

# Stellungnahme des Medizinischen Dienstes Bund

zum

**Referentenentwurf  
eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung  
(Pflgeneuordnungsgesetz – PNOG)**

## Inhalt der Stellungnahme

I	Vorbemerkungen.....	3
II	Stellungnahme zum Gesetzentwurf.....	5
	Zu Artikel 1 Nr. 8, § 7c SGB XI, Pflegebegleitung in Verbindung mit Artikel 1 Nr. 20 c), § 18b Absatz 4, Übermittlung von Informationen aus dem Pflegegutachten an die Pflegebegleitung.....	5
	Zu Artikel 1 Nr. 8, § 7d SGB XI, Angebotsstruktur und Finanzierung der Pflegebegleitung.....	6
	Zu Artikel 1 Nr. 13, § 10 Absatz 5 SGB XI, Beirat zum Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege.....	7
	Zu Artikel 1 Nr. 15, § 14 Absatz 1 SGB XI, Begriff der Pflegebedürftigkeit in Verbindung mit Nr. 26, § 33 Absatz 1 SGB XI, Leistungsvoraussetzungen.....	9
	Zu Artikel 1 Nr. 16, § 15 Absatz 3 Satz 4 SGB XI, Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument.....	11
	Zu Artikel 1 Nr. 17a, § 17 Absatz 1 Satz 7 SGB XI, Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen.....	13
	Zu Artikel 1 Nr. 17 b), § 17 Absatz 1a SGB XI, Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen.....	14
	Zu Artikel 1 Nr. 18, § 18 Absatz 1 Satz 4 SGB XI, Beauftragung der Begutachtung.....	15
	Zu Artikel 1 Nr. 19, § 18a Absatz 2 Satz 3 SGB XI, Begutachtungsverfahren.....	17
	Zu Artikel 1 Nr. 20a, § 18b Absatz 1 Satz 1, Inhalt und Übermittlung des Gutachtens.....	18
	Zu Artikel 1 Nr. 20b, § 18b Absatz 3 Satz 5 SGB XI, Inhalt und Übermittlung des Gutachtens.....	19
	Zu Artikel 1 Nr. 20c, § 18b Absatz 4 SGB XI, Elektronische Übermittlung von Begutachtungsergebnissen.....	20
	Zu Artikel 1 Nr. 21, § 18c Absatz 5 Satz 2, Entscheidung über den Antrag, Fristen.....	21
	Zu Artikel 1. Nr. 22, § 18f SGB XI, Beirat zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung.....	22
	Zu Artikel 1 Nr. 85, § 142b, Übergangsregelung zur Anpassung der Schwellenwerte zum 1. Januar 2027, § 142c, Übergangsregelung zu den Inhalten des Gutachtens nach § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3.....	25
III	Ergänzender Änderungsbedarf.....	26
	§ 142a SGB XI Übergangsregelung für eine telefonische Begutachtung – Anpassung der Bezeichnung des Paragraphen.....	26
	Sicherung der Qualität in der Langzeitpflege.....	27

## I Vorbemerkungen

Das Bundesministerium für Gesundheit hat mit dem Referentenentwurf zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung zentrale Maßnahmen zur Reform der sozialen Pflegeversicherung vorgelegt. Positiv hervorzuheben sind insbesondere die stärkere Ausrichtung auf Prävention und Rehabilitation, die vorgesehenen Investitionen in die Digitalisierung sowie die über den Beirat beim Medizinischen Dienst Bund vorgesehene, kontinuierliche wissenschaftliche Weiterentwicklung der Pflegebegutachtung.

Der Medizinische Dienst Bund unterstützt ausdrücklich den Ansatz, die Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstruments und der Zugangskriterien zu den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung künftig auf eine dauerhafte wissenschaftliche Grundlage zu stellen. Die Pflegeversicherung steht vor langfristigen Herausforderungen, die nicht nur durch punktuelle Reformen, sondern auch durch einen kontinuierlichen wissenschaftlichen Evaluations- und Entwicklungsprozess begleitet werden sollten.

Gleichzeitig ist aus Sicht des Medizinischen Dienstes Bund eine klare Trennung zwischen wissenschaftlicher Weiterentwicklung des Leistungszugangs und der politischen Verantwortung für die Finanzierung der Pflegeversicherung erforderlich. Die Entscheidung über den Umfang der für die soziale Pflegeversicherung bereitgestellten Mittel ist eine politische Entscheidung des Gesetzgebers. Diese Verantwortung darf weder auf den Medizinischen Dienst Bund noch auf den neu einzurichtenden Beirat verlagert werden. Dies sollte auch in der Benennung als „Pflegerwissenschaftlicher Beirat“ deutlich werden. Die Bezeichnung verdeutlicht den wissenschaftlichen Charakter des Gremiums und macht zugleich deutlich, dass seine Aufgabe in der wissenschaftlichen Begleitung und Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Pflegebegutachtung liegt. Angeregt wird außerdem, Vertreterinnen und Vertreter der Pflegebedürftigen sowie der pflegenden An- und Zugehörigen miteinzubinden.

Richtig ist, dass der Gesetzgeber eine stärkere Ausrichtung auf Prävention, Rehabilitation und Beratung vorsieht. Die stärkere Berücksichtigung rehabilitativer Potenziale entspricht dem Grundsatz „Rehabilitation vor und bei Pflege“ und kann langfristig dazu beitragen, vorhandene Selbständigkeit länger zu erhalten.

Gleichzeitig ist festzustellen, dass der Gesetzentwurf zwar erhebliche Erwartungen an die präventiven und rehabilitativen Wirkungen der Reform knüpft, jedoch nur begrenzt neue konkrete Leistungsangebote oder Versorgungsstrukturen schafft. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, ist es erforderlich, dass entsprechende Angebote geschaffen werden und regional verfügbar sind.

Vor dem Hintergrund, dass die erfolgreiche Umsetzung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen häufig eine aktive Mitwirkung und Unterstützung durch pflegende Angehörige voraussetzt, sollte noch einmal geprüft werden, ob die vorgesehenen Einsparungen bei den Rentenversicherungsbeiträgen für pflegende Angehörige mit den gleichzeitig verfolgten Zielen einer stärkeren Präventions- und Rehabilitationsorientierung vereinbar sind.

Bei der geplanten Anpassung der Bewertungssystematik des Begutachtungsinstruments ist zu berücksichtigen, dass mit Vorzieheffekten vor der Umstellung auf das neue Berechnungsverfahren zu rechnen

ist. In diesem Zusammenhang sollten die Frist nach § 18c Abs. 5 zur Pflegebegutachtung in einem anderen Gesetz, das vor dem Pflegeordnungsgesetz in Kraft tritt, bis zum 30. Juni 2027 ausgesetzt werden.

Der Medizinische Dienst Bund unterstützt die vorgesehenen Investitionen in die Digitalisierung ausdrücklich. Die Digitalisierung kann wesentlich zur Entbürokratisierung beitragen und Verwaltungsaufwände bei Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen und Medizinischen Diensten reduzieren. Besonderes Augenmerk sollte auf die Interoperabilität der digitalen Verfahren gelegt werden. Die Mehrheit der Pflegebedürftigen wird weiterhin im häuslichen Umfeld durch Angehörige versorgt. Die Digitalisierung sollte sich deshalb nicht auf Pflegeeinrichtungen beschränken.

Über die aufgeführten Themen hinaus sollte bei der Reform der Pflegeversicherung der Entwicklungsbedarf bei der Qualitätssicherung in der Langzeitpflege nicht vernachlässigt werden. Der Medizinische Dienst Bund regt hierfür ergänzend verschiedene Maßnahmen an.

## II Stellungnahme zum Gesetzentwurf

### Zu Artikel 1 Nr. 8, § 7c SGB XI, Pflegebegleitung in Verbindung mit Artikel 1 Nr. 20 c), § 18b Absatz 4, Übermittlung von Informationen aus dem Pflegegutachten an die Pflegebegleitung

Mit § 7c werden die bisherigen Beratungsangebote im Rahmen der Pflegeversicherung in einem neuen Angebot der Pflegebegleitung gebündelt. Ziel dieser präventionsorientierten fachlichen Begleitung und Unterstützung in der Pflege ist, 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.

In § 18b Absatz 4 SGB XI wird geregelt, dass zur Ermöglichung der Pflegebegleitung die dafür erforderlichen Informationen des Pflegegutachtens mit Einwilligung des Pflegebedürftigen in gesicherter elektronischer Form an die für die Pflegebegleitung zuständige Stelle übermittelt werden.

Die Pflegekasse hat der pflegebedürftigen Person unmittelbar nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Termin für eine Pflegebegleitung in der häuslichen Umgebung anzubieten.

#### Bewertung:

Die Bündelung verfügbarer Beratungsangebote und die Einführung einer Pflegebegleitung zur Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Situation pflegebedürftiger Menschen, aber auch zur Unterstützung pflegender An- und Zugehöriger sowie zur Stabilisierung häuslicher Versorgungsarrangements wird begrüßt. Diese soll u. a. die Empfehlungen aus der Pflegebegutachtung der Medizinischen Dienste aufgreifen und auf eine Umsetzung dieser hinwirken. Besonders zu begrüßen ist, dass bei besonderen Unterstützungsbedarfen ein Fallmanagement eingeführt wird.

Es sollte sichergestellt werden, dass vor allem diejenigen antragstellenden Personen, die einen Bedarf für eine engmaschigere pflegefachliche Begleitung haben, durch diese auch erreicht werden und diese dann auch in Anspruch nehmen. Hierfür ist auch eine gute Verzahnung zwischen Pflegebegutachtung und Pflegebegleitung notwendig. Wichtig ist außerdem, dass die Informationen aus der Pflegebegleitung auch zurück an den Medizinischen Dienst gelangen, um diese Informationen sinnvoll für Wiederholungs- und Höherstufungsanträge, u. a. zur Bestimmung des Begutachtungsformats, nutzen zu können.

Die Wirkung der Pflegebegleitung sollte nach einem angemessenen Zeitraum evaluiert werden.

## Zu Artikel 1 Nr. 8, § 7d SGB XI, Angebotsstruktur und Finanzierung der Pflegebegleitung

§ 7d regelt die Angebotsstruktur und die Finanzierung der Pflegebegleitung. Die Pflegekassen haben die Pflegebegleitung sicherzustellen. Nach Absatz 1 Satz 5 können sich die Pflegekassen auch darauf verständigen, die Pflegebegleitung ganz oder teilweise auf Dritte zu übertragen. Dabei kann neben bereits bestehenden Beratungsstrukturen auch an die Schaffung neuer Beratungsstrukturen außerhalb der Pflegekassen gedacht werden. Maßgeblich ist dabei stets, dass die Dritten das Aufgabenspektrum der Pflegebegleitung nach § 7c Absatz 2 abdecken müssen. Möglicherweise ist hier eine teilweise Übertragung auf Dritte eine passende Option.

### Bewertung:

Die Pflegebegleitung kann nach Absatz 1 Satz 5 auch an Dritte übertragen werden. Dies eröffnet den Weg, in Regionen mit fehlenden Strukturen auch neue Akteure einzubinden und mit der Pflegebegleitung zu beauftragen. Wichtig ist dabei einerseits, dass das Aufgabenspektrum der Pflegebegleitung vollständig abgedeckt werden kann und andererseits, dass die Pflegebegleitung unabhängig von Interessenkonflikten und Anbieterinteressen erfolgt. Dritte können auch die Medizinischen Dienste sein.

## Zu Artikel 1 Nr. 13, § 10 Absatz 5 SGB XI, Beirat zum Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

Das beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen eingerichtete Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege wird verstetigt und erhält weitere Aufgaben. Nach § 10 Absatz 5 wird die Arbeit des Kompetenzzentrums durch einen Beirat begleitet.

### Bewertung:

Die Verstetigung und Aufgabenerweiterung des Kompetenzzentrums werden begrüßt. Der Medizinische Dienst Bund bringt bereits heute im Beirat nach § 125b Absatz 5 SGB XI seine Kompetenzen und Erfahrungen ein. Dem sollte durch die Nennung des Medizinischen Dienstes Bund im neuen § 10 Absatz 5 SGB XI Rechnung getragen werden.

Der Medizinische Dienst Bund unterstützt darüber hinaus die vorgesehenen Investitionen in die Digitalisierung ausdrücklich. Die Digitalisierung kann wesentlich zur Entbürokratisierung beitragen und Verwaltungsaufwände bei Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen und Medizinischen Diensten reduzieren. Digitale Verfahren ermöglichen:

- schnellere Prozesse,
- weniger Medienbrüche,
- bessere Datenqualität,
- effizienteren Informationsaustausch.

Besonderes Augenmerk sollte auf die Interoperabilität der digitalen Verfahren gelegt werden. Die Mehrheit der Pflegebedürftigen wird weiterhin im häuslichen Umfeld durch Angehörige versorgt. Die Digitalisierung sollte sich deshalb nicht auf Pflegeeinrichtungen beschränken.

Digitale Anwendungen können einen wichtigen Beitrag leisten:

- für Prävention,
- für Rehabilitation,
- für Pflegebegleitung,
- für Angehörigenunterstützung.

Der vorgesehene Beirat nach § 18f SGB XI sollte hierzu wissenschaftliche Empfehlungen entwickeln. Der Medizinische Dienst Bund könnte entsprechende Erkenntnisse im Rahmen seiner Richtlinien aufgreifen und für die Versorgungspraxis nutzbar machen.

### Änderungsvorschlag:

§ 10 Absatz 5 Satz 3 SGB XI wird wie folgt gefasst:

*„Die Arbeit des Kompetenzzentrums wird durch einen Beirat begleitet. Die Einrichtung erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Der Beirat besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der Länder, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, des Verbands der privaten*

*Krankenversicherung e. V., der Verbände der Pflege- und Krankenkassen auf Bundesebene, der Verbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, des Deutschen Pflegerates, der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 sowie deren Pflegepersonen nach § 19, der für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Gesellschaft für Telematik, der Wissenschaft sowie des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, des Bundesministeriums für Forschung, Technologie und Raumfahrt, des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend, des Bundesministeriums für Gesundheit ~~und~~ der oder des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege und des Medizinischen Dienstes Bund.“*

## Zu Artikel 1 Nr. 15, § 14 Absatz 1 SGB XI, Begriff der Pflegebedürftigkeit in Verbindung mit Nr. 26, § 33 Absatz 1 SGB XI, Leistungsvoraussetzungen

Das Instrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit soll weiterentwickelt werden. Dies betrifft auch die voraussichtliche Dauer der festgestellten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und der Fähigkeiten für mindestens sechs Monate als Voraussetzung für das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit. Die Änderung von § 14 zielt darauf ab, die Anforderungen an diese Wahrscheinlichkeitsprognose zu konkretisieren.

Langzeitpflegebedürftigkeit setzt in Zukunft die hohe Wahrscheinlichkeit der sechsmonatigen Dauer der genannten Beeinträchtigungen voraus. Damit soll im Rahmen der Begutachtung der Blick stärker als bisher auf mögliche Potentiale zur Verbesserung der Beeinträchtigungen durch Therapien, Rehabilitation oder auch präventive Maßnahmen gelenkt werden.

Der Medizinische Dienst Bund wird gesetzlich beauftragt, in den Begutachtungs-Richtlinien die Anforderungen an die Wahrscheinlichkeitsprognose und die dazu erforderlichen Ausführungen im Gutachten nach § 18b näher zu konkretisieren. Hierbei wird in der Begründung des Gutachtens herauszuarbeiten sein, ob im Einzelfall eine in den Richtlinien genauer zu beschreibende Konstellation vorliegt, die eine Wiedererlangung der Selbständigkeit und von Fähigkeiten oder eine Nicht-Wiedererlangung innerhalb des genannten Zeitraumes als naheliegend erscheinen lässt.

Entsprechend wird § 33 Absatz 1 angepasst. Für die Prognose des Medizinischen Dienstes nach Satz 5 (Befristung der Leistungen der Pflegeversicherung) reicht in Zukunft die begründete Wahrscheinlichkeit, dass sich gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der antragstellenden Person pflegegradrelevant verringern werden. In den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 werden die Voraussetzungen näher konkretisiert, unter denen eine Befristung nach Satz 5 zu erfolgen hat.

### Bewertung:

#### Zu § 14:

Die vorgesehene gesetzliche Änderung wird als nicht zielführend erachtet. Die Regelungen in den Richtlinien zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (Begutachtungs-Richtlinien) sind ausreichend, um die Dauerhaftigkeit von Pflegebedürftigkeit zu bewerten. Die geplanten Vorgaben für die Anforderungen von Wahrscheinlichkeitsprognosen sind mit unverhältnismäßigen Aufwänden verbunden und in der Praxis nicht umsetzbar, da nicht berücksichtigt werden kann, ob ausreichend lokale Angebote zur Verfügung stehen und offenbleibt, ob die antragstellende Person diese Empfehlungen auch umsetzt.

#### Zu § 33:

Befristungen sind bereits nach geltendem Recht möglich. Die Pflegebegutachtung betrifft überwiegend Personengruppen, bei denen aufgrund des Alters, chronischer Erkrankungen, Multimorbidität oder demenzieller Entwicklungen eine nachhaltige Verringerung des Unterstützungsbedarfs häufig

nicht zu erwarten ist. Pflegegradrelevante Verbesserungen treten demgegenüber vor allem in bestimmten Fallkonstellationen auf, beispielsweise nach Akuterkrankungen, operativen Eingriffen oder erfolgreichen Rehabilitationsmaßnahmen.

Vor diesem Hintergrund erscheint das Potenzial der vorgesehenen Regelung für eine substantielle Verringerung der Leistungsausgaben der Pflegeversicherung aus heutiger Sicht begrenzt. Ob die Neuregelung tatsächlich zu einer nennenswerten Ausweitung von Befristungen führt, sollte daher wissenschaftlich evaluiert werden.

Änderungsvorschlag:

Die Änderungen von § 14 Absatz 1 SGB XI in Artikel 1 Nr. 15 entfallen.

## Zu Artikel 1 Nr. 16, § 15 Absatz 3 Satz 4 SGB XI, Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

Die bisherige von den Empfehlungen eines Expertenbeirates im Jahr 2013 abweichende Ausgestaltung der Bewertungssystematik war eine politische Entscheidung im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hatte das IGES-Institut damit beauftragt, Erklärungsfaktoren für die Entwicklung der Pflegeprävalenzen zu identifizieren, sowie mögliche Weiterentwicklungsbedarfe am Begutachtungsinstrument zu prüfen. Die Handlungsempfehlungen des Abschlussberichtes sehen vor, die aktuelle Bewertungssystematik einer Prüfung zu unterziehen und die vom Expertenbeirat empfohlenen Parameter in Betracht zu ziehen.

Vor diesem Hintergrund werden in § 15 Abs. 3 Satz 4 die Schwellenwerte der Pflegebegutachtung angepasst. Hierbei soll es sich um eine Rückkehr zu den vom Expertenbeirat im Jahr 2013 ursprünglich empfohlenen Schwellenwerten handeln.

Die Anpassung der Bewertungssystematik in Anlage 2 ergänzt die Anpassung der Schwellenwerte des Begutachtungsinstrumentes, um die Entwicklung der Pflegeprävalenzen abzuschwächen. Bei der mit der Änderung der Anlage 2 vorgenommenen Anpassung handelt es sich ebenfalls um eine Anknüpfung an die vom Expertenbeirat im Jahr 2013 empfohlenen Werte.

### Bewertung:

Vorgesehen ist, dass sowohl die unteren Schwellenwerte des Gesamtscores des Begutachtungsinstrumentes als auch die gewichteten Modulwerte in den Modulen 1, 4 und 6 gemäß den Empfehlungen des damaligen Expertenbeirates angepasst werden sollen. Erschwert wird dadurch nicht nur der Einstieg in den Leistungsbezug, sondern auch der Zugang zu höheren Pflegegraden innerhalb einer Pflegebiografie. Über alle Antragsarten hinweg würden demnach deutlich weniger Antragstellende einen geringeren Pflegegrad erhalten als nach der heute geltenden Bewertungssystematik.

Die Auswirkungen der vorgesehenen Anpassungen verteilen sich jedoch ungleich auf verschiedene Antragstellergruppen: Besonders betroffen wären Personen mit somatischen Beeinträchtigungen sowie ältere und alleinlebende Personen, die ambulante Leistungen beantragen.

Personen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen – insbesondere jüngere Antragstellende mit tendenziell längerer Leistungsbezugsdauer – wären in geringerem Maße betroffen, da die relevanten Module 2 und 3 in beiden Varianten unverändert bleiben.

Es wird empfohlen, notwendige Anpassungen in den Modulen 2 und 3 unmittelbar in eine Überarbeitung der Bewertungssystematik einzubeziehen, um eine gleichwertige Berücksichtigung somatischer, kognitiver und psychischer Beeinträchtigungen sicherzustellen. Um zu gewährleisten, dass weiterhin eine grundsätzliche Gleichbehandlung somatischer und mentaler Beeinträchtigungen erhalten bleibt, ist eine wissenschaftliche Begleitevaluation der Auswirkungen einerseits und eine Überprüfung weiterer notwendiger Anpassungen der Bewertungssystematik andererseits notwendig (siehe § 18f neu).

Zu berücksichtigen ist, dass durch eine Anpassung der Bewertungssystematik mit deutlichen Vorzieheffekten noch vor der Umstellung auf das neue Berechnungsverfahren zu rechnen ist. Dies wird zu einem deutlichen Anstieg der Begutachtungsaufträge führen. Daher ist absehbar, dass die Begutachtungen durch die Medizinischen Dienste in einer Übergangszeit vor dem Inkrafttreten des PNOG vielfach nicht komplett in den nach § 18c Absatz 5 SGB XI vorgesehenen Fristen erledigt werden können.

Es wird empfohlen, die Fristenregelung in § 18c Abs. 5 SGB XI für eine Übergangszeit analog zur Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes aufzuheben, die bereits vor dem Inkrafttreten der geänderten Schwellen- und Modulwerte in Kraft tritt. Seinerzeit wurden die Fristen durch Artikel 1 Nr. 13 b) (Absatz 2b) für eine Übergangsfrist aufgehoben. Um die Versorgungssicherheit für die Versicherten gewährleisten zu können, sollten gleichzeitig verbindliche Kriterien durch den Medizinischen Dienst Bund gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband festgelegt werden, in welchen Fällen aufgrund eines dringlichen Entscheidungsbedarfes die Entscheidung der Pflegekasse über den Antrag in den vorgesehenen Fristen zu entscheiden sind. Damit entsprechende Regelungen möglichst frühzeitig vor dem Inkrafttreten des PNOG greifen können, sollte erwogen werden, diese Regelungen in einem Gesetz schnellstmöglich zu treffen, das bereits vor dem PNOG in Kraft treten wird, beispielsweise im GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz.

#### Änderungsvorschlag:

Durch ein Gesetz, das möglichst zeitnah – weit vor dem PNOG in Kraft tritt (z.B. GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz) ist nach § 18c Absatz 5 folgender Absatz 5a einzufügen:

*„(5a) Die Frist nach Absatz 5 ist bis zum 30. Juni 2027 unbeachtlich. Abweichend von Absatz 5 ist einem Antragsteller, der einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt und bei dem ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Medizinische Dienst Bund entwickelt im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen, die Gewichtung und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.“*

## **Zu Artikel 1 Nr. 17a, § 17 Absatz 1 Satz 7 SGB XI, Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen**

Die Anpassung sieht eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch eine Anpassung der Begutachtungs-Richtlinien an neue pflegfachliche oder medizinische Erkenntnisse unter dem besonderen Blickwinkel der Straffung und Entbürokratisierung des Verfahrens für alle Beteiligten vor. Hierbei sollen insbesondere die Erkenntnisse des Medizinischen Dienstes Bund aus seinem Modellprojekt gemäß § 18e zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach §§ 18a, 18b („MEET“-Projekt) einfließen. Zudem wird eine Verknüpfung zu den Arbeitsergebnissen des neu eingeführten Expertenbeirates nach § 18f hergestellt (Siehe Artikel 1 Nr. 18).

### **Bewertung:**

Diese Änderung wird begrüßt. Wichtig ist, dass die Informationen aus der Pflegebegleitung auch zurück an den Medizinischen Dienst gelangen, um diese für Wiederholungs- und Höherstufungsanträge, u.a. zur Bestimmung des Begutachtungsformats nutzen zu können.

## Zu Artikel 1 Nr. 17 b), § 17 Absatz 1a SGB XI, Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird in § 17a verpflichtet, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund bis zum 30. Juni 2027 Richtlinien zur einheitlichen Umsetzung der Pflegebegleitung nach § 7c (Pflegebegleitungs-Richtlinien) erlassen. Die Richtlinien enthalten insbesondere Vorgaben zur näheren Ausgestaltung der Inhalte, zum Verfahren und zur Durchführung der Pflegebegleitung einschließlich des Fallmanagements nach § 7c Absatz 5; dies schließt Vorgaben zu den Voraussetzungen für einen besonderen Unterstützungsbedarf, der strukturierten Methode zur Steuerung der Pflegehilfesituation sowie der Bestimmung eines angemessenen Zeitrahmens mit ein.

### Bewertung:

Aufgrund der Verzahnung und inhaltlichen Nähe der Pflegebegleitung zur Pflegebegutachtung sollten die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund erlassen werden.

### Änderungsvorschlag:

§ 17 Absatz 1a SGB XI wird wie folgt ergänzt.

*„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt ~~unter Beteiligung des~~ im Benehmen mit dem Medizinischen Dienstes Bund bis zum 30. Juni 2027 Richtlinien zur einheitlichen Umsetzung der Pflegebegleitung nach § 7c (Pflegebegleitungs-Richtlinien).“*

## Zu Artikel 1 Nr. 18, § 18 Absatz 1 Satz 4 SGB XI, Beauftragung der Begutachtung

Es wird die Möglichkeit eingeführt, im Rahmen einer Evidenzkontrolle den tatsächlichen Bedarf einer Begutachtung beim Antragsteller zu erfragen. Hierbei ist der Antragsteller zu den Erfolgsaussichten seines Antrags zu beraten und ihm die Gelegenheit zu geben, seinen Antrag zurückzunehmen. Die Maßnahme dient dem Ziel, Begutteilungskapazitäten effizient dort einzusetzen, wo diese im Sinne des tatsächlichen Bedarfs und der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung benötigt werden. Der Medizinische Dienst Bund regelt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Begutteilung-Richtlinien in welchen geeigneten Fällen, auf welche Weise und durch welche Stelle bundeseinheitlich vor der Durchführung der Begutteilung im Wege einer Evidenzkontrolle der tatsächliche Bedarf einer Begutteilung beim Antragsteller zu erfragen ist.

### Bewertung:

Der Medizinische Dienst Bund unterstützt grundsätzlich das Ziel, die vorhandenen Begutteilungskapazitäten möglichst zielgerichtet einzusetzen und unnötige Begutteilungen zu vermeiden.

Nicht jede Kontaktaufnahme potenzieller Antragstellender bei der Pflegekasse muss zwingend in einem Antrag auf Pflegeleistungen münden – häufig können bereits Informationen helfen, ohne dass eine Begutteilung auf Pflegeleistungen durch den MD stattfinden muss. Diese Funktion übernehmen heute primär die Pflegestützpunkte. Deren Reichweite ist jedoch begrenzt: Bestimmte Bevölkerungsgruppen – darunter Menschen mit Migrationsgeschichte, sozial benachteiligte Personen und ältere Alleinlebende – kennen diese Anlaufstellen oft nicht und werden dadurch strukturell benachteiligt. Deshalb sollte noch vor einer formellen Antragstellung bei der Pflegekasse eine niedrigschwellige, persönliche Beratung des Ratsuchenden ermöglicht werden – anknüpfend an die Erkenntnisse der IGES-Studie. Ausgangspunkt für die Beratung ist eine Kontaktaufnahme bei der Pflege- oder Krankenkasse, bei der ein Unterstützungsbedarf geäußert wird.

Deshalb begrüßen wir, dass künftig antragstellende Personen zu den Erfolgsaussichten ihrer Antragstellung und ggf. anderen möglichen Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten, auch außerhalb des SGB XI, informiert werden.

Aus unserer Sicht ist der Begriff “Evidenzkontrolle” irreführend, da hier der Informations- und Beratungscharakter im Vordergrund stehen soll. Die Voraussetzungen, Inhalte und Grenzen einer solchen “Beratung vor Pflegebedürftigkeit” sind bundeseinheitlich zu regeln. Insbesondere ist sicherzustellen, dass die Entscheidung über eine mögliche Rücknahme des Antrags ausschließlich beim Versicherten verbleibt und keine faktischen Hürden für die Inanspruchnahme gesetzlicher Leistungen entstehen.

Es wird angeregt, die Anwendung und Wirkung der “Beratung vor Pflegebedürftigkeit” wissenschaftlich begleitend zu evaluieren. Dabei sollte insbesondere untersucht werden, welche Auswirkungen die Regelung auf das Antragsverhalten, die Inanspruchnahme von Leistungen und die Versorgungsqualität hat.

Änderungsvorschlag:

§ 18 Absatz 1 Satz 4 SGB XI wird wie folgt angepasst:

*„Der Medizinische Dienst Bund regelt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1, welche Unterlagen zwingend zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit erforderlich sind und in welchen geeigneten Fällen, auf welche Weise und durch welche Stelle bundeseinheitlich vor der Durchführung der Begutachtung ~~im Wege einer Evidenzkontrolle~~ der tatsächliche Bedarf einer Begutachtung beim Antragsteller zu erfragen ist. Hierbei ist der Antragsteller zu den Erfolgsaussichten seines Antrags zu beraten und ihm die Gelegenheit zu geben, seinen Antrag zurückzunehmen. Wird der Antrag zurückgenommen, hat die Begutachtung zu unterbleiben.“*

## Zu Artikel 1 Nr. 19, § 18a Absatz 2 Satz 3 SGB XI, Begutachtungsverfahren

Die Mitwirkungspflichten werden geändert, sodass der Versicherte vom Medizinischen Dienst frühzeitig über die möglichen Folgen seiner fehlenden Mitwirkung zu informieren ist.

### Bewertung:

Der Medizinische Dienst Bund unterstützt die vorgesehene Klarstellung, dass Versicherte frühzeitig über die Folgen fehlender Mitwirkung informiert werden sollen. Eine transparente Information der Versicherten stärkt die Verfahrenssicherheit und trägt dazu bei, Missverständnisse und vermeidbare Verzögerungen zu verhindern.

Aus Sicht des Medizinischen Dienstes Bund sollte hierbei auf eine verständliche, adressatengerechte Kommunikation besonderer Wert gelegt werden. Die Information sollte bundesweit möglichst einheitlich erfolgen, um eine gleichmäßige Rechtsanwendung sicherzustellen.

Über Grenzen der Mitwirkungspflichten und die möglichen Folgen einer fehlenden Mitwirkung im Begutachtungsverfahren ist jedoch über die Pflegekassen zu informieren, da dies leistungsrechtliche Konsequenzen hat. Die Pflegekassen sind Träger des Verfahrens.

### Änderungsvorschlag:

§ 18a Absatz 2 Satz 3 SGB XI wird wie folgt gefasst:

*„Hinsichtlich der Grenzen der Mitwirkung des Versicherten und der Folgen fehlender Mitwirkung gelten die §§ 65 und 66 des Ersten Buches; der Versicherte ist durch die Pflegekasse ~~vom Medizinischen Dienst~~ frühzeitig über die möglichen Folgen seiner fehlenden Mitwirkung zu informieren.“*

## Zu Artikel 1 Nr. 20a, § 18b Absatz 1 Satz 1, Inhalt und Übermittlung des Gutachtens

Der Inhalt der Gutachten wird mit dem Ziel angepasst, die Empfehlungsquote für eine Rehabilitation zu erhöhen. Die Gutachten haben Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation nach § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b zu enthalten, sofern nicht Gründe entgegenstehen, die im Gutachten für den einzelnen Fall gesondert zu erläutern sind. Zu den durch die Gesetzesänderung neu eingeführten Inhalten des Gutachtens gehört mit § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 auch ein eigener Gutachtenabschnitt zu den erkennbaren wesentlichen Einschränkungen der Selbständigkeit und den dadurch voraussichtlich erforderlichen Schwerpunkten der pflegerischen Versorgung. Damit sollen die im Pflegegutachten bereits enthaltenen Erkenntnisse für die weitere pflegerische Versorgung genutzt und die entsprechenden Informationen weiteren Beteiligten, insbesondere der Pflegebegleitung nach den §§ 7c und 7d, zur Verfügung gestellt werden.

### Bewertung:

In den letzten zwölf Jahren wurden durch den Medizinischen Dienst Bund und die Medizinischen Dienste intensive Anstrengungen unternommen, die Prozesse, die der Rehabedarfserkennung durch Pflegefachpersonen zugrunde liegen, transparent zu machen und zu optimieren (Projekte Reha XI und Reha-POST). Insgesamt konnte damit eine erhebliche Stärkung der Empfehlungsquote für die medizinische Rehabilitation über den Zugang Pflegebegutachtung erreicht werden. Wesentlich ist, dass auch die Inanspruchnahme der empfohlenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die antragstellenden Personen erhöht wird. Ein Ansatzpunkt hierfür ist die geplante Pflegebegleitung. Zu berücksichtigen ist außerdem, dass die derzeit verfügbaren Versorgungsangebote, vor allem zur geriatrischen Rehabilitation, bereits aktuell nicht zeitnah die Bedarfe decken können, was sich in Wartezeiten bis zu sechs Monaten widerspiegelt. Hinzu kommt, dass nicht in allen Bundesländern geriatrische Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung stehen.

Der Medizinische Dienst Bund unterstützt, dass das Gutachten künftig einen eigenen Abschnitt für die weitere Versorgungsplanung, z. B. durch die angedachte Pflegebegleitung, enthalten soll (Modellprojekt MEET).

## Zu Artikel 1 Nr. 20b, § 18b Absatz 3 Satz 5 SGB XI, Inhalt und Übermittlung des Gutachtens

Der Medizinische Dienst Bund erhält den Auftrag, die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 neu eingeführten Gutachteninhalte in den Begutachtungs-Richtlinien näher zu konkretisieren.

### Bewertung:

Wesentlich ist, dass auch die Inanspruchnahme der empfohlenen Hilfs- und Pflegehilfsmittel durch die antragstellenden Personen erhöht wird. Ein Ansatzpunkt hierfür ist die geplante Pflegebegleitung.

Zu begrüßen ist, dass Gutachten künftig einen eigenen Abschnitt für die weitere Versorgungsplanung, z. B. durch die angedachte Pflegebegleitung, enthalten sollen (Modellprojekt MEET).

## Zu Artikel 1 Nr. 20c, § 18b Absatz 4 SGB XI, Elektronische Übermittlung von Begutachtungsergebnissen

Die durch die neu eingeführten Gutachteninhalte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 gewonnenen Informationen und Erkenntnisse sollen weiteren Stellen nutzbar gemacht werden. Zu diesem Zweck sieht Absatz 4 Satz 2 die Übermittlung der erforderlichen Informationen durch die Pflegekassen an die für die Pflegebegleitung zuständigen Stellen vor, wenn der Pflegebedürftige vorher einwilligt. Eine Übermittlung an die zuständigen Träger der Sozialhilfe hat hingegen nur auf deren Verlangen zu erfolgen.

### Bewertung:

Der Medizinische Dienst Bund unterstützt die vorgesehene elektronische Übermittlung von Begutachtungsergebnissen an die für die Pflegebegleitung zuständigen Stellen.

Die Nutzung bereits vorhandener Informationen kann Doppelarbeit vermeiden und die Qualität der Versorgung verbessern.

Voraussetzungen hierfür sind jedoch:

- hohe Datenschutzstandards,
- klare Einwilligungsregelungen,
- interoperable technische Standards,
- eine sichere digitale Infrastruktur.

Der Medizinische Dienst Bund regt an, die Anschlussfähigkeit der Verfahren an die digitalen Systeme der Medizinischen Dienste ausdrücklich zu berücksichtigen und zu ermöglichen, dass die Gutachten in der elektronischen Patientenakte hinterlegt werden können.

## Zu Artikel 1 Nr. 21, § 18c Absatz 5 Satz 2, Entscheidung über den Antrag, Fristen

Durch eine Ergänzung soll klargestellt werden, dass auch in den Fällen, in denen die Frist nach Satz 1 bereits abgelaufen ist, die Pflegekasse nicht zur Zahlung an den Antragsteller verpflichtet ist, soweit für den konkret in Rede stehenden Zeitraum die Pflegekasse und der Medizinische Dienst die weitere Verzögerung nicht zu vertreten haben, etwa weil eine Begutachtung nicht erfolgen kann.

Auch in Fällen, in denen der Fristlauf nicht unterbrochen werden kann, weil die Frist bereits abgelaufen ist, hat eine Zusatzzahlung daher nicht zu erfolgen, solange ein nicht zu vertretender Verzögerungsgrund vorliegt, der für die zusätzliche Verzögerung ursächlich ist.

### Bewertung:

Der Medizinische Dienst Bund unterstützt die vorgesehene Klarstellung zu den Fristregelungen. Die Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass Verzögerungen bei der Begutachtung nicht immer von den Pflegekassen oder den Medizinischen Diensten zu vertreten sind.

Insbesondere in Fällen fehlender Mitwirkung oder tatsächlicher Unmöglichkeit einer Begutachtung erscheint die vorgesehene Klarstellung sachgerecht. Die Regelung stärkt die Rechtssicherheit und vermeidet Fehlanreize.

Ein solches Vorgehen entspricht außerdem dem Ziel, Maßnahmen zum Bürokratieabbau zu fördern: Ausgleichszahlungen, bei denen es gegebenenfalls im Nachhinein zu Rückforderungen durch die Pflegekassen kommt, werden vermieden.

Im Übrigen siehe auch Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 16.

## Zu Artikel 1. Nr. 22, § 18f SGB XI, Beirat zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung

Die Änderung sieht die Einrichtung eines „Beirats zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung“ beim Medizinischen Dienst Bund vor. Der Beirat soll der wissenschaftlich fundierten und bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Instrumente und des Verfahrens zur Bestimmung des leistungsberechtigten Personenkreises der sozialen Pflegeversicherung dienen.

### Bewertung:

Der Medizinische Dienst Bund unterstützt die Einrichtung eines Beirats zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung ausdrücklich. Die Verortung des Beirats beim Medizinischen Dienst Bund stellt sicher, dass hier eine unabhängige und neutrale Verankerung sinnvoll umgesetzt werden kann.

#### 1. Bezeichnung und Rolle des Beirats

Der Medizinische Dienst Bund regt an, den Beirat gesetzlich als „Pflegewaterwissenschaftlichen Beirat“ zu bezeichnen. Die Bezeichnung verdeutlicht den wissenschaftlichen Charakter des Gremiums und macht zugleich deutlich, dass seine Aufgabe in der kontinuierlichen wissenschaftlichen Begleitung und Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der Pflegebegutachtung und des zugehörigen Instrumentes liegt. Dadurch wird zugleich klargestellt, dass der Beirat keine finanzpolitische Funktion hat und damit auch keine Entscheidungen über den Umfang der Leistungen der Pflegeversicherung trifft.

#### 2. Miteinbeziehung einer breiten Expertise im Beirat

Es ist sinnvoll, dass neben den ständigen Mitgliedern des Beirats auch je nach thematischer Schwerpunktsetzung zusätzliche sachverständige Personen miteinbezogen werden. Angeregt wird, Vertreterinnen und Vertreter der Pflegebedürftigen sowie der pflegenden An- und Zugehörigen einzubinden. Der Beirat soll Empfehlungen zu Fragen entwickeln, die erhebliche Auswirkungen auf die Lebenssituation von Pflegebedürftigen und ihren Familien haben können.

#### 3. Die Benennung der wissenschaftlichen Mitglieder des Beirats

Der Entwurf sieht zudem vor, dass die wissenschaftlichen Mitglieder durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen vorgeschlagen werden. Der Medizinische Dienst Bund hält dies nicht für sachgerecht: Es widerspricht der Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes Bund und damit auch der Zielrichtung des MDK-Reformgesetzes. Der Beirat wird beim Medizinischen Dienst Bund eingerichtet und soll den Medizinischen Dienst Bund bei der Wahrnehmung seiner gesetzlichen Aufgaben beraten. Vor diesem Hintergrund sollte das Vorschlagsrecht für die wissenschaftlichen Mitglieder auch beim Medizinischen Dienst Bund selbst liegen und die Benennung der Mitglieder sollte im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit erfolgen. Damit wird sichergestellt, dass bereits bei der Benennung eine interessenneutrale Besetzung erfolgt. Es wird zudem angeregt, dass der Medizinische Dienst Bund

auch weitere sachverständige Personen in den Beirat zeitweise oder dauerhaft hinzuziehen kann, um die Expertise des Beirats breit aufzustellen.

#### 4. Vertretung der Medizinischen Dienste im Beirat:

Die Vertreterin oder der Vertreter der Medizinischen Dienste sollte durch den Medizinischen Dienst Bund benannt werden. Dies entspricht seiner Koordinierungsaufgabe.

#### 5. Aufgabenstellung des Beirats

Der Medizinische Dienst Bund unterstützt ausdrücklich eine breite Aufgabenstellung des Beirats. Hierbei ist allerdings zwischen politischen Entscheidungen und wissenschaftlicher Beratung zu unterscheiden. Er sollte wissenschaftliche Empfehlungen zu allen Fragen der Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsverfahrens entwickeln.

Hierzu gehören insbesondere:

- Pflegebedürftigkeitsbegriff,
- Begutachtungsinstrument,
- Verfahren zur Pflegebegutachtung,
- Zugangskriterien,
- Prävention,
- Rehabilitation,
- Pflegebegleitung,
- Digitalisierung des Begutachtungsverfahrens,
- Auswirkungen auf pflegende An- und Zugehörige.

#### Änderungsvorschläge:

§ 18f SGB XI wird wie folgt geändert:

§ 18f

*Pflegewissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung*

§18f Absatz 3 Satz 1 SGB XI wird wie folgt geändert:

*„(3) Der Beirat besteht aus den folgenden sieben Mitgliedern:*

- 1. fünf Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft,*
- 2. eine Vertreterin oder ein Vertreter des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen,*
- 3. eine Vertreterin oder ein Vertreter der Medizinischen Dienste. Die Vertreterin oder der Vertreter wird durch den Medizinischen Dienst Bund benannt“*

§18f Absatz 4 SGB XI wird wie folgt geändert:

„(4) Der Beirat hat die Aufgabe,

1. den Medizinischen Dienst Bund sowie das Bundesministerium für Gesundheit bei der wirkungsvollen Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung zu beraten und entsprechende Empfehlungen zu geben,
2. dem Medizinischen Dienst Bund konkrete Vorschläge zur Umsetzung der genannten Empfehlungen in seinen Richtlinien zu unterbreiten und
3. dem Bundesministerium für Gesundheit konkrete Vorschläge zur gesetzlichen Umsetzung der genannten Empfehlungen zu unterbreiten.

Dies schließt insbesondere die Weiterentwicklung der Zugangskriterien, die Stärkung präventiver und rehabilitativer Potenziale im Begutachtungsverfahren, die Verzahnung mit der Pflegebegleitung nach §§ 7c und 7d und die Digitalisierung des Begutachtungsverfahrens, sowie die Perspektive pflegender An- und Zugehörige bei der Weiterentwicklung des Begutachtungsverfahrens ein.“

§18f Absatz 5 Satz 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„(5) Die Mitglieder des Beirats werden ~~vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen vorgeschlagen und~~ für die Dauer von vier Jahren vom Medizinischen Dienst Bund im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit berufen. Der Medizinische Dienst Bund kann weitere sachverständige Personen in den Beirat zeitweise oder dauerhaft hinzuziehen.“

## Zu Artikel 1 Nr. 85, § 142b, Übergangsregelung zur Anpassung der Schwellenwerte zum 1. Januar 2027, § 142c, Übergangsregelung zu den Inhalten des Gutachtens nach § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3

In § 142b Absatz 1 SGB XI wird als Übergangsregelung für die neuen Schwellenwerte festgelegt, dass die Feststellung des Vorliegens der Pflegebedürftigkeit jeweils auf der Grundlage des zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Rechts erfolgt. Bei Wiederholungsbegutachtungen ist der Zeitpunkt der Feststellung maßgeblich.

In § 142b Absatz 2 SGB XI wird festgelegt, dass die Zuordnung zu den Pflegegraden nach dem bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Recht bis zur Vornahme einer Neubegutachtung und der nachfolgenden Einstufung durch die Pflegekasse bestehen bleibt. Eine Neubegutachtung kann nicht zu dem Verlust des bestehenden Pflegegrades allein aufgrund der Anpassung der Schwellenwerte nach § 15 Absatz 3 Satz 4 und Absatz 7 SGB XI und der Bewertungssystematik in Anlage 2 zu § 15 SGB XI führen.

§ 142c SGB XI sieht vor, dass das Gutachten nach § 18b SGB XI Feststellungen gemäß § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB XI (Feststellungen zu den voraussichtlich erforderlichen Schwerpunkten der pflegerischen Versorgung, Empfehlungen zu daraus ableitbaren Beratungs- und ggf. Handlungsbedarfen der Pflegebegleitung insbesondere zu ersten Schritten der pflegerischen Versorgung, Fallmanagement, Vermeidung einer Überlastung der Pflegepersonen) erst bei Antragstellungen ab dem 1. Januar 2028 zu enthalten hat.

### Bewertung:

Die Änderungen zu § 142b Absatz 1 und 2 SGB XI werden grundsätzlich als sachgerecht bewertet, es wird jedoch aufgrund der entsprechenden Gesetzesbegründung *„Der Verlust eines Pflegegrades aufgrund der Wiedererlangung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bleibt aber möglich und ist vom Bestandsschutz nicht umfasst“* eine Konkretisierung des Gesetzestextes vorgeschlagen. Durch die ergänzend aufgenommene Konkretisierung im Gesetzestext wird nochmal explizit darauf hingewiesen, dass eine Rückstufung bei Neubegutachtung bei einer Verbesserung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten trotz Bestandsschutzregelung möglich ist.

### Änderungsvorschlag:

§ 142b Absatz 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

*„Die Zuordnung zu den Pflegegraden nach dem bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Recht bleibt bis zur Vornahme einer Neubegutachtung und der nachfolgenden Einstufung durch die Pflegekasse bestehen; diese kann nicht zu dem Verlust des bestehenden Pflegegrades allein aufgrund der Anpassung der Schwellenwerte nach § 15 Absatz 3 Satz 4 und Absatz 7 und der Bewertungssystematik in Anlage 2 zu § 15 führen. Es sei denn, ein veränderter Pflegegrad ist auf eine Verbesserung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten zurückzuführen.“*

### III Ergänzender Änderungsbedarf

#### **§ 142a SGB XI Übergangsregelung für eine telefonische Begutachtung – Anpassung der Bezeichnung des Paragraphen**

Es handelt sich bei § 142a SGB XI nicht mehr um Übergangsregelungen zur telefonischen Begutachtung, sondern um ein etabliertes und gesetzlich legitimes Begutachtungsverfahren, das sich in der Praxis bewährt hat. Darüber hinaus sollte auch die Videotelefonie in die inhaltliche Bezeichnung des Paragraphen aufgenommen werden, um deutlich zu machen, dass es sich hierbei um etablierte Vorgänge handelt.

#### Änderungsvorschlag

Die Überschrift sollte wie folgt gefasst werden:

“§ 142a SGB XI Regelung für die Begutachtung nach strukturiertem Telefoninterview oder Videotelefonie”

## Sicherung der Qualität in der Langzeitpflege

### 1. Einführung einer Mitwirkungspflicht für die Teilnahme an einer Qualitätsprüfung

Im Rahmen der regelhaften Qualitätsprüfungen prüft der Medizinische Dienst, ob die Qualität der Versorgung in den zugelassenen Pflegeeinrichtungen den gesetzlichen und vertraglichen Leistungs- und Qualitätsvorgaben entspricht. Die Prüfungen beinhalten auch Inaugenscheinnahmen des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands von durch die Pflegeeinrichtung versorgten Personen. Die betreffenden Personen werden durch ein Stichprobenverfahren ausgewählt. Die Teilnahme an Inaugenscheinnahmen ist freiwillig. Inaugenscheinnahmen bedürfen der Einwilligung der betroffenen Personen.

Die Prüferinnen und Prüfer sind jeweils verpflichtet, die durch Inaugenscheinnahme in die Qualitätsprüfung einzubeziehenden Personen vor der Durchführung der Qualitätsprüfung in verständlicher Weise über die für die Einwilligung in die Prüfhandlungen wesentlichen Umstände aufzuklären. Die Aufklärung muss so rechtzeitig erfolgen, dass eine wohlüberlegte Entscheidung getroffen werden kann. Ist die durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einzubeziehende Person einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten, in der Regel eines An- und Zugehörigen, einzuholen, wobei dieser ebenfalls aufzuklären ist.

Das gesetzlich vorgeschriebene Verfahren zur Einholung von Einwilligungen (siehe § 114a Abs. 3a SGB XI) ist für die Pflegeeinrichtungen und den Medizinischen Dienst hochaufwändig. Es bindet erhebliche Ressourcen, die effektiver für die eigentliche Prüfung und Beratung der Pflegeeinrichtungen genutzt werden könnten. Zudem ist nicht auszuschließen, dass Einrichtungen im Vorfeld von Prüfungen Einfluss auf die versorgten Personen nehmen und diese dazu bewegen, an Qualitätsprüfungen nicht teilzunehmen, mit dem Ergebnis, dass Qualitätsmängel oder Unregelmäßigkeiten bei der Abrechnung von Leistungen nicht aufgedeckt werden können. Aufgrund des hochaufwändigen und manipulationsanfälligen Verfahrens kann bei den Qualitätsprüfungen nicht immer sichergestellt werden, dass die erforderliche Personenzahl in die Prüfung einbezogen werden kann.

Die Qualitätsprüfungen kommen jedoch der Solidargemeinschaft insgesamt zugute. Für Versicherte, die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen, sollte daher als Beitrag für die Solidargemeinschaft und als Entbürokratisierungsmaßnahme eine Mitwirkungspflicht bei Qualitätsprüfungen selbstverständlich sein, wie sie dem Grunde nach auch bei der Pflegebegutachtung (siehe § 18a Abs. 2 SGB XI) gilt. Dabei sollte in eng begrenzten Fällen eine „opt-out“-Möglichkeit vorgesehen werden. Ein solches Verfahren könnte zu einer erheblichen Aufwandsreduzierung beitragen sowie die Versorgungssicherheit und den Schutz der Versicherten erhöhen.

#### Änderungsvorschlag:

§ 114a SGB XI wird wie folgt geändert:

*„(3) Die Prüfungen beinhalten auch Inaugenscheinnahmen des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands von durch die Pflegeeinrichtung versorgten Personen. Zum gesundheitlichen und pflegerischen*

*Zustand der durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einbezogenen Personen können sowohl diese Personen selbst als auch Beschäftigte der Pflegeeinrichtungen, Betreuer und Angehörige sowie Mitglieder der heimrechtlichen Interessenvertretungen der Bewohnerinnen und Bewohner befragt werden. Bei der Beurteilung der Pflegequalität sind die Pflegedokumentation, die Inaugenscheinnahme von Personen nach Satz 1 und Befragungen der Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen sowie der durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einbezogenen Personen, ihrer Angehörigen und der vertretungsberechtigten Personen angemessen zu berücksichtigen. An die Pflegedokumentation dürfen nur die in den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 Absatz 1 Satz 2 festgelegten Anforderungen gestellt werden. Die versorgten Personen haben an der Qualitätsprüfung mitzuwirken, sofern ihr Gesundheitszustand dem nicht entgegensteht. Die Teilnahme an Inaugenscheinnahmen und Befragungen ist freiwillig. Durch die Ablehnung dürfen keine Nachteile entstehen. Einsichtnahmen in Pflegedokumentationen, Inaugenscheinnahmen von Personen nach Satz 1 und Befragungen von Personen nach Satz 2 sowie damit jeweils zusammenhängende Verarbeitung personenbezogener Daten von durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einbezogenen Personen zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts bedürfen der Einwilligung der betroffenen Personen.*

*(3a) Die Pflegeeinrichtungen haben im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht nach § 114 Absatz 1 Satz 4 insbesondere die Namen und Kontaktdaten der von ihnen versorgten Personen an die jeweiligen Prüfer weiterzuleiten. Die Prüfer sind jeweils verpflichtet, die durch Inaugenscheinnahme nach Absatz 3 Satz 1 in die Qualitätsprüfung einzubeziehenden Personen vor der Durchführung der Qualitätsprüfung in verständlicher Weise über die für die Einwilligung in die Prüfhandlungen nach Absatz 3 Satz 6 wesentlichen Umstände aufzuklären. Ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die die durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einzubeziehende Person in Textform erhält. Die Aufklärung muss so rechtzeitig erfolgen, dass die durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einzubeziehende Person ihre Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann. Die Einwilligung nach Absatz 2 oder Absatz 3 kann erst nach Bekanntgabe der Einbeziehung der in Augenschein zu nehmenden Person in die Qualitätsprüfung erklärt werden und muss in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeignete Weise gegenüber den Prüfern abgegeben werden, die Person des Erklärenden benennen und den Abschluss der Erklärung durch Nachbildung der Namensunterschrift oder anders erkennbar machen (Textform). Ist die durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einzubeziehende Person einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, wobei dieser nach Maßgabe der Sätze 2 bis 4 aufzuklären ist. Ist ein Berechtigter nicht am Ort einer unangemeldeten Prüfung anwesend und ist eine rechtzeitige Einholung der Einwilligung in Textform nicht möglich, so genügt nach einer den Maßgaben der Sätze 2 bis 4 entsprechenden Aufklärung durch die Prüfer ausnahmsweise eine mündliche Einwilligung, wenn andernfalls die Durchführung der Prüfung erschwert würde. Die mündliche Einwilligung oder Nichteinwilligung des Berechtigten sowie die Gründe für ein ausnahmsweises Abweichen von der erforderlichen Textform sind schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren.“*

## **2. Verzicht auf eine Plausibilitätskontrolle bei Qualitätsprüfungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen**

Die Indikatorenerhebung in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist ein verbindliches Instrument zur Qualitätssicherung, bei dem die Einrichtungen Daten zur Ergebnisqualität erheben und an eine Datenauswertungsstelle melden.

Die Indikatorendaten werden einer zweistufigen Plausibilitätskontrolle unterworfen: Im ersten Schritt führt die Datenauswertungsstelle eine statistische Plausibilitätskontrolle durch. Zusätzlich wird im Rahmen der Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst eine aufwändige Plausibilitätskontrolle durchgeführt. Diese bezieht sich einerseits auf die Plausibilität der Erhebungen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern. Hierbei werden nahezu keine Auffälligkeiten festgestellt (2023 0,1 % der Einrichtungen)<sup>1</sup>. Andererseits bezieht sich die Plausibilitätskontrolle des Medizinischen Dienstes im Rahmen der Prüfungen auf den Erhebungsreport, der von den Pflegeeinrichtungen geführt wird und der insbesondere eine Aufstellung der zum Zeitpunkt der Ergebniserfassung in der Pflegeeinrichtung lebenden Bewohnerinnen und Bewohner umfasst. Bei der Plausibilitätskontrolle des Erhebungsreports geht es um die Frage, ob Personen fälschlicherweise von der Ergebniserfassung ausgeschlossen worden sind und ob es Fehler bei den Bewohnerinnen und Bewohnern zugeordneten Pseudonymen gibt. Beim Erhebungsreport fanden die Prüferinnen und Prüfer lediglich bei 2,3 Prozent der Einrichtungen Auffälligkeiten<sup>2</sup>. Meist handelt es sich dabei um rein formale Fehler, die kaum eine Aussage über die tatsächliche Plausibilität der Indikatorenerhebung zulassen.

Grundsätzlich ist das Verfahren der Indikatorenerhebung ein sinnvolles Instrument für die interne Qualitätssicherung und sollte weiter Anwendung in den Pflegeeinrichtungen finden. Im Verhältnis zum Erhebungsaufwand hat sich Plausibilitätskontrolle durch den Medizinischen Dienst jedoch als ineffektiv und nicht wirksam erwiesen. Vor diesem Hintergrund wird empfohlen, sie einzustellen, um den Aufwand zu reduzieren und die Ressourcen der Prüfdienste gezielter für die eigentliche Prüfung der Qualität nutzen zu können.

### **3. Harmonisierung der Prüfaufträge bei AKI**

Mit Einführung des IPReG 2020 sind stationäre Leistungserbringer und Betreiber von Wohngruppen, die Verträge nach § 72 SGB XI und § 132I SGB V geschlossen haben, in die Qualitätsprüfungen nach § 114 und § 275b SGB V einzubeziehen. Sie unterliegen somit jährlich zwei Qualitätsprüfungen. Außerdem werden versicherte Personen, die Leistungen nach § 37c SGB V beziehen, jährlich vom Medizinischen Dienst am Leistungsort begutachtet. Somit werden Versicherte unter Umständen drei Mal im Jahr vom Medizinischen Dienst in Augenschein genommen. Diese Belastung ist für die Versicherten nicht immer nachvollziehbar.

Entsprechend sollte eine Harmonisierung der Prüfaufträge bei außerklinischer Intensivpflege erfolgen: Leistungserbringer, die Verträge nach § 72 SGB XI und § 132I SGB V geschlossen haben, sind nach § 275b SGB V in die Qualitätsprüfung einzubeziehen. Dabei ist es unerheblich, ob Leistungen nach dem SGB XI bezogen werden und ob sie in einer Einfach- oder Mehrfachversorgung betreut werden. Zeigen sich im Zusammenhang mit der Begutachtung zur Feststellung eines Anspruchs nach § 37c SGB V oder der Qualitätsprüfung Hinweise auf eine unzureichende pflegerische Versorgung, ist eine anlassbezogene Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI zu initiieren.

---

<sup>1</sup> siehe Medizinischer Dienst Bund (2025): 8. Pflegequalitätsbericht. Essen.

<sup>2</sup> siehe Medizinischer Dienst Bund (2025): 8. Pflegequalitätsbericht. Essen.

#### **4. Konzept der Stichproben bei Qualitätsprüfungen in den verschiedenen Settings harmonisieren und flexibilisieren**

Die aktuellen Stichprobenverfahren sind komplex und aufwändig. Im stationären Bereich werden u.a. Teilstichproben durch die Datenauswertungsstelle vorgegeben, damit die Plausibilitätskontrolle durch die Prüfinstitutionen erfolgen können. Insgesamt werden zugunsten der Vergleichbarkeit bei der Veröffentlichung von Prüfergebnissen als Kriterien für die Stichprobenzusammensetzung Mobilitätseinschränkungen und Einschränkungen in der Kognition zugrunde gelegt mit der Folge, dass Personen mit höheren Pflegegraden und aufwändigeren Pflegesituationen in der Prüfung eher unterrepräsentiert sind. Aufgrund der Ausrichtung der Stichprobe gelingt es daher oft nicht, in jeder Pflegeeinrichtung die relevanten Qualitätsaspekte zu überprüfen.

Vorgeschlagen wird, das Stichprobenverfahren weitgehend zu vereinfachen und zu vereinheitlichen. Die Stichprobengröße sollte sich (wieder) an der Größe der Pflegeeinrichtung orientieren, möglichst Personen mit höheren Pflegegraden und höherem Pflegeaufwand berücksichtigen und nach Risikokriterien zusammengestellt werden. Damit wäre es möglich, bei den Qualitätsprüfungen häufiger die relevanten Qualitätsaspekte überprüfen und bewerten zu können.

#### **5. Niedrigschwellige Leistungsangebote nicht mit Qualitätssicherung überfrachten**

Es ist darüber hinaus abzuwägen, ob die Prüfungen für ambulante Betreuungsdienste wie in bestehender Form weitergeführt werden sollten. Seit Einführung dieser Prüfungen haben sich ambulante Betreuungsdienste nicht als Teil der Pflegeinfrastruktur durchgesetzt.

Zudem sollte den neu zu schaffenden gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c SGB XI mehr Zeit eingeräumt werden, sich zu etablieren, bevor diese mit einem Qualitätssicherungsverfahren belegt werden. Mit dem Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) sind folgende Umsetzungsschritte vorgegeben worden:

- Bundesempfehlung nach § 92c Absatz 5 SGB XI: neun Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes
- Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI: sechs Monate nach Vorliegen der Empfehlungen nach § 92c
- Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR) nach § 114a Absatz 7 SGB XI: sechs Monate nach Vorliegen der Vereinbarungen nach § 113
- Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Absatz 1a SGB XI: unverzüglich nach Inkrafttreten der QPR
- Wissenschaftliches Prüfkonzept nach § 113b Absatz 4 Nr. 6. SGB XI: zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes
- Anpassung der QPR: unverzüglich nach Vorlage des wissenschaftlichen Prüfkonzeptes.

Zu beachten ist bei diesem Regelungskomplex, dass eine Versorgungsform etabliert werden soll, bei der neue Zuständigkeiten und auch neue Leistungszuordnungen geschaffen werden sollen. Einer fundierten Entwicklung von Empfehlungen für die Ausgestaltung dieser neuen gemeinschaftlichen Wohnform sowie der Vereinbarung von Qualitätsanforderungen für diese Versorgungsform muss ein angemessener Zeitrahmen eingeräumt werden. Dies ist mit den vorgesehenen Fristen bei weitem nicht gewährleistet. Zudem sind die Abstände zwischen den einzelnen Prozessschritten (z.B. zwischen Bundesempfehlung und Maßstäben und Grundsätzen – sechs Monate; zwischen Maßstäben und Grundsätzen und QPR – sechs Monate) erheblich zu kurz und berücksichtigen in keiner Weise die gesetzlich vorgesehenen Abstimmungs-, Beteiligungs-, Genehmigungs- und Umsetzungsschritte.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass Verträge nach § 92c SGB XI erst sinnvoll geschlossen werden können, wenn die Rahmenempfehlungen nach § 92c Absatz 2 SGB XI vorliegen. Auch für diese Vertragsverhandlungen ist ein angemessener Zeitrahmen einzuplanen. Somit werden voraussichtlich 21 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes Leistungserbringer noch gar nicht in nennenswertem Umfang Leistungen nach § 92c SGB XI anbieten und zugelassen sein. Zudem muss den neu gegründeten Leistungserbringern ein gewisser Zeitraum für den Aufbau der Organisation sowie die Gestaltung der Prozesse gewährt werden, bevor bei diesen Qualitätsprüfungen durchgeführt und Prüfergebnisse veröffentlicht werden. So ist auch bei der Einführung der Pflegeversicherung vorgegangen worden. Zunächst wurden Rahmenempfehlungen und Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringer definiert und erst anschließend sukzessive Konzepte für die Qualitätsprüfung entwickelt und anschließend umgesetzt. Vergleichbare Regelungen wie für gemeinschaftliche Wohnformen waren auch im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung ambulanter Betreuungsdienste vorgesehen. Obwohl es nach Angaben des statistischen Bundesamtes Ende 2021 bundeweit weniger als 70 Betreuungsdienste gegeben hat, wurde hier mit enormem Aufwand ein umfangreiches Qualitätssicherungssystem und eine gesonderte Qualitätsprüfungsrichtlinie etabliert, auf deren Grundlage lediglich eine Hand voll Qualitätsprüfungen in Auftrag gegeben worden sind. Hier stellt sich sehr deutlich die Frage nach dem Verhältnis von Aufwand und Nutzen für die versorgten Versicherten.

Vor diesem Hintergrund ist es nicht sinnvoll, für einen kurzen Interimszeitraum bis zur Vorlage eines wissenschaftlich entwickelten Prüfkonzepes eine Qualitätsprüfungsrichtlinie für gemeinschaftliche Wohnformen zu erstellen und diese nach Vorlage des wissenschaftlich entwickelten Prüfkonzepes bereits wieder anzupassen. Das wissenschaftlich entwickelte Prüfkonzepet soll nur drei Monate nach der Erstfassung der QPR vorliegen.

Mit Blick auf einen angemessenen Ressourceneinsatz und eine möglichst aufwandsarme Umsetzung der vorgesehenen Prozessschritte, fordert der Medizinische Dienst Bund daher, die Fristen für die einzelnen Prozessschritte zu verlängern und eine Qualitätsprüfung erst dann umzusetzen, wenn ein im Auftrag des Qualitätsausschuss Pflege ein wissenschaftlich entwickeltes Prüfinstrument vorliegt.