

## **Stellungnahme des Arbeitgeberverbandes Pflege e.V. zum Referentenentwurf eines Entwurfes eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG) des Bundesministeriums für Gesundheit mit Stand vom 23.06.2025**

### **Zusammenfassung**

Die Anzahl der pflegebedürftigen und zu versorgenden Menschen wird weiter steigen. Das Personal, um diese Menschen zu versorgen, wird demografisch bedingt sinken. Ob dieses Gesetz dazu beitragen wird, die bereits laufende Versorgungskrise zu lindern oder sogar aufzuhalten, bleibt abzuwarten. Es gibt einige wichtige und gute Punkte, wie die geplante Kompetenzerweiterung der Pflegefachkräfte, die Erweiterung der pflegerischen Versorgungsmöglichkeiten und die Verbesserungen der Verfahren zur Vergütungsvereinbarung, die vielversprechend und zukunftsweisend sind. Allerdings ist völlig unverständlich, weshalb der Gesetzgeber sich gerade bei der Planung der pflegerischen Infrastruktur, also bei der Bereitstellung pflegerischer Dienste und Einrichtungen, dafür entscheidet, diese künftig in kommunale Hände legen zu wollen, indem auch der Kontrahierungszwang aufgelöst werden soll.

Der Arbeitgeberverband Pflege e.V. (AGVP) bezweifelt, dass die Kommunen in der Lage sein werden, die große Frage zur Zukunft der pflegerischen Versorgung lösen zu können, indem sie künftig bestimmen sollen, wer Pflegeeinrichtungen oder ambulante Dienste eröffnen darf. Denn die Zahlen zu den Insolvenzen und Schließungen zeigen es deutlich: Es wird sich künftig nicht die Frage stellen, wen man zur Erbringung pflegerischer Leistungen auswählen kann, sondern ob es überhaupt noch Unternehmen geben wird, die Pflegeleistungen anbieten werden. Insbesondere in ländlichen Gebieten kann die pflegerische Versorgung schon heute nicht mehr überall sichergestellt werden. Deshalb müsse der Gesetzgeber verlässliche Rahmenbedingungen für eine sichere Finanzierung und ein investitionsfreundliches Klima schaffen, damit neue Pflegeplätze errichtet und die dringend benötigte Infrastruktur aufgebaut werden können. Die Kommunen mit ihren klammen Kassen werden das nicht leisten können, sonst würden sie schon heute die getätigten Investitionen der Pflegeunternehmen über die vereinbarten Investitionskostensätze vollumfänglich finanzieren, insbesondere auch die mit den Pflegekassen vereinbarten Sätze für die Leistungen zur „Hilfe zur Pflege“.

Mit der Auflösung des Kontrahierungszwangs und der vorgesehenen Kommunalplanung schafft der Gesetzgeber die Altenpflege ab, anstatt sie zu fördern und die Kapazitäten auszubauen. Die Bedingungen führen schon heute dazu, dass Unternehmen teilweise unverschuldet in die Insolvenz geraten, weil sie monatelang auf die Zahlung der Pflegekassen und Sozialhilfeträger warten müssen und dann noch nicht mal eine rechtliche Handhabe haben, zeitnah die ihnen zustehende Vergütung der pflegerischen Leistungen zu erhalten. Ein Scheitern des Pflegesystems steht kurz bevor.

Wer die gesetzlichen Vorgaben und Bedingungen erfüllt, pflegerische Leistungen erbringen zu können, dem darf auch zukünftig nicht verwehrt werden, den Versorgungsvertrag dafür mit den Pflegekassen zu schließen. Immerhin haben die Pflegekassen einen Sicherstellungsauftrag zu erfüllen. Da sollte es auch in deren Interesse sein, dass das Angebot an pflegerischen Leistungen in allen Regionen groß genug ist, um die steigende Anzahl pflegebedürftiger Menschen versorgen zu können. Die Wahlmöglichkeit sollten die Pflegebedürftigen mit ihren Angehörigen haben, welche Form der pflegerischen Versorgung sie in Anspruch nehmen möchten. Nicht jeder hat An- oder Zugehörige, die im Ernstfall die Pflege zuhause übernehmen können oder es sich nicht zutrauen, weil die erforderliche Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger die persönlichen Kompetenzen übersteigt. Deshalb ist es aus Sicht des AGVP sinnvoll, den Rechtsanspruch auf pflegerische Versorgung im Gesetz zu verankern, um das Risiko zu minimieren, dass Menschen am Ende unversorgt sind.

Mit steigender Lebenserwartung nehmen jedoch auch die schweren und schwerstpflegebedürftigen Fälle zu, die mehrheitlich stationär versorgt werden. Insofern müssen Maßnahmen und Regelungen getroffen werden, damit die Zahl der Versorgungsangebote weiter steigt und nicht durch eine gesetzlich unterstützte Selektion und Auflösung des Kontrahierungszwangs reduziert wird. Wer wird künftig noch in den Ausbau oder die Neugründung von Pflegeunternehmen und -diensten investieren, wenn nach all den bereits unternommenen Schritten und getätigten Investitionen unklar ist, ob man überhaupt einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen erhalten wird?

Wer jetzt fordert, dass Pflege künftig nur noch von freigemeinnützigen oder kommunalen Unternehmen erbracht werden darf, verkennt völlig die Entwicklung der letzten 30 Jahre. Die Öffnung der pflegerischen Versorgung Mitte der 90er Jahre war das Bekenntnis der Kommunen, dass der Aufbau und Ausbau der benötigten pflegerischen Infrastruktur nicht ohne privatwirtschaftliche Investitionen geht. Und ohne diese Investitionen in Milliardenhöhe hätten wir nicht die Vielfalt der zahlreichen ambulanten Dienste, stationären Pflegeheime und Einrichtungen für Betreutes Wohnen.

Dazu gehört auch, dass Versorgungsformen, die sich bewährt haben und wissenschaftlich evaluiert wurden, endlich in die Regelversorgung übernommen werden und dauerhaften Bestandsschutz erhalten müssen. Mit Blick auf die demografische Entwicklung – Zunahme der Anzahl der pflegebedürftigen Menschen bei gleichzeitigem altersbedingtem Ausscheiden der Mitarbeitenden – sind solche innovativen Versorgungsstrukturen wichtig, um Pflegebedürftige versorgen zu können, die nicht mehr zu Hause betreut werden können, die aber auch nicht in eine stationäre Pflegeeinrichtung gehen möchten.

Zudem ist es an der Zeit, die Ausbildungskosten aus den Eigenanteilen der Pflegebedürftigen herauszulösen und die Zuschläge für das Pflegepersonal regelhaft steuerfrei zu stellen, denn Pflegeunternehmen können ihre Dienstleistung nicht einfach ins Ausland verlagern, wenn die Kosten zu hoch werden.

Wenn es auch in Zukunft noch professionelle Pflege in Deutschland geben soll, müssen die Pflegeunternehmen als Dienstleister an der Gesellschaft anerkannt und nicht nur in Krisensituationen, wie in der Corona-Zeit, beklatscht werden. Es braucht zwingend verlässliche Rahmenbedingungen und ein klares Bekenntnis für die Trägerpluralität!

Pflegeunternehmen müssen wirtschaften können, brauchen dafür verlässliche Rahmenbedingungen und keine überbordende Bürokratie, realitätsferne Verfahren zur Begleichung ihrer Kosten oder gesetzliche Einengungen, die sie zur Aufgabe oder in die Insolvenz treiben. Und das betrifft alle Träger gleichwohl - freigemeinnützige, kirchliche, kommunale und private Pflegeunternehmen.

Die Absicherung der pflegerischen Angebote und der knapp 1,3 Mio. Arbeitsplätze muss Top-Priorität für die Bundesregierung haben! Denn ohne funktionierende Pflegeinfrastruktur wird der Aufschwung in Deutschland ausbleiben.

**Zu obigem Entwurf nimmt der Arbeitgeberverband Pflege e.V. (AGVP) zu den einzelnen Paragraphen wie folgt Stellung:**

### **Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

---

#### **Zu § 5 Abs. 1a Prävention fördern**

Der AGVP unterstützt den Ansatz, Prävention stärker mit der Langzeitpflege zu verknüpfen. Insbesondere pflegebedürftige Menschen, die in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden, können aufgeklärt und in den präventiven Maßnahmen begleitet werden. Der AGVP gibt jedoch zu bedenken, dass das Pflegepersonal bereits eine Fülle von Tätigkeiten zu erfüllen hat und mit dem geplanten Paragraphen zusätzliche Leistungen erbracht werden, die sich in der Vergütung der ambulanten Pflege wiederfinden muss. Da die Krankenkassen mit dem Präventionsauftrag ausgestattet wurden, warnt der AGVP davor, Leistungen aus dem SGB V-Bereich in die Altenpflege zu übertragen und schlägt daher vor, stattdessen die für den Bereich der Prävention zuständigen Mitarbeitenden der Krankenkassen in den vorgesehenen Prozess einzubinden und die Beratungsleistungen durch die Mitarbeitenden der Krankenkassen zu erbringen. Denkbar wäre dies durch persönliche Begleitbesuche mit dem ambulanten Dienst, aber auch über Teleberatung.

#### **Änderungsvorschlag zu § 5 Abs. 1a SGB XI**

Aufgrund der eh schon sehr stark belasteten finanziellen Situation der Pflegekassen und personellen Situation der ambulanten Pflegedienste schlägt der AGVP vor, die im neuen § 5 Abs. 1a SGB XI vorgesehenen Leistungen durch die für die Präventionsberatung zuständigen Mitarbeitenden der Krankenkassen durchführen und abrechnen zu lassen. Denkbar wären die Einbindung der Mitarbeiter der Krankenkassen während des Besuchs des ambulanten Dienstes in der Häuslichkeit der pflegebedürftigen Person, als auch die Teleberatung.

Stand: 14.07.2025

---

### **§ 7a Abs. 3 neu Pflegeberaterinnen und Pflegeberater**

Aufgrund der Personalknappheit der Pflegefachpersonen und den damit verbundenen Herausforderungen der Sicherstellung der täglichen Leistungserbringung gibt der AGVP zu bedenken, dass es nicht sinnvoll wäre, Pflegefachpersonen für Beratungstätigkeiten abzuziehen. Stattdessen wäre es sinnvoll, verrentete Pflegefachpersonen oder Pflegefachpersonen, die nicht mehr in der aktiven Pflege tätig sind anzusprechen und für die Beratungstätigkeit einer Pflegeberaterin oder eines Pflegeberaters weiterzuqualifizieren.

#### **Hinweis zur Änderung der Frist im § 7a Abs. 3 (neu) SGB XI**

Die im Referentenentwurf enthaltene Frist, bis zum 31. Juli 2018 Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern zu entwickeln, ist sehr wahrscheinlich fehlerhaft, da das Datum in der Vergangenheit liegt. Deshalb bittet der AGVP den Gesetzgeber, das Datum entsprechend zu korrigieren.

### **Zu §§ 8, 12 Abs. 2 und 37 Pflegekassen erhalten umfassende Beratungs- und Berichtspflichten**

Der AGVP begrüßt, dass die Pflegekassen künftig eine angemessene Beratung der Versicherten sicherstellen müssen (vgl. neu gefasster § 8) und eine konkrete Definition der Beratungsleistungen im § 37 erhalten.

Eine regelmäßige Evaluation der Versorgungssituation anhand der ihnen zur Verfügung stehenden Daten und Informationen aller an der Versorgung Beteiligter soll ebenfalls erfolgen (vgl. § 12. Abs. 2), was der AGVP ebenfalls befürwortet. Die Evaluationsberichte sollen der kommunalen Pflegebedarfsplanung zur Verfügung gestellt werden. Dazu führt der AGVP in seiner Stellungnahme im § 8a i.V.m. § 9 Satz 2 Kommunale Pflegestrukturplanung Näheres aus.

### **Zu § 8 Abs. 7 Ergänzung um Maßnahmen**

Der AGVP begrüßt die Förderfähigkeit der Maßnahmen, die im neuen Absatz 7 des § 8 SGB XI aufgezählt werden, da sie dazu beitragen sollen, Personal zu binden und zu integrieren. Des Weiteren muss auch der Aufwand, der Pflegeunternehmen durch die Durchführung der Maßnahmen und Konzepte entsteht, in den Pflegesatzverfahren vergütet werden.

### **Zu § 8a i.V.m. § 9 Satz 2 Kommunale Pflegestrukturplanung**

Der AGVP bezweifelt, dass die Kommunen in der Lage sein werden, die große Frage zur Zukunft der pflegerischen Versorgung lösen zu können, indem sie künftig bestimmen können, wer Pflegeeinrichtungen oder ambulante Dienste eröffnen darf. Denn die Zahlen zu den Insolvenzen und Schließungen zeigen es deutlich: Es wird sich künftig nicht die Frage stellen, wen man zur Erbringung pflegerischer Leistungen auswählen kann, sondern ob es überhaupt noch Unternehmen geben wird, die Pflegeleistungen anbieten werden. Insbesondere in ländlichen Gebieten kann die pflegerische Versorgung schon heute nicht mehr überall sichergestellt werden. Deshalb muss der Gesetzgeber verlässliche Rahmenbedingungen für eine sichere Finanzierung und ein investitionsfreundliches Klima schaffen, damit neue Pflegeplätze errichtet und die dringend benötigte Infrastruktur aufgebaut werden können. Die Kommunen mit ihren klammen Kassen werden das nicht leisten können, sonst würden sie schon heute die getätigten Investitionen der Pflegeunternehmen über die vereinbarten Investitionskostensätze vollumfänglich finanzieren, insbesondere die Zahlung der Investitionskostensätze für Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ nicht eigenmächtig kürzen.

Wer die gesetzlichen Vorgaben und Bedingungen erfüllt, pflegerische Leistungen erbringen zu können, dem darf auch zukünftig nicht verwehrt werden, den Versorgungsvertrag dafür mit den Pflegekassen schließen zu können. Mit Blick auf die demografische Entwicklung brauchen wir keine Einschränkung, sondern die Erweiterung pflegerischer Kapazitäten! Immerhin haben die Pflegekassen einen Sicherstellungsauftrag zu erfüllen. Da sollte es auch in deren Interesse sein, dass das Angebot an pflegerischen Leistungen in allen Regionen groß genug ist, um die steigende Anzahl pflegebedürftiger Menschen versorgen zu können, sodass die Pflegebedürftigen mit ihren Angehörigen entscheiden können, welche Form der pflegerischen Versorgung sie in Anspruch nehmen möchten. Nicht jeder hat An- oder Zugehörige, die im Ernstfall die Pflege zuhause übernehmen können. Es gibt auch Angehörige, die es sich physisch oder psychisch nicht zutrauen zu pflegen, weil die erforderliche Versorgung die persönlichen Kompetenzen übersteigt.

Die Zahl pflegebedürftiger Menschen steigt weiter steil an. Die Bundesregierung geht bis zum Jahr 2055 von einem Anstieg auf etwa 6,8 Millionen Pflegebedürftige aus (+ 37 %). Das geht

Stand: 14.07.2025

---

aus der Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der CDU/CSU-Fraktion<sup>1</sup> im April 2024 hervor. Somit werde auch die Nachfrage nach Angeboten der pflegerischen Versorgung in den nächsten Jahren weiter steigen. Deshalb ist es aus Sicht des AGVP sinnvoll, den Rechtsanspruch auf pflegerische Versorgung im Gesetz zu verankern, um das Risiko zu minimieren, dass Menschen am Ende unversorgt sind.

Wie die Bundesregierung in der Kleinen Anfrage der CDU/CSU-Fraktion weiter ausführt, nehmen private Träger eine „zentrale Rolle bei dem prognostizierten Ausbau der Pflegeinfrastruktur“ ein. Weiter heißt es: „Bereits seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1995 tragen private Träger dazu bei, dass das Angebot an Pflegeeinrichtungen den steigenden Bedarfen für pflegerische Leistungen entsprechen kann und die pflegerische Versorgung der Bevölkerung sichergestellt wird.“ Bei der stationären Versorgung haben private Träger einen Anteil von etwa 43 Prozent. Gut zwei Drittel der Pflegedienste (67,8 %) werden von privaten Trägern betrieben. Kontinuierlich gesunken sind dagegen die Anteile von Diensten in der Hand freigemeinnütziger Träger (zuletzt 30,8 %) und öffentlicher Träger (1,3 %), wie das Statistische Bundesamt 2023 berichtete<sup>2</sup>.

Wenn man die privaten Pflegeunternehmen von heute auf morgen von Versorgungsaufträgen ausschließt oder deren wirtschaftliches Handeln beschränkt, wäre das ein unvorstellbares sozialpolitisches Desaster, denn wer wird künftig noch in den Bau und Ausbau der dringend benötigten pflegerischen Versorgung investieren? Die Wirklichkeit lässt sich nicht kommunal steuern oder gar rekommunalisieren. Wer Spitzenpflege will, muss auch die entsprechenden Rahmenbedingungen schaffen, damit insbesondere die privaten Träger weiter für den Ausbau der benötigten Pflegekapazitäten sorgen. Dazu gehören nicht nur Förderprogramme, sondern auch die Sicherstellung, dass die Länder ihren Investitionsverpflichtungen nachkommen. Das würde ebenfalls dazu führen, dass der Eigenanteil der pflegebedürftigen Personen um 400 bis 600 Euro pro Monat sinken würde.

Zudem wären Steuererleichterungen oder eine erleichterte Abschreibung für Pflegeunternehmen sinnvoll, um Investitionen in den Ausbau pflegerischer Infrastruktur zu fördern.

#### Änderungsvorschlag zu § 9 Satz 2 PKG

Entsprechend der aufgeführten Begründung schlägt der AGVP vor, die vorgesehene Ergänzung des § 9 Satz 2 zu streichen. Zwar können die Landespflegeausschüsse bereits heute an der Sicherstellung der Vorhaltung einer zahlenmäßig ausreichenden pflegerischen Versorgungsstruktur nach § 9 SGB XI und nach § 8a SGB XI an den Pflegestrukturplanungsempfehlungen mitwirken. Die Pflegestrukturplanung hat bisher jedoch nur einen empfehlenden und keinen verbindlichen Charakter. Dies muss auch zukünftig so bleiben.

---

<sup>1</sup> <https://dserver.bundestag.de/btd/20/109/2010990.pdf>, Zugriff am 30.09.2024

<sup>2</sup> [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/05/PD23\\_N029\\_23.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/05/PD23_N029_23.html), Zugriff am 29.09.2024

### **Zu § 11 Abs. 1a Delegationskonzepte**

Mit der vorgesehenen Änderung des Absatzes 1a werden Pflegeunternehmen künftig dazu verpflichtet, sogenannte Delegationskonzepte zur Versorgung zu entwickeln. Dieser Punkt ist ein Ergebnis aus der Konzertierte(n) Aktion Pflege (KAP) der Arbeitsgruppe 3, welches nun umgesetzt werden soll. Es sollen gemeinsame Delegationsleitlinien und Muster-Delegationskonzepte zur Orientierung für die unterschiedlich qualifizierten Beschäftigten in der Pflege entwickelt werden. Die Betriebsräte und andere betriebliche Interessenvertretungen sollen daran beteiligt werden, diese umzusetzen.

Delegations- und Weisungsrechte können jedoch auch in Arbeitsverträgen geregelt werden. Die definierten und gesetzlich festgelegten Vorbehaltsaufgaben in § 4 PflBG regeln bereits, welche Leistungen nur von einer Pflegefachperson auszuführen und nicht delegierbar sind. Neue Konzepte bedeuten neuen Bürokratie- und Zeitaufwand für die Unternehmen. Es muss sichergestellt werden, dass Konzepte, die dazu bereits existieren, fortgeführt werden können und alternativ zu Konzepten auch das Arbeitsrecht Anwendung finden kann.

Ähnlich wie bei den Ärzten haben die unterschiedlich qualifizierten Beschäftigten eine Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflicht bei der Bestimmung, wer Leistungen in welchem Maße und Umfang durchführen darf. Auch das wird oftmals bereits in den Ausbildungsverordnungen geregelt.

### **Verfahrensvorschlag zu § 11 Abs. 1a PKG**

Der AGVP schlägt vor, dem Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB) den Auftrag zur Erstellung eines Musterdelegationskonzeptes zu übertragen, welches dann von den Pflegeunternehmen genutzt und auf die individuellen Gegebenheiten angepasst werden kann.

Stand: 14.07.2025

---

### **Zu § 15 Abs. 7 Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Weiterentwicklung der Pflegebegutachtung**

Aufgrund des öffentlichen Interesses zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen und zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit begrüßt der AGVP die Erstellung eines Berichts durch den GKV-Spitzenverband, den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und den Medizinischen Dienst Bund. Nicht präzisiert ist jedoch, ob der Bericht nur für den internen Gebrauch des Bundesgesundheitsministeriums erstellt wird oder auch veröffentlicht wird. Aufgrund des öffentlichen Interesses an den Zahlen und der Entwicklung der Pflegebegutachtung plädiert der AGVP dafür, den Bericht auch zu veröffentlichen.

#### **Ergänzungsvorschlag zu § 15 Abs. 7 SGB XI**

Der AGVP schlägt vor, den § 15 Abs. 7 um folgenden Satz zu ergänzen:

„Der Bericht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und des Medizinischen Dienstes Bund ist nach Kenntnisnahme durch das Bundesgesundheitsministerium auf der Website des Bundesgesundheitsministeriums zu veröffentlichen.“

### **Zu § 18e Abs. 6 Modellprogramm zur Pflegebegutachtung von qualifizierten Pflegefachpersonen**

Dass Pflegefachpersonen künftig im Auftrag des Medizinischen Dienstes Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durchführen können, ist ein guter Ansatz. So wie sich der Entwurf liest, ist jedoch im Modellprogramm nur die Wiederbegutachtung durch qualifizierte Pflegefachpersonen gemeint und nicht die Erstbegutachtung. Allerdings sollte die Verantwortung und Entscheidungshoheit dann auch komplett auf die Pflege übertragen werden, da die Pflegefachpersonen durch den regelmäßigen Kontakt die Entwicklung der Pflegebedürftigen am besten beurteilen können.

Die Kompetenzerweiterung bietet aus Sicht des AGVP insbesondere älteren Pflegefachpersonen die Chance, länger im Beruf zu verbleiben. Auch diejenigen, die aus der aktiven Pflege ausgeschieden sind, könnten dadurch wieder reaktiviert und für die Begutachtungen beauftragt werden. Wichtig ist, dass die zusätzliche Tätigkeit und die zusätzliche Zeit entsprechend durch die Pflegekassen vergütet werden. Dazu findet sich noch keine Regelung im Gesetzesentwurf. Deshalb regt der AGVP an, in die Begründung des Gesetzes aufzunehmen, dass die zusätzlichen Aufgaben der Pflegefachpersonen im Auftrag des MD vergütungsrelevante Tätigkeiten sind, die zusätzlich durch die Pflegekassen zu vergüten sind.

### **Zu „§ 40a und 40b i.V.m. § 78a Digitale Pflegeanwendung und deren Vergütung**

Bis heute ist noch keine Digitale Pflegeanwendung (DiPa) wirksam zugelassen, gleichwohl viele geeignete Anwendungen entwickelt wurden. Verfahrensvereinfachungen sind deshalb elementar. Die Klarstellung der Leistungserbringer-Ebenen ist hilfreich, ebenso die Erweiterungen der zu erreichenden Zwecke. Beispielsweise hat sich der Hausnotruf zwar etabliert, weil es dafür eine pauschale Basis-Finanzierung durch die Pflegekassen gibt. Allerdings besteht die Lücke bei der Finanzierung der smarten Anschluss-Sensorsysteme. Somit droht, dass viele technologiebasierte Lösungen sich nicht etablieren werden, solange sie reine Selbstzahlerleistungen bleiben.

Deshalb begrüßt der AGVP die Ergänzung des § 78a mit dem neuen Absatz 6a, dass künftig digitale Pflegeanwendungen für bis zu 12 Monate in das Verzeichnis aufgenommen werden können, auch wenn der pflegerische Nutzen noch nicht nachgewiesen werden konnte.

### **Zu §§ 45c Abs 5 (neu) i.V.m. 45h und 92c Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung**

Es ist nachvollziehbar, dass das BMG an der Weiterentwicklung der pflegerischen Konzepte und der Aufnahme neuer wohnortnaher Konzepte zur Verbesserung der Altenpflege interessiert ist. Es ist an der Zeit, die Modellprojekte, die länger als fünf Jahre existieren und die mit einer klaren Empfehlung wissenschaftlich evaluiert wurden, endlich in die Regelversorgung zu übertragen. Vor allem für die pflegebedürftigen Personen, die bereits jetzt in solchen Einrichtungen versorgt werden und sich wohl fühlen, für die Mitarbeitenden und Betreiber würde dadurch die Sicherheit des Fortbestands geschaffen.

Positiv zu bewerten ist, dass mit der vorgeschlagenen Regelung bereits bestehende Modelle unverzüglich mit Inkrafttreten des Gesetzes verlängert und bis zum Vorliegen der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) weitergeführt werden können – aber leider mit der Unsicherheit, ob nach Vorliegen der Empfehlungen die Versorgungsform weiter existieren kann.

Zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege sollen 450 Euro monatlich zur Verfügung stehen. Hinzu kommt ein Basispaket von pflegerischen Maßnahmen, Hilfe im Haushalt, Häuslicher Krankenpflege (HKP) und Betreuungsdienstleistungen, die erbracht werden können. Darüber hinaus gehende Leistungen dürfen auf Wunsch der pflegebedürftigen Person durch Dritte erbracht werden. Der Sachleistungsanspruch für pflegerische Maßnahmen und Hilfe bei der Haushaltsführung bleibt bestehen. Unklar ist jedoch, weshalb bewährte Projekte keinen Bestandsschutz erhalten sollen.

#### **Ergänzungsvorschlag zu § 45h SGB XI**

Der AGVP bittet den Gesetzgeber darum, dass bewährte Wohnformen, die seit mehr als fünf Jahren erfolgreich existieren und bereits positiv evaluiert wurden, einen dauerhaften Bestandsschutz erhalten und in die Regelversorgung zu überführen sind.

Voraussetzung dafür ist, dass die Verträge Regelungen zur Personalausstattung der beteiligten Leistungserbringer, zur Qualitätssicherung, Dokumentation, Finanzierung und zur Vergütung und Abrechnung der Leistungen sowie zur Wahlfreiheit der Versicherten und zur Einbeziehung pflegender Angehöriger und sonstiger pflegender Personen enthalten.

Es kann nicht sein, dass diese bewährten Modelle, z.B. das unter dem Namen „stambulant“ bekannte Versorgungskonzept in Wuhl, durch die Entwicklung neuer Empfehlungen und Richtlinien wieder die Unsicherheit erhalten, dass diese Art der Versorgung in der bewährten Form nicht fortgeführt werden kann. Zudem sind die umfangreichen Investitionen, die in diese Modelle geflossen sind, um eine innovative Versorgung pflegebedürftiger Menschen anbieten zu können, die nicht mehr im eigenen Zuhause versorgt werden können, aber auch nicht in eine klassische stationäre Pflegeeinrichtung wollen, zu würdigen und diese Unternehmen nicht in die Situation zu versetzen, erneut umfangreich investieren zu müssen, um neue Richtlinien erfüllen zu müssen, die erst noch erarbeitet werden sollen.

**Zu § 69 Abs. 2 (neu) Verträge mit Einzelpflegekräften zur Gewährleistung des Sicherstellungsauftrages**

Um den Sicherstellungsauftrag in der Häuslichkeit und auch die Evaluation der Versorgungssituation zu gewährleisten, sollen Pflegekassen Verträge mit Einzelpflegepersonen schließen können. Das sieht der AGVP kritisch, denn durch die Pflegebegutachtung sind beim Medizinischen Dienst bereits rund 4.000 Pflegefachpersonen gebunden, die in der aktiven Pflege dringend benötigt werden. Dass nun auch noch weitere Pflegefachpersonen, insbesondere aus der aktiven Pflege, abgezogen werden könnten, sehen wir äußerst kritisch.

**Änderungsvorschlag zu § 69 Abs. 2 PKG**

Aufgrund der knappen Personalverfügbarkeit sehen wir es nicht als sinnvoll an, dass Einzelpflegepersonen Daten für die Pflegekassen erfassen und auswerten. Deshalb schlägt der AGVP vor, den letzten Satz des Absatzes 2 zu streichen.

### **Zu § 72 (neu) Anpassungen Versorgungsverträge und Umsetzung regionaler Durchschnittsentgelte**

Die für **§ 72 Abs. 1a SGB XI** vorgesehene Anpassung legt nahe, dass der sogenannte **Kontrahierungszwang** aufgelöst werden soll. Das würde bedeuten, wenn ein Pflegeunternehmen künftig alle Voraussetzungen erfüllt, um pflegerische oder Betreuungsdienstleistungen anbieten zu können, sollen die Pflegekassen nicht mehr dazu verpflichtet sein, mit diesem Unternehmen einen Versorgungsvertrag abzuschließen. Vor dem Hintergrund der steigenden Bedarfe an Pflegeleistungen ist diese geplante Änderung völlig absurd. Schon heute kann nicht mehr in allen Regionen Deutschlands eine pflegerische Versorgung sichergestellt werden, insbesondere ambulante Dienste müssen oftmals neue Kunden ablehnen, weil die Versorgungskapazitäten erreicht sind. Mit steigender Lebenserwartung nehmen jedoch auch die schweren und schwerstpflegebedürftigen Fälle zu, die mehrheitlich stationär versorgt werden. Insofern müssen Maßnahmen und Regelungen getroffen werden, damit die Zahl der Versorgungsangebote weiter steigt und nicht durch eine gesetzlich unterstützte Selektion reduziert wird. Wer wird künftig noch in den Ausbau oder die Neugründung von Pflegeunternehmen und -diensten investieren, wenn nach all den getätigten Investitionen unklar ist, ob man überhaupt einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen erhalten wird?

Aus dem Warnsignal der Insolvenzen und Schließungen darf kein Scheitern des Pflegesystems werden!

Der AGVP veröffentlichte die „Deutschlandkarte Heimsterben“. Sie dokumentiert die mittlerweile über 1.264 Insolvenz- und Schließungsfälle seit Anfang 2023, die medial bekannt wurden. Der AGVP geht davon aus, dass insbesondere im ambulanten Bereich deutlich mehr Dienste betroffen sind, die jedoch nicht in der Presse erwähnt wurden. Jetzt brauchen die Unternehmen eine verlässliche Politik, die stabile Rahmenbedingungen garantiert und nicht für noch längere Wartelisten und Verunsicherung sorgt. Ein „Weiter so“ kann sich Deutschland nicht leisten.

Jetzt ist es an der Zeit, für gute wirtschaftliche Rahmenbedingungen zu sorgen und endlich einen Rechtsanspruch auf pflegerische Versorgung umzusetzen, damit die Menschen sich wieder darauf verlassen können, dass man sie nicht im Stich lässt, wenn sie pflege- oder betreuungsbedürftig werden. So wie jedes Kind in Deutschland einen gesetzlich geregelten Anspruch auf einen Betreuungsplatz in einer Kindertagesstätte ab dem ersten Geburtstag hat, muss auch jeder Mensch, der einen Pflegegrad bescheinigt bekommen hat, einen Anspruch auf pflegerische Versorgung haben.

#### **Änderungsvorschlag zu § 72 Abs. 1a PKG**

Entsprechend der aufgeführten Begründung schlägt der AGVP vor, die vorgesehene Ergänzung in § 72 Abs. 1a zu streichen. Wer alle Bedingungen erfüllt, muss auch weiterhin einen Versorgungsvertrag und die Vergütung der pflegerischen Leistungen erhalten.

Weiter schlägt der AGVP vor, analog zum Rechtsanspruch auf einen Kita-Platz im § 24 SGB VIII den Rechtsanspruch auf die pflegerische Versorgung im SGB XI zu verankern.

Der AGVP begrüßt ausdrücklich die **Ausweitung der Umsetzungsfrist nach § 72 Abs. 3b SGB XI** von aktuell zwei auf drei Monate. Der AGVP hatte seit Ende 2022 darauf hingewiesen, dass es oftmals eine Diskrepanz zwischen der Laufzeit der Vergütungsvereinbarung und der verpflichtenden Umsetzung ab Veröffentlichung der neuen Entgelte und damit auch eine Unterfinanzierung gab. Aus Sicht des AGVP ist weiterhin eine Übergangsregelung sinnvoll, mit der festgelegt wird, dass die vereinbarten Entgelte so lange fortgelten, bis eine neue Vergütungsvereinbarung geschlossen und damit eine Refinanzierung gesichert ist. Alternativ

Stand: 14.07.2025

---

müsste die nach dem Februar eines jeden Jahres geltende regionale Durchschnittsvergütung rückwirkend den Pflegeeinrichtungen finanziert werden, wenn die Vergütungsvereinbarung erst nach dem 1. Februar des jeweiligen Jahres geschlossen werden kann.

Ergänzungsvorschlag zu § 72 Abs. 3b PKG

Entsprechend der gemachten Angaben schlägt der AGVP folgende Ergänzung des § 72 vor:

*„Für Pflegeeinrichtungen und ambulante Dienste mit bestehendem Versorgungsvertrag und mit gültigen Vergütungsvereinbarungen sind die neuen Entgelte erst mit Datum der neu geschlossenen Vergütungsvereinbarung umzusetzen.“*

### **Zu § 73a Sicherstellung der pflegerischen Versorgung**

Der AGVP begrüßt ausdrücklich, dass das SGB XI dahingehend ergänzt wird, dass bei längerfristigen Beeinträchtigungen der Leistungserbringung die Belegung im Versorgungsvertrag angepasst werden kann. Das Bundessozialgericht hat in einem Urteil vom 16.05.2013 (B 3 P 2/12 R) klargestellt, dass die Auslastungsquote realistisch angesetzt werden soll und bei ordnungsgemäßer Betriebsführung auch zu einem Unternehmensgewinn führen kann.

Eine wirtschaftliche Betriebsführung ist für die Pflegeeinrichtungen wichtig. Diese ist allerdings oft dadurch nicht möglich, dass aufgrund offener Personalstellen nicht für alle vereinbarten Pflegeplätze auch tatsächlich die pflegerischen Leistungen erbracht werden können. Ergo bleiben diese Betten leer. Dennoch fallen Betriebskosten an, die das Pflegeunternehmen ohne Gegenfinanzierung stemmen muss. Über einen längeren Zeitraum kann das kein Pflegeunternehmen finanziell allein stemmen. In einigen Bundesländern sind deshalb Abweichungen von der vereinbarten Belegungsquote möglich, wenn diese nachgewiesen werden können. Will man die Platzzahl dennoch erhalten, wäre eine entsprechende Vorhaltepauschale, so wie sie im Krankenhaus gezahlt wird, sinnvoll.

Allerdings kommen mit der neuen Regelung auch weitere Berichtspflichten auf die Unternehmen zu. Die Pflegeunternehmen werden künftig verpflichtet, umgehend Leistungsveränderungen an die Pflegekassen zu melden und die Pflegebedürftigen ebenfalls darüber zu informieren. Gemeinsam mit den Pflegekassen und der Heimaufsicht sind dann Maßnahmen zur Sicherung der pflegerischen Versorgung zu treffen. Sinnvoll erachtet der AGVP die vorgesehene Regelung, dass Abweichungen von Qualitätsvorschriften und gesetzlichen Vorgaben in Sondersituationen möglich werden. Jedoch muss sichergestellt sein, dass der Meldeaufwand so bürokratiearm wie möglich gestaltet werden sollte, bspw. über eine Onlinemaske im DCS-Portal.

Interessant und hilfreich ist, dass künftig der GKV-SV alle sechs Monate ab dem 1.1.2025 dem BMG über geschlossene Versorgungsverträge und Pflegeplätze berichten muss und die Pflegekassen für die Bundesländer eine entsprechende Bewertung der Versorgungssituation abgeben müssen. Nicht nachvollziehbar ist, weshalb diese Berichte nur dem BMG zur Verfügung stehen sollen und nicht der Öffentlichkeit, besteht doch auch von Unternehmensseite und vermutlich ebenfalls aus der Perspektive der Pflegebedürftigen und derer Angehörigen ein Interesse daran, zu erfahren, wie es um die Versorgung bestellt ist. Damit könnte der AGVP auf die Fortführung der „Heimsterben-Karte“ verzichten. Daher schlägt der AGVP vor, die Berichte auf der Website des GKV-SV oder des BMG zu veröffentlichen. Denkbar wäre eine vierwöchig verzögerte Veröffentlichung nach Übermittlung an das BMG, um dem BMG genug Zeit zur Kenntnisnahme zu geben.

### **Ergänzungsvorschlag zu § 73a PKG**

Der AGVP schlägt vor, den § 73a SGB XI dahingehend zu ergänzen, dass die Berichte des GKV-SV zeitverzögert auf deren Website oder der Website des BMG der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Schließlich sind es Versichertengelder, die in die Versorgungsstrukturen fließen. Insofern haben die Versicherten auch ein Informationsrecht, wie es mit der Versorgung bestellt ist.

### **Zu § 85 (Neu) Schiedsstellenverfahren**

Der AGVP begrüßt die vorgesehene Anpassung des § 85, dass künftig vor Ablauf der Sechs-Wochen-Frist der Schiedsstellenantrag gestellt werden kann. Allerdings ist nicht nachvollziehbar, weshalb ein solcher Antrag nur gemeinsam von den Vertragsparteien gestellt werden darf. In der Regel ist eine der Vertragsparteien unzufrieden mit dem Vorgehen des Verfahrens (bspw. lange Wartezeiten) oder es stellt sich im Laufe des Verfahrens heraus, dass das zu erwartende Ergebnis nicht auskömmlich für das Pflegeunternehmen sein wird. Zudem ist der Druck für das Pflegeunternehmen deutlich höher, zeitnah zu einem Ergebnis zu kommen, da die Mehrkosten bis zur unterschriebenen Pflegesatzvereinbarung vom Unternehmen vorfinanziert werden müssen. Positiv ist daher, dass das Ergebnis der Schiedsstelle künftig rückwirkend mit dem Datum des Antragseingangs bei der Schiedsstelle gelten wird (vgl. Anpassung in § 85 Abs. 6 Satz 2 ff.).

Wesentlich ist jedoch, dass in allen Verhandlungsfeldern und allen Ländern jederzeit handlungsfähige Schiedsstellen vorhanden sind. § 85 Abs. 5 SGB XI<sup>3</sup> ist vielfach nicht mehr realisierbar, obwohl die Pflegeunternehmen rechtzeitig die Anträge auf eine neue Vergütung stellen, da oftmals auch die Schiedsstellen unterbesetzt oder überlastet sind. In der Vergangenheit ist es bereits vorgekommen, dass Schiedsstellen nicht besetzt und damit handlungsunfähig waren.

#### **Änderungsvorschlag zu § 85 SGB XI**

Der AGVP schlägt vor, die Ergänzung in § 85 Absatz 5 Satz 1 wie folgt anzupassen:

„*der Antrag kann auch von einer Vertragspartei vor Ablauf der sechs Wochen gestellt werden*“.

#### **Verfahrensvorschlag zu § 85 SGB XI**

Der AGVP schlägt vor, dass das BMG mit den Ländern verbindliche Vereinbarungen schließt, die sicherstellen, dass die Schiedsstellen jederzeit handlungsfähig sind und zeitnah entscheiden können. Wie bereits ausgeführt kam es in der Vergangenheit bereits vor, dass Schiedsstellen nicht besetzt und damit handlungsunfähig waren.

---

<sup>3</sup> § 85 Abs. 5 SGB XI: Kommt eine Pflegesatzvereinbarung innerhalb von sechs Wochen nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Pflegesatzverhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 76 auf Antrag einer Vertragspartei die Pflegesätze unverzüglich, in der Regel binnen drei Monaten, fest.

### **Zu § 86a Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen**

Die finanziellen Spielräume der Pflegeunternehmen sind vielerorts mehr als erschöpft. Das zögernde Verhalten der Pflegekassen und Sozialhilfeträger sowie die Herausforderungen bei der Besetzung freier Stellen haben dazu beigetragen, dass die Pflegeunternehmen in eine wirtschaftlich schwierige Lage geraten sind, die sie selbst oft nicht zu verantworten haben. Deshalb begrüßt der AGVP die im neuen § 86a SGB XI vorgesehenen Regelungen, die Vergütungsverfahren zu vereinfachen und damit auch schneller zu Ergebnissen zu kommen.

Als positiv zu bewerten ist, dass künftig eine bevollmächtigte Person von den Pflegekassen gegenüber der antragstellenden Einrichtung benannt werden muss, die für das komplette Vergütungsverfahren die verbindliche Ansprechperson bleibt, die Einigung mit den anderen Pflegekassen koordiniert sowie zeichnungsbefugt sein wird. Zudem sollen künftig mögliche Nachweisanforderungen der Pflegekassen zeitnah nach Antragseingang gestellt werden.

Vereinfachte Verfahren zur Pflegesatzvereinbarung sollen dazu beitragen, zeitnah zu Ergebnissen zu kommen. Allerdings ist nicht eindeutig, ob damit auch eine reduzierte Nachweispflicht einhergeht. Des Weiteren ist unklar, welche Formen der Datenhinterlegung der von den Pflegeunternehmen gemachten Angaben künftig gewählt werden soll und welche Nachweise dazu zu erbringen sind, die diese Angaben belegen. Der AGVP warnt davor, die Bürokratie, die eigentlich reduziert werden sollte, damit wieder zu befeuern.

Die Empfehlungen für schnelle und bürokratiearme Verfahren sollen zwar bindend sein, es bleibt jedoch abzuwarten, inwiefern die Öffnung, dass die Vertragspartner nach § 75 SGB XI davon abweichen können, einer Verbesserung der Verfahren entgegenstehen könnte.

Was im Gesetzentwurf noch nicht enthalten ist, sind Verbesserungen der Verfahren mit den Sozialhilfeträgern nach dem SGB XII. § 84 Abs. 2 Satz 4 SGB XI<sup>4</sup> ist mittlerweile außer Kraft gesetzt, weil der Sozialhilfeträger die mit den Pflegekassen vereinbarten Vergütungssätze eigenmächtig kürzt. Des Weiteren gibt es deutliche Verzögerungen bei der Bescheidung von Anträgen zur „Hilfe zur Pflege“ und damit Zahlungsverzögerung gegenüber den Pflegebedürftigen (Negativbeispiel Berlin: Bearbeitungszeit von Anträgen: 1,5 Jahre). Pflegeunternehmen senden teilweise monatlich Mahnungen an die betroffenen Pflegebedürftigen, was die Unternehmen selbst als menschenunwürdig empfinden, ihnen jedoch keine andere Wahl bleibt. Zudem berichten Unternehmen von Kürzungen der Leistungszahlungen zu Lasten der Pflegeunternehmen, bspw. bei unvollständigen Angaben durch Pflegebedürftige bei Anträgen zur „Hilfe zur Pflege“. Hier muss eine angemessene Frist durch den Sozialhilfeträger an die pflegebedürftige Person gesetzt werden, um die Angaben vervollständigen zu können, bevor es zu Kürzungen kommt.

#### **Änderungsvorschlag zu § 86a XI sowie im SGB XII „Hilfe zur Pflege“**

Der AGVP schlägt vor, folgende Ergänzungen im § 86a vorzunehmen:

- Die Refinanzierung der Vermittlungskosten für Pflegepersonal aus dem Ausland sowie Mehrkosten für Springerpools muss gesichert sein, wenn die entstandenen Kosten nachgewiesen werden können.
- Beantragte Personalkosten der Verwaltung müssen mit entsprechenden Nachweisen als wirtschaftlich anerkannt werden. Eine gut organisierte Verwaltung trägt zum wirtschaftlichen Handeln und zur effizienten sowie effektiven Organisation und Durchführung pflegerischer Leistungen bei.

---

<sup>4</sup> § 84 Abs. 2 Satz 4 SGB XI: Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen.

- Neue Pflegesätze müssen bei einer langen Verfahrensdauer von mehr als sechs Wochen rückwirkend gelten (zum Datum der Antragstellung), denn das wirtschaftliche Risiko der Zahlungsfähigkeit verbleibt allein bei den Pflegeunternehmen, die die gestiegenen Kosten in der Zeit vorfinanzieren müssen.
- Die Zahlung von Verzugszinsen für die Pflegekassen an die Pflegeunternehmen muss möglich werden, wenn Fristen kassenseitig oder von der Schiedsstelle nicht eingehalten werden können, da Pflegeunternehmen aktuell das alleinige finanzielle Risiko tragen und oftmals nicht über die liquiden Mittel für eine langfristige Querfinanzierung verfügen.
- Kann keine neue Pflegesatzvereinbarung nach § 85 Abs. 5 SGB XI abgeschlossen werden, obwohl das Pflegeunternehmen alle Bedingungen und Fristen erfüllt hat, gelten die beantragten Pflegesätze mit Datum der Antragstellung als genehmigt (sogenannte Genehmigungsfiktion).
- Um Bürokratie abzubauen, fordern die Pflegekassen nur Nachweise ein, wenn die Angaben des Pflegeunternehmens nicht plausibel dargestellt wurden.

Des Weiteren muss im Kapitel 7 im SGB XII sichergestellt sein, dass die Verfahren zur „Hilfe zur Pflege“ zeitlich planbar werden und damit alle Beteiligten die Sicherheit haben, die zustehende Vergütung zu erhalten. Mit steigender Zahl der Sozialhilfefälle in den stationären Pflegeeinrichtungen steigen auch die finanziellen Risiken für die Pflegeunternehmen, da unklar ist, wann die offenen Forderungen durch den Sozialhilfeträger beglichen werden. Zudem können die Verluste nicht an die Erben übertragen werden, wenn eine pflegebedürftige Person verstirbt, bevor der Antrag beschieden werden konnte (sogenanntes Abtretungsverbot). Das betroffene Pflegeunternehmen bleibt dann auf den verauslagten Kosten sitzen. Deshalb müssen die Sozialhilfeträger dazu verpflichtet werden, die Anträge zur Hilfe zur Pflege innerhalb einer angemessenen Frist von maximal sechs Wochen (analog dem Antragsverfahren zur Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst) zu bearbeiten. Zudem müssen die Sozialhilfeträger dazu verpflichtet werden, die Zahlung von Pauschalen der Hilfe-zur-Pflege-Sätze an Antragstellende auszuführen, wenn die Sechs-Wochen-Frist nicht durch den Sozialhilfeträger eingehalten werden kann, damit die betroffenen Pflegebedürftigen ihre Pflegeleistungen bezahlen können. Bei verspäteter Bescheidung wäre auch die Option der Zahlung von Verzugszinsen zu prüfen, analog dem Verfahren gegenüber den Pflegekassen.

### **Zu den Änderungen in § 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen**

Im § 113c soll es einige Änderungen geben, die der AGVP begrüßt, sollen sie doch dazu beitragen, dass die vorhandenen Personalressourcen sinnvoller und bedarfsgerechter eingesetzt werden können, z.B. werden im Abs. 3 und Abs. 5 weitere Professionen ergänzt, die über die Mindestpersonalvorhaltung zusätzlich angestellt werden können, um die Pflegefachkräfte zu entlasten. Es muss allerdings auch sichergestellt sein, dass das zusätzliche Personal entsprechend refinanziert wird und nicht von den Pflegebedürftigen allein zu tragen ist.

Allerdings kommen mit der Anpassung im § 113c Abs. 3 auch neue Berichtspflichten auf die Unternehmen zu, die Maßnahmen zur Organisationsentwicklung durchführen sollen, um die Umsetzung der neuen Personalbemessung zu begleiten. Dazu soll eine unabhängige Institution beauftragt werden, die Umsetzung der Personalbemessung zu begleiten, Schulungsmaßnahmen zu entwickeln und durchzuführen, sowie fachliche Informationen, Assessmentinstrumente und Konzepte zum Kompetenzerwerb für die unterschiedlichen Qualifikationsbereiche zu entwickeln (vgl. § 113c Abs. 9). Wichtig ist jedoch, dass die Verordnungen auf Landesebene mit den neuen Qualifikationsvorgaben angepasst werden, sodass auch eine zeitnahe Umsetzung der neuen Personalbemessung nach § 113c und damit eine adäquate Vergütung für die Unternehmen stattfinden kann.

Stand: 14.07.2025

---

**Zu § 123 Abs. 1 (neu) regionalspezifische Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und vergleichbar Nahestehende vor Ort und im Quartier**

Der AGVP begrüßt die Förderung regionalspezifischer Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige, ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden vor Ort und im Quartier. Allerdings sollte der Förderzeitraum nicht schon im Jahr 2025 beginnen, da es unwahrscheinlich ist, dass das PKG noch in 2025 in Kraft treten wird.

**Änderungs- und Verfahrensvorschlag für § 123 Abs. 1 (neu) SGB XI zu den Fristen**

Um kein Kalenderjahr der Förderung zu verschenken, schlägt der AGVP vor, den Förderzeitraum im Absatz 1 erst mit dem Kalenderjahr 2026 beginnen zu lassen und das Förderende in das 2030 zu verlagern.

### **Zu § 125a Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege**

Die Digitalisierung in der Altenpflege zu fördern, ist wichtig, um die Akzeptanz im täglichen Einsatz zu erhöhen und die Potenziale aufzuzeigen, die die Digitalisierung mitbringt. Des Weiteren ist die Vernetzung der unterschiedlichen Akteure auch über die reine Fachpflege drüber hinaus wichtig, um die sektorübergreifende Zusammenarbeit auch endlich in die Praxis umzusetzen und Synergien der multiprofessionellen Zusammenarbeit für die Verbesserung der pflegerischen Versorgung, aber auch zur Entlastung und zum Bürokratieabbau zu nutzen.

Der AGVP begrüßt daher die Aufnahme telepflegerischer Versorgung im SGB XI, allerdings sind Modellvorhabenregelungen viel zu wenig. In der Pflege gibt es bereits regionale Modellprojekte, welche telematische Infrastruktur nutzen. Dadurch werden Pflegefachkräfte insbesondere im ländlichen Raum entlastet, was bereits im Telepflege-Projekt<sup>5</sup> von der Vita-Akademie, den Johannitern und GewiNet unter der Schirmherrschaft des AGVP in Niedersachsen erprobt wurde. Mit der nach ISO 27001 und TÜV zertifizierten Software eVi® (elektronische Visite) wurde die pflegerische Primärversorgung in der Region Oldenburg unterstützt.

Der AGVP ist davon überzeugt, dass mit der Vernetzung weiterer Versorgungsbereiche (Apotheken, Therapeuten, ärztliche Versorgung) ein gesamtgesellschaftlich bedeutsamer Lösungsansatz zur Sicherung der öffentlichen Daseinsvorsorge geliefert werden kann. Die Aufnahme telemedizinischer und telepflegerischer Dienste ist wichtig, um vor allem in ländlichen Regionen die pflegerische und ärztliche Komplexversorgung zukunftsfähig aufzustellen. In der Dermatologie zeigen Apps wie Skinive, Dermanostic etc. wie Patienten schnell und fachärztlich validiert im Kontakt mit KI-Systemen bzw. telemedizinischen Zentren behandelt werden können. Die dermatologische Diagnostik und Therapiekontrolle verbessert die Qualität (auch der Dokumentation), löst das Problem des Facharztmangels und gibt den Pflegefachpersonen die Möglichkeit, den zu Pflegenden fachgerecht und abgesichert zu helfen.

Mit Blick auf die Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen und den sich gleichzeitig verschärfenden Fachkräftemangel müssen die Möglichkeiten der Telepflege daher schneller als Regelversorgung etabliert werden. Insbesondere wenn man den Aspekt der erweiterten heilkundlichen Leistungen mit einbezieht, die künftig von Pflegefachpersonen ausgeführt werden können, gibt es viel Potential, das noch nicht oder unzureichend berücksichtigt wird. Daher unterstützt der AGVP gern bei der Erarbeitung der Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse aus den Modellvorhaben in die pflegerische Versorgung.

---

<sup>5</sup> Weiterführende Informationen erhalten Sie auf der Projekt-Homepage: <http://projekt-telepflege.de/>

### **Zu § 125c Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung**

Der AGVP begrüßt die Möglichkeit, künftig Pflegesätze über ein digitales Verfahren vereinbaren zu können. Dass die Digitalisierung von Prozessen zur Beschleunigung und zu effizienteren Verfahren führen kann, sehen wir in anderen Bereichen, z.B. der „Fast Lane“ in Bayern, womit die Anerkennung ausländischer Abschlüsse deutlich beschleunigt werden konnte.

Da die digitale Verhandlung erstmal erprobt und die Bedingungen dafür durch den Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-SV) festgelegt werden sollen, plädiert der AGVP dafür, Pragmatismus walten zu lassen und das Modellvorhaben schlank und praktikabel zu gestalten, sodass möglichst viele Pflegeunternehmen daran teilnehmen können.

Zudem müssen die Unternehmen die Mehraufwände, die ihnen dafür entstehen, in den Pflegesatzverhandlungen vollumfänglich geltend machen können.

#### **Ergänzungsvorschlag zu § 125c PKG**

Entsprechend der Ausführungen schlägt der AGVP vor, in der Begründung den Satz aufzunehmen, dass die in den Jahren 2026 und 2027 durchzuführenden Modellvorhaben so gestaltet werden sollen, dass möglichst vielen Pflegeunternehmen die Teilnahme ermöglicht werden kann.

Zudem müssen die technischen Anforderungen so gestaltet werden, dass auch Pflegeunternehmen in Regionen mit schwacher Netzabdeckung, in denen es noch keinen Internetzugang über Glasfaser gibt, die Teilnahme ermöglicht werden kann.

## **Artikel 3 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

---

### **Zu § 15a Pflegerische Leistungen und heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen**

Der AGVP begrüßt die gesetzliche Definition zur Erbringung pflegerischer und heilkundlicher Tätigkeiten. § 14 PflBG ermöglicht bereits jetzt im Rahmen von Modellvorhaben den Erwerb erweiterter Kompetenzen für heilkundliche Aufgaben. Die Fachkommission nach § 53 PflBG entwickelte bereits standardisierte Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen, die vom BMG und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geprüft und genehmigt sind. Umso wichtiger ist es, dass die Erkenntnisse nun regelhaft in die Versorgung übertragen werden. Bisher war die Ausübung nur den akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen möglich. Da die Pflegefachpersonen, die künftig die in § 15a definierten Leistungen erbringen können, auch eine entsprechend höhere Vergütung erhalten werden, muss sich dies in den Vergütungsrichtlinien im SGB XI und damit in der Refinanzierung widerspiegeln. Insbesondere, wenn die regional übliche Durchschnittsvergütung angewendet wird, wird vermutlich der 10 %-ige Spielraum in der Vergütung nicht ausreichen, um die Löhne zu den weiteren Qualifikationsstufen abgrenzen zu können. Daher plädiert der AGVP dafür, den § 82c Abs. 2 so anzupassen, dass mehr als 10 % von der regional üblichen Durchschnittsvergütung nach oben abgewichen werden kann.

Mit der Erweiterung der heilkundlichen Leistungen müssen auch die Kompetenzen in der Pflege neu definiert werden – nicht nur bei der Verschreibung von Hilfsmitteln. Während in Krankenhäusern bei der Erweiterung der heilkundlichen Leistungen jederzeit auch ärztliches Personal als „back-up“ herangezogen werden kann, ist dies in der ambulanten und stationären Pflege nicht der Fall (im Gegensatz zu vielen europäischen Ländern). Umso mehr gilt es sicherzustellen, dass hier der Anspruch – mehr Verantwortung auf Pflegepersonen zu übertragen – und die Wirklichkeit von Rollendefinition und Befähigung zusammenpassen.

#### **Anpassungsvorschlag zu § 82c Abs. 2 SGB XI im Zuge der Einführung des § 15a SGB V**

Der AGVP schlägt vor, den § 82c Abs. 2 SGB XI dahingehend anzupassen, dass künftig mehr als 10 % nach oben von der regional üblichen Durchschnittsvergütung abgewichen werden kann, um die Pflegefachpersonen mit der Ausübung der heilkundlichen Tätigkeiten entsprechend vergüten zu können und diese Vergütung nicht als unwirtschaftlich abgelehnt zu bekommen. Das sichert sowohl die Pflegefachpersonen als auch die Pflegeunternehmen ab, dass die vermehrten Aufwände auch entsprechend honoriert werden. Erst wenn die Vergütung abgesichert ist, findet eine echte Aufwertung und Anerkennung der zusätzlichen Qualifikation statt.

### **Zu § 73d Selbständige Erbringung von Pflegeleistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung**

Mit Blick auf den Fachkräftemangel in allen Berufen müssen wir die Chancen nutzen, besser verzahnt zu arbeiten und dadurch auch fachpflegerische Tätigkeiten weiter aufzuwerten. Für die Weiterentwicklung der gesamten pflegerischen Versorgung ist es wichtig, dass entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen das Vertrauen der Ärzte erhalten, ärztliche Tätigkeiten durchführen zu können. Es bleibt abzuwarten, wie umfangreich der Katalog gestaltet wird mit den heilkundlichen Leistungen, die Pflegefachpersonen künftig selbständig nach ärztlicher Diagnose erbringen können. Mit dieser Form der Delegation verbleibt die Haftung bei den Ärzten.

Insbesondere in der häuslichen, aber auch in der stationären Altenpflege kann die Möglichkeit, Folgeverordnungen auszustellen und auch die erforderlichen Hilfsmittel dazu mitverschreiben zu können, zu einer deutlichen Aufwertung der Fachkrafttätigkeit, aber auch zu einer besseren Versorgung für die pflegebedürftige Person führen, da eine zeitnahe ärztliche Versorgung insbesondere für bettlägerige Personen schwer realisierbar ist. Umso wichtiger ist die Ergänzung im Punkt 3., dass künftig interprofessionell zusammenzuarbeiten ist.

Es gab bereits einige Modellprojekte, die die Verzahnung der verschiedenen Professionen förderten. Nachweislich konnten in Projekten, wie dem Berliner Modellprojekt, Notarztbesuche und Krankenhauseinweisungen verringert und damit die Versorgung zielgerichtet an die Pflegebedürftigen angepasst werden. Insbesondere in strukturschwachen Gebieten ist eine sektorenübergreifende und multidisziplinäre Zusammenarbeit zwingend notwendig, um überhaupt eine pflegerische und medizinische Versorgung sicherstellen zu können. Noch ist jedoch unklar, wie die Vergütung der Pflegefachpersonen erfolgt, die ärztliche Tätigkeiten übernehmen werden.

Die „Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal“<sup>6</sup> enthält etwa 50 Leistungen, für die zusätzlich die entsprechenden Mindestqualifikationen gelistet sind. Der zeitliche und personelle Aufwand ist in einem transparenten Verfahren zu berechnen, einschließlich des zusätzlichen Dokumentationsaufwands und der Schulungen und diese entsprechend zusätzlich zu vergüten.

---

<sup>6</sup> [https://www.kbv.de/media/sp/24\\_Delegation.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/24_Delegation.pdf), Zugriff am 28.09.2024

## **Weitere Vorschläge für Anpassungen, die bisher nicht im Pflegekompetenzgesetz enthalten sind**

---

### **Ausbildungskosten aus den Eigenanteilen der Pflegebedürftigen lösen**

Der AGVP gibt zu bedenken, dass noch immer die Ausbildungskosten anteilig von den Pflegebedürftigen in der Altenpflege zu tragen sind. Bisher wurde dazu von der vorherigen Regierung noch nichts auf den Weg gebracht. Verbesserungen der Pflegeausbildungen wirken sich auch auf die Eigenanteile der Pflegebedürftigen aus, denn i.d.R. geht eine Verbesserung der Qualifizierung des Personals mit einem Anstieg der Kosten einher. Mit Blick auf die permanent steigenden Zuzahlungen für die Pflegebedürftigen sieht es der AGVP nun geboten, endlich die Ausbildungskosten aus den Eigenanteilen herauszulösen.

### **Steuerfreiheit für Zuschläge für in der Pflege beschäftigte Personen**

Ein weiteres Vorhaben der Vorgängerregierung wurde bisher ebenfalls noch nicht umgesetzt: Steuererleichterungen für in der Altenpflege Beschäftigte. Es ist an der Zeit, die Zuschläge für in der Pflege Beschäftigte regelhaft steuerfrei zu stellen, damit die Beschäftigten sofort mehr Netto und damit auch die Wertschätzung der anstrengenden Tätigkeiten erhalten. Änderungen in § 3 im Lohnsteuer-Handbuch (LStH) sind im Omnibusverfahren in dem PKG zu ergänzen.

### **Diabetes-Management**

Die Selbstverwaltungspartner sollen verbindlich aufgefordert werden, folgende Leistungen als Pflegeleistung aufzunehmen:

- das Diabetes-Management per CGM-Systemen (Kontinuierliche Glukosemessung)
- die Begleitung aufwändiger Insulinpumpensysteme und
- das Diabetesmanagement in besonders aufwändigen Situationen (hier typisch: Schulkinder).

Aktuell wird die Blutzuckermessung herkömmlich über den Stich in den Finger gemessen, weil die moderne Diagnostik nicht oder nicht umfänglich refinanziert wird. Des Weiteren werden aufwändige Insulinpumpensysteme bei fehlender Eigenmanagementkompetenz entzogen, weil dem Pflegepersonal nicht die Zeit vergütet wird, entsprechend die Betroffenen zu schulen und aufzuklären und der erhebliche Aufwand finanziell nicht abgedeckt ist. Zudem muss die Versorgung in besonderen Situationen (z.B. in der Schule) abgelehnt werden, weil diese Versorgung nicht annähernd refinanziert wird. Oft bleibt nur eine aufwändige, langwierige Einzelfall-Preis-Verhandlung. Daher plädiert der AGVP für die Aufnahme dieser genannten Leistungen in das Vergütungssystem der Pflegekassen, insbesondere in die Leistungskomplex-Kataloge für die ambulante Pflege.

### **Anerkennung der Pflege- und Betreuungsangebote in der häuslichen Betreuung (Live-In-Betreuung)**

Der AGVP setzt sich dafür ein, dass die professionellen Betreuungsdienstleistungen in privaten Haushalten als Teil der Versorgungskette in Deutschland anerkannt werden. Es muss endlich politisch anerkannt werden, welche wertvolle Arbeit durch professionelle Betreuungspersonen in der häuslichen Pflege geleistet wird. Die verfügbaren ambulanten, stationären und kommunalen Angebote können diese Bedarfe bereits jetzt nicht flächendeckend erfüllen.

Deshalb wächst der Pflegemarkt der professionellen häuslichen Betreuungsleistungen (sog. Live-In) aufgrund der zunehmenden Nachfrage von Pflegebedürftigen und Angehörigen stark.

Stand: 14.07.2025

---

Branchenangaben von ca. 400.000 privaten Haushalten, die von ca. 700.000 Betreuungskräften innerhalb eines Jahres versorgt werden, zeugen davon, wie wichtig diese Form der Betreuung als Unterstützung für Menschen ist, die gern und bewusst eins zu eins in ihrem Zuhause versorgt werden wollen. Dabei bietet diese Versorgungsform bei den Betroffenen meist die einzige Möglichkeit, um in der Häuslichkeit zu verbleiben.

Professionelle Betreuungsdienstleistungen bilden den niedrighschwelligen Einstieg in die häusliche Betreuung und sind, ähnlich wie die Betreuung und Pflege durch Angehörige, eine wichtige Möglichkeit zur Begleitung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Deutschland. Vor allem in den Regionen, in denen die Versorgungsangebote der professionellen Pflege bereits sehr knapp oder nicht vorhanden sind, ermöglichen die Betreuungsdienstleistungen in der Häuslichkeit eine wichtige Grundversorgung. Nichtsdestotrotz gilt die Versorgung über Betreuungsdienste im häuslichen Umfeld als sogenannte rechtliche Grauzone, was die Betroffenen und Angehörigen verunsichert.

### **Die Anerkennung der bereits existierenden und nachgefragten Pflege- und Betreuungsangebote ist aus Sicht des AGVP essenziell, um**

- den Pflegebedürftigen die Wahlfreiheit der Versorgung auch zukünftig zu ermöglichen und damit die individuellen Versorgungswünsche zu akzeptieren,
- die Wirtschaftlichkeit der Pflegeleistungen zu gewährleisten und damit auch die finanzielle Belastung für Pflegebedürftige, Angehörige und Sozialhilfeträger zu minimieren,
- einen gesunden Wettbewerb und damit auch Weiterentwicklung, Investitionen und Innovationen zu fördern.

Dem AGVP ist sehr daran gelegen, sowohl den dienstleistungserbringenden Unternehmen als auch den betroffenen Haushalten eine rechtssichere Grundlage zu schaffen, die nicht die Dienstleistungserbringung so massiv erschwert oder noch weiter verteuert, dass die Mehrzahl der Haushalte sich die wichtige Form der Versorgung nicht mehr leisten kann. Um dies umzusetzen, schlagen wir folgende vier Punkte vor:

#### **1. Professionelle Betreuungsdienstleistungen in häuslicher Umgebung müssen als eigenständiger Sektor in der gesamtpflegerischen Versorgung anerkannt werden.**

Im SGB V und SGB XI sind bereits die Betreuung und Pflege in der Häuslichkeit durch zugelassene Pflegedienste und Angehörige geregelt – nur noch nicht die Leistungen der professionellen Betreuungskräfte inkludiert, obwohl diese quasi wie Zugehörige behandelt werden. Die wesentlichen Aufgaben der Betreuungskräfte umfassen neben der Grund- und Körperpflege auch Aufgaben der hauswirtschaftlichen Versorgung und Alltagsbegleitung. Eine entsprechende Ergänzung des SGB XI, z.B. in den §§ 3, 4, 8 Abs. 2 SGB XI und damit auch die Anerkennung und Abrechenbarkeit der häuslichen Betreuung durch professionelle Betreuungskräfte sind längst überfällig.

Der AGVP schlägt weiter vor, dies mit einem eigenen Kapitel „Professionelle häusliche Betreuung“ in das Sozialgesetzbuch XI zu integrieren oder ein eigenes Hausbetreuungsgesetz zu verabschieden. Die pflegebedürftige Person soll selbst entscheiden, welche Leistungen mit dem nach dem Pflegegrad zustehenden Pflegegeld finanziert werden. Dazu muss auch die Finanzierung des Vertrags mit einer professionellen Betreuungskraft, bzw. mit einem auf die Erbringung dieser Dienstleistungen spezialisierten Unternehmen, möglich werden. Ähnlich dem Betreuungsgeld für die Betreuung von Kindern in der Häuslichkeit, welches 2015 in die Länderverantwortung übergang, wäre auch ein Betreuungsgeld für die häusliche

Betreuung denkbar, z.B. wenn eine Betreuung durch Angehörige nicht oder nicht ausreichend sichergestellt werden kann.

## **2. Die Kooperation mit fachpflegerischen Angeboten und damit auch die Abrechnung der Betreuungsleistungen über die Pflegekassen muss möglich werden.**

Die Kombination von professionellen Betreuungsdienstleistungen in der Häuslichkeit und der professionellen Fachpflege muss endlich möglich werden, um eine ganzheitliche bedarfsgerechte und individuelle pflegerische Versorgung entsprechend den Wünschen der Pflegebedürftigen anbieten und abrechnen zu können.

Es sollten Schnittstellen mit der ambulanten Pflege geschaffen werden, um die häusliche Betreuung durch fachpflegerische Angebote ergänzen und abrechnen zu können. Fachliche Kompetenzen der Betreuungskräfte können mit regelmäßigen Schulungen und Weiterqualifizierung ausgebaut werden und für die Abstimmung der Versorgung der Pflegebedürftigen mit ambulanten Diensten sehr nützlich sein, um eine Hand-in-Hand-Versorgung sicherstellen zu können. Pflegefachkräfte können sich dann stärker auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren. Denkbar wäre auch, die Beratungsmöglichkeiten nach § 37 Abs. 3 SGB XI für die Beratung und Anleitung der Betreuungskräfte zu nutzen.

In Nordrhein-Westfalen wurde bereits ein erprobtes System entwickelt, dass die Leistungen auf Landesebene anerkennt. Um dies im SGB XI zu verankern, hatte der Gesetzgeber schon eine Formulierung im Arbeitsentwurf zur Pflegereform vom 15.03.2021 zum § 45f SGB XI ab Seite 37 ff. vorgeschlagen. Doch zur Verabschiedung kam es dann nicht mehr. Der AGVP fordert den Gesetzgeber daher auf, den Entwurf des § 45f SGB XI in das PKG aufzunehmen und zu beschließen. Die Bundesländer könnten durch Rechtsverordnungen das Nähere über die Anerkennung der Angebote von Leistungen zur Unterstützung in der häuslichen Betreuung regeln. Eine bundeseinheitliche Lösung mit identischen Zugangsvoraussetzungen sollte bevorzugt werden, um einen Flickenteppich unterschiedlicher Regelungen zu vermeiden und den bundesweit tätigen Unternehmen einheitliche Rahmenbedingungen zu ermöglichen.

## **3. Die Beschäftigung von professionellen Betreuungskräften in privaten Haushalten muss arbeitsrechtlich in Deutschland anerkannt werden.**

In der häuslichen Betreuung werden seit vielen Jahren verschiedene Betreuungsmodelle angewandt. Diese Vielfalt muss anerkannt werden. Beratungs- und Betreuungsdienstleister vermitteln seit Jahren Betreuungspersonal über die Entsendung oder selbständige Betreuungspersonen.

Für alle Modelle ist es essenziell, dass diese für die Betroffenen bezahlbar bleiben müssen. Sinnvoll ist daher, rechtssichere Rahmenbedingungen zur Erbringung von Dienstleistungen in der Häuslichkeit zu schaffen und die Ausgestaltung den Vertragspartnern zu überlassen, die diese Dienstleistungen in Anspruch nehmen möchten. Es macht keinen Sinn, eine Maximalregelung anzustreben und damit die Dienstleistungen soweit zu verteuern, dass sie sich nur noch die finanziell wohlhabenden Menschen leisten können. Das ist in der Mehrheit nicht die Zielgruppe, die solche Betreuungsleistungen beauftragt. Aktuell zahlen die Haushalte je nach Leistungsumfang und Qualifikation der Betreuungskraft zwischen 2.600 und 4.000 Euro pro Monat für die häuslichen Betreuungsdienstleistungen. Zudem würde eine Maximalregelung die Leistungen so stark verteuern (z.B. wie es in dem Modellprogramm vorgesehen war, welches die ehemalige Pflegebeauftragte der Bundesregierung, Claudia Moll) und das BMAS erarbeitet hatten), dass der AGVP

befürchtet, dass genau der gegenteilige Effekt eintreten würde – die Betreuungspersonen wechseln in die Schwarzarbeit und den Privathaushalten wäre damit gar nicht geholfen.

Für entsendetes Betreuungspersonal ist die Schaffung einer arbeitsrechtlichen Regelung wichtig, sodass Arbeitszeiten klar definiert werden und von Bereitschaftszeiten, wie bspw. Rufbereitschaft, abgegrenzt werden. Für die Bereitschaftszeit muss eine Sonderregelung geschaffen werden. Hintergrund ist, dass bei der Betreuung im häuslichen Umfeld zwar die Arbeitszeit festgelegt werden kann. Eine Differenzierung zwischen Bereitschaftszeiten und Ruhezeit, bzw. Freizeit, ist hingegen aufgrund der gemeinsamen Wohnsituation nicht oder nur eingeschränkt möglich. Denkbar wäre daher die Aufnahme in den § 14 Abs. 2 Punkt 2 des Vierten Abschnitts ArbZG. Alternativ kann der Bund eine Rechtsverordnung nach dem § 15 Abs. 2 und 2a ArbZG erlassen, mit der eine für den Bereich der häuslichen Betreuung speziellen Arbeitszeitverordnung Rechtssicherheit geschaffen werden kann, die im Einklang mit der europäischen Entsenderichtlinie steht. Als weitere Alternative ist die räumliche Trennung eine Option. Das würde bedeuten, dass die Betreuungskräfte gar nicht in der Häuslichkeit mit der pflegebedürftigen Person zusammenwohnen, sondern in einer eigenen Unterkunft untergebracht sind, um dadurch auch Arbeitszeit und Ruhezeit klarer trennen zu können.

Auch für selbständige Betreuungskräfte müssen Mindeststandards sichergestellt sein: Sie müssen umfassend geschult und informiert sein und wissen, wie sie sich selbst vor Entgrenzung des Arbeitsaufwands schützen. Sie müssen ihre Ruhe- und Freizeiten selbst planen und bei Abweichungen entsprechenden Ausgleich einfordern oder weitere Dienstleister mit in das Pflegesetting integrieren. Auf Basis eines Bedarfsprofils sollte der Aufgabenbereich der Betreuungskraft dokumentiert und ein Arbeitsplan skizziert werden, der einer Entgrenzung Einhalt gebieten und nötige Erholungszeiten sicherstellen kann. Wenn sich zudem zwei Betreuungskräfte regelmäßig abwechseln, ist eine weitere Regelung zur besseren Vereinbarung von beruflicher Tätigkeit gesetzt und die Betreuungsqualität nachhaltiger gesichert.