

## **AOK-Bundesverband Stellungnahme zum RefE Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG)**

**Datum: 10.06.2026**

### **Vorbemerkungen:**

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf reagiert die Bundesregierung auf die chronische Unterfinanzierung der sozialen Pflegeversicherung und setzt richtige Akzente zur strukturellen Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung.

Die soziale Pflegeversicherung musste zuletzt mit einem Darlehen in Höhe von 3,2 Mrd. Euro im Jahr 2026 gestützt werden. Nach aktuellem Stand ist nicht sicher, ob dieses Darlehen bis Ende 2026 ausreicht. Ziel war es, die Beitragssätze stabil zu halten und die Balance zwischen Einnahmen und Ausgaben wiederherzustellen. Dieser Umstand zeigt, wie wenig tragfähig die bisherige Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung wirklich ist. Vor diesem Hintergrund ist es zwar richtig, dass nun Maßnahmen zur Stabilisierung ergriffen werden – sie greifen jedoch zu kurz und verschieben die Lösung der Probleme weiter in die Zukunft. Insbesondere fehlt es an einer klaren politischen Entscheidung, die Finanzierung der Pflegeversicherung auf eine breite und gerechte Grundlage zu stellen. Darüber hinaus muss der Bund seiner Verantwortung als Leistungsträger für die Bürgergeldbeziehenden gerecht werden und deren Absicherung des Gesundheits- und Pflegerisikos übernehmen. Dazu müssen die Beiträge des Bundes zur sozialen Pflegeversicherung für die Bürgergeldbeziehenden sachgerecht bemessen werden. Eine Regelung analog des Beitragssatzstabilisierungsgesetzes fehlt im vorliegenden Referentenentwurf.

Zu begrüßen ist, dass zur Zahlungsfähigkeit der einzelnen Pflegekassen eine Garantie der Liquidität durch ein Bundesdarlehen äquivalent zu den Regelungen in den anderen Sozialversicherungszweigen vorgesehen ist.

Besonders problematisch ist die einseitige faktische Lastenverteilung zu Lasten der Pflegebedürftigen, ihrer pflegenden Angehörigen (mit Blick auf geringere Rentenansprüche) und Beitragszahlenden, während sich der Staat weiterhin seiner Verantwortung entzieht. Das ist nicht haltbar. Eine Sozialversicherung, die zunehmend gesamtgesellschaftliche Aufgaben übernimmt, muss auch entsprechend aus Steuermitteln finanziert werden. Dass der Bund weder die pandemiebedingten Sonderlasten refinanziert noch zentrale Aufgaben wie die Rentenbeiträge pflegender Angehöriger trägt, ist ein gravierendes Versäumnis. Das nun auch noch die Rentenansprüche der pflegenden Angehörigen reduziert werden sollen, setzt sozialpolitisch die falschen Signale.

Gleichzeitig haben die geplanten Maßnahmen Auswirkungen auf die bereits angespannte Situation vieler Pflegebedürftiger. Statt die Eigenanteile wirksam zu begrenzen, werden bestehende Entlastungsmechanismen teilweise zurückgefahren. Damit wird in Kauf genommen, dass pflegebedürftige Menschen zunehmend finanziell überfordert und auf Hilfe zur Pflege angewiesen sein werden. Das ist sozialpolitisch problematisch und untergräbt das Vertrauen in die Pflegeversicherung als verlässliches Absicherungsinstrument.

In diesem Zusammenhang ist auch die vorgesehene Dynamisierung der Leistungen zu betrachten: Die Einführung einer regelgebundenen jährlichen Dynamisierung der Versicherungsleistungen wird grundsätzlich begrüßt, weil sie ein wirksamer Mechanismus ist, um den Anstieg der Eigenanteile der Betroffenen zu dämpfen. Die vorgesehene Regelung reduziert allerdings die Entlastungswirkung für die pflegebedürftigen Menschen, da zum einen die Regelung ein halbes Jahr später zum 01.07. statt zum 01.01. eines Jahres beginnt. Zum anderen werden die politischen Zusagen nicht umgesetzt, in 2028 rückwirkend für drei Jahre die Leistungen mit einer kumulativen Kerninflation zu dynamisieren. Stattdessen werden die Leistungen nur anhand des Durchschnitts der Kerninflation der letzten drei Jahre erhöht.

In der Zukunft wird es durch demografischen Wandel und den Rückgang von verfügbarem Personal in der Langzeitpflege neben einer nachhaltigen Finanzierungsreform daher auch darauf ankommen, die Leistungsfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung dauerhaft zu sichern. So werden zentrale strukturelle Ansatzpunkte für eine moderne pflegerische Versorgung aufgegriffen. Zur Stabilisierung der Langzeitpflege wird es künftig noch stärker darauf ankommen, gesund alt zu werden und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder hinauszuzögern. Es ist daher zu begrüßen, dass mit dem vorgelegten Referentenentwurf die Pflegeversicherung eine stärkere Ausrichtung auf Prävention und Rehabilitation erfährt.

Auch sind Anstrengungen im Entwurf erkennbar, die zur Verfügung stehenden Mittel effizienter einzusetzen. Die Förderung innovativer Versorgungsformen sowie insbesondere die stärkere Nutzung von Digitalisierung und Technik einschließlich der Bereitstellung von Bundesmitteln ist positiv zu bewerten. Letzteres ist ausdrücklich zu begrüßen, da die digitale Transformation der Pflege eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist und nicht allein über Beiträge finanziert werden kann. Im Detail findet sich aber noch Verbesserungsbedarf, insbesondere zu Fragestellungen der Abgrenzbarkeit und Vermeidung drohender Doppelstrukturen. Besonders kritisch ist die weiterhin uneinheitliche Finanzierungslogik: Während in ambulanten und teilstationären Bereichen Steuermittel eingesetzt werden, werden Investitionen in der stationären Pflege weitgehend von Pflegebedürftigen und Beitragszahlenden getragen – eine Schieflage, die sachlich kaum zu rechtfertigen ist. Auch inhaltlich greift der Entwurf bei Digitalisierung und Technik zu kurz. Entscheidend ist nicht allein die Förderung von Innovation, sondern deren nachweisbarer Nutzen für Versorgungsqualität, Selbstbestimmung und Entlastung der Pflegepraxis. Hier fehlen verbindliche Anforderungen an Evaluation, pflegfachliche Einbindung und Qualitätsnachweise.

Es wird aber verkannt, dass eine Strukturreform zwar auch einen Beitrag zur Effizienz des Gesamtsystems der Langzeitpflege leisten kann, sie wird jedoch keine ausreichende Antwort auf die Frage nach einer nachhaltigen finanziellen Tragfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung geben.

Prioritäres Ziel einer Strukturreform muss es sein, pflegebedürftige Menschen und ihr Umfeld in der Pflegesituation entsprechend ihrer Bedürfnisse und Bedarfe passgenau zu unterstützen. Die künftig vorgesehene Pflegebegleitung ist das Herzstück der Strukturreform und kann gemeinsam mit dem Pflege-Cockpit einen wichtigen Beitrag leisten, pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen bei der Gestaltung eines stabilen Arrangements barrierearm zu unterstützen. Sie wird einen wichtigen Beitrag leisten, um insbesondere zu

Beginn einer Pflegebedürftigkeit dem pflegebedürftigen Menschen und seinen Angehörigen Orientierung zu geben und die häusliche Versorgung zu stabilisieren.

Hierfür ist es auch unerlässlich, pflegebedürftigen Menschen eine fachliche Begleitung und Unterstützung bei der Pflege zur Seite zu stellen und für ihre Unterstützung eine verlässliche Sorgeinfrastruktur im Sozialraum zu gewährleisten. Der Referentenentwurf bietet hier gute Ansätze.

Die Leistungen der Pflegeversicherung müssen einfacher, verständlicher und durchlässiger gestaltet werden. Eine wesentliche Zielsetzung des Referentenentwurfs ist eine Vereinfachung des Leistungsrechts. Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen von den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen einfach und bürokratiearm in Anspruch genommen werden können. Die vorgeschlagenen Regelungen zur leistungsrechtlichen Weiterentwicklung bilden jeweils für sich betrachtet überwiegend diese Grundsätze ab. Betrachtet man ihre Änderungen in Gänze wird deutlich, dass die Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherungen für pflegebedürftige Menschen komplizierter und teilweise sogar bürokratischer ausgestaltet werden soll. Die Komplexität des Leistungsrechts wird nicht aufgelöst.

Ähnlicher Nachsteuerungsbedarf zeigt sich bei der Personalbemessung: Die bestehenden Umsetzungsprobleme machen deutlich, dass eine bloße Fortschreibung der aktuellen Regelungen nicht trägt. Statt Transparenzanforderungen zurückzufahren, braucht es eine grundlegende Weiterentwicklung, die Qualifikationsmix, Ausbildungsrealität und Arbeitsmarktbedingungen konsequent mitdenkt. Andernfalls bleibt die Personalbemessung hinter ihrem Anspruch zurück und kann die Versorgungsqualität nicht nachhaltig sichern.

Nachfolgend wird im Einzelnen nur zu den wesentlichen Regelungen des Referentenentwurfs Stellung genommen. Darüber hinaus sind in dieser Stellungnahme weitere AOK-Vorschläge aufgegriffen.

## **Bewertung der einzelnen Regelungsvorschläge**

### **Art. 1: Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
2	§ 1 Soziale Pflegeversicherung	<b>Die Aktualisierung ist sachgerecht.</b>
3	§§ 2 bis 4 werden ersetzt durch:	
	<i>§ 2 Vorrang der häuslichen Pflege und Art und Umfang der Leistungen</i>	<p><b>Die Neustrukturierung ist sachgerecht.</b></p> <p><b>Korrekturbedarf:</b> Der Perspektivwechsel vom verrichtungsbezogenen zum ressourcenorientierten Pflegeverständnis ist noch nicht aufgegriffen. Die sozialrechtliche Kategorisierung von Leistungen der Pflegeversicherung in körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Unterstützung bei der Haushaltsführung sind zum einen einengend, denn sie greifen nicht alle relevante Lebensbereiche nach § 14 SGB XI auf (insbesondere Module 2 und 3). Zum anderen ist der Begriff der pflegerischen Betreuungsleistungen fachlich nicht hinterlegt oder beschrieben. Die Parallelität von sozialrechtlicher Kategorisierung und der Festlegung von relevanten Lebensbereichen nach § 14 führt zu Problemen in der Praxis (u. a. bei der Beschreibung von Inhalten pflegerischer Aufgaben in der Praxis, so zum Beispiel in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI) und erschweren die Etablierung eines zeitgemäßen Pflegeverständnisses. Deshalb sind die Leistungen der Pflegeversicherung ausschließlich nach den in § 14 beschriebenen relevanten Lebensbereichen auszurichten.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b> (1) Die Leistungen der Pflegeversicherung sind Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an pflegerischen Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte und Hilfen bei der Haushaltsführung sowie Kostenerstattung, soweit es dieses Buch vorsieht. Art und Um-</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
	<p><i>§ 3 Selbstbestimmung und Rechte der Pflegebedürftigen</i></p>	<p>fang der Leistungen richten sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit und danach, ob häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege in Anspruch genommen wird.</p> <p><b>Die Neustrukturierung ist sachgerecht.</b></p> <p><b>Korrekturbedarf:</b></p> <p>Der Begriff der Angemessenheit in Absatz 3 („soweit die Wünsche angemessen sind“) führt hier aufgrund fehlender Konkretisierung des Begriffs und des fehlenden Kontextes zu Missinterpretationen. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff und das damit einhergehende Pflegeverständnis hat auch zum Ziel, die Selbstbestimmung von pflegebedürftigen Menschen und ihren An- oder Zugehörigen zu berücksichtigen und zu stärken. Die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Menschen sind im Rahmen der Pflege zu berücksichtigen und Fragen der Angemessenheit sind Teil des Aushandlungsprozesses zwischen pflegebedürftigem Menschen und Pflegefachperson im Rahmen des Pflegeprozesses oder im Rahmen der Durchführung der Pflegebegleitung. Mit der bisherigen Formulierung entsteht der Eindruck, dass nur dann, wenn aus pflegfachlicher Sicht Maßnahmen angemessen sind, sie bei der Gestaltung pflegerischer Hilfen berücksichtigt werden; sofern die aus pflegfachlicher Sicht empfohlenen Maßnahmen nicht umgesetzt werden, wird damit in der Praxis auch gleichzeitig eine nicht ausreichende Pflegequalität verknüpft.</p> <p>Die Rahmenvertragspartner nach § 75 legen die pflegerischen Aufgaben, die im Rahmen der Pflegeversicherung erbracht werden können, fest. Die Regelungen zur Wirtschaftlichkeit der Leistungen sind im Absatz 4 aufgegriffen und bleiben nach § 29 SGB XI unberührt.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b></p> <p>In Absatz 3 Satz 1 ist der Halbsatz „soweit sie angemessen sind“ zu streichen. In Absatz 3 Satz 2 ist der Halbsatz „haben nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden“ durch den Halbsatz „sollen Berücksichtigung finden“ zu ersetzen.</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
	§ 4 Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen	<p><b>Die Neustrukturierung ist sachgerecht.</b></p> <p><b>Korrekturbedarf:</b> Der Perspektivwechsel vom verrichtungsbezogenen zum ressourcenorientierten Pflegeverständnis ist noch nicht aufgegriffen. Der Bezug zur aktivierenden Pflege stand aus der Zeit eines verrichtungsorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriff und Pflegeverständnis. Aus diesem Grund und aufgrund fehlender pflegefachlicher und normativer Definitionen stellt der Begriff unter dem geltenden ressourcenorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriff eine Einengung dar. Mit dem geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem damit einhergehenden Pflegeverständnis hat die Pflege grundsätzlich zum Ziel, die Selbstständigkeit und Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen zu erhalten und zu fördern.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b> In Absatz 2 Satz 1 sind die Wörter „der aktivierenden Pflege“ durch die Wörter „an den Ressourcen und Bedürfnissen des Menschen orientierte Pflege“ zu ersetzen.</p>
4	§ 5 Prävention in Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation	<p><b>Die Neuregelung ist teilweise sachgerecht.</b></p> <p><b>Korrekturbedarf:</b> Die wissenschaftliche Erhebung relevanter Risikofaktoren zur frühzeitigen Erkennung drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit ist ein sinnvoller Ansatz, um präventive Maßnahmen frühzeitig einzuleiten und die Versorgungssituation stabil zu halten. Diese kann eine wichtige Grundlage für eine stärker präventiv ausgerichtete Pflegebegleitung und Versorgungssteuerung darstellen.</p> <p>Es werden jedoch zwei verschiedene Ebenen adressiert, deren konkrete Verzahnung unklar bleibt. Die wissenschaftliche Expertise soll zunächst der Identifikation und fachlichen Bewertung relevanter Risikofaktoren dienen, während die Regelung zugleich bereits umfassende Berichtspflichten zur Umsetzung und zum Erfolg entsprechender Maßnahmen vorsieht. Es ist unklar, auf welcher Grundlage eine Evaluation</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>erfolgen soll, bevor die relevanten Risikofaktoren, geeignete Interventionsmaßnahmen sowie valide Evaluationskriterien überhaupt definiert und operationalisiert wurden. Demzufolge erscheint die Einführung einer jährlichen Berichtspflicht zum jetzigen Zeitpunkt verfrüht. Zudem ist diese mit erheblichem administrativem und bürokratischem Aufwand verbunden, der unverhältnismäßig und nicht sachgerecht erscheint.</p> <p>In der Prävention werden zwei unterschiedliche Bereiche angesprochen, die im Verlauf nicht weiter differenziert werden. Einerseits geht es um die Prävention einer bereits eingetretenen Pflegebedürftigkeit, andererseits um die Prävention im Sinne der Verhinderung bzw. Verzögerung des Eintritts von Pflegebedürftigkeit. In beiden Präventionsbereichen sind SGB-übergreifende Versorgungsaspekte und weiterführende, hochkomplexe Parameter relevant. Eine Messung von Risikofaktoren, Maßnahmen und ihrer präventiven Wirkungen sollte dies berücksichtigen. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass sich die Ansatzpunkte wirksamer Prävention unterscheiden, ebenso wie die jeweiligen Betrachtungszeiträume, die eine Identifizierung relevanter Risikofaktoren ermöglichen. Zudem greift bei einer Verhinderung bzw. Verzögerung des Eintritts die Pflegebegleitung nicht.</p> <p>Der Entwurf lässt die konkrete Datenbasis sowie die technischen und methodischen Verfahren zur Identifikation, Bewertung und Verlaufsbeobachtung relevanter Risikofaktoren offen. Im Sinne des Bürokratieabbaus sollten zusätzliche Dokumentations- und Erhebungspflichten für Pflegekassen und Leistungserbringer vermieden werden.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b> In Absatz 2 wird der folgende Satz gestrichen: „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich einen Bericht vor über die Umsetzung und den Erfolg der Maßnahmen zur Reduzierung der nach Satz 1 ermittelten Risikofaktoren sowie über deren</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		Berücksichtigung und Erfolg in der Beratungs- und Leistungspraxis der Pflegekassen.“
5	§ 6 wird ersetzt durch <i>§ 6 Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen</i>	<p><b>Die Neustrukturierung ist sachgerecht.</b></p> <p><b>Korrekturbedarf:</b> Der Perspektivwechsel vom verrichtungsbezogenen zum ressourcenorientierten Pflegeverständnis ist noch nicht aufgegriffen (vgl. auch Stellungnahmen zu den §§ 2 und 4). Aus pflegefachlicher und pflegewissenschaftlicher Sicht gibt es keine pflegerischen Betreuungsleistungen. Darüber hinaus gibt es auch keinen anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu Betreuungsleistungen.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b> Absatz 1 ist wie folgt zu formulieren: „(1) Inhalt und Organisation der Leistungen, die Pflegeeinrichtungen erbringen, haben eine humane und an den Ressourcen und Bedürfnissen des Menschen orientierte Pflege unter Achtung der Menschenwürde jederzeit zu gewährleisten. Die Pflegeeinrichtungen pflegen und versorgen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Die Pflegeeinrichtungen unterstützen die Versicherten dabei, durch eine gesundheitsbewusste Alltagsgestaltung und durch präventiv und rehabilitativ ausgerichtete Pflegemaßnahmen, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken.“</p>
6	neue §§ 7 und 7a:	
	<i>§ 7 Aufgaben der Pflegekassen</i>	<b>Die Neustrukturierung ist sachgerecht.</b>
	<i>§ 7a Pflege-Cockpit</i>	<p><b>Die Regelung ist sachgerecht.</b></p> <p>Bereits vorhandene Komponenten (z. B. Pflegenavigator, AOK-Mein Leben, Leistungsübersicht, Online-Antragsformular) können in ein Pflege-Cockpit integriert</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		werden. Die zeitlichen Fristen (01.07.2028) sind für eine Umsetzung der ersten Stufe ausreichend bemessen.
7	§ 7 wird zu 7b und geändert: <i>§ 7b Aufklärung und Auskunft durch die Pflegekassen</i>	<b>Die Neustrukturierung ist sachgerecht.</b> Es ist zu prüfen, ob der Einschub, dass Versicherte und ihre Angehörigen „individuell zu beraten“ sind, mit Blick auf der allgemeinen Beratungspflicht nach § 14 Absatz 1 und der Pflegebegleitung nach § 7c erforderlich ist.
8	§§ 7a und 7b durch §§ 7c und 7d ersetzt	
	<i>§ 7c Pflegebegleitung</i>	<p><b>Die Bündelung bisheriger Beratungsleistungen zu einem neuen und erweiterten Leistungsanspruch der Pflegebegleitung ist sachgerecht. Die alleinige Verpflichtung der Pflegekassen, der pflegebedürftigen Person und ihren Angehörigen einen konkreten Termin anzubieten (Absatz 3) ist nicht sachgerecht.</b></p> <p><b>Korrekturbedarf:</b> Pflegebedürftige Personen in den Pflegegraden 2 und 3 haben bei Inanspruchnahme des Entlastungsbudgets in den ersten drei Monaten nach erstmaliger Feststellung der Pflegebedürftigkeit Anspruch auf das hälftige Entlastungsbudget, Pflegebedürftige Personen im Pflegegrad 1 haben keinen Anspruch auf das Entlastungsbudget. Zur Kompensation wird in § 37 Absatz 3 ein zusätzlicher Anspruch gesetzlich normiert. Zur Klarstellung ist eine korrespondierende Regelung im Absatz 1 aufzunehmen.</p> <p>Das Terminmanagement in Anlehnung an das Terminmanagement des Mammographie Screening verpflichtend auf die Pflegekassen zu übertragen, ist im Fall der Durchführung der Pflegebegleitung insbesondere nach § 7d Absatz 4 oder 5 nicht umsetzbar.</p> <p>Die Pflegebegleitung von pflegebedürftigen Personen mit besonderen Unterstützungsbedarfen (Absatz 5) kann nur gelingen, wenn im Rahmen der strukturierten, fallbezogenen Methode der Hilfebedarf auf Grundlage bisheriger Informationen der</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>Pflegebegleitung festgestellt und die Umsetzung des Hilfeplans systematisch evaluiert wird.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b> in Absatz 1 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt: „Pflegerbedürftige im Pflegegrad 1 und Pflegebedürftige im Pflegegrad 2 bis 5, die ein Entlastungsbudget nach § 37 Absatz 1 beziehen, haben Anspruch auf bis zu zwei Beratungen nach Satz 1 innerhalb von drei Monaten nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades.“</p> <p>Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt formuliert: „Die Pflegekasse informiert unmittelbar nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades der pflegebedürftigen Person die für die Pflegebegleitung zuständige Stelle. Die für die Pflegebegleitung zuständige Stelle hat unmittelbar unter Angabe einer Kontaktperson der pflegebedürftigen Person einen konkreten Termin für eine Pflegebegleitung in der häuslichen Umgebung anzubieten.“</p> <p>In Absatz 5 wird Satz 3 durch folgende Sätze ersetzt: Die Aufgabe der Pflegebegleitpersonen ist die Feststellung des Hilfebedarfs auf Grundlage vorliegender Erkenntnisse, die Festlegung des Hilfeplans und bei Bedarf seine Überprüfung. Dabei unterstützt die Pflegebegleitperson:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. bei der rechtskreisübergreifenden Beantragung von in Betracht kommenden Sozialleistungen sowie der Suche nach und der Inanspruchnahme von passenden Angeboten und</li> <li>2. bei der Suche, Inanspruchnahme und Organisation weiterer unterstützender Angebote und Hilfen.“</li> </ol> <p>In Absatz 6 wird Satz 8 wie folgt formuliert:</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>„Nimmt die pflegebedürftige Person das angebotene Fallmanagement nicht in Anspruch, hat die Pflegekasse das Entlastungsbudget zu entziehen.“</p>
	<p>§ 7d Angebotsstruktur und Finanzierung der Pflegebegleitung</p>	<p><b>Die Möglichkeit der Vernetzung der Pflegebegleitung mit Angeboten und Strukturen der kommunalen Altenhilfe oder auf Landesebene bestehenden lokalen Angeboten ist sachgerecht.</b></p> <p><b>Die Begrenzung der kassenartenübergreifenden Organisation und Finanzierung der Pflegebegleitung auf die gesetzlichen Pflegekassen ist jedoch nicht sachgerecht. Nicht sachgerecht ist es auch, dass die Einsparungen durch den hälftigen Bezug des Entlastungsbudget von pflegebedürftigen Personen in den Pflegegraden 2 und 3 in den ersten drei Monaten nach erstmaliger Feststellung der Pflegebedürftigkeit nicht zur Finanzierung der Pflegebegleitung eingesetzt werden.</b></p> <p><b>Bei einer gesetzlichen Normierung eines fixen Betrags zur Strukturfinanzierung der Pflegebegleitung ist angesichts der Kostenentwicklung in Analogie zum § 30 eine Dynamisierung vorzusehen.</b></p> <p><b>Das einseitige Verlangen der zuständigen Träger der Sozialhilfe oder der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe auf Abschluss einer Vereinbarung zur Übernahme der Pflegebegleitung ist nicht sachgerecht.</b></p> <p><b>Korrektur-/Ergänzungsbedarf:</b></p> <p>Aus der Perspektive der pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen ist es nachvollziehbar, dass das Beratungsangebot der Pflegebegleitung kassenartenübergreifend organisiert wird. Die originäre Verantwortung für die Durchführung der Pflegebegleitung liegt grundsätzlich bei den gesetzlichen Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen, die die privaten Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Auch pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen, die bei privaten Versicherungsunternehmen versichert sind, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, sollen sich für die Inanspruchnahme der Pflegebegleitung an die für die Pflegebegleitung zuständige Stelle im Landkreis und kreisfreien Stadt wenden können. Daher sind die privaten Versicherungsunternehmen, die die Pflege-</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>Pflichtversicherung durchführen, organisatorisch einzubinden (Absatz 1) und an der Strukturfinanzierung der Pflegebegleitung (Absatz 3) zu beteiligen.</p> <p>Entsprechend den Bedarfslagen von pflegebedürftigen Personen und ihren An- und Zugehörigen sind die sozialräumlichen Sorge- und Angebotsstrukturen lokal zu gestalten. Die Erfahrungen aus dem Prozess zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege im Rahmen des PSG III zeigten, dass das nur in gemeinsamer Verantwortung von Kommune und Pflegekassen gut gelingen kann. Nur mit einer gemeinsamen Übernahme der Verantwortung kann eine bessere Verzahnung der Beratungs- und Sicherstellungsaufgaben der Pflegekassen und im Rahmen der Daseinsvorsorge gelingen, insbesondere durch Abstimmungsprozesse kann der effiziente und bedarfsgerechte Einsatz von personellen und finanziellen Ressourcen eine deutlich engere Zusammenarbeit zwischen Kommunen und den Kranken- und Pflegekassen erreicht werden (Absätze 4 und 5).</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b></p> <p>In Absatz 1 wird nach Satz 5 folgender Satz angefügt. „Die Sätze 1 bis 3 gelten für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen entsprechend.</p> <p>In Absatz 3 werden die Sätze 1 bis 4 wie folgt formuliert: „Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, die die Pflege-Pflichtversicherung durchführen, stellen zur Erfüllung ihrer Verpflichtung nach § 7c für das Gebiet jedes Kreises und jeder kreisfreien Stadt jährlich finanzielle Mittel bereit. Diese Mittel berechnen sich anhand von 146 Euro je pflegebedürftiger Person in häuslicher Pflege, die bei der Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen, die die Pflege-Pflichtversicherung durchführt, versichert ist, mit Wohnsitz in dem jeweiligen Kreis oder der jeweiligen kreisfreien Stadt. Der Betrag nach Satz 2 erhöht sich analog der Regelungen in § 30 Absatz 1.</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>Die Mittel je Kreis oder kreisfreier Stadt setzt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., im Fall der Übernahme nach Absatz 4 oder 5 jährlich in Richtlinien fest. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, die die Pflege-Pflichtversicherung durchführen, stellen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen die hierfür erforderlichen Daten jährlich bis spätestens zum 30. Juni zur Verfügung.“</p> <p>In Absatz 3 wird Satz 6 durch folgende Sätze ersetzt:          „Im Fall der Übernahme nach Absatz 4 oder 5 kann der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen fällt, von dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der finanziellen Mittel aus dem Ausgleichsfonds nach § 65 regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.“</p> <p>In Absatz 4 wird Satz 1 wie folgt formuliert:          „Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe können aufgrund landesrechtlicher Vorschriften mit den Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. eine Vereinbarung zur gemeinsamen und vollständigen Übernahme der Pflegebegleitung nach § 7c Absatz 1 durch Pflegestützpunkte nach § 7e schließen.“</p> <p>In Absatz 6 werden nach dem Wort „Pflegekassen“ folgende Wörter eingefügt:          „und dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V.“</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		Neuer Absatz 8: Die Betrag nach Absatz 2 Satz 3 erhöht sich analog der Regelungen in § 30 Absatz 1.
9	bisherige § 7c wird zu § 7e: <i>§ 7e Pflegestützpunkte; Verordnungsermächtigung</i>	<b>Die Neustrukturierung ist sachgerecht.</b>
10	§ 8 Gemeinsame Verantwortung	<p><b>Mit Blick auf die Anpassung der Schwellenwerte und der veränderten Leistungsansprüche pflegebedürftiger Personen gegenüber der Pflegeversicherung ist die erweiterte Berichtspflicht in Absatz 3 sachgerecht.</b></p> <p><b>Die Errichtung einer digitalen Datenplattform für die zur Verfügung Stellung von Routinedaten der Kranken- und Pflegekassen für die Strukturplanung der Länder ist sachgerecht.</b></p> <p><b>Ergänzungsbedarf:</b></p> <p>Die Berichtspflicht der Bundesregierung sollte sich auch auf private Pflege-Pflichtversicherung erstrecken; dies ist in Satz 1 klarzustellen.</p> <p>Ergänzend zur Einkommenssituation ist auch die Vermögenssituation der Leistungsbeziehenden aufzugreifen.</p> <p>Mit Blick auf die Anerkennung der Wirtschaftlichkeit von Tarifsteigerungen und Lohnentwicklungen bis zur Höhe der Grundlohnsummenentwicklung in § 72 Absatz 3g als weiterer Beitrag zur Stabilisierung der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung und zur Begrenzung der Entwicklung der Eigenanteile sind Bericht der Bundesregierung auch die Entwicklung der Löhne und Gehälter in der Pflege und die Entwicklung der Tarifbindung von Pflegeeinrichtungen aufzunehmen. Die Daten können über eine veränderte Meldepflicht zugelassener Pflegeeinrichtungen von der Geschäftsstelle nach § 82c Abs. 6 erhoben werden.</p> <p>Wünschenswert wären darüber hinaus Berichte zur Verteilung der Anzahl der Kinder von Beitragszahlenden, Informationen zu den Pflegehaushalten, insbesondere</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>zur Zahl pflegender Angehöriger, Haushaltgröße, wie auch Informationen zu Wartezeiten für die Inanspruchnahme zugelassener Pflegeeinrichtungen, Entwicklung der Pflegepersonalbestands und Personalbedarfs.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b></p> <p>In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „der Pflegeversicherung“ ersetzt durch „der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung“</p> <p>In Absatz 3 wird im Satz 2 Nr. 1 „Einkommenssituation“ durch „Einkommens- und Vermögenssituation“ ersetzt.</p> <p>In Absatz 3 wird im Satz 2 eine neue Nummer 5 angefügt: „5. die Entwicklung von Löhnen und Gehälter in der Pflege sowie die Tarifbindung von zugelassenen Pflegeeinrichtungen.“</p>
11	§ 8a Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung	<p><b>Die Festlegung von Indikatoren durch Landesrecht ist nur sachgerecht, wenn aus der daraus abgeleiteten Feststellung von Unterversorgung ausschließlich eine Verantwortung der Länder für die Umsetzung, der Landkreise und der kreisfreien Städte entsteht.</b></p> <p><b>Die Feststellung der Unterversorgung auf Grundlage der Pflegestrukturplanung auf Ebene des Landkreises und kreisfreien Stadt ist sachgerecht.</b></p> <p>Für eine gelingende Pflegestrukturplanung muss auch die Entwicklung des in der Region zur Verfügung stehenden Personalbestand und Personalbedarfs unter Berücksichtigung berufsdemografischer Dynamiken in den Blick genommen werden.</p> <p><b>Korrekturbedarf:</b></p> <p>Die Kompetenzen der Pflegekassen bleiben hiervon unberührt. Die Umsetzung</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		von Maßnahmen zur Behebung von festgestellter Unterversorgung liegt in der Verantwortung des Landes. Die Beispiele in der Gesetzesbegründung im Buchstabe b zweiter Absatz sind daraufhin entsprechend zu überprüfen.
12	§ 9 wird durch folgenden § 9 ersetzt: <i>§ 9 Aufgaben der Länder</i>	<b>Die Klarstellung, dass die Länder die Investitionskostenförderung nicht nur zur Steuerung der pflegerischen Versorgungsstruktur, sondern mit der Übernahme von Investitionskosten auch Maßnahmen zur Verringerung der Eigenanteile ergreifen können, ist sachgerecht.</b>
13	bisherige §§ 10 bis 12 ersetzt durch:	
	<i>§ 10 Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege</i>	<p><b>Die Neuregelung ist sachgerecht.</b> Die Verstetigung des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege schafft eine fachliche Struktur, um Digitalisierung in der Langzeitpflege systematischer zu begleiten.</p> <p><b>Korrektur-/Ergänzungsbedarf:</b> Der Nutznachweis darf sich nicht allein auf technische Funktionalität oder erwartete Entlastungseffekte beziehen. Er muss auch versorgungsbezogene Wirkungen, Auswirkungen auf Pflegequalität, Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen, Arbeitsorganisation und Wirtschaftlichkeit berücksichtigen.</p> <p>Zudem wird noch den Begriff „Pflegeberatungsstellen“ verwendet. Dies passt nicht mehr zur neuen Systematik, der die Pflegebegleitung nach §§ 7c und 7d neu einführt und unterschiedliche Zuständigkeiten für deren Organisation vorsieht. Zur Vermeidung redaktioneller und systematischer Unklarheiten sollte der Begriff an die neue Regelungsstruktur angepasst werden.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b> In § 10 Absatz 1 Nummer 1 werden die Wörter: „für Pflegeberatungsstellen“ durch die Wörter: „für die für die Pflegebegleitung zuständigen Stellen“ ersetzt.</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>In § 10 Absatz 1 Nummer 1 werden die Wörter: „einschließlich der Aufgaben gemäß § 113e Absatz 5“ gestrichen.</p> <p>Der Absatz 1 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:            „3. Entwicklung eines standardisierten Nutznachweises digitaler Anwendungen, der für alle Rechtskreise, in denen die pflegerische Versorgung stattfindet, angewendet werden kann und nach transparenten, wissenschaftlich begründeten Kriterien insbesondere versorgungsbezogene Wirkungen, Auswirkungen auf Pflegequalität, Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen, Arbeitsorganisation und Wirtschaftlichkeit berücksichtigt,“</p>
	<p><i>§ 11 Förderung von Innovation und Digitalisierung</i></p>	<p><b>Die Neustrukturierung der Förderung von Innovation und Digitalisierung ist sachgerecht.</b> Es erfolgt eine Bündelung der Modellvorhaben, Studien, wissenschaftliche Expertisen, digital gestützte Angebote in pflegerischen Akutsituationen sowie Fördermaßnahmen zur Digitalisierung. Die neu eingeführten Förder- und Finanzierungsbausteine sind jedoch nicht in allen Punkten sachgerecht ausgestaltet und bedürfen einer klareren Abgrenzung.</p> <p><b>Korrektur-/Ergänzungsbedarf:</b>            Die in Absatz 2 vorgesehenen telefonischen und digital gestützten Angebote zur Steuerung pflegerischer Akutsituationen greifen ein relevantes Versorgungsproblem auf. In der Ausgestaltung bleibt jedoch offen, welche Funktion diese Angebote im Verhältnis zu bestehenden Notdienst-, Notfall-, Beratungs- und Unterstützungsstrukturen übernehmen sollen.</p> <p>Anstelle einer Förderung von Modellvorhaben sollte eine wissenschaftlich begleitete Umsetzungs- und Machbarkeitsstudie vorgesehen werden. Telefonische und digital gestützte Angebote zur Steuerung pflegerischer Akutsituationen liegen an der Schnittstelle von Pflegeversicherung, landesrechtlicher Versorgungsstruktur sowie bestehenden Notdienst-, Notfall-, Beratungs- und Unterstützungsangeboten. Ihre Finanzierung und Ausgestaltung setzt daher eine vorherige Bestimmung der Schnittstellen zu bestehenden Zuständigkeiten und Versorgungsstrukturen voraus.</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>Die Studie sollte ebenfalls untersuchen, welche bestehenden Angebote bereits vorhanden sind, welche Funktion ein telefonisches oder digital gestütztes Angebot übernehmen kann, welche fachlichen Anforderungen an die Steuerung in pflegerischen Akutsituationen bestehen und welche Träger- und Finanzierungsverantwortung sachgerecht ist. Damit kann vermieden werden, dass aus Mitteln der Pflegeversicherung zusätzliche Parallelstrukturen aufgebaut werden.</p> <p>Die in Absatz 5 vorgesehene Förderung digitaler und technischer Maßnahmen sollte versorgungsformübergreifend ausgestaltet werden. Technische und digitale Systeme können nicht nur in der ambulanten und teilstationären Versorgung, sondern auch in vollstationären Pflegeeinrichtungen zur Verbesserung pflegerischer Versorgungsprozesse, zur Unterstützung der Arbeitsorganisation und zur Entlastung von Pflege- und Betreuungspersonal beitragen. Eine Beschränkung der Förderung auf ambulante und teilstationäre Pflegeeinrichtungen ist daher nicht sachgerecht. Daher wird eine Streichung des § 113e SGB XI angeregt. Die Förderung technischer und digitaler Systeme sollte nicht an nicht besetzte Stellenanteile gekoppelt werden. Eine solche Konstruktion vermischt Personalbemessung und Technikfinanzierung und kann Fehlanreize setzen. Sachgerechter ist es, die Förderung technischer und digitaler Systeme einheitlich in § 11 zu verorten und dort für zugelassene ambulante, teilstationäre und vollstationäre Pflegeeinrichtungen zu öffnen. Damit wird sichergestellt, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen nicht von der Digitalisierungsförderung ausgeschlossen werden, zugleich aber keine Sonderfinanzierung über die Personalbemessung entsteht. Die Förderung bleibt auf digitale und technische Maßnahmen bezogen und kann in den Richtlinien nach Absatz 6 näher an nachvollziehbare Nutzenanforderungen, Wirtschaftlichkeit und den Ausschluss von Doppelfinanzierungen gebunden werden.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b> § 11 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen führt im Benehmen mit den Ländern und den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene eine wissenschaftlich begleitete Machbarkeitsstudie zu telefonischen und digital gestützten Angeboten zur bedarfsgerechten Steuerung in pflegerischen Akutsituationen durch. Die Machbarkeitsstudie hat insbesondere bestehende landesbezogene Angebote, die Abgrenzung zu Notdienst- und Notfallstrukturen, zur Pflegebegleitung, zu Pflegestützpunkten sowie zu kommunalen Unterstützungsstrukturen, die Anforderungen an eine verbindliche Weiterleitung in geeignete Leistungen der pflegerischen Überbrückungsversorgung sowie die Träger- und Finanzierungsverantwortung zu untersuchen.“</p> <p>Der § 11 Absatz 5 Satz. 1 wird wie folgt geändert:</p> <p>„Die Förderung nach Absatz 4 kann von zugelassenen ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen bei der für die Auszahlung zuständigen Pflegekasse beantragt werden.“</p> <p>In § 11 Absatz 6 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:</p> <p>„Die Richtlinien haben sicherzustellen, dass eine Förderung ausgeschlossen ist, soweit dieselben Aufwendungen bereits nach anderen Vorschriften dieses Buches, nach landesrechtlichen Regelungen zur Förderung von Investitionsaufwendungen, nach § 82 Absatz 1a oder finanziert werden.“</p>
	§ 12 Förderung guter Versorgung	<b>Die Neuregelung ist sachgerecht.</b>
15	§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit	<b>Der Auftrag an den MD Bund, in den Richtlinien die Wahrscheinlichkeitsprognose für die Dauer der Pflegebedürftigkeit von mindestens 6 Monaten als Leistungsvoraussetzung unter Berücksichtigung von Therapie, Rehabilitations- und Präventionspotenzialen zu konkretisieren, ist sachgerecht.</b>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
16	§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument	<p><b>Die Schwellenwerte für die Pflegegrade 1, 2 und 3, ab denen jeweils eine Höherstufung in den nächsten Pflegegrad erfolgt, und die Modulpunkte in der Bewertungssystematik (Anlage 2) auf die von der Wissenschaft ursprünglich empfohlenen Schwellenwerte und Modulpunkte hochzusetzen, ist sachgerecht und kann kurzfristig eine Dämpfung einer weiteren Zunahme der Pflegeprävalenz erzielen.</b></p>
17	§ 17 Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen	<p><b>Die fehlende Beteiligung der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene an der Erarbeitung der Pflegebegleitungsrichtlinien (Absatz 1a) ist nicht sachgerecht.</b></p> <p><b>Korrekturbedarf:</b></p> <p>Die Verantwortung für die Durchführung der Pflegebegleitung und für die Schulung und Qualifizierung der Pflegebegleitpersonen liegt bei den gesetzlichen Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen, die die privaten Pflege-Pflichtversicherung durchführen sowie im Fall der Übernahme der Pflegebegleitung beim Träger der Sozialhilfe und nach Landesrecht bestimmten Stelle der Altenhilfe; ihre Verbände sind entsprechend an der Erarbeitung der Richtlinie nach Absatz 1a zu beteiligen. Damit wird auch verdeutlicht, dass neben den kommunalen Spitzenverbänden maßgeblich die Pflegebegleitung von den Pflegekassen mitgeprägt wird. Eine Verantwortung der Pflegeeinrichtungen für die Durchführung der Pflegebegleitung ist nicht vorgesehen; die Einbindung der Verbände der Träger von Pflegeeinrichtungen ist obsolet.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b></p> <p>In Absatz 1a sind im Satz 3 die Wörter „Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege sowie die Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene“ durch die Wörter „Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene“ zu ersetzen.</p> <p>In Absatz 1a Satz 3 werden die Wörter „Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege und die Verbände der Träger von Pflegeeinrichtungen“ ergänzt.</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
18	§ 18 Beauftragung der Begutachtung	<p><b>Die Regelung ist abzulehnen.</b></p> <p><b>Korrekturbedarf:</b></p> <p>Die erforderlichen Unterlagen zur Beauftragung der Begutachtung sind bereits jetzt in den Richtlinien des MD Bund geregelt.</p> <p>Die AOKs haben einen eigenen Fragenkatalog erstellt und dem Pflegeantrag vorgeschaltet. Künftig soll der MD Bund dieses Verfahren inklusive einer Beratung in seinen Richtlinien festlegen (nur im Benehmen mit dem GKV-SV).</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b></p> <p>Die Ergänzung ist zu streichen</p>
19	§ 18a Begutachtungsverfahren	<p><b>Die Regelung ist sachgerecht.</b></p>
20	§ 18b Inhalt und Übermittlung des Gutachtens	<p><b>Buchstabe a) Die Regelung ist nicht sachgerecht und daher abzulehnen.</b></p> <p>Die Regelung führt wahrscheinlich zu einer höheren Empfehlungsquote, jedoch nicht zwangsläufig zu einer höheren Inanspruchnahme der Reha-Maßnahme. Die Gründe liegen nicht allein in einer fehlenden Reha-Fähigkeit.</p> <p><b>Buchstabe c) Die Regelung ist sachgerecht</b> und steht im Zusammenhang mit der Einführung der Pflegebegleitung nach § 7c.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b></p> <p>Die Änderungen in Absatz 3 Satz 5 sind zu streichen.</p>
21	§ 18c Entscheidung über den Antrag, Fristen	<p>Vor dem Hintergrund, dass zum einen mit einem signifikanten Anstieg von Anträgen durch die Anpassung der Schwellenwerte nach § 15 zu rechnen ist und zum anderen mit Blick die Finanzierungsstabilität, Beitragsgelder effizient für die Versorgung und Unterstützung von pflegebedürftigen Personen einzusetzen sind, ist <b>die Regelung zur Zahlung einer Gebühr bei Überschreitung der Fristen zu streichen. Im Übrigen ist sie auch nicht mehr sachgerecht.</b></p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p><b>Korrektur-/Ergänzungsbedarf:</b></p> <p>Nach § 18c Absatz 1 SGB XI haben die Pflegekassen innerhalb von 25 Arbeitstagen über einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung zu entscheiden. Wird diese Frist überschritten, hat die Pflegekasse unverzüglich eine Gebühr in Höhe von 70 Euro für jede Woche der Überschreitung an den Antragsteller zu zahlen. Eine Ausnahme hiervon liegt nur vor, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat.</p> <p>Obwohl die internen Prozesse optimiert und weitgehend automatisiert sind, haben die AOKs Verzögerungen zu vertreten, die nicht in ihrem Verantwortungsbereich liegen und auf die sie keinen Einfluss haben (Begutachtung durch die von den Kassen unabhängigen Medizinischen Dienste). Es gibt vielfältige nachvollziehbare Ursachen für die Entwicklung zu längeren Laufzeiten bei den Medizinischen Diensten, auf die auch die Medizinischen Dienste nicht adäquat reagieren können (z. B. hohes Antragsvolumen, Terminabsagen, nicht geplante Krankenhausaufenthalte). Die Pflegekassen stehen in regelmäßigem Austausch mit den Medizinischen Diensten, um die Situation für alle Beteiligten, jedoch insbesondere für die pflegebedürftigen Menschen, zu verbessern. Der mit der Zahlung für Fristüberschreitung im Raum stehende Vorwurf, dass Pflegekassen die Anträge ihrer Versicherten langfristig unbearbeitet lassen bzw. nicht zügig bearbeiten, ist haltlos. Im Gegenteil: Es besteht eine hohe Motivation, die Versicherten in ihrer herausfordernden Situation schnell, kompetent und verlässlich zu beraten und zu unterstützen. Dazu gehört auch, über den Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung zeitnah zu entscheiden.</p> <p>Die Regelung in Absatz 5 verbessert die Situation für die antragstellenden Personen nicht und trägt auch nicht zu dem mit dem Gesetz eng verbundenem Ziel einer Entbürokratisierung bei. Es handelt sich zudem um keine Leistung. Daher sind die Absätze 5 und 6 zu streichen.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag</b></p> <p>Die Absätze 5 und 6 werden gestrichen.</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
22	<p>neuer § 18f</p> <p><i>Beirat zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung</i></p>	<p><b>Die Etablierung eines unabhängigen Beirates beim Medizinischen Dienst Bund ist sachgerecht.</b> Ihm obliegt die Aufgabe, regelmäßig den sozialrechtlich definierten Begriff der Pflegebedürftigkeit und das Verfahren einschließlich des Begutachtungsinstrumentes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit einer wissenschaftlichen Revision zu unterziehen und Empfehlungen zu seiner Weiterentwicklung und zu gesetzlichen Anpassungen zu geben.</p> <p><b>Korrektur-/Ergänzungsbedarf:</b></p> <p>Der Paragraph sollte - in Anlehnung an bisherigen Regelungen zur Etablierung von Institutionen im SGB V und XI - insgesamt neu strukturiert und gestrafft werden. Für prozessuale Regelungen ist eine Ermächtigungsgrundlage für den unabhängigen Beirat auszusprechen statt einer detaillierten gesetzlichen Normierung.</p> <p>Das Vorschlagsrecht des GKV-Spitzenverbandes für die Mitglieder des unabhängigen Beirates kann sich nur auf die Vertreterinnen und Vertreter nach Absatz 3 Nr. 1 beziehen.</p> <p>Die gezogenen Analogien zu den Beiräten, zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs legen nahe, den Kreis der Personen mit beratender Stimme (Absatz 13) zu erweitern. Insbesondere haben die Empfehlungen unmittelbare Auswirkungen auf die Strukturen und Prozesse der Medizinischen Dienste und der Pflegekassen gleichermaßen wie auch den Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b></p> <p>§ 18f wird wie folgt gefasst:</p> <p>„Unabhängiger Beirat zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung.“</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>(1) Beim Medizinischen Dienst Bund wird ein unabhängiger Beirat eingerichtet. Er hat die Aufgabe,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. den Medizinischen Dienst Bund sowie das Bundesministerium für Gesundheit bei der wirkungsvollen Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung zu beraten und entsprechende Empfehlungen zu geben,</li> <li>2. dem Medizinischen Dienst Bund konkrete Vorschläge zur Umsetzung der genannten Empfehlungen in seinen Richtlinien zu unterbreiten und</li> <li>3. dem Bundesministerium für Gesundheit konkrete Vorschläge zur gesetzlichen Umsetzung der genannten Empfehlungen zu unterbreiten.</li> </ol> <p>(2) Der unabhängige Beirat besteht aus sieben Mitgliedern:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. fünf Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft,</li> <li>2. eine Vertreterin oder ein Vertreter des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen,</li> <li>3. eine Vertreterin oder ein Vertreter der Medizinischen Dienste.</li> </ol> <p>Die Mitglieder sollen hinsichtlich der Pflegebegutachtung über besondere sozialrechtliche, pflegewissenschaftliche und statistische Erfahrungen verfügen. Sie sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben im Beirat weisungsunabhängig.</p> <p>(3) Der Medizinische Dienst Bund beruft im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Mitglieder des unabhängigen Beirats nach Absatz 2 für die Dauer von vier Jahren. Dem GKV-Spitzenverband wird ein Vorschlagsrecht für die Berufung von Vertreterinnen und Vertreter nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 eingeräumt. Der Verzicht auf die Mitgliedschaft im Beirat ist in Schriftform gegenüber dem Medizinischen Dienst Bund und dem Bundesministerium für Gesundheit zu erklären. Scheidet ein Mitglied vorzeitig aus, ist unverzüglich an seiner Stelle ein neues Mitglied zu berufen.</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>(4) Der unabhängige Beirat erstellt jährlich einen Bericht über seine Tätigkeit und Empfehlungen nach Absatz 1, die auf der Internetseite des Medizinischen Dienst Bund zum 31.03. des Folgejahres veröffentlicht werden.</p> <p>(5) Der unabhängige Beirat gibt sich eine Geschäftsordnung. In der Geschäftsordnung sind Regelungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. zur Wahl des Vorsitzes und des stellvertretenden Vorsitzes,</li> <li>2. zur Frequenz und Form der Beratungen des unabhängigen Beirats,</li> <li>3. zur Einbeziehung weiterer Sachverständiger in geeigneter Form,</li> <li>4. zur transparenten Darstellung nicht einvernehmlich erzielter Empfehlungen und</li> <li>5. zur Erstellung eines jährlichen Tätigkeitsberichts nach Absatz 4.</li> </ol> <p>(5) An den Beratungen des unabhängigen Beirates nehmen teil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ein Vertreter oder Vertreterin des Bundesministeriums für Gesundheit,</li> <li>2. ein Vertreter oder Vertreterin des Medizinischen Dienstes,</li> <li>3. ein Vertreter oder Vertreterin der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene,</li> <li>4. ein Vertreter oder Vertreterin der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger Personen und Menschen mit Behinderung nach § 118 und</li> <li>5. ein Vertreter oder Vertreterin der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a.</li> </ol> <p>Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei Beschlussfassungen.</p> <p>(6) Der Medizinische Dienst Bund richtet bis zum TT.MM.2027 eine Geschäftsstelle zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 1 ein. Die Geschäftsstelle nimmt auch die</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>Aufgaben einer wissenschaftlichen Koordinierungsstelle wahr und soll insbesondere den unabhängigen Beirat bei der Aufbereitung seiner Empfehlungen nach Absatz 1 unterstützen.</p> <p>(7) Die Mitglieder nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 haben Anspruch auf Erstattung der Reisekosten, die ihnen durch die Mitgliedschaft im unabhängigen Beirat entstehen sowie auf den Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 SGB IV und einem Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV für jeden Kalendertag einer Sitzung. Das Nähere regelt der Medizinische Dienst Bund im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit.</p>
25	§ 30 Dynamisierung	<p><b>Die regelgebundene jährliche Dynamisierung der Versicherungsleistungen ist sachgerecht.</b></p> <p>Die vorgesehene Regelung reduziert allerdings die Entlastungswirkung für die pflegebedürftigen Menschen, da zum einen die Regelung ein halbes Jahr später zum 01.07. statt zum 01.01.2028 beginnt. Zum anderen ist sie deutlich geringer angesetzt, statt einer kumulativen ist nur noch eine durchschnittliche Kerninflation als Berechnungsgrundlage vorgesehen.</p> <p>Das bedeutet: Zur Senkung der Eigenanteile der pflegebedürftigen Menschen stehen 2028 rund 6,5 Mrd. Euro weniger zur Verfügung. Das ist weiterhin eine deutliche Entwertung der Pflegeleistungen.</p> <p>Solange die jährliche Kerninflationsrate unterhalb der Lohnentwicklung liegt, werden die Versicherungsleistungen an Wert verlieren. Damit wird die Akzeptanz für eine Versicherungslösung zur Abdeckung des Pflegerisikos zunehmend in Frage gestellt.</p> <p><b>Die regelgebundene jährliche Dynamisierung erst zur Mitte des Jahres umzusetzen, ist auch aufgrund komplexer Berechnungen und bürokratischer Aufwände nicht sachgerecht.</b></p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p><b>Änderungsbedarf:</b> Der Zeitpunkt der regelgebundenen jährlichen Dynamisierung zum 01.07. eines Jahres führt insbesondere bei kalenderjährlichen Leistungsansprüchen wie die Kurzzeitpflege und das Überbrückungsbudget zu erheblichen komplexen Berechnungen und erheblichen Arbeitsaufwänden. Für die pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen wird die Nachvollziehbarkeit veränderter Leistungsansprüche herausfordernd.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b> In Absatz 1 wird das Datum „1. Juli“ durch das Datum „1. Januar“ ersetzt.</p>
26	§ 33 Leistungsvoraussetzungen	<p><b>Die Regelung ist sachgerecht und nachvollziehbar.</b> Durch die Bestimmung klarer Richtlinien-Kriterien durch den MD-Bund sind die Gutachter und Gutachterinnen besser in der Lage, die Wahrscheinlichkeit einer Verbesserung der Fähigkeiten und der Selbstständigkeit einzuschätzen.</p>
29	neuer § 35b <i>§ 35b Abtretung bei Kostenerstattung</i>	<p><b>Die Regelungen sind sachgerecht.</b> Abtretungserklärung sollen von der pflegebedürftigen Person gegenüber der Pflegekasse verbindlich angezeigt werden und werden bis auf Widerruf bei der Pflegekasse gespeichert. Der von der pflegebedürftigen Person benannte Leistungserbringer kann die Leistung direkt mit der Pflegekasse abrechnen ohne jeweils eine erneute Abtretungserklärung vorlegen zu müssen.</p>
30	§ 36 durch folgenden § 36 ersetzt: <i>§ 36 Sachleistungsbudget</i>	<p><b>Die Weiterentwicklung des Sachleistungsanspruchs ist sachgerecht.</b></p> <p><b>Korrekturbedarf:</b> Die sozialrechtliche Kategorisierung von Leistungen der Pflegeversicherung in körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Unterstützung bei der Haushaltsführung sind zum einen einengend, denn sie greifen nicht alle relevante Lebensbereiche nach § 14 SGB XI auf (insbesondere Module 2 und 3). Zum anderen ist der Begriff der pflegerischen Betreuungsleistungen fachlich</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>nicht hinterlegt oder beschrieben. Die Parallelität von sozialrechtlicher Kategorisierung und der Festlegung von relevanten Lebensbereichen nach § 14 führt zu Problemen in der Praxis (u. a. bei der Beschreibung von Inhalten pflegerischer Aufgaben in der Praxis in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI). Deshalb sind die Leistungen der Pflegeversicherung ausschließlich nach den in § 14 beschriebenen relevanten Lebensbereichen auszurichten und um Unterstützung bei der Haushaltsführung zu ergänzen.</p> <p>Vor dem Ziel der Vereinfachung des Leistungsrechts sollte eine anteilige Auszahlung des Sachleistungsbudget bei Nichtausschöpfung unbürokratisch erfolgen. § 38 alte Fassung ist zu streichen und relevante Regelungen in §§ 36 bzw. 37 sind zu überführen.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b></p> <p>In § 36 wird Absatz 1 wie folgt formuliert:</p> <p>„(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf häusliche Pflegehilfe <u>als Sachleistung</u>. Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte sowie <u>Unterstützung bei der Haushaltsführung nach § 18a Absatz 3 Satz 4 Nr. 2.</u>“</p> <p>In § 36 wird ein neuer Absatz 3a eingefügt:</p> <p>„Nimmt der Pflegebedürftige das ihm nach Absatz 3 zustehende Sachleistungsbudget nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges Entlastungsbudgets im Sinne des § 37. Das Entlastungsbudget wird um den vom Hundertsatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige das Sachleistungsbudget in Anspruch genommen hat.“</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
31	§ 37 Entlastungsbudget	<p><b>Die Änderung ist dem Grunde nach sachgerecht.</b></p> <p>Die bisherigen Leistungen der Verhinderungspflege und der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln werden in der neuen Leistung verortet und spiegeln sich in den höheren Leistungsbeträgen wider.</p> <p><b>Korrekturbedarf:</b></p> <p>Die sozialrechtliche Kategorisierung von Leistungen der Pflegeversicherung in körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Unterstützung bei der Haushaltsführung sind zum einen einengend, denn sie greifen nicht alle relevante Lebensbereiche nach § 14 SGB XI auf (insbesondere Module 2 und 3). Zum anderen ist der Begriff der pflegerischen Betreuungsleistungen fachlich nicht hinterlegt oder beschrieben. Die Parallelität von sozialrechtlicher Kategorisierung und der Festlegung von relevanten Lebensbereichen nach § 14 behindert die Etablierung des zeitgemäßen Pflegeverständnisses. Deshalb sind die Leistungen der Pflegeversicherung nach den in § 14 beschriebenen relevanten Lebensbereichen auszurichten und um Unterstützung bei der Haushaltsführung zu ergänzen; dies gilt gleichermaßen auch für die Beschaffung eigener Hilfen.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b></p> <p>In § 37 Absatz 1 Satz 1 wird nach „ein Entlastungsbudget“ eingefügt: „als Geldleistung“.</p> <p>In § 37 Absatz 1 Satz 2 wie folgt formuliert:</p> <p>„Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Entlastungsbudget dem Umfang entsprechend die erforderlichen Hilfen zum Ausgleich der Beeinträchtigungen in relevanten Lebensbereichen und zur Gestaltung eines stabilen, nachhaltigen Versorgungsarrangements in geeigneter Weise selbst sicherstellt.“</p> <p>In § 37 wird ein neuer Absatz 2a eingefügt:</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		„Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen (§ 43a) haben Anspruch auf ein ungekürztes Entlastungsbudget anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.“
32	§§ 38 bis 39a ersetzt durch	
	<i>§ 38 Kombination von Entlastungsbudget und Sachleistungsbudget (Kombinationsleistung)</i>	<p><b>Die Regelung ist zu streichen.</b></p> <p>Die Bündelung der Leistungen in Budgets soll zu einer deutlichen Vereinfachung des Leistungsrechts führen. Zudem soll die Inanspruchnahme der Leistung größtmöglichen Freiraum unter Beachtung der individuellen Versorgungssituation bieten. Die Kombinationsleistung widerspricht diesem Ziel.</p>
	<i>§ 39 Überbrückungsbudget</i>	<p><b>Die Regelung ist in der aktuellen Fassung schwer verständlich.</b></p> <p>Das Leistungsrecht wird an dieser Stelle unnötig kompliziert und nicht vereinfacht. Mehrere Leistungen greifen auf das Budget zu (Leistungen nach § 39a, Kurzzeitpflege nach § 42 und ab 2028 Akut-Kurzzeitpflege).</p> <p><b>Korrekturbedarf:</b></p> <p>Die Unterscheidung in pflegerische Akutsituationen sowie sonstige Überbrückungssituationen macht es erforderlich, dass gesetzlich klarzustellen ist, wann eine pflegerische Akutsituation vorliegt, wer die Erforderlichkeit der jeweiligen Leistung einschätzt und wie der Übergang zwischen ambulanter Akutversorgung, teilstationärer Versorgung und Kurzzeitpflege gesteuert wird.</p> <p>Positiv ist, dass erstmals eine pflegerische Akutsituation definiert wird. Die Definition geht jedoch sehr weit. Neben einem unvorhersehbaren Ereignis werden auch sonstige Krisensituationen, vorübergehend nicht ausreichende häusliche Pflege und akute Überforderung der Pflegeperson erfasst. Hierfür braucht es eine saubere Steuerung, damit das Budget nicht zu einem allgemeinen Auffangtatbestand für jede instabile häusliche Pflegesituation wird.</p> <p>Erforderlich ist daher:</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– eine klare Abgrenzung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen (wann eine ambulante Akutversorgung nach § 39a, wann Kurzzeitpflege nach § 42 und wann Akut-Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 4 angezeigt ist) und</li> <li>– eine verbindliche Steuerung der Inanspruchnahme. Die Einbindung der Pflegebegleitung nach § 7c kann hierfür die Steuerungsfunktion übernehmen.</li> </ul>
	<i>§ 39a Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen</i>	siehe Stellungnahme zu § 39
33	§ 40 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	<b>Die Regelung ist sachgerecht.</b> Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Verschiebung der Streichung bzw. Verschiebung des Anspruchs auf zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel in das Entlastungsbudget.
35	neuer § 40c: <i>§ 40c Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen</i>	<b>Die Regelung ist sachgerecht.</b>
36	§ 41 Tagespflege und Nachtpflege	<b>Die Regelung ist sachgerecht.</b> Es handelt sich um eine Folgeänderung durch die Einführung neuer Begrifflichkeiten für die Budgets
38	Der Dritte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird gestrichen: „Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege § 42a Gemeinsamer Jahresbetrag“	<b>Die Regelung ist sachgerecht, da die Leistungen der Verhinderungspflege in das Sachleistungs-, Entlastungs- und Überbrückungsbudget überführt wurden und keinen eigenen Leistungsanspruch mehr begründen.</b>
41	§ 43c Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen	Die vorgesehenen Streckungen der Wartezeiten auf Begrenzung der Eigenanteile stellt sich für die pflegebedürftigen Personen in vollstationären Pflegeeinrichtungen als weitere finanzielle Belastung dar und verursacht zusätzliche Ausgaben für die Hilfe zur Pflege.
42	§ 44 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen	<b>Die Regelung ist sachgerecht.</b>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p><b>Anmerkung:</b></p> <p>Die Regelung stellt klar, dass Beiträge zur Rentenversicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen längstens bis zum Bezug einer Rente wegen Alters und dem Erreichen der Regelaltersgrenze von der Pflegeversicherung gezahlt werden. Grundsätzlich soll durch die Regelung zur Rentenversicherungspflicht von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen sowie der damit verbundenen Beitragspflicht der ggf. durch die Pfl egetätigkeit entstehende Verdienstaussfall und damit der geringere Erwerb von Rentenanwartschaften ausgeglichen werden.</p> <p>Künftig soll mit Erreichen der Regelaltersrente bzw. dem Bezug einer Rente wegen Alters diese Kompensation des Verdienstaussfalls entfallen, da ab diesem Zeitpunkt keine Nachteile in der Alterssicherung mehr entstehen können.</p> <p>Die Begrenzung der Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung für Pflegepersonen durch die Pflegekassen längstens bis zum Bezug einer Rente wegen Alters und/oder dem Erreichen der Regelaltersgrenze ist daher nachvollziehbar.</p>
43	§ 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	<p><b>Die ergänzend zur Pflegebegleitung nach § 7c auch Pflegekurse als Gruppenschulung als Leistungsangebot der Pflegeversicherung beizubehalten, ist sachgerecht.</b></p> <p>Pflegekurse lassen sich in Gruppenpflegekurse und häusliche Schulungen systematisieren. Der Teil der häuslichen Schulungen geht in der Pflegebegleitung nach § 7c auf und wird daher aus der Regelung folgerichtig gestrichen. Gruppenpflegekurse haben darüber hinaus auch eine wichtige Funktion, denn nicht nur bieten sie oft einen Einstieg in das Thema für Personen, die unvorbereitet in eine Pflegesituation kommen, sondern sie sind auf für Personen offen, die sich bürgerschaftlich engagieren wollen. Ebenso bieten sie einen Einstieg und eine Schnittstelle zur Selbsthilfe, seien es Pflege-Selbsthilfegruppen oder möglicherweise Selbsthilfegruppen, die bestimmte Krankheitsbilder in den Blick nehmen. Daher wird der Anspruch auf Gruppenpflegekurse, der sich nach wie vor gegen die Pflegekassen richtet, richtigerweise beibehalten.</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p><b>Konkretisierungsbedarf:</b></p> <p>Es sollte eine ergänzende Klarstellung erfolgen, dass der Anspruch auf Pflegekurse nach § 45 ausschließlich als Gruppenschulung entsteht. Darüber hinaus werden Vorschläge weiteren Klarstellungen und Straffung unterbreitet.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b></p> <p>in § 45 werden die Absätze 1 und 2 wie folgt gefasst:</p> <p>„(1) Die Pflegekassen haben für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pfl egetätigkeit interessierte Personen unentgeltlich Gruppenschulungskurse durchzuführen, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. <del>§ 114a Absatz 3a gilt entsprechend.</del> Kurse können auch als digitale Gruppenschulungskurse angeboten werden; die Pflicht der Pflegekassen zur Durchführung von Gruppenschulungskursen nach Satz 1 vor Ort bleibt unberührt.“</p> <p>„(2) Die Pflegekasse kann die Kurse entweder selbst oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen durchführen oder Dritte nach § 47b dieses Buches mit der Durchführung beauftragen. Die Landesverbände der Pflegekassen können mit Dritten über die einheitliche Durchführung sowie über die inhaltliche Ausgestaltung der Kurse Rahmenvereinbarungen schließen.“</p> <p>Absatz 3 wird gestrichen.</p>
44	<p>§§ 45a und 45b ersetzt durch:</p> <p><i>§ 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag; Verordnungsermächtigung</i></p>	<p><b>Die Regelung zur Anerkennung der Nachbarschaftshelfenden in den Absätzen 4 und 5 künftig durch die Pflegekassen ist nicht sachgerecht und daher zu streichen.</b></p> <p>Es gelten je Bundesland eigene Anerkennungs-VO durch die Länder und etablierte Verfahren. Zur Vereinheitlichung sind vom Gesetzgeber analog der Vorgaben für die</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>Anerkennung der Unterstützungsangebote einheitliche Kriterien gesetzlich zu verankern.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b> Die Abs. 4 und 5 werden gestrichen.</p>
	<i>§ 45b Sozialraumbudget</i>	<p><b>Die Leistung ist im Grunde sachgerecht.</b> Die Leistung steht ausschließlich für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag (AUA) sowie für Anerkannte Nachbarschaftshelfer zur Verfügung. Eine Differenzierung der Leistungshöhe nach Alter ist nicht sachgerecht.</p> <p><b>Änderungsbedarf</b> Eine Gleichbehandlung unabhängig vom Alter der pflegebedürftigen Person ist verfassungsgemäß sicherzustellen.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b> <b>In § 45b Absatz 1 ist Satz 1 wie folgt zu fassen:</b> „Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit Pflegegrad 2 bis 5 haben Anspruch auf ein Sozialraumbudget in Höhe von monatlich bis zu x Euro.“</p>
45	§ 45c Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung	<b>Die Erhöhung des Fördervolumens ist sachgerecht.</b>
47	§ 46 Pflegekassen	<p><b>Die Änderung in Abs. 3 ist nicht sachgerecht.</b></p> <p><b>Korrekturbedarf:</b> Die Verwaltungskostenerstattung wird von 3,0 Prozent des Mittelwerts von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen auf 2,7 Prozent dieses Werts angepasst. Begründet wird dies damit, dass diese aufgrund des dynamischen Anstiegs</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>beider Parameter allein zwischen 2022 und 2025 um etwa 20 Prozent angewachsen und der tatsächliche Verwaltungskostenaufwand bei den Pflegekassen keineswegs im selben Umfang angestiegen sei. Die Berechnung lässt sich nicht nachvollziehen. Die Absenkung bewirkt ab 2027 jährliche Minderausgaben der SPV von 200 Mio. Euro mit steigender Tendenz.</p> <p>Bei der Bewertung des Verwaltungsaufwands sollte zwischen Einnahmen und Leistungsaufwendungen unterschieden werden. Während höhere Einnahmen – beispielsweise durch eine Anhebung des Beitragssatzes – zu keinem relevant höheren Verwaltungsaufwand bei den Kassen führen, stellt sich die Situation bei den Leistungsaufwendungen anders dar. Die hohe Dynamik ist maßgeblich auf den hohen Zuwachs an Leistungsbeziehenden zurückzuführen, der einen erheblichen Verwaltungsaufwand bei den Kassen verursacht. Es ist daher nicht nachvollziehbar, warum die Erstattung der Verwaltungskosten gekürzt werden soll.</p> <p>Die Absenkung bewirkt ab 2027 jährliche Minderausgaben der SPV von 200 Mio. Euro mit steigender Tendenz. Bei der GKV handelt es sich umgekehrt um Mindereinnahmen.</p> <p>Die Absenkung der erstatteten Verwaltungskosten wirkt gleichzeitig negativ auf den mit dem BStabG geplanten Verwaltungskostendeckel in der GKV, da dort die Einnahmen aus Verwaltungskostenerstattungen sinken, was im Saldo zu höheren Verwaltungsausgaben führt.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b> Die Änderung von § 46a Absatz 1 in Artikel 1 Nr. 50 wird gestrichen.</p>
48	§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung	<p><b>Die Regelung für a) ist sachgerecht.</b> <b>Die Regelungen für b) und c) sind nicht sachgerecht und daher abzulehnen.</b></p> <p><b>Anmerkungen:</b> a) Es ist sachgerecht, den bereits aktuell geltenden Beitragssatz im Gesetz wiederzugeben.</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>b) Die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der SPV auf das Niveau der allgemeinen Jahresarbeitsentgeltgrenze der GKV und die einmalige zusätzliche Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wirken sich zwar positiv auf die Einnahmeseite der Pflegeversicherung aus, allerdings führt die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze um mehr als 11.000 Euro pro Jahr (ohne die noch hinzukommende jährliche Anpassung an die Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter) zu einer ungerechtfertigt hohen Belastung aller Beitragszahlenden und wird deshalb abgelehnt .</p> <p>Insbesondere die Abgabenlast der Beschäftigten und die Lohnnebenkosten der Unternehmen stellen bereits heute ein gravierendes wirtschaftliches Problem dar, das die Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands schmälert und wirtschaftliches Wachstum hemmt. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist die finanzielle Belastungsgrenze der Beitragszahlenden erreicht.</p> <p>Weiterhin führt die Neuregelung dazu, dass Arbeitgebende zukünftig dauerhaft zwischen verschiedenen Bemessungsgrenzen in der GKV und in der SPV unterscheiden haben. Dies führt zu höheren Verwaltungsaufwänden/-kosten und verkompliziert zudem die Sozialgesetzgebung statt diese zu vereinfachen, wie im Koalitionsvertrag oder den Bürokratieentlastungsvorhaben vorgesehen.</p> <p>Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der SPV setzt zudem für junge, gutverdienende Versicherte weitere Anreize, in das System der privaten Krankenversicherung zu wechseln, da hier mit extrem niedrigen Beiträgen geworben wird. Der Verlust dieser Mitglieder wirkt sich auf die zu erwartenden Mehreinnahmen aus und vermindert die entlastende Wirkung der beabsichtigten Neuregelung. Diese Wirkung bleibt bei der Bewertung völlig unberücksichtigt.</p> <p>Aufgrund der bisher einheitlichen Beitragsbemessungsgrenzen ist eine Trennung der Beitragsbemessungsgrenzen auch in den Bestandssystemen der beitragsabführenden</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>den Stellen und den etablierten Meldeverfahren umzusetzen. Dadurch entsteht allen Beteiligten ein erheblicher Anpassungsaufwand, da bisher keine Notwendigkeit bestand, hier verschiedene Beitragsbemessungsgrenzen für die GKV und die SPV vorzusehen. Eine Umsetzung im Laufe des Jahres 2027 erscheint realistisch und sollte beim Inkrafttreten berücksichtigt werden.</p> <p>c) Durch die geplante Erhöhung des Beitragszuschlags in der SPV für Versicherte ohne Kinder wird dieser Personenkreis zusätzlich belastet und die Beitragsspanne zu den Versicherten mit Kindern vergrößert sich immer mehr.</p> <p>Die zusätzliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenzen wurde seitens der AOK-Gemeinschaft für das Beitragssatzstabilisierungsgesetz abgelehnt, daher stehen wir dieser Erhöhung ebenfalls kritisch gegenüber.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b> <u>Änderung zum Inkrafttreten falls die Regelung erhalten bleibt:</u> zu b) Artikel 1 Nummer 48 Buchstabe b tritt zum 01.01.2028 in Kraft.</p>
49	<p>nach § 59a neuer § 59b <i>§ 59b Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung</i></p>	<p><b>Die Regelung ist sachgerecht und folgerichtig zur Anpassung der Beitragshöhe aus geringfügigen Beschäftigungen im Rahmen des Beitragssatzstabilisierungsgesetzes.</b></p> <p>Der Vorschlag belastet allerdings ausschließlich die Seite der Arbeitgebenden. Die Mehreinnahmen aus der Neuregelung im Referentenentwurf erscheinen realistisch. Fraglich ist, ob das Arbeitsmodell „Minijob“ noch in die zukünftige Arbeitswelt passt. Ggf. sollte im Rahmen eines folgenden Gesetzgebungsverfahrens bewertet werden, ob hier eine Neuordnung der versicherungs- und beitragsrechtlichen Bewertung erfolgen sollte.</p>
50	<p>§ 61a Beteiligung des Bundes an Aufwendungen</p>	<p><b>Die Regelung ist nicht sachgerecht und daher abzulehnen.</b></p> <p><b>Begründung:</b></p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>Der aktuell bis Ende 2027 ausgesetzte Bundeszuschuss von 1 Mrd. Euro wird auch noch 2028 ausgesetzt und dann 2029 mit 0,5 Mrd. Euro und erst ab 2030 wieder voll bereitgestellt. Der Bundeszuschuss sollte sofort wieder gezahlt werden und nicht nur 1 Mrd. Euro betragen, sondern mindestens die versicherungsfremden Ausgaben der SPV in Höhe der Sozialversicherungsbeiträge für Pflegepersonen ausgleichen. Die Rückzahlung der Darlehen soll von 2028-2033 auf 2035 -2039 verschoben werden. Die Rückzahlung der Darlehen ist aus Sicht der SPV nicht leistbar und daher sollte darauf verzichtet werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> Die Änderung von § 61a Absatz 1 in Artikel 1 Nr. 50 wird gestrichen.</p>
51	nach § 61a neuer § 61b <i>§ 61b Liquiditätshilfe</i>	<p><b>Die Regelung ist sachgerecht und wird daher begrüßt.</b></p> <p>Das dem Ausgleichsfonds bei Liquiditätsengpässen zur Verfügung gestellte nicht zu verzinsende Liquiditätsdarlehen in Höhe der fehlenden Mittel ist zu begrüßen, da dann keine Absenkungen der Ausgabendeckungsquote mehr notwendig sind.</p>
52	§ 63 Betriebsmittel	<p><b>Die Regelung ist nicht sachgerecht und wird daher abgelehnt.</b></p> <p><b>Begründung:</b> Da die Änderung in Verbindung mit § 65 Abs. 6 SGB XI steht, kann sie entfallen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> Die Änderung des § 63 Absatz 2 wird gestrichen.</p>
53	§ 64 Rücklage	<p><b>Die Regelung ist nicht sachgerecht und wird daher abgelehnt.</b></p> <p><b>Begründung:</b> Da die Änderung in Verbindung mit § 65 Abs. 6 SGB XI steht, kann sie entfallen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> Die Änderung von § 64 Absatz 2 wird gestrichen.</p>
54	§ 65 Ausgleichsfonds	<p><b>Die Regelung in Abs. 6 ist nicht sachgerecht und daher abzulehnen.</b></p> <p><b>Begründung:</b></p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>Nach der Einführung des neuen § 61 b SGB XI ist kein zweiter Mechanismus zur Generierung von Liquidität für den Ausgleichsfonds mehr notwendig. Daher kann die Regelung zur Absenkung der Ausgabendeckungsquote zur Generierung von Liquidität für den Ausgleichsfonds entfallen. Die Ausgabendeckungsquote sollte zeitnah wieder auf 1 angehoben werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b> Die Änderung des § 65 Absatz 6 wird gestrichen.</p>
55	§ 69 Sicherstellungsauftrag	<p><b>Die Neuregelung ist sachgerecht, sofern keine aufwendigen, bürokratischen Vertrags- und Vergütungsverfahren daraus resultieren.</b></p>
56	§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag	<p><b>Die Ergänzung in § 72 Abs. 3 Satz 1 ist sachgerecht und dient der Klarstellung. Die Tariftreue in den Zulassungsvoraussetzungen für vier Jahre auszusetzen, ist nicht sachgerecht.</b> Die Begrenzungen der Vergütungssteigerungen durch die Orientierung an der Grundlohnsummenentwicklung nach § 71 Absatz 3 SGB V ist geeignet, die Ausgabenentwicklung an die gesamtwirtschaftlichen Lohnentwicklung anzupassen und damit zur finanziellen Stabilisierung der sozialen Pflegeversicherung und zur Begrenzung der Entwicklung der Eigenanteile beizutragen.</p> <p>Die vorgeschlagenen Änderungen in § 72 Absatz 3g SGB XI, insbesondere die weitgehende zeitweise Nichtanwendung der Absätze 3a, 3b, 3c, 3d und 3e sowie der korrespondierenden Regelungen des § 82c SGB XI, werden abgelehnt.</p> <p><b>Korrektur-/Änderungsbedarf:</b> In den vergangenen Jahren haben sich die Löhne in der Pflegebranche spürbar erhöht, so dass inzwischen insgesamt von einem im Branchenvergleich wettbewerbsfähigen Vergütungsniveau auszugehen ist.</p> <p>Gleichzeitig wird durch den gesetzlich verankerten Pflegemindestlohn eine verbindliche Untergrenze für eine angemessene Entlohnung nach unten gewährleistet. Vor diesem Hintergrund ist es sachgerecht, an den bestehenden Zulassungsvoraussetzungen der Tariftreue weiterhin uneingeschränkt festzuhalten und diese nicht –</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>wie im vorliegenden Vorschlag des § 72 Absatz 3g vorgesehen – zeitweise auszusetzen. Die Sicherung tariflicher und tarifnaher Entgeltstrukturen bleibt damit als zentrales Zulassungskriterium erhalten.</p> <p>Eine Anpassung erfolgt lediglich insoweit, als die dynamische Fortschreibung des regional üblichen Entgeltniveaus (RÜE) vorübergehend ausgesetzt und das zum Stichtag 1. Januar 2027 geltende Niveau als stabile Untergrenze für die Zulassung von nicht tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen herangezogen wird.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b> Absatz 3e wird aufgehoben.</p> <p>Absatz 3g wird wie folgt gefasst: „Ab dem 2. Januar 2027 bis zum Ablauf des 31. Dezember 2030 wird die Fortschreibung der nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 und 3 veröffentlichten regional üblichen Entgeltniveaus ausgesetzt. Das zum 1. Januar 2027 festgestellte regionale übliche Entgeltniveau gilt in diesem Zeitraum als verbindliche Untergrenze im Rahmen des Absatzes 3b Satz 1 Nummer 4. Die Anwendung der Absätze 3a und 3b bleibt unberührt.“</p>
58	<p>§ 75 wird neuer § 75a: <i>§ 75a Praktische Erprobung innovativer Konzepte</i></p>	<p><b>Die Neuregelung ist nicht sachgerecht.</b></p> <p><b>Korrekturbedarf:</b> Aufgrund dieser Neuregelung würden ggü. den Vorgaben der Landesrahmenverträge nach § 75, dem bestehenden Qualitätssicherungssystem nach §§ 113 ff. sowie den gesetzlich vorgesehenen Modellprogrammen Widersprüche entstehen, die sogar die Qualität der pflegerischen Versorgung gefährden könnten. Insbesondere der Begriff „innovative Konzepte“ wird nicht näher definiert und auch nicht weiter konturiert. Das kann in der Praxis zu sehr unterschiedlichen Anwendungen führen, da nicht jedes organisatorische Entlastungsmodell bereits ein innovationswürdiges Konzept darstellt. Damit würde den Pflegeeinrichtungen ein Anspruch auf einen</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>Vertragsabschluss zur Umsetzung von nicht näher definierten Konzepten eingeräumt werden und eine Ablehnung wäre nur durch die Schiedsstelle möglich, sofern nach deren Einschätzung der Schutz der Pflegebedürftigen als nicht gegeben gilt. Gerade im Zeichen der Entbürokratisierung würde ein solches Verfahren eher ein falsches Signal senden und zusätzliche Aufwände mit sich bringen.</p> <p>Im Ergebnis soll die Grundlage für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der Landesrahmenvertrag nach § 75 sein. Zudem wurden bereits durch den Gesetzgeber die Möglichkeit zur Erprobung neuer Maßnahmen und Konzepte in der pflegerischen Versorgung durch Modellprojekte geschaffen, die das Ziel, diese ggf. in die Regelversorgung übertragen zu können, verfolgen. Im Rahmen dieser Modellvorhaben kann schon heute von geltenden Vorschriften des SGB XI abgewichen werden und durch die fachliche sowie wissenschaftliche Begleitung wird auch die Erprobung innovativer Konzepte in diesem Rahmen qualitätsgesichert durchgeführt. Abschließend ist daher die praktische Erprobung innovativer Konzepte auf Grundlage eines Vertrages nach § 75a nicht zielführend. Vielmehr sollten hierfür die geltenden Regelungen für Modellvorhaben im SGB XI Anwendung finden.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b> § 75a SGB XI ist zu streichen</p>
60	§ 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen	<p><b>Die Neuregelung ist grundsätzlich sachgerecht.</b></p> <p><b>Korrekturbedarf:</b> Personal- und Sachaufwendungen im Zusammenhang mit der Implementierung und Nutzung von betriebsnotwendigen technischen oder digitalen Systemen finden grds. bei der Pflegevergütung bereits in verschiedenen Kostenpositionen Berücksichtigung. Zudem können durch den Einsatz technischer oder digitaler Anwendungen auch Personalkosten eingespart und deren Aufwendungen entsprechend gegenge-</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>rechnet werden. Darüber hinaus ist bei Vergütungsverhandlungen auch die Refinanzierungsmöglichkeit des § 8 Abs. 8 SGB XI (§ 11 SGB XI neu) zu berücksichtigen und die Abgrenzung zu Investitionskosten vorzunehmen. Dabei ist auch mitzudenken, inwiefern die Aufwendungen für Digitalisierungsvorhaben als Maßnahmen zur Gewährleistung der Infrastruktur von Pflegeeinrichtungen einzuordnen sind. Daher braucht es klare Abgrenzungen, damit dieselben Aufwendungen nicht mehrfach refinanziert werden und die jeweiligen Regelungszwecke nicht ineinanderlaufen.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b> § 82 Abs. 1a wird wie folgt gefasst:</p> <p>„In der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung können Personal- und Sachaufwendungen im Zusammenhang mit der Implementierung und Nutzung von betriebsnotwendigen technischen oder digitalen Systemen berücksichtigt werden, sofern diese nicht bereits nach anderen Vorschriften finanziert werden.“</p>
61	§ 82c Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen	<p><b>Die Änderung ist sachgerecht.</b></p> <p><b>Korrektur-/Änderungsbedarf:</b> Im Zusammenhang mit den vorgeschlagenen Änderungen in § 72 SGB Abs. 3 ff. XI ergeben sich jedoch weitere Anpassungsbedarfe. Zudem wird mit den vorgeschlagenen Neuregelungen des § 82c Abs. 1 und 2 SGB XI sichergestellt, dass die Vergütungssteigerungen stärker an die allgemeine wirtschaftliche Leistungsfähigkeit gekoppelt werden und somit die Beitragszahlenden sowie pflegebedürftigen Menschen entlastet werden.</p> <p>Eine vollständige Tariflohnrefinanzierung führt zudem dazu, dass Tarifsteigerungen zulasten Dritter ausgehandelt werden. Wenn die Verhandlungspartner die finanziellen Folgen ihrer Abschlüsse nicht selbst tragen müssen, wird der wirtschaft-</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>liche Ausgleichsmechanismus der Tarifautonomie ausgehebelt. Eine gesetzlich garantierte Vollrefinanzierung sämtlicher Tarifsteigerungen schafft Fehlanreize und kann langfristig nicht zu sachgerechten und finanzierbaren Ergebnissen führen. Aus diesem Grund sollte analog zu den Neuregelungen der §§ 132a und 132l SGB V durch das BStabG die Grundlohnsummensteigerung als Maßstab für die Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen dauerhaft festgesetzt werden.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag</b> § 82c Abs. 1 wird wie folgt gefasst: Bei tarifgebundenen oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen kann eine Bezahlung von Gehältern der Beschäftigten bis zur Höhe der aus dieser Bindung resultierenden Vorgaben nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, sofern die jährlichen Tarifsteigerungen die durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches nicht überschreiten.</p> <p>§ 82c Abs. 2 wird wie folgt gefasst: Bei Pflegeeinrichtungen, die nicht unter Absatz 1 fallen, kann eine Bezahlung von Gehältern der Beschäftigten nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, sofern sie jährlichen Lohnentwicklungen die durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches nicht überschreiten.</p> <p>Die Absätze 2a bis 4 entfallen.</p> <p><b>Weiterer Korrektur-/Änderungsbedarf:</b> Es ergibt sich durch die vorgeschlagenen Neuregelungen des § 72 SGB weiterer Änderungsbedarf:</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b> § 82c Abs. 5 wird wie folgt gefasst: In § 82c Absatz 5 Satz 1 werden nach dem Wort „jährlich“ die Wörter</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>„letztmalig zum 30. September 2026“ eingefügt.</p> <p><b>Weiterer Korrektur-/Änderungsbedarf:</b> Ferner sollte im Rahmen von Entbürokratisierung die Geschäftsstelle des GKV-SV anhand der Evaluationen und Berichte aus § 72 Abs. 3f sowie § 82c Abs. 6 Satz 10 SGB XI ein Verfahren projektieren, dass automatisiert aus Lohnbuchhaltungs- und Entgeltabrechnungssystemen das jeweilige regional übliche Entlohnungsniveau erhebt und auswertet.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b> § 82c Abs. 6 wird wie folgt gefasst: Die Geschäftsstelle entwickelt unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Evaluation nach § 72 Absatz 3f sowie der Erkenntnisse aus dem Bericht nach Satz 10 bis zum 31. Dezember 2028 ein Verfahren zur automatisierten Erhebung und Auswertung der für die Ermittlung regional üblicher Entlohnungsniveaus erforderlichen Daten. Hierzu sind insbesondere die technischen Voraussetzungen für eine standardisierte und digitale Übermittlung der erforderlichen Entgeltdaten aus den bei den Pflegeeinrichtungen eingesetzten Lohnbuchhaltungs- und Entgeltabrechnungssystemen zu schaffen. Die Geschäftsstelle berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2028 über die Ergebnisse sowie über die für eine Umsetzung erforderlichen rechtlichen, organisatorischen und technischen Voraussetzungen.</p>
62	§ 84 Bemessungsgrundsätze	<b>§ 84 Abs. 7 könnte gestrichen werden, wenn die Empfehlungen nach § 86a verbindliche Nachweise fordern.</b>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
63	<p>Nach § 88a neuer § 88b:  <i>§ 88b Erstattung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege</i></p>	<p><b>Die Neuregelung ist nicht sachgerecht.</b></p> <p><b>Korrekturbedarf:</b>  Die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur liegt nach der Systematik des SGB XI wesentlich in der Verantwortung der Länder. Die Gesetzesbegründung spricht selbst an, dass die Evaluation prüfen soll, welche Einsparungen sich für die Länder ergeben, wenn die Pflegeversicherung Vorhaltekosten finanziert, für die die Länder im Rahmen ihrer Strukturverantwortung nach § 9 Abs. 1 grundsätzlich verantwortlich sind. Damit entsteht ein systematischer Bruch: Die Pflegeversicherung finanziert Vorhaltekosten zur Strukturentwicklung, obwohl die Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur nicht allein Aufgabe der Pflegeversicherung ist.</p> <p>Infolgedessen ist eine Vorhaltevergütung im Rahmen der Daseinsvorsorge zu verorten und ausschließlich von den Ländern zu finanzieren. Darüber hinaus bestehen bereits leistungsrechtliche Möglichkeiten zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege, die in den bestehenden Strukturen, deren Optimierungspotenzial zu evaluieren wäre, genutzt werden können. Viele der Inanspruchnahmen sind bereits heute auf Notfallsituationen zurückzuführen. Die fehlende Abgrenzung zwischen pflegerischen, medizinischen und sozialen Notfällen kann zu Unklarheiten führen und birgt Steuerungs- und Finanzierungsrisiken.</p> <p>Im Ergebnis wird mit dem vorgesehenen Erstattungsverfahren eine retrospektive Vergütung geregelt, wodurch die Pflegeeinrichtung in Vorleistung gehen muss und somit ein Anreiz zur Schaffung neuer Angebote entfällt. Daher ist das angestrebte Vorgehen der Finanzierung von Vorhaltekosten zur Schaffung von Akut-Kurzzeitpflege abzulehnen.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b>  § 88b SGB XI ist zu streichen.</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
71	§ 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen	<p><b>Die Änderungen sind nicht sachgerecht.</b> Die dargestellten Umsetzungsdefizite zeigen, dass die Personalbemessung in ihrer bisherigen Ausgestaltung nicht fortgeschrieben, sondern mit Blick auf Qualifikationsmix, Ausbildungsstrukturen, Arbeitsmarkt und Versorgungsqualität grundlegend weiterentwickelt werden muss.</p> <p><b>Korrekturbedarf:</b> Die in der Gesetzesbegründung dargestellten Umsetzungsdefizite zeigen, dass die Personalbemessung in ihrer bisherigen Ausgestaltung nicht fortgeschrieben werden kann. Statt die Ursachen der schleppenden Umsetzung gezielt zu prüfen, wird die Berichtspflicht reduziert. Wenn ein erheblicher Teil der Pflegesatzvereinbarungen die vorgesehenen Qualifikationsniveaus nicht abbildet und die Umsetzung der Personalanhaltswerte insbesondere von der Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation abhängt, spricht dies für einen fachlichen Weiterentwicklungsbedarf des § 113c SGB XI. Die zentrale Frage ist nicht, wie häufig berichtet wird, sondern ob die gesetzlichen Personalanhaltswerte, der vorgesehene Qualifikationsmix und die tatsächlich verfügbaren Qualifikationsstrukturen in der Praxis zusammenpassen. Der Änderungsbedarf liegt daher nicht in einer bloßen Anpassung der Berichtspflichten. Erforderlich ist eine gezielte Überprüfung der Umsetzungsbedingungen der Personalbemessung. Dabei sollten insbesondere die Verfügbarkeit der erforderlichen Qualifikationen, die Ausbildungskapazitäten für Pflegefachassistenzpersonen sowie die praktische Abbildbarkeit der Qualifikationsniveaus in den Pflegesatzvereinbarungen berücksichtigt werden. Eine Reduzierung der Berichtssystematik kann nur dann sachgerecht sein, wenn zugleich sichergestellt wird, dass die strukturellen Ursachen der Umsetzungsdefizite erfasst und in die Weiterentwicklung der Personalbemessung einbezogen werden. Andernfalls besteht die Gefahr, dass Transparenz abgebaut wird, ohne das eigentliche Umsetzungsproblem zu lösen.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b> § 113c Absatz 7 Satz 2 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		„die Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation im Pflegebereich, insbesondere die Verfügbarkeit der für die Umsetzung der Personalanhaltswerte erforderlichen Qualifikationsniveaus sowie die bestehenden Ausbildungs- und Qualifizierungsstrukturen.“
73	<p>Nach § 113d neuer § 113e:  <i>§ 113e Transformationsstellenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen</i></p>	<p><b>Die Neuregelung ist nicht sachgerecht.</b></p> <p><b>Korrekturbedarf:</b>  Die Möglichkeit, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen künftig für nicht besetzte Stellenanteile in der Pflege und Betreuung einen finanziellen Gegenwert dafür vereinbaren können, der ausschließlich dazu dient, einen effizienten Personaleinsatz durch unterstützende oder entlastende technische bzw. digitale Systeme zu gewährleisten, ist nicht zielführend. Grund hierfür ist die Refinanzierungslogik des prospektiv ausgelegten Pflegesatzverfahrens sowie das Konterkarieren mit einer bereits bestehenden gesetzlichen Vorschrift zur Vergütungskürzung. Demnach wäre die vereinbarte Personalausstattung, die nicht nur vorübergehend vom Träger vorgehalten wird, dem Grund nach entsprechend zu kürzen (vgl. § 115 Abs. 3 SGB XI). Daher ist es schwierig, es dem Träger zu ermöglichen, einen begrenzten Anteil der Pflegevergütung aus dauerhaft unbesetzten Stellen zeitlich befristet für Aufwendungen in Investitionen und Technik zu verwenden. Auch mit Blick auf das Nachweisverfahren gem. § 84 Abs. 7, den vertraglichen Verpflichtungen des Trägers oder auch bzgl. von Prüfungen durch die Heimaufsicht kann es sich als herausfordernd gestalten, wenn ein Anteil der Pflegevergütung für Personal stattdessen für Aufwendungen von technischen oder digitalen Systemen verwendet wird.</p> <p>Zudem wird der zentrale Begriff der „nicht besetzten Stellenanteile“ weder im Gesetzestext noch in der Begründung inhaltlich definiert. Es fehlen jegliche Kriterien, ab wann eine Stelle als nicht besetzbar gilt. Weder die Dauer erfolgloser Rekrutierungsbemühungen noch der Umfang oder die Dokumentationspflicht solcher Bemühungen sind geregelt. In der Praxis bedeutet dies, dass jede Einrichtung, deren Personalausstattung innerhalb des zulässigen Korridors nach § 113c liegt, Transformationsstellenanteile vereinbaren kann, ohne nachweisen zu müssen, dass sie aktiv</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>und erfolglos versucht hat, die Stellen zu besetzen. Diese Regelungslücke schafft erhebliche Missbrauchspotenziale und konterkariert das erklärte Ziel, Technik als Ergänzung zum Personal einzusetzen, nicht als Ersatz dafür.</p> <p>Darüber hinaus ist es nicht nachzuvollziehen, warum für die Digitalisierung der Langzeitpflege ein Förderprogramm von rund 1,6 Milliarden Euro aus dem Sondervermögen „Infrastruktur und Klimaneutralität“ ausschließlich für ambulante und teilstationäre Pflegeeinrichtungen auferlegt werden soll, während stationäre Pflegeeinrichtungen ihre Digitalisierungskosten künftig über die Pflegesätze abrechnen dürfen, sofern das Personal durch die Technik entlastet wird. Deshalb ist diese Ungleichbehandlung zu beheben und das Förderprogramm aus dem Sondervermögen für alle Versorgungsformen gleichwertig zu etablieren. Außerdem bietet auch bereits die vorgesehene Neuregelung des § 82 Abs. 1a Möglichkeiten die Aufwendungen für digitale oder technische Systeme im Rahmen der Pflegevergütung unter bestimmten Voraussetzungen zu refinanzieren.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b> § 113e SGB XI ist zu streichen.</p>
78	§ 125a durch neuen § 125a ersetzt: <i>§ 125a Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege</i>	<b>Die Regelung ist sachgerecht.</b>
82	§ 134 Verwaltung und Anlage der Mittel	<b>zu Abs. 4: Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.</b> Der Auftrag an das BMG, geeignete Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Pflegevorsorgefonds zu prüfen, um dessen Konzeption, Anlagestruktur, Rendite-Risiko-Struktur und zeitlichen Horizont zu optimieren, ist dringend notwendig.
83	§ 135 Zuführung der Mittel	<b>Die Regelung ist nicht sachgerecht und daher abzulehnen.</b> <b>Begründung:</b>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>Die 2024 bis 2027 angewendete Absenkung der Zuführung von Mitteln an den Pflegevorsorgefonds auf jährlich 700 Millionen Euro wird bis 2028 verlängert, 2029 wird diese Zuführung auf einen Betrag in Höhe von 1,2 Milliarden Euro erhöht und erst ab 2030 wieder zur in Abs. 1 vorgesehenen Zuführung zurückgekehrt. Die gekürzte Zuführung widerspricht dem ursprünglichen Zweck der Bildung eines Fonds zur Abfederung der zu erwartenden Belastungen der SPV, wenn die Babyboomer ab 2035 pflegebedürftig werden und sollte daher nicht verlängert werden.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> Die Änderung des § 135 wird gestrichen.</p>
85	§ 142a werden §§ 142b und 142c eingefügt:	
	<i>§ 142b Übergangsregelung zur Anpassung der Schwellenwerte zum 1. Januar 2027</i>	<b>Die Regelung ist sachgerecht, dient der Klarstellung</b>
	<i>§ 142c Übergangsregelung zu den Inhalten des Gutachtens nach § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3</i>	<b>Die Regelung ist sachgerecht, dient der Klarstellung</b>
86	§ 144 Überleitungs- und Übergangsregelungen, Verordnungsermächtigung	<b>Die Regelung ist sachgerecht, dient der Klarstellung</b>
87	§ 146a Übergangsregelung zur Versorgung von pflegebedürftigen Mitgliedern geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnlichen Personen in ordensinterner Pflege	<b>Die Regelung ist sachgerecht, dient der Klarstellung</b>

**Art. 2: Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
1	§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung	<p><b>Die Regelung ist sachgerecht, sofern das BStabG so umgesetzt wird, wie es der derzeit vorliegende Gesetzesentwurf vorsieht.</b></p> <p><b>Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Neuregelung des § 242 b SGB V durch das BStabG. Diese Regelung wurde unsererseits abgelehnt, daher wird auch diese Folgeänderung abgelehnt.</b></p> <p><b>Anmerkung:</b> Auf die Stellungnahmen zu Art. 1 Nr. 2 (§ 56 SGB XI) wird verwiesen. Der Beitragszuschlag für bislang kostenfrei mitversicherte Ehegatten und Lebenspartner stellt für AOK-Versicherte eine höhere Belastung dar als in der übrigen SPV. Die von der Neuregelung der beitragspflichtigen Mitversicherung überdurchschnittlich betroffenen AOK-Haushalte haben insgesamt ein geringeres durchschnittliches Haushaltsnettoeinkommen im Vergleich zu den Versicherten in der übrigen GKV/SPV. Zudem leben die AOK-Versicherten überwiegend in größeren Haushalten mit mehreren Kindern unter 16 Jahren (Ehegatten/Lebenspartner mit Kindern unter 7 Jahren sind hierbei bereits herausgerechnet). Der Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner wird daher auch für die SPV abgelehnt, deshalb ist die Regelung zu streichen. Die neue Regelung erfordert im Falle der Umsetzung zusätzliche und erweiterte Mitwirkungs- und Meldepflichten (vgl. ergänzenden Änderungsbedarf zum § 25 SGB XI) und führt nicht zur Entbürokratisierung, sondern erhöht durch den manuellen Mehraufwand bei der Prüfung der Sachverhalte vielmehr die Verwaltungskosten auf Seiten der Kranken-/Pflegekassen. So sind die Informationen zur Prüfung der Familienversicherung regelmäßig vom Mitglied einzuholen und das Mitglied hat die Kranken-/Pflegekasse über Änderungen zu informieren. Erst nach Erfüllung der Mitwirkungspflicht des Mitglieds kann der Beitragszuschlag für den familienversicherten Ehegatten oder Lebenspartner nach § 242b Satz 2 SGB V und § 55 Absatz 3a SGB XI</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		erhoben oder korrigiert werden. In der Folge kann der Beitragszuschlag für familienversicherte Ehepartner für beide Versicherungszweige erst zeitversetzt, in der Regel rückwirkend, vom Mitglied eingefordert werden. Dies führt wiederum zu zahlreichen Rückrechnungen bei den beitragsabführenden Stellen.
2	§ 56 Beitragsfreiheit	<p><b>Die Regelung ist sachgerecht, sofern das BStabG so umgesetzt wird, wie es der derzeit vorliegende Gesetzesentwurf vorsieht.</b></p> <p><b>Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Neuregelung des § 3 Satz 3 SGB V durch das BStabG. Diese Regelung wurde von der AOK-Gemeinschaft abgelehnt, daher wird auch die Folgeänderung für die SPV abgelehnt.</b></p> <p><b>Anmerkung:</b></p> <p>Die Familienmitversicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung ist zentraler Bestandteil der solidarischen und beitragsfinanzierten Sozialversicherung und kein Anreiz- oder Förderinstrument der Arbeitsmarkt- oder Familienpolitik. Die gesetzliche Pflegeversicherung ist eine Solidargemeinschaft, die einen umfassenden Pflegeversicherungsschutz unabhängig vom Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand und dem jeweiligen Einkommen der Versicherten garantiert. Die Beitragsfreiheit der nicht oder nur wenig verdienenden Familienangehörigen als konstitutionelles Kernelement der GKV und der SPV sollte aus Sicht der AOK-Gemeinschaft daher erhalten bleiben.</p> <p>Die Hauptursache für die Finanzierungsprobleme in der gesetzlichen Pflegeversicherung liegt in der sehr dynamischen Ausgabenentwicklung, daher ist eine konsequente Kostenkontrolle der Schlüssel, um die finanzielle Situation der SPV zu stabilisieren und um weitere Belastungen der Versicherten und Beitragszahlenden zu vermeiden.</p> <p>Ferner führt die Umsetzung der Neuregelung nicht zur Entbürokratisierung, sondern erhöht durch den manuellen Mehraufwand bei der Prüfung der Sachverhalte vielmehr die Verwaltungskosten auf Seiten der Kranken-/Pflegekassen.</p> <p>Die neue Regelung erfordert im Falle der Umsetzung zusätzliche und erweiterte Mitwirkungs- und Meldepflichten und führt nicht zur Entbürokratisierung, sondern er-</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>höht durch den manuellen Mehraufwand bei der Prüfung der Sachverhalte vielmehr die Verwaltungskosten auf Seiten der Kranken-/Pflegekassen.</p> <p>So sind die Informationen zur Prüfung der Familienversicherung regelmäßig vom Mitglied einzuholen und das Mitglied hat die Kranken-/Pflegekasse über Änderungen zu informieren. Erst nach Erfüllung der Mitwirkungspflicht des Mitglieds kann die Kranken-/Pflegekasse den Beitragszuschlag für den familienversicherten Ehegatten oder Lebenspartner nach § 242b Satz 2 SGB V erheben oder korrigieren. In der Folge kann der Beitragszuschlag für familienversicherte Ehepartner erst zeitversetzt, in der Regel rückwirkend, vom Mitglied eingefordert werden. Dies führt wiederum zu zahlreichen Rückrechnungen bei den beitragsabführenden Stellen. Hierzu wird auf weitere Ausführungen zu Art. 2 Nr. 1 (§ 55 SGB XI) verwiesen.</p>
3	§ 106a Mitteilungspflichten	<b>Die Neuregelung ist sachgerecht.</b>

**Art. 3: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
2	§ 20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung	<b>Die Regelung ist sachgerecht.</b> Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 5 Absatz 1a SGB XI.
3	§ 20b Betriebliche Gesundheitsförderung	<p><b>Die Neuregelung ist nicht sachgerecht.</b></p> <p>Das Ziel, die Förderung überbetrieblicher Netzwerke zu verbessern, ist zu begrüßen. Dafür auf der Ebene der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen Grundsätze zu Inhalten und Umfang der Förderung zu vereinbaren, ebenfalls. Problematisch ist, dass diese Förderung „in Form von Projektförderung“ erfolgen soll.</p> <p><b>Begründung:</b></p> <p>Während ein abgestimmtes und koordiniertes Vorgehen der Sozialversicherungen und Krankenkassenverbände die Zielgenauigkeit der Maßnahmen verbessern kann, darf die übergreifende Zusammenarbeit keinen Selbstzweck darstellen. Mit gemeinschaftlichen Aufgaben gehen nicht nur Vorteile einher, sondern auch ein erhöhter Koordinierungs- und Verwaltungsaufwand, der Ressourcen bindet und Innovation gefährden kann – das gilt insbesondere bei der gemeinsamen operativen Durchführung konkreter Präventionsangebote.</p> <p>Mit der vorgeschlagenen Neuordnung „in Form von Projektförderung“ wären unnötige Doppelstrukturen verbunden. Die gemeinschaftlichen Aufgaben sollten eine verbesserte Koordination und Abstimmung, aber nicht die Umsetzung konkreter Präventionsprogramme umfassen. Die Durchführung konkreter Projekte zur Gesundheitsförderung sollte weiterhin krankenkassenindividuell erfolgen.</p>
4	§ 20c Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren	<b>Die Regelung ist sachgerecht.</b>
5	§ 25 Gesundheitsuntersuchungen	<p><b>Die Neuregelung ist nicht sachgerecht.</b></p> <p>Das Ziel, die Lebensqualität älterer Menschen durch frühzeitige Prävention und strukturierte Gesundheitsförderung zu erhalten und Pflegebedürftigkeit möglichst</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>lange zu vermeiden, ist grundsätzlich zu begrüßen. Der Schwerpunkt muss dabei allerdings auf der Primärprävention liegen, um Sarkopenie, Sturzanfälligkeit und demenziellem Abbau frühzeitig vorzubeugen. Das Modell eines flächendeckenden, freiwilligen Gesundheits-Check-ups ab dem 60. Lebensjahr ist abzulehnen.</p> <p><b>Begründung:</b> Gemäß § 25 SGB V besteht bereits die Möglichkeit, mittels einer entsprechenden Gesundheitsuntersuchung das genannte Ziel zu verfolgen. Diese Leistung wird innerhalb von drei Jahren von mehr als 70 % der Frauen über 60 und von mehr als 60 % der Männer über 60 in Anspruch genommen. Die Regelung der Gesundheitsuntersuchungen müssen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss aufgrund der besten verfügbaren Evidenz ausgestaltet werden. Die Prüfung der Einführung paralleler Gesundheits-Check-ups ab 60 Jahren müsste daher durch den G-BA erfolgen. Eine Differenzierung in Bezug auf Inhalt, Struktur und Abrechnungstechnik liegt nicht vor, es kommt zu einer unnötigen Bürokratisierung sowie einer ineffizienten Nutzung von Ressourcen. Es ist unklar, welcher konkrete Zusatznutzen durch die Maßnahme entstehen soll.</p> <p>Ein flächendeckender Anspruch für alle Versicherten ab dem 60. Lebensjahr würde zu erheblichen Mehrkosten führen. Für die Gesundheitsuntersuchung hat die GKV im Jahr 2024 565,4 Mio. € ausgegeben (KJ1), etwa die Hälfte der Leistungen entfällt auf die Altersgruppe über 60 Jahre. Daher müsste bei dreijährigem Intervall für die Doppeluntersuchung mit Kosten über mehr als 280 Mio. € pro Jahr gerechnet werden, ohne dass eine gezielte Steuerung auf die tatsächlich gefährdete und bislang nicht erreichte Gruppe vorgesehen ist. Damit besteht die Gefahr, dass das Gießkannenprinzip greift und risikoarme Personen regelmäßig und wiederholt Leistungen in Anspruch nehmen, während die eigentliche Risikogruppe – Menschen mit spezifischen Risiken für das Eintreten einer Pflegebedürftigkeit, sozialen Belastungen oder bereits beginnender Pflegebedürftigkeit – nicht gezielt adressiert wird. Angesichts</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>der angespannten Finanzlage der GKV erscheint eine derart undifferenzierte Leistungsverdopplung ohne zugrundeliegende Evidenz des Nutzens als nicht gerechtfertigt und reduziert das Einsparvolumen der GKV nach dem BStabG.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag:</b> Streichung des § 25 Absatz 2.</p>
6	§ 39 Krankenhausbehandlung	<p><b>Die vorgeschlagene Regelung ist sachgerecht. Zudem besteht gesetzlicher Ergänzungsbedarf.</b></p> <p><b>Begründung:</b> Es handelt sich um eine Erweiterung des Regelungsrahmens des Rahmenvertrags Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a SGB V aufgrund des mit dem PNOG neu einzuführenden Anspruchs auf fachliche Begleitung und Unterstützung in der häuslichen Pflege („Pflegebegleitung“). Mit der Erweiterung sollen die Vertragspartner Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband regeln, dass die erforderlichen Informationen nach Einwilligung der Patientinnen und Patienten in gesicherter elektronischer Form an die für die Pflegebegleitung zuständige Stelle übermittelt werden können. Durch die Erweiterung des Rahmenvertrags wird die Durchführung der Pflegebegleitung unterstützt.</p> <p>Um die nach einem Krankenhausaufenthalt erforderliche Organisation der Anschlussversorgung auch aufseiten der Krankenkassen zu verbessern, wäre die Einführung einer kurzen Entlassmitteilung sinnvoll. In der Vereinbarung zum Datenaustausch nach § 301 SGB V ist zum einen geregelt, dass die Entlassanzeige innerhalb von drei Arbeitstagen nach der Entlassung oder Verlegung des Versicherten zu übermitteln werden soll. Zum anderen ist geregelt, dass sie spätestens mit der Schlussrechnung zu übermitteln ist. Dies führt häufig zu verzögerten Meldungen, die einer guten Anschlussversorgung entgegenstehen und zu unnötigen bürokratischen Abstimmungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen führen.</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>Eine kleine vorläufige Entlassmitteilung, die lediglich Informationen zum Entlass- tag und -grund enthält, kann eine rechtzeitige und wirksame Koordination der weiteren Versorgung ermöglichen. Eine solche Entlassmitteilung sollte entspre- chend in § 39 Absatz 1a SGB V verankert werden.</p> <p><b>Gesetzlicher Ergänzungsbedarf</b> § 39 Absatz 1a Satz 5 wird wie folgt geändert: „Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1; diese erhält hierfür spätestens innerhalb von drei Arbeitstagen nach der Entlassung oder Verlegung des Versicherten vom Krankenhaus eine vorläufige Information zum Entlasstag und Entlassgrund; soweit Hilfen durch die Pflegever- sicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinan- der.“</p>
8	§ 40 Leistungen zur medizinischen Re- habilitation	<p><b>a) Die Neuregelung ist sachgerecht</b> Die Ergänzung stellt klar, dass die Zielrichtung für die Rehabilitationsziele nun auch im § 40 SGB V aufgenommen ist. Der gesetzgeberische Grundsatz „Reha vor Rente“ wird bereits im § 11 SGB V sowie im § 9 SGB IX formuliert.</p> <p><b>Korrekturbedarf</b> Für den Rehabilitationsbereich hat sich der Begriff „Rehabilitationsziel“ etabliert und wurde auch in z. B. der Rehabilitations-Richtlinie verwendet. Es wird empfohlen diese Formulierung zu verwenden.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag</b> In § 40 Absatz 3 Satz 2 letzter Halbsatz SGB V wird das Wort „Therapieziel“ durch das Wort „Rehabilitationsziel“ ersetzt.</p> <p><b>b) Die Neuregelung ist nicht sachgerecht</b></p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p><b>Korrekturbedarf</b></p> <p>Die mit dem GKV-IPReG neu eingeführten Regelungen zur Verordnung geriatrischer Rehabilitation wurden bereits in den Jahren 2021 bis 2023 durch eine regelmäßige Berichterstattung des GKV-Spitzenverbandes gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit begleitet. Die Berichte gingen dabei neben quantitativen und qualitativen Auswertungen auch auf Informationen zur tatsächlichen Inanspruchnahme geriatrischer Rehabilitationsleistungen sowie zu möglichen Ursachen für eine verzögerte oder ausbleibende Leistungsaufnahme ein.</p> <p>Vor diesem Hintergrund ist nicht ersichtlich, welchen zusätzlichen Erkenntnisgewinn eine erneute Berichtspflicht erzielen soll. Gleichzeitig wäre die Erstellung weiterer Berichte mit einem erheblichen administrativen Aufwand für die Krankenkassen verbunden. Insbesondere für die vorgesehene rückwirkende Datenerhebung für bereits vergangene Berichtszeiträume ist fraglich, wie eine praktische Umsetzung erfolgen kann, da die hierfür erforderlichen Daten nicht nachträglich erhoben werden können.</p> <p>Zudem greift die Fokussierung auf formale Zugangsvoraussetzungen zu kurz. Die tatsächliche Inanspruchnahme geriatrischer Rehabilitation wird aktuell maßgeblich durch die verfügbaren Kapazitäten der Rehabilitationseinrichtungen beeinflusst. Darüber hinaus wirken sich die angespannte Fachkräftesituation und die allgemeinen Herausforderungen am Arbeitsmarkt auf die Leistungserbringung aus. Zusätzlich wirkt im Kontext von Zugangsvoraussetzungen für die Zielgruppe von stark pflegebedürftigen Versicherten weiterhin die Rehabilitationsfähigkeit als feste Zugangsvoraussetzung. Die Rehabilitationsfähigkeit ist notwendig, um Rehabilitationsziele überhaupt realisierten zu können. Das ist im Hinblick auf die Stärkung des Zugangs geriatrischer Rehabilitation zu berücksichtigen.</p>

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>Angesichts dieser Rahmenbedingungen ist es erforderlich, die Krankenkassen weiterhin in die Lage zu versetzen, ihre Prüfungs- und Steuerungsaufgaben sachgerecht wahrzunehmen. Wir verweisen insoweit ergänzend auf den hierzu eingebrachten Zusätzlichen Änderungsbedarf (siehe unten) hin.</p> <p><b>Gesetzesvorschlag</b> § 40 Absatz 3 Satz 18 wird gestrichen.</p>

**Art. 4: Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch**

Nr. im RefE	Vorschrift	Stellungnahme
1	§ 3 Sonstige Versicherte	<p><b>Die Regelung ist sachgerecht.</b></p> <p><b>Anmerkung:</b> Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 44 Absatz 1 Satz 2 SGB XI.</p>
2	<p>§ 166 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter</p> <p>a) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt...</p>	<p><b>Die Regelung ist nicht sachgerecht.</b></p> <p><b>Anmerkung:</b> Im Hinblick auf die Kompensation von Verdienstaussfall und das Thema Altersarmut ist die geplante Reduzierung der Beitragszahlungen und der Rentenansprüche für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen als bedenklich anzusehen und abzulehnen. Da Pflege eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, sollten die mit der sozialen Sicherung der Pflegepersonen verbundenen finanziellen Aufwendungen und somit auch die zur gesetzlichen Rentenversicherung aus Steuermitteln finanziert werden.</p>

**Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes**

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
	§ 70 SGB XI Grundsätze der Vergütungsentwicklung	<p>Im Rahmen an die Neuregelungen des § 132a SGB V durch das BStabG, mit denen die Vergütungsentwicklung im Bereich der häuslichen Krankenpflege an die gesamtwirtschaftliche Einkommensentwicklung angebunden wurde, sowie der Anpassung des § 82c SGB XI, hat eine Anpassung des § 70 SGB XI zu erfolgen.</p> <p>Zur Sicherstellung einer einheitlichen Systemlogik zwischen SGB V und SGB XI sowie im Interesse der Beitragssatzstabilität und der Begrenzung steigender Eigenanteile in der sozialen Pflegeversicherung ist eine entsprechende Anpassung der vergütungsrechtlichen Grundsätze erforderlich.</p> <p>§ 70 SGB XI wird wie folgt geändert:</p> <p>Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt: „(2) Bei der Vereinbarung der Vergütung nach diesem Buch stellt die durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Obergrenze für Vergütungssteigerungen der personalkostenbezogenen Bestandteile dar. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt entsprechend.“</p> <p>Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.</p>
	§ 84 SGB XI Bemessungsgrundsätze	<p>Abs. 7 ist wie folgt anzupassen:</p> <p>(7) Der Träger der Einrichtung ist <del>ab dem 1. September 2022</del> verpflichtet, die bei der Vereinbarung der Pflegesätze zugrunde gelegte Bezahlung der Gehälter <del>nach § 82c Absatz 1 oder Absatz 2a und der Entlohnung nach § 82c Absatz 2</del> jederzeit einzuhalten und auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt in Richtlinien bis zum 01. Januar <del>2022</del> 2027 das Nähere zur Durchführung des Nachweises nach Satz 1 fest. Dabei ist die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen</p>

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe zu beteiligen; den Bundesvereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. § 72 Absatz 3c Satz 5 und 6 gilt entsprechend.</p>
	<p>§ 115 SGB XI Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung</p>	<p>Das aktuelle Verfahren zur Vergütungskürzung bei unbezahlten Gehältern ist extrem aufwändig. Die Vereinbarung von Kürzungsbeträgen sowie die Erstattung an Pflegebedürftige (oder Erben) blockieren erhebliche Ressourcen. Das Verfahren soll vereinfacht und um alternative Verrechnungsoptionen erweitert werden.</p> <p>§ 115 Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:          „Hält die Pflegeeinrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere ihre Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung aus dem Versorgungsvertrag (§ 72) ganz oder teilweise nicht ein, sind die nach dem Achten Kapitel vereinbarten Pflegevergütungen für die Dauer der Pflichtverletzung durch die Pflegekassen entsprechend zu kürzen.“</p> <p>In § 115 Absatz 3 sind die Sätze 2 bis 4 zu streichen.</p> <p>In § 115 Absatz 3a wird Satz 3 wie folgt gefasst:          „Die Pflegekassen können nach Ermessen den Kürzungsbetrag gemäß Absatz 3 Satz 1 auch im Rahmen der folgenden Vergütungsvereinbarung verrechnen.“</p> <p>§ 115 Abs. 3b ist zu streichen.</p>
	<p>§ 120 SGB XI Pflegevertrag bei häuslicher Pflege</p>	<p>Die Regelung stellt klar, dass bei unterschiedlichen Vergütungsmodellen für dieselbe Pflegeleistung der Pflegedienst die Pflegebedürftigen wirtschaftlich über die Vor- und Nachteile informieren muss. Das Wahlrecht zwischen den Vergütungsformen liegt bei den Pflegebedürftigen, um ihre Selbstbestimmung zu stärken.</p> <p>Da ein jederzeitiger Wechsel des Vergütungsmodells in der Praxis zu erheblichen Planungsproblemen und Mehrkosten geführt hat, soll die Wahlentscheidung künftig für eine bestimmte Zeit bindend sein. Ein späterer Wechsel des Vergütungsmodells</p>

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>lässt den Pflegevertrag im Übrigen unberührt und berechtigt den Pflegedienst nicht zu einer außerordentlichen Kündigung.</p> <p>§ 120 Abs. 3 SGB XI wird wie folgt geändert</p> <p>„In dem Pflegevertrag sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 Absatz 3 Sätze 1 bis 3 vereinbarten Zeitvergütungen und der vom Zeitaufwand unabhängigen vereinbarten Vergütung für jede Leistung oder jeden Leistungskomplex einschließlich ergänzender Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen gesondert zu beschreiben. Der Pflegedienst hat den Pflegebedürftigen vor Vertragschluss und bei jeder wesentlichen Veränderung in der Regel schriftlich über die voraussichtlichen Kosten zu unterrichten. Soweit der Pflegedienst gemäß § 89 Absatz 3 für Leistungen sowohl eine Zeitvergütung als auch eine vom Zeitaufwand unabhängige Vergütung vereinbart hat, ist der Pflegebedürftige vor der ersten Inanspruchnahme über die unterschiedlichen Vergütungsformen zu unterrichten und ihm die Wahl der Vergütungsform zu ermöglichen; die Wahlentscheidung ist im Pflegevertrag zu dokumentieren. An die Wahlentscheidung ist der Pflegebedürftige [für die Dauer von [.] Monaten] gebunden. Die Informationen nach den Sätzen 2 und 3 erfolgen in der Regel in Textform. Bei der Vereinbarung des Pflegevertrages ist zu berücksichtigen, dass der Pflegebedürftige Leistungen von mehreren Leistungserbringern in Anspruch nimmt. Ebenso zu berücksichtigen ist die Bereitstellung der Informationen für eine Nutzung des Umwandlungsanspruchs nach § 45a Absatz 4.</p>
	§ 25 SGB XI Familienversicherung	<p>Ergänzungsbedarf:</p> <p>Im § 25 SG XI ist derzeit kein Hinweis auf die analog zur Familienversicherung in der KV geltende Mitwirkungspflicht des Mitglieds. Das Mitglied hat für die Durchführung der Familienversicherung und für das Vorliegen der Voraussetzungen für die Beitragsfreiheit des Ehegatten oder Lebenspartners die notwendigen Angaben sowie deren Änderung an die zuständige Krankenkasse zu melden.</p> <p>a) Im Absatz 2 Satz 2 ist „5“ zu ersetzen mit „6“</p>

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
	§ 57 SGB XI Beitragspflichtige Einnahmen	Ergänzungsbedarf: In § 57 Abs. 1 Satz 2 ist der <b>Faktor</b> in Analogie zum BStabG anzupassen und somit den Einstieg in eine auskömmliche Finanzierung der PV-Beiträge für Bürgergeldbeziehende zu vollziehen.
	Insolvenzordnung	<p><b>Nationale Umsetzung der Richtlinie (EU) 2026/799 zur Harmonisierung bestimmter Aspekte des Insolvenzrechts</b></p> <p>Nach derzeit geltender Rechtslage sind die Sozialversicherungsträger in Deutschland in Insolvenzverfahren den einfachen Insolvenzgläubigern gleichgestellt. Dies führt dazu, dass bereits gezahlte Sozialversicherungsbeiträge im Wege der Insolvenzanfechtung von Insolvenzverwaltern zurückgefordert und der Insolvenzmasse zugeführt werden können. Durch diese Insolvenzanfechtungen werden den Pflegekassen (und damit auch den AOKs) und den übrigen deutschen Sozialversicherungsträgern insgesamt jährlich Beitragsmittel in Höhe von mehreren 100 Mio. Euro zweckentfremdend und zur Aufstockung der Insolvenzmasse entzogen.</p> <p>Die langjährige Forderung der deutschen Sozialversicherung, dass Sozialversicherungsbeiträge, die von später insolventen Unternehmen gezahlt wurden, von der Anfechtung durch Insolvenzverwalter ausgenommen werden können, fand nun Eingang in die EU-Richtlinie zur Harmonisierung bestimmter Aspekte des Insolvenzrechts. Mit der Veröffentlichung der neuen EU-Insolvenz-Richtlinie im EU-Amtsblatt besteht nun die Möglichkeit, die in Artikel 7 Absatz 3 der Richtlinie formulierte Ausnahme in deutsches Recht umzusetzen. Die Richtlinie eröffnet die Möglichkeit, Zahlungen an Sozialversicherungsträger von der Insolvenzanfechtung auszunehmen oder bevorzugt zu behandeln und damit den Sozialversicherungsträgern und damit auch den Pflegekassen zur Verfügung zu stellen. Dieser Gestaltungsspielraum muss genutzt werden, um die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme zu stabilisieren.</p>
	§ 40 SGB V	<b>Wiederherstellung der Prüf- und Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen bei Leistungen zur medizinischer Rehabilitation - § 40 SGB V</b>

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		<p><b>Sachstand</b>  Mit dem GKV-IPReG wurden im Bereich der medizinischen Rehabilitation nicht nur vergütungsbezogene Änderungen vorgenommen, sondern auch die Prüf- und Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen eingeschränkt. Nach geltender Rechtslage gem. § 40 Abs. 3 S. 2 ff. SGB V wird bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation unter den gesetzlichen Voraussetzungen nicht mehr überprüft, ob diese medizinisch erforderlich ist. Zudem wurde gem. § 40 Abs. 3 S. 10 SGB V der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, festzulegen, in welchen Fällen Anschlussrehabilitationen ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können.</p> <p>Ziel der Regelung war es, den Zugang zur Rehabilitation zu erleichtern und Verzögerungen im Genehmigungsverfahren zu vermeiden. Dieses Ziel bleibt grundsätzlich nachvollziehbar und angemessen. Die Entwicklungen seit Inkrafttreten des IPReG zeigen jedoch, dass der tatsächliche Zugang zur Rehabilitation nicht durch eine breite Fallzahlausweitung abzulesen ist. In der Anschlussrehabilitation sind die Fallzahlen den amtlichen Statistiken zufolge von 2019 bis 2025 rückläufig. In der Geriatrie zeigt sich ein differenziertes Bild: in der med. Rehabilitation sind die Zahlen deutlich gestiegen, in der Anschlussrehabilitation sind die Zahlen rückläufig. Gleichzeitig sind die Kosten und insbesondere die Wartezeiten im Rehabilitationsbereich deutlich gestiegen. Diese Entwicklungen machen deutlich, dass nicht allein durch den Abbau von Prüfschritten der Zugang zur Rehabilitation verbessert wird. Maßgeblich ist vielmehr, ob die vorhandenen Reha-Kapazitäten zielgenau, bedarfsgerecht und wirtschaftlich eingesetzt werden können</p> <p><b>Änderungsbedarf und Begründung</b>  Die geltende Regelung führt zu einem strukturellen Missverhältnis: Die Krankenkassen tragen weiterhin Finanzierungs- und Mitverantwortung für die rehabilitative Versorgung, können aber in den betroffenen Fallgruppen nicht mehr ausreichend prüfen, ob die beantragte Leistung medizinisch erforderlich ist, ob die gewählte Indikation zutrifft und ob die beantragte Versorgungsform im Einzelfall geeignet ist. Damit fallen Verantwortung und Steuerungsmöglichkeit auseinander.</p>

Nr.	Vorschrift	Stellungnahme
		<p>Gerade bei langen Wartezeiten, begrenzten Kapazitäten und steigenden Ausgaben ist eine fachliche Einzelfallsteuerung erforderlich. Fehlsteuerungen können knappe Reha-Kapazitäten binden und den Zugang für Versicherte erschweren, die eine bestimmte Rehabilitationsleistung tatsächlich und zeitnah benötigen. Die Wiederherstellung der Prüfmöglichkeiten ist daher nicht als pauschale Zugangshürde zu verstehen. Ziel ist vielmehr, den Zugang zu medizinisch erforderlicher Rehabilitation durch eine passgenaue Steuerung zu sichern.</p> <p>Die Krankenkassen müssen wieder in die Lage versetzt werden, die medizinische Erforderlichkeit, die zutreffende Indikation und die geeignete Versorgungsform im Einzelfall zu prüfen. Dies stärkt eine bedarfsgerechte Versorgung, vermeidet Fehlallokationen, unterstützt das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V und leistet einen Beitrag zur finanziellen Stabilisierung der GKV, ohne das Leistungsniveau für Versicherte mit medizinisch erforderlichem Rehabilitationsbedarf einzuschränken.</p> <p>Die durch das IPreG eingeführten Einschränkungen in § 40 Absatz 3 SGB V sollten daher zurückgenommen werden. Folgeanpassungen in der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sind anschließend vorzunehmen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b>            § 40 Absatz 3 SGB V wird wie folgt geändert:            Die Sätze 2 bis 10 werden aufgehoben.            Im bisherigen Satz 12, künftig Satz 3, wird die Angabe „Satz 11“ durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt.            Im bisherigen Satz 13, künftig Satz 4, wird die Angabe „Satz 11“ durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt.            Der bisherige Satz 18 wird aufgehoben.</p>