Bundesrat **Drucksache 587/26 (Beschluss)**

20.11.26

Stellungnahme
des Bundesrates

Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz)

Der Bundesrat hat in seiner 1070. Sitzung am 20. November 2026 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 3 Absatz 2 Satz 1 SGB XI)

   In Artikel 1 Nummer 3 § 3 Absatz 2 Satz 1 ist die Angabe „von Männern und Frauen“ zu streichen und die Angabe „ihrer“ durch die Angabe „der“ zu ersetzen.

   Begründung:

   Die Angabe „von Männern und Frauen“ ist entbehrlich. Formal gesehen umfasst der Begriff „geschlechtsspezifisch“ begrifflich bereits alle Dimensionen des Geschlechts und die explizite Aufzählung der Geschlechter bietet keinen rechtlichen Mehrwert. Die Streichung dient der sprachlichen Präzision und Rechtsklarheit. Nach dem Handbuch der Rechtsförmlichkeit müssen Rechtsnormen inhaltlich präzise, d. h. inhaltlich bestimmt und auch in sprachlicher Hinsicht unmissverständlich sein. Gleichzeitig müssen Rechtsvorschriften der Vielfalt von möglichen Anwendungsfällen gerecht werden; sie werden daher abstrakt formuliert (siehe HdR4, Teil B, Abschnitt III, Rn. 255). Rechtsvorschriften müssen fachlich und juristisch präzise gefasst sein (vgl. HdR4 Rn. 242) und nur die für den zu regelnden Sachbereich nötigen abstraktgenerellen Regelungen enthalten (vgl. HdR4 Rn. 245). Nicht in eine Rechtsvorschrift gehören überflüssige Ausführungen wie zum Beispiel Beschreibungen ohne eigenen Regelungsgehalt (vgl. HdR4 Rn. 246). Hinsichtlich Angaben zum Geschlecht ist das natürliche Geschlecht von Personen nur dann eindeutig auszudrücken, wenn es für die Regelung wesentlich ist (HdR4 Rn. 316).

Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln
Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.bundesanzeiger-verlag.de
ISSN 720 - 2946

Zudem bildet die Nennung von lediglich „Frauen und Männern“ die geltende Rechtslage nicht mehr korrekt ab. Eine der primären juristischen Grundlagen für staatliches Handeln ist das Grundgesetz, insbesondere der in Artikel 3 Absatz 1 des Grundgesetzes verankerte allgemeine Gleichheitssatz, das Gleichberechtigungsgebot gemäß Artikel 3 Absatz 2 des Grundgesetzes und das Diskriminierungsverbot gemäß Artikel 3 Absatz 3 des Grundgesetzes. Aufgrund dieser verfassungsrechtlichen Pflicht zur Gleichbehandlung und dem Verbot der Diskriminierung aufgrund des Geschlechts kommt eine binäre Ansprache von „Frauen und Männern“ dem nicht nach. Das Bundesverfassungsgericht hat im Oktober 2017 entschieden, dass Artikel 3 Absatz 3 Satz 1 des Grundgesetzes auch Menschen, die sich dauerhaft weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht zuordnen lassen, umfasst (BVerfG, Beschluss vom 10. Oktober 2017, Az. 1 BvR 2019/16). Damit werden folglich auch Personen, die sich außerhalb des binären Geschlechtersystems verorten, vom Diskriminierungsverbot des Artikel 3 Absatz 3 des Grundgesetzes verfassungsrechtlich geschützt.

Der Gesetzgeber wurde für das Personenstandrecht zur Einführung eines positiven Geschlechtseintrags neben den Kategorien „weiblich“ und „männlich“ verpflichtet, was mit Einführung der Geschlechtskategorie „divers“ 2018 in das Personenstandsgesetz und dem 2024 in Kraft getretenen Gesetz über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag umgesetzt wurde. Der Geschlechtseintrag „divers“ steht intergeschlechtlichen, transgeschlechtlichen und nicht-binären Personen offen, die sich außerhalb des traditionellen binären Geschlechtersystems verorten. Dadurch wurde eine Grundlage geschaffen, der in der Praxis weitere Umsetzungsschritte folgen müssen. Hierzu gehören auch eine entsprechende Rechtssprache und Gesetzesformulierung. Eine rein binäre Formulierung in Bezug auf Geschlechter greift zu kurz. Um eine verfassungskonforme Auslegung im Sinne des Artikel 3 Absatz 3 des Grundgesetzes und der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur „dritten Option“ zu gewährleisten und alle Geschlechter zu erfassen, ist die offene Formulierung „geschlechtsspezifische Unterschiede“ zwingend vorzuziehen.

Auch die Europarat-Resolution 2048 (2015) fordert die EU-Mitgliedsstaaten auf, bezüglich geschlechtsangleichender Behandlung und Gesundheitsversorgung eine Gleichbehandlung herzustellen.

Von den Pflegeleistungen für Cis-Personen (Menschen, deren Geschlechtsidentität mit dem bei der Geburt zugeschriebenen Geschlecht übereinstimmt und sich im Verlaufe des Lebens nicht geändert hat) abweichende Bedarfe können z. B. Pflegeleistungen für von der binären Norm abweichende geschlechtliche Varianzen sein, die durch besonderes Fachwissen, Pflegemittel und in manchen Fällen besondere geschlechtersensible Unterbringung eine adäquate pflegerische Versorgung sicherstellen.

2. Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 3 Absatz 3 Satz 2 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 3 § 3 Absatz 3 Satz 2 ist die Angabe „das individuelle Geschlecht oder“ durch die Angabe „die Geschlechtsidentität und“ und die Angabe „haben nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden“ durch die Angabe „sollen berücksichtigt werden“ zu ersetzen.

Begründung:

Systematisch richtig werden die Aspekte der Selbstbestimmung und der Rechte der Pflegebedürftigen aus den bisherigen §§ 1 und 2 SGB XI nun in einem neuen § 3 SGB XI-E zusammengefasst.

Ausdrücklich zu begrüßen ist dabei die Ergänzung der Wünsche von Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege und nach diversitätssensibler Pflege. Im Abgleich des Wortlauts mit der Begründung des Gesetzentwurfs dürfte es sich bei der Bezeichnung „individuelles Geschlecht“ in § 3 Absatz 3 Satz 2 SGB XI-E jedoch um einen redaktionellen Fehler handeln, denn die Begründung spricht stattdessen richtigerweise von „Geschlechtsidentität“. Auch das Wort „oder“ vor der Aufzählung der „sexuellen Orientierung“ ist durch ein „und“ zu ersetzen, da geschlechtliche Identität und sexuelle Orientierung gleichermaßen zu berücksichtigen sind und hier keine Alternativität besteht. Schließlich erscheint die Formulierung „haben nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden“ sehr schwach im Vergleich zu der Formulierung des § 3 Absatz 2 Satz 1 SGB XI-E, wo mit der Formulierung „sollen jeweils berücksichtigt werden“ bei den geschlechtsspezifischen Unterschieden die Rechte der Pflegebedürftigen aus Artikel 2 Absatz 1 i. V. m. Artikel 1 Absatz 1 des Grundgesetzes besser zum Ausdruck gebracht werden. Laut Bundesverfassungsgericht greift der Schutz der geschlechtlichen Identität durch das allgemeine Persönlichkeitsrecht jedenfalls dann, wenn die praktische Bedeutung der geschlechtlichen Zuordnung in alltäglichen Lebensvorgängen einer Person erheblich ist.

3. Zu Artikel 1 Nummer 5 (§ 6 Absatz 2 Satz 3 SGB XI) und Nummer 54 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb – neu – (§ 72 Absatz 3 Satz 2 SGB XI)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

a) Nummer 5 § 6 Absatz 2 Satz 3 ist zu streichen.

b) Nummer 54 Buchstabe a ist durch den folgenden Buchstabe a zu ersetzen:

„a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 < … weiter wie Vorlage … >

bb) Satz 2 wird gestrichen.“

Begründung:

Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung bedarf es einer leistungsfähigen und vielfältigen Trägerstruktur. Die Trägerstrukturen und die Versorgungsituationen unterscheiden sich zwischen den Ländern und Regionen. Neben freigemeinnützigen und privaten Trägern können dabei auch öffentliche Träger einen wichtigen Beitrag zur Sicherung und zum Ausbau der pflegerischen Infrastruktur leisten.

Der in § 6 Absatz 2 Satz 3 SGB XI-E vorgesehene generelle Vorrang freigemeinnütziger und privater Träger gegenüber öffentlichen Trägern ist sachlich nicht begründet und schränkt sowohl die Handlungsmöglichkeit öffentlicher Träger als auch die der Kostenträger ein. Es muss der Eindruck vermieden werden, dass ein wohlmöglich besseres Angebot eines öffentlichen Trägers nicht zum Zug kommen könnte, weil es ein Angebot eines anderen, nichtöffentlichen Trägers bereits gibt. Damit öffentliche Träger ihre Funktion als Stütze und Rückhalt der Versorgungsstruktur wahrnehmen können, müssen sie auch breit aufgestellt sein dürfen.

Angesichts der unterschiedlichen regionalen Versorgungsstrukturen ist eine bundesgesetzlich vorgegebene Rangfolge der Trägerformen nicht sachgerecht. Die Länder und die vor Ort verantwortlichen Akteure sollten vielmehr die Möglichkeit haben, unter Berücksichtigung der jeweiligen Versorgungssituation alle geeigneten Träger gleichermaßen in die Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung einzubeziehen.

Die Streichung des allgemeinen Vorrangs in § 6 Absatz 2 Satz 3 SGB XI-E erfordert zugleich die Streichung der entsprechenden Vorrangregelung in § 72 Absatz 3 Satz 2 SGB XI. Anderenfalls bliebe die gesetzliche Bevorzugung freigemeinnütziger und privater Träger gegenüber öffentlichen Trägern bei einer notwendigen Auswahl zwischen mehreren geeigneten Pflegeeinrichtungen im Rahmen des Abschlusses von Versorgungsverträgen bestehen.

Der Bundesrat hat bereits im Rahmen seiner Stellungnahme zum Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz im Jahr 2023 die Streichung des entsprechenden Vorrangs freigemeinnütziger und privater Träger in § 11 Absatz 2 Satz 3 SGB XI gefordert (BR-Drucksache 165/23 (Beschluss)). Die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehene Überführung dieser Regelung in § 6 Absatz 2 SGB XI-E sollte daher zum Anlass genommen werden, die bestehenden Vorrangregelungen insgesamt zu beseitigen.

4. Zu Artikel 1 Nummer 6 (§ 7a SGB XI)

Der Bundesrat begrüßt ausdrücklich die mit der Einführung des digitalen Pflege-Cockpits verfolgte Zielsetzung.

Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Ausgestaltung des Pflege-Cockpits dahingehend zu konkretisieren, dass

a) die bereits vorgesehene Suchfunktion so weiterentwickelt wird, dass Pflegebedürftige entsprechend ihrem individuellen Bedarf nach geeigneten lokalen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen suchen können,

b) das Pflege-Cockpit von Beginn an interoperabel mit der elektronischen Patientenakte und den bestehenden Strukturen der Telematikinfrastruktur ausgestaltet wird,

c) digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen bei deren Nutzung als eigenständiger Informations-, Antrags- und Beratungsgegenstand im Pflege-Cockpit abgebildet werden und

d) die Voraussetzungen für die Nutzung des Pflege-Cockpits durch weitere berechtigte Stellen, insbesondere Pflegeeinrichtungen, Pflegebegleitungen und gegebenenfalls Sozialhilfeträger, sowie die Freiwilligkeit der Nutzung eindeutig geregelt werden.

Darüber hinaus fordert der Bundesrat, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zur näheren Ausgestaltung des Pflege-Cockpits eine Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung vorzusehen.

Begründung:

Die Einführung eines digitalen Pflege-Cockpits wird grundsätzlich begrüßt. Um einen tatsächlichen Mehrwert für Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen zu schaffen, bedarf es jedoch einer hinreichend konkreten und einheitlichen Ausgestaltung. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass die Pflegekassen jeweils eigene Angebote entwickeln, hierdurch zusätzliche Kosten entstehen und zugleich die praktische Nutzbarkeit des Pflege-Cockpits im Alltag beeinträchtigt wird.

Bei der Ausgestaltung sind insbesondere die unterschiedlichen Voraussetzungen und Bedarfe der Zielgruppe zu berücksichtigen. Pflegebedürftige können aufgrund altersbedingter oder anderer Beeinträchtigungen nicht immer in der Lage sein, ein digitales Angebot selbständig zu nutzen. Daher bedürfen sowohl die Freiwilligkeit der Nutzung als auch die Möglichkeiten einer unterstützten

Nutzung und die Zugriffsberechtigungen weiterer Stellen einer eindeutigen Regelung. Hierbei kommen insbesondere Pflegeeinrichtungen, die Pflegebegleitung und gegebenenfalls die Sozialhilfeträger in Betracht.

Das Pflege-Cockpit sollte darüber hinaus einen unmittelbaren Nutzen für die konkrete Versorgungssituation der Pflegebedürftigen bieten. Dazu gehört insbesondere die Möglichkeit, entsprechend dem individuellen Bedarf nach geeigneten lokalen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu suchen.

Zugleich sollte das Pflege-Cockpit nicht als isolierte digitale Lösung der Pflegekassen ausgestaltet werden. Vielmehr ist von Beginn an eine interoperable Ausgestaltung mit der elektronischen Patientenakte und den bestehenden Strukturen der Telematikinfrastruktur erforderlich. Die in § 7a Absatz 1 Satz 6 SGB XI-E vorgesehene Formulierung, wonach ein „zweckmäßiger Datenaustausch mit der elektronischen Patientenakte nach § 341 des Fünften Buches berücksichtigt“ wird, greift das Anliegen der Fach-Arbeitsgruppen im Zukunftspakt Pflege nach einem „sinnvollen Zusammenspiel“ zwischen dem Pflege-Cockpit und der ePA zwar auf, konkretisiert diese jedoch noch nicht hinreichend.

Schließlich sollte klargestellt werden, dass auch digitale Pflegeanwendungen und die ergänzende Unterstützung bei deren Nutzung im Pflege-Cockpit als eigenständiger Informations-, Antrags- und Beratungsgegenstand abgebildet werden. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der vorgesehenen zentralen Lotsenfunktion des Pflege-Cockpits sachgerecht.

Angesichts der Vielzahl der bei der konkreten Ausgestaltung zu regelnden fachlichen, technischen und verfahrensbezogenen Einzelheiten ist eine Verordnungsermächtigung vorzusehen. Sie ermöglicht es, die notwendigen Vorgaben einheitlich und hinreichend konkret festzulegen und bei Bedarf an weitere technische und fachliche Entwicklungen anzupassen.

5. Zu Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe c (§ 7b Absatz 3 Satz 1 SGB XI)

Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe c ist durch den folgenden Buchstaben c zu ersetzen:

‚c) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „§ 2 Absatz 2“ durch die Angabe „§ 3“ und wird die Angabe „§ 45a“ durch die Angabe „§ 45a Absatz 2“ ersetzt.‘

Begründung:

Aufgrund des Näheverhältnisses zu den pflegebedürftigen Personen ist es abweichend vom gesetzlichen Wortlaut bereits heute weit überwiegende Verwaltungspraxis, dass Angebote zur Unterstützung im Alltag in Form der Nachbarschaftshilfe durch Einzelpersonen nicht in die Leistungs- und Preisvergleichslisten der Pflegekassen aufgenommen werden und Informationen zu ihrem An-

gebot entsprechend auch nicht im Internet veröffentlicht werden.

Mit der nun erfolgenden gesetzlichen Regelung dieser Leistungsform als Angebote zur Unterstützung im Alltag, die durch Einzelhelfende als Nachbarschaftshilfe organisiert sind (§ 45a Absatz 4 SGB XI-E), sollte diese Verwaltungspraxis deshalb rechtlich abgesichert werden.

6. Zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 7c Absatz 5 Satz 1 und Satz 3 SGB XI)

Artikel 1 Nummer 8 § 7c Absatz 5 ist wie folgt zu ändern:

a) Satz 1 ist durch den folgenden Satz zu ersetzen:

„Pflegebedürftige mit besonderem Unterstützungsbedarf, denen keine Leistungen der vollstationären Pflege gewährt werden, erhalten von der Pflegekasse Hilfe bei der Sicherstellung ihrer Versorgung durch das Fallmanagement als intensiver Stufe der Pflegebegleitung, sofern die pflegebedürftige Person dem nicht widerspricht."

b) Satz 3 ist durch den folgenden Satz zu ersetzen:

„Die Aufgabe der Pflegebegleitpersonen ist dabei insbesondere die Unterstützung

1. bei der Organisation der bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung,
2. bei der rechtskreisübergreifenden Beantragung und Koordination von in Betracht kommenden Sozialleistungen und
3. bei der Suche und Inanspruchnahme von weiteren geeigneten Angeboten und Hilfen."

Begründung:

Die Einführung eines Anspruchs auf Pflegebegleitung zur Unterstützung eines stabilen Versorgungsarrangements und auf ein Fallmanagement als intensiver Stufe der Pflegebegleitung wird ausdrücklich begrüßt; jedoch greift die Definition der Zielgruppe zu kurz.

Sowohl die Pflegebegleitung als auch das Fallmanagement bei besonderem Unterstützungsbedarf einer pflegebedürftigen Person sind im Gesetzentwurf ausschließlich für Pflegebedürftige vorgesehen, die in häuslicher Pflege leben oder deren häusliche Versorgung sichergestellt werden soll. Laut Begründung des Gesetzentwurfs gilt die Pflegebegleitung dabei nicht nur für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 zu Beginn ihrer Pflegebedürftigkeit, sondern auch für Personen, die in Pflegegrad 2 oder 3 eingestuft werden.

Mit der Begrenzung auf die Sicherstellung der häuslichen Versorgung werden nach dem Gesetzentwurf alle Pflegebedürftigen mit komplexem Handlungsbedarf aus dem Fallmanagement nach § 7c Absatz 5 SGB XI-E ausgeschlossen, für die nach einem längeren Krankenhausaufenthalt entweder eine Rückkehr in die Häuslichkeit mangels Angehörigenpflege nicht möglich ist, oder die einen höheren Pflegebedarf außerhalb der Häuslichkeit, z. B. in einer besonderen Wohnform, entwickelt haben.

Diese Beschränkung auf häusliche Pflege ist nicht gerechtfertigt und entspricht auch nicht dem einstimmigen Wunsch der Länder nach einem Case Management. So wurde beispielsweise bei der 101. ASMK 2024 unter TOP 5.10 („Landesstrategische Schwerpunkte in der Pflegeversorgung und bundesgesetzliche Rahmenbedingungen“) in Ziffer 4.2 ausdrücklich das Case Management im Quartier und im Sozialraum als „exzellente Beratung unter Berücksichtigung der sozialräumlichen Versorgungsstrukturen“ angestrebt und die Einführung einer „verbindlichen multiprofessionellen Fallsteuerung“ gefordert.

Der Wortlaut dieses Beschlusses war nicht auf häusliche Pflege beschränkt. Vielmehr umfasst die pflegerische Versorgung im Quartier und im Sozialraum auch Pflegebedürftige, die in besonderen Wohnformen leben und (möglichst) dort eine teil- oder vollstationäre Pflegeeinrichtung benötigen, aber noch nicht gefunden haben. Auch sie wünschen sich eine gemeindenahe Versorgung und brauchen das Fallmanagement durch eine Pflegebegleitperson, wenn sie besonderen Unterstützungsbedarf haben, damit der Übergang in ein passendes Versorgungsangebot gelingt. So wie in der Begründung des Gesetzentwurfs beschrieben, kann dieser besondere Unterstützungsbedarf z. B. bestehen, weil

- sie ein vielschichtiges Krankheitsbild haben,
- kein geeignetes professionelles Versorgungsangebot vor Ort zur Verfügung steht,
- die An- und Zugehörigen keine pflegerische Versorgung im notwendigen Umfang leisten können,
- ein poststationärer Übergang nach einem längeren Krankenhausaufenthalt vorliegt oder
- psychische Belastungsfaktoren oder Komorbiditäten eine spezialisierte Betreuung erfordern.

Alle vorgenannten Indikatoren für einen besonderen Unterstützungsbedarf treffen gleichermaßen auf Pflegebedürftige in häuslicher Pflege wie auf Pflegebedürftige außerhalb von vollstationären Pflegeeinrichtungen zu, die sich im Übergang aus längerem Krankenhausaufenthalt oder aus ihrer derzeitigen Wohnform in ein anderes Pflegesetting als die häusliche Pflege befinden. Sie sollten daher in den Anspruch auf Fallmanagement einbezogen werden.

7. Zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 7d Absatz 3 Satz 7 – neu – SGB XI)

Nach Artikel 1 Nummer 8 § 7d Absatz 3 Satz 6 ist der folgende Satz einzufügen:

„§ 30 Absatz 1 findet auf den in Satz 2 genannten Betrag entsprechende Anwendung."

Begründung:

Die der Berechnung zugrunde liegenden Kosten unterliegen der Preisentwicklung. Ein fehlender Ausgleich dieser Preisentwicklung würde absehbar dazu führen, dass die Kosten der Pflegebegleitung nicht mehr mit dem Betrag von 146 Euro pro Jahr abgedeckt werden können.

8. Zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 7d Absatz 5a – neu – SGB XI)

Nach Artikel 1 Nummer 8 § 7d Absatz 5 ist der folgende Absatz 5a einzufügen:

„(5a) Die Aufgabe der Pflegebegleitung kann auch auf der Grundlage von Vereinbarungen zwischen den Pflegekassen und dem für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe als eine Kooperationsaufgabe gestaltet werden. In diesem Fall ist jeweils ein verantwortlicher und federführender Rechtsträger zu bestimmen. In den Vereinbarungen sind Absatz 1 bis 3, § 7c Absatz 2 bis Absatz 7 sowie die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a zu beachten."

Begründung:

Zur Wahrnehmung der Pflegebegleitung als Kooperationsaufgabe zwischen Pflegekassen und Kommunen ist im Gesetzentwurf in § 7d Absatz 4 SGB XI-E ausschließlich die Option vorgesehen, die Aufgabe der Pflegebegleitung an den Pflegestützpunkt zu übertragen.

Die Umsetzung dieser Option wirft relevante Rechtsfragen auf, da in einer Vielzahl von Ländern die Pflegestützpunkte nicht als eigenständiger Rechtsträger ausgestaltet sind.

Mit dem Vorschlag soll daher eine weitere Option zur Wahrnehmung der Pflegebegleitung eröffnet werden. Pflegekassen und Kommune können danach die Pflegebegleitung als Kooperationsaufgabe vereinbaren, wobei hierfür jeweils ein federführend verantwortlicher Rechtsträger zu bestimmen ist.

9. Zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 7d Absatz 6 Satz 2 – neu – SGB XI)

Nach Artikel 1 Nummer 8 § 7d Absatz 6 Satz 1 ist der folgende Satz einzufügen:

„Die in Satz 1 gennannte Frist verlängert sich um den Zeitraum, in dem die Pflegebegleitungs-Richtlinien nach der in § 17 Absatz 1a Satz 1 bestimmten Frist erlassen worden sind."

Begründung:

Die Kommunen werden die Entscheidung zur Geltendmachung der Optionen nach § 7d Absatz 4 oder Absatz 5 SGB XI-E nur treffen können, wenn die Anforderungen an die Pflegebegleitung mit der Richtlinie nach § 17 Absatz 1a Satz 1 SGB XI-E festgelegt worden sind.

Die vorgeschlagene Einfügung stellt sicher, dass eine etwaige Überschreitung der Frist zum Erlass der Richtlinie durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen den Zeitraum, in dem die Kommunen auf dieser Grundlage eine Entscheidung treffen können, nicht verringert.

10. Zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 7d Absatz 6 Satz 2 – neu – und Satz 3 – neu – SGB XI)

Nach Artikel 1 Nummer 8 § 7d Absatz 6 Satz 1 sind die folgenden Sätze einzufügen:

„Nach dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt kann eine Anzeige mit einer Frist von 24 Monaten zum Beginn eines Kalenderjahres erfolgen. Eine Anzeige nach Satz 1 oder 2 kann mit einer Frist von 24 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres widerrufen werden."

Begründung:

Mit der vorgeschlagenen Einfügung wird zum einen ermöglicht, dass die Kommunen auch nach dem 31. Dezember 2027 das Optionsrecht nach § 7d Absatz 4 oder Absatz 5 SGB XI-E geltend machen können. Dabei ist eine Frist von 24 Monaten erforderlich, um die Übertragung der Aufgabe der Pflegebegleitung auf die Kommune als Aufgabenträger sachgerecht vorzubereiten.

Mit der vorgeschlagenen Regelung wird zum anderen ermöglicht, dass die an den Pflegestützpunkt übertragene oder die von der Kommune selbst übernommene Aufgabe der Pflegebegleitung wieder an die Pflegekassen als primär leistungsverpflichtende Stelle zurückübertragen werden kann. Dabei ist auch hier

eine Frist von 24 Monaten erforderlich, um die Übertragung der Aufgabe der Pflegebegleitung in diesem Fall auf die Pflegekassen als Aufgabenträger sachgerecht vorzubereiten.

Die Geltendmachung der in § 7d Absatz 4 und Absatz 5 SGB XI-E eröffneten Optionen führen zu einem Aufgaben- und Verantwortungszuwachs für die jeweilige Kommune. Dies erfordert entsprechende politische Gremienentscheidungen, die mit rechtlichen, haushälterischen und ggfs. personalwirtschaftlichen Folgen verbunden sind.

Es ist daher eine Regelung erforderlich, wonach die Geltendmachung der Optionen nicht nur zu einem einmaligen Zeitpunkt mit unbegrenzter Bindung, sondern – etwa aufgrund veränderter Rahmenbedingungen oder politischer Bewertung – auch zu einem späteren Zeitpunkt getroffen werden kann und diese zugleich reversibel ausgestaltet wird.

Beide Einfügungen haben zum Ziel, die Rahmenbedingungen für die Kommunen zur Geltendmachung der Optionen nach § 7d Absatz 4 oder Absatz 5 SGB XI-E so auszugestalten, dass eine tatsächliche Geltendmachung für die Kommunen eine realistische Option ist.

11. Zu Artikel 1 Nummer 12 (§ 9 Absatz 2 SGB XI)

Artikel 1 Nummer 12 § 9 Absatz 2 ist zu streichen.

Folgeänderung:

In Artikel 1 Nummer 12 § 9 ist vor dem bisherigen Absatz 1 die Angabe „(1)“ zu streichen.

Begründung:

Die jährliche Berichtspflicht der Länder gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit über Art und Umfang der finanziellen Förderung der Pflegeeinrichtungen sowie über die mit dieser Förderung verbundenen Investitionskosten verursacht bei den Ländern einen erheblichen Verwaltungsaufwand, ohne dass hierdurch ein entsprechender zusätzlicher Erkenntnisgewinn erzielt wird.

Im Interesse der Entbürokratisierung ist die Berichtspflicht daher zu streichen.

Die Streichung der Absatzbezeichnung „(1)“ ist eine redaktionelle Folgeänderung.

12. Zu Artikel 1 Nummer 13 (§ 11 Absatz 4 und Absatz 5 SGB XI)

a) Der Bundesrat stellt fest, dass die derzeit in § 11 Absatz 4 und Absatz 5 SGB XI geregelten Verfahrensabläufe aus haushaltrechtlichen Gründen eine Mittelbereitstellung durch die Bundesländer wesentlich erschweren.

b) Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, inwiefern die in § 11 Absatz 4 SGB XI genannten Zeitpunkte, insbesondere der Beginn des Förderprogramms und dessen Dauer, auf spätere Zeitpunkte verschoben werden können.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Nach der derzeit vorgesehenen Regelung in § 11 Absatz 5 Satz 6 SGB XI-E hätten die Länder im Jahr 2027 sowohl die erforderlichen Haushaltsmittel für das Förderjahr 2027 als auch für das Förderjahr 2028 bereitzustellen. Teilweise ist die Haushaltsgesetzgebung in den Ländern jedoch zum Zeitpunkt des beabsichtigten Inkrafttretens des Pflegeneuordnungsgesetzes zum 1. Januar 2027 bereits abgeschlossen oder so weit fortgeschritten, dass sich Änderungen in dem für die Kofinanzierung erforderlichen Finanzrahmen nicht mehr ohne Weiteres vornehmen lassen. Eine rechtzeitige haushaltsrechtliche Sicherstellung der Mittel im Jahr 2027 ist damit teilweise in den Ländern kaum möglich.

Die in § 11 Absatz 5 Satz 7 SGB XI-E geregelte Fristerleichterung verschafft hier nur bedingt Abhilfe, da sie den Bereitstellungszeitpunkt für die Förderjahre 2027 und 2028 lediglich auf den 1. Januar 2028 verschiebt. Zu diesem Zeitpunkt ist jedoch allenfalls eine haushaltsrechtliche Sicherstellung im Sinne einer Einplanung in die Haushaltspläne und keine echte Bereitstellung im Sinne einer Zahlung an den Ausgleichsfonds denkbar; denn nicht immer sind die Haushaltsgesetze in den Ländern zu diesem Zeitpunkt bereits in Kraft getreten. Besonders zu berücksichtigen sind zudem allgemeine Verzögerungen bei der Auszahlung von Mitteln gegen Jahresende durch allgemeine Banköffnungszeiten.

Zu Buchstabe b:

Zur Lösung der dargestellten Problematik sollte daher eine Verschiebung der in § 11 Absatz 4 SGB XI-E maßgeblich genannten Zeitpunkte in Betracht gezogen werden. Möglich erschiene etwa ein Förderbeginn zum 1. Juli 2028. Ein Förderjahr sollte dabei den Zeitraum vom 1. Juli bis zum 30. Juni des Folgejahres umfassen, sodass das Förderprogramm am 30. Juni 2033 enden würde. So könnte auch den Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen mehr Zeit eingeräumt werden, entsprechende Projekte und Maßnahmen auszuarbeiten, zu beantragen bzw. die Abwicklung der Anträge vorzubereiten. Ein Förderbeginn zum 1. Juli 2027 lässt befürchten, dass mangels ausreichender Vorlaufzeit für alle Beteiligten kaum Mittel abgerufen würden und das Förderprogramm seine intendierte Wirkung verfehlt. Zusätzlich könnte auf diese Weise der Zeitdruck

zum Abschluss der verschiedenen Vereinbarungen bzw. zum Erlass der Richtlinien verringert werden. Erfahrungsgemäß erfordert die insofern notwendige Konsensbildung mehr als die in § 11 Absatz 4 bis Absatz 8 SGB XI-E jeweils veranschlagte Zeit.

13. Zu Artikel 1 Nummer 13 (§ 11 Absatz 5 Satz 2 bis Satz 7, Absatz 7 und Absatz 8 Satz 1 SGB XI)

Artikel 1 Nummer 13 § 11 ist wie folgt zu ändern:

a) In Absatz 5 sind die Sätze 2 bis 7 zu streichen.

b) Absatz 7 ist zu streichen.

c) In Absatz 8 Satz 1 ist die Angabe „Absätzen 4 und 5“ durch die Angabe „Absatz 4“ zu ersetzten und die Angabe „sowie der Verwaltungsvereinbarung nach Absatz 7“ zu streichen.

Begründung:

Die Voraussetzung der finanziellen Beteiligung der Länder für die Förderung von Maßnahmen der Digitalisierung in der Pflege aus dem Sondervermögen des Bundes für Infrastruktur und Klimaneutralität verwehrt ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen je nach Haushaltslage der einzelnen Länder potenziell den Zugang zum Förderprogramm.

Im Hinblick auf das vorgesehene erhebliche Fördervolumen, nicht zuletzt im Vergleich zu der Fördermöglichkeit nach § 8 Absatz 8 SGB XI-E, sollten bundesweit alle Pflegeeinrichtungen einen gesicherten Zugang zu den Fördermitteln erlangen.

Auch unabhängig von länderseitigen Möglichkeiten, überhaupt Haushaltsmittel bereitzustellen, sind jedenfalls das vorgesehene „Alles oder Nichts“-Prinzip im jeweiligen Förderjahr sowie die Fristen für die im Gesetzentwurf vorgegebene „haushaltsrechtliche Sicherstellung“ tragende Hemmnisse für eine gelungene Umsetzung des Förderprogramms.

14. Zu Artikel 1 Nummer 17 Buchstabe b (§ 17 Absatz 1a Satz 1 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 17 Buchstabe b § 17 Absatz 1a Satz 1 ist die Angabe „30. September 2027“ durch die Angabe „31. Mai 2027“ zu ersetzen.

Begründung:

Der Zeitraum von fünf Monaten wird für die Erarbeitung der Richtlinie für ausreichend gehalten. Zudem ist der Erlass der Richtlinie eine zentrale Grundlage für den Entscheidungsprozess in den Kommunen in Bezug auf die Geltendmachung der Optionen nach § 7d Absatz 4 oder Absatz 5 SGB XI-E. Durch die Verschiebung des Zeitpunkts des Vorliegens der Richtlinie verlängert sich der Zeitraum für einen entsprechend fundierten Entscheidungsprozess.

15. Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 30 Absatz 1 SGB XI)

Artikel 1 Nummer 25 ist durch die folgende Nummer 25 zu ersetzen:

‚25. § 30 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Die im Vierten Kapitel dieses Buches benannten Beträge für die Leistungen der Pflegeversicherung steigen zum 1. Januar 2028 in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen, nicht jedoch stärker als der Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum. Ab dem Jahr 2029 steigen die im Vierten Kapitel dieses Buches benannten Beträge für die Leistungen der Pflegeversicherung jährlich jeweils zum 1. Januar in Höhe des durchschnittlichen Anstiegs der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum.“ ‘

Begründung:

Die nach geltendem Recht für den 1. Januar 2028 vorgesehene Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung muss erhalten bleiben. § 30 Absatz 1 SGB XI sieht derzeit ausdrücklich vor, die Leistungsbeträge zum 1. Januar 2028 entsprechend dem kumulierten Anstieg der Kerninflationsrate der vorausgehenden drei verfügbaren Kalenderjahre anzupassen, begrenzt durch die Lohnentwicklung.

Der Gesetzentwurf des Pflegeneuordnungsgesetzes hebt diese bereits gesetzlich beschlossene Anpassung auf und verschiebt den Beginn einer regelhaften Dynamisierung auf das Jahr 2029. Der Gesetzentwurf benennt den Wegfall der bisher vorgesehenen Dynamisierung im Jahr 2028 ausdrücklich als Maßnahme auf der Ausgabenseite. Hierdurch sollen die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 2028 um rund 4,7 Milliarden Euro, im Jahr 2029 um rund 4,8 Milliarden Euro und im Jahr 2030 um rund 4,9 Milliarden Euro niedriger ausfallen.

Damit wird die finanzielle Stabilisierung der Pflegeversicherung in erheblichem Umfang durch eine reale Kürzung bereits gesetzlich zugesagter Leistungen finanziert. Dies ist sozialpolitisch nicht vertretbar. Gerade in einer Situation kontinuierlich steigender Pflegekosten darf die Finanzierungslücke der Sozialen Pflegeversicherung nicht dadurch geschlossen werden, dass Pflegebedürftige und ihre Familien auf eine bereits beschlossene Leistungsanpassung verzichten müssen.

Eine Nullrunde bei den Pflegeleistungen im Jahr 2028 ist keine Strukturreform. Sie verlagert Finanzierungslasten unmittelbar auf die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen. Dies steht im Widerspruch zu dem Ziel, steigende Eigenanteile wirksam zu begrenzen. Wer die Belastung der Pflegebedürftigen reduzieren will, darf nicht gleichzeitig eine bereits beschlossene Leistungsanpassung streichen und damit den Realwert der Leistungen der Pflegeversicherung absenken.

Darüber hinaus ist die im Gesetzentwurf vorgenommene Umstellung auf das geometrische Mittel der Kerninflationsraten nicht überzeugend. Noch der Referentenentwurf sah ausdrücklich eine jährliche Dynamisierung auf Grundlage des arithmetischen Mittels der Kerninflationsraten der drei vorangegangenen Kalenderjahre vor. Erst im Gesetzentwurf wurde dieses Berechnungsverfahren durch das geometrische Mittel ersetzt.

Für diese Änderung besteht kein hinreichender sachlicher Grund. Bereits das arithmetische Mittel über einen Dreijahreszeitraum glättet kurzfristige Schwankungen der Inflation und verhindert, dass einzelne Jahre die Leistungsanpassung übermäßig bestimmen. Es verbindet damit Stabilität und Nachvollziehbarkeit.

Das geometrische Mittel liegt bei voneinander abweichenden positiven Veränderungsraten systematisch unter dem arithmetischen Mittel. Damit wird in die Dynamisierungsregelung eine zusätzliche, dauerhaft wirkende Dämpfung eingebaut. Auch wenn die Differenz in einzelnen Jahren begrenzt erscheinen mag, wird sie sich über die Zeit kumulieren und so zu einer schleichenden realen Entwertung der Pflegeversicherungsleistungen beitragen. Gerade in einem Teilleistungssystem, in dem Kostensteigerungen unmittelbar zu höheren Eigenanteilen führen, ist eine solche zusätzliche Dämpfung nicht sachgerecht.

Hinzu kommt, dass die Verwendung des geometrischen Mittels bei sehr niedrigen oder negativen Inflationsraten methodische und rechtstechnische Abgrenzungsfragen aufwirft. Das arithmetische Mittel ist demgegenüber transparent, einfach nachvollziehbar und auch bei unterschiedlichen Vorzeichen der jährlichen Veränderungsraten eindeutig bestimmbar.

Daher wird an einer klaren und sozial ausgewogenen Systematik festgehalten: Die bereits beschlossene Dynamisierung zum 1. Januar 2028 wird nicht gestrichen. Ab dem Jahr 2029 erfolgt eine jährliche Fortschreibung auf Grundlage des durchschnittlichen Anstiegs der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum. Gerade personalbedingte Kostensteigerungen, die einen wesentlichen Teil der Pflegekosten ausmachen und über Vergütungsanpassungen refinanziert werden, werden durch eine lohnbezogene Dynamisierung sachnäher abgebildet. Andernfalls kann sich die Differenz zwischen Versicherungsleistung und tatsächlichen Pflegekosten zulasten der Pflegebedürftigen weiter erhöhen.

16. Zu Artikel 1 Nummer 32 (§ 39 SGB XI)

Der Bundesrat fordert, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob zur bedarfsgerechten Sicherung von bestehenden und dem Ausbau von fixen Kurzzeitpflegeplätzen eine Anhebung des Überbrückungsbudgets auf mindestens 2 900 Euro vorgenommen werden kann.

Der Bundesrat spricht sich zugleich dafür aus, die vorgesehene hälftige Fortzahlung des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 2 SGB XI während einer Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr zu streichen und die dadurch freiwerdenden Mittel für eine entsprechende Anhebung des Überbrückungsbudgets einzusetzen.

Begründung:

§ 39 SGB XI-E sieht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die in häuslicher Umgebung gepflegt werden, in pflegerischen Akutsituationen sowie in sonstigen Überbrückungssituationen einen Anspruch auf ein Überbrückungsbudget vor. Das Überbrückungsbudget umfasst je Kalenderjahr einen Gesamtleistungsbetrag von bis zu 2 285 Euro und ist zweckgebunden für Leistungen der pflegerischen Überbrückungsversorgung einzusetzen. Hierzu gehören nach § 39 Absatz 3 SGB XI-E Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen durch einen Notdienst in der ambulanten Pflege nach § 39a SGB XI-E sowie die Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung mit Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI-E.

Der gegenüber dem bisherigen Gemeinsamen Jahresbetrag nach § 42a SGB XI deutlich reduzierte Leistungsumfang des vorgesehenen Überbrückungsbudgets wird erhebliche Auswirkungen auf die bestehenden solitären und angebundenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen und die dort vorgehaltenen Kurzzeitpflegeplätze haben und zugleich den weiteren Ausbau dringend benötigter Kapazitäten gefährden. Den vorliegenden Berechnungen zufolge wird der vorgesehene Leistungsbetrag lediglich eine durchschnittliche Verweildauer von rund elf Tagen ermöglichen und damit deutlich hinter der bislang möglichen Verweildauer von bis zu 19 Tagen zurückbleiben. Die damit verbundene häufigere Belegung der Plätze erhöht zugleich die Leerstandszeiten, da eine unmittelbare Anschlussbelegung zwischen zwei Aufenthalten nicht in jedem Fall gewährleistet werden kann. Dies wird die Einrichtungen vor erhebliche wirtschaftliche Herausforderungen stellen. Eine dauerhafte wirtschaftliche Absicherung der zur dringend erforderlichen Entlastung pflegender An- und Zugehöriger notwendigen Kurzzeitpflegekapazitäten ist damit nicht mehr gewährleistet.

Die Verkürzung der Verweildauer wird zudem die Qualität der Versorgung in der Kurzzeitpflege beeinträchtigen und sich nachteilig auf die Versorgungsergebnisse pflegebedürftiger Menschen auswirken. Evaluationen zeigen, dass zwischen 80 und 90 Prozent der Gäste im Anschluss an eine poststationäre, rehabilitativ ausgerichtete Kurzzeitpflege entweder in die Häuslichkeit oder in

eine Rehabilitationseinrichtung überführt werden. Darüber hinaus weisen die Gäste bei Entlassung eine höhere Selbstständigkeit (gemessen am Barthel-Index) und eine geringere Schmerzintensität auf. Diese Effekte können allerdings nur bei einer angemessenen Verweildauer in der Kurzzeitpflegeeinrichtung erreicht werden.

Eine Möglichkeit zur Gegenfinanzierung einer Anhebung des Überbrückungsbudgets besteht in der Streichung der vorgesehenen hälftigen Fortzahlung des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 2 SGB XI-E während einer Kurzzeitpflege für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr. Die dadurch freiwerdenden Mittel können genutzt werden, um das Überbrückungsbudget auf mindestens 2 900 Euro anzuheben. Damit könnte die durchschnittliche Verweildauer in solitären und angebundenen Kurzzeitpflegen zumindest auf rund 14 Tage erhöht und zugleich ein wesentlicher Beitrag zur wirtschaftlichen Tragfähigkeit, zur Sicherung der Qualität, zum Ausbau und zur nachhaltigen Vorhaltung der erforderlichen Kurzzeitpflegeplätze geleistet werden. Die vorgeschlagene Streichung der hälftigen Fortzahlung des Pflegegeldes bezieht sich ausschließlich auf Aufenthalte während einer Kurzzeitpflege. Angesichts der besonderen Situation schwer pflegebedürftiger Kinder und Jugendlicher sowie der vielfach über Jahre hinweg bestehenden hohen Belastung ihrer Eltern bzw. Hauptpflegepersonen soll die Fortzahlung des Pflegegeldes bei sonstigen stationären Aufenthalten, beispielsweise in Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen oder Kinder- und Jugendhospizen, für diese Personengruppe unberührt bleiben.

Eine Stärkung der solitären und angebundenen Kurzzeitpflege ist zugleich eine Investition in die Entlastung pflegender An- und Zugehöriger und in die Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements. Gleichzeitig trägt sie dazu bei, die akutstationäre Versorgung zu entlasten, indem sie das Rehabilitationspotenzial während des Kurzzeitpflegeaufenthalts fördert und Drehtüreffekte sowie Wiedereinweisungen in das Krankenhaus verringert.

17. Zu Artikel 1 Nummer 33 (§ 40 SGB XI)

Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen,

a) wie der Anspruch auf zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel als zweckgebundene Sachleistung grundsätzlich erhalten und im weiteren Verfahren festgelegt werden kann, ab welchem Pflegegrad und in welcher Höhe er besteht,

b) wie die Leistung weiterhin ausschließlich als Sachleistung ausgestaltet und die Kostenerstattung nach § 40 Absatz 2 Satz 2 SGB XI aufgehoben werden kann,

c) wie gesetzliche Mindestanforderungen an die Leistungserbringer festgelegt und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beauftragt werden kann, sie binnen drei Monaten in einer eigenen Präqualifizierung für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel verbindlich umzusetzen. Dazu gehören:

- die fachliche Eignung und die Erbringung der wesentlichen Leistung durch den Leistungserbringer selbst, wobei die fachlichen Anforderungen für Apotheken als erfüllt gelten,
- die Beratung vor der ersten Lieferung,
- die Lieferung nur auf dokumentierte Bestellung,
- die digitale Dokumentation von Bestellung und Lieferung,
- eine Frist von zwölf Monaten, in der auch bestehende Vertragspartner die Erfüllung der Anforderungen nachweisen müssen, andernfalls endet ihre Zulassung,
- der Ausschluss von der Versorgung bei schwerwiegenden Verstößen,

d) die Änderungen ausgabenneutral umzusetzen, indem die für diese Leistung in die Budgets nach §§ 36 und 37 SGB XI eingerechneten Mittel dort entnommen werden.

Begründung:

Der Gesetzentwurf überführt die Mittel für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel in frei verfügbare Budgets. Nach seiner eigenen Begründung ist das ausgabenneutral. Die soziale Pflegeversicherung wird nicht entlastet. Das Entlastungsbudget nach § 37 SGB XI tritt an die Stelle des Pflegegeldes und der Verhinderungspflege. Es dient der Sicherstellung der Pflege durch Pflegepersonen. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind dagegen Sachgüter, deren Bedarf bei jeder Pflegehandlung unabhängig von der pflegenden Person entsteht. Ihre Einbeziehung in eine Geldleistung zur Sicherstellung der Pflege ist systemfremd.

Bund und Länder haben im Zukunftspakt Pflege im Konsens vereinbart, die Prävention zu stärken. Der Gesetzentwurf veranschlagt dafür Einsparungen von 300 Millionen Euro im Jahr 2029 und 800 Millionen Euro im Jahr 2030. Damit ist es nicht vereinbar, die einzige zweckgebundene Leistung für den Infektionsschutz in der häuslichen Pflege aufzugeben. Der Gesetzentwurf erwähnt den Infektionsschutz in der häuslichen Pflege an keiner Stelle.

Die Länder sind nach § 9 SGB XI für eine leistungsfähige pflegerische Versorgungsstruktur verantwortlich. Einrichtungen und Dienste der Pflege sind nach

§ 35 IfSG zum Infektionsschutz verpflichtet und werden von den Gesundheitsämtern überwacht. Rund 3,1 Millionen Pflegebedürftige werden allein von Angehörigen versorgt. Dort ist die Sachleistung das einzige Instrument, das Infektionsschutz verlässlich sicherstellt. Im Folgenden wäre zusätzlich zu prüfen, wie der häusliche Einsatz der Hilfsmittel, die dem Infektionsschutz dienen, gemessen und ggf. erhöht werden kann.

Vermeidbare Infektionen führen zu Krankenhausaufenthalten, höheren Pflegegraden und Heimeinzügen. Sie belasten die Krankenhäuser und die Träger der Hilfe zur Pflege. Deren Nettoausgaben lagen 2025 bei 6,0 Milliarden Euro. Der Gesetzentwurf weist Ländern und Gemeinden für die Jahre 2028 bis 2030 bereits Mehrausgaben von 600, 400 und 350 Millionen Euro aus.

Fehlverhalten einzelner Anbieter ist über Marktzugang, Nachweis und Sanktion zu bekämpfen, nicht über den Wegfall des Leistungsanspruchs. Nach Angaben der Pflegekassen arbeitet die große Mehrheit der Anbieter vertragskonform. Der Anteil missbräuchlicher Abrechnungen ist nicht beziffert, auch der Gesetzentwurf nennt keine Zahl. Fällt die Sachleistung weg, entfallen Vertragspreise, Qualitätsvorgaben und die Aufsicht der Pflegekassen.

18. Zu Artikel 1 Nummer 36 Buchstabe a – neu – (§ 41 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1, Nummer 2, Nummer 3 und Nummer 4 SGB XI)

Artikel 1 Nummer 36 ist durch die folgende Nummer 36 zu ersetzen:

‚36. § 41 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 wird die Angabe „721“ durch die Angabe „796“ ersetzt.

bb) In Nummer 2 wird die Angabe „1 357“ durch die Angabe „1 497“ersetzt.

cc) In Nummer 3 wird die Angabe „1 685“ durch die Angabe „1 859“ ersetzt.

dd) In Nummer 4 wird die Angabe „2 085“ durch die Angabe „2 299“ ersetzt.

b) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

< … weiter wie Vorlage … >‘

Begründung:

Die Leistungsbeträge für teilstationäre Pflege wurden seit dem Jahr 2017 einmalig zum 1. Januar 2025 um 4,5 Prozent erhöht. Die nächste Dynamisierung sieht der vorliegende Gesetzentwurf erst wieder zum 1. Januar 2029 vor.

Gleichzeitig ist die Finanzierung der teilstationären Pflege mit dem Entlastungsbetrag und der Verhinderungspflege künftig durch deren Überführung in anders gestaltete Leistungen nicht mehr möglich.

Insofern ist es sachgerecht, die Leistungsbeträge zumindest auf das bis 31. Dezember 2026 geltende Niveau der Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI anzuheben.

19. Zu Artikel 1 Nummer 41 (§ 45a Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 41 § 45a Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 ist die Angabe „pflegefachlicher“ durch die Angabe „fachlicher“ zu ersetzen.

Begründung:

Für die fachliche Anleitung von Betreuungsangeboten sind über Pflegefachkräfte hinaus auch Personen mit weiteren Qualifikationen fachlich geeignet – etwa mit Abschluss in der Heilerziehungspflege, in der Sozialen Arbeit oder als Psychologin oder Psychologe.

Die Anforderung einer „fachlichen“ Anleitung eröffnet die Möglichkeit, auch diese Fachkräfte mit der fachlichen Anleitung zu betrauen.

20. Zu Artikel 1 Nummer 41 (§ 45a Absatz 1 Satz 4 und Satz 5 und Absatz 3 Satz 1 und Satz 2 Nummer 5, Nummer 6 und Nummer 7 SGB XI)

Artikel 1 Nummer 41 § 45a ist wie folgt zu ändern:

a) Absatz 1 Satz 4 und Satz 5 sind zu streichen.

b) Absatz 3 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Satz 1 ist die Angabe „ , die nicht nach § 72 zugelassen und die nicht Nachbarschaftshilfe nach Absatz 4 sind,“ zu streichen.

bb) Satz 2 ist wie folgt zu ändern:

aaa) In Nummer 5 ist die Angabe „Alltag," durch die Angabe „Alltag und" zu ersetzen.

bbb) In Nummer 6 ist die Angabe „Qualitätssicherung und" durch die Angabe „Qualitätssicherung." zu ersetzen.

ccc) Nummer 7 ist zu streichen.

Begründung:

Die Neuregelungen zur Inanspruchnahme des Sozialraumbudgets stellen die bestehenden Angebote zur Unterstützung im Alltag, die durch zugelassene Pflegeeinrichtungen erbracht werden ebenso wie die Pflegebedürftigen vor erhebliche Herausforderungen.

Es ist zu befürchten, dass langjährig etablierte Anbieter ihre Leistungen zum Jahresende 2026 einschränken oder vollständig einstellen, ggfs. Mitarbeitende kündigen müssen. Angesichts des steigenden Versorgungsbedarfs muss es daher Ziel sein, bestehende Angebotsstrukturen zu erhalten, die Anbietervielfalt zu sichern und zusätzliche Zugangshürden zu vermeiden. Für eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung pflegebedürftiger Menschen wird künftig jedes verfügbare Unterstützungsangebot benötigt.

Zudem haben sich ambulante Pflegedienste im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages für haushaltsnahe Dienstleistungen organisatorisch ausgerichtet, z. T. langjährige Leasingverträge zur Fahrzeuggestellung geschlossen und sind in vielen individuellen Versorgungssettings ein essentieller Baustein. Dieser entfällt zum 1. Januar 2027 schlagartig und kann nicht von alternativen Angeboten aufgefangen werden. In der Regel wird für diese Leistungen kein Pflegefachpersonal eingesetzt. Gleichwohl übernehmen die Dienste die originäre Kümmererfunktion, Veränderungen des Hilfebedarfs werden früh wahrgenommen und können innerhalb der eigenen Organisation kurzfristig kommuniziert und ggf. auch durch Pflege erweitert werden.

Zu Buchstabe a:

Die in § 45a Absatz 1 Satz 4 SGB XI-E vorgesehene Möglichkeit der Zulassung als ambulante Betreuungseinrichtung nach § 72 SGB XI besteht bereits nach geltendem Recht und bedarf keiner erneuten gesetzlichen Regelung.

Durch die Streichung von § 45a Absatz 1 Satz 5 SGB XI-E soll sichergestellt werden, dass auch zugelassene Pflege- und Betreuungseinrichtungen eine Anerkennung nach Landesrecht erhalten und ihre Leistungen im Rahmen des Sozialraumbudgets anbieten können. Mit der Anerkennung unterliegen die Einrichtungen den Anforderungen der Landesverordnung, auch hinsichtlich der Preisvorgaben.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe aa:

Die Änderung beseitigt entbehrliche Wiederholungen und trägt zu einer klareren und übersichtlicheren gesetzlichen Regelung bei. Bereits § 45a Absatz 1 SGB XI-E in der vorgesehenen Neufassung bestimmt, dass eine Zulassung nach § 72 SGB XI eine Anerkennung nach den Absätzen 3 und 4 ausschließt. Ein erneuter Ausschluss in § 45 Absatz 3 Satz 1 SGB XI-E ist daher nicht erforderlich.

Auch die ausdrückliche Herausnahme der Nachbarschaftshilfe aus der Verordnungsermächtigung ist entbehrlich. Für die Anerkennung von Angeboten der Nachbarschaftshilfe sieht § 45a Absatz 4 SGB XI eine eigenständige Sonderregelung vor.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe bb:

Die Anerkennungen erfolgen nach den Regelungen des jeweiligen Landesrechts. Sobald die Anerkennungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen, gilt das allgemeine Verwaltungsrecht. Die Beschreibung eines gesonderten Verfahrens für zugelassene Dienste und im Rahmen der Nachbarschaftshilfe ist insgesamt entbehrlich.

21. Zu Artikel 1 Nummer 41 (§ 45a Absatz 1 Satz 7 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 41 § 45a Absatz 1 Satz 7 ist die Angabe „Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen," zu streichen.

Begründung

Es erschließt sich nicht, aus welchem Grund für Beratungs- und Vermittlungsagenturen eine Möglichkeit zur Abrechnung des Sozialraumbudgets bestehen sollte. Mit § 45c Absatz 3 Satz 1 SGB XI-E soll die Förderung von Strukturen zur Unterstützung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag dauerhaft ermöglicht werden. Zumeist bestehen in den Ländern bereits vergleichbare Strukturen oder sollen vergleichbare Strukturen geschaffen werden. Diese werden nicht aus dem Sozialraumbudget finanziert, so dass es für praktische Unterstützungsleistungen verbleibt. Ergänzend zu Begleitstrukturen für Angebote zur Unterstützung im Alltag bzw. Nachbarschaftshilfe soll zudem mit der Pflegebegleitung nach § 7c SGB XI-E ein umfassendes Angebot geschaffen werden. Eine darüberhinausgehende Möglichkeit zur Finanzierung von Beratungs- und Vermittlungsagenturen aus Mitteln der Sozialen Pflegeversicherung erscheint nicht erforderlich.

22. Zu Artikel 1 Nummer 41 (§ 45a Absatz 3 Satz 4 – neu – SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 41 § 45a Absatz 3 ist nach Satz 3 der folgende Satz einzufügen:

„Die Landesregierungen können die Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen nach diesem Absatz durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen."

Begründung:

Zur Begründung wird auf die Einzelbegründungen der Bundesregierung zum Gesetzentwurf zur Stärkung der Pflegekompetenz in der Bundesrats-Drucksache 2/25 zu Artikel 1 Nummer 30 Buchstabe d (§ 45a Absatz 6 SGB XI-E, Seite 122 f.) und Nummer 32 Buchstabe e Doppelbuchstabe bb (§ 45c Absatz 7 SGB XI-E, Seite 126 f.) verwiesen.

Im Übrigen wird es weiterhin für erforderlich gehalten, dass die schon mehrmals vorgetragene Möglichkeit einer Subdelegation aufgenommen wird. Dies gilt insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass es aufgrund einiger Übergangsproblematiken vom geplanten Inkrafttreten des Gesetzes zum 1. Januar 2027 und der Wirkung einzelner Änderungen erst ab 1. Januar 2028 zu mehreren kurzfristigen Änderungsbedarfen des Landesrechts kommen könnte, welchen durch Subdelegation schneller begegnet werden könnte.

23. Zu Artikel 1 Nummer 41 (§ 45a Absatz 4 Satz 1 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 41 § 45a Absatz 4 Satz 1 ist die Angabe „Einzelhelfende" durch die Angabe „ehrenamtlich engagierte Einzelhelfende" zu ersetzen.

Begründung:

In Bezug auf die Nachbarschaftshilfe sind versicherungsrechtliche und steuerrechtliche Einordnungen vorzunehmen. Die klarstellende Definition, dass es sich bei der Nachbarschaftshilfe im Sinne des SGB XI um ein ehrenamtliches Engagement handelt, ist hierfür eine wichtige Grundlage.

24. Zu Artikel 1 Nummer 41 (§ 45a Absatz 4 Satz 4 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 41 § 45a Absatz 4 Satz 4 ist nach der Angabe „Pflegekassen" die Angabe „ , das Verfahren zur Aufhebung einer Anerkennung" einzufügen.

Begründung:

Angesichts der Vulnerabilität der unterstützten pflegebedürftigen Menschen ist vorzusehen, dass die Anerkennung als Nachbarschaftshelferin bzw. Nachbarschaftshelfer widerrufen werden kann, etwa wenn eine strafrechtliche Verurteilung wegen eines relevanten Sexual- oder Vermögensdelikts vorliegt. Dies gilt insbesondere für Nachbarschaftshelfende, die zur Unterstützung pflegebedürftiger Minderjähriger tätig sind.

25. Zu Artikel 1 Nummer 41 (§ 45a Absatz 4 Satz 4a – neu – SGB XI)

Nach Artikel 1 Nummer 41 § 45a Absatz 4 Satz 4 ist der folgende Satz einzufügen:

„Weiterhin regeln die Richtlinien das Verfahren zur regelmäßigen Veröffentlichung der Anzahl an ehrenamtlich engagierten Einzelhelfenden nach den Landkreisen und kreisfreien Städten, in denen sie ihren Wohnsitz haben."

Begründung:

Die Gewinnung, Qualifizierung und unterstützende Begleitung von Nachbarschaftshelferinnen und Nachbarschaftshelfern ist ein wichtiges Handlungsfeld für die Kommunen und Voraussetzung für ein ausreichendes Angebot an Nachbarschaftshilfe. Mit einer entsprechend regionalisierten Auswertung der jeweils erfolgten Anerkennungen erhalten die Kommunen die erforderlichen Informationen, um die Handlungsbedarfe und Handlungserfolge zu bewerten.

26. Zu Artikel 1 Nummer 41 (§ 45b Absatz 1 Satz 2 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 41 § 45b Absatz 1 Satz 2 ist nach der Angabe „Pflegekassen" die Angabe „sowie für Leistungen der Tages- oder Nachtpflege" einzufügen.

Begründung:

Durch die Einbeziehung der Tages- und Nachtpflege in den Verwendungszweck des Sozialraumbudgets wird den Pflegebedürftigen weiterhin ermöglicht, die ihnen zur Verfügung stehenden Mittel entsprechend ihrer individuellen Bedarfslage flexibel einzusetzen. Damit wird keine neue eigenständige Leistung geschaffen, vielmehr werden bewährte Versorgungsangebote und die Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen gestärkt.

Es steht zu befürchten, dass durch den Wegfall der bisherigen Einsatzmöglichkeit des Entlastungsbetrags die finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen

steigen und die Angebote insbesondere der Tagespflege infolgedessen seltener in Anspruch genommen werden. Dies betrifft insbesondere die zusätzlich zu den pflegebedingten Aufwendungen anfallenden Kosten, etwa für Unterkunft und Verpflegung, die von den Pflegebedürftigen selbst zu tragen sind.

Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen sind ein unverzichtbarer Bestandteil einer bedarfsgerechten, wohnortnahen und verlässlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Sie leisten einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung des häuslichen Pflegesettings.

Ein Rückgang der Inanspruchnahme würde zugleich die wirtschaftliche Situation der Tagespflegeeinrichtungen weiter verschärfen. Eine solche Entwicklung stünde dem Ziel der Reform, die häusliche Pflege zu stärken, pflegende Angehörige wirksam zu entlasten und nachhaltige Versorgungsstrukturen zu sichern, entgegen.

27. Zu Artikel 1 Nummer 41 (§ 45b Absatz 1 Satz 3 – neu – und Satz 4 – neu – SGB XI)

Nach Artikel 1 Nummer 41 § 45b Absatz 1 Satz 2 sind die folgenden Sätze einzufügen:

„Die Leistung nach Satz 1 kann innerhalb von drei Kalendermonaten in Anspruch genommen werden; bei der Inanspruchnahme sind die jeweils zuerst entstandenen noch verfügbaren Beträge vorrangig einzusetzen. Ein Antrag auf Kostenerstattung ist innerhalb einer Ausschlussfrist von sechs Kalendermonaten nach Ablauf des jeweiligen Kalendermonats zu stellen, in dem die Leistung erbracht wurde.“

Begründung:

Das Ansparen des Sozialraumbudgets über drei Kalendermonate verschafft Pflegebedürftigen und deren Angehörigen eine gewisse Flexibilität zum Einsatz der Leistungen. Der Bedarf an Betreuung und/oder Entlastung kann durchaus variieren, mit dem Ansparen kann darauf reagiert werden. Bestimmte Angebotstypen, wie z. B. Gruppenfreizeitangebote für Pflegebedürftige (Kinder und/oder Erwachsene) der Familienunterstützenden Dienste können nur mit einem angesparten Sozialraumbudget weiterhin refinanziert werden. Die Abschaffung der flexiblen Entlastungsleistungen trifft insbesondere Eltern von Kindern mit Behinderung, die ihre Kinder oft über viele Jahre in der eigenen Häuslichkeit pflegen, besonders stark.

Die Antragsfrist verschafft Planungssicherheit und stellt sicher, dass Leistungen nicht mehr entsprechend § 45b Absatz 1 SGB XI rückwirkend beantragt werden können.

28. Zu Artikel 1 Nummer 41 (§ 45b Absatz 4 Satz 2 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 41 § 45b Absatz 4 Satz 2 ist die Angabe „entsprechenden“ zu streichen.

Begründung:

In § 45b Absatz 4 Satz 1 SGB XI-E wird geregelt, dass die für Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 2 SGB XI-E verlangte Vergütung die Preise für vergleichbare Sachleistungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nicht übersteigen darf.

Mit der Streichung der Angabe „entsprechender“ wird klargestellt, dass die Landesregierungen in den Rechtsverordnungen nach § 45a Absatz 3 Satz 1 SGB XI-E und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 45a Absatz 4 Satz 2 SGB XI-E bei der Ausgestaltung ein fachliches Ermessen eingeräumt wird, eine weitergehende Begrenzung der Vergütung vorzusehen.

29. Zu Artikel 1 Nummer 42 Buchstabe a und Buchstabe b (§ 45c Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 2 SGB XI)

Artikel 1 Nummer 42 ist wie folgt zu ändern:

a) In Buchstabe a § 45c Absatz 1 Satz 1 ist die Angabe „125“ durch die Angabe „120“ zu ersetzen.

b) Buchstabe b § 45c Absatz 2 Satz 2 ist durch den folgenden Satz zu ersetzen:

„Der Zuschuss wird dabei jeweils in Höhe von 60 Prozent der Fördermittel gewährt, die für die einzelne Fördermaßnahme insgesamt geleistet werden, sodass insgesamt ein Fördervolumen von 200 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht wird.“

Begründung:

§ 45c Absatz 2 SGB XI-E sieht aktuell vor, dass anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag je zur Hälfte aus Landes- oder Kommunalmitteln und aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung gefördert werden. Das jährliche Fördervolumen der Pflegeversicherung beträgt hierfür 25 Millionen Euro; zusammen mit der Kofinanzierung ergibt sich ein Gesamtfördervolumen von 50 Millionen Euro. Nicht in Anspruch genommene Mittel eines Landes können auf das Folgejahr übertragen werden.

Schon im Referentenentwurf zum Pflegekompetenzgesetz war eine Stärkung des niedrigschwelligen Bereichs vorgesehen. Danach sollten die Fördermöglichkeiten ausgeweitet und der Förderanteil der Pflegeversicherung auf 60 Prozent angehoben werden, damals bei einem Fördervolumen von insgesamt 100 Millionen Euro.

Hierdurch sollte die Bedeutung der Vernetzung von Akteuren für die pflegerische Versorgung herausgestellt, die Rolle der kommunalen Ebene gestärkt und mehr Planungssicherheit für alle Beteiligen geschaffen werden.

Würde das mögliche Fördervolumen, wie im vorliegenden Gesetzentwurf, nun auf 250 Millionen Euro erhöht – jeweils 125 Millionen Euro aus Landes-/Kommunalmitteln und aus Mitteln der Pflegeversicherung –, müssten Länder bzw. Kommunen zusätzlich 100 Millionen Euro bereitstellen. Dies erscheint unrealistisch. Bereits die bisherigen Mittel der Pflegeversicherung von 25 Millionen Euro werden seit Jahren nicht vollständig abgerufen. Durch Mittelübertragungen standen im Jahr 2025 bereits 41 Millionen Euro und im Jahr 2026 48,6 Millionen Euro zur Verfügung. Zielführender wäre daher eine Erhöhung der Förderquote der Pflegeversicherung auf mindestens 60 Prozent. So könnten mehr Mittel eingesetzt werden, ohne die Landes- oder Kommunalmittel zu erhöhen.

Die Förderquote der Länder/Kommunen sollte daher von 50 Prozent auf 40 Prozent abgesenkt werden (mit 80 Millionen Euro) und die Mittel des Ausgleichsfonds sollten 60 Prozent (mit max. 120 Millionen Euro) betragen. Somit würde das Gesamt-Fördervolumen 200 Millionen Euro betragen.

30. Zu Artikel 1 Nummer 42 Buchstabe a (§ 45c Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Nummer 3 und Nummer 4 – neu – SGB XI)

Artikel 1 Nummer 42 Buchstabe a § 45c Absatz 1 Satz 1 ist wie folgt zu ändern:

a) In Nummer 2 ist die Angabe „Strukturen sowie“ durch die Angabe „Strukturen,“ zu ersetzen.

b) In Nummer 3 ist die Angabe „bedarf.“ durch die Angabe „bedarf sowie“ zu ersetzen.

c) Nach Nummer 3 ist die folgende Nummer 4 einzufügen:

„4. die regionale Steuerung der Pflegebegleitung nach § 7c, soweit eine Anzeige nach § 7d Absatz 6 erfolgt ist.“

Begründung:

Die Einführung der Pflegebegleitung ist ein zentrales Reformelement des Pflegeneuordnungsgesetzes. Mit § 7d Absatz 4 oder 5 SGB XI-E wird den Kommunen ein Optionsrecht zur Übernahme dieser Aufgabe eingeräumt. Ziel ist,

die Pflegebegleitung regional unter Einbeziehung aller Hilfen im Vor- und Umfeld der Pflege aufzubauen.

Die derzeitige Situation, in der eine Vielzahl nebeneinander handelnder Akteure nicht verbundene Beratungen zu Einzelfragen anbieten, soll durch eine integrierte, regional gesteuerte Begleitstruktur abgelöst werden. Für diese Koordinierungs- und Steuerungsfunktion entsteht ein personeller Aufwand. Da derzeit eine Steuerung und Koordinierung der Beratungsansätze nicht erfolgt, ist der hierfür erforderliche Personalaufwand in dem Betrag nach § 7d Absatz 3 SGB XI-E nicht abgebildet.

Die Etablierung einer Pflegebegleitung durch die Kommunen oder durch den Pflegestützpunkt stellt eine Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur entsprechend der in § 45c Absatz 1 SGB XI-E normierten Ziele dar und sollte insoweit ergänzend aus den dort vorgesehenen Mitteln kofinanziert werden können. Von dem Steuerungsaufwand ist der Aufwand zur Durchführung der Pflegebegleitung im engeren Sinne zu unterscheiden; letzterer ist aus den Mitteln nach § 7d Absatz 3 SGB XI-E zu finanzieren.

31. Zu Artikel 1 Nummer 42 Buchstabe c (§ 45c Absatz 3 Satz 2 SGB XI)

Artikel 1 Nummer 42 Buchstabe c § 45c Absatz 3 Satz 2 ist zu streichen.

Begründung:

Es ist nicht ausgeschlossen, dass Angebote zur Unterstützung im Alltag auch Angebote der Tagesbetreuung sein können. Die Hervorhebung dieser einzelnen Form von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Kontext der Förderung nach § 45c SGB XI erscheint nicht sachgerecht. Vielmehr wird die explizite gesetzliche Benennung der Tagesbetreuung kritisch betrachtet, da diese mehrstündige Betreuung als Konkurrenz zur Tagespflege mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI fungieren könnte. Bestehende und zukünftige Angebote der Tagesbetreuung bleiben von der Streichung in § 45c SGB XI unberührt, das Modell „Tagesbetreuung“ wird aber nicht unnötig beworben.

32. Zu Artikel 1 Nummer 42 Buchstabe d – neu – (§ 45c Absatz 7 Satz 6 – neu – SGB XI)

Nach Artikel 1 Nummer 42 Buchstabe c ist der folgende Buchstabe d einzufügen:

‚d) In Absatz 7 wird nach Satz 5 der folgende Satz eingefügt:

„Die Landesregierungen können die Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen nach diesem Absatz durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen.“ ‘

Begründung:

Zur Begründung wird auf die Einzelbegründungen der Bundesregierung zum Gesetzentwurf zur Stärkung der Pflegekompetenz in der Bundesrats-Drucksache 2/25 zu Artikel 1 Nummer 30 Buchstabe d (§ 45a Absatz 6 SGB XI, Seite 122 f.) und Nummer 32 Buchstabe e Doppelbuchstabe bb (§ 45c Absatz 7 SGB XI, Seite 126 f.) verwiesen.

Im Übrigen wird es weiterhin für erforderlich gehalten, dass die schon mehrmals vorgetragene Möglichkeit einer Subdelegation aufgenommen wird. Dies gilt insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass es aufgrund einiger Übergangsproblematiken vom geplanten Inkrafttreten des Gesetzes zum 1. Januar 2027 und der Wirkung einzelner Änderungen erst ab 1. Januar 2028 zu mehreren kurzfristigen Änderungsbedarfen des Landesrechts kommen könnte, welchen durch Subdelegation schneller begegnet werden könnte.

33. Zu Artikel 1 Nummer 43 Buchstabe a_1 – neu – (§ 45e Absatz 3 Satz 4a – neu – SGB XI)

Nach Artikel 1 Nummer 43 Buchstabe a ist der folgende Buchstabe a_1 einzufügen:

‚a_1) Nach Absatz 3 Satz 4 wird der folgende Satz eingefügt:

„Zur Berücksichtigung der besonderen Bedarfe dünn besiedelter Regionen oder bei Vorliegen eines nachgewiesenen regionalen Strukturdefizits können zusätzliche Netzwerke im Rahmen der zur Verfügung stehenden Fördermittel nach Absatz 1 gefördert werden.“ ‘

Begründung:

Die Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung unterstützt selbstorganisierte regionale Netzwerke, um die Versorgung von Pflegebedürftigen und die Entlastung pflegender An- und Zugehöriger zu verbessern.

In der Praxis werden diese Netzwerkförderungen vor allem als eine Möglichkeit der Fortführung der vom Bundesförderprogramm der „Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz“ des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Se-

nioren, Frauen und Jugend im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie genutzt.

Diese Netzwerke leisten einen wichtigen Beitrag, weil hierüber Angebote regional und vor Ort für Menschen mit Demenz organisiert und koordiniert werden. Sie tragen damit wesentlich zur Teilhabe und Entlastung von Menschen mit Demenz und ihren An- und Zugehörigen bei. Damit sind sie für Betroffene auch eine wichtige Säule des tertiärpräventiven und für pflegende An- und Zugehörige des sekundärpräventiven Angebotes.

Grundlage für die Förderung ist, wie viele Netzwerke in einem Land vorhanden sein dürfen, die Anzahl der Landkreise und kreisfreien Städte bzw. in den Stadtstaaten die Bezirke. Zum Beispiel stellt Mecklenburg-Vorpommern vier der fünf größten Landkreise Deutschlands. Bei Ländern mit großen Flächenlandkreisen können regionale Netzwerke durch die begrenzte Zahl der zu fördernde regionale Netzwerke aufgrund ihrer geringeren Strahlkraft nicht ihre angedachte Wirkung entfalten. Dabei stellt die vorgeschlagene Regelung Ausgabenneutralität sicher, da das zur Verfügung gestellte Budget nach § 45e Absatz 1 Satz 4 SGB XI nicht überschritten wird.

34. Zu Artikel 1 Nummer 46 (§ 46 Absatz 3 Satz 1 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 46 § 46 Absatz 3 Satz 1 ist nach der Angabe „Pflegekassen“ die Angabe „im Jahr 2027 in Höhe von 2,9 Prozent, im Jahr 2028 in Höhe von 2,8 Prozent und ab dem Jahr 2029“ einzufügen.

Begründung:

Die Verwaltungskostenerstattung in § 46 Absatz 3 Satz 1 SGB XI von den Pflegekassen an die Krankenkassen wird von 3,0 Prozent des Mittelwerts von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen stufenweise um 0,1 Prozent p. a. auf 2,7 Prozent dieses Wertes im Jahr 2029 abgesenkt. Damit soll die Erstattung an den tatsächlichen Verwaltungskostenaufwand bei den Pflegekassen angepasst werden. Die Verwaltungskostenerstattung ist zwischen den Jahren 2022 und 2025 um etwa 20 Prozent angewachsen. Ursache war der dynamische Anstieg der Leistungsausgaben bzw. Beitragseinnahmen der SPV.

Die Absenkung der Verwaltungskostenerstattung bewirkt eine Erhöhung der Verwaltungskosten in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Diese Erhöhung verschärft die Einhaltung der mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz eingeführten Verwaltungskostenobergrenze in § 4 Absatz 5 SGB V erheblich. Um überhaupt den Krankenkassen eine Einhaltung der Verwaltungskostenobergrenze ab dem Jahr 2027 ermöglichen zu können, soll die Verwaltungskostenerstattung stufenweise abgesenkt werden. So wird den Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt, in den nächsten zwei Jahren ihre Verwaltungskosten schrittweise zu optimieren.

35. Zu Artikel 1 Nummer 87 Buchstabe b (§ 144 Absatz 7 SGB XI)

Artikel 1 Nummer 87 Buchstabe b ist durch den folgenden Buchstaben b zu ersetzen:

‚b) Absatz 6 wird durch die folgenden Absätze 6 und 7 ersetzt:

„(6) < … weiter wie Vorlage … >

(7) Für pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 1 werden die Leistungen nach § 28a Nummer 11 und § 43 Absatz 3 in der jeweils am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung weiter erbracht. Die Leistung nach § 28a Nummer 11 dient der Erstattung von Aufwendungen nach § 45b Absatz 1 Satz 3 in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung, wobei für die Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag das Bestehen der Anerkennung nach § 45a in der am 1. Januar 2027 geltenden Fassung maßgeblich ist.“ ‘

Begründung:

Sowohl der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2009 als auch der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2013 hatten empfohlen, den Pflegegrad 1 zum Zweck der Erhaltung und Wiederherstellung der Selbständigkeit und der Vermeidung schwererer Pflegebedürftigkeit leistungsrechtlich zu hinterlegen.

Wesentliches Element hierbei ist der Entlastungsbetrag in Höhe von mittlerweile 131 Euro monatlich bzw. der Zuschuss für vollstationäre Pflege in gleicher Höhe.

An den umfassenden Besitzstandsschutz vergangener Änderungsgesetze anknüpfend, insbesondere das Zweite Pflegestärkungsgesetz, ist es sachgerecht, pflegebedürftigen Personen, die am 31. Dezember 2026 Anspruch auf den Entlastungsbetrag oder den Zuschuss für vollstationäre Pflege haben, diesen im Wege des Vertrauensschutzes zu erhalten.

Der Entlastungsbetrag nach § 28a Nummer 11 SGB XI soll im Rahmen des Besitzstandsschutzes für die gewohnten Versorgungsformen verwendbar bleiben, wobei für Angebote zur Unterstützung im Alltag das Bestehen der Anerkennung auf der neu gefassten Grundlage des § 45a SGB XI-E ab 1. Januar 2027 maßgeblich sein soll.

Die Gegenfinanzierung des Besitzstandsschutzes ist zumindest in weiten Teilen durch die Verschiebung der Pflegebegleitung in das Jahr 2029 gewährleistet, während der Entlastungsbetrag zum 1. Januar 2027 wegfällt.

36. Zu Artikel 1 Nummer 87 Buchstabe b (§ 144 Absatz 8 – neu – SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 87 Buchstabe b ist durch den folgenden Buchstaben b zu ersetzen:

„b) Absatz 6 wird durch die folgenden Absätze 6 bis 8 ersetzt:

(6) < … weiter wie Vorlage … >

(7) < … weiter wie Vorlage … >

(8) Abweichend von § 45b Absatz 1 Satz 2 kann der Betrag bis zum 30. Juni 2027 auch zweckgebunden für Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36, jedoch nicht für Leistungen im Bereich der Selbstversorgung, eingesetzt werden, sofern der Dienst am 31. Dezember 2026 nach § 72 zugelassen war.“

Begründung:

Auch ambulante Pflegedienste haben sich im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages und der stundenweisen Verhinderungspflege für haushaltsnahe Dienstleistungen seit langer Zeit bewährt und ihre Strukturen auf die Unterstützung im Alltag ausgerichtet. Dabei wird für diese Leistungen in der Regel kein Pflegefachpersonal eingesetzt. Die Ergänzung schafft eine notwendige Übergangsregelung für ambulante Pflegedienste, um sich auf die Neuregelungen zum Sozialraumbudget einzustellen. Die Übergangsfrist bis zum 30. Juni 2027 ermöglicht es den betroffenen Diensten, ihre bestehenden Angebote an die neuen rechtlichen Rahmenbedingungen anzupassen oder gegebenenfalls geordnet abzuwickeln.

Gleichzeitig erhalten pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen ausreichend Zeit, sich auf die Veränderungen einzustellen und bei Bedarf alternative Unterstützungsangebote zu finden. Dadurch werden abrupte Versorgungsabbrüche vermieden und die Kontinuität der häuslichen Versorgung sichergestellt.

Die Übergangsregelung ist daher erforderlich, um sowohl den Leistungserbringern Planungssicherheit zu geben als auch Versorgungslücken zulasten pflegebedürftiger Menschen zu verhindern.

37. Zu Artikel 1 und 2 (SGB XI)

Der Bundesrat sieht die Gefahr, dass der Gesetzentwurf zu einer massiven Schwächung und strukturellen Verdrängung der niedrigschwelligen Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB XI) führen könnte. Ziel des Gesetzentwurfs ist unter anderem die Stärkung der häuslichen Pflege. Die geplanten konkreten Budget- und Zulassungsänderungen würden dieses Ziel jedoch konterkarieren. Sie entziehen insbesondere Menschen mit geringem Pflegebedarf die Versorgungsgrundlage. Hierzu zählt vor allem der vollständige Wegfall des Entlastungsbetrags für den Pflegegrad 1, die Streichung des Umwandlungsanspruchs sowie die fehlende Flexibilität und Übertragungsmöglichkeit im neuen Sozialraumbudget. Die finanziellen Auswirkungen für die Betroffenen werden zusätzlich dadurch verschärft, dass das neue Sozialraumbudget nur Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 zur Verfügung stehen soll.

Menschen mit Pflegegrad 1 verlieren damit unter Umständen den bisherigen Zugang zu den Angeboten zur Unterstützung im Alltag. Gerade bei beginnender Demenz, bei alleinlebenden Menschen oder pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung können niedrigschwellige Betreuungsangebote jedoch dazu beitragen, Selbstständigkeit zu erhalten, Überforderung zu vermeiden, einen höheren Pflegegrad hinauszuzögern und Angehörige zu entlasten.

Der Bundesrat bittet daher, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, inwieweit gerade für diese Betroffenengruppen mit geringerem Pflege- aber dennoch maßgeblichem Unterstützungsbedarf weiterhin ein angemessener Zugang zu niedrigschwelligen Unterstützungsangeboten sichergestellt werden kann.

38. Zu Artikel 1 und 2 (SGB XI)

a) Der Bundesrat begrüßt, dass durch den vorliegenden Gesetzentwurf für ein Pflegeneuordnungsgesetz eine Versorgung für Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 in pflegerischen Akutsituationen durch die Unterstützung der neu eingeführten Pflegebegleitung gemäß § 7c Absatz 2 SGB XI-E sowie die Einführung der Überbrückungsversorgung in pflegerischen Akutsituationen durch Notdienste in der ambulanten Pflege nach § 39a SGB XI-E (Pflegesachleistungen) und durch eine Akut-Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI-E erheblich verbessert werden soll. Die Einführung von Vorhaltekosten für Akut-Kurzzeitpflegeplätze und die Verpflichtung der Infor-

mation über freie Plätze für Akut-Kurzzeitpflegeplätze nach § 88b SGB XI-E werden als wichtige Gelingensbedingung einer Akutversorgung ausdrücklich begrüßt. Die Förderung von Modellvorhaben nach § 11 Absatz 2 SGB XI-E, die u. a. für Projekte zur Erprobung telefonischer und digital gestützter Angebote der bedarfsgerechten Steuerung in pflegerischen Akutsituationen dienen können, wird als bedeutender Bestandteil der Weiterentwicklung der Akutversorgung eingeschätzt.

b) Der Bundesrat weist jedoch darauf hin, dass das Zusammenwirken der einzelnen Bestandteile noch nicht eindeutig geklärt ist. Dies betrifft insbesondere die Belegungssteuerung der Akut-Kurzzeitpflege und die Organisation der Einsätze in Regionen ohne entsprechende Modellprojekte. Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, zu gewährleisten, dass die Vermittlung der verfügbaren Plätze in der Akut-Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 4 SGB XI-E und das Auslösen von Einsätzen der Notdienste nach § 39a SGB XI-E gebietsbezogen zentral koordiniert werden. Darüber hinaus sollte auch die Steuerung der Einrichtung entsprechender Plätze der pflegerischen Notfallversorgung an diese Stelle angegliedert werden, um eine flächendeckende regionale Verteilung dieser Plätze zu gewährleisten. Diese Koordinations- und Vermittlungsleistungen soll durch die Pflegekassen erfolgen oder an Dritte übertragen und von den Pflegekassen finanziert werden. Eine Übernahme kann durch den für die Hilfen zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe verlangt werden. Perspektivisch ist diese Funktion mit der medizinischen Notfallversorgung zu verknüpfen, damit pflegerische Akutsituationen nicht mehr zu Krankenhausaufnahmen führen.

c) In diesem Zusammenhang fordert der Bundesrat im weiteren Gesetzgebungsverfahren zudem die Zweckbestimmung für Modellvorhaben nach § 11 Absatz 2 SGB XI-E (Pflegenottelefone) in § 11 Absatz 2 Satz 3 SGB XI-E um diese Koordinierungsfunktion zu erweitern.

d) Schließlich stellt der Bundesrat fest, dass Akutsituationen in der pflegerischen Versorgung nicht erst bei Personen mit Pflegebedarf ab Pflegegrad 2 entstehen können. Daher sollte die koordinierende Stelle eine Antragstellung auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit zum Zeitpunkt des Bekanntwerdens der Situation auslösen können.

e) Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren die Abgrenzung zwischen pflegerischen Akutsituationen nach § 39 Absatz 2 SGB XI-E und sonstigen Überbrückungssituationen nach § 42 Absatz 1 SGB XI-E zu präzisieren, um Auslegungs- und Abgrenzungsschwierigkeiten in der Praxis zu vermeiden.

Begründung:

Zu Buchstabe b:

Aus den vorgesehenen Regelungen ergeben sich einzelne Bestandteile, deren Zusammenspiel bislang nicht hinreichend geklärt ist. In Akutfällen steht die schnelle und unbürokratische Hilfe im Vordergrund, insbesondere in der Zusammenarbeit mit den Rettungsdiensten. Um dies zu ermöglichen, muss eine eindeutige und unmittelbare Erreichbarkeit einer Stelle gewährleistet werden, die schnell Unterstützung organisieren kann. Diese zentrale Koordinationsstelle hätte nicht nur einen Überblick über zur Verfügung stehende Kurzzeitpflegeplätze, sondern könnte auch deren Vergabe verbindlich organisieren. Eine reine digitale Information über zur Verfügung stehende Plätze in Akutsituationen oder eine Übertragung der Organisation an einzelne Pflegebegleitungen würde nicht zu einer schnellen Hilfe führen. Gleiches gilt für das Auslösen eines Einsatzes der Notfalldienste, das durch eine zentrale Steuerung schneller und koordinierter erfolgen kann. Die Erfahrungen aus dem Modellprojekt „Pflegenottelefon“ zeigen, dass diese steuernde und koordinierende Funktion ein ausschlaggebender Erfolgsfaktor ist. Darüber hinaus kann erst dann diese Funktion systematisch in die Routinen der Rettungsleitstellen und des Kassenärztlichen Notdienstes eingebunden werden. Diese sind darauf angewiesen, dass eine kompetente Stelle umgehend die Klärung der Situation übernimmt und weitere Schritte veranlasst. Im Ergebnis können dadurch auch überflüssige und belastende Krankenfahrten, Untersuchungen in Notaufnahmen und Krankenhausaufnahmen vermieden werden.

Zu Buchstabe c:

Da es bisher kaum ständig erreichbare Stellen im Sinne eines Pflegenottelefons gibt, sollte die Schaffung solcher Stellen bzw. die Ansiedlung dieser Koordinierungsfunktion ausdrücklicher Inhalt von Modellversuchen sein.

Zu Buchstabe d:

Die Erfahrungen zum Beispiel mit dem Hamburger Pflegenottelefon zeigen, dass zuweilen erst bei Einsätzen des Rettungsdienstes oder der Polizei offenbar wird, dass in einer Wohnung seit Langem Pflege stattfindet, ohne dass Pflegebedürftigkeit beantragt war. In anderen Fällen war die Pflegebedürftigkeit höher als der festgestellte Pflegegrad 1. Damit für alle Leistungserbringer einschließlich der koordinierenden Stelle die Sicherheit besteht, dass die Kosten übernommen werden, sollte ähnlich wie in der Sozialhilfe eine Leistungspflicht ab Bekanntwerden der Notlage installiert werden.

Zu Buchstabe e:

Die Definition der pflegerischen Akutsituation erscheint insgesamt komplex und das Verhältnis der einzelnen Tatbestände zueinander nicht hinreichend klar. Dies betrifft beispielsweise Fälle, in denen eine akute Verschlechterung des Gesundheitszustands der pflegebedürftigen Person dem Grunde nach absehbar war, deren konkreter Zeitpunkt jedoch nicht vorhergesehen werden konnte. Zudem bleibt offen, wie der Begriff der „sonstigen Überbrückungssituationen“ des § 42 Absatz 1 Satz 2 SGB XI-E zu verstehen und von den übrigen Tatbeständen abzugrenzen ist. Eine präzisere gesetzliche Abgrenzung ist erforderlich, um Unsicherheiten bei der Zuordnung der Leistungsansprüche in der Praxis zu vermeiden.

39. Zu Artikel 1 und 2 (SGB XI)

Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob und welche Änderungen an im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen im SGB XI vorzunehmen sind, um die Vorsorge für die letzte Lebensphase und die Sterbebegleitung als Teil der Pflege stärker zu berücksichtigen und die Datengrundlage zur Versorgung pflegebedürftiger Menschen am Lebensende zu verbessern.

Begründung:

Mit Nummer 5 der Entschließung vom 27. November 2015 zum Hospiz- und Palliativgesetz (BR-Drucksache 519/15 (Beschluss)) hatte der Bundesrat der Bundesregierung Verbesserungen der hospizlichen und palliativen Versorgung im Bereich der Pflege empfohlen. Hier besteht weiterhin Handlungsbedarf.

Die Versorgung am Lebensende und die Sterbebegleitung sind Teil der Pflege (§ 28 Absatz 4 SGB XI). Aktuell sind weder die Zielgruppe noch die Bedürfnisse pflegebedürftiger, sterbender Menschen ausreichend im SGB XI (vgl. §§ 3 und 6 SGB XI) berücksichtigt. Daten hierzu werden nicht ausreichend erfasst. Dies führt zu einer verkürzten Betrachtung der tatsächlichen Bedarfe pflegebedürftiger Menschen, denn der Pflegesituation folgt häufig die Sterbesituation. Dieser Umstand muss mit Blick auf eine würdevolle, sensible Gestaltung der Versorgungsübergänge zwischen Pflege- und Sterbesituation Eingang in die Pflegebegleitung, die statistischen Grundlagen und die Stärkung sektorenübergreifender Kooperationen im Rahmen der hospizlichen Begleitung finden.

Palliative Belange und die Beratung am Lebensende sollten als feste Bestandteile der Pflegebegleitung explizit Berücksichtigung finden. Insbesondere die letzte Lebensphase weist Besonderheiten auf: Pflegeziele und -methoden sowie einzubeziehende Partner ändern sich. Der Pflegebedürftige tritt in eine nie dagewesene Phase ein, die hinsichtlich der Versorgung besonderes Feingefühl er-

fordert.

Zur Stärkung der Versorgungsqualität im Übergang zwischen Pflege- und Sterbesituation gilt es zudem Kooperationen zwischen ambulanten, teil- und vollstationären Pflegestrukturen und ambulanten Hospizdiensten nach § 39a SGB V regelmäßig aufzubauen und weiterzuentwickeln.

Um eine aussagekräftige Bewertung der Versorgungsqualität sterbender pflegebedürftiger Menschen vornehmen zu können, sind darüber hinaus aussagekräftige Daten aus allen Pflegesettings, insbesondere aus dem ambulanten und häuslichen Bereich erforderlich. Die vorhandene Datenlage bildet die Versorgung am Lebensende in den unterschiedlichen Pflegesettings bislang nicht hinreichend ab. Eine Gesamtschau der Versorgungssituation bleibt damit unmöglich und fehlt damit als Grundlage auch für fachpolitische Entscheidungen. Dabei sollte auch geprüft werden, inwieweit die im Gesetzentwurf vorgesehene digitale Datenplattform nach § 8 Absatz 4 SGB XI-E genutzt werden kann.

40. Zu Artikel 5 Nummer 4 – neu – (§ 45 Absatz 2 Satz 1 und Satz 2 SGB V)

Nach Artikel 5 Nummer 3 ist die folgende Nummer 4 einzufügen:

‚4. § 45 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 ist die Angabe „10“ durch die Angabe „15“ und die Angabe „20“ durch die Angabe „30“ zu ersetzen.

b) In Satz 2 ist die Angabe „25“ durch die Angabe „35“ und die Angabe „50“ durch die Angabe „70“ zu ersetzen.‘

Begründung:

Aufgrund der COVID-19-Pandemie wurde die Bezugsdauer von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes (so genannte Kinderkranktage) pro Versicherten nach § 45 SGB V für die Jahre 2020 bis 2023 auf bis zu 30 Arbeitstage pro Kind und Elternteil beziehungsweise 60 Arbeitstage für Alleinerziehende festgelegt, längstens für insgesamt bis zu 65 Arbeitstage pro Elternteil beziehungsweise 130 Arbeitstage für Alleinerziehende. Daran anknüpfend wurde zunächst übergangsweise für die Jahre 2024 bis 2026 die Anspruchsdauer auf 15 Arbeitstage pro Kind und Elternteil beziehungsweise 30 Arbeitstage für Alleinerziehende festgelegt, längstens für insgesamt 35 Arbeitstage pro Elternteil beziehungsweise 70 Arbeitstage für Alleinerziehende.

Mit der Änderung von § 45 Absatz 2 Satz 1 und Satz 2 SGB V soll die im Jahr 2026 geltende Regelung verstetigt werden. Eltern junger Kinder benötigen Verlässlichkeit bei der Betreuung im Krankheitsfall, die mit einer jährlichen Verlängerung der Regelung nicht gewährleistet ist. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf setzt Planbarkeit voraus und deren Gestaltung kann nicht von Jahr zu Jahr neuen Bedingungen unterliegen.

Der aus den Infektionskrankheiten resultierende Betreuungsbedarf durch die Eltern muss entsprechend abgesichert sein. Eine Absenkung der Arbeitstage würde zu stärkeren Belastungen für berufstätige Eltern und Alleinerziehende führen. Darüber hinaus wird ein negatives Signal ausgesendet – weg von Anerkennung und Unterstützung elterlicher Sorgearbeit, hin zu einer stärkeren Privatisierung des Problems. Durch den engen Kontakt zu anderen Kindern sind Kinder in Kindertageseinrichtungen oder in der Kindertagespflege einem erhöhten Risiko für Infektionskrankheiten ausgesetzt, was insbesondere im frühen Alter zu zahlreichen Krankheitstagen führt.

Laut der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. gelten acht bis 12 leichte Infektionen im Jahr für Kinder bis zum Schuleintritt als normal. Wird der Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes ab dem Jahr 2027 auf 20 Arbeitstage der Eltern insgesamt bzw. der Alleinerziehenden reduziert, würde dies statistisch 2,5 bis 1,6 Arbeitstage je Infekt bedeuten. In diesem Zeitraum die Genesung eines Kindes zu erwarten, erscheint nicht realistisch zu sein. Wartezeiten für die notwendige Symptomfreiheit für die Wiederzulassung in Kindertageseinrichtungen, z. B. bei Fieber von 24 Stunden oder bei Magen-Darm-Infekt von 48 Stunden, sind dabei nicht eingerechnet.

Es liegt daher im gesellschaftlichen Interesse, Eltern die Möglichkeit einzuräumen, ihre erkrankten Kinder zu Hause zu betreuen, um eine Ausbreitung von Infektionskrankheiten in den Betreuungseinrichtungen zu vermeiden. Letztlich dient das Auskurieren von Infektionskrankheiten dem Wohle der Kinder.

41. Zu Artikel 10a – neu – (§ 21 Absatz 2 Nummer 1 AMG) und Artikel 10b – neu – (§ 1a Absatz 8, § 14 Absatz 1 Nummer 9 und Absatz 2a – neu –, § 17 Absatz 6d – neu – und § 26 Absatz 2 ApBetrO)

a) Nach Artikel 10 ist der folgende Artikel 10a einzufügen:

‚**Artikel 10a**

Änderung des Arzneimittelgesetzes

Das Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 22. Oktober 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 321) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 21 Absatz 2 Nummer 1 wird durch die folgende Nummer 1 ersetzt:

„1. auf Grund nachweislich häufiger ärztlicher oder zahnärztlicher Verschreibung in den wesentlichen Herstellungsschritten in einer Apotheke in einer Menge bis zu hundert abgabefertigen Packungen an

einem Tag im Rahmen des üblichen Apothekenbetriebs hergestellt werden und zur Abgabe im Rahmen der bestehenden Apothekenbetriebserlaubnis bestimmt sind oder auf Grund schriftlicher oder elektronischer Verschreibung oder Anforderung einer zur Ausübung der ärztlichen oder zahnärztlichen Heilkunde berechtigten Person entweder zur ausschließlichen Bevorratung einer Teileinheit des Krankenhauses oder im Rahmen des eigenen Stations-, Praxis- oder Sprechstundenbedarfs dieser Person hergestellt und an diese abgegeben werden, sofern für den vorgesehenen Behandlungszweck ein nach Wirkstärke und Darreichungsform zugelassenes Arzneimittel nicht zur Verfügung steht und eine Anwendung am Patienten erforderlich ist, wobei die Herstellung im Voraus längstens für den Bedarf eines dreiwöchigen Zeitraums stattfinden darf," '

b) Nach Artikel 10a ist der folgende Artikel 10b einzufügen:

'**Artikel 10b**

Änderung der Apothekenbetriebsordnung

Die Apothekenbetriebsordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. September 1995 (BGBl. I S. 1195), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 16. September 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 266) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 1a Absatz 8 wird durch den folgenden Absatz 8 ersetzt:

„(8) Rezepturarzneimittel ist ein Arzneimittel, das in der Apotheke im Einzelfall auf Grund einer Verschreibung oder auf sonstige Anforderung einer einzelnen Person oder einer Verschreibung oder sonstigen Anforderungen durch eine zur Ausübung der ärztlichen oder zahnärztlichen Heilkunde berechtigten Person entweder zur ausschließlichen Verwendung einer Teileinheit des Krankenhauses oder im Rahmen des eigenen Stations-, Praxis- oder Sprechstundenbedarfs und nicht im Voraus hergestellt wird."

2. § 14 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Nummer 9 wird durch die folgende Nummer 9 ersetzt:

„9. soweit das Rezepturarzneimittel auf Grund einer Verschreibung zur Anwendung bei Menschen hergestellt wurde, Name des Patienten; erfolgt die Herstellung für

den Praxis- oder Sprechstundenbedarf oder zur Versorgung eines Krankenhauses, tritt anstelle des Patientennamens die Bezeichnung der Praxis, der Station oder die jeweilige Teileinheit des Krankenhauses.“

b) Nach Absatz 2 wird der folgende Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Defekturarzneimittel, die für die Bevorratung einer Teileinheit eines Krankenhauses, des Stations-, Praxis- oder Sprechstundenbedarfs gemäß § 21 Absatz 2 Nummer 1 Arzneimittelgesetz hergestellt werden, sind zusätzlich durch Angabe der jeweiligen Station, der Teileinheit des Krankenhauses oder den Namen der Praxis zu kennzeichnen.“

3. Nach § 17 Absatz 6c wird der folgende Absatz 6d eingefügt:

„(6d) Bei Defekturarzneimitteln ist im Rahmen der Abgabe die Teileinheit des Krankenhauses, der Name der Praxis oder der Name des Patienten, an den das Arzneimittel abgegeben wurde, zu dokumentieren und aufzubewahren.“

4. In § 26 Absatz 2 wird die Angabe „17 Absatz 1 und 6c“ durch die Angabe „17 Absatz 1, 6c und 6d“ ersetzt. ‘

Begründung:

Die Herstellung von Rezeptur- und Defekturarzneimitteln für den Praxisbedarf (der Einfachheit halber sind hier bei Verwendung des Begriffes „Praxisbedarf“ immer auch die Institutionen „Teileinheit eines Krankenhauses“, „Stations- und Sprechstundenbedarf“ gemeint) ist nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 12. März 2026 (Az. 3 C 2.24) nicht mehr rechtssicher möglich, was in der Praxis zu Versorgungsproblemen führt.

Durch die Änderungen im Arzneimittelgesetz und in der Apothekenbetriebsordnung wird eine zulassungsfreie Herstellung von Rezepturen und Defekturen im Rahmen des üblichen Apothekenbetriebes für Arzneimittel, die für den Praxisbedarf hergestellt werden, ermöglicht. Mit den Änderungen wird eine klar abgegrenzte und enge Ausnahme geschaffen, wenn die Versorgung ansonsten gefährdet wäre. Die Verordnung als Praxisbedarf ist unerlässlich und stellt die Arzneimittelversorgung insbesondere in den Fällen sicher, wo sich der tatsächliche Bedarf erst im Verlauf der Untersuchung oder Operation einer Patientin oder eines Patienten ergibt.

Die Änderung des § 21 AMG bestimmt, dass es keiner Zulassung für diejenigen Arzneimittel bedarf, die in der Apotheke hergestellt werden und für den Praxisbedarf bestimmt sind. Der Ausnahmetatbestand greift nur, wenn kein

vergleichbares Fertigarzneimittel zur Verfügung steht und aufgrund der Eilbedürftigkeit keine patientenindividuelle Verschreibung ausgestellt werden kann. Eine Mengenbegrenzung für die Herstellung von Defekturarzneimitteln für den Praxisbedarf ist dabei notwendig. Es wird vorgeschlagen, dass die Herstellung von Defekturen für den Praxisbedarf im Voraus auf den Bedarf eines dreiwöchigen Zeitraumes beschränkt wird.

Eine Änderung der Definition des Rezepturarzneimittels (§ 1a ApBetrO) ist erforderlich, um die nach § 21 AMG für den Praxisbedarf hergestellten Rezepturarzneimittel auch rechtssicher als Rezepturarzneimittel zu bezeichnen. Denn erst dadurch wird in der Folge die Herstellung eines Defekturarzneimittels ermöglicht. Eine Herstellung im Voraus findet bei einer Herstellung eines Rezepturarzneimittels für den Praxisbedarf nicht statt. Diese liegt immer nur dann vor, wenn zum Zeitpunkt des Herstellungsvorgangs noch nicht feststeht, wer der eigentliche Empfänger des Arzneimittels ist, das heißt die individuelle Zuordnung zu einem Patienten oder Arzt nicht gegeben ist. Bei der Herstellung eines Rezepturarzneimittels für den Praxisbedarf erfolgt eine Anfertigung aufgrund einer vorliegenden Verschreibung eines Arztes, womit zu diesem Zeitpunkt bereits Kenntnis über den Empfänger der Rezepturarzneimittel besteht. Einem Arzt muss im Rahmen der Therapiefreiheit die Möglichkeit gegeben sein, Rezepturarzneimittel und Defekturarzneimittel an Patienten anzuwenden. Der Apotheke liegt damit ein konkreter Auftrag zur Herstellung eines Rezepturarzneimittels vor.

Die Änderungen des § 14 ApBetrO sind erforderlich, um zu ermöglichen, dass bei der Kennzeichnung eines Rezepturarzneimittels auf den Namen des Patienten verzichtet werden kann, wenn es für den Praxisbedarf hergestellt wird.

In Bezug auf die Kennzeichnung von Defekturarzneimitteln ist bei der Abgabe an den Praxisbedarf ebenfalls der entsprechende Empfänger anzugeben. Da bislang zudem keine Vorschrift existiert, die zu einer Dokumentation und Aufbewahrung des Empfängers bei Defekturarzneimitteln für den Praxisbedarf verpflichtet, wird dies in § 17 ApBetrO ergänzt. Da Defekturarzneimittel in größeren Mengen hergestellt werden, erscheint eine Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht in Abgrenzung zu den Rezepturarzneimitteln sachgerecht. Entsprechendes sollte auch für Krankenhausapotheken gelten.

42. Zu Artikel 10a – neu – (§ 31 Absatz 1a Satz 2 Nummer 4 SGB V)

Nach Artikel 10 ist der folgende Artikel 10a einzufügen:

‚**Artikel 10a**

Änderung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) wird wie folgt geändert:

In Artikel 1 Nummer 12 Buchstabe b § 31 Absatz 1a Satz 2 ist Nummer 4 durch die folgende Nummer 4 zu ersetzen:

„4. proteasemodulierend, ohne biologisch aktive Struktur- oder Matrixbestandteile bereitzustellen, oder antimikrobiell im oder am menschlichen Körper wirkt.“ ‘

Folgeänderung:

Artikel 11 ist durch den folgenden Artikel 11 zu ersetzen:

„**Artikel 11**

Inkrafttreten

(1) Artikel 10a tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Im Übrigen tritt dieses Gesetz vorbehaltlich der Absätze 3 und 4 am 1. Januar 2027 in Kraft.

(3) Artikel 2 Nummer 1 und 10 bis 12, Artikel 3 und Artikel 7 treten am 1. Januar 2028 in Kraft.

(4) Artikel 2 Nummer 2 bis 9 und Nummer 14 und 15 sowie Artikel 5 treten am 1. Januar 2029 in Kraft.“

Begründung:

Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) wurde die Definition der Verbandmittel in § 31 Absatz 1a SGB V neu gefasst und tritt am 1. Januar 2027 in Kraft. Im Gesetzentwurf war vorgesehen, neben antimikrobiellen auch proteasemodulierende Eigenschaften ausdrücklich den Verbandmitteln mit ergänzenden Eigenschaften zuzuordnen. Diese Produkte wären damit weiterhin unmittelbar zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig geblieben, ohne zuvor das Verfahren für sogenannte Sonstige Produkte zur Wundbehandlung durchlaufen zu müssen.

Im parlamentarischen Verfahren wurde der Begriff „proteasemodulierend“ aus der Regelung gestrichen. Der G-BA hatte im Gesetzgebungsverfahren auf die Gefahr hingewiesen, dass eine zu weit gefasste Einbeziehung proteasemodulierender Produkte auch Wundbehandlungsprodukte mit Hyaluron oder Kollagen erfassen könnte. Dieses Abgrenzungsanliegen ist nachvollziehbar. Die vollständige Streichung des Merkmals „proteasemodulierend“ geht jedoch weiter als erforderlich und führt zu einer Versorgungslücke, weil sie zugleich Wundverbände mit Sucrose-Octasulfat erfasst, die sich hinsichtlich Wirkprinzip und Evidenzlage von den kritisierten Produktgruppen unterscheiden und in der S3-Leitlinie zur Lokaltherapie schwer heilender und/oder chronischer Wunden

ausdrücklich berücksichtigt werden.

Die Folge ist damit keine zielgenaue Abgrenzung, sondern ein unbeabsichtigter Ausschluss einer evidenzbasierten Therapieoption aus der unmittelbaren Regelversorgung zum 31. Dezember 2026.

Um dies zu korrigieren und weiterhin die Versorgung mit evidenzbasierten proteasemodulierenden Wundverbänden mit Sucrose-Octasulfat in der Regelversorgung zu erhalten, ohne zugleich Produkte mit biologisch aktiven Struktur- oder Matrixbestandteilen wie Kollagen oder Hyaluron in diese Produktkategorie einzubeziehen, wird die Ergänzung in § 31 Absatz 1a Satz 2 Nummer 4 SGB V vorgeschlagen.

Dass PNOG soll nach Artikel 11 in Wesentlichen am 1. Januar 2027 in Kraft treten und es geht hierbei auch um Wundpflege, so dass sich im Zuge der Beratungen als zielführend ergeben hat, die Änderung des GKV-BStabG im SGB V wegen des fachlichen Mitbezugs an dieses Gesetzgebungsverfahren zum SGB XI und weiterer Gesetze anzuhängen.

43. Zu Artikel 10a – neu – (§ 275c SGB V)

Nach Artikel 10 ist der folgende Artikel 10a einzufügen:

„**Artikel 10a**

Änderung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) wird wie folgt geändert:

Artikel 1 Nummer 66 wird gestrichen.“

Folgeänderung:

Artikel 11 ist durch den folgenden Artikel 11 zu ersetzen:

„**Artikel 11**

Inkrafttreten

(1) Artikel 10a tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Im Übrigen tritt dieses Gesetz vorbehaltlich der Absätze 3 und 4 am 1. Januar 2027 in Kraft.

(3) Artikel 2 Nummer 1 und 10 bis 12, Artikel 3 und Artikel 7 treten am 1. Januar 2028 in Kraft.

(4) Artikel 2 Nummer 2 bis 9 und Nummer 14 und 15 sowie Artikel 5 treten am 1. Januar 2029 in Kraft.“

Begründung:

Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) wurde eine Verschärfung der Regelung zu Prüfquoten und Schwellenwerten in § 275c SGB V beschlossen. Das Inkrafttreten dieser Änderung des § 275c SGB V (Prüfquotenregelung) ist im GKV-BStabG für den 1. Januar 2027 vorgesehen. Das GKV-BStabG ist im Übrigen in weiten Teilen bereits am 30. Juli 2026 in Kraft getreten. Eine Änderung kann zum jetzigen Zeitpunkt deshalb nur direkt an der Regelung im GKV-BStabG erfolgen.

Mit der Änderung soll die im GKV-BStabG für ab 1. Januar 2027 vorgesehene Verschärfung der Prüfquotenregelung rückgängig gemacht werden. Die Rücknahme der Neuregelung soll noch vor Inkrafttreten erfolgen, bevor die darauf aufbauenden Strukturen in Krankenhäusern und Medizinischen Diensten geschaffen werden müssen.

Die mit dem GKV-BStabG vorgesehene deutliche Verschärfung der Prüfquotenregelung bedeutet einen nicht zu rechtfertigenden immensen Mehraufwand sowohl für die Krankenhäuser als auch die Medizinischen Dienste.

Der im Rahmen der Notfallreform von den Regierungsfraktionen eingebrachte Änderungsantrag zu den Prüfquoten (Einführung einer weiteren Prüfquotenklasse von 1 Prozent) greift viel zu kurz. Es ist davon auszugehen, dass nur ein sehr geringer Anteil der Krankenhäuser diese neue Prüfquotenklasse erreichen wird. Dies reicht bei weitem nicht aus, um die mit dem GKV-BStabG eingeführte Mehrbelastung der Krankenhäuser und Medizinischen Dienste abzuwenden.

Als Folgeänderung ist zudem das Inkrafttreten der Regelung gesondert zu regeln. Nach Artikel 11 soll der Gesetzentwurf am 1. Januar 2027 in Kraft treten. An diesem Tag tritt auch das GKV-BStabG in Kraft. Damit die mit dem Antrag beabsichtigte Änderung vor dem Inkrafttreten des GKV-BStabG wirksam wird, ist zwingend ein vorheriges und schnellstmögliches Inkrafttreten zu regeln. Die Verkündung muss spätestens am 30. Dezember 2026 erfolgen, damit das Inkrafttreten spätestens zum 31. Dezember 2026 erfolgen kann. Andernfalls könnte die Streichung nicht mehr in der hier beabsichtigten Form erfolgen.

44. Zu Artikel 11 Absatz 2 (Inkrafttreten)

In Artikel 11 Absatz 2 ist vor der Angabe „Artikel 2“ die Angabe „Artikel 1 Nummer 41,“ einzufügen.

Begründung:

Die mit Artikel 1 Nummer 41 vorgesehenen Änderungen des § 45a SGB XI erfordern eine Anpassung der landesrechtlichen Regelungen über die Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag.

Den Ländern muss hierfür ein ausreichender zeitlicher Vorlauf eingeräumt werden. Insbesondere bedarf es einer Prüfung und gegebenenfalls Neufassung

der landesrechtlichen Anerkennungsvoraussetzung sowie der Durchführung der erforderlichen Abstimmungs- und Verordnungsverfahren.

Auch für die betroffenen Leistungserbringer besteht ein erheblicher Umstellungs- und Klärungsbedarf. Insbesondere ambulante Pflege- und Betreuungsdienste benötigen frühzeitig Rechtssicherheit hinsichtlich der künftigen Anerkennungs- und Abrechnungsmöglichkeiten.

Eine Umsetzung bereits zum 1. Januar 2027 würde angesichts der notwendigen landesrechtlichen Anpassungen erhebliche praktische Schwierigkeiten mit sich bringen. Ohne eine Verschiebung des Inkrafttretens besteht zudem das Risiko, dass bestehende Versorgungsarrangements gefährdet werden. Dies könnte sich nachteilig auf die Versorgungssicherheit der Pflegebedürftigen und die Entlastung ihrer Angehörigen auswirken.

Durch die vorgeschlagene Verschiebung des Inkrafttretens der Änderungen des § 45a SGB XI auf den 1. Januar 2028 wird den Ländern und den betroffenen Leistungserbringern ein angemessener Übergangszeitraum eingeräumt. Zugleich wird ermöglicht, bestehende Versorgungsstrukturen während der Umstellung zu berücksichtigen und die neuen Anerkennungsregelungen rechtssicher umzusetzen. Die konkrete Ausgestaltung der landesrechtlichen Anerkennungsvoraussetzungen bleibt hiervon unberührt.

45. Zum Gesetzentwurf allgemein

a) Der Bundesrat begrüßt den von der Bundesregierung vorgelegten Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung insbesondere auch im Hinblick auf das erhöhte Sozialraumbudget für Pflegebedürftige, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

b) Der Bundesrat stellt fest, dass schwer pflegebedürftige Kinder und Jugendliche andere Bedürfnisse haben als ältere Pflegebedürftige und die Pflege durch Eltern und Nahestehende gerade bei schwer pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen von besonderer Bedeutung ist. Gleichzeitig kann diese Gruppe nicht in gleichem Maße auf eigene Vorsorge verwiesen werden wie die erst in hohem Alter Pflegebedürftigen.

c) Der Bundesrat fordert, bereits im weiteren Gesetzgebungsverfahren diese besondere Situation angemessen zu berücksichtigen. Zum einen soll ein finanzieller Ausgleich geschaffen werden, damit schwer pflegebedürftige Kinder und Jugendliche in pflegerischen Akutsituationen sowie in sonstigen Überbrückungssituationen weiterhin durch Personen aus dem durch die Eltern bzw. nahen Angehörigen aufgebauten Netzwerk betreut und versorgt werden können.

d) Zum anderen soll das Pflegegeld bei schwer pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen bei stationärem Aufenthalt (z. B. im Krankenhaus, in einer Vorsorge- und Rehaeinrichtung oder in einem Kinder- oder Jugendhospiz) auch für einen Zeitraum über acht Wochen hinaus fortgezahlt werden.

e) Durch die Neuregelung der bisherigen Rechte zu Pflegeberatung und Überführung in neuen Strukturen der Pflegebegleitung soll in der Sozialen Pflegeversicherung ein neuer Weg eingeschlagen werden, pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen zu unterstützen. Dabei sollen ausdrücklich bestehende Strukturen berücksichtigt werden.

Für die Unterstützung von Familien mit pflegebedürftigen Kindern sind Pflegekurse in der häuslichen Umgebung ein besonders wichtiges Instrument der Pflegeversicherung, um Familien mit besonderen Bedarfen sinnvoll unterstützen zu können.

Durch die beabsichtigte Neuregelung der Pflegebegleitung ist nach Ansicht des Bundesrates nicht ausreichend sichergestellt, dass die Pflegekassen die Kosten für solche individuellen Unterstützungen im erforderlichen Maße finanzieren können, da die Pflegekassen nur einen von der Anzahl von pflegebedürftigen Personen in einem Landkreis bzw. in einer kreisfreien Stadt abhängigen Finanzierungsrahmen einsetzen dürfen.

Es droht damit eine Situation, in der Pflegekassen den Beratungs- und Schulungsbedarf von Familien mit pflegebedürftigen Kindern nicht finanzieren können, obwohl das eine sehr sinnvolle und niedrigschwellige Maßnahme ist, um beispielsweise vermehrte Notarzteinsätze oder Krankhausaufenthalte zu reduzieren.

Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, weiterhin eine unbeschränkte Finanzierbarkeit von individuellen Schulungskursen in der häuslichen Umgebung durch die Pflegekassen auch nach Inkrafttreten des Pflegeneuordnungsgesetzes für Angehörige pflegebedürftiger Kinder sicherzustellen.

f) Der Bundesrat begrüßt, dass die bestehenden Refinanzierungszusagen im Pflegeversicherungsrecht bei tarifgebundenen oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen sowie bei sich daran anlehnenden bzw. orientierenden Pflegeeinrichtungen auch künftig erhalten bleiben.

g) Der Bundesrat unterstützt die Intention, bei Pflegeeinrichtungen, die ihre Pflege- und Betreuungskräfte nach dem regional üblichen Entgeltniveau entlohnen, einen Gleichklang zwischen Lohnsteigerung und Refinanzierung herbeizuführen.

h) Im Übrigen teilt der Bundesrat das Ziel einer Entlastung der Pflegeeinrichtungen von Melde- und Informationspflichten sowie des Erhalts der Refinanzierbarkeit struktureller Veränderungen.

i) Insbesondere für ambulante Pflegedienste, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des SGB V oder der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des SGB V erbringen, bittet der Bundesrat, dem Pflegeversicherungsrecht entsprechende Regelungen zu prüfen.

j) Die Bundesregierung wird gebeten, im Rahmen der weiteren Reform der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) konkrete Regelungen für eine sozial ausgewogene und in ihrer Höhe begrenzte Eigenbeteiligung an den pflegebedingten Aufwendungen zu implementieren. Ziel muss es sein, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen in allen Phasen der Pflegebedürftigkeit und unabhängig vom jeweiligen Versorgungssetting wirksam vor finanzieller Überforderung zu schützen und zugleich eine generationengerechte und langfristig tragfähige Finanzierung der Pflegeversicherung sicherzustellen.

   Dabei sind insbesondere folgende Grundsätze zu berücksichtigen:

   aa) Sozial differenzierte Begrenzung der Eigenanteile: Die Entlastung ist am tatsächlichen Unterstützungsbedarf und an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen auszurichten. Hierbei sind sowohl Einkommen als auch Vermögen nach Maßgabe sozial ausgewogener und rechtssicherer Kriterien zu berücksichtigen.

   bb) Umfassende Berücksichtigung der Versorgungssituation: Die Begrenzung muss unterschiedliche Phasen der Pflegebedürftigkeit einbeziehen. Dabei sind die jeweiligen Belastungsstrukturen und die tatsächlichen Eigenaufwendungen in den verschiedenen Versorgungssituationen zu berücksichtigen.

   cc) Umfassende Berücksichtigung aller Versorgungssettings: Die Begrenzung muss die ambulante und die vollstationäre Pflege einbeziehen. Die Ausgestaltung der Deckelung muss zudem so erfolgen, dass

sie auch bei einer schrittweisen Auflösung der Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Pflege im Zuge weiterer Reformschritte wirksam bleibt und eine sektorenübergreifende und bedarfsgerechte Eigenbeteiligung gewährleistet. Hierzu sind die Regelungen so auszugestalten, dass sie mit einer künftig stärker integrierten Versorgungsstruktur vereinbar sind und keine etwaigen Fehlanreize oder finanziellen Nachteile durch einen Wechsel des Versorgungssettings hervorrufen.

dd) Zielgenaue Entlastung und Vermeidung von Fehlanreizen: Die Ausgestaltung muss sicherstellen, dass insbesondere Pflegebedürftige mit begrenzten finanziellen Ressourcen vor einer Überforderung geschützt werden. Zugleich sind ungerechtfertigte Mitnahmeeffekte und eine undifferenzierte Verlagerung von Kosten auf die Gesamtheit der Beitragszahlenden weitestgehend zu vermeiden.

ee) Verlässliche und transparente Deckelung: Es sind nachvollziehbare Kriterien für die Ermittlung der berücksichtigungsfähigen Eigenbeteiligung und für die Bemessung der individuellen Entlastung festzulegen. Dabei ist zu prüfen, wie eine planbare Begrenzung der finanziellen Belastung und eine regelmäßige Anpassung an die Entwicklung der Pflegekosten gewährleistet werden können.

ff) Abstimmung mit bestehenden Leistungsansprüchen: Die Wechselwirkungen mit den bestehenden Leistungen der SPV, insbesondere mit den Leistungszuschlägen nach § 43c SGB XI, sind zu prüfen. Dabei ist sicherzustellen, dass bestehende Entlastungswirkungen angemessen berücksichtigt oder bei Bedarf weiterentwickelt werden und sachgerechte Anreize für die Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Versorgungsangebote erhalten bleiben.

gg) Nachhaltige Finanzierung und generationengerechte Lastenverteilung: Die finanziellen Auswirkungen auf die SPV, die Beitragszahlenden und die öffentlichen Haushalte sind darzustellen. Dabei sind unterschiedliche Ausgestaltungsmodelle hinsichtlich ihrer sozialen Wirksamkeit, ihrer Finanzierungsfolgen und ihrer langfristigen Tragfähigkeit zugrunde zu legen.

hh) Datenschutzkonforme Datengrundlage und Nutzung bestehender Erhebungsstrukturen: Es ist zu prüfen, welche Daten zur Ermittlung der

tatsächlichen Eigenbelastung und der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit Pflegebedürftiger benötigt werden, aus welchen bestehenden Datenbeständen diese gewonnen werden können und unter welchen datenschutzrechtlichen Voraussetzungen eine rechtmäßige Verarbeitung und Zusammenführung möglich ist. Bestehende Verwaltungs- und Erhebungsstrukturen sollen vorrangig genutzt werden, um bürokratischen Aufwand durch Doppelerhebungen zu vermeiden. Zugleich sind die Anforderungen an Datensicherheit, Zweckbindung und Datenminimierung sowie die erforderlichen rechtlichen Grundlagen für den Datenaustausch zu berücksichtigen.

Die konkrete Ausgestaltung, insbesondere die Kriterien für eine sozial gestaffelte Begrenzung der Eigenanteile, die Ermittlung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit sowie die Ausgestaltung eines rechtssicheren und bürokratiearmen Verfahrens, soll im Rahmen der eingesetzten Strukturkommission erarbeitet werden. Die Ergebnisse sollen als Grundlage für eine gesetzliche Umsetzung dienen.

k) Der Bundesrat unterstützt den Einsatz der Pflegestrukturkommission, die Vorschläge für eine finanzielle und strukturelle Neuausrichtung der Pflegeversicherung vorlegen soll.

Der Bundesrat begrüßt insbesondere den Auftrag der Pflegestrukturkommission, Möglichkeiten zu prüfen, die Pflegeversicherung mittelfristig sektoren- und wohnformenunabhängig auszugestalten und damit innovative Versorgungsformen zwischen Pflegeheim und der häuslichen Versorgung zu ermöglichen. Das Ziel sollte dabei auch sein, den Leistungserbringern bei der Gestaltung ihrer Angebote mehr Freiheiten zu geben, um auch künftig auf ein ausreichendes Angebot professioneller Anbieter von Pflegeleistungen zurückgreifen zu können. Gleichzeitig sollten die Leistungen insgesamt einfacher und transparenter werden. Bei der Prüfung sind auch Fragen sektorenunabhängiger Vergütungsstrukturen, Personalvorgaben und Qualitätssicherung sowie des zukünftigen Umgangs mit den Leistungen der medizinischen Behandlungspflege zu klären.

l) In den fachlichen Eckpunkten für eine nachhalte Struktur- und Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung haben Bund und die Länder vereinbart, in einem gemeinsam gestalteten Prozess sowohl bundes- als auch landesrechtliche Regelungen sowie ihr Zusammenspiel auf Bürokratie-

und Kostenvermeidungspotenzial zu überprüfen und Reformvorschläge zu erarbeiten, die Pflegebedürftige entlasten, ohne Investitionen zu hemmen.

Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, die Vereinbarung aufzugreifen und zeitnah den gemeinsam gestalteten Prozess zu initiieren.

Erste Ergebnisse sollten möglichst im Rahmen der angekündigten Strukturreform der Pflegeversicherung im Jahr 2027 umgesetzt werden.

m) Der Bundesrat kritisiert, dass der vorliegende Gesetzentwurf weder eine nachvollziehbare Berechnung der zu erwartenden Mehrkosten in der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII noch eine Kostenübernahmezusage der Bundesregierung enthält. Damit verbleibt die finanzielle Verantwortung für die entstehenden Mehrkosten einseitig bei den Kommunen. Zudem ist die von der Bundesregierung angedachte Entlastung der Kommunen durch eine mögliche Überprüfung des Angehörigenentlastungsgesetzes nicht hinreichend belegt. Mit Blick auf das im Koalitionsvertrag des Bundes vereinbarte Prinzip der Veranlassungskonnexität und auf die Vereinbarung der Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder mit dem Bundeskanzler vom 25. Juni 2026 fordert der Bundesrat daher, eine verlässliche und dauerhafte Kostenbeteiligung des Bundes an den entstehenden Mehrkosten in der Hilfe zur Pflege direkt im Gesetzentwurf zu verankern.

n) Der Bundesrat begrüßt die Zielsetzung der Bundesregierung, mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz) die Finanzierungsgrundlagen der sozialen Pflegeversicherung zu stabilisieren und eine bürgernahe und menschenwürdige Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in der Stadt und auf dem Land mit effizienten und nachhaltigen Versorgungsstrukturen personell und strukturell sicherzustellen.

o) Der Bundesrat stellt fest, dass die mit dem Pflegeneuordnungsgesetz vorgesehene Neustrukturierung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung eine entsprechende Anpassung der korrespondierenden Regelungen im Siebten Kapitel des SGB XII bedarf.

p) Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die erforderlichen Folgeänderungen im SGB XII vorzunehmen und dabei eine widerspruchsfreie Abstimmung der Leistungs- und Konkurrenzregelungen des SGB XI und des SGB XII sicherzustellen. Dabei ist insbesondere zu vermeiden, dass aus der Neustrukturierung der Leistungen nach dem SGB XI

eine nicht sachgerechte Leistungsverlagerung in die nachrangige Hilfe zur Pflege entsteht.

q) Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren ferner, die durch das Pflegeneuordnungsgesetz entstehenden unmittelbaren und mittelbaren finanziellen Mehrbelastungen der Träger der Sozialhilfe vollständig und nachvollziehbar zu ermitteln und auszuweisen.

r) Der Bundesrat stellt fest, dass die von den Ländern zu tragende und durchzuführende Sozialhilfe zwar als Ersatzleistung für verringerte Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen wird, gleichzeitig aber der enge Bezug der Leistungen im Gesetz nicht hinreichend berücksichtigt wird.

s) Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, wie die notwendigen gesetzlichen Änderungen im 7. Kapitel des SGB XII bis zum Inkrafttreten des Pflegeneuordnungsgesetzes noch vorgenommen werden können, um die aus den Änderungen des Pflegeneuordnungsgesetzes resultierenden Besser- wie auch Schlechterstellungen pflegebedürftiger Personen mit einem zusätzlichen oder alleinigen sozialhilferechtlichen Leistungsanspruch aus den Leistungen der Hilfe zur Pflege zu verhindern.

t) Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren ebenfalls zu prüfen, wie die inhaltliche Angleichung bzw. Kompatibilität der Leistungsansprüche und die Wirkungen neuer Ansprüche sowie fallbezogener Feststellungen auf das Leistungsgewährungsverfahren des Trägers der Sozialhilfe zu berücksichtigen sind.

u) Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob für das SGB XII abweichende Rahmenbedingungen und Rechtsgrundsätze zu beachten sind.

v) Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, die rechtlichen Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass versicherungsfremde Leistungen, insbesondere Leistungen für Rentenbeiträge häuslicher Pflegepersonen sowie die Ausgaben für coronabedingte Aufwendungen als gesamtgesellschaftliche Aufgaben aus Steuermitteln des Bundes finanziert werden.

Dies wäre ein wichtiger und notwendiger Beitrag, um die Liquidität der sozialen Pflegeversicherung zu stabilisieren sowie Ausdruck echter Finan-

zierungsgerechtigkeit, da die Versichertengemeinschaft nicht Aufgaben der Steuerzahler übernehmen sollte.

w) Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, wie die auf Pflegeeinrichtungen entfallenden Ausbildungsumlagen nach dem Pflegeberufegesetz und dem Pflegefachassistenzgesetz sowie die nach § 82a SGB XI berücksichtigungsfähigen Ausbildungsaufwendungen künftig aus der Pflegevergütung und den gesonderten Ausbildungszuschlägen herausgenommen werden können, um pflegebedürftige Menschen von diesen Kosten zu entlasten.

x) Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren auch zu prüfen, wie die bislang von pflegebedürftigen Menschen getragenen Ausbildungsfinanzierungsanteile als gesamtgesellschaftliche Aufgabe künftig aus Steuermitteln des Bundes finanziert werden können. Dabei ist eine auskömmliche und dauerhaft gesicherte Finanzierung der Pflegeausbildung zu gewährleisten.

Begründung:

Zu Buchstabe a bis d:

Die soziale Pflegeversicherung als Teilleistungsversicherung hat nicht den Anspruch, alle im Pflegefall entstehenden Kosten vollständig abzudecken. Vielmehr ist jeder Einzelne in der Pflicht, bis zu einem gewissen Grad eigene Vorsorge zu treffen. Für die meisten Fälle der Pflegeversicherung besteht auch ausreichend Zeit hierfür, bis der Pflegefall eintritt.

Die Situation von (insbesondere schwer) pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen und ihren Familien ist jedoch in vielerlei Hinsicht mit der Situation von Pflegebedürftigkeit im hohen Alter nicht vergleichbar. Die oft jungen Familien und Betroffenen haben keine Zeit und zumeist auch keine Möglichkeit, sich entsprechende finanzielle Ressourcen aufzubauen. Nicht selten besteht hier zudem eine jahrzehntelange Pflegebedürftigkeit und ist eine intensivere Betreuung durch Angehörige notwendig. Auch auf eine eigene (Alters-) Vorsorge können schwer pflegebedürftige Kinder und Jugendliche kaum verwiesen werden.

Die pflegerische Versorgung von schwer pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen wird fast ausschließlich durch die Eltern beziehungsweise nahen Angehörigen sichergestellt; bereits allein aufgrund ihres Alters wäre eine rund um die Uhr dauernde Fremdbetreuung für Kinder und Jugendliche eine zusätzliche Belastungssituation. Darüber hinaus haben diese Kinder und Jugendlichen häufig spezielle Pflegeanforderungen, die nicht von allen Diensten angeboten werden und/oder aus Kapazitäts- und Kostengründen nicht allein von Diensten erfüllt werden können. Dies führt jedoch auch dazu, dass zumeist

zumindest ein Elternteil beruflich Abstriche machen muss und die eigene Rentenanwartschaft nicht oder zumindest nicht ausreichend aufgebaut werden kann. Auch bei Aufenthalten von pflegebedürftigen Kindern/Jugendlichen in stationären Einrichtungen wie z. B. im Krankenhaus, in Vorsorge- und Rehaeinrichtungen oder Kinder- und Jugendhospizen müssen pflegende Eltern oft einen Teil der Betreuung übernehmen. Wenn pflegende Eltern ausfallen, kann eine Versorgung im Wege der Verhinderungspflege durch vertraute Personen aus dem Umfeld im Einzelfall geeigneter und leichter zu organisieren sein als eine Akut- oder Kurzzeitpflege durch professionelle Anbieter im Rahmen des Überbrückungsbudgets. Für diese Gruppe sollte daher ein besonderer Ausgleich für den Wegfall der Verhinderungspflege geprüft werden.

Daneben ist zu beachten, dass schwer pflegebedürftige Kinder und Jugendliche mitunter eine lebenszeitreduzierende Diagnose haben, weshalb die Eltern dieser Kinder verstärkt die Möglichkeit haben müssen, so viel Zeit wie möglich mit ihren Kindern zu verbringen.

Auch bei Aufenthalten von pflegebedürftigen Kindern/Jugendlichen in stationären Einrichtungen wie z. B. Krankenhaus oder Vorsorge- und Rehaeinrichtungen müssen pflegende Eltern oft einen Teil der Betreuung übernehmen.

Auf Grund der vorgenannten Erwägungen sind für diese Gruppe der schwer pflegebedürftigen Kinder und Jugendlichen strukturell andere Regelungen gerechtfertigt und auch notwendig. Mit der Erhöhung des Sozialraumbudgets für Pflegebedürftige bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres ist bereits ein erster Schritt gegangen, der nun auch strukturell fortgesetzt werden sollte.

Die vorgeschlagenen Änderungen folgen dem Gedanken, der auch zur Anhebung des Sozialraumbudgets für diese Gruppe geführt hat, konsequent fort und würden für die pflegenden Eltern und nahen Angehörigen dieser zwar kleinen, aber dafür umso vulnerableren Gruppe, eine erhebliche Entlastung bedeuten.

Zu Buchstabe e:

Pflegekurse für pflegende Angehörige in der häuslichen Umgebung sollen ab dem 1. Januar 2029 ein Bestandteil der Pflegebegleitung werden. Die zur Finanzierung der Pflegebegleitung nach § 7c SGB XI-E erforderlichen Mittel sollen von den Pflegekassen über den Ausgleichsfonds zur Verfügung gestellt werden. Als Rechengröße sind 146 Euro je pflegebedürftiger Person in häuslicher Pflege mit Wohnsitz in dem jeweiligen Kreis bzw. in der jeweiligen kreisfreien Stadt vorgesehen. Hiermit soll der Finanzrahmen festgelegt werden, der für die Pflegebegleitung im Jahr zur Verfügung steht. Dabei soll die individuelle Inanspruchnahme entsprechend der gesetzlichen Vorgaben und nach dem Begleitungsbedarf der Pflegebedürftigen erfolgen.

Bei der Versorgung pflegebedürftiger Kinder besteht ein besonderer Bedarf an zielgruppenspezifischen Schulungsangeboten. Gruppenkurse und allgemeine Pflegekurse können den individuellen Anforderungen der pflegenden Angehörigen nicht immer ausreichend gerecht werden. Erforderlich sind insbesondere bedarfsgerechte Schulungen, die auf das Alter der Kinder, ihre spezifischen Erkrankungen oder Behinderungen und die konkrete Pflegesituation abgestimmt sind. Insbesondere sinnvoll sind dabei auch individuelle Schulungen in einem zeitlich größeren Umfang. Neben der Pflegebegleitung auf welche Pfle-

gebedürftige aller Pflegegrade und pflegende Angehörige einen Anspruch haben sollen, darf diese sehr niedrigschwellige und sinnvolle Unterstützung dieser Familien nicht von einem Finanzierungsrahmen abhängen dürfen. Neben der Unterstützung bei den individuellen Herausforderungen, besteht auch ein finanzielles Interesse der Solidargemeinschaft deutlich höhere Kosten, die bspw. aufgrund von verstärkt notwendigen Notarzteinsätzen oder Krankenhausaufenthalten entstehen, zu vermeiden. Die Möglichkeit geeignete und bedarfsgerechte Schulungen wahrzunehmen, soll zudem nicht davon abhängen dürfen, welche Mittel für die Pflegebegleitung im Landkreis oder der kreisfreien Stadt noch zur Verfügung stehen.

Die gezielte Schulung pflegender Angehöriger stärkt deren Pflegekompetenz, fördert eine möglichst selbstständige häusliche Versorgung und kann dazu beitragen, den Bedarf an zusätzlichen professionellen Pflegeleistungen zu reduzieren sowie die Handlungssicherheit in Notfallsituationen zu erhöhen.

Um künftig individuelle, bedarfsgerechte Schulungen im ausreichenden Maße zu ermöglichen, muss die unbeschränkte Finanzierbarkeit der entstehenden Kosten durch die Pflegekassen sichergestellt sein.

Zu Buchstabe f bis i:

Mit dem fortgeltenden § 82c Absatz 1 SGB XI und der Regelung in § 82c Absatz 7 Satz 3 SGB XI-E ist vorerst gesichert, dass die Zahlung von Löhnen nach Tarifvertrag und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen für Pflege- und Betreuungskräfte nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann. Zudem bleiben strukturelle Veränderungen wie die Vereinbarung von zusätzlichem Pflege- und Betreuungspersonal dem Grunde nach ohne Deckelung vergütungsfähig.

Dem gegenüber steht für Leistungserbringer von häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege die Begrenzung von Vergütungssteigerungen infolge des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes. Nicht zuletzt im Hinblick auf den wesentlichen Anteil der häuslichen Krankenpflege an dem Gesamtumsatz, den ambulante Pflegedienste regelmäßig erzielen, wird um Prüfung gebeten, inwiefern die im Pflegeversicherungsrecht vorgesehenen Regelungen entsprechend übertragen werden können.

Unterschiedliche Möglichkeiten, tarifliche Lohnsteigerungen und eine angemessene Vergütung qualifizierter Pflegefachkräfte zu refinanzieren, können zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Versorgungsbereichen führen. Dies birgt das Risiko, dass qualifizierte Pflegefachkräfte verstärkt in den jeweils wirtschaftlich attraktiveren Sektor wechseln. Angesichts des bestehenden Fachkräftemangels gilt es, solche unerwünschten Wanderungsbewegungen zu vermeiden und die personelle Stabilität in beiden Versorgungsbereichen zu sichern. Eine möglichst gleichwertige Refinanzierung der Personalkosten trägt dazu bei, faire Wettbewerbsbedingungen zu gewährleisten und die Versorgungskontinuität sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich sicherzustellen.

Zu Buchstabe j:

Zum Arbeitsauftrag des Zukunftspakts Pflege im Bereich „Nachhaltige Finanzierung und Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung“ gehört nach dem Koali-

tionsvertrag insbesondere die Prüfung einer Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile. Ziel sollte es sein, eine dauerhaft leistbare pflegerische Versorgung sicherzustellen, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen vor finanzieller Überforderung zu schützen und zugleich die soziale Ausgewogenheit sowie die Generationengerechtigkeit der Finanzierung zu gewährleisten. Die konkrete Ausgestaltung einer sozial gestaffelten Deckelung der Eigenanteile soll im Rahmen der Arbeit der Strukturkommission erfolgen. Dabei sollen insbesondere die Kriterien für eine sozial differenzierte Begrenzung, die Berücksichtigung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen sowie die finanziellen Auswirkungen auf die soziale Pflegeversicherung und die Beitragszahlenden geprüft werden.

Die finanziellen Belastungen Pflegebedürftiger unterscheiden sich je nach Versorgungssetting erheblich. Während die monatlichen Eigenanteile einer stationär gepflegten Person in den vergangenen fünf Jahren um gut 70 Prozent gestiegen sind und nun insgesamt 3542 Euro (einschließlich Pflegebedingten Eigenanteilen, Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Investitionskosten und Ausbildungsumlage; siehe vdek, Basisdaten des Gesundheitswesens in Deutschland 2026/2027, Seite 48) betragen, fehlen für ambulant versorgte Pflegebedürftige belastbare Daten zu den tatsächlich geleisteten Eigenanteilen. Die vergleichsweise geringe Inanspruchnahme von Leistungen der Hilfe zur Pflege durch ambulant versorgte Pflegebedürftige kann zwar darauf hindeuten, dass die vorgesehenen Sachleistungsbudgets häufig auskömmlich sind, erlaubt jedoch keine abschließende Beurteilung. Zudem würde ein einseitiger Deckel nur für die stationäre Pflege die aktuelle Versäulung des Systems verfestigen. Eine wirksame Begrenzung der Eigenanteile muss daher alle Phasen der Pflegebedürftigkeit und sämtliche Versorgungssettings umfassen und zugleich für mehr Transparenz und Verlässlichkeit sorgen.

Die bestehenden Instrumente zur Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile, insbesondere die Dynamisierung von Sachleistungen sowie Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI werfen jedoch Fragen hinsichtlich ihrer Zielgenauigkeit auf.

Etwas mehr als 1/3 der Pflegebedürftigen kann die Kosten der stationären Versorgung nicht aus eigenen Mitteln tragen und ist auf Leistungen der Hilfe zur Pflege (HzP) angewiesen, während rund 2/3 der Pflegebedürftigen die Kosten tragen könnten.

Eine pauschale Ausweitung der Sachleistungen der SPV würde dabei nicht nur Pflegebedürftige entlasten, die auf staatliche Unterstützung angewiesen sind, sondern auch Personen, die ihre Eigenanteile aus ihrem laufenden Einkommen und Vermögen selbst finanzieren können. Die Finanzierungslast für entlastende Maßnahmen würde jedoch auf die Gesamtheit der Beitragszahlenden verlagert und könnten zu höheren Beitragsbelastungen für die heute Erwerbstätigen führen, wodurch deren Möglichkeiten zum eigenen Vermögensaufbau eingeschränkt werden könnten.

Es ist klar, dass die Umsetzung eines solchen Ansatzes einen grundlegenden Systemwechsel voraussetzt. Neben der Überwindung der bisherigen Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung bedarf es auch rechtssicherer und bürokratiearmer Verfahren, um die tatsächliche wirtschaftli-

che Leistungsfähigkeit pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen berücksichtigen zu können. Da hierzu im Rahmen der Registermodernisierung und der Reform des Sozialstaats bereits Grundlagen geschaffen werden, sollten diese Entwicklungen auch für eine nachhaltige, zielgenaue und generationengerechte Reform der sozialen Pflegeversicherung nutzbar gemacht werden.

Eine sozial ausgewogene und generationengerechte Reform sollte nicht allein auf eine allgemeine und sektorenabhängige Absenkung der Eigenanteile abzielen, sondern die Entlastung stärker an der tatsächlichen finanziellen Belastung und der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen ausrichten. Auf diese Weise können Menschen mit unzureichenden finanziellen Mitteln gezielt vor Überforderung geschützt werden, ohne die Beitragszahlenden durch eine undifferenzierte Entlastung wirtschaftlich leistungsfähiger Haushalte zusätzlich zu belasten.

Der Antrag verfolgt einen weiterführenden systemischen Ansatz, indem er eine sozial differenzierte Begrenzung der Eigenbelastung für alle Versorgungssettings und Pflegephasen vorsieht und zugleich deren nachhaltige Finanzierbarkeit, die Auflösung bestehender Sektorengrenzen sowie eine datenschutzkonforme und bürokratiearme Umsetzung in den Blick nimmt.

Zu Buchstabe k:

Die Länder fordern schon seit Langem die Aufhebung der Sektorengrenzen zwischen „ambulant“ und „stationär“ im Leistungs- und Vertragsrecht der Pflegeversicherung (vgl. zuletzt die „Fachlichen Eckpunkte für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung“ des Zukunftspakts Pflege vom 11.12.2025). Nur hierdurch können die Leistungserbringer bei der Gestaltung ihrer Angebote mehr Freiheiten erhalten, um auch künftig auf ein ausreichendes Angebot professioneller Anbieter zurückgreifen zu können. Sowohl die „Gemeinschaftlichen Wohnformen“ nach § 92c SGB XI als auch die im Gesetzentwurf für ein Pflegeneuordnungsgesetz vorgesehenen Budgets in der häuslichen Pflege können aber nur einen Schritt in Richtung der vollständigen Aufhebung der Sektorengrenzen sowie Vereinfachung und Transparenz der Leistungen darstellen. Es ist unbestritten, dass mit der Aufhebung der Sektorengrenzen komplexe Fragen einhergehen wie z. B. der Umgang mit den Leistungen der medizinischen Behandlungspflege einerseits und mit den Zuschlägen zu den vollstationären pflegebedingten Eigenanteilen nach § 43c SGB XI andererseits, zu denen Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt werden müssen.

Zu Buchstabe l:

Wie bereits in den fachlichen Eckpunkten für eine nachhalte Struktur- und Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung aus dem Jahr 2025 festgehalten, bestimmt sich die Höhe der Investitionskosten aus einem komplexen Zusammenspiel von bundes- und landesrechtlichen Vorschriften. Die Umsetzung ist für die Einrichtungen und Behörden mit hohem Aufwand verbunden, die Ergebnisse sind für Bewohnerinnen und Bewohner sowie Kostenträger zum Teil nicht transparent und daher streitbehaftet.

Der rechtliche Rahmen des SGB XI sieht dabei für Einrichtungen, die eine landesseitige Infrastrukturförderung im Sinne des § 9 SGB XI erhalten haben und

damit als geförderte Einrichtungen gelten, ein gesondertes Berechnungsverfahren vor, das durch die Länder zu regeln ist und ein der Praxis kaum noch gerecht werdendes Sonderrecht mit differenzierter Rechtsprechung der Sozialgerichte schafft – nicht zuletzt verdeutlicht durch das Urteil des Bundessozialgerichts zur Dauer des Zustimmungsverfahrens nach § 82 Absatz 3 SGB XI und der Verknüpfung mit Abschreibungszeiträumen (bspw. Urteil vom 20.09.2023, Az. B 8 SO 8/22 R).

Bund und Länder haben sich in den angesprochenen Eckpunkten unter anderem darauf verständigt, das Zustimmungsverfahren auf seine Notwendigkeit zu überprüfen und für den Fall, dass es weiterhin als erforderlich angesehen werde, eine bürokratiearme Lösung beispielsweise im Rahmen einer Befristung zu prüfen.

Dass Anpassungen in diesem Rechtsbereich zeitnah notwendig sind, zeigen insbesondere Bedenken von Einrichtungen, Landesförderungen anzunehmen, um das Risiko zu vermeiden, als „geförderte Einrichtungen“ zu gelten. Dies hat unter anderem Auswirkungen auf Fördermaßnahmen zur Steigerung der Resilienz auch der Pflegeinfrastruktur und auf Maßnahmen im Bereich des Hitzeschutzes.

Zu Buchstabe m:

Eine Reform der Pflegeversicherung setzt voraus, dass die Kostensteigerung im System adressiert und nicht einfach durch Verschiebung auf die Sozialhilfe gelöst werden soll. Dies folgt aus dem im Koalitionsvertrag der Bundesregierung verankerten Prinzip der Veranlassungskonnexität, dessen Grundgedanke erst kürzlich im Beschluss der gemeinsamen Besprechung der Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder mit dem Bundeskanzler bekräftigt worden ist (vgl. Beschluss TOP 3.1 vom 25. Juni 2026). Mit Blick auf die zu erwartenden erheblichen Mehrkosten durch das Pflegeneuordnungsgesetz ist nicht nachvollziehbar, dass dieses keine verlässliche und dauerhafte Kostenbeteiligung des Bundes vorsieht. Der Verweis auf eine eventuelle Rücknahme des Angehörigenentlastungsgesetzes nach Abschluss der aktuell laufenden Evaluation stellt aus Sicht des Bundesrates kein geeignetes Mittel dar, um die Mehrkosten im Rahmen der Hilfe zur Pflege auch nur ansatzweise zu kompensieren.

Zu Buchstabe o bis q:

Der Gesetzentwurf sieht eine Neustrukturierung verschiedener Leistungen der sozialen Pflegeversicherung vor. Entsprechende Folgeänderungen im Siebten Kapitel des SGB XII sind bislang nicht vorgesehen. Hieraus ergibt sich Anpassungsbedarf insbesondere hinsichtlich des Verhältnisses der Leistungen nach dem SGB XI zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege.

Dies betrifft insbesondere Pflegebedürftige des Pflegegrades 1. Der bisherige Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI soll für diesen Personenkreis entfallen. Das neu vorgesehene Sozialraumbudget ist demgegenüber auf Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 beschränkt. Nach § 63b SGB XII gehen Leistungen nach § 45b SGB XI bislang den Leistungen nach den §§ 64i und 66 SGB XII vor. Bei Wegfall der vorrangigen Leistung nach dem SGB XI kann bei Vorliegen der sozialhilferechtlichen Voraussetzungen ein Anspruch nach § 66 SGB XII fortbestehen. Hieraus können sich zusätzliche Aufwendungen für die

Träger der Hilfe zur Pflege ergeben.

Darüber hinaus bedarf das Verhältnis des neu vorgesehenen Sozialraumbudgets zu den Leistungen nach dem SGB XII einer eindeutigen Regelung. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Abgrenzung zu inhaltsgleichen Leistungen sowie die gegenüber dem bisherigen Entlastungsbetrag veränderten Verwendungsmöglichkeiten.

Der Gesetzentwurf weist bereits bezifferbare Mehrausgaben der Länder und Gemeinden bei der Hilfe zur Pflege von rund 600 Millionen Euro im Jahr 2028, 400 Millionen Euro im Jahr 2029 und 350 Millionen Euro im Jahr 2030 aus. Darüber hinaus können weitere, bislang nicht abschließend quantifizierte finanzielle Auswirkungen auf die Träger der Sozialhilfe entstehen.

Vor diesem Hintergrund sind die finanziellen Auswirkungen der vorgesehenen Neuregelungen auf die Träger der Sozialhilfe vollständig und nachvollziehbar darzustellen.

Zu Buchstabe r bis u:

Die mit dem Gesetzentwurf für ein Pflegeneuordnungsgesetzes angekündigten Änderungen des SGB XI enthalten erhebliche Änderungen u.a. sowohl im Leistungsrecht als auch bei der Begleitung und Fallgestaltung der pflegebedürftigen Personen durch eine neu einzurichtende Pflegebegleitung. Unbestreitbar gibt es einen erheblichen Reformbedarf für das SGB XI, allerdings fehlt es an einer zeitgleichen Übertragung der vorgeschlagenen Regelungen im 7. Kapitel des SGB XII, zumal diese Änderungen bereits zum 1. Januar 2027 in Kraft treten sollen. Die damit einhergehende Ungleichbehandlung zwischen Leistungssystemen mit einem vergleichbaren Versorgungsbedarf ist weder für die Betroffenen noch die Leistungsträger begründbar.

Zum einen ergeben sich erhebliche Vorteile, wenn pflegebedürftige Personen einen ergänzenden oder alleinigen Anspruch auf dann noch bestehende, weitergehende Leistungen der Hilfe zur Pflege haben. Dies betrifft u.a. den Entlastungsbetrag für Personen mit Pflegegrad 1 sowie die bei den Entlastungsbeträgen des SGB XII umfangreicheren bzw. ggf. dann aufstockenden Einsatzzwecken und die Erstattung von Verhinderungspflegeleistungen durch einfache Ersatzpflegepersonen.

Daneben führt die isolierte Anpassung des SGB XI in der vorliegenden Form aufgrund der einseitigen Schaffung neuer Anspruchsnormen zu einer Schlechterstellung von nichtversicherten pflegebedürftigen Personen mit Sozialhilfebedarf. Beispielhaft sind hier das neue, auf eine Krisensituation ausgerichtete Überbrückungsbudget oder die Bestandsschutzregelungen für Pflegegrade.

Für die Träger der Sozialhilfe führt die Diskrepanz zwischen den Leistungssystemen, entgegen dem gesteckten Ziel einer Entbürokratisierung, zu einem erheblichen Bürokratieaufbau und somit Steigerungen des bereits sehr hohen Bearbeitungsaufwandes in den Behörden. In diesem Bereich ist auch zu klären, welche Verbindlichkeit Festlegungen der Pflegebegleitung für das Bescheid- und Bedarfsprüfungsverfahren des Trägers der Sozialhilfe haben bzw. ob auf deren Leistungsspektrum ggf. teilweise als vorrangige Leistung verwiesen werden muss.

Die Sozialhilfeleistungen im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit wurden im Prozess zur Modernisierung des Sozialstaates bisher weitgehend nicht behandelt. Hintergrund war der Zukunftspakt Pflege und das anschließende Gesetzgebungsverfahren. Nach Verabschiedung des Pflegeneuordnungsgesetzes und möglichst parallel zur Expertenkommission Pflege sollte diese Thematik aufgegriffen werden, damit Ergebnisse möglichst schon in die anstehende SGB XII-Reform einfließen können.

Zu Buchstabe v:

Gesamtgesellschaftliche Aufgaben, welche nicht dem originären Zweck der Pflegeversicherung, das Risiko einer Pflegebedürftigkeit abzusichern, dienen, sollten aus dem Bundeshaushalt finanziert werden. Hierdurch würde die Pflegeversicherung finanziell entlastet werden. Diesbezüglich wird beispielsweise auch auf den Beschluss der ASMK vom 25. Oktober 2024 verwiesen.

Hierzu zählen insbesondere die Finanzierung der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige sowie die pandemiebedingten Mehrausgaben für beispielsweise Coronatestungen und die Auszahlung von Pflegeboni, welche aus dem Ausgleichfonds finanziert wurden.

Zu Buchstabe w und x:

Die Sicherstellung einer qualifizierten Pflegeausbildung und die Gewinnung ausreichend qualifizierter Pflegekräfte sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben und wesentliche Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung.

Die Finanzierung der Pflegeausbildung erfolgt unter anderem über Umlageverfahren, an denen sich auch die Pflegeeinrichtungen beteiligen. Die auf die Einrichtungen entfallenden Finanzierungsanteile werden über gesonderte Ausbildungszuschläge refinanziert und damit von pflegebedürftigen Menschen getragen. Daneben können auch Ausbildungsvergütungen nach § 82a SGB XI in der Pflegevergütung berücksichtigt werden. Das komplexe Verfahren zur Umlage der Kosten auf die Pflegeeinrichtungen (und in der Folge auf die Pflegebedürftigen) ist auch aus Gründen der Entbürokratisierung abzuschaffen.

Angesichts der bereits erheblichen finanziellen Belastungen pflegebedürftiger Menschen erscheint es nicht sachgerecht, die Kosten der Pflegeausbildung zusätzlich auf diese umzulegen. Die Finanzierung der Pflegeausbildung sollte vielmehr ihrer gesamtgesellschaftlichen Bedeutung Rechnung tragen.

Ziel ist es daher, die bislang von pflegebedürftigen Menschen getragenen Ausbildungsfinanzierungsanteile durch eine Finanzierung aus Steuermitteln des Bundes zu ersetzen. Eine auskömmliche Finanzierung der Pflegeausbildung soll dabei gewährleistet bleiben.