungen als Ausbildungsträger

Wir setzen uns schon seit vielen Jahren dafür ein, dass Rehabilitationseinrichtungen, sofern sie zur Ausbildung im Pflichteinsatz der allgemeinen Akutpflege in stationären Einrichtungen geeignet sind, auch Träger der praktischen Ausbildung sein können. Dies ist dann der Fall, wenn die pflegerische Versorgung im Rahmen des Rehabilitationsprozesses alle ausbildungsrelevanten Punkte beinhaltet und die Einrichtung in ausreichendem Umfang zur Ausbildung qualifiziertes Pflegefachpersonal vorhält. Die Geeignetheit von Einrichtungen wird nach § 7 Abs. 5 PflBG durch die jeweiligen landesrechtlichen Regelungen nachgewiesen. Besonders geeignet sind aus unserer

Sicht Rehabilitationseinrichtungen mit dem Schwerpunkt Geriatrie und Neurologie, da dort pflegebedürftige Menschen versorgt werden müssen. Diese Prüfung kann auch bei Rehabilitationseinrichtungen und vergleichbaren Einrichtungen durchgeführt werden, wodurch die Qualität der Ausbildung gewährleistet wird und diese als Träger der praktischen Ausbildung im Rahmen der Pflegefachkraft- und Pflegefachassistentenausbildung fungieren können.

Zudem kann der Pflegeprozess in einer Rehabilitationseinrichtung in seiner gesamten Tiefe und Komplexität vermittelt werden. Auszubildende erleben die Pflege von der Aufnahme bis zur Entlassung, können individuelle Pflegeziele setzen und deren Umsetzung begleiten. Dies fördert ein umfassendes Verständnis für pflegerische Zusammenhänge und stärkt die Handlungskompetenz der künftigen Pflegefachpersonen. Ein weiterer Vorteil ist die interprofessionelle Zusammenarbeit. Pflegefachpersonen arbeiten in Rehabilitationseinrichtungen eng mit Therapeut:innen, Ärzt:innen und Sozialarbeiter:innen zusammen. Diese Teamarbeit ist ein Kernbestandteil des ganzheitlichen Pflegeprozesses. Gerade in den Schwerpunkten Geriatrie und Neurologie werden zudem spezielle Kompetenzen in der pflegerischen Versorgung von älteren, pflegebedürftigen multimorbiden geriatrischen und/oder neurologisch erkrankten Menschen erworben – Fähigkeiten, die angesichts des demografischen Wandels immer wichtiger werden.

Diese Regelung würde zudem flächendeckend ermöglichen, zusätzliche Ausbildungskapazitäten sowie eine wohnortnahe Ausbildung zu realisieren.

Die Zulassung von Reha-Kliniken als Träger praktischer Ausbildung könnte somit zusätzliche Ausbildungsplätze schaffen sowie die Ausbildungslandschaft dezentral erweitern und die Versorgungssicherheit im rehabilitativen und pflegerischen Bereich stabilisieren. Aufgrund von Hinweisen aus der Praxis weisen wir darauf hin, dass es bereits heute zu Engpässen in der derzeitigen Altenpflegehelferausbildung bei den ambulanten Pflichtensätzen kommt.

Es ist klarzustellen, dass die Praxisanleitung in der Rehabilitationsklinik eine entsprechende berufspädagogische Zusatzqualifikation erworben haben muss.

Änderungsbedarf

§ 7 Absatz 1 PflBG wird um eine Nummer 4 ergänzt:

(1) „Die Pflichteinsätze in der allgemeinen Akutpflege in stationären Einrichtungen, der allgemeinen Langzeitpflege in stationären Einrichtungen und der allgemeinen ambulant Akut- und Langzeitpflege werden in folgenden Einrichtungen durchgeführt:
(...)

4. Zur Versorgung nach §§ 111, 111a, 111c SGB V, § 15 SGB VI i.V.m. § 38 SGB IX und § 34 SGB VII zugelassene medizinische Rehabilitationseinrichtungen.“

Kontakt:

Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD)
Sascha Andree
Referent Personal und Ausbildung
sascha.andree@caritas.de

Katholischer Krankenhausverband Deutschland e. V.
Bernadette Rümmelin
Geschäftsführerin
Tel. 030 240 83 68-10
kkvd@caritas.de

Der Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD) vereint rund 500 Träger der katholischen Langzeitpflege in Deutschland. Dahinter stehen mehr als 2.200 Einrichtungen und Dienste mit rund 100.000 Mitarbeitenden, die täglich fast 360.000 pflegebedürftige Menschen versorgen. Der bundesweit tätige Fachverband innerhalb des Deutschen Caritasverbandes vertritt die Interessen seiner Mitglieder durch politische Lobbyarbeit, Öffentlichkeitsarbeit und fachliche Expertise.

Der Katholische Krankenhausverband Deutschland e. V vertritt bundesweit 261 Krankenhäuser an 330 Standorten sowie 52 Reha-Einrichtungen in katholischer Trägerschaft. Die katholischen Krankenhäuser haben 204.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Jedes Jahr versorgen sie stationär rund 3 Millionen Patientinnen und Patienten.