

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)105(11)
gel. VB zur öffent. Anh. am
10.05.2023 - PUEG
09.05.2023

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 05.05.2023

**zum Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und
Entlastung in der Pflege
(Pflegeunterstützungs– und –entlastungsgesetz – PUEG)
vom 05.04.2023**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv–spitzenverband.de
www.gkv–spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	4
II. Stellungnahme zum Gesetzentwurf	8
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	8
§ 7a – Pflegeberatung	8
§ 8 – Gemeinsame Verantwortung	9
§§ 18 bis 18e – Verfahren der Begutachtung	11
§ 18 – Beauftragung der Begutachtung	12
§ 18a – Begutachtungsverfahren	15
§ 18b – Gutachten	19
§ 18c – Entscheidung über den Antrag	20
§ 18c – Entscheidung über den Antrag (Heilmittlempfehlung und Hilfs- und Pflegehilfsmittlempfehlungen)	23
§ 18d – Berichtspflichten	25
§ 18e – Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung	27
§ 30 – Dynamisierung	29
§ 40a – Digitale Pflegeanwendungen	31
§ 40b – Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen	32
§ 55 – Beitragssatz, Beitragssatzdifferenzierung nach Kinderzahl	33
§§ 58, 59 und 59a – Tragung der Beiträge	37
§ 61a – Beteiligung des Bundes an Aufwendungen	38
§ 75 – Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung	39
§ 78a – Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung	41
§ 82c – Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen	42
§ 113b – Maßstäbe und Grundsätze	44
§ 113b – Maßstäbe und Grundsätze	45
§ 113c – Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen	47
§ 125a – Modellprogramm Telepflege	51
§ 125b – Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege	52
§ 135 – Zuführung der Mittel	55
Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	56
§ 36 – Pflegesachleistung	56
§ 37 – Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen	57
§ 42a – Pflegerische Versorgung bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson	58
§ 43c – Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen	61

§ 44a – Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung	62
§ 46 – Pflegekassen.....	63
§ 108 – Auskünfte an Versicherte	64
Artikel 5 (Änderung der Beitragsverfahrensverordnung).....	65
§§ 2 und 8 – Beitragsberechnungsvorgang, Entgeltunterlagen.....	65
Artikel 6 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	67
§ 23 – Medizinische Vorsorgeleistungen.....	67
§ 24 – Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter	68
§ 40 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.....	69
§ 41 – Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter	73
§ 60 – Fahrkosten.....	74
§ 111 – Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.....	75
§ 341 – Elektronische Patientenakte	76
II. Ergänzender Änderungsbedarf.....	77
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch).....	77
§ 8 SGB XI – Gemeinsame Verantwortung.....	77
§ 105 – Abrechnung pflegerischer Leistungen	78
§ 106 b Abs. 4 SGB XI – Finanzierung der Einbindung der Pflegeeinrichtung in die Telematikinfrastruktur.....	80
§ 150 SGB XI – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige	81
§ 154 SGB XI – Ergänzungshilfen für stationäre Pflegeeinrichtungen zum Ausgleich steigender Preise für Erdgas, Wärme und Strom.....	82
Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).....	84
§ 219d – Nationale Kontaktstellen	84
§ 293 SGB V – Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer	85
§ -302 SGB V – Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer	85

I. Vorbemerkung

Die gemeinschaftliche Absicherung des Einzelnen vor dem Risiko einer finanziellen Überforderung durch Pflegebedürftigkeit zählt zu einer der größten sozialpolitischen Errungenschaften in Deutschland. Zu Recht stellt die soziale Pflegeversicherung eine international hoch beachtete Institution dar, da sie der vulnerablen Gruppe der auf Pflege angewiesenen Menschen und ihren Familien eine verlässliche und auf das individuelle Versorgungssetting zugeschnittene Unterstützung zur Seite zu stellt.

Insbesondere in Zeiten der Pandemie hat die soziale Pflegeversicherung enorme Resilienz und Stabilität gezeigt, indem sie schnell und unbürokratisch für die Betroffenen einen Rettungsschirm gespannt hat. Gleichwohl ist die soziale Pflegeversicherung sowie die auf sie angewiesenen pflegebedürftigen Menschen und ihre Unterstützungsnetzwerke nicht unbegrenzt belastbar. Die pandemiebedingten Mehrausgaben sowie die Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige, zu deren Gegenfinanzierung sich die Regierungskoalition im Koalitionsvertrag bekannt hat, belasten die soziale Pflegeversicherung in einer Phase, in der zum Teil sich gegenseitige bedingende Problemstellungen wechselseitig verstärken.

So macht sich die demografische Entwicklung in Deutschland erwartungsgemäß zunehmend durch eine steigende Zahl an pflegebedürftigen Menschen bemerkbar. Die Reformschritte zur Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes haben richtigerweise zu einer Erweiterung des anspruchsberechtigten Personenkreises geführt. Dem steht jedoch schon heute eine nicht ausreichende Anzahl an professionellen Pflegekräften gegenüber. In der Folge sehen sich Pflegebedürftige und ihre familiären und informellen Unterstützungssysteme mehr denn je einer erheblichen Belastungssituation ausgesetzt.

Bei der Inanspruchnahme von notwendigen Pflegeleistungen dürfen Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen nicht noch zusätzlich wirtschaftlich überfordert werden. Aktuell führen steigende Eigenanteile für die Betroffenen, u. a. ausgelöst durch wünschenswerte Erhöhungen bei den Tariflöhnen sowie erhebliche Energiekostensteigerungen, zu unkalkulierbaren und stetig wachsenden Belastungen, die faktisch zu einer Aushöhlung und damit Entwertung der bestehenden Leistungen führen.

Der vorgelegte Gesetzentwurf löst diese Problematiken nicht. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes bedarf es grundlegender Anpassungen, um dem Anspruch einer nachhaltigen finanziellen Stabilisierung, spürbaren Leistungsverbesserungen und einer Entlastung von Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen gerecht zu werden. Dazu gehört ganz wesentlich auch,

dass Bund und Länder ihrer Verantwortung nachkommen, anstatt das finanzielle Defizit ausschließlich durch Beitragssatzerhöhungen zulasten der Beitragszahlenden zu schließen. Der Gesetzgeber hat für eine angemessene Stabilisierung sowie einen zeitgemäßen Ausbau der bestehenden Leistungs- und Finanzierungsstrukturen Sorge zu tragen. Gleichzeitig ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu gewährleisten.

Leistungsverbesserungen nicht ausreichend

In der Gesamtbetrachtung erweisen sich die vorgesehenen Anpassungen der Leistungsansprüche als nicht ausreichend und bleiben sowohl deutlich hinter der erheblichen Kostenentwicklung der vergangenen Jahre als auch der bereits im Status quo gesetzlich normierten Leistungsdynamisierung zurück. Die letzte Erhöhung des Pflegegeldes fand zum Jahresbeginn 2017 statt und hätte zum Jahresbeginn 2021 erneut erfolgen müssen. Das bedeutet, dass im nunmehr siebten Jahr ein unveränderter Leistungsanspruch ungeachtet der dynamischen Inflation und allgemeinen Bruttolohnentwicklung gilt. Pflegebedürftige Personen, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, erfahren dadurch eine laufende Entwertung der geleisteten Angehörigenpflege.

Dynamisierung der Leistungen bildet die Realität nicht ab

Die vorgesehene Begrenzung der Dynamisierung auf 5 Prozent bildet die realen Preisentwicklungen nicht ausreichend ab und bedeutet de facto eine Unterschreitung der bestehenden gesetzlichen Normierung. Diese sieht eine Anpassung auf Basis der kumulierten Inflationsrate bzw. allgemeinen Bruttolohnentwicklung der letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahre vor. Nun soll sich ab dem Jahr 2028 die Anpassung der Leistungsbeträge an der Kerninflation orientieren. Diese berücksichtigt jedoch nicht die Entwicklung der Energie- und Lebensmittelpreise und liegt daher deutlich unter der Inflation. So wird die Inflation im Jahr 2023 laut Bundesbank bei rund 8,6 Prozent liegen, während die Kerninflation nur bei 4,3 Prozent gesehen wird.

Notwendige nachhaltige Finanzierung: Bundesaufgaben aus Steuermitteln erstatten

Im Koalitionsvertrag wurde aus gutem Grund vereinbart, konkrete versicherungsfremde Leistungen aus Steuermitteln zu finanzieren. Bei der Refinanzierung der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige sowie die noch ausstehende vollständige Erstattung der pandemiebedingten Mehrausgaben der Pflegekassen handelt es sich eindeutig um Bundesaufgaben, die aber bisher von den Beitragszahlenden geschultert wurden. Anstelle einer Übernahme der finanziellen Verantwortung für diese originär staatlichen Aufgaben sieht der

Gesetzesentwurf einige alternative Maßnahmen vor, die allerdings einer nachhaltigen Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung widersprechen:

- Darlehen: Die Rückzahlung des im Jahr 2022 der Pflegeversicherung gewährten Darlehens in Höhe von einer Mrd. Euro, die nach geltendem Recht noch im laufenden Jahr erfolgen muss, soll hälftig in das Jahr 2028 verschoben werden.
- Ausgleichsfonds: Die für das Jahr 2023 vorgeschriebenen Zuführungen des Ausgleichsfonds in den Pflegevorsorgefonds in Höhe von rund 1,7 Mrd. Euro sollen in das Jahr 2024 verschoben werden.

Die gegenwärtig schwierige Finanzlage der sozialen Pflegeversicherung soll damit zulasten von Beitragszahlenden der Zukunft gelöst werden. Die Beitragszahlenden werden vor allem deshalb zusätzlich belastet werden, weil der Bund seiner Finanzierungsverantwortung – trotz Verständigung im Koalitionsvertrag – nicht nachkommt. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollten die vorgesehenen Beitragsmehreinnahmen jedoch vollumfänglich in die Verbesserung der pflegerischen Versorgung fließen.

Für das laufende Jahr bedeutet die vorgesehene Kombination aus Lastenverschiebung und Beitragssatzanhebung zum 01.07.2023 zwar zunächst eine Stabilisierung der angespannten Finanzsituation, die Fehlallokation der Beitragsmittel für gesamtgesellschaftliche Aufgaben wird jedoch zementiert. Ob sie die soziale Pflegeversicherung bis ans Ende der Legislaturperiode finanziell stabilisieren kann, ist dabei aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes jedoch keinesfalls sichergestellt.

Verordnungsermächtigung schränkt parlamentarische Entscheidungsmöglichkeiten ein

Die vorgesehene Verordnungsermächtigung der Bundesregierung, den Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung künftig durch Rechtsverordnung anpassen zu können, wenn der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung absehbar eine Monatsausgabe laut Haushaltsplänen der Pflegekassen zu unterschreiten droht, wird als Ausdruck einer reaktiven anstelle einer gestalterischen Politik gewertet. Sie schränkt die Verantwortung des Parlaments für eine auskömmliche Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung in Zeiten größter Dringlichkeit ein. Die Lösung der Finanzierungsfrage wird dadurch eindimensional auf die Anpassung des Beitragssatzes beschränkt und der parlamentarischen Diskussion entzogen. Auf die Verordnungsermächtigung sollte daher verzichtet werden.

Späte Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils vom 07.04.2022

Die viel zu späte Konkretisierung der Regelungen, mit denen der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 07.04.2022 zur differenzierten Berücksichtigung der Kinderzahl bei der Beitragsbemessung in der sozialen Pflegeversicherung umgesetzt werden soll, führt zu Verzögerungen hinsichtlich der entsprechenden Entlastungen aller Mitglieder mit mehr als einem Kind. Die Feststellung der Zahl der bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigenden Kinder wird nicht rechtzeitig zum Inkrafttreten der Regelung erfolgen können und eine rückwirkende Korrektur von überzahlten Beiträgen erfordern. Weitere zeitliche Verzögerungen könnten sogar dazu führen, dass beitragsabführende Stellen selbst dann abrechnungstechnisch nicht in der Lage sind, die Beiträge entsprechend der Fristvorgabe des Bundesverfassungsgerichts zu berechnen, wenn die Zahl der Kinder bereits festgestellt ist. Dies käme einer nicht rechtmäßigen Beitragsbemessung gleich.

Eine vergleichbare Situation ergibt sich grundsätzlich auch für die Pflegekassen hinsichtlich der selbstzahlenden Mitglieder. Dabei ist anzunehmen, dass die Erwartungshaltung der betroffenen Mitglieder mit mehr als einem Kind hinsichtlich einer zeitnahen Umsetzung der intendierten Beitragsentlastung hoch ist. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass die erforderlichen Anpassungen der IT-Umgebungen sowohl auf Seiten der Pflegekassen als auch auf Seiten der beitragsabführenden Stellen zwingend erhebliche Vorlaufzeiten in Anspruch nehmen werden, so dass es zu einer verzögerten Umsetzung und mithin zu einer nachgelagerten Erstattung überzahlter Beiträge kommen wird. Um die Verwaltungsaufwände der Pflegekassen in diesem Kontext möglichst gering zu halten, die Komplexität der Prozesse nicht weiter zu erhöhen, wird angeregt nach dem Vorbild der Regelung im GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz (siehe BGBl. Jg. 2019, Teil I, Seite 2913; Artikel 1 Nummer 2) die Vorgabe des § 27 Absatz 1 des Vierten Buches über die Verzinsung und Verjährung von Erstattungsansprüchen temporär bis zum 31. Dezember 2024 auszusetzen.

Bund, Länder und Kommunen in der Pflicht

Der GKV-Spitzenverband appelliert eindringlich an die Bundesregierung, die pandemiebedingten Zusatzkosten in der sozialen Pflegeversicherung – ebenso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung – vollständig aus Bundesmitteln zu finanzieren. Die Beitragszahlenden finanzieren nicht nur die sinnvollen Leistungsverbesserungen der Pflegekassen, sondern tragen vor allem auch die steigenden Aufwände für die versicherungsfremden Leistungen. Der GKV-Spitzenverband sieht aber neben dem Bund auch die Länder und Kommunen in der Pflicht, ihrer gesetzlichen Verantwortung für die pflegerische Infrastruktur gerecht zu werden und sich insbesondere der Verantwortung für die Investitionsförderung in der stationären Altenpflege nicht weiter zu entziehen.

II. Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 7a – Pflegeberatung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen sollen die bisherigen Formulierungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit präzisieren. Insbesondere wurde klargestellt, dass bei der Durchführung der Beratung als Videokonferenz die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten sind. Für digitale Angebote sowie andere digitale Anwendungen sollen die Anforderungen gelten, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in seiner Richtlinie nach § 17 Absatz 1a zur Durchführung von Beratungen für den Datenschutz und die Datensicherheit bestimmt hat.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich sind jedwede gesetzlichen Klarstellungen im Sinne der praktischen Umsetzung zu begrüßen. Allerdings gilt es vorliegend aufgrund unterschiedlicher Strukturen der Video-Pflegeberatung durch die Pflegekassen und der vertragsärztlichen Versorgung durch zugelassene Ärztinnen und Ärzte nochmals zu prüfen, ob der Verweis auf § 365 SGB V für die Video-Pflegeberatung erforderlich und sachgerecht ist. In Betracht käme auch ein grundsätzlicher Verweis auf die im Fall der Verarbeitung personenbezogener Daten dafür geltenden Vorschriften zum Datenschutz und die Anforderungen an die Datensicherheit nach dem Stand der Technik sowie auf die Anforderungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Denn in diesem Fall würden bereits die für die Auftraggeber (d. h. Pflegekassen) geltenden Anforderungen – § 35 SGB I, §§ 67–85a SGB V, DSGVO – auf vertraglicher Basis für die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater und ihre Unterauftragnehmer gelten.

C) Änderungsvorschlag

Es gilt zu prüfen, ob es eines Verweises auf § 365 SGB V für die Video-Pflegeberatung bedarf oder ein grundsätzlicher Verweis auf die im Fall der Verarbeitung personenbezogener Daten dafür geltenden Vorschriften zum Datenschutz und die Anforderungen an die Datensicherheit nach dem Stand der Technik sowie auf die Anforderungen der DSGVO bereits sachgerecht wäre.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 8 – Gemeinsame Verantwortung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen betreffen die Digitalisierungsförderung ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen:

- a) Der bislang bis zum Ende des Jahres 2023 befristete Zuschuss aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung soll nunmehr bis zum Ende des Jahres 2030 bereitgestellt werden. Durch die Änderungen in § 8 Absatz 8 wird der Förderzweck erweitert, sodass die Förderung nicht mehr nur zur Entlastung der Pflegekräfte dienlich sein muss, sondern auch die Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowie eine stärkere Beteiligung der Pflegebedürftigen zum Zweck haben kann. Konkretisiert wurden auch die förderfähigen Anschaffungen. Förderfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen, die beispielsweise Investitionen in die IT- und Cybersicherheit, das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, verbesserte Arbeitsabläufe und Organisationen bei der Pflege und die Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen unterstützen. Auch die förderfähigen Aus-, Fort- und Weiterbildungen und Schulungen wurden dahingehend konkretisiert, dass diese digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften in der Langzeitpflege zum Inhalt haben können.
- b) Die Änderung sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband die Digitalisierungs-Richtlinien bis zum 31.10.2023 entsprechend anzupassen hat.

B) Stellungnahme

a)

Die Verlängerung der einmaligen Förderung bis zum Ende des Jahres 2030 wird begrüßt. So können Pflegeeinrichtungen, die den Zuschuss bislang noch nicht in Anspruch genommen haben, von der Digitalisierungsförderung über das Jahr 2023 hinaus profitieren.

Die neue Formulierung des § 8 Absatz 8 Satz 1 SGB XI zur Erweiterung der Zwecksetzung der Förderung wird begrüßt: Müssen Anschaffungen von digitaler/technischer Ausrüstung bisher ausschließlich zur Entlastung der Pflegekräfte eingesetzt werden, sollen diese nunmehr neben der Entlastung der Pflegekräfte auch zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung

der Pflegebedürftigen sowie zur Stärkung ihrer Teilhabe dienen können. Dass die förderfähigen Anschaffungen demnach auch der Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Pflegebedürftigen sowie der Stärkung ihrer Teilhabe dienen können, erweitert die Fördermöglichkeiten ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen.

Der neue Satz 2 konkretisiert die förderfähigen Anschaffungen, die vormals größtenteils in Satz 1 verankert waren.

Die Abgrenzung der Förderfähigkeit von „Schulungen“ und Aus-, Fort- und Weiterbildungen ist nicht nachvollziehbar, so dass es hier in Satz 2 einer entsprechenden Ergänzung der Aus-, Fort- und Weiterbildungen bedarf.

Zu begrüßen ist die nach Satz 2 geregelte gesetzliche Konkretisierung förderfähiger Aus-, Fort- und Weiterbildungen und Schulungen zu digitalen Kompetenzen.

b) Da die gesetzlich vorgesehenen Änderungen im Rahmen der Digitalisierungsförderung Auswirkungen auf die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes haben, ist die Anpassung mit einer angemessenen Frist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

zu a) In Satz 2 wird vor „Schulungen“ eingefügt „Aus-, Fort und Weiterbildungen und“.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§§ 18 bis 18e – Verfahren der Begutachtung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um die Regelungen zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit übersichtlicher und adressatengerechter zu gestalten, sollen die §§ 18 bis 18c SGB XI durch die §§ 18 bis 18e SGB XI ersetzt werden. Folgende Regelungen sind vorgesehen:

- § 18 Beauftragung der Begutachtung
- § 18a Begutachtungsverfahren
- § 18b Gutachten
- § 18c Entscheidung über den Antrag
- § 18d Berichtspflichten
- § 18e Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte verfahrensrechtliche Trennung zwischen den Aufgaben von Pflegekassen und Medizinischen Diensten ist zu begrüßen. Durch die damit einhergehende Präzisierung der einzelnen Verantwortungsbereiche werden Zuständigkeiten im Verfahrensprozess klarer als bisher erkennbar. Die Abfolge der einzelnen Regelungen spiegelt den Ablauf des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wider und ist in sich logisch aufgebaut.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 18 – Beauftragung der Begutachtung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es ist in Absatz 1 vorgesehen, dass die Pflegekassen die Aufträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit innerhalb von drei Arbeitstagen ab Eingang des Antrags auf Pflegeleistungen in gesicherter elektronischer Form an den Medizinischen Dienst oder die von ihnen beauftragten Gutachterinnen und Gutachter übermitteln sollen. Eine von der elektronischen Form abweichende Form der Antragsübermittlung sei bis einschließlich zum letzten Tag des fünften auf die Verkündung dieses Gesetzes möglich. Der MD Bund soll im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband in den Begutachtungs-Richtlinien nach § 17 SGB XI regeln, welche Unterlagen zwingend zur Beauftragung der Begutachtung erforderlich sind. In Absatz 2 sollen die bisherigen Regelungen zur Prüfung des Zeitanteils bei gleichzeitiger Erbringung von Leistungen nach § 36 SGB XI und § 37 Abs. 2 SGB V beibehalten werden, ergänzt um eine redaktionelle Anpassung bzgl. des § 37c SGB V. Absatz 3 beinhaltet die bisherigen Vorschriften zur Beauftragung und zum Einsatz unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter. In den Absätzen 4 und 5 werden im Wesentlichen die bisherigen Vorschriften zur Übermittlung von Unterlagen und der Erteilung von Auskünften gegenüber den Medizinischen Diensten sowie die Mitwirkungspflichten des Versicherten fortgeführt.

B) Stellungnahme

Der Auftrag, in den Begutachtungs-Richtlinien zu regeln, welche Unterlagen zwingend zur Beauftragung der Begutachtung erforderlich sind, bringt Klarheit in eine bisher unterschiedlich gehandhabte Praxis.

In § 18 Absatz 1 (neu) wird für die Pflegekasse verbindlich geregelt, dass die Anträge innerhalb von drei Arbeitstagen ab Eingang des Antrages an den Medizinischen Dienst weitergeleitet werden müssen. Die bisherige Regelung sieht eine unverzügliche Weiterleitung vor. Mit Blick auf die Einhaltung der Fristen und mit der Verzögerungsgebühr bei Verletzung ist die bisherige Regelung, Anträge unverzüglich weiterzuleiten, sachgerecht. Eine Ausweitung der Frist wird daher abgelehnt.

Die im Entwurf im Absatz 3 vorgesehene Beibehaltung der Regelungen zur Beauftragung unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter ist ersatzlos zu streichen.

Die mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) vom 23.04.2012 in § 18 Abs. 3a SGB XI (Neu: § 18 Absatz 3) eingeführte Beauftragung unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter hat zum Ziel, den Pflegekassen bessere Möglichkeiten zu eröffnen, innerhalb der gesetzlich verankerten Fristen ihre Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit zu treffen und der bzw. dem Betroffenen mitzuteilen. Insoweit sollen Gutachteraufträge durch die Pflegekassen, insbesondere in den Fällen drohender Fristüberschreitungen, nicht nur an den Medizinischen Dienst, sondern auch an andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter vergeben werden können. Soweit unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen oder wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist, erhält die Antragstellerin oder der Antragsteller durch die Pflegekasse das Angebot zur Auswahl einer anderen unabhängigen Gutachterin bzw. eines anderen unabhängigen Gutachters aus drei Vorschlägen.

Die mit der Regelung beabsichtigte Verfahrensbeschleunigung ist nicht bzw. nur in wenigen Einzelfällen eingetreten. De facto spielt der Einsatz von unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern durch die Pflegekassen bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit keine Rolle.

Die angespannte Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich macht auch vor den Gutachterdiensten nicht halt. Es fehlt zunehmend an einer ausreichenden Zahl von unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern, auf die die Pflegekassen im Zusammenhang mit der Feststellung von Pflegebedürftigkeit zurückgreifen können. Demzufolge gibt es nach den Angaben des Medizinischen Dienstes Bund seit mehreren Jahren auch keine Gutachten von unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern, die in das Qualitätssicherungsverfahren der Medizinischen Dienste hätten einbezogen werden können (vgl. § 53a Abs. 2 Nr. 4 SGB XI i. V. m. Nr. 6 der UGu-Rili).

Da es an der notwendigen Anzahl von unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter fehlt, läuft die Verpflichtung der Pflegekassen nach § 18 Abs. 3a Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB XI ins Leere. Zudem – so die praktischen Erfahrungen – sind in den Fällen, in denen unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit der Feststellung von Pflegebedürftigkeit beauftragt wurden, keine gegenüber den Medizinischen Diensten bessere Laufzeiten zu beobachten. Insbesondere in den Fällen nach § 18 Abs. 3a Satz Nr. 2 SGB XI ist in der Regel das Gegenteil der Fall.

C) Änderungsvorschlag

In § 18 Absatz 1 Satz 2 (neu) werden die Wörter „innerhalb von drei Arbeitstagen“ durch das Wort „unverzüglich“ ersetzt.

§ 18 Absatz 3 ist zu streichen. In der Folge sind entsprechende Regelungen in anderen Paragrafen anzupassen (z.B. § 31). Die Absätze 4 und 5 bisher werden zu den Absätzen 3 und 4.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 18a – Begutachtungsverfahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt gemäß Absatz 1 der Neuregelung nach wie vor grundsätzlich durch eine persönliche Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich. Abweichend davon soll gemäß Absatz 2 die Begutachtung ausnahmsweise auch ohne Untersuchung des Versicherten im Wohnbereich möglich sein, wenn der Antrag auf Pflegeleistungen während einer Krisenlage von nationaler oder regionaler Tragweite gestellt wurde. Grundlage für die Begutachtung sollen die zum Versicherten zur Verfügung stehenden Unterlagen sowie die Angaben und Auskünfte, die beim Versicherten oder den sonstigen zur Auskunft fähigen Personen telefonisch oder digital einzuholen sind, sein. Die Voraussetzungen sowie die weiteren, insbesondere inhaltlichen und organisatorischen Einzelheiten, soll der MD Bund im Benehmen mit dem GKV-SV in den Begutachtungs-Richtlinien nach § 17 SGB XI regeln. Im neuen Absatz 3 wird zudem hervorgehoben, dass bei der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit die Bereiche „außerhäusliche Aktivitäten“ und „Haushaltsführung“ bei der rechnerischen Ermittlung des Pflegegrades nicht gesondert berücksichtigt werden. Absatz 4 enthält lediglich eine Klarstellung. Die in den Absätzen 5 und 6 verorteten verkürzten Begutachtungsfristen von einer bzw. zwei Wochen bei z. B. Krankenhausaufenthalten oder bei gegenüber dem Arbeitgeber angekündigter Pflegezeit sollen auf eine Frist von fünf bzw. zehn Tagen ab Antragseingang bei der Pflegekasse geändert werden. In diesen Begutachtungsfällen muss die gutachterliche Empfehlung nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit i. S. der §§ 14, 15 SGB XI vorliegt und ob die Voraussetzungen mindestens des Pflegegrades 2 erfüllt sind (Absatz 7). Des Weiteren sieht Absatz 7 vor, dass in den Fällen, in denen der Versicherte unmittelbar im Anschluss an einem Aufenthalt in einem Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch genommen hat, spätestens innerhalb einer Frist von 10 Arbeitstagen nach Beginn der Kurzzeitpflege eine abschließende Begutachtung in der Kurzzeitpflegeeinrichtung zu erfolgen hat. Gleiches soll gelten, wenn unmittelbar vor Beginn der Kurzzeitpflege Übergangspflege nach § 39e SGB V in Anspruch genommen wird. Bei den Absätzen 8 bis 11 handelt es sich im Wesentlichen um Bündelung und redaktionelle Anpassungen von bereits derzeit geltenden Regelungen in § 18.

B) Stellungnahme

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass der Entwurf – neben der obligatorischen Begutachtung durch eine Untersuchung im Wohnbereich des Versicherten sowie der Begutachtung nach Aktenlage – die Möglichkeit der Begutachtung mittels telefonischer oder digitaler Kommunikationsmittel vorsieht. Allerdings sollten diese neuen Begutachtungsformate nicht allein auf den Einsatz in Krisenfällen von nationaler oder regionaler Tragweite begrenzt werden. Um weiterhin eine qualitativ hochwertige, zeitnahe und ressourcenschonende Pflegebegutachtung gewährleisten zu können, bedarf es insbesondere des effizienten Einsatzes von Gutachterinnen und Gutachter. Entsprechendes Potenzial besteht durch den flexiblen Einsatz Telefoninterview basierter und digitaler Begutachtungen. Dies zeigten die Erfahrungen mit den Telefonbegutachtungen während der Corona–Pandemie. Unter welchen Voraussetzungen bzw. in welchen Fällen telefonische oder videobasierte Begutachtungen sachgerecht und geeignet sind, sollte der MD Bund im Benehmen mit dem GKV–Spitzenverband in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 SGB XI festlegen. Des Weiteren wäre der MD Bund zu verpflichten, bis zum 30.06.2025 einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht über die Erfahrungen der telefonischen und videobasierten Begutachtungen vorzulegen.

Es ist zu begrüßen, dass nunmehr gesetzlich hervorgehoben wird, dass die Bereiche „außerhäusliche Aktivitäten“ und „Hauswirtschaft“ nicht für die Bewertung eines Pflegegrades herangezogen werden. Obwohl in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 SGB XI schon lange darauf hingewiesen wird, dass diese Bereiche nicht für die Feststellung eines Pflegegrades herangezogen werden, wird eine flankierende gesetzliche Klarstellung helfen, falschen Erwartungshaltungen von Versicherten entgegenzuwirken und Streitigkeiten zwischen Pflegekassen und Versicherten zu vermeiden.

Es wird ebenfalls begrüßt, dass die im Rahmen der verkürzten Begutachtungsfristen für die Medizinischen Dienste bisher geltenden Wochenfristen durch Arbeitstagefristen ersetzt werden. Damit findet eine Angleichung an die für die Pflegekassen geltende und sich ebenfalls auf Arbeitstage beziehende Bearbeitungsfrist statt. Zudem wird mit dem Wechsel von einer Ein– bzw. Zweiwochenfrist auf entsprechende Arbeitstagefristen den unterschiedlichen Feiertagsregelungen in den Ländern Rechnung getragen.

Mit der Klarstellung, dass die im Rahmen der verkürzten Begutachtungsfristen erstellten Gutachten – neben der Feststellung, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI vorliegt – auch die Feststellung enthalten sollen, ob mindestens der Pflegegrad 2 vorliegt, wird nachvollzogen, was bereits heute in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 SGB XI geregelt ist. Denn allein die Feststellung, dass Pflegebedürftigkeit vorliegt, sagt nichts über den

Schweregrad der Pflegebedürftigkeit aus. Nur wenn mindestens der Pflegegrad 2 festgestellt wird, können zur Sicherstellung der Pflege z. B. auch stationäre Pflegeleistungen zulasten der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden. Mit der gesetzlichen Klarstellung wird die entsprechende Regelung in den Begutachtungs-Richtlinien rechtssicher gemacht.

Es ist bisher geregelt, dass im Falle einer Begutachtung mit verkürzten Begutachtungsfristen, die größtenteils im Rahmen von Aktenlagegutachten erfolgen, die abschließende Begutachtung des Versicherten unverzüglich nachzuholen ist. Denn in der Regel wird in den Fällen, in denen die Feststellung der Pflegebedürftigkeit auf einem Aktenlagegutachten beruht, die entsprechenden Verwaltungsakte der Pflegekassen mit einer Befristung – bis zur Nachholung der körperlichen Untersuchung – versehen. Nunmehr wird für den Fall, dass sich z. B. an einen Krankenhausaufenthalt unmittelbar eine Kurzzeitpflege anschließen sollte, der Begriff „unverzüglich“ mit „spätestens innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Beginn der Kurzzeitpflege“ definiert. Gleiches soll für den Fall gelten, dass unmittelbar vor der Kurzzeitpflege Übergangspflege nach § 39e SGB V in Anspruch genommen wird.

Es ist vorgesehen, dass in den Fällen, in denen der Versicherte unmittelbar im Anschluss an einen Aufenthalt in einem Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch genommen hat, spätestens innerhalb einer Frist von 10 Arbeitstagen nach Beginn der Kurzzeitpflege eine abschließende Begutachtung in der Kurzzeitpflegeeinrichtung zu erfolgen hat. Gleiches soll gelten, wenn unmittelbar vor Beginn der Kurzzeitpflege Übergangspflege nach § 39e SGB V in Anspruch genommen wurde.

Eine Gleichbehandlung von ambulant und stationär versorgten Versicherten wird befürwortet

Wie zuvor bereits erwähnt, kann es sein, dass, aufgrund der Akutsituation, in der Kurzzeitpflegeeinrichtung ein anderer Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten festgestellt wird als im Anschluss daran in der Häuslichkeit. Durch eine Umsetzung mit Befristungen und Wiederholungsbegutachtungen, auf die in der Gesetzesbegründung verwiesen wird, werden die ohnehin knappen Ressourcen der Medizinischen Dienste zusätzlich in Anspruch genommen. Gleichwohl würden die Pflegekassen damit verbunden einen höheren Verwaltungsaufwand haben.

Darüber hinaus kann bei einer Begutachtung in der Kurzzeitpflegeeinrichtung das häusliche Wohnumfeld nicht in die Begutachtung mit einbezogen werden. Dies ist im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung (z. B. Anpassungen am Wohnbereich) relevant. Ebenso hat der Medizinische Dienst festzustellen, ob die Pflege in der häuslichen Umgebung sichergestellt ist. Dazu gehört beispielsweise, dass der Versicherte ausreichend Unterstützung erhält und dass keine Gefahr der Verwahrlosung droht.

Zusätzlich ist auf operative Hürden hinzuweisen. Ziel für alle Beteiligten ist es, einen schlanken und reibungslosen Prozess sicherzustellen. Damit der Medizinische Dienst innerhalb von 10 Arbeitstagen die Begutachtung durchführen kann, muss gewährleistet sein, dass der Medizinische Dienst weiß, ab wann der Versicherte in der Kurzzeitpflegeeinrichtung ist, in welcher Einrichtung sich der Versicherte befindet, ob nicht gegebenenfalls Unterbrechungen durch einen Krankenhausaufenthalt entstehen und ob der Versicherte am angedachten Begutachtungstag noch in der Einrichtung ist. Aktuell ist es in der Praxis so, dass die Pflegekasse nicht immer zeitnah eine entsprechende Mitteilung von der Kurzzeitpflegeeinrichtung erhält.

C) Änderungsvorschlag

§ 18a Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Medizinische Dienst hat den Versicherten zu untersuchen. Die erstmalige Untersuchung ist immer im Wohnbereich des Pflegebedürftigen durchzuführen. Die Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Untersuchung ist zu wiederholen, soweit sich Hinweise in Bezug auf die bereits festgestellten Einschränkungen ergeben. Der Medizinische Dienst kann bei Folgebegutachtungen eine telefonische Begutachtung oder eine Begutachtung per Videokonferenz durchführen, sofern die geltenden Anforderungen an den Datenschutz eingehalten und die Anforderungen an die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet werden. Der Medizinische Dienst Bund regelt im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband hierzu Näheres in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1. Das Recht des Versicherten auf eine Untersuchung in seinem Wohnbereich bleibt unberührt. Erteilt der Versicherte zur Begutachtung durch den Medizinischen Dienst nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Die §§ 65, 66 des Ersten Buches bleiben unberührt. Der MD “

Der MD Bund legt unter wissenschaftlicher Begleitung bis zum 30.06.2025 einen Bericht über die Erfahrungen der telefonischen bzw. videobasierten Begutachtungen vor.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 18b – Gutachten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Wie bei der Zusendung des Begutachtungsauftrages der Pflegekasse an die Medizinischen Dienste bzw. unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter in § 18 Absatz 1 vorgesehen, soll auch die Rückgabe des Gutachtens an die Pflegekasse in gesicherter elektronischer Form erfolgen. Eine Übergangsphase, in der die Rückgabe auch in anderer Form möglich ist, ist ebenfalls vorgesehen. Im Übrigen enthält der Gesetzentwurf im Wesentlichen die derzeit geltenden Regelungen zum erforderlichen Inhalt eines Pflegegutachtens. Insbesondere wurde der Wortlaut des Gesetzes aktualisiert, mit weiteren Regelungen des SGB sprachlich in Einklang gebracht und enthält Vorschläge zu den im Gutachten aufzuführenden Empfehlungen der Medizinischen Dienste bzw. der unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter.

B) Stellungnahme

Es ist davon auszugehen, dass viele Medizinische Dienste schon bisher die Pflegebegutachtung in elektronischer Form den Pflegekassen übermitteln. Die geplante Regelung stellt sicher, dass dies bis zum Ende der eingeräumten Übergangsfrist bei allen Medizinischen Diensten Standard ist.

Im Übrigen ist auch schon derzeit gesetzlich geregelt, dass im Gutachten – neben der Feststellung der Pflegebedürftigkeit – weitere Feststellungen und insbesondere Empfehlungen zu therapeutischen und anderen Maßnahmen zu treffen sind, die zu einer Verbesserung der Pflegesituation bzw. zu einer besseren Versorgungssituation beitragen können. Mit den nun vorgenommenen Ergänzungen und teilweise umformulierten Begrifflichkeiten werden dazu weitere Vorgaben gemacht. Zudem wird nunmehr detailliert aufgelistet, welche Maßnahmen von den Empfehlungen im Gutachten umfasst sein sollen. Diese Auflistung entspricht weitgehend den in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 SGB XI aktuell festgelegten Empfehlungen.

C) Änderungsvorschlag

Soweit in § 18b von unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter gesprochen wird, sind diese zu streichen (siehe Stellungnahme/Änderungsvorschlag zu § 18 Absatz 3).

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 18c – Entscheidung über den Antrag

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekasse hat 70 Euro an einen Antragssteller zu zahlen, wenn ein Bescheid nicht innerhalb einer Frist von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags erteilt oder die verkürzten Begutachtungsfristen (§ 18a SGB XI neu) nicht eingehalten wurden. Dies gilt nicht, wenn – wie bisher – die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat.

Hat die Pflegekasse die Verzögerung – wie beispielsweise ein Aufenthalt der versicherten Person im Krankenhaus – nicht zu vertreten, ist der Lauf der 25–Arbeitstage–Frist gehemmt. Während der Zeit des Aufenthaltes laufe die Frist nicht mit, sondern werde nach dessen Beendigung fortgesetzt. Liegt nach der Fortsetzung der Frist ein erneuter Verzögerungsgrund vor, sollen die Regelungen zur pauschalen Zusatzzahlung bei Fristüberschreitungen gelten. Dies gelte unabhängig davon, ob der Verzögerungsgrund zuvor von der Pflegekasse oder von der antragstellenden Person zu vertreten war.

Wird die antragstellende Person von der Pflegekasse aufgefordert, zur Begutachtung noch zwingend erforderliche Unterlagen einzureichen, soll die 25–Arbeitstage–Frist für die Erteilung des Bescheides über den Pflegeantrag sowie die verkürzten Begutachtungsfristen von 5 bzw. 10 Arbeitstagen bis zur Einreichung der Unterlagen unterbrochen werden. Der Zeitraum der Unterbrechung soll mit dem Tag beginnen, an dem der antragstellenden Person die Aufforderung zur Einreichung der noch fehlenden Unterlagen zugeht.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigten Klarstellungen zu den Fristenregelungen sind sachgerecht. Sie geben dem Grunde nach das Ergebnis des Beschlusses der 93. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder vom 14./15.11.2018 in Hamburg (zu TOP 30) wider. Danach führen Verzögerungen, die die Pflegekassen nicht zu vertreten haben, zu einer Hemmung der Frist. Soweit in der beabsichtigten gesetzlichen Regelung von Unterbrechung statt Hemmung gesprochen wird, bedarf es einer entsprechenden sprachlichen Anpassung, wie bereits in der gesetzlichen Begründung zu § 18c Absatz 5 (neu) geschehen.

Es bleibt weiterhin offen, ob in den Fällen, in denen die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat, die Fristhemmung mit der Kenntnis des Verzögerungsgrundes durch die Pflegekasse zu laufen beginnt oder mit dem Eintritt des entsprechenden Tatbestandes, z. B.

Aufnahme zur stationären Krankenhausbehandlung. Gleiches gilt für das Ende der Unterbrechung. Auch hier ist die Pflegekasse darauf angewiesen, dass sie Kenntnis über das Ende der Unterbrechung erlangt. So kann sie z. B. erst dann die Nachholung einer Begutachtung veranlassen, wenn ihr bekannt ist, dass die antragstellende Person z. B. aus dem Krankenhaus entlassen wurde. Auch dass die antragstellende Person z. B. aus privaten Gründen nicht zur Begutachtung zur Verfügung steht (z. B. Friseur- oder Arztbesuch), bzw. ab wann wieder, erfährt die Pflegekasse nicht immer taggleich vom Antragstellenden, sondern dann, wenn der Antragstellende die Pflegekasse entsprechend informiert. Insoweit sollten der Beginn und das Ende des Zeitraumes der Fristhemmung die jeweilige Kenntnisnahme des Hemmungsgrundes durch die Pflegekasse bedingen. Dies sollte in § 18c SGB XI (neu) ergänzend klargestellt werden.

Soweit Absatz 6 vorsieht, dass beim Fehlen zwingend erforderlicher Unterlagen die Fristen nach Absatz 1 und Absatz 5 Satz 1 bis zur Einreichung der Unterlagen unterbrochen werden, ist diese Klarstellung grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings sollte an dieser Stelle – wie in Absatz 5 – auch von Hemmung und nicht von Unterbrechung gesprochen werden. Zudem sollte die Hemmung nicht mit dem Tag beginnen, an dem der antragstellenden Person die Aufforderung zur Einreichung noch fehlenden Unterlagen zugeht, sondern mit dem Tag, an dem die Pflegekasse von der antragstellenden Person die noch fehlenden Informationen bzw. Unterlagen anfordert. Denn der konkrete Tag des Zuganges der Aufforderung ist in der Praxis nur schwer von der Pflegekasse zu belegen. Dies kann zu Konflikten zwischen antragstellender Person und Pflegekasse bei der Bestimmung des Zeitraumes der Fristhemmung führen. Dies gilt es zu vermeiden.

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass die im Absatz 5 aufgegriffenen Verweise „Satz 2 Alternative 1“ und „Satz 1 Alternative 1“ nicht eingeordnet werden können. Hier bedarf es einer Korrektur.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 5 Satz 4 und 5 sind wie folgt zu ersetzen:

Liegt ein Verzögerungsgrund nach Satz 2 Alternative 1 vor, ist der Lauf der Frist gehemmt. Die Hemmung beginnt mit dem Tag, an dem die Pflegekasse Kenntnis über den Verzögerungsgrund erhält, spätestens mit dem Tag des tatsächlichen Beginns des Verzögerungsgrundes. Sie endet mit der Kenntnis über den Wegfall des Verzögerungsgrundes, frühestens mit dem Tag des tatsächlichen Wegfalls des Verzögerungsgrundes. Während dieser Zeit läuft die Frist nicht weiter, sondern wird nach

dem Ende der Fristhemmung fortgesetzt. Ein neuer Fristbeginn ist mit dem Ende der Hemmung nicht verbunden.

Absatz 6 ist wie folgt zu fassen:

Wird die antragstellende Person von der Pflegekasse aufgefordert, zur Beauftragung der Feststellung der Pflegebedürftigkeit noch zwingend erforderliche Informationen bzw. Unterlagen im Sinne des § 18 Absatz 1 Satz 3 einzureichen, werden die Fristen nach Absatz 1 und Absatz 5 Satz 1 bis zur Einreichung der zwingend erforderlichen Informationen bzw. Unterlagen gehemmt. Danach läuft die Frist weiter; der Zeitraum der Hemmung wird in die Frist nicht einberechnet. Die Hemmung beginnt mit dem Tag, an dem die Pflegekasse von der antragstellenden Person die noch fehlenden Informationen bzw. Unterlagen nach Satz 1 anfordert.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 18c – Entscheidung über den Antrag (Heilmittlempfehlung und Hilfs- und Pflegehilfsmittlempfehlungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Pflegebegutachtung können der Medizinischen Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter Empfehlungen, die insbesondere zu einer positiven Veränderung der Pflegesituation beitragen können, aussprechen. Dies können u. a. Maßnahmen der Heilmittelversorgung sein (vgl. § 18b Absatz 1 Nr. 2 lit. d) SGB XI). In diesem Zusammenhang soll die Pflegekasse verpflichtet werden, den Antragsteller über die Bedeutung der im Pflegegutachten empfohlenen Heilmittel zu informieren und ihn über die Möglichkeit zur Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 32 Absatz 1a SGB V bei der Krankenkasse aufzuklären. Ferner soll die Pflegekasse der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt schriftlich oder elektronisch eine Mitteilung über die im Pflegegutachten empfohlenen Heilmittel zuleiten, sofern der Antragsteller in die Weiterleitung eingewilligt hat. Ziel der Regelung ist es gemäß der Gesetzesbegründung, die Prüfung sowie Ausstellung einer Heilmittelverordnung durch die Ärztin oder den Arzt zu befördern.

Zudem haben die Pflegekassen bei Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittlempfehlungen die Versicherten über die zur Auswahl stehenden Leistungserbringenden zu informieren.

B) Stellungnahme

Das vorgeschlagene Verfahren erscheint vor dem Hintergrund der im Vorfeld einzuholenden Einwilligung des Versicherten und der sich anschließenden Information der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes für die Beteiligten aufwendig und verzögert die Veranlassung einer Heilmitteltherapie unnötig. Versicherte könnten über die im Gutachten ausgesprochenen Heilmittlempfehlungen und die Möglichkeit zur Antragsstellung nach § 32 Absatz 1a SGB V stattdessen bereits mit der Entscheidung über den Antrag nach § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB XI informiert werden und sich damit unmittelbar an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt zum Zwecke der Verordnung wenden. Ein Zustimmungsverfahren wäre dann nicht erforderlich.

Die Informationspflicht der Versicherten bezüglich der Auswahl der Leistungserbringenden wird kritisch gesehen. Aufgrund der Vielzahl der zur Verfügung stehenden Leistungserbringenden in diesem Bereich ist dies nicht praktikabel und mit hohen Verwaltungsaufwänden verbunden. Bereits mit dem heutigen Verfahren erhalten die

Pflegebedürftigen schnell und unkompliziert die empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel.

C) Änderungsvorschlag

§ 18c Absatz 3 Satz 2 und 3 werden gestrichen und wie folgt gefasst:

„Wird im Gutachten eine Empfehlung zu Maßnahmen der Heilmittelversorgung ausgesprochen, ist dem Antragsteller mit dem Bescheid eine Mitteilung über die empfohlenen Heilmittel zur Vorlage bei der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt auszuhändigen.“

In § 18c Abs. 3 Satz 1 SGB XI ist die Ergänzung „und weist ihn zugleich auf die zur Auswahl stehenden Leistungserbringer hin“ zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 18d – Berichtspflichten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Berichtspflichten der Pflegekassen werden um weitere Berichte ergänzt. Erstmals für das Geschäftsjahr 2024 sollen die Pflegekassen zusätzlich berichten über

- die Anzahl der Anträge auf Leistungen der Pflegeversicherung,
- die Fallzahl der abgelehnten Anträge, die Anzahl der Arbeitstage bis zur Entscheidung,
- die Anzahl der Fristüberschreitungen und die Gründe der Nichteinhaltung der Frist,
- die Anzahl der Fälle, bei den Zahlungen der Verzögerungsgebühr geleistet wurden,
- die Anzahl der Fälle, in denen der Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter zur Auswahl benannt wurden,
- die Anzahl der Fälle, bei denen der Antragsteller eine Untersuchung verweigert hat,
- Anzahl der Heilmittlempfehlungen und davon Weiterleitung an den Arzt bzw. Ärztin, jeweils unterteilt nach Heilmittelart,
- Anzahl der Widersprüche inkl. Widerspruchsgründe,
- Anzahl der zurückgewiesenen und stattgegeben inkl. Entscheidungsgründe und Angabe der Dauer der Widerspruchsverfahren sowie soweit zum Zeitpunkt der Berichtslegung bekannt, die Fälle, in den bei erfolglosem Widerspruchsverfahren geklagt wurde.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erhält den Auftrag, die Daten aufzubereiten und auf Plausibilität zu prüfen. Ein Bericht ist erstmalig bis zum 30.06.2025 dem BMG vorzulegen. Für das Geschäftsjahr 2025 erfolgt eine wissenschaftliche Evaluation zu den Ergebnissen und Wirkungen der Zuleitung von Mitteilungen zu empfohlenen Heilmitteln, die dem Bericht beizufügen ist.

B) Stellungnahme

Der für die ergänzten Berichtspflichten zusätzlich geforderte Datenpool ist sehr umfangreich. Entsprechend ist der Aufwand für die Erhebung der zusätzlichen Daten und die notwendigen Anpassungen der technischen Verfahren seitens der Pflegekassen beträchtlich. Damit der mit den zusätzlichen Berichtspflichten erhoffte Erkenntnisgewinn und der unweigerlich steigende Verwaltungsaufwand ausgewogen bleiben, sollte die umfangreiche Erweiterung der bestehenden Berichtspflichten einer kritischen Prüfung unterzogen werden.

C) Änderungsvorschlag

Um die zusätzlichen Verwaltungsaufwände seitens der Pflegekassen überschaubar zu halten, sollte die neuen Berichtspflichten vom Umfang her reduziert werden.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 18e – Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Medizinische Dienst Bund und die Medizinischen Dienste können Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen zur Weiterentwicklung der den Medizinischen Diensten nach den §§ 18 bis 18b zugewiesenen Aufgaben durchführen und mit den Pflegekassen vereinbaren. Bei der Durchführung der Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des § 18a und insoweit von den Richtlinien nach § 53d Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 abgewichen werden. Pflegebedürftige dürfen dadurch nicht benachteiligt werden. Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Maßnahmen sind im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu bestimmen. Für die Modellvorhaben sind eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung der betroffenen Personen verarbeitet werden. Für die Durchführung der Modellvorhaben, Studien und wissenschaftlichen Expertisen können aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bis zu 500.000 Euro im Kalenderjahr genutzt werden. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Medizinische Dienst Bund und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.

Der Medizinische Dienst Bund beauftragt im Rahmen der Modellvorhaben nach den Absätzen 1 bis 5 bis spätestens [einsetzen: Datum des letzten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine wissenschaftliche Studie zu den Auswirkungen, die ein ersatzweiser oder ergänzender Einsatz telefonischer und digitaler Kommunikationsmittel bei der Untersuchung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit auf das Begutachtungsverfahren und das Begutachtungsergebnis, insbesondere im Vergleich zu einer Begutachtung im Wohnbereich des Versicherten nach § 18a Absatz 2 Satz 1, mit sich bringt. Der Abschlussbericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des fünfzehnten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] vorzulegen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt grundsätzlich die Durchführung von Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung im Rahmen des § 18e SGB XI.

Vor dem Hintergrund des mit der Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in 2017 eingeführten Begutachtungsinstruments wäre es angezeigt, das Begutachtungsinstrument auf seine Wirkungen und Zielsetzungen hin zu überprüfen. Mit einer Evaluation könnte auch untersucht werden, ob die zu erhebenden Informationen sachgerecht sind.

Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, sind zu beteiligen.

Die Absätze 1 und 2 sind wie folgt zu fassen.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1 werden nach Satz 7 folgende Sätze eingefügt:

„Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 10 Prozent an den Kosten nach Satz 6. Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden.“

§18e Absatz 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„(2) Der Medizinische Dienst Bund beauftragt im Benehmen mit dem PKV-Verband im Rahmen der Modellvorhaben nach Absatz 1 bis spätestens [einsetzen: Datum des letzten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine wissenschaftliche Evaluation zur Überprüfung der Begutachtungsrichtlinien nach § 17 Absatz 1 SGB XI. Der Abschlussbericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des fünfzehnten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] vorzulegen.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 30 – Dynamisierung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es ist eine Anhebung der Leistungsbeträge zum Jahresbeginn 2025 um 5 Prozent vorgesehen. Zum Jahresbeginn 2028 sollen die Leistungsbeträge in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, jedoch bis maximal der allgemeinen Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum, angehoben werden.

B) Stellungnahme

Durch die Erhöhung der Leistungsbeträge werden die in den vergangenen Jahren gestiegenen Kosten sowie die verpflichtende tariforientierte Entlohnung nicht ausreichend berücksichtigt. Trotz Bericht der damaligen Bundesregierung über eine notwendige Erhöhung aller Leistungsbeträge um 5 Prozent wurde dies zum letzten gesetzlich vorgesehenen Dynamisierungszeitpunkt zum Jahresbeginn 2021 nicht umgesetzt. Zum Jahresbeginn 2022 fand lediglich eine Erhöhung der Leistungsbeträge der Pflegesachleitung und Kurzzeitpflege statt. Durch die um ein Jahr verzögerte Dynamisierung hätte jedoch auch ein weiteres Kalenderjahr in der Anpassungshöhe Berücksichtigung finden müssen. Durch die in den Leistungsbereichen Pflegegeld, Tages- und Nachtpflege, Entlastungsbetrag, Verhinderungspflege und Pflegehilfsmittel ausgebliebene Anhebung der Leistungsbeträge tragen ambulant versorgte pflegebedürftige Personen seit 2017 den Anstieg der pflegerischen Kosten selbst. Die beabsichtigte Neuregelung hat nicht nur eine verzögerte, sondern auch eine im Vergleich zum gesetzlichen Status quo verringerte Anpassungshöhe für alle ambulanten Leistungsbeträge zur Folge. Die ausgebliebene Dynamisierung sollte daher bereits – wie gesetzlich derzeit vorgesehen – zum Jahresbeginn 2024 und nicht erst zum Jahresbeginn 2025 mit pauschal 5 Prozent erfolgen.

Die neue Bezugsgröße der sogenannten Kerninflation schließt zudem gestiegene Lebensmittel- und Energiepreise aus.

Die seitens des Bundesgesundheitsministeriums ausgewiesene Einsparung geht damit in vollem Umfang zulasten pflegebedürftiger Personen und ihrer Angehörigen. Würde die Bundesregierung ihrer Finanzierungsverantwortung für versicherungsfremde Leistungen nachkommen, könnten die Leistungsbeträge im Rahmen der geplanten Beitragssatzanhebung sachgerecht dynamisiert werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 40a – Digitale Pflegeanwendungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Durch die vorgesehene Streichung des § 40a Absatz 2, Satz 8 Alt. 2 soll klargestellt werden, dass Hersteller von DiPA den anspruchsberechtigten Personen keine höheren Vergütungsbeträge als mit dem GKV-Spitzenverband vereinbart in Rechnung stellen dürfen.

b) Satz 9 wird aufgehoben.

B) Stellungnahme

a) In Abs. 2 Satz 8 erfolgt durch entsprechende Streichung in Verbindung mit einer Anpassung des § 78a Absatz 4 SGB XI die Klarstellung, dass Hersteller von DiPA den anspruchsberechtigten Personen keine höheren Vergütungsbeträge als mit dem GKV-Spitzenverband vereinbart in Rechnung stellen dürfen. Die vorherige Formulierung führte hinsichtlich der Verbindlichkeit der Vergütungsbeträge zu abweichenden Auslegungen, sodass die vorgesehene Streichung begrüßt wird. In Verbindung mit der gesetzlichen Änderung in § 78a Absatz 4 SGB XI wird unmissverständlich deutlich, dass die zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Herstellern vereinbarten Vergütungsbeträge für DiPA für die Hersteller und die anspruchsberechtigten Personen abschließend und bindend sind. Auch die eindeutige Klarstellung in der Begründung zum Gesetzentwurf, dass parallele Vergütungsvereinbarungen zwischen den Herstellern und der anspruchsberechtigten Person oder die Inrechnungstellung höherer Vergütungsbeträge gegenüber der anspruchsberechtigten Person nicht möglich sind, wird ausdrücklich begrüßt. Gemäß der Begründung können Hersteller den anspruchsberechtigten Personen lediglich dann Mehrkosten in Rechnung stellen, sofern diese sich für eine DiPA entscheiden, deren Funktionen oder Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a Abs. 3 SGB XI aufgenommenen DiPA hinausgehen.

b) Satz 9 wird im neuen § 40b Absatz 2 SGB XI verortet und umformuliert.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17

§ 40b – Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im neuen Abs. 2 wird die vorherige Informationspflicht der Pflegekassen über die von den Pflegebedürftigen für ergänzende Unterstützungsleistungen (eUL) und DiPA selbstzutragenden Kosten einschließlich etwaiger Mehrkosten geregelt. Dies war vorher teilweise in § 40a Abs. 2 Satz 9 SGB XI geregelt, der aufgehoben und in § 40b Absatz 2 SGB XI verortet wurde.

Der Satz wurde dahingehend geändert, dass gemäß der neuen Formulierung nicht mehr nur über Mehrkosten zu informieren ist, die sich auf Funktionen oder Anwendungsbereiche beziehen, die über die in das DiPA-Verzeichnis aufgenommenen DiPA hinausgehen. Vielmehr soll die Pflegekasse auch über die von den anspruchsberechtigten Personen für eUL und DiPA selbstzutragenden Kosten einschließlich der Mehrkosten nach § 40a Absatz 2 Satz 8 SGB XI informieren. Die Information hat zudem barrierefrei zu erfolgen.

B) Stellungnahme

Die durch die Informationspflicht geschaffene Transparenz für Pflegebedürftige hinsichtlich selbstzutragender Kosten und Mehrkosten wird begrüßt. Wie auch der Gesetzesbegründung zu entnehmen ist, ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Pflegekasse gegebenenfalls lediglich grundsätzliche Informationen erteilen kann. Die Pflegekasse kann die anspruchsberechtigte Person beispielsweise über die Bewilligung einer Versorgung mit der beantragten DiPA und ggf. eUL und die Höhe des monatlichen Leistungsanspruchs informieren. Eine Information über den Vergütungsbetrag der beantragten DiPA ist nur möglich, sofern dieser zum Zeitpunkt der Antragsbearbeitung bereits vereinbart ist. Sofern bereits andere DiPA und eUL bewilligt wurden, kann die Pflegekasse die anspruchsberechtigte Person über die jeweiligen Vergütungsbeträge der DiPA informieren und darauf hinweisen, dass selbstzutragende Mehrkosten entstehen, sofern der monatliche Leistungsanspruch von insgesamt 50 Euro überschritten wird.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

§ 55 – Beitragssatz, Beitragssatzdifferenzierung nach Kinderzahl

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung soll ab dem 01.07.2023 um 0,35 Beitragssatzpunkte auf 3,4 Prozent angehoben werden.

Grundsätzlich wird der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung durch Gesetz festgelegt. Die Bundesregierung soll ermächtigt werden, den Beitragssatz durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates anzupassen, wenn der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung absehbar eine Monatsausgabe laut Haushaltsplänen der Pflegekassen zu unterschreiten droht.

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat mit Beschluss vom 07.04.2022 die bisherige Verteilung der Beitragslast zwischen kinderreichen und kinderarmen Familien in der sozialen Pflegeversicherung mit Artikel 3 Absatz 1 des Grundgesetzes für unvereinbar erklärt. Es bestätigt damit den bereits in 2001 begründeten und eingeforderten Familienlastenausgleich im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung. Im Kern hatte das BVerfG bereits in 2001 entschieden, dass der Vorteil kinderloser Versicherter in der sozialen Pflegeversicherung systemspezifisch beitragsrechtlich zu kompensieren ist. Mit seinem jüngsten Beschluss stellt das BVerfG im Wesentlichen fest, dass die bislang vorgehaltene Differenzierung zwischen Kinderlosen und Eltern im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung nicht weit genug geht.

Die nunmehr vorgesehenen Regelungen greifen die Vorgaben des BVerfG auf. Der weiterhin vorgehaltene Beitragszuschlag für Kinderlose sowie die vorgesehene Beitragssatzdifferenzierung in Abhängigkeit von der Anzahl der insoweit zu berücksichtigenden Kinder führen den vom BVerfG formulierten Grundsatz, nach dem die Erziehungsleistung konstitutiv für die Funktionsfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung ist, über die schon bislang vorgehaltenen Regelungen hinaus fort. Die Befreiung vom Beitragszuschlag für Kinderlose soll für das Mitglied mit festgestellter Elterneigenschaft weiterhin lebenslang gelten. Die Beitragsabschläge ab dem 2. Kind sollen hingegen nur bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres gewährt werden und sich somit auf den Zeitraum beschränken, in dem der Erziehungsaufwand typischerweise anfällt. Die Regelung, nach der die Elterneigenschaft sowie künftig auch die Anzahl der Kinder gegenüber der beitragsabführenden Stelle bzw. bei Selbstzahlenden gegenüber der Pflegekasse nachzuweisen sind, wird fortgesetzt.

Bis spätestens 01.07.2023 soll das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Inneren und für Heimat sowie dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft ein Verfahren zur Erhebung und zum Nachweis der Anzahl der Kinder entwickeln. Über geeignete Nachweise soll der GKV-Spitzenverband eine Empfehlung abgeben. Nachweise, die für vor dem 01.07.2023 geborene Kinder, die bis zum 31.12.2023 erbracht werden, wirken vom 01.07.2023 an. Zu viel gezahlte Beiträge infolge einer Nichtberücksichtigung von Beitragsabschlüssen ab dem 01.07.2023 sind von den beitragsabführenden Stellen bzw. den Pflegekassen spätestens bis zum 31.12.2024 zu erstatten.

Der Anspruch auf Verzinsung des Erstattungsbetrags gemäß § 27 Absatz 1 des Vierten Buches findet bis einschließlich 31.12.2023 keine Anwendung.

B) Stellungnahme

Eine Anhebung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung um 0,35 Beitragssatzpunkte auf 3,4 Prozent ist nicht grundsätzlich kritisch zu bewerten, sie sollte jedoch vollumfänglich dazu dienen, Leistungsverbesserungen für pflegebedürftige Personen zu finanzieren. Tatsächlich bleiben die vorgesehenen Verbesserungen deutlich hinter der Mehrbelastung der Beitragszahlenden zurück, weil die Rentenversicherungsbeiträge von pflegenden Angehörigen und die pandemiebedingten Zusatzkosten der sozialen Pflegeversicherung nicht, wie als Ziel im Koalitionsvertrag definiert, der Aufgabenverantwortung folgend aus Steuermitteln getragen werden, sondern von den Beitragszahlenden zu finanzieren sind; im Falle der Rentenversicherungsbeiträge sogar im Jahr für Jahr weiter anwachsenden Umfang. Die vorgesehene Beitragssatzanhebung finanziert mehr als die Hälfte Rentenversicherungsbeiträge von pflegenden Angehörigen.

Die in Absatz 1 vorgesehene Ermächtigung der Bundesregierung, den Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung durch Rechtsverordnung anzupassen, wenn der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung absehbar die Höhe einer Monatsausgabe laut Haushaltsplänen der Pflegekassen zu unterschreiten droht, schränkt die Verantwortung des Parlaments für eine auskömmliche Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung in Zeiten größter Dringlichkeit ein. Die Lösung wird dadurch auf die Höhe des Beitragssatzes beschränkt und der parlamentarischen Diskussion entzogen. Die vorgesehene Verordnungsermächtigung würde es zwar ermöglichen, eine erforderliche Beitragssatzanhebung in kürzerer Frist umzusetzen. Dennoch sollte auf die Verordnungsermächtigung verzichtet werden. Sofern die Verordnungsermächtigung erteilt wird, ist zu beachten, dass die Festlegung der Interventionsschwelle auf die Höhe einer

Monatsausgabe unter dem gesetzlich vorgesehenen Mittel-Soll gemäß § 63 und § 64 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Höhe von 1,5 Monatsausgaben liegt. Sie berücksichtigt dabei nicht, dass Kassen annähernd bis zu eineinhalb Monate in Vorleistung gehen müssen, ehe sie aus dem Finanzausgleich refinanziert werden. Damit werden Liquiditätsengpässe bei einzelnen Pflegekassen in Kauf genommen.

Die vorgesehenen Regelungen in Absatz 3 sind grundsätzlich geeignet, das Ziel einer den Vorgaben des BVerfG entsprechenden Beitragsatzdifferenzierung zwischen kinderlosen Mitgliedern einerseits und Eltern in Abhängigkeit von der Anzahl der insoweit zu berücksichtigenden Kinder andererseits zu erreichen.

Die millionenfache erstmalige Erhebung und Prüfung der Nachweise über Anzahl und Geburtsdaten der Kinder und die erforderlichen Anpassungen in der Abrechnung der beitragspflichtigen Einkommen machen es erforderlich, dass den beitragsabführenden Stellen und Pflegekassen für die Erstattung der zu viel gezahlten Beiträge bei zunächst nicht berücksichtigten Beitragsabschlägen eine Frist bis zum 31.12.2024 eingeräumt wird. Diese Frist ist dem fehlenden zeitlichen Vorlauf zum Inkrafttreten des Anspruchs auf Beitragsabschläge geschuldet. Der Anspruch auf Verzinsung der Erstattungsbeträge durch die Pflegekassen wird hingegen nur bis zum 31.12.2023 ausgesetzt. Die fehlende Fristenkongruenz führt durch die Ermittlung und Auszahlung von Zinsen zu einer unbegründeten finanziellen und bürokratischen Belastung der Pflegekassen. Der Verzinsungsanspruch nach § 27 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch muss deshalb temporär bis zum 31.12.2024 ausgesetzt werden.

Laut Gesetzesbegründung haben die Pflegekassen mit Verweis auf die in den §§ 13 ff. SGB I geregelten Beratungs- und Informationspflichten ihre Mitglieder individuell über die ab dem 01.07.2023 geltenden Beitragsabschläge für Mitglieder mit zwei und mehr Kindern unter 25 Jahren zu informieren. Es ist allerdings geübte und wirtschaftliche Praxis, dass Kranken- und Pflegekassen ihre Mitglieder über ihr jeweiliges Onlineinformationsangebot, über die Mitgliederzeitschrift und durch geeignete Pressearbeit informieren. Individuelle Schreiben an 57,6 Millionen Mitglieder sind ein relevanter Kostenfaktor. Dies wurde zuletzt mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz dahingehend berücksichtigt, dass die Hinweispflicht der Krankenkassen nach § 175 Absatz 4 Satz 7 SGB V, ihre Mitglieder durch individuelle Schreiben über die Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes und die damit einhergehenden Rechte des Mitglieds zu informieren, in Erwartung von Erhöhungen des Zusatzbeitragssatzes bei einer Vielzahl von Krankenkassen zum 01.01.2023 für die Zeit bis zum 30.06.2023 ausgesetzt wird und die Krankenkassen stattdessen ihre Mitglieder auf andere geeignete Weise zu informieren haben. Individuelle Schreiben der Pflegekassen an die Mitglieder mit der Aufforderung, gegenüber der beitragsabführenden Stelle Nachweise über Kinder zu

erbringen, die jünger als 25 Jahre sind, bergen außerdem sowohl für die beitragsabführenden Stellen als auch für die informierenden Pflegekassen das Risiko, dass diese Nachweise fälschlicherweise an die Pflegekasse geschickt werden, von der das Mitglied angeschrieben wurde. Dies würde zu zusätzlichem Verwaltungsaufwand, zu ungeklärten Datenschutzfragen (Berechtigung der Weiterleitung an die zuständige Stelle) und zu dem Risiko führen, dass die Nachweise im ungünstigsten Fall durch den Umweg nicht rechtzeitig bis zum 31.12.2023 der beitragsabführenden Stelle vorliegen und somit eine rückwirkende Berücksichtigung der Beitragsabschlüsse nicht mehr möglich ist.

Entgegen der Darstellung eines geringfügigen Erfüllungsaufwandes für die technische Umsetzung innerhalb der Sozialversicherung und damit auch bei den Kranken- und Pflegekassen entsteht zudem bereits erheblicher Aufwand für die Anpassung der IT-Systeme hinsichtlich der Beitragsberechnung, der Nachweiserhebung und -speicherung sowie der Erstellung der Anschreiben/Informationsschreiben und der Beitragsbescheide an die selbst die Beiträge zahlenden Mitglieder.

Abschließend wird auf einen Verweisfehler in § 55 Absatz 4 (neu) hingewiesen.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung in Artikel 1 Nummer 20 Buchstaben a wird gestrichen.

Die Regelung in Artikel 1 Nummer 20 Buchstabe b sollte wie folgt gefasst werden: „In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „3,05“ durch die Angabe „3,4“ ersetzt.“

In Artikel 1 Nummer 20 Buchstabe c wird im letzten Teilsatz die Jahreszahl „2023“ durch die Jahreszahl „2024“ ersetzt.

Nach Artikel 1 Nummer 20 Buchstabe d wird folgender Buchstabe e eingefügt:

„e) In Absatz 4 sind die Wörter „Absatzes 3 Satz 2“ durch die Wörter „Absatzes 3 Satz 3“ zu ersetzen.“

Die bisherigen Buchstaben e und f werden f und g.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21, 22 und 23

§§ 58, 59 und 59a – Tragung der Beiträge

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen bei den Regelungen zur Beitragstragung in den §§ 58 und 59 SGB XI stellen reine Folgeänderungen zur Neufassung des § 55 Absatz 3 SGB XI dar. Mit ihnen wird – ohne inhaltliche Veränderungen – klargestellt, dass der Beitragszuschlag für Kinderlose (weiterhin) allein vom Mitglied aufzubringen ist.

Darüber hinaus wird im Umgang mit der Reduzierung des Beitragssatzes für Mitglieder mit mehr als einem Kind (Beitragsabschlag) mit § 59a SGB XI neu geregelt, dass der Beitragsabschlag nur die vom Mitglied zu tragenden Beiträge reduziert. Sonstige an der Beitragsaufbringung Beteiligte (z. B. Arbeitgebende) werden vom Beitragsabschlag nicht begünstigt. Im Falle der vollständigen Beitragstragung durch Dritte findet der Beitragsabschlag keine Berücksichtigung.

B) Stellungnahme

Die als Folgeänderungen gekennzeichneten Regelungen bei der Tragung des Beitragszuschlags für Kinderlose sind sachgerecht und erforderlich. Gleiches gilt für die über alle Personengruppen hinweg geltende allgemeine gesetzliche Regelung, nach der die Reduzierung des Beitragssatzes (Beitragsabschlag) bei Mitgliedern mit mehr als einem Kind nur dem Mitglied zugutekommt und nicht sonstigen an der Beitragstragung Beteiligten.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26

§ 61a – Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der angespannten Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung soll die Rückzahlungsfrist des vom Bund gewährten Darlehens in Höhe von 1 Mrd. Euro von Ende 2023 hälftig auf Ende 2028 verlängert werden.

B) Stellungnahme

Die Verschiebung von Finanzierungslasten in die Zukunft durch Darlehen des Bundes an den Ausgleichsfonds ist bereits grundsätzlich als nicht nachhaltig zu kritisieren. Eine Verlängerung der Rückzahlungsfrist um fünf Jahre ist allerdings noch kritischer zu bewerten als die Darlehensgewährung an sich. Bei der nun vorgesehenen Verlängerung der hälftigen Rückzahlungsfrist auf Ende 2028 stehen dem Darlehensbetrag zwar höhere beitragspflichtige Einnahmen gegenüber. Diese werden aber nicht ausreichen, die mit der demografischen Entwicklung und der im Gesetzentwurf vorgesehenen Leistungsdynamisierung wachsenden Ausgaben der Pflegeversicherung bis 2028 ohne weitere Beitragssatzsteigerung zu finanzieren. Die Rückzahlung muss somit bei einem bereits höheren Beitragssatzniveau zusätzlich geleistet werden. Eine Verlängerung der Rückzahlungsfrist verschiebt die politische Verantwortung zur Schließung der Finanzierungslücke in die nächste Legislaturperiode zu einem höheren Preis für die zukünftigen Beitragszahlenden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 26 sollte gestrichen werden. Es wird empfohlen, das zum 31.12.2023 zurückzuzahlende Bundesdarlehen im Rahmen der Haushaltsgesetzgebung in einen Bundeszuschuss umzuwandeln.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 28

§ 75 – Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und –vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1 wird mit Satz 5 ergänzt, dass die Rahmenverträge nach § 75 künftig von den Landesverbänden der Pflegekassen zu veröffentlichen sind.

In Absatz 2 Satz 1 soll mit neu gefasster Nummer 10 geregelt werden, dass die Anforderungen an die nach § 85 Absatz 3 geeigneten Nachweise zur Darlegung der prospektiven Sach- und Personalaufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Personalbeschaffung bei den Vergütungsverhandlungen, soweit diese nicht von den Richtlinien gemäß § 82c Absatz 4 umfasst sind, in den Landesrahmenverträgen geregelt werden. In den Landesrahmenverträgen sollen die Maßstäbe und Grundsätze für eine personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen künftig auch Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal umfassen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Regelungen werden grundsätzlich begrüßt.

Allerdings verweist die Gesetzesbegründung darauf, dass neben den Aufwendungen für die Personalgewinnung im Inland auch die Aufwendungen für die Anwerbung von Personal im Ausland in der Pflegevergütung berücksichtigungsfähig sein sollen. Damit werde, so die Gesetzesbegründung, auch ein Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes aufgegriffen.

Hier muss klargestellt werden, dass dies kein Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes darstellt. Vielmehr hat der GKV-Spitzenverband gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit die Auffassung vertreten, dass Kosten für Vermittlung und Anwerbung von Pflegefachkräften im Ausland keine Aufwendungen sind, die im unmittelbaren Zusammenhang mit den für die Versorgung der pflegebedürftigen Personen erforderlichen Pflegeleistungen nach dem SGB XI stehen. Verauslagte Aufwendungen für notwendige Leistungen für die Beschäftigung in Deutschland wie Kosten für Anreise, Sprachkurse und berufliche Qualifizierung (Anwerbekosten) können vielmehr als „Vorhaltekosten“ eingeordnet werden. Darüber hinaus entstehen Aufwendungen für die Personalvermittlung und –gewinnung auch im Inland. Diese sind im engeren Sinne nicht für die Erbringung von Pflegeleistungen, sondern vielmehr zur

Gewährleistung einer pflegerischen Versorgungsstruktur zuzuordnen. Nach § 9 SGB XI sind die Länder für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur entsprechend Art. 30, 70 Abs. 1 GG verantwortlich. Das Nähere wird durch Landesrecht bestimmt. In der Folge sind Aufwendungen für die Personalanwerbung im In- und Ausland nicht Bestandteil der Pflegevergütung.

Sofern der Gesetzgeber die Auffassung vertritt, dass die Finanzierungsverantwortung der Aufwendungen für die Beschaffung von im In- und Ausland angeworbenem Personal vollständig bei den Pflegebedürftigen, Pflegekassen und Sozialhilfeträgern liegen sollte, bedarf es einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage. Die vorgesehene Neuregelung ist hierfür nicht ausreichend.

Mit der Berücksichtigung von ergänzenden Regelungen zu Personalpools und vergleichbaren betrieblichen Ausfallkonzepten in den Landesrahmenverträgen sollen die Vertragsparteien in den Ländern die Rahmenbedingungen für die Einrichtung von Personal- bzw. „Springerpools“ schaffen. Der GKV-Spitzenverband unterstützt das damit verbundene Ziel, die Anzahl der Leiharbeitnehmenden in der Langzeitpflege zu reduzieren. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass eine systematische „Ablösung“ von Leiharbeitskräften durch festangestellte Pflegekräfte im Rahmen von Personalpools – sofern letztere überhaupt auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen – eines längeren Umstellungszeitraums bedarf.

C) Änderungsvorschlag

§ 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 10 ist wie folgt zu fassen: „die Anforderungen an die nach § 85 Absatz 3 geeigneten Nachweise zur Darlegung der prospektiven Sach- und Personalaufwendungen bei den Vergütungsverhandlungen, soweit nicht von den Richtlinien gemäß § 82c Absatz 4 umfasst. Aufwendungen für die Beschaffung von Personal sind nicht den pflegebedingten Aufwendungen zuzuordnen.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29

§ 78a – Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Der neu eingefügte Satz 7 soll klarstellen, dass die zwischen dem Hersteller und dem GKV-Spitzenverband vereinbarten Vergütungsbeträge für DiPA für die Hersteller und die anspruchsberechtigte Person bindend sind.

b) Die Änderungen in Absatz 9 (aa) und bb)) betreffen die Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes zu Informationen über die Inanspruchnahme von DiPA und eUL.

aa) Gemäß Absatz 9 Satz 1 soll die Frist zur Vorlage des erstmaligen Berichts des GKV-Spitzenverbandes zu den DiPA und eUL vom 01.02. auf den 01.04.2024 verschoben werden.

bb) Gemäß Absatz 9 Satz 2 ist vorgesehen, dass hinsichtlich der Leistungen der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. mit einbezogen werden soll.

B) Stellungnahme

a) Es hat sich gezeigt, dass Differenzen in der Auslegung hinsichtlich der Verbindlichkeit bestehen, sodass die gesetzliche klarstellende Formulierung hinsichtlich der Verbindlichkeit der zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Hersteller verhandelten Vergütungsbeträge für den Hersteller und die anspruchsberechtigte Person begrüßt wird.

b) Die Änderungen im Rahmen der Berichtspflicht sind sachgerecht.

aa) Die Verlängerung der Frist zur Vorlage des erstmaligen Berichts des GKV-Spitzenverbandes zu den DiPA und eUL vom 01.02. auf den 01.04.2024 wird begrüßt.

bb) Durch den ergänzenden Satz ist der PKV e. V. im Rahmen der Berichterstattung zu Informationen zu Leistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung einzubeziehen. Die Einbeziehung des PKV e. V. wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 30

§ 82c – Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für Pflegeeinrichtungen, die sich an Tarifverträge anlehnen, wird ergänzt, dass sich die Regelungen zur Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen auch auf Arbeitnehmende beziehen, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen. Ferner wird klargestellt, dass für die Pflegeeinrichtungen, die sich am regional üblichen Entlohnungsniveau orientieren, bei den Personalaufwendungen für Arbeitnehmende, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, die allgemeinen Bemessungsgrundsätze gem. § 84 bzw. § 89 SGB XI gelten.

Darüber hinaus werden die Wirtschaftlichkeitsgrundsätze für die Entlohnung von Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen auf die Wirtschaftlichkeit von Entgelten für Personal aus Arbeitnehmerüberlassungen oder Werk- bzw. Dienstleistungsvertragsverhältnissen in Pflegeeinrichtungen übertragen.

Zudem werden die Vermittlungsentgelte von Leiharbeitnehmenden nicht als wirtschaftlich und ihre Bezahlung über die Wirtschaftlichkeitsgrenze hinaus nur mit sachlichem Grund als wirtschaftlich anerkannt; dies steht im Zusammenhang mit dem Auftrag an die Pflegeselbstverwaltung zur Konkretisierung der Landesrahmenverträge nach § 75 Absatz 3 insbesondere zur Umsetzung von Personalpools sowie für den vollstationären Bereich hinsichtlich der Vereinbarung von Personalstellen nach § 113c Absatz 2 zur Umsetzung dieser Konzepte.

B) Stellungnahme

Mit der Einfügung von Absatz 2a erfolgt bezogen auf Pflegeeinrichtungen, die sich an einen Tarifvertrag oder eine kirchliche Arbeitsrechtsregelung anlehnen, eine Klarstellung zur Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen für Arbeitnehmende, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen. Diese Klarstellung wird begrüßt.

Die Regelung des Absatzes 2b überträgt die bereits für die Vergütung bzw. Entlohnung von Beschäftigten von Pflegeeinrichtungen geltenden Wirtschaftlichkeitsgrundsätze auf die Wirtschaftlichkeit von Überlassungsentgelten für Personal, das im Rahmen von Arbeitnehmerüberlassungen oder Werk- bzw. Dienstleistungsvertragsverhältnissen in einer Pflegeeinrichtung tätig wird. Die Anerkennung von Entgelten für die Vermittlung von

Leiharbeitnehmenden als wirtschaftlich wird ausgeschlossen. Damit soll ein wirtschaftlicher Anreiz gesetzt werden, bei Personalausfall die Versorgung durch sogenannte Springer im Stammpersonal der Pflegeeinrichtung und nicht über Leiharbeitskräfte sicherzustellen.

Die Regelung steht in einem engen Zusammenhang mit dem Auftrag an die Pflegeselbstverwaltung zur Konkretisierung der Landesrahmenverträge nach § 75 Absatz 3 insbesondere zur Umsetzung von Personalpools sowie für den vollstationären Bereich hinsichtlich der Vereinbarung von Personalstellen nach § 113c Absatz 2 zur Umsetzung dieser Konzepte. Das damit verbundene Ziel entspricht den Vereinbarungen der Konzertierte Aktion Pflege, die Anzahl der Leiharbeitnehmenden in der Langzeitpflege zu reduzieren. Es ist jedoch zu bedenken, dass eine Vereinbarung von Ausfallkonzepten und die systematische Ablösung des Einsatzes von Leiharbeitskräften durch festangestelltes Springerpersonal in den Einrichtungen einen längeren Zeitraum in Anspruch nimmt und nicht stichtagsbezogen mit Inkrafttreten des Gesetzes realisiert werden kann.

Hinsichtlich der Wirksamkeit der Änderungen des § 82c Absatz 2b SGB XI ist zu beachten, dass aufgrund der beabsichtigten Neuregelung des § 82c Absatz 3 SGB XI auch für Personal, das im Rahmen einer Arbeitnehmerüberlassung tätig wird, für eine höhere Bezahlung als das Tarifniveau ein sachlicher Grund greifen kann. In § 6 Abs. 6 der Pflegevergütungsrichtlinien nach § 82c SGB XI sind als Beispiele und damit nicht abschließend sachliche Gründe aufgeführt, unter anderem unter Buchstaben d: „Die Zahlung wettbewerbsfähiger Löhne aufgrund einer besonders herausfordernden Fachkräftesituation in der Region.“. Dies ist bei Pflegeeinrichtungen, die Leiharbeitnehmende beschäftigen müssen, um Versorgungspässe auszugleichen, zu erwarten.

C) Änderungsvorschlag

Es wird gebeten, die obigen Hinweise im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu berücksichtigen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 39

§ 113b – Maßstäbe und Grundsätze

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Aufnahme des Absatz 3a wird geregelt, dass die beschlussfassenden Sitzungen des Qualitätsausschusses Pflege und des erweiterten Qualitätsausschusses Pflege in der Regel öffentlich und zeitgleich als Live-Video-Übertragungen im Internet angeboten werden sollen. Die nichtöffentlichen Beratungen des Qualitätsausschusses Pflege und des erweiterten Qualitätsausschusses Pflege einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften bleiben hiervon unberührt.

B) Stellungnahme

Mit dieser Änderung soll die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Arbeit des Qualitätsausschusses Pflege gestärkt werden. Allerdings benötigt die Umsetzung dieser Regelung eine umfassende rechtliche und organisatorische Vorbereitung. Es betrifft zum einen die Änderung der Satzung des Vereins „Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege“. Zudem benötigt die Geschäftsstelle Pflege hierfür geeignete Räumlichkeiten mit der technischen Ausstattung und des technischen Supports für eine Live-Übertragung sowie Archivierung der Gremiensitzungen. Außerdem kann die Umsetzung mit der derzeitigen Besetzung der Geschäftsstelle Pflege nicht gewährleistet werden.

C) Änderungsvorschlag

In der beabsichtigten Neuregelung sollten die umfassenden rechtlichen und organisatorischen Vorarbeiten berücksichtigt werden.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 39

§ 113b – Maßstäbe und Grundsätze

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung in Abs. 6 sollen die Vertragsparteien ab dem 01.09.2023 eine dauerhafte zusätzliche Referentenstelle zur Unterstützung der nach § 118 SGB XI maßgeblichen Interessenvertretungen einrichten. Die Interessenvertretungen haben das Recht, die Stelle zu besetzen und den Arbeitsort in Abstimmung mit der Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege zu bestimmen.

B) Stellungnahme

Die Einrichtung einer Referentenstelle ist aus der Perspektive der Verbände nach § 118 SGB XI grundsätzlich nachzuvollziehen, sollte allerdings in der Umsetzung nicht Aufgabe der Geschäftsstelle sein. Denn die Neuregelung zielt allein auf die fachliche und organisatorische Unterstützung einzelner Interessengruppen, ohne dass hinreichend konkretisiert ist, was damit gemeint ist. Dagegen ist Auftrag der unabhängigen Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege, alle Mitglieder und Beteiligte des Qualitätsausschusses Pflege und seiner Untergremien inhaltlich und organisatorisch umfänglich zu unterstützen, was die benannten Vertreterinnen und Vertreter der Betroffenenorganisationen selbstverständlich einschließt. Die vorgeschlagene Regelung bringt erhebliche rechtliche und organisatorische Umsetzungsprobleme mit sich.

Der Verein „Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege e.V.“ fungiert in der derzeitigen Fassung des § 113 Abs. 6 SGB XI als Arbeitgeber. Einflussmöglichkeiten auf Auswahl, Tätigkeitsfeld, Vergütung der einzustellenden Person sowie Bewertung der Arbeitsleistung bestünden bei der Einrichtung einer Referentenstelle zur Unterstützung der nach § 118 SGB XI maßgeblichen Interessensvertretungen, wie im derzeitigen Referentenentwurf des PUEG dargelegt, jedoch nicht. Auch eine Definition des zu bearbeitenden Aufgabengebietes obläge nach der derzeitigen Ausgestaltung nicht dem Verein „Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege e.V.“. Dieser Umstand wird kritisch gesehen und befindet sich derzeit noch in juristischer Prüfung. Der Verein „Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege e.V.“ schliesse demnach einen Arbeitsvertrag mit einer Person ab, deren Arbeitsort, -inhalt und -umfang

dem Einfluss des Vereins entzogen wären. Insgesamt könnte der Verein auch seinen formalen Arbeitgeberpflichten und seinen Personalführungsaufgaben nicht nachkommen.

In der Umsetzung der Einrichtung einer Referentenstelle zur Unterstützung der nach § 118 SGB XI maßgeblichen Interessensvertretungen orientiert sich der Gesetzgeber an den bereits vorhandenen Regelungen zum Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Die Strukturen des G-BA insbesondere mit seiner Geschäftsstelle und der dort angegliederten Stabsstelle Patientenbeteiligung lassen sich nicht ohne weiteres auf den Verein „Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege e.V.“ und mithin die Organisationsstruktur von Trägerverein, Geschäftsstelle und Qualitätsausschuss Pflege übertragen. Während der G-BA als Selbstverwaltungskörperschaft eine Anstalt des öffentlichen Rechts ist, fungiert die Geschäftsstelle als eingetragener Verein.

C) Änderungsvorschlag

Die Ansiedlung und Ausgestaltung der geplanten Referentenstelle sollte außerhalb der Geschäftsstelle Pflege erfolgen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40

§ 113c – Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die derzeitigen Vorgaben zur Personalausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen sollen im Wesentlichen durch folgende Regelungen geändert werden.

(a) Ergänzung weiterer Ausnahmen, wann von den Personalthöchstwerten nach § 113c Abs. 1 abgewichen werden kann

Als weitere Ausnahmen werden Personalpools oder die Umsetzung vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte sowie das Modellprojekt nach § 8 Absatz 3b ergänzt.

(b) Regelungen zum Personalaufwuchs

Es werden mehrere Substitutionsmöglichkeiten für die Erfüllung der Qualifikationsvoraussetzungen nach § 113c Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 (landesrechtlich geregelte Helfer- oder Assistenz Ausbildung in der Pflege) vorgesehen.

(c) Festlegung von Mindest- und Höchstwerten durch das Bundesministerium für Gesundheit und zweijährliche Überprüfung

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) soll erstmals zum 31.12.2023 bundeseinheitliche Personalanhaltswerte für die Mindestpersonalausstattung festlegen und diese sowie die bereits gesetzlich geregelten Personalthöchstwerte alle zwei Jahre überprüfen. Der GKV-Spitzenverband soll dem BMG alle zwei Jahre, erstmals bis zum 31.12.2024, aufgeschlüsselt nach Bundesländern, über die Einhaltung der Vorgaben zur Mindest- und Höchstpersonalausstattung berichten. Die Grundlagen des Berichts soll der GKV-Spitzenverband bis zum 30.09.2023 festlegen.

B) Stellungnahme

Zu (a)

Die Ergänzung von Personalpools (sogenannten „Springerpools“) oder vergleichbaren betrieblichen Ausfallkonzepten sowie des Modellprojekts nach § 8 Absatz 3b als Gründe für eine mögliche Abweichung von den gesetzlichen Personalthöchstwerten, ist folgerichtig. Die Berücksichtigung von Personalpools bei der Personalbemessung steht hierbei im Zusammenhang mit der Neuregelung in § 75 Absatz 3.

Bei der Möglichkeit, zusätzliches Personal außerhalb der in § 113c Abs. 1 festgelegten Höchstpersonalausstattung zu vereinbaren, ist zu beachten, dass regelhafte Personalausfälle (wie bspw. Urlaub oder Krankheit) bereits als Personalkosten bei den Pflegesatzverhandlungen berücksichtigt werden. Daher können nur darüberhinausgehende Aufwendungen für unvorhersehbare Personalausfälle zusätzlich finanziert werden.

Zu (b)

Nach derzeitiger Rechtslage sind für vollstationäre Pflegeeinrichtungen bundeseinheitliche Höchstwerte für Personalschlüssel in drei Qualifikationsstufen festgelegt. Pflegeeinrichtungen können dadurch insbesondere mehr Pflegehilfskraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege vereinbaren. Allerdings stellen Arbeitsmarktlage und Ausbildungssituation die Pflegeeinrichtungen vor die Herausforderung, Personal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege zu gewinnen. Insofern wird grundsätzlich begrüßt, dass landesrechtliche Qualifikationsregelungen, die einer einjährigen Ausbildung gleichgesetzt werden, hier Berücksichtigung finden sollen.

Eine Ausnahme stellt die in § 113c Absatz 3 als Satz 4 neu vorgesehene Regelung dar. Danach soll alleine die Anwartschaft (Wartezeit) auf eine landesrechtlich geregelte Helfer- oder Assistenzausbildung der Durchführung einer solchen gleichgesetzt werden, sofern die Pflegeeinrichtung nachweist, dass die Ausbildung schnellstmöglich, spätestens jedoch bis zum 30.12.2028, begonnen wird und die entsprechende (ungelernte) Pflegehilfskraft über eine fünfjährige Berufserfahrung (mindestens hälftige Vollzeitbeschäftigung) in der Pflege verfügt.

Die Gesetzesbegründung gibt Aufschluss über die Konsequenzen, sofern die Ausbildung nicht zum nachgewiesenen Zeitpunkt begonnen wird, die Ausbildung vorzeitig endet oder nicht erfolgreich abgeschlossen wird. In diesen Fällen ist die entsprechende Pflegekraft dann wieder als ungelernte Pflegehilfskraft im Stellenschlüssel der Einrichtung zu berücksichtigen; der Bestandsschutz nach § 113c Absatz 2 Nummer 1 SGB XI greift nicht.

Abgesehen davon, dass unklar ist, wie ein Nachweis erfolgen soll, dass eine Pflegehilfskraft zu einem bestimmten Zeitpunkt in den nächsten fünf Jahren eine Ausbildung beginnen wird, ist es alleine aus Gründen der Qualitätssicherung unverständlich, warum eine Pflegekraft (mit Berufserfahrung) bereits dann als ausgebildete Pflegekraft gelten soll, wenn sie nur auf einen Ausbildungsplatz wartet. Dies wird auch durch die Ausführungen in der Gesetzesbegründung ad absurdum geführt, dass die Pflegekraft dann wieder als ungelernt gilt, wenn sie nicht bis zum nachgewiesenen Datum die Ausbildung begonnen hat. Die vorgesehene Regelung

(§ 113c Absatz 3 Satz 4) ist wieder zu streichen.

Ein Einstieg in die neue qualifikationsbezogene Systematik ist erst dann möglich, wenn für Pflegeassistentenpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr die strukturellen Voraussetzungen geschaffen sind. Die sehr heterogenen Qualifizierungen von Pflegeassistentenpersonal und deren unterschiedliche Kompetenzniveaus und -profile in den Ländern wirken sich dabei hemmend auf die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens aus. Zielführend wäre deshalb eine bundesweite Regelung zur Entwicklung eines Rahmenlehrplans über die Fachkommission gemäß § 14 Pflegeberufgesetz.

Zu (c)

Die Festlegung von qualifikationsdifferenzierten und bundeseinheitlichen Personalanhaltswerten für eine Mindest- und Höchstpersonalausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen durch das BMG wird grundsätzlich begrüßt. Unklar ist allerdings, in welchem Verhältnis die Festlegung der Mindestwerte zu den Empfehlungen nach Abs. 4 stehen.

Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die vorgesehene Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes zu der Frage, ob vollstationäre Pflegeeinrichtungen eine Pflegesatzvereinbarung mit den Personalanhaltszahlen einhalten konnten und welche Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung durch die Einführung einer bundeseinheitlichen, mindestens zu vereinbarenden personellen Ausstattung zu erwarten wären, nicht aufgrund von quantitativen Erhebungen der Pflegekassenverbände zu erfüllen ist. Die Aufgabe kann daher nicht dem GKV-Spitzenverband übertragen werden.

Zielführender wäre eine einrichtungsbezogene Analyse der erforderlichen Daten, die auch stichprobenartig in den Bundesländern durchgeführt werden könnte. Das gelingt bspw. mit der Expertise eines wissenschaftlichen Instituts, das die Einhaltung der Zielwerte erhebt und deren Auswirkungen auf die Versorgung identifizieren kann. Das Bundesministerium für Gesundheit kann diesen Auftrag extern vergeben.

C) Änderungsvorschlag

Es ist Satz 4 in § 113c Absatz 3; Nr. 40 Buchstabe b Doppelbuchstabe b zu streichen.

Es ist Satz 3 3. Halbsatz in § 113c Absatz 8 („und welche Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung durch die Einführung einer bundeseinheitlichen, mindestens zu vereinbarenden personellen Ausstattung zu erwarten wären.“) in Nr. 40 Buchstabe d zu streichen.

Der § 113c Absatz 7 Satz 2 Nummer 2 SGB XI wird wie folgt gefasst: „die Erkenntnisse aus dem Bericht nach Absatz 8 und“.

Der § 113c Absatz 8 Sätze 3 und 4 SGB XI werden wie folgt gefasst: „Das Bundesministerium für Gesundheit führt alle zwei Jahre eine externe Erhebung, erstmals bis zum 31. Dezember 2024, aufgeschlüsselt nach Bundesländern für den Stichtag 1. November des Berichtsjahres, zu der Frage durch, ob vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die eine Pflegesatzvereinbarung im Sinne von Absatz 1 geschlossen haben, die Zielwerte nach Satz 1 einhalten können und welche Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung durch die Einführung einer bundeseinheitlichen, mindestens zu vereinbarenden personellen Ausstattung zu erwarten wären. Dabei sind auch die Daten über den Umfang des Pflegehilfskraftpersonals, das nach Absatz 2 Nummer 1 die Personalanhaltzahlen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 überschreitet oder das entsprechend Absatz 3 vorgehalten wird, extern zu erheben.“

Der § 113c Absatz 8 Sätze 5 und 6 SGB XI sind zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 44

§ 125a – Modellprogramm Telepflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für eine wissenschaftlich gestützte Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen wird das Ende des Zeitraums möglicher Förderungen von Ende des Jahres 2024 auf Ende des Jahres 2025 verlängert.

B) Stellungnahme

Die Verlängerung des Förderzeitraums ist sachgerecht und wird vom GKV-Spitzenverband begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 45

§ 125b – Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Beim GKV-Spitzenverband wird ein interdisziplinäres „Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege“ eingerichtet, das regelmäßig die Umsetzung digitaler Potenziale in der ambulanten und stationären Langzeitpflege analysiert und evaluiert. Es soll konkrete Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Digitalisierung in der Langzeitpflege entwickeln, Möglichkeiten der Digitalisierung bei der Vermittlung von Plätzen und Angeboten im Bereich der Langzeitpflege eruieren sowie den Wissenstransfer bei Themen der Digitalisierung unterstützen. Dabei sollen bereits laufende Vorhaben (wie die Modellvorhaben nach § 8 Abs. 3b, § 125 und § 125a SGB XI) berücksichtigt werden.

Von 2023 bis 2027 werden für die Einrichtungen des Kompetenzzentrums aus Mitteln des Ausgleichsfonds 10 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Der PKV-Verband beteiligt sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten. Ziele, Inhalte, Planung und Durchführung des Kompetenzzentrums bestimmt der GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Eine Benehmensherstellung erfolgt mit den Verbänden der Pflegekassen, den Ländern, dem PKV-Verband, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, der BAGüS, den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, dem Deutschen Pflegerat, den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 sowie deren Pflegepersonen nach § 19, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der KBV sowie mit Kompetenzzentren auf Bundes- und Landesebene. Die Gesellschaft für Telematik soll beteiligt werden. Ebenso hat eine Benehmensherstellung mit der bzw. dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit zu erfolgen, sofern datenschutzrechtliche Belange betroffen sind.

Die Arbeit des Kompetenzzentrums soll wissenschaftlich durch unabhängige Sachverständige hinsichtlich Qualität, Wirksamkeit und Kosten begleitet und evaluiert werden. Der GKV-Spitzenverband legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis 2028 jährlich, erstmals zum 01.03.2024, einen Bericht über die Arbeit und Ergebnisse des Kompetenzzentrums vor.

Die Arbeit des Kompetenzzentrums wird von einem Beirat begleitet, der im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit vom GKV–Spitzenverband eingerichtet wird. Beteiligt sind die Parteien der Benennungsherstellung (s. o.) sowie Wissenschaft, Bundesministerium für Bildung und Forschung, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Gesundheit und die bzw. der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung.

Der GKV–Spitzenverband informiert regelmäßig und aktuell auf einer eigens dafür eingerichteten barrierefreien Internetseite über das Kompetenzzentrum.

B) Stellungnahme

Das Kompetenzzentrum flankiert weitere Maßnahmen zur Förderung der Digitalisierung, wie bspw. die vollständige Verpflichtung von Pflegeeinrichtungen zur Anbindung an die Telematik–Infrastruktur (TI). Der Prozess zur Digitalisierung in der Langzeitpflege wurde schon vor längerer Zeit begonnen und von zahlreichen Aktivitäten des GKV–Spitzenverbandes begleitet. Insofern ist die Verknüpfung mit den Modellprogrammen nach § 8 Abs. 3, § 125 und § 125a SGB XI und die Ansiedelung des Kompetenzzentrums beim GKV–Spitzenverband folgerichtig und sachgerecht.

Die Bündelung der beschriebenen Zielstellungen und Inhalte in dem geplanten Kompetenzzentrum v. a. mit Blick auf die regelmäßige Analyse und Evaluation der Umsetzung digitaler Potenziale im Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege ist zu begrüßen. Die Fülle der vielfältigen, aufeinander aufbauenden Aufgaben des Kompetenzzentrums lässt sich jedoch in dem begrenzten Zeitrahmen nicht angemessen umsetzen. Auch trägt die zeitliche Befristung des Kompetenzzentrums dem außerordentlich hohen Vorbereitungsaufwand sowie der hohen Dynamik der erwarteten Entwicklungen im Bereich Digitalisierung in der Pflege nicht angemessene Rechnung. Daher sollte die Arbeit des Kompetenzzentrums als kontinuierliche Aufgabe konzipiert werden.

Durch die Beteiligung der zahlreichen Akteure sowohl in der Vorbereitung als auch in der Durchführung bzw. im Begleitgremium sind komplexe und zeitintensive Abstimmungsprozesse absehbar. Um eine angemessene Vor– und Nachbereitung sowie Berücksichtigung der Ergebnisse der Sitzungen des Begleitgremiums zu ermöglichen, sollte die Frequenz der Sitzungen des Begleitgremiums auf eine Sitzung pro Jahr begrenzt werden.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 2 Satz 1 sind nach dem Wort „2027“ die Worte „und für den kontinuierlichen Betrieb ab dem Jahr 2028 2 Millionen Euro jährlich“ einzufügen.

In Absatz 4 Satz 1 sind nach dem Wort „Gesundheit“ die Worte „in regelmäßigen Abständen“ einzufügen; die Worte „Begleitung und“ sind zu streichen.

Absatz 4 Satz 2 ist zu streichen.

In Absatz 4 Satz 4 sind die Worte „über das“ durch das Wort „dem“ zu ersetzen; die Worte „dem Deutschen Bundestag bis 2028“ sind zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 48

§ 135 – Zuführung der Mittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Zuführung von Mitteln des Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung zum Pflegevorsorgefonds soll anstelle einer Einmalzahlung im Dezember 2023 in monatlichen Raten im Jahr 2024 erfolgen.

B) Stellungnahme

Mit der Einführung des Pflegevorsorgefonds wurde gesetzlich normiert, dass monatlich ein Zwölftel von 0,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung an diesen abgeführt werden. Infolge von Liquiditätsproblemen der sozialen Pflegeversicherung, die insbesondere auf die seitens der Bundesregierung unterlassene, vollständige Refinanzierung versicherungsfremder Leistungen wie den Pandemiemehrausgaben zurückzuführen ist, wurde bereits zum Jahresende 2022 eine Stundung der Zuführungen des Jahres 2023 vorgesehen. Die beabsichtigte Neuregelung sieht vor, dass anstelle der Jahresrate im Dezember 2023 die Zuführungen des Jahres 2023 jeweils mit den monatlichen Zuführungen im Jahr 2024 erfolgen sollen. Dies hat kurzfristig eine positive Liquiditätswirkung auf die Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung. Der GKV-Spitzenverband spricht sich jedoch dafür aus, die Zuführungen zum Pflegevorsorgefonds wie ursprünglich gesetzlich vorgesehen beizubehalten und nicht zum politischen Spielball nach Kassenlage zu machen, damit die beabsichtigten Zinseffekte tatsächlich realisiert werden können. Eine solide Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung setzt voraus, dass kurzfristige Liquiditätsengpässe nicht in die Zukunft verschoben werden.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen. Alternativ sollte das Wort „Vorjahres“ durch die Wörter „des Jahres 2022“ zur Konkretisierung der beabsichtigten Neuregelung ersetzt werden.

Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 36 – Pflegesachleistung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungsbeträge der ambulanten Pflegesachleistungen sollen zum Jahresbeginn 2024 um 5 Prozent erhöht werden.

B) Stellungnahme

Durch die Erhöhung der Leistungsbeträge werden die in den vergangenen Jahren gestiegenen pflegerischen Kosten sowie die verpflichtende tariforientierte Entlohnung des Personals nicht ausreichend berücksichtigt. So wurde die zum Jahresbeginn 2021 laut Bericht der letzten Bundesregierung erforderliche Anpassung erst mit der neuen Bundesregierung zum Jahresbeginn 2022 umgesetzt. Durch die um ein Jahr verzögerte Erhöhung hätte jedoch auch ein weiteres Kalenderjahr in der Anpassungshöhe Berücksichtigung finden müssen.

Die beabsichtigte Neuregelung bei der Pflegesachleistung hat zwar einen Dynamisierungsschritt mehr als gesetzlich derzeit in 2021 und 2024 vorgesehen, in der Anpassungshöhe bleibt eine Erhöhung von jeweils fünf Prozent jedoch hinter der Inflation und allgemeinen Bruttolohnentwicklung zurück.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 37 – Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungsbeträge für das Pflegegeld sollen zum Jahresbeginn 2024 um 5 Prozent erhöht werden.

B) Stellungnahme

Durch die Erhöhung der Leistungsbeträge werden die in den vergangenen Jahren gestiegenen pflegerischen Kosten nicht ausreichend berücksichtigt. Die Zielsetzung im Koalitionsvertrag, das Pflegegeld ab 2022 regelhaft zu dynamisieren, ist bereits im Status quo im dreijährlichen Turnus gesetzgeberisch gegeben. Die gesetzlich vorgesehene Anpassung des Pflegegelds hätte zum Jahresbeginn 2021 erfolgen müssen. Somit fand die letzte Erhöhung des Pflegegelds zum Jahresbeginn 2017 statt, sodass nun im siebten Jahr ein unveränderter Leistungsanspruch ungeachtet der Inflation und allgemeinen Bruttolohnentwicklung gilt. Pflegebedürftige Personen, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, erfahren dadurch eine laufende Entwertung der geleisteten Angehörigenpflege. Die derzeitige Entwicklung unterläuft die gesetzliche Prämisse, dass die Pflegeversicherung vorrangig die häusliche Pflege unterstützen soll. Für den Erhalt bzw. gesamtgesellschaftlich auch die erforderliche Stärkung der Pflegebereitschaft ist eine jährliche Erhöhung des Pflegegelds unausweichlich.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 42a – Pflegerische Versorgung bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung des Anspruchs auf Versorgung pflegebedürftiger Personen bei Aufenthalt der Pflegeperson in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung soll ein eigener Leistungstatbestand im Recht der Pflegeversicherung geschaffen werden.

Pflegebedürftige Personen sollen einen Anspruch auf Mitaufnahme in eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung haben, wenn die pflegerische Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Leistungen zur stationären Vorsorge oder zur medizinischen Rehabilitation der Pflegeperson sichergestellt ist. Leistungen nach dieser Vorschrift werden nur erbracht, wenn kein Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches besteht. Ist die pflegerische Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht sichergestellt, so soll der Anspruch auch in einer nach dem SGB XI zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung wahrgenommen werden können. Der Antrag der Pflegeperson auf Leistungen der Vorsorge- und Rehabilitation soll auf Wunsch der pflegebedürftigen Person zugleich als Antrag auf Leistungen nach § 42a SGB XI gelten.

Der Leistungsanspruch umfasst die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Unterkunft und Verpflegung sowie die Übernahme der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen. Zudem besteht ein Anspruch auf Erstattung der erforderlichen Fahr- und Gepäcktransportkosten.

Die Vergütung der Leistungen erfolgt nach dem durchschnittlichen Gesamtheimtgelt nach § 87a Absatz 1 Satz 1 SGB XI aller zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen im jeweiligen Land. Erfolgt die Versorgung der pflegebedürftigen Person in einer vollstationären Pflegeeinrichtung ist das für die Einrichtung geltende Gesamtheimtgelt für die Kurzzeitpflege zu zahlen.

Der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und die für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartige Einrichtungen auf Bundesebene sollen verpflichtet werden, bis zum 30.06.2024 Empfehlungen zum Antrags-, Genehmigungs- und Kostenerstattungsverfahren sowie zur Sicherung der Qualität der Leistung zu beschließen.

B) Stellungnahme

Die Regelung entspricht weitgehend dem bisherigen Anspruch der pflegebedürftigen Person, während einer Maßnahme der Rehabilitation der Pflegeperson in derselben Rehabilitationseinrichtung versorgt zu werden. Kann dort eine Versorgung der pflegebedürftigen Person nicht sichergestellt werden, besteht ein Anspruch auf die Versorgung in einer anderen Rehabilitationseinrichtung oder einer Kurzzeitpflegeeinrichtung. In diesem Fall besteht ein Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI. Insofern wird der bisher bestehende grundsätzliche Anspruch fortgeführt. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass der Anspruch bislang nicht im Rahmen des SGB XI, sondern im Rahmen des SGB V geregelt ist. Insofern wird auf die Stellungnahme zu § 40 Abs. 3a SGB V (Art. 6 Nr. 4) und die dort begründete Inkonsistenz der Regelungen verwiesen. Gemäß den im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen würde bei Inanspruchnahme von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch Pflegepersonen zu Lasten ihrer Krankenkasse und Mitaufnahme der pflegebedürftigen Person in derselben Einrichtung der neue Leistungstatbestand der Pflegeversicherung nicht durchgreifen. Die Übernahme der Versorgung des Pflegebedürftigen in der Einrichtung bliebe in der Verantwortung der Krankenkasse der Pflegeperson, während pflegebedürftige Personen, die ihre Pflegeperson in eine Rehabilitationsleistung zu Lasten der Rentenversicherung oder des privaten Krankenversicherungsunternehmens begleiten, einen Anspruch auf Versorgung gegen die Pflegekasse bzw. das private Pflegeversicherungsunternehmen haben.

Mit der Neueinführung der Leistung nach § 42a SGB XI wird der bisherige Leistungsumfang ausgeweitet. Dies ist grundsätzlich nachvollziehbar, um den Zugang der Pflegeperson zu Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen zu erleichtern und zu stärken. Dies insbesondere durch die Ausweitung des Leistungsumfangs, indem die Dauer der Unterbringung der pflegebedürftigen Person in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder der vollstationären Pflegeeinrichtung in Form eines Kurzzeitpflegeplatzes nicht begrenzt ist, sondern an die Dauer der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme der Pflegeperson gekoppelt ist. Die Übernahme aller anfallenden Kosten ohne Begrenzung der Höhe oder der Zeit nach, steht allerdings im Widerspruch zur Struktur des SGB XI und ist daher nicht systemgerecht. Beispielsweise werden Aufwendungen für pflegebedürftige Personen, die Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, nur teilweise übernommen. Die Leistungen sind zudem der Höhe und der Zeit nach begrenzt.

Inwieweit die durchschnittlichen Gesamtheimentgelte der Kurzzeitpflegeeinrichtungen für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen wirtschaftlich sind, ist aufgrund fehlender Erfahrungswerte unklar. Die Verknüpfung und damit die Begrenzung der Kosten mit vergleichbaren Leistungen der Kurzzeitpflegeeinrichtungen ist sachgerecht. Um eine

einheitliche Vorgehensweise zur Berechnung in den Bundesländern zu erleichtern, sollte die Berechnung der Durchschnittswerte stichtagsbezogen erfolgen. Aufgrund der Laufzeit 01.04. bis 31.03. sollte als Stichtag der 31.12. des jeweiligen Jahres herangezogen werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 42a Abs. 1 Satz 2 wird gestrichen.

In § 42a Abs. 2 ist nach dem Wort „zugelassenen“ das Wort „nahegelegenen“ zu ergänzen.

In § 42a Abs. 6 Satz 1 sind die Wörter „oder § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches“ zu streichen.

§ 42a Absatz 5 Satz 3 SGB XI wird ersetzt durch:

„Das durchschnittliche Gesamtheimentgelt wird durch die Landesverbände der Pflegekassen auf Grundlage der am 31.12. des vorangehenden Jahres gültigen Gesamtheimentgelte ermittelt und jeweils ab dem 1. April für die Dauer eines Jahres bis zum 31. März festgelegt.“

Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 43c – Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der nach der Bezugsdauer von vollstationären Pflegeleistungen gestaffelte Prozentsatz des Zuschlags zu den von den Leistungsberechtigten zu zahlenden Eigenanteilen an den pflegebedingten Aufwendungen wird erhöht. Der Prozentsatz bei einem Leistungsbezug von vollstationären Leistungen von unter einem Jahr wird um 10 Prozent und die weiteren Leistungszuschläge um jeweils 5 Prozent zum Jahresbeginn 2024 erhöht.

B) Stellungnahme

Die Erhöhung des Leistungszuschlags für die von ihnen zu zahlenden pflegebedingten Eigenanteile von pflegebedürftigen Bewohnern in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist vor dem Hintergrund steigender Eigenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen positiv zu bewerten. Da jedoch zu erwarten ist, dass die pflegebedingten Eigenanteile auch in den nächsten Jahren kontinuierlich steigen werden, stellt die vorgesehene Erhöhung des Leistungszuschlags jedoch keine langfristige Lösung zur Begrenzung der Heimentgelte und damit der pflegebedingten Eigenanteile dar. Aber auch die Länder und Kommunen sind in der Pflicht, ihrer gesetzlichen Verantwortung für die pflegerische Infrastruktur gerecht zu werden und sich insbesondere der Verantwortung für die Investitionsförderung in der stationären Altenpflege nicht weiter zu entziehen. Durch die Tragung der Investitionskosten durch Länder und Kommunen werden pflegebedürftige Personen von der Zahlung der Investitionskosten weiter entlastet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 44a – Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Pflegeunterstützungsgeld soll künftig bei Vorliegen der Tatbestandsvoraussetzung nicht nur einmalig bis zu 10 Arbeitstage, sondern bis zu 10 Arbeitstage je Kalenderjahr gewährt werden können.

B) Stellungnahme

Die klarstellende Regelung zum Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld ist zu begrüßen. Bisher war nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene die Regelung des § 44a Abs. 3 SGB XI hinsichtlich der Häufigkeit des bestehenden Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld nicht klarstellend geregelt. Die bisherige Regelung und die Begründung des Gesetzgebers zur Einführung des Pflegeunterstützungsgeldes ließ insofern einen Interpretationsspielraum, dass es sich um insgesamt 10 Arbeitstage bei Vorliegen der Tatbestandsvoraussetzungen handelt. Und damit durchaus mehrmals in Anspruch genommen werden kann. Etwaige Auslegungsfragen werden durch die vorgesehene Regelung geklärt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 46 – Pflegekassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Verwaltungskostenerstattung wird von 3,2 Prozent des Mittelwerts von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen auf 3,0 Prozent dieses Werts angepasst.

B) Bewertung

Mit diesem und den letzten Gesetzen wurden zahlreiche sehr verwaltungsaufwändige Gesetze erlassen. Die vorgesehene Absenkung der Verwaltungskostenerstattung steht dem diametral entgegen. Vor diesem Hintergrund ist die Erstattung an die GKV in der bisherigen Höhe sachgerecht und beizubehalten. So wird lediglich buchhalterisch eine Einsparung bei der sozialen Pflegeversicherung erreicht, die sich aber aus Gesamtsystemsicht als Verschiebepbahnhof erweist.

Darüber hinaus wird der Verwaltungskostenaufwand auch von den Tarifsteigerungen im Personalkostenbereich der Pflegekassen beeinflusst. Vor dem Hintergrund der anhaltend hohen Inflation ist für die Jahre 2023 ff. von entsprechend hohen Tarifsteigerungen auszugehen. Die damit verbundenen Kostensteigerungen auf Seiten der Krankenkassen können im Falle einer Absenkung der Verwaltungskostenpauschale nicht an die Pflegekassen weitergereicht werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Vorschrift ist zu streichen.

Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 108 – Auskünfte an Versicherte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Auf Wunsch soll Versicherten regelmäßig jedes Kalenderhalbjahr eine Übersicht über die Leistungen, die sie in Anspruch genommen haben, und deren Kosten übermittelt werden. Ebenso sollen sie auf Anforderung von den Pflegekassen Auskünfte darüber erhalten, welche Leistungsbestandteile im Einzelnen Leistungserbringende mit der Pflegekasse abgerechnet haben. Auf Wunsch sollen Versicherte zudem eine Durchschrift der von den Leistungserbringenden bei der Pflegekasse eingereichten Abrechnungsunterlagen erhalten; falls dies nicht möglich ist, sollen die Pflegekassen die elektronisch eingereichten Abrechnungsunterlagen verständlich und nachvollziehbar aufbereiten und erläutern.

B) Stellungnahme

Die Erweiterung und Vereinfachung der Geltendmachung der Auskunftsansprüche der Versicherten tragen zu einer höheren Transparenz des Leistungsgeschehens für den einzelnen Versicherten bei. Sie erhalten einen regelmäßigen Überblick über die bereits in Anspruch genommenen und noch nicht verwendeten Leistungen. Hierdurch kann die Planung eines Hilfe-Mixes erleichtert werden.

Positiv zu bewerten ist, dass die Form der Informationsübermittlung technologieoffen formuliert ist. Damit können die bei den Pflegekassen bereits implementierten Informationswege, beispielsweise in Form von Apps, genutzt werden, ohne dass es eines Aufbaus von Doppelstrukturen bedarf.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Änderung der Beitragsverfahrensverordnung)

Nr. 1 und 2

§§ 2 und 8 – Beitragsberechnungsvorgang, Entgeltunterlagen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei den Änderungen der Beitragsverfahrensverordnung handelt es sich um Folgeänderungen zur Einführung eines Beitragsabschlags in der Pflegeversicherung für Eltern mit mehr als einem Kind (§ 55 Absatz 3 Satz 4 und 5 SGB XI). Die vorgesehenen Regelungen stellen klar, dass in der Systematik der Berechnungen der Beitragsanteile des Beschäftigten und des Arbeitgebenden der Beitragsabschlag nicht dem Arbeitgebenden zugutekommt, sondern allein den Beitragsanteil des Beschäftigten reduziert.

Zu den dem Arbeitgebenden zur Verfügung zu stellenden Unterlagen, die dieser für Zwecke der späteren Betriebsprüfung zu den Entgeltunterlagen zu nehmen hat, zählt künftig nicht nur der Nachweis der Elterneigenschaft, sondern auch der Nachweis über die Anzahl der für den Beitragsabschlag in der Pflegeversicherung in Betracht kommenden Kinder.

B) Stellungnahme

Die als Folgeänderungen der Einführung eines Beitragsabschlags in der Pflegeversicherung zur Berechnung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge und bei Führung der Entgeltunterlagen vorgesehenen Änderungen der Beitragsverfahrensverordnung sind sachgerecht und erforderlich.

Es bedarf jedoch einer weiteren Ergänzung zur Berücksichtigung des Beitragsabschlags bei der Berechnung des Beitragsanteils für den Beschäftigten in den Übergangsfällen zum Übergangsbereich (§ 2 Absatz 3 BVV). Auch für diese Fälle sollte eindeutig geregelt werden, dass der Beitragsabschlag zugunsten des Beschäftigten zu berücksichtigen ist.

Vorbehaltlich der weiteren Überlegungen zur Ausgestaltung des Verfahrens zur Erhebung und zum Nachweis der Kinder ist unter Umständen im Katalog der zu führenden Entgeltunterlagen nicht nur der Nachweis über die Anzahl der zu berücksichtigenden Kinder (§ 8 Absatz 2 Satz 1 Nummer 11 BVV), sondern auch das Geburtsdatum mit aufzunehmen.

C) Änderungsvorschlag

In § 2 Absatz 3 Satz 1 BVV wird die Angabe „Absatz 2 Satz 1, 2 und 6“ durch die Angabe „Absatz 2 Satz 1, 2, 6 **und 7**“ ersetzt.

Die Änderung in Form der Ergänzung der Verweisregelungen auf den neu hinzukommenden Absatz 2 Satz 7 stellt sicher, dass auch bei der Ermittlung des Beitragsanteils für den Beschäftigten in den Übergangsfällen zum Übergangsbereich der Beitragsabschlag zu berücksichtigen ist, und zwar durch Anwendung des maßgebenden Beitragsabschlags auf die beitragspflichtige Einnahme nach § 134 Satz 1 bis 3 SGB IV. Ohne diese Ergänzung könnte der Satz 3 als abschließende Regelung zur Ermittlung des Beitragsanteils des Beschäftigten verstanden werden. Damit bliebe der Beitragsabschlag unberücksichtigt, was klar der Intention des Beitragsabschlags für alle Mitglieder mit mehr als einem Kind widerspräche.

Artikel 6 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 23 – Medizinische Vorsorgeleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Regelungen des § 23 Abs. 4 und 5, wonach bei den Leistungen der medizinischen Vorsorge besondere Belange pflegender Angehöriger zu berücksichtigen sind, soll der Begriff der pflegenden Angehörigen jeweils durch den Begriff der Pflegepersonen im Sinne des § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB XI ersetzt werden. Zudem soll durch Einfügung eines neuen Absatzes 5a geregelt werden, dass die Krankenkasse bei Anträgen auf stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge für Pflegepersonen nach dem SGB XI, die zugleich als Antrag auf Leistungen nach § 42a Abs. 1 Satz 1 SGB XI gelten, weil die Versorgung des Pflegebedürftigen in derselben Vorsorgeeinrichtung gewünscht wird, diesen Antrag an die Pflegekasse oder das zuständige private Pflege-Versicherungsunternehmen weiterleitet und unverzüglich geeignete Einrichtungen benennt.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Regelungen zur Konkretisierung des Begriffs der pflegenden Angehörigen durch den Begriff der Pflegeperson im Sinne von § 19 Satz 1 SGB XI sind im Sinne der Rechtsklarheit zu begrüßen. Die Regelungen zur Antragsweiterleitung und Benennung geeigneter Vorsorgeeinrichtungen gegenüber der Pflegekasse bzw. dem zuständigen privaten Pflege-Versicherungsunternehmen der pflegebedürftigen Person, die die Mitaufnahme in der Vorsorgeeinrichtung wünscht, stehen im Kontext der beabsichtigten Einführung eines neuen Leistungsanspruchs pflegebedürftiger Personen auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 42a SGB XI (siehe Artikel 2 Nr. 7). Die Regelungen sollen die Vorsorgemöglichkeiten von Pflegepersonen stärken und dienen damit der Sicherung des wichtigen Beitrags von Pflegepersonen für die pflegerische Versorgung. Dieses Anliegen wird unterstützt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 24 – Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es sind Anpassungen von Verweisregelungen beabsichtigt.

B) Stellungnahme

Mit der Anpassung von Verweisregelungen in § 24 Abs. 2 SGB V wird erreicht, dass die in der Kommentierung zu Art. 6, Nr. 1 dargestellten Regelungen auch für medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter gelten. Dies ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 40 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Regelungen des § 40 Abs. 2 Satz 2 und 3 sowie Abs. 3 Satz 1, wonach bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation besondere Belange pflegender Angehöriger zu berücksichtigen sind, soll der Begriff der pflegenden Angehörigen jeweils durch den Begriff der Pflegepersonen im Sinne des § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB XI ersetzt werden. Zudem sollen die Regelungen in § 40 Abs. 3 Sätze 11 und 12, die bei einer stationären Rehabilitation von Pflegepersonen bei Mitaufnahme der Pflegebedürftigen in dieselbe Rehabilitationseinrichtung einen Anspruch auf Versorgung und bei Aufnahme in einer anderen Einrichtung einen Koordinierungsanspruch vorsehen, in einen neuen Absatz 3a überführt werden. Zudem soll in diesem Absatz 3a zusätzlich geregelt werden, dass die Krankenkasse bei Anträgen auf stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Pflegepersonen, die zugleich als Antrag auf Leistungen nach § 42a Abs. 1 Satz 1 SGB XI gelten, weil die Versorgung des Pflegebedürftigen in derselben Rehabilitationseinrichtung gewünscht wird, diesen Antrag an die Pflegekasse oder das zuständige private Pflege-Versicherungsunternehmen weiterleitet und unverzüglich geeignete Einrichtungen benennt.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Regelungen zur Konkretisierung des Begriffs der pflegenden Angehörigen durch den Begriff der Pflegeperson im Sinne von § 19 Satz 1 SGB XI sind im Sinne der Rechtsklarheit zu begrüßen.

Das mit diesem Gesetzentwurf verfolgte Anliegen, die Inanspruchnahme medizinisch notwendiger Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch Pflegepersonen mithilfe von erweiterten Ansprüchen auf zeitgleiche Versorgung der Pflegebedürftigen zu befördern und unterstützen, kann nachvollzogen werden. Dies gilt sowohl in Bezug auf den im Vergleich zur aktuellen Rechtslage erweiterten Anspruch bei Inanspruchnahme von Leistungen der stationären medizinischen Vorsorge (siehe Art. 6, Nr. 1) als auch von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung (siehe Art. 7, Nr. 1). In den vorgenannten Fallkonstellationen können die neuen Leistungsansprüche nach § 42a SGB XI gegen den zuständigen Träger der Pflegeversicherung des

Pflegebedürftigen (siehe Art. 2, Nr. 7) zu einer Erleichterung und Stärkung des Zugangs von Pflegepersonen zu Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen führen.

Allerdings sollen die erweiterten Ansprüche nach den vorgesehenen Regelungen in § 42a Abs. 1 Satz 2 SGB XI (siehe Art. 2, Nr. 7) explizit nicht gelten, wenn die Krankenkasse der Pflegeperson für die Rehabilitationsleistung zuständig ist und die pflegebedürftige Person in dieselbe Rehabilitationseinrichtung aufgenommen werden soll. Damit knüpft diese Regelung an die aktuelle Regelung in § 40 Abs. 3 Satz 11 SGB V an, die in den neuen Absatz 3a überführt werden soll. Bei Inanspruchnahme von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch Pflegepersonen zulasten ihrer Krankenkasse und Mitaufnahme der pflegebedürftigen Person in derselben Einrichtung würde der neue Leistungstatbestand der Pflegeversicherung somit nicht durchgreifen. Die Übernahme der Versorgung des Pflegebedürftigen in der Einrichtung bliebe in der Verantwortung der Krankenkasse der Pflegeperson, während pflegebedürftige Personen, die ihre Pflegeperson in eine Rehabilitationsleistung zulasten der Rentenversicherung oder des privaten Krankenversicherungsunternehmens begleiten, einen Anspruch auf Versorgung gegen die Pflegekasse bzw. das private Pflegeversicherungsunternehmen haben. Dies ist inkonsistent.

Die Regelung im bisherigen § 40 Abs. 3 Satz 11 SGB V, die in § 40 Abs. 3a Satz 1 SGB V unverändert überführt werden soll, stellt bereits nach derzeit geltender Rechtslage keine systemgerechte Abgrenzung der Versicherungsfälle der Kranken- und Pflegeversicherung dar. Im Zuge der nunmehr vorgesehenen Gesetzesänderungen mit einem neuen Leistungstatbestand im SGB XI für Pflegebedürftige bei Begleitung der Pflegepersonen zu Rehabilitationsmaßnahmen muss diese Anspruchsgrundlage im SGB V gestrichen werden. Es ist kein sachlicher Grund erkennbar, weshalb bei gleichen Sachverhalten der notwendigen Sicherstellung der pflegerischen Versorgung pflegebedürftiger Personen unterschiedliche Abgrenzungen der Trägerzuständigkeit zwischen der Pflegeversicherung einerseits und den Krankenkassen bzw. Rentenversicherungsträgern sowie privaten Krankenversicherungsunternehmen andererseits erfolgen sollen.

Auch folgende Aspekte unterstreichen die Notwendigkeit durchgängig konsistenter Regelungen zur Sicherung der pflegerischen Versorgung pflegebedürftiger Personen im Rahmen einheitlicher Leistungsansprüche nach dem SGB XI:

- In der Gesetzesbegründung wird unter „3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand“ mit Hinweis auf die Kostenneutralität der vorgesehenen Regelungen ausgeführt, dass sich die Kosten einer Rehabilitations- bzw. Vorsorgemaßnahme der Pflegeperson nach wenigen Monaten amortisieren, wenn weiterhin ein pflegender Angehöriger tätig ist. Dem liegt erkennbar die Annahme zugrunde, dass mit der Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme ein Beitrag zur weiteren Pflegefähigkeit der Pflegeperson geleistet wird und demnach auch die Pflegeversicherung von der Wirksamkeit der Leistungen für die Pflegeperson profitiert. Es ist nicht erkennbar, dass es für diese Betrachtung einen Unterschied macht, ob die Kranken- oder Rentenversicherung oder ein privates Krankenversicherungsunternehmen Träger der Rehabilitationsleistung ist oder ob es sich um Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen handelt. Von daher ist eine einheitliche Zuordnung der Finanzierungsverantwortung zur Pflegeversicherung für die Versorgung des Pflegebedürftigen sachgerecht und geboten.
- § 42a Abs. 5 SGB XI (n.F.) sieht vor, dass die Vergütung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung für die Versorgung der pflegebedürftigen Personen gesetzlich in Höhe des durchschnittlichen Gesamtheimentgelts nach § 87a Abs. 1 Satz 1 SGB XI für Kurzzeitpflegeeinrichtungen festgesetzt wird. Damit wird ein verwaltungspraktikables Vorgehen gewählt, das im Bereich der Pflegeversicherung einzelvertragliche Verhandlungen von Vergütungen vermeidet und einheitliche Vergütungshöhen bewirkt. In Fällen des § 40 Abs. 3a Satz 1 SGB V (n.F.) würde diese Zielsetzung bei Rehabilitationsleistungen zulasten der Krankenkassen durchbrochen, da Vergütungen nach § 111 Abs. 5 SGB V einrichtungsbezogen zu vereinbaren sind. Die Folge wäre ein sachlich nicht zu rechtfertigendes und auch für die Rehabilitationseinrichtungen weder nachvollziehbares noch bürokratiearm administrierbares Nebeneinander von gesetzlich festgelegter und vertraglich vereinbarter Vergütung für dieselbe Versorgung, nur abhängig davon, ob die Pflegekasse oder die Krankenkasse Kostenträger ist.

Nach alledem sind die vorgesehenen Regelungen zur Beibehaltung der Leistungszuständigkeit der Krankenkassen für die Versorgung von Pflegebedürftigen abzulehnen (siehe auch Änderungsvorschläge zu Art 2, Nr. 7).

C) Änderungsvorschlag

Art. 6, Nr. 4 Buchstabe c wird wie folgt gefasst (Änderungen sind kenntlich gemacht):

Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

~~„(3a) Bei einer stationären Rehabilitation haben Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches auch Anspruch auf die Versorgung der Pflegebedürftigen, wenn diese in~~

~~derselben Einrichtung aufgenommen werden. Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen als in der Einrichtung der Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch der Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen. Gilt nach § 42a Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Absatz 2 Satz 1 zugleich als Antrag eines Pflegebedürftigen auf Leistungen nach § 42a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, so leitet die Krankenkasse den Antrag an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, weiter und benennt gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, unverzüglich geeignete Einrichtungen, sofern die Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 42a des Elften Buches in derselben Einrichtung gewünscht ist.“~~

Artikel 6 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 41 – Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es sind Anpassungen von Verweisregelungen beabsichtigt.

B) Stellungnahme

Mit der Anpassung von Verweisregelungen in § 41 Abs. 2 SGB V wird erreicht, dass die in der Kommentierung zu Art. 6, Nr. 4 dargestellten Regelungen auch bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter gelten. Dies ist bei Umsetzung unseres zu Art. 6, Nr. 4 dargestellten Änderungsvorschlages sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 60 – Fahrkosten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit den vorgesehenen Änderungen sollen Anpassungen der Verweisregelungen auf § 40 SGB V korrigiert und der Begriff der pflegenden Angehörigen durch den Begriff Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 SGB XI ersetzt werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Änderungen stehen im Zusammenhang mit den Regelungen in § 40 SGB V, wonach die Rehabilitationsleistungen für Pflegepersonen auch die Versorgung der Pflegebedürftigen umfassen, wenn diese während der Rehabilitationsmaßnahme der Pflegeperson in derselben Einrichtung aufgenommen werden. Insoweit wird auf die Kommentierung und den Änderungsvorschlag zu Art. 6, Nr. 4 verwiesen. In der Konsequenz sind diesbezügliche Regelungen in § 60 Abs. 5 zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

Art. 6, Nr. 6 wird wie folgt gefasst: „In § 60 Absatz 5 werden die Sätze 2 und 3 aufgehoben.“

Artikel 6 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 111 – Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Regelungen des Absatzes 1, wonach für pflegende Angehörige Leistungen der medizinischen Vorsorge und zur medizinischen Rehabilitation auch in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen erbracht werden können, soll der Begriff der pflegenden Angehörigen durch den Begriff der Pflegepersonen im Sinne des § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB XI ersetzt werden. Zudem soll in Absatz 2 ein unrichtig gewordener Verweis korrigiert werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Regelungen zur Konkretisierung des Begriffs der pflegenden Angehörigen durch den Begriff der Pflegeperson im Sinne von § 19 Satz 1 SGB XI sind im Sinne der Rechtsklarheit zu begrüßen. Die veränderten Verweisregelungen sind zutreffend.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 341 – Elektronische Patientenakte

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 341 SGB V wird ein neuer Absatz 8 angefügt, mit dem ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI verpflichtet werden, bis zum 01.07.2025 alle Voraussetzungen zu erfüllen, um den Zugriff auf die elektronische Patientenakte und den Anschluss an die Telematikinfrastruktur umzusetzen.

B) Stellungnahme

Nach derzeitiger Rechtslage erfolgt die Anbindung von Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur auf freiwilliger Basis. Die vorgesehene verbindliche Anbindung der Pflegeeinrichtungen wird begrüßt.

Wichtig für eine wirtschaftliche Anbindung der Pflegeeinrichtungen ist die Verfügbarkeit einer günstigen Zugangsmöglichkeit. Hierzu hat die gematik den sog. TI-Gateway spezifiziert. Derzeit erfolgt die Anbindung an die Telematikinfrastruktur über kostenintensive Hardwarekomponenten. Alleine die Ausstattung mit den aktuell noch notwendigen Hardware-Konnektoren würde für alle Pflegeeinrichtungen zusammen ca. 65 Mio. Euro betragen, zzgl. Integrationskosten. Sofern die Verfügbarkeit des TI-Gateways nicht rechtzeitig sichergestellt werden kann, sollte eine Verschiebung der verpflichtenden Anbindung der Pflegeeinrichtungen in Betracht gezogen werden.

Auch sollte unbedingt vermieden werden, dass alle Pflegefachkräfte mit einem personenbezogenen elektronischen Heilberufsausweis (physische Karte) ausgestattet werden müssen, um Anwendungen nutzen zu können. Insbesondere durch die Menge an Pflegefachkräften wäre eine solche Ausstattung überaus kostenintensiv (ca. 0,5 Mrd. Euro). Daher sollte der Zugriff und die Nutzung auf Anwendungen in der Regel mit institutionsbezogenen elektronischen Karten (SMC-B Pflege) möglich sein, insbesondere bis die Nutzung digitaler Identitäten möglich sind. Dadurch, dass SMC-B-Karten einrichtungsbezogen sind, ist eine sehr viel geringere Menge an Karten zur Versorgung der Pflegeeinrichtungen notwendig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

II. Ergänzender Änderungsbedarf

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 8 SGB XI – Gemeinsame Verantwortung

A) Sachverhalt

Gemäß § 8 Absatz 5a SGB XI ist die Finanzierung der Geschäftsstelle zur tariflichen Entlohnung in der Langzeitpflege nach § 82c Absatz 6 SGB XI aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sicherzustellen. Eine Beteiligung der privaten Pflege-Pflichtversicherung an den Aufwendungen der Geschäftsstelle ist bislang nicht vorgesehen. Dies wäre jedoch folgerichtig, da die Pflege-Pflichtversicherung auch bei anderen Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen gesetzlich verpflichtet ist, sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten zu beteiligen. Eine entsprechende Ergänzung ist in § 8 Absatz 9 SGB XI vorzunehmen.

B) Änderungsvorschlag

§ 8 Absatz 9 SGB XI ist wie folgt zu ändern:

„Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß den Absätzen 5, 5a, 7 und 8 jeweils ergeben.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 105 – Abrechnung pflegerischer Leistungen

A) Bestehende Regelung

Für die Abrechnung von pflegerischen Leistungen nach § 105 SGB XI ist gesetzlich zu regeln, dass in den Abrechnungsunterlagen für den Bereich der ambulanten Pflegesachleistungen der Beginn und das Ende der Leistungserbringung in Echtzeit anzugeben ist, unabhängig davon, ob eine Zeitvergütung vorliegt oder nicht.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung hat bereits der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) gefordert (vgl. BT-Drs. 18/6182, Seite 9) und in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG II) bekräftigt (vgl. 18/9959, Seite 16). Dabei ist zur Vermeidung von Missverständnissen darauf hinzuweisen, dass bei Erbringung unterschiedlicher Leistungen innerhalb eines Pflegeeinsatzes die Anfangs- und Beendigungszeit des Pflegeeinsatzes und nicht die jeder einzelnen Leistung innerhalb des Pflegeeinsatzes anzugeben ist.

Die einsatzbezogene Aufzeichnung der Anfangs- und Endzeiten ist in der ambulanten Pflege die unabdingbare Grundlage, um nachzuvollziehen, in welchem Umfang tatsächlich Pflege- und Betreuungsleistungen von einer Pflegekraft erbracht wurden. Nur wenn Beginn und Ende der Leistungserbringung in Echtzeit fixiert werden, kann Leistungsmissbrauch oder Abrechnungsbetrug überhaupt gerichtsfest nachgewiesen werden. Diese Aufzeichnungspflicht ist zudem für die gezielte Überprüfung von Vertragsverstößen unabdingbar.

Die „Einvernehmliche Festlegung über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie Einzelheiten des Datenaustausches gemäß § 105 Absatz 2 SGB XI“ regelt bereits, dass bei der Abrechnung von Zeitvergütungen die Uhrzeit von Beginn und Beendigung der Leistungserbringung anzugeben ist. Zur Abrechnung von Leistungskomplexvergütungen ist mit den Leistungserbringern nur die Angabe des Beginns der Leistungserbringung vereinbart. Im Rahmen eines Schiedsverfahrens wurde entschieden, dass der Forderung der Pflegekassen, auch bei der Abrechnung von Leistungskomplexvergütungen die Uhrzeit von Beginn und Beendigung der Leistungserbringung anzugeben, nicht entsprochen werden

kann, da hierfür die gesetzliche Grundlage fehlt. Insofern ist ein gesetzlicher Klarstellungsbedarf erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

§ 105 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB XI wird wie folgt ergänzt:

„1. in den Abrechnungsunterlagen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und der Zeit der Leistungserbringung, im Bereich der ambulanten Pflegesachleistungen einschließlich des Beginns und der Beendigung der Leistungserbringung in Echtzeit, aufzuzeichnen,“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 106 b Abs. 4 SGB XI – Finanzierung der Einbindung der Pflegeeinrichtung in die Telematikinfrastruktur

A) Sachverhalt

Im Rahmen des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes wurde die Umstellung der Finanzierung der telematikbedingten Aufwände sowohl für die vertragsärztlichen Versorgungen, den Apotheken sowie der Pflegeeinrichtungen auf TI-Pauschalen geregelt. Für die vertragsärztliche Versorgung sowie für die Apotheker erfolgt die Umstellung der Finanzierung ab dem 01.07.2023. Hinsichtlich der Regelungen zur Finanzierung der Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur ist in § 106b Abs. 4 SGB XI geregelt, dass die nach den Absätzen 1 und 2 festgelegten Höhen der TI-Pauschalen ab dem 30. Juni 2023 gelten sollen. Damit würde die neue Finanzierung für den 30.06.2023 gelten, welcher der letzte Tag im Monat bzw. im Quartal ist. Die übrigen Tage des Monats Juni bzw. des II. Quartals würden nach dem alten Prinzip abgerechnet werden. Gilt die Umstellung bereits für den 30.06.2023 würde hieraus ein erheblicher Verwaltungsaufwand entstehen. Eine Abrechnung über das Abrechnungsportal wäre automatisiert unmöglich, die Berechnungen und Auszahlungen müssten händisch und einzeln erfolgen.

B) Änderungsvorschlag

§ 106b Abs. 4 SGB XI ist wie folgt zu ändern:

„Die nach den Absätzen 1 und 2 festgelegte Höhe der TI-Pauschale gilt ab dem 1. Juli 2023.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 150 SGB XI – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige

A) Sachverhalt

Auf Grundlage des bis 30.06.2022 geltenden § 150 Absatz 2 SGB XI hatten Pflegeeinrichtungen Anspruch auf die Erstattung ihrer aufgrund der Corona-Pandemie im Zeitraum 01.03.2020 bis 30.06.2022 entstandenen Mehraufwendungen und Mindereinnahmen. Sie konnten hierzu Anträge bei den Pflegekassen einreichen. Der Gesetzgeber hatte versäumt zu regeln, bis wann jeweils die Anträge gestellt werden konnten (Ausschlussfristen). Zur Regelung des Verfahrens der Pflegekassen, insbesondere der Einleitung der nachgelagerten Prüfverfahren, wurden die entsprechenden Fristen in die Kostenerstattungs-Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes auf Grundlage des bis 30.06.2022 geltenden § 150 Absatz 3 SGB XI aufgenommen. Zu diesen Fristen sind mittlerweile mehrere Klageverfahren bei den Pflegekassen anhängig. Um die erforderliche Rechtssicherheit für die Ausschlussfristen zu schaffen und um weitere Rechtsstreitigkeiten zu vermeiden, ist es erforderlich, die Ausschlussfristen gesetzlich klarzustellen und damit verbindlich zu regeln.

Auch im Zusammenhang mit den weiteren pandemiebedingten Ausgleichszahlungen der §§ 150a und 150c SGB XI ist eine entsprechende gesetzliche Klarstellung von Ausschlussfristen erforderlich.

B) Änderungsvorschlag

In § 150 SGB XI wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„Anträge der Pflegeeinrichtungen, die aufgrund Absatz 2 in der bis zum 30. Juni 2022 geltenden Fassung gestellt werden, können für die Monate März 2020 bis Dezember 2020 bis spätestens 31. März 2021, für die Monate Januar 2021 bis Dezember 2021 bis spätestens 31. März 2022 und für die Monate Januar 2022 bis Juni 2022 bis spätestens 30. September 2022 bei der Pflegekasse eingereicht werden. Der Anspruch der Pflegeeinrichtung gemäß Absatz 2 in der bis zum 30. Juni 2022 geltenden Fassung erlischt, wenn er nicht jeweils innerhalb der in Satz 1 genannten Fristen gegenüber der Pflegekasse geltend gemacht wurde.“

Für die Ausgleichszahlungen nach §§ 150a und 150c SGB XI sind entsprechende Regelungen zu treffen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 154 SGB XI – Ergänzungshilfen für stationäre Pflegeeinrichtungen zum Ausgleich steigender Preise für Erdgas, Wärme und Strom

A) Sachverhalt

Mit dem Gesetz zur Einführung von Preisbremsen für leistungsgebundenes Erdgas und Wärme und zur Änderung weiterer Vorschriften ist der Anspruch auf Ergänzungshilfen nach § 154 SGB XI eingeführt worden, um Pflegeeinrichtungen bei den gestiegenen Energiepreisen zu entlasten. Demnach erhalten zugelassene teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie Kurzzeitpflegeeinrichtungen im Zeitraum vom 01.10.2022 bis 30.04.2024 die Differenz zwischen der monatlichen abschlägigen Vorauszahlung im Referenzmonat März 2022 (bei Neuzulassung ab 01.04.2022 der Referenzmonat Februar 2022) und der monatlichen abschlägigen Vorauszahlung für den aktuellen Antragsmonat erstattet.

Die anspruchsberechtigten Pflegeeinrichtungen sind zur Beantragung der Ergänzungshilfen verpflichtet. In § 154 Abs. 2 SGB XI sind die Antragsfristen geregelt. Demnach ist die Ergänzungshilfe gemäß § 154 Abs. 2 Satz 1 SGB XI jeweils bis zum 15. des Folgemonats zu beantragen. Die erstmalige Beantragung hat spätestens 15 Tage nach Inkrafttreten der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zu erfolgen. Eine letztmalige Einreichung von Angaben ist nach § 154 Abs. 2 Satz 3 bis zum 30.08.2024 möglich. Aus dieser Regelung der letztmaligen Einreichung und der Gesetzesbegründung zu § 154 SGB XI, wonach Ergänzungshilfen kumuliert geltend gemacht werden können, besteht die Notwendigkeit einer Klarstellung, dass grundsätzlich keine Ergänzungshilfen rückwirkend beantragt werden können, außer bei der erstmaligen Beantragung. Die Beantragung kumulierter Ergänzungshilfen ist hierbei für die Monate Oktober 2022 bis einschließlich Februar 2023 möglich. Dies ist bereits in den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes entsprechend geregelt. Die letztmalige Antragstellung für die Ergänzungshilfen stellt somit der 15.05.2024 für den Anspruchsmonat April 2024 dar. Im Gesetztext ist ferner eine Frist für die letztmalige Einreichung von Nachweisen für die beantragten Ergänzungshilfen aufzunehmen. Für ein rechtssicheres Verfahren ist dies entsprechend im § 154 Abs. 2 SGB XI zu regeln.

B) Änderungsvorschlag

In § 154 Abs. 2 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 angefügt:

„Die Ergänzungshilfe kann ausschließlich für den Vormonat geltend gemacht werden.“

Der bisherige Satz 2 wird Satz 3.

Dem neuen Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Abweichend von Satz 2 gilt die erstmalige Beantragung rückwirkend für die zurückliegenden Monate Oktober 2022 bis Februar 2023.“

Im bisherigen Satz 3 ist das Wort „Angaben“ durch die Wörter „Nachweisen für die beantragten Ergänzungshilfen“ zu ersetzen.

Die bisherigen Sätze 3 bis 10 werden Sätze 5 bis 12.

In § 154 Abs. 4 Satz 2 sind nach dem Wort „Ergänzungshilfen“ die Wörter „und erstatte Energieberatungskosten“ einzufügen.

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 219d – Nationale Kontaktstellen

A) Neuregelungsbedarf

Gemäß Absatz 7 Satz 1 hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland ab 01.07.2023 die nationale eHealth-Kontaktstelle zum grenzüberschreitenden Austausch von Gesundheitsdaten zu betreiben.

Vor der erstmaligen Inbetriebnahme ist die Teilnahme an einem Testverfahren der Europäischen Kommission verpflichtend. Inhalt und Ablauf des Testverfahrens bestimmt die Europäische Kommission.

Für die Durchführung der Tests ist die elektronische Patientenakte (ePKA 3.0) erforderlich, die erst zum 01.10.2024 zur Verfügung stehen wird. Ohne deren Einbindung sind die geforderten Ende-zu-Ende-Tests nicht möglich. Unter Zugrundelegung des Zeitplans für die ePKA 3.0 sowie der derzeitigen Testplanung der Europäischen Kommission ist mit einer erfolgreichen Inbetriebnahme der nationalen eHealth-Kontaktstelle zum 01.07.2025 zu rechnen.

Vor diesem Hintergrund ist die Terminierung des Betriebsbeginns der eHealth-Kontaktstelle zum 01.07.2023 nicht länger sachgerecht. Es wird empfohlen, den gesetzlichen Inbetriebnahmetermin anzupassen und auf den 01.07.2025 zu verschieben.

B) Änderungsvorschlag

In § 219d Absatz 7 Satz 1 wird die Angabe „2023“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 293 SGB V – Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

§ –302 SGB V – Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer

A) Sachverhalt

Mit dem Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz, PDSG, 2020) wurde der § 293 SGB V um Absatz 8 ergänzt. Demgemäß wurde das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) bis zum 31.12.2021 beauftragt, ein bundesweites Verzeichnis der ambulanten Pflegeeinrichtungen und Betreuungsdienste mit einem Versorgungsvertrag nach § 132a SGB V oder § 72 SGB XI sowie den dort beschäftigten Personen, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V oder Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 Absatz 1 SGB XI erbringen, zu errichten. Als weitere Personengruppe sind hiervon Pflegekräfte erfasst, mit denen die Pflegekassen Verträge nach § 77 Absatz 1 SGB XI abgeschlossen haben. Das BfArM legt hierbei für jede in das Verzeichnis aufzunehmende Person eine Beschäftigtennummer fest, die bei der Abrechnung der von ihr erbrachten Leistungen anzugeben ist.

Beim Aufbau des Beschäftigtenverzeichnisses hat sich gezeigt, dass für weitere Leistungserbringende und deren Beschäftigte die Aufnahme in das Beschäftigtenverzeichnis sachgerecht und konsequent wäre. So sind ergänzend vollstationäre Langzeitpflegeeinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 132i Absatz 5 SGB V zur außerklinischen Intensivpflege, vollstationäre Langzeitpflegeeinrichtungen, die Leistungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g Absatz 4 SGB V erbringen sowie Leistungserbringende, die Leistungen nach § 37b SGB V erbringen, als weitere Leistungserbringende aufzunehmen; zudem ist die verpflichtende Angabe der Beschäftigtennummer in den Abrechnungen auch dieser Leistungserbringenden gesetzlich zu regeln.

Zum anderen werden die mit Beschäftigtenverzeichnis verbundenen Potenziale mit Augenmerk auf Digitalisierung und Entbürokratisierung, wie es ein zentrales Anliegen der Konzentrierten Aktion Pflege war, nicht ausgeschöpft; nicht zuletzt bleibt das Beschäftigtenverzeichnis hinter dem Arztverzeichnis nach § 293 Abs. 4 SGB V in seiner Funktion und in der Ausgestaltung zurück. Das Beschäftigtenverzeichnis nach § 293 Abs. 8 SGB V wäre eine geeignete Grundlage, geltende Personalanforderungen für die stationären Pflegeeinrichtungen zu prüfen (z.B. im Sinne des § 113c SGB XI) und um den Personalabgleich nach § 115 Abs. 3 SGB XI durchzuführen.

Die Leistungserbringenden sind verpflichtet, dem BfArM u. a. Angaben zur Qualifikation ihrer Beschäftigten zu übermitteln. Nach der derzeitigen Rechtslage werden weder von den Einrichtungen die Berufsurkunden und Qualifikationsnachweise dem BfArM vorgelegt, noch hat das BfArM den gesetzlichen Auftrag, diese zu verifizieren. Die Verlässlichkeit der Angaben ist somit nicht gegeben und muss von den Kranken- und Pflegekassen im Rahmen der Genehmigung und Abrechnung überprüft werden. Sachgerecht wäre es, wenn das BfArM die Aufgabe zugewiesen bekäme, eine Überprüfung der Berufsnachweise und zusätzlich erlangter Weiter- und Fortbildungen vorzunehmen. Dies wäre effizient, da beim BfArM zentral und personenbezogen die Qualifikationen der Beschäftigten verzeichnet sind und bei einem Arbeitgeberwechsel an die schon erbrachten Nachweise angeknüpft werden kann. Durch eine solche zentrale einmalige Verifizierung von Qualifikationen würde sowohl auf Seiten der Einrichtungen als auch auf Seiten der Kranken- und Pflegekassen und ihrer Landesverbände erheblicher Verwaltungsaufwand vermieden werden können.

Nach derzeitiger Rechtslage hat das BfArM den Kranken- und Pflegekassen die zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlichen Angaben aus dem Verzeichnis zur Verfügung zu stellen. Für eine effiziente Datenbereitstellung wäre es zielführend, das Beschäftigtenverzeichnis den Kranken- und Pflegekassen sowie ihren Landesverbänden über den GKV-Spitzenverband elektronisch zur Verfügung zu stellen. Dies entspricht auch den gesetzlich vorgesehenen und bereits praktizierten Verfahren bei anderen Verzeichnissen nach § 293 SGB V wie dem Arzt- und Zahnarztverzeichnis (§ 293 Absatz 4 SGB V) oder dem Apothekerverzeichnis (§ 293 Absatz 5 SGB V).

Die Anfangs- und Endzeiten in Echtzeit für den jeweiligen Pflegeeinsatz sind insbesondere vor dem Hintergrund der Vermeidung und Aufdeckung von Abrechnungsbetrug und Leistungsmissbrauch von hoher Relevanz.

Nur die zusätzliche Angabe der Anfangs- und Endzeiten des Einsatzes ermöglicht es, durch die Zusammenführung der Abrechnungsdaten von mehreren Versicherten verschiedener Krankenkassen festzustellen, ob die abgerechneten Leistungen in der angegebenen Zeit des Einsatzes plausibel erbracht werden können. Fehlerhafte Abrechnungen können schneller und vor allem ressourcenschonender identifiziert werden. Die einsatzbezogene Aufzeichnung der Anfangs- und Endzeiten ist die unabdingbare Grundlage um nachzuvollziehen, in welchem Umfang tatsächlich Leistungen von einer Pflegefachkraft erbracht wurden. Nur wenn auch Beginn und Beendigung der Leistungserbringung fixiert werden, kann Fehlverhalten wie Leistungsmissbrauch oder Abrechnungsbetrug mittels Erstellung von Tagesprofilen letztlich auch gerichtsfest nachgewiesen werden. Diese Aufzeichnungspflicht ist zudem für die notwendige Sanktionierung von Vertragsverstößen unabdingbar. Ansonsten kann dem Leistungsmissbrauch nicht effektiv nachgegangen und entsprechend verfolgt werden.

B) Änderungsvorschlag

§ 302 Absatz 1 Satz 2 SGB V wird wie folgt geändert (Änderungen sind gekennzeichnet):

„Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c sowie der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b ist zusätzlich zu den Angaben nach Satz 1 der Beginn und die Beendigung der Leistungserbringung in Echtzeit ~~die Zeit der Leistungserbringung~~ und nach § 293 Absatz 8 Satz 11 spätestens ab dem 1. Januar 2023 die Beschäftigtennummer der Person, die die Leistung erbracht hat, anzugeben.“

§ 293 Absatz 8 Satz 1 SGB V wird wie folgt geändert:

„Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte errichtet bis zum 31. Dezember 2021 im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der Träger von ambulanten Pflegediensten und Betreuungsdiensten nach § 71 Absatz 1a des Elften Buches maßgeblichen Vereinigungen auf Bundesebene ein bundesweites Verzeichnis

1. der ambulanten und stationären Leistungserbringer, mit denen die Krankenkassen oder Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 Satz 1, nach § 132g Absatz 4 oder nach § 132i Absatz 5 abgeschlossen haben, der ambulanten Leistungserbringer, die Leistungen nach § 37b erbringen, oder bei denen es sich um zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches handelt,
2. der Personen, die durch die in Nummer 1 genannten Leistungserbringer in der pflegerischen Versorgung beschäftigt oder bei diesen tätig sind und häusliche Krankenpflege nach § 37, spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b, die gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132g, außerklinische Intensivpflege nach § 37c oder Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 Absatz 1, § 41 Absatz 1, § 42 Absatz 1, § 43 Absatz 1 des Elften Buches erbringen, sowie
3. der Pflegekräfte, mit denen die Pflegekassen Verträge nach § 77 Absatz 1 des Elften Buches abgeschlossen haben.“

§ 293 Absatz 8 Satz 7 SGB V wird wie folgt geändert:

„Die Leistungserbringer, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 Satz 1 oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Verträge nach § 132i

Absatz 5 oder nach § 132g Absatz 4 abgeschlossen haben oder Leistungserbringer, die Leistungen nach § 37b erbringen, oder bei denen es sich um zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches handelt, und die Pflegekräfte nach Satz 1 Nummer 3 sind verpflichtet, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ab dem 1. August 2022 die Angaben nach Satz 4 Nummer 2 bis 5 und den Sätzen 5 und 6 zu übermitteln sowie unverzüglich jede Veränderung dieser Angaben mitzuteilen.“

Nach § 293 Absatz 8 Satz 7 SGB V wird folgender Satz eingefügt:

„Für die Überprüfung der Angaben nach Satz 7 und deren Aufnahme in das Verzeichnis nach Satz 1 sind die Angaben nach Satz 7 mit entsprechenden Nachweisen dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zu belegen.“

Die bisherigen Sätze 8 und 9 werden die Sätze 9 und 10. Satz 10 (neu) wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte stellt dem Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen das Verzeichnis im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Verfügung; Änderungen des Verzeichnisses sind dem Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen in monatlichen oder kürzeren Abständen unentgeltlich zu übermitteln.“

Nach Satz 10 (neu) wird folgender Satz eingefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen stellt seinen Mitgliedsverbänden sowie den Kranken- und Pflegekassen das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Buch sowie nach dem Elften Buch, zur Verfügung; für andere Zwecke darf der Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen die in dem Verzeichnis enthaltenen Angaben nicht verarbeiten.“

Die bisherigen Sätze 10 und 11 werden die Sätze 12 und 13 (neu).