



Stellungnahme des IKK e.V.

zum

**Gesetzentwurf eines Gesetzes
zur Befugniserweiterung und
Entbürokratisierung in der Pflege**

vom 05.08.2025

06.10.2025

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	4
Kommentierung	8
Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	8
§ 5 Absatz 1a (neu): Prävention in Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege	8
§ 9 Satz 2 (neu): Aufgaben der Länder	10
§ 12 Absatz 2 (neu): Aufgaben der Pflegekassen	11
§ 17a (neu): Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach	
§ 40 Absatz 6	12
§ 18c Absatz 1 Satz 3: Entscheidung über den Antrag, Fristen.....	14
§ 18c Absatz 5 Satz 1: Zusatzzahlungen	15
§ 37 Absatz 4 Satz 3: Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen	16
§ 40 Absatz 2 SGB XI: Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	17
§ 45h (neu): Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur	
pflegerischen Versorgung gemäß § 92c.....	19
§ 72 Absatz 1a (neu): Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag.....	21
§ 73a Absatz 1 und 3: Verfahren zu Beeinträchtigung bei Versorgungsverträgen.....	22
§ 86a Absatz 3 (neu): Verfahrensrichtlinien für die Vergütungsverhandlungen und -	
vereinbarungen	24
§ 92c Absatz 2 (neu): Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen	
Wohnformen.....	25
§ 114 Absatz 1a (neu): Durchführung von Qualitätsprüfungen.....	27
Zu Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	28
§ 15a SGB V (neu): Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozess-	
verantwortung	28
§ 273 Absatz 7 SGB V neu: Sicherung der Datengrundlagen für den	
Risikostrukturausgleich	29
Ergänzender Änderungsbedarf	31
§ 39 SGB XI Verhinderungspflege	31
§ 268 SGB V Abs. 1 und § 14 Abs. 2 Satz 2 RSAV: Risikostrukturausgleich	32

§§ 279 und 282 SGB V: Aufhebung der Mandatsbegrenzung für ehrenamtliche Mitglieder des Medizinischen Dienstes	34
--	----

Grundsätzliche Anmerkungen

Die Innungskrankenkassen begrüßen die zeitnahe Wiederaufnahme der Gesetzgebung zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege, nachdem dieses, damals noch unter dem Namen Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz, in der letzten Legislaturperiode nicht mehr verabschiedet werden konnte. Denn der demografische Wandel sowie der sich zuspitzende Fachkräftemangel stellen alle Beteiligten in der Pflege vor immer größere Herausforderungen.

So ist auf der einen Seite der finanzielle Rahmen in der Sozialen Pflegeversicherung sicherzustellen. Auf der anderen Seite müssen ineinandergreifende Versorgungsstrukturen zugunsten der zu Pflegenden und ihrer Angehörigen ausgebaut werden, indem vorhandene Ressourcen genutzt, bestehenden Kompetenzen besser eingesetzt und die Arbeitsbedingungen der Pflegenden verbessert werden. Darüber hinaus ist die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung zielführend.

Was die Regelung weiterer Maßnahmen zur Verbesserung der Pflege angeht – wie z. B. die vorgesehene Stärkung innovativer Wohnformen für Pflegebedürftige sowie die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Kommunen und Pflegekassen durch mehr Mitgestaltungsrechte der Kommunen – ist allerdings Augenmerk geboten. Denn schon jetzt ist absehbar, dass aufgrund der oft unbestimmten Formulierungen im Gesetzentwurf die Umsetzung in der Praxis mit Kompetenz- und Auslegungsfragen behaftet sein wird und damit einer zügigen Verbesserung der pflegerischen Versorgungsstrukturen im Wege stehen.

Im Einzelnen:

Klare Bestimmung der Pflegekompetenzzuweisung

Die Innungskrankenkassen begrüßen, dass die Rahmenbedingungen für die professionell Pflegenden verbessert und die Pflegefachpersonen nach ihren Kompetenzen eingesetzt werden sollen. Voraussetzung für eine nachhaltige Stärkung der pflegerischen Versorgung ist dabei, die geplante Kompetenzverteilung anhand bundeseinheitlicher Qualitäts- sowie klarer Abgrenzkriterien zwischen den jeweiligen Berufsgruppen festzulegen. Damit die Pflegefachpersonen effektiv – d. h. auch entsprechend ihrer Ausbildung, Fähig- und Fertigkeiten – eingesetzt werden können, ist eine genaue Ausgestaltung der Umsetzung und zudem eine Überprüfung der jeweiligen Leistungsbereiche vorzunehmen.

Ebenso unterstützen die Innungskrankenkassen die konsequente Weiterentwicklung und beabsichtigte Aufwertung des pflegerischen Berufsbildes im Geiste der handwerklichen Tradition, insbesondere im Hinblick auf die zunehmend selbständige Heilkundenausübung durch

professionell Pflegende. Letzteres erscheint im Rahmen des internationalen Vergleichs „gesundheitshandwerklicher“ Berufsbilder längst überfällig.

Innovative und quartiersnahe Wohnformen stärken - gemeinsame Gestaltungsmöglichkeiten von Kommunen und Pflegekassen schaffen

Die Innungskrankenkassen befürworten grundsätzlich, die pflegerische Versorgung in innovativen und quartiersnahen Wohnformen zu stärken, das Leistungsrecht im Bereich niedrigschwelliger Betreuungs- und Versorgungsangebote vor Ort zu vereinfachen und die Kommunen in ihrer Verantwortung hinsichtlich einer bedarfsgerechten und regional abgestimmten Versorgung von Menschen mit Pflegebedürftigkeit heranzuziehen.

Die Stärkung der pflegenden An- und Zugehörigen – als wichtige Säule bei der Versorgung – durch den Ausbau niedrigschwelliger Entlastungsangebote wird von den Innungskrankenkassen besonders unterstützt. Auch die Stärkung der Pflegestrukturen sowie niedrigschwelliger Angebote und innovativer Versorgungsformen im Quartier sind für die Innungskrankenkassen bedeutende Faktoren, um dem demografischen Wandel zu begegnen.

Bei der Planung der Pflegeinfrastruktur sehen die Innungskassen die Kommunen und die Bundesländer in der Verantwortung, um eine bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit einer Pflegebedürftigkeit zu gewährleisten und die pflegenden An- und Zugehörigen zu unterstützen. Denn es gehört zu den originären Aufgaben der Kommunen, sich in diesem Bereich zu engagieren. Dass dies allerdings nicht immer der Fall war und ist, zeigt sich z. B. daran, dass sich die Kommunen in bestimmten Regionen nur unzureichend an der Aufgabe der Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstrukturen beteiligen.

Nach dem nun vorliegenden Gesetzesentwurf sollen Kommunen künftig mehr Mitgestaltungsmöglichkeiten bei der pflegerischen Versorgung vor Ort erhalten; die Länder sollen landesrechtlich regeln können, ob bzw. wie eine kommunale Pflegestrukturplanung zu gestalten ist. Hier ist allerdings der im Koalitionsvertrag unter dem Stichwort „Verantwortungskonexität“ verankerte Grundsatz zu beachten: „Wer bestellt bezahlt“.

Im Übrigen ist aus Sicht der Innungskrankenkassen zu kritisieren, dass wieder einmal der Selbstverwaltung, hier den Pflegekassen, kein Mitbestimmungsrecht verbindlich eingeräumt wird, aber Aufgaben übertragen werden, wie zum Beispiel die Datenlieferung. Dabei haben in der Vergangenheit die Landesverbände der Pflegekassen diese Aufgaben verantwortungsbewusst gemeinsam mit den Kommunen und anderen Kassenarten wahrgenommen und werden dies zum Wohl der Pflegebedürftigen und ihrer An- sowie Zugehörigen weiter forcieren. Der Gesetzgeber ist insofern gefordert, den Gesetzesentwurf entsprechend nachzujustieren.

Prävention und Gesundheitsförderung

Im Hinblick auf die Gesunderhaltung im Alter und der damit verbundenen Entlastung in der Pflege müssen präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen im Zentrum unseres Bemühens stehen.

Dies gilt nicht nur für den stationären Bereich. Die Prävention deshalb auch im ambulanten Pflegebereich gesetzlich zu normieren, ist für die Innungskrankenkassen zielgerecht. Denn der möglichst lange Erhalt von Mobilität, weitestgehender Selbstbestimmung und die damit verbundene Lebensqualität ist die beste Voraussetzung, Pflegebedürftigkeit zu verzögern bzw. zu verhindern sowie Ressourcen im Pflegebereich zu schonen bzw. zielführend anderweitig einzusetzen.

Vor diesem Hintergrund befürworten die Innungskrankenkassen ausdrücklich das gesetzgeberische Ziel, die Prävention im Rahmen des SGB XI zu stärken. Die individuellen Präventionsangebote der Krankenkassen sollten dabei jedoch Berücksichtigung finden. Im Weiteren ist darauf zu achten, dass die Abgrenzung zur Prävention im Bereich des SGB V eindeutig und trennungsscharf gestaltet wird.

Fehlkalkulationen bei der Finanzierung vermeiden

Was die Angaben im Gesetzentwurf zu den Haushaltsausgaben der Sozialen Pflegeversicherung angeht, so sehen die Innungskrankenkassen diese kritisch. Die genaue Herleitung des Minderbedarfs durch gemeinschaftliches Wohnen muss hier detaillierter und nachvollziehbar dargestellt werden, um eine Fehlkalkulation bei der derzeit mehr als angespannten finanziellen Lage in der Sozialen Pflegeversicherung zu vermeiden.

Ergänzender Anmerkungsbedarf

RSA

Der Risikostrukturausgleich (RSA) ist das Fundament eines fairen Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Sein Ziel ist es, dass Krankenkassen mit vielen älteren, chronisch-kranken oder kostenintensiven Versicherten nicht benachteiligt werden. Gleichzeitig soll er sicherstellen, dass die Finanzmittel aus dem Gesundheitsfonds zielgenau verteilt werden und allen Versicherten, unabhängig von Alter, Einkommen oder Gesundheitszustand ein gleicher Zugang zur Versorgung ermöglicht wird. Die langjährige Praxis zeigt jedoch, dass die Zielgenauigkeit für bestimmte Versichertenkonstellationen nicht gegeben ist. Dies betrifft die hohe Überdeckung von gesunden Versicherten zu Lasten der kranken Versicherten und verstärkt sich, wenn unvollständige Versichertenzeiten in Verbindung mit einem

Risikopoolanspruch hinzukommen. Diese Fehlentwicklungen gefährden die angestrebte Chancengleichheit im Wettbewerb und erfordern gezielte Nachjustierungen.

Aufhebung der Mandatsbegrenzung für ehrenamtliche Mitglieder des Medizinischen Dienstes

Die gesetzlichen Regelungen zur Wahrnehmung von Selbstverwaltungsmandaten im Medizinischen Dienst und Medizinischen Dienst Bund sehen derzeit vor, dass kassenseitige Vertreterinnen und Vertreter in den Verwaltungsräten nur ein weiteres Ehrenamt in der Sozialversicherung ausüben dürfen sowie eine Begrenzung ihrer Tätigkeit auf maximal zwei Amtsperioden. Diese Regelungen gelten nicht für andere Mitglieder der Verwaltungsräte, wie etwa Patienten- oder Berufsvertreter. Ziel dieser Begrenzungen war es, eine ausgewogene Mandatsverteilung und eine Durchmischung der Gremien sicherzustellen.

In der Praxis führen diese Regelungen jedoch zu erheblichen Einschränkungen in der demokratischen Mitwirkung und zu Kompetenzverlusten in der Gremienarbeit. Die Begrenzung der Amtszeiten erschwert es, erfahrene und eingearbeitete Mitglieder langfristig einzubinden. Dies beeinträchtigt die Kontinuität und Qualität der Entscheidungsfindung und schwächt die Selbstverwaltung insgesamt. Die Regelung birgt zudem die Gefahr, dass es zukünftig zu personellen Engpässen bei der Besetzung kommen könnte, insbesondere, wenn erfahrene Mitglieder durch starre Begrenzungen ausscheiden müssen, obwohl sie weiterhin zur Verfügung stünden.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Herausforderungen wird vorgeschlagen, die Begrenzungen der Anzahl der Ehrenämter sowie der Amtsperioden für kassenseitige Vertreter in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste aufzuheben. Die entsprechenden Regelungen in § 279 Abs. 4 und 6 SGB V sollten gestrichen oder so angepasst werden, dass eine gleichberechtigte Amtsausübung aller Mitgliedergruppen in der Selbstverwaltung möglich ist.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Gesetzentwurfes. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-SV, deren Inhalt zuvor mit den Innungskrankenkassen abgestimmt wurde, verwiesen.

Kommentierung

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 5 Absatz 1a (neu): Prävention in Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege

Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen sollen den Zugang zu den in § 20 Absatz 4 Nummer 1 SGB V genannten Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention für die in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Pflegebedürftige in häuslicher Pflege unterstützen. Dies soll geschehen, indem sie unter Beteiligung der Pflegebedürftigen sowie – falls sie im Einzelfall an der Versorgung beteiligt sind – von ambulanten Pflegeeinrichtungen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen entwickeln sowie die Umsetzung dieser Vorschläge unterstützen.

Dies umfasst eine Bedarfserhebung hinsichtlich präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen, die fachliche Beratung zur Information und Sensibilisierung der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie von Pflegepersonen bezüglich der Möglichkeiten, die mittels Gesundheitsförderung und Prävention zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten bestehen, sowie eine Präventionsempfehlung durch Pflegefachpersonen oder durch gemäß § 7a Absatz 3 Satz 2 qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen es, die Prävention in der häuslichen Pflege auszuweiten. Die Ergänzung, dass neben Pflegefachpersonen auch Pflegeberater im Zusammenhang mit einer Beratung nach den §§ 7a und 7c eine Empfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 des SGB V aussprechen können, wird vom IKK e.V. unterstützt. Die Einfügung des neuen Absatz 1a bedingt jedoch auf eine Änderung des § 5 Absatz 1 Satz 1 SGB XI.

Darüber hinaus sehen wir auch einen eigenen Anspruch auf Leistungen der ambulanten Prävention im Rahmen des § 5 SGB XI. Eine Abgrenzung zwischen SGB V und SGB XI

könnte durch eine aufgeteilte Finanzierung analog zu den duofunktionalen (Pflege-) Hilfsmitteln gemäß § 40 Abs. 5 SGB XI erfolgen.

Die Innungskrankenkassen befürworten des Weiteren das Angebot einer Präventionsberatung für alle Bürger ab dem 70. Lebensjahr.

Änderungsvorschlag

§ 5 Absatz 1 Satz 1 SGB XI wird als Folgeänderung wie folgt gefasst:

„Die Pflegekassen sollen Leistungen in der Häuslichkeit sowie in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen, indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen.“

§ 20 SGB V wird folgender Absatz 1a hinzugefügt:

„Versicherte erhalten mit Vollendung des 70. Lebensjahr ein Präventionsangebot gemäß Absatz 1 sowie § 5 Abs. 1a SGB XI“

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 9 Satz 2 (neu): Aufgaben der Länder

Beabsichtigte Neuregelung

Die Länder können durch Landesrecht bestimmen, ob eine kommunale Pflegestrukturplanung vorzusehen ist und inwieweit die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 3, soweit diese bestehen, als Bestandteil der kommunalen Pflegestrukturplanung anzusehen sind.

Bewertung

Die Aufgaben der Länder werden bei dieser Regelung von den Innungskrankenkassen als unzureichend betrachtet. Bereits heute sind die Länder verantwortlich für die Vorhaltung einer pflegerischen Versorgungsstruktur sowie zur Planung von Pflegeeinrichtungen. Eine kommunale Pflegestrukturplanung ist dabei für die Innungskrankenkassen ein notwendiges Mittel, um die pflegerische Versorgungsqualität zu gewährleisten.

Änderungsvorschlag

Änderung § 9 Satz 2 (neu):

„Die Länder ~~können~~ bestimmen durch Landesrecht ~~bestimmen~~, ~~ob~~ wie eine kommunale Pflegestrukturplanung vorzusehen ist und inwieweit die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 3, soweit diese bestehen, als Bestandteil der kommunalen Pflegestrukturplanung anzuwenden sind.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 12 Absatz 2 (neu): Aufgaben der Pflegekassen

Beabsichtigte Neuregelung

Geplant ist: Die Pflegekassen evaluieren regelmäßig auf Basis der ihnen zur Verfügung stehenden Versorgungsdaten die Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation und informieren die an der Versorgung Beteiligten über ihre Erkenntnisse. Sie stellen den regionalen Gebietskörperschaften auf Anfrage zum Zwecke der kommunalen Pflegestrukturplanung regionale Versorgungsdaten zur Verfügung; die hierfür anfallenden Kosten sind ihnen zu erstatten. Die Aufgabe kann auch auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene vereinbaren Empfehlungen zu Umfang, Struktur, Turnus und möglichen Indikatoren der entsprechenden Datensätze. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Sie sind dem Bundesministerium für Gesundheit bis [...] [9 Monate nach Inkrafttreten] vorzulegen.

Bewertung

Die Pflegekassen beziehungsweise Landesverbände der Pflegekassen sollen für die Pflegeinfrastrukturplanung regionale Versorgungsdaten bereitstellen. Kritisch ist hierbei, dass die Pflegekassen beziehungsweise Landesverbände der Pflegekassen bei der Infrastrukturplanung nicht beteiligt werden, aber Dritten – hier kommunale Gebietskörperschaften – Daten zur Verfügung stellen sollen. Eine Beteiligung der Pflegekassen beziehungsweise Landesverbände der Pflegekassen wäre jedoch Voraussetzung für die Übernahme der Bereitstellung von regionalen Versorgungsdaten.

Änderungsvorschlag

Siehe Bewertung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 17a (neu): Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6

Beabsichtigte Neuregelung

In § 17a Absatz 1 wird geregelt, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6 bis zum 31. Dezember 2026 festlegen soll. Dabei soll hinsichtlich des Qualifikationsniveaus der Pflegefachpersonen und der empfehlungsfähigen Hilfsmittel der Inhalt des Vertrags nach § 73d Absatz 1 SGB V beachtet werden. Die Richtlinien unterliegen dem Genehmigungsvorbehalt durch das BMG.

Gemäß Absatz 3 evaluiert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die in den Richtlinien festgelegten Verfahren in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht, insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen auf die Qualität und Sicherheit der Versorgung und Wirtschaftlichkeitsaspekte, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund sowie der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene. Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Juli 2030 vorzulegen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen befürworten grundsätzlich die geplanten Regelungen, bewerten jedoch die vorgegebenen Zeitfenster kritisch. Für die Neufassung der Richtlinien hat das BMG eine Frist bis zum 31. Dezember 2026 vorgesehen. Da jedoch für die geforderte Berücksichtigung der Qualifikationen der empfehlenden Pflegefachpersonen zunächst die Verhandlungen zur Rahmenvereinbarung nach § 73d SGB V abgeschlossen sein müssen, die eine Frist bis zum 31. Juli 2027 und einen Konfliktlösungszeitraum via Schiedsverfahren für weitere drei Monate vorsehen, ist das vorgegebene Zeitfenster nicht einzuhalten. Vor diesem Hintergrund ist zwingend eine Fristverschiebung um mindestens zwei Jahre erforderlich. Dementsprechend benötigt es auch für die Evaluierung der Richtlinie eine Fristverschiebung um mindestens zwei Jahre.

Änderungsvorschlag

§ 17a Absatz 1 Satz 1 SGB XI wird wie folgt geändert:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum 31. Dezember 2028 in Richtlinien fest (...).“

§ 17a Absatz 3 Satz 2 SGB XI wird wie folgt geändert:

„Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2032 vorzulegen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 16 a)

§ 18c Absatz 1 Satz 3: Entscheidung über den Antrag, Fristen

Beabsichtige Neuregelung

Im vorliegenden Gesetzentwurf soll den Kassen nach einer Eilbegutachtung die Verpflichtung auferlegt werden, unverzüglich eine Mitteilung in elektronischer Form an die Einrichtung zu schicken, wenn dies zulässig ist.

Bewertung

Grundsätzlich ist es zu begrüßen, wenn die Einrichtung nach einer Eilbegutachtung auch schnell das Ergebnis der MD Prüfung erhält, damit weitere wichtige Dispositionen getroffen werden können. Unseres Erachtens nach sollte diese Verpflichtung allerdings auf den MD übertragen werden, da dieser das Ergebnis der Eilbegutachtung als Erster hat und es parallel zur Weiterleitung an die Pflegekasse auch direkt an die Einrichtung weiterleiten kann. Dadurch wird der Vorgang beschleunigt, da bei der Pflegekasse nicht erst die MD Mitteilung gesichtet werden muss. Restriktionen bestehen keine, da die Eilbegutachtung Eins zu Eins von den Pflegekassen übernommen werden und ein nur vorläufiger Bescheid erstellt wird, bis die reguläre Begutachtung erstellt wird.

Änderungsvorschlag

§ 18c Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt geändert:

„Ist im Fall des § 18a Absatz 5 eine Mitteilung unmittelbar an das Krankenhaus, die stationäre Rehabilitationseinrichtung oder das Hospiz zulässig, hat diese durch den Medizinischen Dienst unverzüglich in gesicherter elektronischer Form zu erfolgen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 16 b) aa)

§ 18c Absatz 5 Satz 1: Zusatzzahlungen

Beabsichtigte Neuregelung

Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in § 18a Absatz 5 und 6 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, so soll die Pflegekasse nach Fristablauf spätestens innerhalb von 15 Arbeitstagen für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro und danach für jede weitere begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Tatsache, dass der Gesetzgeber die Hinweise insoweit aufgenommen hat, dass die 70 Euro Zusatzzahlung erst nach Ablauf von 15 Arbeitstagen nach Fristablauf erfolgen soll. In der Praxis wird es allerdings weiterhin viele Fälle geben, bei denen die 15 Arbeitstage nicht ausreichend sind, um verlässlich zu beurteilen, wer die Fristüberschreitung zu verantworten hat. Insofern werden auch mit der Neuregelung gehäuft Situationen eintreten, in denen die Zusatzzahlung erst geleistet wird, aber dann wieder zurückgenommen und beim Versicherten zurückgefordert werden muss. Dies ist ein großer Bürokratieaufwand und stößt zusätzlich auf Unverständnis bei den betroffenen Versicherten. Eine abschließende und fehlerfreie Bewertung ist erst mit Abschluss des Verfahrens möglich.

Änderungsvorschlag

§ 18c Abs. 5 Satz 1 SGB XI:

In Absatz 5 Satz 1 ist „Fristablauf spätestens innerhalb von 15 Arbeitstagen“ zu streichen und durch die Wörter „Abschluss des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ zu ersetzen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 22 f)

§ 37 Absatz 4 Satz 3: Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

Beabsichtigte Neuregelung

Nach dem neu geplanten § 37 Absatz 4 Satz 3 ist die Einführung eines digitalen Nachweises für das Beratungsformular im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern vorgesehen.

Bewertung

Der digitale Beratungsnachweis wird begrüßt, da hierdurch eine effizientere und schnellere Bearbeitung bei den Pflegekassen möglich ist und somit auch entbürokratisierend wirkt. Der Zusatz „oder maschinell verwertbar auf Datenträgern“ sollte ersatzlos gestrichen werden. Eine Übermittlung auf Datenträgern entspricht nicht mehr den aktuellen Standards und wird in der Praxis auch nicht mehr genutzt.

Änderungsvorschlag

§ 37 Abs. 4 Satz 3 wird wie folgt geändert:

„Die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachpersonen übermitteln den in Satz 1 genannten Stellen das Nachweisformular im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern; das Nähere zum Verfahren regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25 b)

§ 40 Absatz 2 SGB XI: Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 2 wird der, von den Pflegekassen zu leistende, monatliche Höchstbetrag für zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel von 40 Euro auf 42 Euro angehoben. Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 42 Euro nicht übersteigen. Dabei wurde die im PUEG beschlossene Dynamisierung der Pflegeleistungen nun im Gesetz verankert und der seit 1. Januar 2025 ohnehin geltende Betrag im SGB XI verankert.

Bewertung

Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist ein Festhalten an der bisherigen Versorgungspraxis nicht mehr tragbar.

Für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch, wie z. B. Desinfektionsmittel und Schutzmasken, stehen dann Pflegebedürftigen, die von Angehörigen in ihrer Häuslichkeit gepflegt werden, im Monat 42 Euro zur Verfügung. Die benötigten Mittel werden derzeit in der Regel im Sachleistungsprinzip bereitgestellt. Hierfür ist ein Verfahren erforderlich, dass sowohl für die Versicherten als auch für die Pflegekassen sehr aufwendig ist. Die Antragsbearbeitung, die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen und die Abwicklung der Lieferungen erfordern umfangreiche Ressourcen.

Die Innungskrankenkassen fordern daher im Sinne der Pflegebedürftigen und mit Blick auf die Möglichkeit der Absenkung der Verwaltungskosten, eine Vereinfachung der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch.

Es ist sinnvoll den Bedarf an Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch im Rahmen der ohnehin stattfindenden Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst oder durch Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer Leistungserbringung feststellen zu lassen und die Auszahlung als Nebenleistung mit dem Pflegegeld an die Pflegebedürftigen direkt auszuzahlen. Der Versicherte kann dann nach seinem individuellen Bedarf die benötigten Produkte in Apotheken, Sanitätshäusern und auf dem freien Markt nach eigenem Ermessen erwerben. Den Versicherten wird auf diesem Weg ermöglicht, ihre Kaufentscheidung anhand ihres tatsächlichen

Bedarfs unter eigenen Gesichtspunkten treffen zu können. Sie erhalten damit mehr Flexibilität, um die Auswahl der benötigten Produkte einem sich monatlich ändernden Bedarf anzupassen. Die Versorgungsprozesse könnten auf diese Weise ohne Qualitätsnachteile entbürokratisiert und beschleunigt werden. Zugleich könnten kostengünstigere und wirtschaftlichere Beschaffungswege ermöglicht werden, damit der Betrag auch langfristig auskömmlich bleibt.

Regelungsvorschlag

§ 40 Absatz 2 SGB XI wird wie folgt neu gefasst:

„Zur Erfüllung des Anspruchs auf Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln erhalten Pflegebedürftige als Leistung zur häuslichen Pflege, wenn die Durchführung der Pflege zumindest teilweise durch eine Pflegeperson nach § 19 SGB XI erfolgt, einen pauschalen Betrag von 42 Euro monatlich für die Selbstbeschaffung der notwendigen Pflegehilfsmittel. Der Betrag wird von der Pflegekasse erstmalig auf Antrag und nach Bewilligung der Leistung monatlich im Voraus an die pflegebedürftige Person selbst gezahlt, wenn der Bedarf im Rahmen der Pflegebegutachtung nach § 15 SGB XI ff vom Medizinischen Dienst oder durch eine Pflegefachperson festgestellt wurde. Der Geldbetrag wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Leistungsanspruch endet. § 118 Absatz 3 und 4 des Sechsten Buches gelten entsprechend, wenn der Betrag für die Zeit nach dem Tod des Berechtigten gezahlt wurde.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36

§ 45h (neu): Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Neuregelung soll eine neue Leistung für Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c eingeführt werden. § 45h Absatz 1 und 2 lauten wie folgt:

(1) Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c erhalten einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 450 Euro je Kalendermonat zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege.

(2) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben zudem je Kalendermonat Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung gemäß § 36. Wenn der Sachleistungsanspruch nur teilweise in Anspruch genommen wird, besteht Anspruch auf anteiliges Pflegegeld gemäß § 38 Satz 1 und 2 in Verbindung mit § 37.

Bewertung

Die Förderung und der Ausbau von alternativen Wohnformen werden von den Innungskrankenkassen unterstützt. Allerdings wird die Querfinanzierung aus einzelnen ambulanten Leistungsbeträgen abgelehnt, da dies zum einen einen hohen Bürokratieaufwand erfordert und zum anderen nicht zielgerichtet ist.

Wir schlagen zur Umstrukturierung des bisherigen Finanzierungssystems vor, für den neuen § 45h SGB XI eine 3. Säule („stambulant“) neben ambulant und stationär einzuführen und mit einem eigenen Leistungsbetrag auszustatten. Bei Inanspruchnahme des „stambulanten“ Sektors können dann keine entsprechenden Leistungsbeträge aus dem ambulanten und stationären Sektor bezogen werden.

Sollte es beim bisherigen Entwurf bleiben, sollte vom Gesetzgeber konkretisiert werden, ob ein Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 SGB XI besteht oder nicht. Die aktuelle Formulierung legt nahe, dass kein Anspruch besteht. Dies wäre aber nicht nachvollziehbar, da gemäß dem Gesetzestext ausdrücklich Anspruch auf anteiliges Pflegegeld besteht. Bei Verzicht auf den Bezug von Pflegesachleistungen wäre ein kompletter Verlust des Pflegegeldes inkonsistent zum Bezug des anteiligen Pflegegeldes.

Änderungsvorschlag

§ 45h Abs. 1 wird wie folgt neu gefasst:

(1) Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c können folgende Leistungsbeträge in Anspruch nehmen:

PG1: 100 Prozent der Leistungen gemäß §§ 42a SGB XI und 45b SGB XI,

PG2: 100 Prozent der Leistungen gemäß §§ 42a SGB XI und 45b SGB XI, 75 Prozent der Leistung gemäß § 37 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI und 25 Prozent der Leistung gemäß § 43 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI

PG3: 100 Prozent der Leistungen gemäß §§ 42a SGB XI und 45b SGB XI, 75 Prozent der Leistung gemäß § 37 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI und 25 Prozent der Leistung gemäß § 43 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI

PG4: 100 Prozent der Leistungen gemäß §§ 42a SGB XI und 45b SGB XI, 75 Prozent der Leistung gemäß § 37 Abs. 1 Nr. 3 SGB XI und 25 Prozent der Leistung gemäß § 43 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI

PG5: 100 Prozent der Leistungen gemäß §§ 42a SGB XI und 45b SGB XI, 75 Prozent der Leistung gemäß § 37 Abs. 1 Nr. 4 SGB XI und 25 Prozent der Leistung gemäß § 43 Abs. 2 Nr. 4 SGB XI

§ 45 h Absatz 2:

Streichung

Aus § 45 h Absatz 3 wird Absatz 2 und aus Absatz 4 wird Absatz 3.

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 42 a)

§ 72 Absatz 1a (neu): Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

Beabsichtigte Neuregelung

Vor Abschluss des Versorgungsvertrages sind die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 1 und, soweit diese in den Ländern bestehen, der Ausschüsse nach § 8a Absätze 2 und 3 zu beachten. Sofern vorhanden, sind auch die Empfehlungen und Zielsetzungen für die pflegerische Versorgung zu beachten, die im Rahmen der jeweiligen nach landesrechtlichen Vorgaben durchgeführten kommunalen Pflegestrukturplanung vorliegen.

Bewertung

Die Pflegekassen und Landesverbände der Pflegekassen werden bei der Pflegestrukturplanung nicht beteiligt; insofern sollten diese auch keine Daten Dritten zur Verfügung stellen. Die Beachtung der benannten Empfehlungen vor Abschluss des Versorgungsvertrages kann zum Zeitverzug führen. Darüber hinaus sollte geprüft werden, ob der Kontrahierungszwang zur Zulassung der Pflegeeinrichtung noch Bestand hat.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 43

§ 73a Absatz 1 und 3: Verfahren zu Beeinträchtigung bei Versorgungsverträgen

Beabsichtigte Neuregelung

§ 73a Absatz 1 und 3 sehen vor:

Absatz 1: Im Fall einer absehbaren oder bereits eingetretenen wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung ist der Träger einer nach § 72 zugelassenen Pflegeeinrichtung verpflichtet, diese umgehend gegenüber den Pflegekassen als seinen Vertragspartnern anzuzeigen. Es genügt die Anzeige an eine als Partei des Versorgungsvertrages beteiligte Pflegekasse. Die von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen sind hierüber zu informieren. (...)

Absatz 3: Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals zum Stichtag 1. März 2026 und danach halbjährlich über die Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge sowie über die Anzahl der Pflegeplätze in den einzelnen Versorgungsbereichen. Der Bericht ist nach Bundesländern zu differenzieren und spätestens sechs Wochen nach dem Stichtag vorzulegen. Dieser enthält neben den numerischen Angaben auch Bewertungen der Pflegekassenverbände zur Versorgungssituation in den einzelnen Ländern.

Bewertung

Eine Beeinträchtigung der Leistungserbringung soll gegenüber allen Vertragsparteien erfolgen, sofern nicht eine federführende Vertragspartei benannt ist. Hierbei soll die Informationsweitergabe gewährleistet werden.

Es ist vorgesehen, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesministerium für Gesundheit halbjährlich über die Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge sowie der Pflegeplätze in den einzelnen Versorgungsbereichen berichten soll. Dabei soll er auf Daten zugreifen, die er jedoch nicht erheben kann. Die Pflegekassenverbände sollen in dem Zusammenhang Daten an Dritte weiterreichen. Dies stellt jedoch keine originäre Aufgabe der Pflegekassenverbände dar. Unabhängig davon, ist nicht nachvollziehbar, zu welchem konkreten Zweck die Berichterstattung erfolgen soll. Der administrative Aufwand steht dabei in keinem Verhältnis.

Änderungsvorschlag

Absatz 1 ist wie folgt zu fassen:

„Im Fall einer absehbaren oder bereits eingetretenen wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung ist der Träger einer nach § 72 zugelassenen Pflegeeinrichtung verpflichtet, diese umgehend gegenüber den Pflegekassen als seinen Vertragspartnern anzuzeigen. ~~Es genügt die Anzeige an eine als Partei des Versorgungsvertrages beteiligte Pflegekasse.~~ Die Anzeige erfolgt gegenüber allen Vertragsparteien, solange nicht eine federführende Vertragspartei benannt ist. Die von der Pflegeeinrichtungen versorgten Pflegebedürftigen sind hierüber zu informieren.“

Streichung Absatz 3.

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 51

§ 86a Absatz 3 (neu): Verfahrensrichtlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen

Beabsichtigte Neuregelung

Zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Verfahren mit dem Ziel des Abschlusses weitsichtiger Pflegesatz- und Pflegevergütungsvereinbarungen sind auf Bundesebene Empfehlungen nach dem Verfahren gemäß § 75 Absatz 6 bis zum [zu ergänzen: neun Monate nach Inkrafttreten] abzugeben.

Bewertung

Die bundeseinheitlichen Verfahrensrichtlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen werden begrüßt. Die Erstellung von einheitlichen Vorgaben für die Pflegesatzverhandlungen stellt jedoch aufgrund unterschiedlicher Strukturen auf Landesebene eine kaum zu bewältigende Herausforderung dar. Der Erstellungszeitraum von neun Monaten wird insofern als zu kurz angesehen. Die Innungskrankenkassen erachten daher einen Zeitraum von mindestens 12, zielführender 18 Monaten für erforderlich.

Änderungsvorschlag

§ 86a Absatz 3 (neu) wird wie folgt geändert:

„3) Zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Verfahren mit dem Ziel des Abschlusses weitsichtiger Pflegesatz- und Pflegevergütungsvereinbarungen sind auf Bundesebene Empfehlungen nach dem Verfahren gemäß § 75 Absatz 6 bis zum [zu ergänzen: ~~neun~~achtzehn Monate nach Inkrafttreten] abzugeben.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 55

§ 92c Absatz 2 (neu): Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen

Beabsichtigte Neuregelung

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene beschließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe spätestens bis zum [einsetzen: Datum neun Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 14, Absatz 1] Empfehlungen zu den Vertragsinhalten nach Absatz 1 und 2; die Erfahrungen auf Basis der bereits durchgeführten Modelle zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach diesem Buch sowie die Vorgaben des Elften Kapitels zur Qualitätssicherung gemeinschaftlicher Wohnformen im Sinne des Absatzes 1 sind ebenso zu beachten wie jeweils vorliegende Erkenntnisse aus den Modellen nach § 8 Absätze 3a und 3b.

Bewertung

Die einheitlichen Empfehlungen zu den Vertragsinhalten in gemeinschaftlichen Wohnformen werden begrüßt. Da hierbei die Erfahrungen aus den Modellprogrammen und die Regelungen aus dem SGB XI und SGB V in Einklang gebracht werden sollen, wird die zeitliche Vorgabe von nur neun Monaten als zu kurz erachtet. Insbesondere müssen hierbei vertragsrechtliche, leistungsrechtliche sowie qualitative Anforderungen an die gemeinschaftliche Wohnform beachtet werden. Die Innungskrankenkassen halten daher einen Zeitraum von mindestens 18 Monaten für erforderlich.

Änderungsvorschlag

§ 92c Absatz 5 wird wie folgt geändert:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene beschließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe

und der Eingliederungshilfe spätestens bis zum [einsetzen: Datum ~~neun~~ achtzehn Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 14 Absatz 1] Empfehlungen zu den Vertragsinhalten nach Absatz 1 und 2; (...).“

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 65 a)

§ 114 Absatz 1a (neu): Durchführung von Qualitätsprüfungen

Beabsichtigte Neuregelung

Die Prüfaufträge nach Absatz 1 sollen ab dem 1. Januar 2028 auf digitalem Wege erteilt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen errichtet hierfür im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Planung, zur Auftragsvergabe und zur Durchführung von Qualitätsprüfungen eine Daten- und Kommunikationsplattform.

Bewertung

Der finanzielle Aufwand für eine Daten- und Kommunikationsplattform wird vor dem Hintergrund der Nutzenbewertung als kritisch betrachtet. Eine bundeseinheitliche elektronische Übermittlung ist im Rahmen der Digitalisierung sinnvoll. Fraglich bleibt, ob es dafür einer neuen Plattform bedarf. Der prognostizierte finanzielle Aufwand wird vor dem Hintergrund von IT-Tagessätzen zur Programmierung kritisch gesehen, auch für den Fall, falls eine Angliederung an bestehende Systeme erfolgt. Darüber hinaus sind der Spitzenverband Bund und andere benannte Organisationen hier nicht Dateninhaber, sondern die Landesverbände der Pflegekassen, welche die Prüfungen in Auftrag geben.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 15a SGB V (neu): Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung

Beabsichtigte Neuregelung

Pflegefachpersonen sollen künftig im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung selbstständig heilkundlich tätig werden dürfen. Die Kompetenzen für Pflegefachpersonen sollen u. a. dahingehend erweitert werden, dass die selbstständige Entscheidung über die Ausstellung von Folgeverordnungen bei einzelnen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege und der für die Ausführung dieser Leistungen benötigten Hilfsmittel ermöglicht wird. Ein Katalog dieser Maßnahmen einschließlich der hierfür benötigten Hilfsmittel soll im Rahmenvertrag nach § 73d SGB V vereinbart werden.

Bewertung

Die in der Begründung explizite Beschränkung auf Folgeverordnungen von bereits durch ärztliche Therapieentscheidung veranlasste Erstversorgung wird im Gesetzeswortlaut nicht deutlich; die derzeit geplante gesetzliche Fassung wird insofern zu Missverständnissen und Konflikten in den Versorgungsprozessen führen.

Vor diesem Hintergrund bedarf es aus Sicht der Innungskrankenkassen zwingend einer Konkretisierung dahingehend, dass sich die Kompetenz der Pflegefachperson auf Folgeverordnungen von bereits vorhandenen Hilfsmitteln beschränkt, die für die Leistungserbringung der häuslichen Krankenpflege erforderlich sind und deren Einsatz keinen Eingriff in die Therapieentscheidung des Arztes darstellen. Die medizinische Notwendigkeit der Erstversorgung sollte weiterhin vom Arzt festgelegt werden.

Änderungsvorschlag

§ 15a Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V wird wie folgt geändert:

„[...] nach einer erstmaligen ärztlichen Verordnung die Verordnung der in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Katalog genannten Leistungen der häuslichen Krankenpflege, einschließlich der Folge~~V~~verordnung der für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel nach § 33.“

Zu Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 28

§ 273 Absatz 7 SGB V neu: Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht u.a. ein Ende der systematischen Auffälligkeitsprüfungen nach § 273 SGB V vor. Mit der neuen Regelung soll die Prüfpflicht des BAS für die systematischen Auffälligkeiten auf 15 Jahre begrenzt und die Aufbewahrungsfrist für die RSA-Datenmeldungen und deren Datengrundlagen entsprechend verlängert werden.

Bewertung

Das Verfahren wurde zuletzt durch das GKV-FKG angepasst, mit dem Ziel, die Prüfverfahren durch die Umkehr der Beweislast zu beschleunigen. Diese Erwartung hat sich bis heute nicht erfüllt. Die Regel-Prüfungen für das Berichtsjahr 2013 sind z. T. noch immer nicht abgeschlossen. Durch die Neu-Regelung in § 273 Abs. 7 SGB V i.V.m. § 7 Abs. 2 Satz 4 RSAV sollen die seit Jahren andauernden Prüfverfahren durch das BAS spätestens nach 15 Jahren zu einem Abschluss kommen.

Der Vorschlag ist grundsätzlich nachvollziehbar und begrüßenswert, da das BAS nunmehr in der Verpflichtung steht, die ausstehenden Verfahren zu beschleunigen und zu einem definierten Abschluss zu bringen. Dies darf allerdings nicht dazu führen, dass laufende Verfahren eingestellt oder wegen Fristablauf nicht fortgeführt werden. Es ist davon auszugehen, dass betroffene Krankenkassen alles daransetzen werden, die Verfahren über das Ende der Prüffrist hinauszuzögern.

Um die Prüfverfahren zu beschleunigen ist es zudem erforderlich den Verwaltungsaufwand zu reduzieren. Daher sollten die bisherigen Prüfungen und deren Ergebnisse eingehend analysiert und Maßnahmen zur Vereinfachung und Beschleunigung der Verfahren erarbeitet werden.

Änderungsbedarf

Die Innungskrankenkassen schlagen vor, nach Satz 2 folgenden Satz anzufügen:

„Das Bundesministerium für Gesundheit führt eine systematische Analyse der Prüfprozesse nach den Absätzen 2 bis 6 durch und legt bis zum 31. Dezember 2026 Vorschläge zur Vereinfachung und Beschleunigung der Verfahren vor.“

Ergänzender Änderungsbedarf

§ 39 SGB XI Verhinderungspflege

Die Regelungen zur Verhinderungspflege sind ein sinnvolles Instrument, um eine Überlastung der Pflegeperson entgegen zu wirken und hat sich seit Jahren in der pflegerischen Praxis bewährt. Auch der unbürokratische Zugang durch den Verzicht auf ein vorhergehendes Antragsverfahren ist sachgerecht und dient einer unbürokratischen Inanspruchnahme der Betroffenen.

Die Praxis zeigt aber leider auch, dass die bisher geltende Verjährungsregelung von vier Jahren nicht sachdienlich ist und in gehäufte Form bei allen Pflegekassen dazu führt, dass nachträglich für den kompletten Verjährungszeitraum Erstattungen beantragt werden. Der Missbrauch wird schon dadurch augenfällig, dass in allen Fällen eine Erstattung für stundenweise Verhinderungspflege beantragt wird, da dann das Pflegegeld nicht gekürzt wird. Bis auf wenige Ausnahmefälle, in denen der Betrug durch widersprüchliche Angaben oder Unterschriftenfälschungen offensichtlich ist, müssen die Pflegekassen hohe Summen zu Lasten der Versichertengemeinschaft auszahlen, ohne zu wissen, ob tatsächlich ein entsprechender Aufwand entstanden ist.

Die Situation wird in Zukunft durch die Höhe des gemeinsamen Jahresbeitrags noch verschärft, da dies den Anreiz auf Leistungsmissbrauch noch erhöht. So können hier rückwirkend für vier Jahre 14.000 € geltend gemacht werden.

Regelungsvorschlag

Nach § 39 Absatz 1 Satz 3 wird der folgende Satz 4 eingefügt:

„Abweichend von § 45 Absatz 1 des Ersten Buches verjährt der Anspruch nach Satz 1 in einem Jahr nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem er entstanden ist.“

§ 268 SGB V Abs. 1 und § 14 Abs. 2 Satz 2 RSAV: Risikostrukturausgleich

Der Risikostrukturausgleich (RSA) ist das Fundament eines fairen Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Sein Ziel ist es, dass Krankenkassen mit vielen älteren, chronisch-kranken oder kostenintensiven Versicherten nicht benachteiligt werden. Gleichzeitig soll er sicherstellen, dass die Finanzmittel aus dem Gesundheitsfonds zielgenau verteilt werden und allen Versicherten unabhängig von Alter, Einkommen oder Gesundheitszustand ein gleicher Zugang zur Versorgung ermöglicht wird. Die langjährige Praxis zeigt jedoch, dass die Zielgenauigkeit für bestimmte Versichertenkonstellationen nicht gegeben ist. Dies betrifft die hohe Überdeckung von gesunden Versicherten zu Lasten der kranken Versicherten und verstärkt sich, wenn unvollständige Versichertenzeiten in Verbindung mit einem Risikopoolanspruch hinzukommen. Diese Fehlentwicklungen gefährden die angestrebte Chancengleichheit im Wettbewerb und erfordern gezielte Nachjustierungen.

Der Risikopool, welcher die Krankenkassen entlasten soll, wenn einzelne Versicherte hohe Kosten verursachen, die über einen bestimmten jahresbezogenen Schwellenwert (aktuell: 107.087 €) liegen, muss nachjustiert werden. Denn die Entlastung der Krankenkassen greift aktuell erst dann, wenn die Jahreskosten eines Versicherten über diesem Schwellenwert liegen. Dies führt zu Benachteiligung von Kassen, welche überproportional viele Versicherte haben, die im Laufe des Jahres versterben oder auch bei Neugeborenen, wenn diese einen hohen Behandlungsaufwand haben (z. B. Frühgeborene). Sie werden im Risikopool nicht angemessen berücksichtigt.

Regelungsvorschlag

Mit der Einführung eines kalendertäglichen Schwellenwerts würde die Ausgleichsgrenze nicht für ein ganzes Jahr gelten, sondern – wie im RSA Verfahren üblich – taggenau berechnet werden. So würden auch schwer erkrankte Versicherte mit kürzerer Versicherungszeit fair im RSA berücksichtigt. Im Ergebnis führt dies zu mehr Zielgenauigkeit, gerechterer Mittelverteilung und weniger Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen. Mit einer Ergänzung wird klargestellt, dass der jährliche Schwellenwert für die Erstattung aus dem Risikopool bei Versicherten mit unterjähriger Versicherungsdauer anteilig zu berechnen ist. Hintergrund ist, dass bei diesen Versicherten – etwa bei Tod, Kassenwechsel oder anderen Gründen für einen unterjährigen Beginn bzw. ein unterjähriges Ende der Mitgliedschaft – die tatsächliche Dauer der Versicherung im Kalenderjahr kürzer ist als ein volles Jahr. Eine Anwendung des vollen jährlichen Schwellenwertes würde in diesen Fällen dazu führen, dass auch besonders kostenintensive Leistungsfälle nicht als erstattungsfähig gelten, obwohl sie bezogen auf die Versicherungsdauer sehr hohe Ausgaben verursachen.

Nach § 268 Abs. 1 SGB V Satz 3 wird der folgende Satz 4 eingefügt:

„Bei Versicherten mit unvollständiger Versicherungszeit ist der Schwellenwert anteilig auf die Anzahl der Versicherungstage anzuwenden.“

Nach § 14 Abs. 2 Satz 2 RSAV wird der folgende Satz 3 eingefügt:

„Bei Versicherten mit unvollständiger Versicherungszeit ist der Schwellenwert anteilig auf die Anzahl der Versicherungstage anzuwenden.“

§§ 279 und 282 SGB V: Aufhebung der Mandatsbegrenzung für ehrenamtliche Mitglieder des Medizinischen Dienstes

Die gesetzlichen Regelungen zur Wahrnehmung von Selbstverwaltungsmandaten im Medizinischen Dienst und Medizinischen Dienst Bund sehen derzeit vor, dass kassenseitige Vertreterinnen und Vertreter in den Verwaltungsräten nur ein weiteres Ehrenamt in der Sozialversicherung ausüben dürfen sowie eine Begrenzung ihrer Tätigkeit auf maximal zwei Amtsperioden. Diese Regelungen gelten nicht für andere Mitglieder der Verwaltungsräte, wie etwa Patienten- oder Berufsvertreter. Ziel dieser Begrenzungen war es, eine ausgewogene Mandatsverteilung und eine Durchmischung der Gremien sicherzustellen.

In der Praxis führen diese Regelungen jedoch zu erheblichen Einschränkungen in der demokratischen Mitwirkung und zu Kompetenzverlusten in der Gremienarbeit. Die Begrenzung der Amtszeiten erschwert es, erfahrene und eingearbeitete Mitglieder langfristig einzubinden. Dies beeinträchtigt die Kontinuität und Qualität der Entscheidungsfindung und schwächt die Selbstverwaltung insgesamt. Die Regelung birgt zudem die Gefahr, dass es zukünftig zu personellen Engpässen bei der Besetzung kommen könnte, insbesondere, wenn erfahrene Mitglieder durch starre Begrenzungen ausscheiden müssen, obwohl sie weiterhin zur Verfügung stünden.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Herausforderungen wird vorgeschlagen, die Begrenzungen der Anzahl der Ehrenämter sowie der Amtsperioden für kassenseitige Vertreter in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste aufzuheben. Die entsprechenden Regelungen in § 279 Abs. 4 und 6 SGB V sollten gestrichen oder so angepasst werden, dass eine gleichberechtigte Amtsausübung aller Mitgliedergruppen in der Selbstverwaltung möglich ist.

Die Aufhebung dieser Begrenzungen würde die Besetzbarkeit der Gremien deutlich verbessern, da sie den Kreis potenzieller Kandidatinnen und Kandidaten erweitert und die Möglichkeit schafft, erfahrene und engagierte Mitglieder längerfristig einzubinden. Zudem ermöglicht die Aufhebung der Mandatsbegrenzungen eine trägerübergreifende Perspektive, die für die inhaltliche Arbeit in der Selbstverwaltung von großem Wert ist. Die Möglichkeit, Erfahrungen aus verschiedenen Bereichen der Sozialversicherung einzubringen, fördert die Qualität der Entscheidungsfindung und trägt zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems bei. Soweit aber die Ämterhäufung innerhalb der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste in Rede stand, hätte diese Häufung aufgrund des inneren Zusammenhangs der gemeinsamen Aufgaben und Interessen nicht zu einem potenziellen Konflikt geführt. Schließlich würde die Gleichbehandlung aller Mitgliedergruppen innerhalb der Verwaltungsräte hergestellt, was aus rechts- und gleichstellungspolitischer Sicht geboten erscheint. Eine Aufhebung der Be-

grenzung auf zwei Amtszeiten entspräche im Übrigen der allgemeinen Regelung der Amtszeiten der Selbstverwaltungsorgane der Sozialversicherung gemäß § 58 SGB IV, die u. a. auch für den GKV-Spitzenverband (§ 217b Absatz 1 Satz 3 SGB V) gelten.

Im Rahmen einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Verwaltungsräte ist es erforderlich, das Ehrenamt zu stärken und von bürokratischen Hürden zu befreien. Ein attraktiver, stabiler und leistungsfähiger Verwaltungsrat trägt entscheidend zur Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste bei.

Bei der Änderung in § 282 Abs. 2 Satz 7 handelt es sich um eine notwendige Folgeänderung aufgrund der vorgeschlagenen Streichung des § 279 Abs. 4 Satz 10 und 11.

Regelungsvorschlag

Der bisherige § 279 Absatz 4 SGB V wird wie folgt angepasst:

„(4) 16 Vertreter werden von den Verwaltungsräten oder Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkassen und der BAHN-BKK gewählt. Die Krankenkassen haben sich über die Zahl der Vertreter, die auf die einzelne Kassenart entfällt, zu einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes. Als Vertreter nach Satz 1 sind je zur Hälfte Frauen und Männer zu wählen. Jeder Wahlberechtigte nach Satz 1 wählt auf der Grundlage der von der oder dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates erstellten Bewerberliste eine Frau und einen Mann. Die acht Bewerberinnen und acht Bewerber mit den meisten Stimmen sind gewählt. Eine Wahl unter Verstoß gegen Satz 4 ist nichtig. Ist nach dem dritten Wahlgang die Vorgabe nach Satz 4 nicht erfüllt, gelten nur so viele Personen des Geschlechts, das nach dem Ergebnis der Wahl mehrheitlich vertreten ist, als gewählt, wie Personen des anderen Geschlechts gewählt wurden; die Anzahl der Vertreter nach Absatz 4 reduziert sich entsprechend. Das Nähere zur Durchführung der Wahl regelt die Satzung. Die Amtszeit der Vertreter nach Satz 1 darf zwei Amtsperioden nicht überschreiten. Personen, die am 1. Januar 2020 bereits Mitglieder im Verwaltungsrat eines Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sind, können einmalig wiedergewählt werden.“

Der bisherige § 279 Absatz 6 SGB V wird wie folgt angepasst:

„(6) Beschäftigte des Medizinischen Dienstes, der Krankenkassen oder ihrer Verbände sind nicht wähl- oder benennbar. Personen, die bereits mehr als ein Ehrenamt in einem Selbstverwaltungsorgan eines Versicherungsträgers, eines Verbandes der Versicherungsträger oder eines anderen Medizinischen Dienstes innehaben, können nicht gewählt oder benannt werden. § 51 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 und Absatz 6 Nummer 2 bis 6 des Vierten Buches gilt entsprechend. Rechtsbehelfe gegen die Benennung oder die Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates haben keine aufschiebende Wirkung. § 57 Absatz 5 bis 7 des Vierten Buches und § 131 Absatz 4 des Sozialgerichtsgesetzes gelten entsprechend.“

§ 282 Absatz 2 Satz 7 wird entsprechend der vorgeschlagenen Änderungen wie folgt angepasst:

„(2) [...] Das Nähere, insbesondere zur Wahl der oder des Vorsitzenden und der Stellvertreterin oder des Stellvertreters, regelt die Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1. § 40 Absatz 1 Satz 1 und 2, Absatz 2 und 3, die §§ 41, 42 Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches, § 217b Absatz 1 Satz 3 und Absatz 1a bis 1e und § 279 Absatz 4 Satz 4 bis 9, Absatz 5 Satz 5 und Absatz 6 gelten entsprechend. Die Vertreter nach Satz 2 Nummer 3 sind nicht stimmberechtigt. Personen, die Mitglieder des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sind, können nicht gewählt werden.“