Deutscher Bundestag **Drucksache 21/9361**

21. Wahlperiode

(zu Drucksache 21/8869)
24.11.2026

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz)

– Drucksache 21/8869 –

Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung

Stellungnahme des Bundesrates

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 abstrakt-generellen 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).

   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 Diskriminie-

rungsverbot 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 Grund-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

gesetzes 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, nicht-öffentlichen 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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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 Angebot 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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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,

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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, Senioren, 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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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 Information 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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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 erfordert.

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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 jeweili-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

gen 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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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 Finanzierungsgerechtigkeit, 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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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 Pflegebedürftige 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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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 Koalitionsvertrag 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 wirt-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

schaftliche 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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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 Stei-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

gerungen 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.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Gegenäußerung der Bundesregierung

Die Bundesregierung äußert sich zur Stellungnahme des Bundesrates wie folgt:

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

Die Bundesregierung wird den Vorschlag des Bundesrates prüfen.

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

Die Bundesregierung wird den Vorschlag des Bundesrates prüfen. Im Hinblick auf die Streichung von „nach Möglichkeit“ ist allerdings darauf aufmerksam zu machen, dass auch angesichts des bereits bestehenden sowie zukünftig zu erwartenden Pflegekräftemangels kein Anspruch gewährleistet werden kann, dass eine entsprechende Pflege erfolgen kann. Die Aufnahme des Begriffs Geschlechtsidentität in den Gesetzeswortlaut erscheint vorbehaltlich näherer rechtlicher Prüfung sachgerecht.

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

Die Bundesregierung nimmt die Ausführungen des Bundesrates zur Kenntnis.

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

Die Bundesregierung wird den Vorschlag des Bundesrates prüfen, die bereits in der Begründung des Gesetzentwurfs benannte Freiwilligkeit der Nutzung des Pflege-Cockpits im Gesetz noch stärker zu betonen. Im Übrigen werden die Vorschläge des Bundesrates abgelehnt, teilweise auch deshalb, weil entsprechende Inhalte bereits in der Regelung und ihrer Begründung berücksichtigt sind.

So ist bereits vorgesehen, dass im Pflege-Cockpit die Möglichkeit besteht, in den Leistungs- und Preisvergleichslisten nach § 7b Absatz 3 SGB XI-E aufgeführte Anbieter und Angebote einschließlich der näheren Informationen hierzu zu suchen. Gemäß § 7b Absatz 4 SGB XI-E können auch Träger weiterer Angebote, in denen Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Leben in der Gemeinschaft, zur schulischen Ausbildung oder Erziehung kranker oder behinderter Kinder, zur Alltagsunterstützung und zum Wohnen im Vordergrund stehen, an Vereinbarungen nach § 7b Absatz 4 Satz 1 SGB XI-E beteiligt werden, falls sie die erforderliche Angaben im Wege der vorgesehenen Form der elektronischen Datenübertragung unentgeltlich bereitstellen, sodass auch sie in die entsprechenden Listen aufgenommen werden können. Sofern zum Beispiel in den Ländern Suchportale vorhanden sind, mit denen sich beispielsweise auch freie Kapazitäten von Pflegeeinrichtungen auffinden lassen, können ausweislich der Begründung zu § 7a SGB XI-E diese für Pflegebedürftige, die in dieser Region leben, ebenfalls eingebunden werden.

In § 7a Absatz 1 Satz 6 SGB XI-E ist von Anfang an bestimmt, dass bei der weiteren Entwicklung des Pflege-Cockpits in der Konzeption ein zweckmäßiger Datenaustausch mit der elektronischen Patientenakte nach § 341 SGB V berücksichtigt wird. Die Pflegekassen sowie die IT-Unternehmungen, die ggf. die IT-Entwicklung vornehmen, wissen bei der Entwicklung des Pflege-Cockpits von vorneherein, dass hierauf Acht zu geben ist und entsprechende Schnittstellen ermöglicht werden sollen. Das Pflege-Cockpit soll aber möglichst schnell starten – nach Möglichkeit noch vor dem spätesten Datum der Zugangseröffnung am 1. Juli 2028. Der Start soll nicht mit zusätzlichen Anforderungen verzögert werden, die zum jetzigen Zeitpunkt erheblich mehr Aufwand, aber zum Start noch keinen deutlichen Mehrwert für die Pflegebedürftigen mit sich bringen. Dies gilt auch für weitere, vom Bundesrat vorgeschlagene Anforderungen. Die elektronische Patientenakte wie vorgesehen von vorneherein mitzudenken und bei der weiteren Entwicklung zu berücksichtigen, stellt daher eine sachgerechte Regelung dar.

In § 7a SGB XI-E ist ebenfalls bereits vorgesehen, dass die Pflegebedürftigen sowohl kurze und einfach nachvollziehbare Informationen zu den Angeboten und Leistungen der Pflegeversicherung allgemein als auch einen Überblick über die Leistungen, die die Versicherten in ihrem jeweiligen Pflegegrad beanspruchen können, erhalten. Hierzu gehören auch digitale Pflegeanwendungen sowie ergänzende Unterstützungsleistungen bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen. Eine gesonderte Informationsbereitstellung hierzu ist nicht notwendig, die besondere Betonung einzelner Leistungen würde die Übersichtlichkeit für die Pflegebedürftigen stattdessen wieder schmälern. Zu beachten ist auch, dass die Darstellung der Inhalte gemäß § 7a Absatz 1 Satz 4 und 5 SGB XI-E

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

unter anderem in einer für die Versicherten einfach verstehbaren Form und Sprache erfolgt und die Sicht von Nutzerinnen und Nutzern bei der Entwicklung der Darstellung der Inhalte und von Funktionen des Pflege-Cockpits systematisch eingebunden sowie auf eine für die Versicherten leicht verständliche Nutzbarkeit geachtet wird. Die Darstellungen im Pflege-Cockpit sollen aus Sicht der Nutzenden also möglichst einfach zugänglich und transparent sein.

Gemäß § 7a Absatz 1 Satz 3 SGB XI-E haben die Pflegebedürftigen die Möglichkeit, durch Erklärung gegenüber der Pflegekasse Personen zu bevollmächtigen, die dann entsprechend Zugang zum digitalen Pflege-Cockpit erhalten. Das Pflege-Cockpit enthält zum Teil höchstpersönliche sensible Daten. Daher ist es nicht angebracht, seitens des Gesetzgebers außenstehenden Dritten generell umfassende Zugriffsrechte einzuräumen. Die Pflegebedürftigen sollen entsprechend ihrer Autonomie und Selbstbestimmung vielmehr eigenständig darüber entscheiden können, wem sie Zugriff hierauf gewähren wollen.

Für die Aufnahme einer Rechtsverordnungsermächtigung wird kein Anlass gesehen. Vielmehr ist erneut darauf zu verweisen, dass das Pflege-Cockpit möglichst schnell im Sinne der Versicherten umgesetzt werden soll. Die Einbeziehung der Nutzenden in die Entwicklung bietet hierbei die Gewähr für eine gute Nutzbarkeit in der Praxis. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird die Einführung des Pflege-Cockpits zudem mit einer Evaluation begleiten und dem Bundesministerium für Gesundheit hierzu einen Bericht vorlegen.

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

Die Bundesregierung wird den Vorschlag des Bundesrates prüfen.

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

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag des Bundesrates ab.

Nach § 7c Absatz 1 Satz 1 SGB XI-E steht der Anspruch auf Pflegebegleitung allen Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege sowie ihren pflegenden An- und Zugehörigen zu. Denn in der häuslichen Pflege sind die Pflegebedürftigen und ihre An- und Zugehörigen oftmals auf sich gestellt, insbesondere zu Beginn der Pflegebedürftigkeit, und benötigen eine fachliche Begleitung und Unterstützung. Dementsprechend ist Ziel der Pflegebegleitung, die gesundheitliche und pflegerische Situation der pflegebedürftigen Menschen zu verbessern, ihre Selbständigkeit zu erhalten, pflegende An- und Zugehörige zu unterstützen und zu entlasten sowie die häusliche Pflegesituation durch ein stabiles Versorgungsarrangement nachhaltig aufrechtzuerhalten (vgl. § 7c Absatz 1 Satz 2 SGB XI-E). Die Regelungen zum Fallmanagement in § 7c Absatz 5 SGB XI-E knüpfen daran an, indem sie für Pflegebedürftige mit besonderem Unterstützungsbedarf im Hinblick auf die Sicherstellung der häuslichen Versorgung eine besondere Unterstützung durch eine Pflegebegleitperson vorsehen. Dabei können laut der Gesetzesbegründung auch die in der Stellungnahme des Bundesrats angesprochenen schwierigen Situationen, wie z. B. komplexe medizinisch-pflegerische Bedarfslagen, post-stationäre Übergänge oder längerfristig nicht für die pflegerische Versorgung zur Verfügung stehende An- und Zugehörige Indikatoren für die Notwendigkeit eines Fallmanagements sein. Dieses muss jedoch auf die Organisation und Koordination der häuslichen Pflege ausgerichtet sein. Vor diesem Hintergrund haben auch Pflegebedürftige in besonderen Wohnformen, wie zum Beispiel ambulant betreuten Wohngruppen oder gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen nach § 92c SGB XI, Anspruch auf die neue Pflegebegleitung, da es sich hierbei um häusliche Pflege handelt und die Pflegebedürftigen Leistungen bei ambulanter Pflege beziehen.

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

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag des Bundesrates ab. Der in § 7d Absatz 3 SGB XI-E vorgesehene Betrag von 146 Euro je pflegebedürftiger Person in häuslicher Pflege dient der Berechnung des jährlichen Finanzrahmens für die Pflegebegleitung und begründet keinen individuellen Leistungsanspruch. Seine Höhe wurde auf Grundlage der bislang für Pflegeberatung, Beratungsbesuche und Schulungen in der häuslichen Umgebung der Pflegebedürftigen eingesetzten Mittel sowie weiterer, durch die Neuordnung der Leistungen der Pflegeversicherung verfügbar werdender Finanzmittel ermittelt. Im Hinblick auf eine Dynamisierung des Betrages von 146 Euro sieht der Gesetzentwurf zunächst eine Bewertung der Auskömmlichkeit der vorgesehenen Mittel vor. Gemäß § 7d Absatz 7 SGB XI-E hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesministerium für Gesundheit zum

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

1. Januar 2033 einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht vorzulegen, der unter anderem die Auskömmlichkeit der finanziellen Mittel zum Gegenstand hat.

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

Die Bundesregierung wird den Vorschlag des Bundesrates prüfen.

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

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag des Bundesrates ab. Nach § 17 Absatz 1a SGB XI-E erlässt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Pflegebegleitungs-Richtlinien bis zum 30. September 2027. Es besteht somit eine gesetzliche Verpflichtung zur Umsetzung bis zum genannten Zeitpunkt. Derzeit bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass diese gesetzlich vorgesehene Frist nicht eingehalten werden kann.

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

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag des Bundesrates ab. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Frist zur Anzeige der Übernahme der Sicherstellung der Pflegebegleitung dient der frühzeitigen Klärung der Zuständigkeiten und schafft Planungssicherheit für den Aufbau der erforderlichen Pflegebegleitungsstrukturen. Dies ist insbesondere mit Blick auf den ab dem 1. Januar 2029 bestehenden Anspruch auf Pflegebegleitung von Bedeutung. Mit dem 31. Dezember 2027, also ein Jahr nach dem geplanten Inkrafttreten des Pflegeneuordnungsgesetzes und drei Monate nach Inkrafttreten der Pflegebegleitungs-Richtlinien und der Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegebegleitpersonen, ist die Frist auch sehr auskömmlich.

Eine auch nach dem 31. Dezember 2027 mögliche Anzeige der Übernahme der Sicherstellung der Pflegebegleitung würde dazu führen, dass die Pflegekassen gegebenenfalls bereits eigene Strukturen aufgebaut und entsprechende personelle sowie organisatorische Vorkehrungen getroffen hätten, bevor eine Kommune die Übernahme der Sicherstellung der Pflegebegleitung anzeigen würde. Es könnten somit doppelte Kosten sowie doppelte zeitliche Aufwände für den Aufbau der Strukturen entstehen.

Auch die vorgesehene Widerrufsmöglichkeit könnte zu wiederholten Zuständigkeitswechseln führen und damit die Kontinuität der Pflegebegleitung sowie die langfristige Planbarkeit der Versorgungsstrukturen beeinträchtigen. Die vorgeschlagene Frist von jeweils 24 Monaten kann diese Risiken nicht ausräumen. Vor diesem Hintergrund wird an der im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelung festgehalten, um verlässliche Zuständigkeiten und einen kontinuierlichen Aufbau der Pflegebegleitung sicherzustellen.

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

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag des Bundesrates ab. Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz vom 23. Dezember 2016 wurden die Länder verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich bis zum 30. Juni über Art und Umfang der finanziellen Förderung der Pflegeeinrichtungen im vorausgegangenen Kalenderjahr sowie über die mit dieser Förderung verbundenen durchschnittlichen Investitionskosten für die Pflegebedürftigen zu berichten. Ziel der Regelung war eine regelmäßige, systematische und vollständige Übersicht über die Investitionskostenförderung durch die Länder, die darstellt, in welchem Umfang die Vorschrift des § 9 SGB XI umgesetzt wird. Die Umsetzung der genannten Berichtspflicht trägt weiterhin dazu bei, das beschriebene Regelungsziel zu erreichen. Dieses ist auch mit Blick auf die Eigenanteile der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen von Relevanz, da die Eigenanteile für Investitionskosten nach Angaben des Verbands der Ersatzkassen im Bundesdurchschnitt zum Stand 1. Juli 2026 auf 521 Euro pro Person und Monat angestiegen sind. Der zu erwartende Entbürokratisierungseffekt für die Länder wird als gering eingeschätzt. Seit dem Berichtsjahr 2022 können die Länder ihre Daten digital über ein vom Bundesministerium für Gesundheit gestelltes Formular-Management-System eintragen. Die Länder müssen im Wesentlichen lediglich Daten übermitteln, die ihnen aufgrund ihrer Zuständigkeit ohnehin vorliegen sollten. Ein erheblicher zusätzlicher Erhebungsaufwand ist daher grundsätzlich nicht zu erwarten. Die Daten über die Höhe der durchschnittlichen Investitionskosten für die Pflegebedürftigen werden zudem weiterhin nicht von den Ländern, sondern vom Verband der Ersatzkassen zugeliefert. Der begrenzte Entlastungseffekt rechtfertigt somit nicht den Verlust an Transparenz und Vergleichbarkeit.

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die Bundesregierung wird den Vorschlag des Bundesrates prüfen. Es wird geprüft, inwieweit eine Anpassung der vorgesehenen Fristen oder eine Verschiebung des Förderbeginns und des Förderzeitraums möglich und sachgerecht sind. Dabei sind insbesondere die haushaltsrechtlichen Vorgaben und Verfahrensregelungen für die Inanspruchnahme der Mittel aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität (SVIK) sowie die Auswirkungen auf die Umsetzung des Förderprogramms zu berücksichtigen.

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

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag des Bundesrates ab. Grundsätzlich bestand für die Länder die Möglichkeit, die Pflegeinfrastruktur sowie die Digitalisierung über das vom Bund bereit gestellte Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität (SVIK) zu stärken. Entsprechend den fachlichen Eckpunkten, die die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ am 11. Dezember 2025 vorgelegt hat, hatte der Bund die Möglichkeit, auf das SVIK zurückzugreifen, genutzt.

Die finanzielle Beteiligung der Länder ist wesentlicher Bestandteil der vorgesehenen Förderkonzeption. An der Kofinanzierung der Länder als Fördervoraussetzung wird daher festgehalten. Die vorgebrachten haushaltsrechtlichen und verfahrenspraktischen Schwierigkeiten rechtfertigen keinen Verzicht auf die Länderbeteiligung. Etwaige Anpassungen der Fristen und Verfahrensregelungen sind gesondert zu prüfen.

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

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag des Bundesrates ab. An dem Erlass der Richtlinien zur einheitlichen Umsetzung der Pflegebegleitung nach § 7c SGB XI-E (Pflegebegleitungs-Richtlinien) hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen zahlreiche Akteure zu beteiligen. Dafür wird ausreichend Zeit benötigt. An der Erstellung der Richtlinien sind zudem u. a. die Länder, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe sowie die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Die Kommunen sind daher über das Verfahren sowie die geplanten Inhalte der Richtlinien frühzeitig informiert. Außerdem stehen ihnen nach Erlass der Pflegebegleitungs-Richtlinien weitere drei Monate für ihre Entscheidung bezüglich der Übernahme der Sicherstellung der Pflegebegleitung zu.

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

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag des Bundesrates ab. Die im geltenden Recht für das Jahr 2028 einmalig vorgesehene Dynamisierung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung wird im Gesetzentwurf durch eine regelhafte jährliche Dynamisierung der Leistungsbeträge ersetzt. Dafür beginnt diese Dynamisierung der Leistungsbeträge ab dem 1. Januar 2029. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung schafft Klarheit und Planungssicherheit für alle Betroffenen, da künftig statt punktueller Anpassungen der Leistungsbeträge eine stetige Anpassung der Leistungen entsprechend eines klaren Mechanismus (Verwendung der Kerninflation und des geometrischen Mittels) erfolgen wird. Gleichzeitig wird ein notwendiger Beitrag zur Stabilisierung der Finanzen der sozialen Pflegeversicherung erbracht und damit auch die Generationengerechtigkeit gestärkt.

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

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag des Bundesrates ab.

Der Leistungsbetrag des Überbrückungsbudgets wurde im Vergleich zum Referentenentwurf schon angehoben. Damit wurde dem Anliegen des Bundesrates bereits Rechnung getragen. Eine darüber hinausgehende Anhebung des Leistungsbetrages des Überbrückungsbudgets nach § 39 Absatz 1 SGB XI-E für pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 2 bis 5 von 2.285 Euro auf 2.900 Euro hätte erhebliche Mehrausgaben zur Folge und stünde somit dem Ziel einer finanziellen Stabilisierung der sozialen Pflegeversicherung entgegen. Ferner wird die zur Gegenfinanzierung der Betragsanhebung seitens des Bundesrates vorgeschlagene Streichung der hälftigen Fortzahlung des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 2 SGB XI-E während einer Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI-E für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr als nicht sinnvoll erachtet. Die hälftige Pflegegeldfortzahlung bei Inanspruchnahme einer Kurzzeitpflege wurde mit Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes eingeführt, um den Grundsatz „ambulant vor stationär“ zu stärken (vgl. BT-Drs. 17/9369, S. 40). Hintergrund war, dass auch in den Zeiten, in denen Leistungen der Kurzzeitpflege abgerufen werden, weiterhin finanzielle Belastungen in der Pflegesituation bestehen. Dies gilt heutzutage unverändert. Die Streichung der hälftigen Pflegegeldzahlung könnte zudem dazu führen,

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

dass Pflegebedürftige Angebote der Kurzzeitpflege künftig seltener in Anspruch nehmen, da sie in diesem Fall noch stärkere finanzielle Einbußen zu verkraften hätten. Darüber hinaus würde die vom Bundesrat vorgeschlagene Maßnahme zu keiner nennenswerten Erhöhung des Leistungsbetrages des Überbrückungsbudgets führen.

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

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Der Gesetzentwurf sieht vor, das Leistungsrecht der Pflegeversicherung zu vereinfachen und klarer auszugestalten. Verschiedene Einzelleistungen werden den Versicherten künftig gebündelt im Umfang eines neuen ambulanten Sachleistungsbudgets und Entlastungsbudgets sowie im Rahmen eines Sozialraumbudgets fokussierter zur Verfügung gestellt. Die Zusammenlegung von Leistungen in Budgets soll damit zu einer einfacheren Inanspruchnahme der Leistungen und einem Bürokratieabbau für alle Beteiligten beitragen. Für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen entfallen bisher notwendige Antragstellungen und Nachweisverpflichtungen gegenüber der Pflegekasse.

Zu dieser Bündelung von Leistungen gehört auch, die Ausgaben für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel in das neue Entlastungsbudget zu integrieren, so dass künftig kein eigener Leistungsanspruch mehr besteht und die Pflegebedürftigen die erforderlichen Pflegehilfsmittel mit dem Entlastungsbudget auch auf dem freien Markt erwerben können. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sollen je nach Bedarf flexibel ausgewählt und in Eigenverantwortung in Anspruch genommen werden. Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 haben mit dem Entlastungsbudget somit die Freiheit zu entscheiden, wie sie ihre Mittel einsetzen wollen. Damit wird auch die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen gestärkt. Es wurde außerdem ein Anstieg der Ausgaben für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel insbesondere in den letzten beiden Jahren festgestellt. Die vorgenommenen Anpassungen sollen dazu beitragen, möglichen Missbrauch von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln effektiv zu vermeiden sowie weitere Kostensteigerungen zu verhindern.

Zu Nummer 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)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag des Bundesrates ab. Die geforderte Anhebung der Leistungsbeträge für Leistungen der Tages- und Nachtpflege entsprechen einer gewichteten Anhebung der Leistungsbeträge von ca. 10,3 Prozent. Daraus würden sich rechnerisch jährlich rund 200 Millionen Euro Mehrausgaben für die soziale Pflegeversicherung ergeben, was dem Ziel einer finanziellen Stabilisierung der sozialen Pflegeversicherung entgegenstünde.

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

Die Bundesregierung wird den Vorschlag des Bundesrates prüfen.

Zu Nummer 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)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag des Bundesrates prüfen.

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

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag des Bundesrates zu.

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

Die Bundesregierung wird den Vorschlag des Bundesrates prüfen.

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

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag des Bundesrates ab.

Eine klarstellende Ergänzung, wie sie der Bundesrat fordert, ist nicht erforderlich. Der Entwurf des Pflegeneuordnungsgesetzes sieht vor, dass die Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, die durch Einzel-

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

helfende als Nachbarschaftshilfe organisiert sind, künftig durch die Pflegekassen erfolgt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt hierfür in Richtlinien die Voraussetzungen der Anerkennung als Nachbarschaftshilfe fest. Die Richtlinien regeln insbesondere das niedrigschwellige Verfahren der Anerkennung der Nachbarschaftshilfe durch die Pflegekassen, Vorgaben zur Qualitätssicherung als auch die persönlichen und fachlichen Voraussetzungen für Einzelhelfende. An den Richtlinien sind die Länder und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zu beteiligen.

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

Die Bundesregierung wird den Vorschlag des Bundesrates prüfen.

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

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag des Bundesrates ab. Ein Bedarf für ein bundeseinheitliches Verfahren wird derzeit nicht gesehen. Zudem gilt es zu berücksichtigen, dass ehrenamtliche Unterstützung durch Einzelhelfende für gewöhnlich auf das persönliche Umfeld beschränkt ist.

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

Die Bundesregierung wird den Vorschlag des Bundesrates prüfen. Die Verwendung des Sozialraumbudgets für Leistungen der Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI wäre allerdings mit Mehrausgaben verbunden, welche einer entsprechenden Gegenfinanzierung bedürften.

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

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag des Bundesrates in dieser Form ab.

Das Sozialraumbudget nach § 45b Absatz 1 SGB XI-E steht der pflegebedürftigen Person monatlich zur Verfügung, damit durch die monatliche Inanspruchnahme niedrigschwelliger Unterstützungsangebote pflegende Angehörige in ihrer Eigenschaft als Pflegende kontinuierlich entlastet werden und die Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der pflegebedürftigen Person bei der Gestaltung ihres Alltags fortwährend gefördert wird. Die Verwendung des Budgets soll somit einer regelmäßigen und fortlaufenden Betreuung und Entlastung dienen, weshalb eine Ansparmöglichkeit als nicht zweckmäßig angesehen wird. Die Bundesregierung wird unabhängig davon die leistungsrechtlichen Voraussetzungen für das Sozialraumbudget unter Beachtung des Finanzrahmens des Gesetzentwurfs prüfen.

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

Die Bundesregierung wird den Vorschlag des Bundesrates prüfen.

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

Die Bundesregierung lehnt die Vorschläge des Bundesrates ab. In Folge der Einführung des Sozialraumbudgets ist im Entwurf des Pflegeneuordnungsgesetzes vorgesehen, die Mittel zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte sowie zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen nach § 45c Absatz 1 SGB XI-E im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds ausgabenneutral auf 125 Millionen Euro je Kalenderjahr anzuheben. Daraus ergibt sich gemeinsam mit der Ko-Förderung durch Länder und/oder Kommunen ein Gesamtfördervolumen von bis zu 250 Millionen Euro je Kalenderjahr. Der auch bislang schon im Gesetz vorgesehene Förderanteil der Pflegeversicherung von 50 Prozent ist sachgerecht und trägt einer paritätischen Aufteilung der Förderanteile Rechnung.

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

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag des Bundesrates ab.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Ausweislich der Begründung zu § 7d Absatz 3 SGB XI-E dienen die finanziellen Mittel, die für die Pflegebegleitung zur Verfügung stehen, der Durchführung der Pflegebegleitung einschließlich des Fallmanagements sowie der Schulung und der Qualifizierung der Pflegebegleitpersonen. Dazu gehören auch Maßnahmen zur Sicherstellung der barrierefreien Erreichbarkeit und zur Qualitätssicherung der Pflegebegleitung. Somit werden die maßgeblichen Kosten der Pflegebegleitung durch die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel abgedeckt.

Die Pflegebegleitung ist umso wirkungsvoller, je enger alle Beteiligten vor Ort zusammenarbeiten. Deshalb sind die Pflegekassen nach § 7d Absatz 1 Satz 2 SGB XI-E verpflichtet, mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammenzuarbeiten, und sie haben bereits bestehende, externe Beratungsstrukturen zu berücksichtigen. Darüber hinaus sind die Pflegekassen verpflichtet, die regionalen Vernetzungsstrukturen zu fördern. Die von den Ländern angesprochene Koordinierungs- und Steuerungsfunktion ist somit Kernbestandteil der Durchführung der Pflegebegleitung und damit von den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln erfasst. Wenn die Pflegestützpunkte oder Kommunen die Pflegebegleitung übernehmen, gilt dies über § 7d Absatz 4 Satz 3 und Absatz 5 Satz 4 SGB XI-E auch für sie. Eine Finanzierung über § 45c SGB XI-E kommt somit nicht in Betracht.

Unabhängig davon hat § 45c SGB XI-E eine andere Zielrichtung (siehe § 45c Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 3 SGB XI-E).

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die primäre Verantwortung für die Durchführung der Pflegebegleitung bei den Pflegekassen liegt. Ihnen stünden die Mittel nach § 45c SGB XI-E jedoch nicht zur Verfügung.

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

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag des Bundesrates zu.

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

Die Bundesregierung wird den Vorschlag des Bundesrates prüfen.

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

Die Bundesregierung wird den Vorschlag des Bundesrates prüfen.

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

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag des Bundesrates ab. Die Absenkung des Verwaltungskostenerstattungssatzes von 3,0 auf 2,7 Prozent ist vor dem Hintergrund der dynamischen Entwicklung der Finanzierungs- und Leistungsströme der sozialen Pflegeversicherung sachgerecht und in der Höhe angemessen. Die bisherige Bemessung führt dazu, dass die Verwaltungskostenerstattung automatisch mit steigenden Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben zunimmt, ohne dass damit zwangsläufig ein entsprechender Anstieg des tatsächlichen Verwaltungsaufwands verbunden ist. Insbesondere die Entwicklung der vergangenen Jahre zeigt, dass die Verwaltungskostenpauschale deutlich stärker gestiegen ist als der tatsächliche Verwaltungsaufwand. Gleichzeitig eröffnen die mit dem Entwurf eines Pflegeneuordnungsgesetzes unter anderem vorgesehenen Vereinfachungen des Leistungsrechts sowie die Digitalisierung erhebliche Potenziale zur Effizienzsteigerung und zur Begrenzung des administrativen Aufwands. Die Anpassung des Erstattungssatzes trägt daher dazu bei, die Verwaltungskostenerstattung stärker an der tatsächlichen Aufgabenerfüllung auszurichten und einen nicht sachgerechten automatischen Aufwuchs zu begrenzen. Sie leistet damit einen Beitrag zur finanziellen Stabilisierung der sozialen Pflegeversicherung und zur Begrenzung des Beitragsdrucks.

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

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag des Bundesrates ab.

Die Leistungen in Pflegegrad 1 werden mit dem Entwurf des Pflegeneuordnungsgesetzes auf die Leistungsansprüche konzentriert, die präventionsorientierte Wirkungen aufweisen. So war der Pflegegrad 1 von seiner Entwicklung her auch gedacht worden. Dabei entfällt der bisherige Entlastungsbetrag in Pflegegrad 1. Gleichzeitig gibt es zusätzliche Ansprüche auf eine verstärkte Beratung und Begleitung gerade am Anfang der Pflegebedürftigkeit und präventionsorientierte Leistungen wie der Zuschuss zur Verbesserung des Wohnumfeldes, z. B. zum

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

barrierefreien Umbau einer Dusche, bleiben erhalten. Ein dauerhafter Besitzstandsschutz auf den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 hätte zudem erhebliche Mehrausgaben zur Folge und stünde somit dem Ziel einer finanziellen Stabilisierung der sozialen Pflegeversicherung entgegen.

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

Die Bundesregierung wird den Vorschlag des Bundesrates prüfen.

Dem Anliegen, umstellungsbedingte Leistungslücken für Pflegebedürftige zu vermeiden und die möglichst lückenlose Sicherstellung der häuslichen Pflege zu gewährleisten, stimmt die Bundesregierung in seiner Zielrichtung grundsätzlich zu. Im Rahmen der Prüfung ist gleichwohl auch das mit der Reform verfolgte Ziel einer finanziellen Stabilisierung der sozialen Pflegeversicherung zu beachten.

Zu Nummer 37 Zu Artikel 1 und 2 (SGB XI)

Die Bundesregierung beantwortet die Prüfbitte des Bundesrates wie folgt:

Die vom Bundesrat befürchtete Schwächung und strukturelle Verdrängung der niedrigschwelligen Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB XI) teilt die Bundesregierung nicht. Das Sozialraumbudget nach § 45b SGB XI-E kann ausschließlich für Leistungen von anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag verwendet werden. Hierdurch wird die Position von Anbietern von Angeboten zur Unterstützung im Alltag gestärkt, Bürokratie auf Seiten der Pflegekassen abgebaut und zu einer besseren Übersichtlichkeit des Leistungsrechts beigetragen. Darüber hinaus wird der für niedrigschwellige Unterstützungsleistungen zur Verfügung stehende Leistungsbetrag für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5 angehoben. Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag sollen somit künftig niedrigschwellige Unterstützungsleistungen in größerem Umfang gegenüber Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 zulasten der Pflegekassen erbringen können.

Damit möglichst viele pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 2 bis 5 die Gelegenheit zur Inanspruchnahme niedrigschwelliger Unterstützungsleistungen erhalten, wird im Entwurf des Pflegeneuordnungsgesetzes auch die Förderung dieser Angebote ausgebaut. Gemeinsam mit der Ko-Förderung durch Länder und/oder Kommunen beträgt das ermöglichte Gesamtfördervolumen in Zukunft bis zu 250 Millionen Euro je Kalenderjahr. Zusätzlich wird in die Fördervorschrift aufgenommen, dass neben dem Auf- und Ausbau auch die beständige Unterstützung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag und ebenfalls die Förderung von Strukturen zur Unterstützung dieser Angebote möglich ist.

Bezugnehmend auf den angesprochenen Zugang von Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 zu niedrigschwelligen Unterstützungsangeboten wird auf die Stellungnahme der Bundesregierung zu Nummer 35 verwiesen.

Zu Nummer 38 Zu Artikel 1 und 2 (SGB XI)

Zu den Buchstaben a bis c:

Die Bundesregierung wird den Vorschlag des Bundesrates in Teilen prüfen, weist in diesem Zusammenhang allerdings auch auf die bereits im Entwurf des Pflegeneuordnungsgesetzes enthaltenen Maßnahmen in pflegerischen Akutsituationen hin.

Die kurzfristige Bereitstellung von pflegerischen Unterstützungsmaßnahmen in pflegerischen Akutsituationen setzt zunächst entsprechende Angebotsstrukturen voraus, die mit dem Entwurf des Pflegeneuordnungsgesetzes neu eingeführt und ab dem 1. Januar 2028 zur Verfügung stehen werden.

Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen sollen aufgrund der sich aus der Situation ergebenden Handlungsdringlichkeit künftig schnell und unbürokratisch durch professionelle Dienstleister erbracht werden, welche einen entsprechenden Auftrag zur Übernahme der pflegerischen Akutversorgung in der jeweiligen Region mit den Landesverbänden der Pflegekassen vertraglich erhalten haben. Grundvoraussetzung für die Erbringung von Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen ist, dass eine entsprechende Erreichbarkeit der Dienstleister sichergestellt ist.

In pflegerischen Akutsituationen soll künftig auch die Pflegebegleitung nach § 7c Absatz 2 Satz 1 Nummer 8 SGB XI-E Pflegebedürftige unterstützen, bei Bedarf weitere Hilfen organisieren und Einschätzungen nach § 39a Absatz 3 Satz 2 und § 42 Absatz 4 Satz 1 SGB XI-E abgeben.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Für Modellvorhaben zur Erprobung telefonischer und digital gestützter Angebote zur bedarfsgerechten Steuerung in pflegerischen Akutsituationen können nach § 11 Absatz 2 SGB XI-E künftig bis zu 10 Millionen Euro im Kalenderjahr aus Mitteln des Ausgleichsfonds abgerufen werden. Die Modellvorhaben sollen insbesondere auch die intersektorale Vernetzung mit bestehenden telefonischen und digitalen Angeboten des Notdienstes nach § 75 Absatz 1b SGB V und der Notfallversorgung oder anderer komplementärer Dienste mit in den Blick nehmen. Die Regelung sieht ferner eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben nach allgemeinen wissenschaftlichen Standards vor. Die Ergebnisse der Erprobung und Auswertung sollten dafür genutzt werden, um zu prüfen, ob weiterer gesetzgeberischer Handlungsbedarf im Hinblick auf eine flächendeckende Nutzbarkeit besteht.

Zu Buchstabe d:

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag des Bundesrates ab. Der Anspruch auf Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen sowie das Überbrückungsbudget besteht für Pflegebedürftige, die bereits in häuslicher Umgebung gepflegt werden, ab dem Pflegegrad 2. Anträge auf Leistungen und Zuerkennung eines (höheren) Pflegegrades können jederzeit formlos bei der zuständigen Pflegekasse gestellt werden.

Zu Buchstabe e:

Der Entwurf des Pflegeneuordnungsgesetzes sieht in § 39 Absatz 2 SGB XI-E eine Legaldefinition der pflegerischen Akutsituation im Sinne des SGB XI vor. Danach liegt eine solche vor, wenn aufgrund eines unvorhersehbaren Ereignisses ein zeitlich nicht aufschiebbarer Unterstützungsbedarf in der häuslichen Pflege besteht und in sonstigen Krisensituationen, wenn vorübergehend häusliche Pflege nicht möglich oder ausreichend ist oder eine akute Überforderung der Pflegeperson vorliegt oder einzutreten droht. Ein zeitlich nicht aufschiebbarer Unterstützungsbedarf liegt insbesondere vor, wenn aufgrund eines ungeplanten Ausfalls der Pflegeperson der Eintritt eines gesundheitlichen Schadens bei der pflegebedürftigen Person oder eine Krankenhauseinweisung zu befürchten ist. Auch hinsichtlich der sonstigen Überbrückungssituationen enthält der Gesetzentwurf in der Begründung weitergehende Ausführungen, die Hilfestellungen für eine leistungsrechtliche Abgrenzung geben. Die Bundesregierung wird gleichwohl prüfen, ob ergänzender Klarstellungsbedarf besteht.

Zu Nummer 39 Zu Artikel 1 und 2 (SGB XI)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag des Bundesrates ab. Gesetzlicher Änderungsbedarf besteht aus Sicht der Bundesregierung nicht. Die Sterbebegleitung ist bereits ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrages der sozialen Pflegeversicherung und integraler Bestandteil der stationären Pflege. Die Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI zur Sicherstellung einer wirksamen und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgung regeln insbesondere auch den Inhalt der Pflegeleistungen einschließlich der Sterbebegleitung. Pflegeheime sind zur Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten verpflichtet und müssen die Kooperation mit vernetzten Hospiz- und Palliativangeboten transparent machen.

Kooperationsverträge der Pflegeheime mit Haus- und Fachärzten sind bereits jetzt verpflichtend. Ärztinnen und Ärzte, die sich daran beteiligen, erhalten eine zusätzliche Vergütung. Schwerstkranke Sterbende haben zudem Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Entsprechend § 132g SGB V können vollstationäre Pflegeeinrichtungen ihren Bewohnerinnen und Bewohnern zudem eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Versicherte, die ein solches Angebot wahrnehmen, sollen über die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase beraten werden und ihnen sollen Hilfen und Angebote der Sterbebegleitung aufgezeigt werden. Im Rahmen einer Fallbesprechung soll nach den individuellen Bedürfnissen des Versicherten insbesondere auf medizinische Abläufe in der letzten Lebensphase und während des Sterbeprozesses eingegangen, sollen mögliche Notfallsituationen besprochen und geeignete einzelne Maßnahmen der palliativ-medizinischen, palliativ-pflegerischen und psychosozialen Versorgung dargestellt werden. Für die Sicherstellung der umfassenden medizinischen, pflegerischen, hospizlichen und seelsorgerischen Begleitung nach Maßgabe der individuellen Versorgungsplanung sollen andere regionale Betreuungs- und Versorgungsangebote einbezogen werden.

Darüber hinaus ist für Versicherte in einer vollstationären Pflegeeinrichtung eine Verlegung in ein stationäres Hospiz möglich, wenn ein so hoher Bedarf an intensiver palliativmedizinischer und palliativ-pflegerischer Versorgung besteht, dass die Versorgung im Pflegeheim – selbst unter Hinzuziehung ambulanter Dienste wie der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) – nicht mehr angemessen sichergestellt werden kann. Die regionale Versorgungssituation und berechtigte Wünsche der Versicherten sind dabei zu berücksichtigen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Damit steht bereits heute allen Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern das gesamte Spektrum der medizinischen, pflegerischen und hospizlichen Begleitung in ihrer letzten Lebensphase zur Verfügung.

In Bezug auf die empfohlene Verbesserung der Datenlage bleibt unklar, welche Daten gemeint sind und welcher konkrete Nutzen sich aus ihnen ergeben soll. Daher erscheint eine Prüfung, inwieweit die im Gesetzentwurf vorgesehene digitale Datenplattform nach § 8 Absatz 4 SGB XI-E genutzt werden kann, verfrüht.

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

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag des Bundesrates ab.

Die sehr deutliche Aufstockung der Tage, für die ein Anspruch auf das sog. Kinderkrankengeld besteht, war eine bewusst temporäre Sofortmaßnahme des Gesetzgebers im Zuge der Corona-Pandemie. Sie sollte Familien in einer extremen und unvorhersehbaren Ausnahmesituation – geprägt von unregelmäßigen Kita-Schließungen und Isolation – unterstützen. Da sich der Familien- und Betreuungsalltag inzwischen wieder normalisiert hat und die flächendeckende Ausnahmesituation nicht mehr besteht, ist der Übergang zurück zum bewährten Regelsystem folgerichtig. Eine Fortführung der krisenbedingten Sonderregelung lässt sich in der aktuellen Gesamtlage nicht mehr begründen.

Daher wurde im Zuge der parlamentarischen Beratungen zum Gesetz zur Reform der Notfallversorgung entschieden, die befristete Ausnahmeregelung in § 45 Absatz 2a SGB V zum Ende des Jahres 2026 auslaufen zu lassen. Ab dem 1. Januar 2027 kehrt der Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 Absatz 2 SGB V damit wieder auf das vor der Corona-Pandemie bestehende gesetzliche Niveau zurück.

Zu Nummer 41 Zu Artikel Nummer 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 Ab-satz 6d – neu – und § 26 Absatz 2 ApBetrO)

Die Bundesregierung unterstützt den Vorschlag des Bundesrates grundsätzlich. Sie beabsichtigt, zeitnah eine Formulierungshilfe für einen Änderungsantrag zur rechtssicheren Herstellung und zum Inverkehrbringen von Arzneimitteln in Apotheken für den Praxis- und Stationsbedarf vorzulegen – gegebenenfalls auch in einem anderen Gesetzgebungsverfahren.

Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG 3 C 2.24) hat Arzneimittel, die auf ärztliche oder zahnärztliche Verschreibung für den Praxis- oder Stationsbedarf hergestellt werden, als Fertigarzneimittel eingeordnet und dies u. a. damit begründet, dass die Auslegung des § 4 Absatz 1 Satz 1 des Arzneimittelgesetzes ergibt, dass ein Arzneimittel im Voraus hergestellt wird, wenn im Zeitpunkt seiner Herstellung keine Verschreibung oder sonstige Anforderung für einen konkreten Patienten vorliegt. Die Apotheken, die diese Arzneimittel bisher als Rezepturarzneimittel eingeordnet haben (oder sich alternativ auf die Defekturregelung stützten), können seitdem nicht mehr rechtssicher Arzneimittel für den Praxis- oder Stationsbedarf herstellen. Dies führt auch aus Sicht der Bundesregierung zu Einschränkungen in der Versorgungssicherheit für Arztpraxen, Krankenhausstationen und Patientinnen und Patienten, die eine gesetzliche Änderung erfordern.

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

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag des Bundesrates ab. Die Legaldefinition in § 31 Absatz 1a SGB V regelt keinen Leistungsausschluss. § 31 Absatz 1a SGB V definiert Verbandmittel, die unmittelbar zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnungsfähig sind und sonstige Produkte zur Wundbehandlung, die nach § 31 Absatz 1a Satz 4 zweiter Halbsatz i. V. m. Absatz 1 Satz 2 SGB V einen Nutzennachweis für die Verordnungsfähigkeit erbringen müssen.

Mit UrgoStart Tül® ist mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) vom 5. Juni 2025 ein sonstiges Produkt zur Wundbehandlung mit dem Bestandteil Sucrose-Octasulfat in Anlage V (Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte) der Arzneimittel-Richtlinie des GBA gelistet und somit verordnungsfähig zu Lasten der GKV. Die im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) vorgesehenen Änderungen des § 31 Absatz 1a SGB V haben auf die Listung des Produktes auf Anlage V und damit auf die Verordnungsfähigkeit keine Auswirkungen.

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

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag des Bundesrates ab.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Mit dem GKV-BStabG wird die Grundlage für stabile Beitragssätze in der GKV in den nächsten Jahren geschaffen und ein Aufwachsen der strukturellen Deckungslücke verhindert. Statt pauschaler Kürzungen werden im Krankenhaussektor vor allem Vergütungsanstiege im Sinne einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik auf die tatsächliche Kostenentwicklung mit der Grundlohnrate als Obergrenze begrenzt. Alle Bereiche und alle Beteiligten müssen einen Beitrag leisten – auch der Krankenhaussektor als mit Abstand größter Ausgabenbereich der GKV. Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-BStabG unter anderem beschlossen, das Prüfquotensystem beizubehalten und die Prüfquoten und die Schwellenwerte zu erhöhen. Durch die im GKV-BStabG enthaltenen Änderungen des § 275c SGB V, die eine Erhöhung der Prüfquoten und der Schwellenwerte vorsehen, wird der Anreiz für eine regelkonforme Abrechnung gestärkt. Bei einer Rückkehr zu den nach der bisherigen Rechtslage bestehenden Prüfquoten und Schwellenwerten würde der Umfang der potenziellen Einsparungen im Krankenhaussektor wesentlich geringer ausfallen.

Gemäß der Protokollerklärung der Bundesregierung zum GKV-BStabG wird die Bundesregierung frühzeitig durch eine Evaluation die mit dem GKV-BStabG eingeführten Vergütungsregelungen im Krankenhausbereich und deren Auswirkungen prüfen und angemessen auf unerwünschte Folgewirkungen reagieren. Dazu gehören insbesondere die Auswirkungen der Regelungen zu den Prüfquoten bei der Abrechnungsprüfung. Die Bundesregierung hat sich in ihrer Protokollerklärung auch verpflichtet, für Krankenhäuser, bei denen keine Auffälligkeiten bei den Abrechnungsprüfungen zu verzeichnen sind, weitere bürokratische Vereinfachungen umzusetzen. Die Umsetzung erfolgt mit dem Gesetz zur Reform der Notfallversorgung durch die Einführung einer weiteren Prüfquotenklasse von 1 Prozent für Krankenhäuser, deren Anteil unbeanstandeter Abrechnungen bei mindestens 90 Prozent liegt. Diese Krankenhäuser, die überwiegend regelkonform abrechnen, werden dadurch von bürokratischen Aufwänden entlastet. Indem folglich auch Krankenhäuser mit geringen Auffälligkeiten einbezogen werden, wird die Zusage der Protokollerklärung weit angewendet. Zudem haben es die Krankenhäuser selbst in der Hand, ihren Anteil an unbeanstandeten Abrechnungen zu erhöhen, um eine niedrigere Prüfquotenklasse zu erreichen. Sowohl die Änderungen des § 275c SGB V, die zu einer Erhöhung der Prüfquoten und Schwellenwerte führen, als auch die Änderung des § 275c SGB V, mit der eine neue Prüfquotenklasse eingeführt wird, soll am 1. Januar 2027 in Kraft treten.

Zu Nummer 44 Zu Artikel 11 Absatz 2 (Inkrafttreten)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag des Bundesrates prüfen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass aus dem Prüfergebnis abgeleitete Maßnahmen ausgabenneutral zu gestalten sind.

Zu Nummer 45 Zum Gesetzentwurf allgemein

Zu den Buchstaben a bis c: Die Bundesregierung prüft den Vorschlag des Bundesrates, weist in diesem Zusammenhang allerdings auch auf die bereits im Entwurf des Pflegeneuordnungsgesetzes enthaltenen Maßnahmen zur Unterstützung von Familien mit schwer pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen hin. In den Pflegegraden 4 und 5 soll das Pflegegeld im Umfang eines Entlastungsbudgets im Vergleich zu den bisher geltenden Beträgen deutlich erhöht werden. Hierdurch werden insbesondere Familien mit schwer pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen unterstützt, da in diesen Familien häufig das Pflegegeld den durch die Sicherstellung der Pflege verbundenen Einkommensausfall zumindest teilweise kompensiert. Zudem sollen Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5 bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres einen erhöhten Anspruch von bis zu 300 Euro monatlich auf das Sozialraumbudget erhalten. Dieses kann künftig auch für Unterstützungsleistungen von Bezugspersonen verwendet werden, wenn diese durch die Pflegekasse als Einzelhelfende anerkannt sind. Darüber hinaus sieht der Gesetzentwurf Verbesserungen bei der stationären Versorgung in Kinder- und Jugendhospizen vor. So soll ab dem 1. Januar 2027 auch in den ersten acht Wochen einer stationären Versorgung in Kinder- und Jugendhospizen Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld weitergezahlt werden. Dies ist bislang nicht der Fall. Gleichermaßen sollen künftig die Leistungen zur sozialen Sicherung nach den §§ 44 und 44a SGB XI in den ersten acht Wochen einer stationären Versorgung in Kinder- und Jugendhospizen nicht ruhen. Ferner ist vorgesehen, dass bestimmte Leistungen der Pflegeversicherung beim Zuschuss der gesetzlichen Krankenversicherung zur stationären Versorgung in Kinder- und Jugendhospizen künftig nicht mehr angerechnet werden.

Zu Buchstabe d: Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag des Bundesrates ab. Durch das Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege wurde bereits zum 1. Januar 2026 der Zeitraum zur Weiterzahlung des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI oder des anteiligen Pflegegeldes nach § 38 SGB XI auf die ersten acht

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung sowie weiterer Tatbestände erweitert. Hierdurch wird die häusliche Pflege gestärkt sowie der auch zum Beispiel während eines Krankenhausaufenthaltes fortbestehenden Pflegebereitschaft und des anhaltenden Einsatzes von pflegenden An- und Zugehörigen Rechnung getragen. Zugleich bildet der Zeitraum von acht Wochen eine geeignete Grenze ab, ab dem eine Änderung der Pflegesituation in die Betrachtung mit einbezogen werden kann.

Zu Buchstabe e: Die Bundesregierung beantwortet die Prüfbitte des Bundesrates wie folgt:

Die Pflegebegleitung hat nach § 7c Absatz 2 Nummer 3 SGB XI-E die Pflegebedürftigen und ihre An- und Zugehörigen im Pflegealltag zu begleiten, individuell fachlich anzuleiten und Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege zu vermitteln. Hierzu gehört, die Pflegesituation zu beobachten, potentielle Problembereiche zu erfragen, auf bestehende Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten aufmerksam zu machen und den Pflegebedürftigen oder pflegenden An- oder Zugehörigen eine Hilfestellung für den Bedarfsfall zu signalisieren. Zudem sollen eine Hilfestellung und praktische Unterstützung bei der häuslichen Pflege geboten und erste Lösungsschritte aufgezeigt werden. Hierzu gehört u. a. auch eine individuelle Schulung in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen. Es wird jedoch nicht in jedem Einzelfall eine individuelle Schulung in der Häuslichkeit erforderlich sein. Besteht keine Erforderlichkeit, können die pflegenden An- und Zugehörigen auch auf Gruppenkurse vor Ort oder Online-Pflegekurse nach § 45 SGB XI hingewiesen werden, die von den Pflegekassen finanziert werden. Somit besteht grundsätzlich ein ausgewogenes Verhältnis zwischen dem Bedarf an den unterschiedlichen Schulungsangeboten, die entweder über die Pflegebegleitung oder die Pflegekassen finanziert werden.

In dem Betrag zur Berechnung des jährlichen Finanzrahmens für die Pflegebegleitung wurden auch die bislang für die Schulungen in der häuslichen Umgebung der Pflegebedürftigen eingesetzten Mittel berücksichtigt. Gemäß § 7d Absatz 7 SGB XI-E hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesministerium für Gesundheit zum 1. Januar 2033 einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht u. a. über die Auskömmlichkeit der finanziellen Mittel vorzulegen.

Zu den Buchstaben f bis i: Der Vorschlag, insbesondere für ambulante Pflegedienste, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP) nach § 37 SGB V oder der außerklinischen Intensivpflege (AKI) nach § 37c SGB V erbringen, dem Pflegeversicherungsrecht entsprechende Regelungen zu prüfen, wird abgelehnt.

Mit dem GKV-BStabG wird der zentrale Vorschlag der FinanzKommission Gesundheit zur Rückkehr einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik in der GKV über alle Leistungsbereiche umgesetzt. Eine wichtige Maßnahme zur Beitragssatzstabilisierung bis 2030 ist, dass künftig Vergütungssteigerungen an die Entwicklung der Grundlohnrate gekoppelt werden. Für die Jahre 2027 bis 2029 ist zudem eine einprozentige Absenkung des ermittelten Ergebnisses der durchschnittlichen Veränderungsrate vorgesehen. Dies betrifft auch die Bereiche der Haushaltshilfe, HKP und AKI. Ohne diese zentrale Maßnahme kann eine Beitragssatzstabilisierung bis 2030 nicht gelingen.

Im SGB V dürfen derzeit Verträge nur mit Leistungserbringern abgeschlossen werden, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten. Bis zum Inkrafttreten des GKV-BStabG sah auch das SGB V eine vollständige Refinanzierung des jeweils maßgeblichen Tarifvertrags für alle Berufsgruppen in der medizinischen Behandlungspflege vor. Dadurch bestand in Tarifverhandlungen für Arbeitgeber kein Anreiz, sich für moderate Lohnsteigerungen einzusetzen. Im Ergebnis führte dies zu Lohnabschlüssen, die deutlich über der gesamtwirtschaftlichen Lohn- und Gehaltsentwicklung lagen.

Die zukünftige Begrenzung von Vergütungssteigerungen auf die Grundlohnrate im SGB V stellt keinen Gehaltsdeckel dar, sondern passt die Lohnentwicklung an die gesamtwirtschaftliche Dynamik an. Es wird für das SGB V auch weiterhin sichergestellt, dass Lohnsteigerungen und Tarifabschlüsse refinanziert werden, die sich im Rahmen der allgemeinen Lohnentwicklung (gespiegelt durch die Grundlohnrate) bewegen.

Ein „Gleichklang“ der Rechtslage zwischen SGB V und SGB XI ist aufgrund der grundlegenden Unterschiede der beiden Gesetzbücher nicht ohne Weiteres zu erreichen. Zum einen gibt es im SGB V keine dem SGB XI vergleichbaren Zulassungsvoraussetzungen, zum anderen sind im SGB XI neben den ambulanten Pflegeeinrichtungen auch vollstationäre Pflegeeinrichtungen von den Regelungen betroffen. Letztere Genannte haben durch die politisch initiierte Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens nach § 113c SGB XI und bspw. auch durch die geplanten Transformationsstellenanteile (§ 113e SGB XI-E) strukturelle Veränderungen vorzunehmen, die zu einer Erhöhung der Personalaufwendungen und damit auch der vereinbarten Pflegevergütungen beitragen und die

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

bei einer Deckelung analog der Vorgaben bei der häuslichen Krankenpflege nicht oder nur eingeschränkt möglich wären.

Da eine Umsetzung der SGB V-Regelungen im SGB XI deshalb ausscheidet, müssten für einen „Gleichklang“ die mit dem GKV-BStabG vorgenommenen Änderungen hinsichtlich der Begrenzung der Fortschreibung von Vergütungen (nicht Personalaufwendungen) zurückgenommen werden. Dies wäre wegen der Einheitlichkeit der Rechtslage innerhalb des SGB V jedoch kritisch zu bewerten, zumal die dortigen Anpassungen zur Erreichung der mit dem GKV-BStabG beabsichtigten Beitragssatzstabilität notwendig sind.

Da im Bereich der Pflege in der Regel einheitliche Tarifverträge abgeschlossen werden, unabhängig davon, ob die Leistungserbringung im SGB XI- oder SGB V-Bereich stattfindet, wird davon ausgegangen, dass sich die Tarif- bzw. kirchenarbeitsrechtlichen Löhne aufgrund der Begrenzung der Refinanzierung im SGB V auf Höhe der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V einpendeln und sich damit künftig entsprechend dem um diese Rate fortgeschriebenen regional üblichen Entlohnungsniveau entwickeln werden. Anreizwirkungen bzgl. eines Arbeitnehmerwechsels werden deshalb als gering eingeschätzt.

Zu den Buchstaben j, k, m, n und v: Die Bundesregierung lehnt die Vorschläge des Bundesrates ab. Die vom Bundesrat angesprochenen Themen sind Bestandteil der Arbeit der Pflegestrukturkommission, die die Bundesregierung mit Kabinettbeschluss vom 14. Oktober 2026 eingesetzt hat und die ihre Ergebnisse Ende Januar 2027 vorlegen soll.

Zu Buchstabe l: Die Bundesregierung nimmt den Vorschlag des Bundesrates zur Kenntnis. Die Bundesregierung begrüßt das Interesse der Länder an der Überprüfung von Vorschriften im Hinblick auf Bürokratie- und Kostenvermeidungspotentiale. In den von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ am 11. Dezember 2025 vorgelegten fachlichen Eckpunkten wurde unter anderem vereinbart, dass die Länder landesrechtliche Regelungen sowie ihr Zusammenspiel auf Bürokratie- und Kostenvermeidungspotenzial überprüfen und Reformvorschläge erarbeiten, die Pflegebedürftige entlasten, ohne Investitionen zu hemmen. Dabei sollen unter anderem auch heimrechtliche Regelungen sowie der Einfluss übergreifender bauordnungsrechtlicher oder anderer Standards in den Blick genommen werden. Aus Sicht der Bundesregierung steht es den Ländern frei, den angesprochenen Prozess zeitnah bereits selbst zu initiieren, für ihren Bereich Vorschläge zu erarbeiten und diesbezüglich auf die Bundesregierung zuzugehen, sodass der Prozess schnell in die Umsetzung kommt.

Zu den Buchstaben o bis u: Die Bundesregierung wird die Vorschläge des Bundesrates prüfen.

Zu den Buchstaben w und x: Die Bundesregierung lehnt die Vorschläge des Bundesrates ab. Die Finanzierung der Ausbildung in der Pflege nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG) und dem Pflegefachassistenzgesetz (PflFAssG) erfolgt gemäß §§ 26 ff. PflBG und seit dem 1. Januar 2026 auch nach § 24 PflFAssG in Verbindung mit §§ 26 ff. PflBG. Die Aufwendungen von insgesamt rund 6,1 Mrd. Euro verteilen sich nach § 33 Absatz 1 PflBG, auch in Verbindung mit § 24 PflFAssG, aktuell wie folgt:

Kostenträger	Anteil in %	Aufwendungen (gerundet, in Mrd. Euro)
Krankenhäuser	57,2380	3,50
stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen und damit mittelbar die Pflegebedürftigen (und ggf. Träger Sozialhilfe)	30,2174	1,85
Länder	8,9446	0,55
Soziale Pflegeversicherung	3,6	0,22
Gesamt	100,0	6,12

Sofern diese Ausbildungszuschläge nicht mehr in die Vergütungssätze für die allgemeinen Pflegeleistungen eingerechnet werden müssten und anderweitig finanziert werden würden, würde dies zu einer Entlastung der Pflegebedürftigen in Höhe von insgesamt rund 1,85 Mrd. Euro führen. Aufgrund der angespannten Lage des Bundeshaushaltes ist eine Finanzierung über Bundesmittel nicht darstellbar.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.