

Stellungnahmen nicht geladener Sachverständige

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)106(1)
nicht gel. VB zur öffent. Anh. am
10.05.2023 - PUEG
08.05.2023



Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 10.05.2023

**Zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE
GRÜNEN und FDP**

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

Bundestags-Drucksache 20/6544 vom 25.04.2032

Stand: 03.05.2023

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung.....	5
II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs	8
Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch.....	8
Nr. 3 § 7a Pflegeberatung.....	8
Nr. 4 § 8 Abs. 8 SGB XI – Gemeinsame Verantwortung	10
Nr. 9 § 17 Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen.....	11
Nr. 10 § 18 bis 18d SGB XI Pflegebegutachtung.....	12
Nr. 10 § 18e SGB XI Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung.....	17
Nr. 13 § 28a Leistungen bei Pflegegrad 1.....	20
Nr. 14 § 30 Dynamisierung.....	21
Nr. 15 § 31 Vorrang der Rehabilitation vor Pflege.....	22
Nr. 16 § 40a Digitale Pflegeanwendungen.....	23
Nr. 17 § 40b Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen.....	24
Nr. 20 § 55 Buchstaben a) bis f) Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung.....	25
Nr. 21 § 58 Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtig Beschäftigten	32
Nr. 22 § 59 Beitragstragung bei anderen Mitgliedern	33
Nr. 23 § 59a Berücksichtigung des Beitragsabschlags für Eltern bei der Beitragstragung	34
Nr. 24 § 60 Beitragszahlung	35
Nr. 25 § 61 Beitragszuschüsse für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und Privatversicherte.....	36
Nr. 26 § 61a - Beteiligung des Bundes an Aufwendungen	37
Nr. 27 und 28 § 72 - Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag – und § 75 - Rahmenverträge über die pflegerische Versorgung	38
Nr. 29 § 78a Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung	41
Nr. 30 § 82c Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen.....	42
Nr. 31 § 84 Bemessungsgrundsätze.....	45
Nr. 35 § 111 Absatz 1 Satz 1- Risikoausgleich	46

Nr. 36 § 112 Qualitätsverantwortung	47
Nr. 38 § 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege	47
Nr. 37 § 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität	49
Nr. 39 § 113b Qualitätsausschuss.....	50
Nr. 40 § 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen.....	51
Nr. 41 § 114 Abs. 2a Qualitätsprüfungen	55
Nr. 42 § 114c Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht.....	56
Nr. 45 § 125b (neu) Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege.....	57
Nr. 48 § 135 - Zuführung der Mittel.....	59
Artikel 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch.....	60
Nr. 5 § 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen	60
Nr. 7 § 42a (neu) Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson	62
Nr. 13 § 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung	64
Nr. 15 § 46 Absatz 3 Satz 1 – Pflegekassen	65
Nr. 16 § 108 Auskünfte an Versicherte	66
Artikel 4 Änderungen des Sozialgerichtsgesetzes	67
Nr. 1 § 29 Zuständigkeit der Landessozialgerichte.....	67
Nr. 2 § 210 Verfahren in Streitigkeiten über Entscheidungen der Schiedsstellen nach § 133 SGB IX	68
Artikel 5 Änderungen der Beitragsverfahrensverordnung	69
Nr. 1 § 2 Absatz 2 Berechnungsvorgang.....	69
Nr. 2 § 8 Entgeltunterlagen	70
Artikel 6 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	71
Nr. 1 § 23 Medizinische Vorsorgeleistungen.....	71
Nr. 4 § 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	72
Nr. 8 S. 341 Elektronische Patientenakte	73
III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes	74

§ 8 Abs. 2a bis 2c (neu) SGB XI Gemeinsame Verantwortung - Stärkung der Rolle der Kommunen durch ein "Innovationsbudget Pflege"	74
§ 8 Abs. 5a SGB XI Gemeinsame Verantwortung - Finanzierung der Geschäftsstelle zur tariflichen Entlohnung in der Langzeitpflege	76
§ 39 SGB XI Verhinderungspflege	77
§ 42 SGB XI Kurzzeitpflege	79
§ 82c SGB XI Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen.....	81
§ 105 SGB XI Abrechnung pflegerischer Leistungen	83
§ 150 SGB XI – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige	84
§ 153 SGB XI Erstattung pandemiebedingter Kosten durch den Bund; Verordnungsermächtigung.....	85
§ 293 Abs. 8 SGB V– Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer....	86

I. Zusammenfassung

Neben der Konsolidierung und langfristigen Stabilisierung der Finanzen der Sozialen Pflegeversicherung ist die Stärkung der häuslichen Pflege pflegepolitisch eine zentrale Aufgabe in dieser Legislatur. Die Soziale Pflegeversicherung setzt auf die Pflegebereitschaft des familiären und nachbarschaftlichen Umfelds. Ob ein Leben unter Bedingungen von Pflegebedürftigkeit in Pflegearrangements gelingt, hängt im Wesentlichen von den Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung für pflegebedürftige Menschen und ihren An- und Zugehörigen, ihrer Informiertheit wie auch von den Bedingungen vor Ort ab.

Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (PUEG) greift die Bundesregierung Maßnahmen auf, die darauf abzielen, die häusliche Pflege und Unterstützungsbereitschaft zu stärken. Hierzu gehört insbesondere die Dynamisierung der Geld- und Sachleistungen, um die finanzielle Überforderung der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen abzufedern. Für die Akzeptanz des Teilleistungssystems der sozialen Pflegeversicherung ist eine regelgebundene Dynamisierung unabdingbar. Die geplante Anpassung um 5 % ist sachgerecht, allerdings aufgrund der Preisentwicklung seit 2017 im Umfang von durchschnittlich 2 % p. a. und unter Berücksichtigung der im gleichen Zeitraum um 19,6 % gestiegenen Bruttolöhne und Gehälter unterhöhlt sie zusehend diese Akzeptanz für das Teilleistungssystem.

Positiv ist, dass die (Transparenz-) Offensive auch zur Stärkung der Entscheidungskompetenz und Rechte der Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf weitergeführt wird.

Zur finanziellen Stabilisierung der Pflegeversicherung sowie zur Refinanzierung der vorgesehenen Leistungsverbesserungen für pflegebedürftige Menschen und ihren Angehörigen wird der Beitragssatz um 0,35 v. H. zum 01.07.2023 angehoben. Als weitere liquiditätssichernde Maßnahmen wird die jährliche Zuführung in den Pflegevorsorgefonds für das Jahr 2023 in das Jahr 2024 verschoben und die Rückzahlungsverpflichtung des Bundesdarlehens zur Hälfte auf Ende 2028 verlängert.

Insgesamt kann mit dieser vorgesehenen Kombination aus Beitragssatzanhebung und Lastenverschiebung kurzfristig eine Stabilisierung der angespannten Finanzsituation erreicht werden. Ob sie die soziale Pflegeversicherung bis ans Ende der Legislaturperiode finanziell stabilisiert, ist dabei aus Sicht der AOK-Gemeinschaft nicht sichergestellt. Die im Gesetzentwurf geplante Ermächtigung, mit der die Bundesregierung den Beitragssatz zur Pflegeversicherung bei Liquiditätsengpässen per Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates anheben kann, ist dabei bereits ein Hinweis darauf, dass das BMG selbst die avisierten Maßnahmen für nicht ausreichend erachtet.

Die vorgesehenen Finanzierungsregelungen des Gesetzentwurfes werden von der AOK-Gemeinschaft als nicht ausreichend betrachtet. Der sachgerechte und für eine dauerhafte finanzielle Absicherung der sozialen Pflegeversicherung zwingend notwendige Ausgleich für versicherungsfremde Leistungen durch den Bund unterbleibt erneut. Der Gesetzentwurf bricht somit ein Versprechen des Koalitionsvertrages, in dem sich SPD, Grüne und FDP einvernehmlich darauf verständigt hatten, dauerhaft einen Beitrag zur finanziellen Stärkung der sozialen Pflegeversicherung durch Bundesmittel für versicherungsfremde Leistungen zu leisten.

Die AOK-Gemeinschaft appelliert an die Bundesregierung, dieses Koalitionsversprechen einzuhalten. Insbesondere die Gegenfinanzierung der Rentenversicherungsbeiträge für die pflegenden Angehörigen bleibt eine durch den Bund zu lösende Aufgabe, um Beitragszahlende vor ungerechtfertigten Belastungen zu schützen. Zur Stabilisierung der Finanzlage ist es darüber hinaus notwendig, die pandemiebedingten Kosten der Pflegeversicherung vollumfänglich auszugleichen.

Angesichts der im Entwurf angelegten Finanzierungsmaßnahmen ist der Spielraum für die dringend notwendige strukturelle Weiterentwicklungen der Pflegeversicherung und bedarfsgerechte Leistungsverbesserungen nicht gegeben.

Es ist bedauerlich, dass in der Kabinettsfassung die im Referentenentwurf vorgesehene Förderung von innovativen Vorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier nicht mehr enthalten ist. Eine solche wegweisende Regelung wäre ein wirksamer Hebel zur gezielten Unterstützung der häuslichen Pflege vor Ort gewesen. Die familiäre und gesellschaftliche Bereitschaft zur Übernahme von Pflegeaufgaben könnte durch sie weiter gefördert werden. Die Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege ist dazu eine zwingende Voraussetzung. Aus diesem Grunde wäre es aus Sicht der AOK-Gemeinschaft erforderlich, ein „Innovationsbudget/Strukturentwicklungsbudget Pflege“ als Innovationsmotor zu etablieren.

Das Gesetzgebungsverfahren greift leider keine Maßnahmen auf, mit denen Potenziale zum Erhalt und Förderung der Selbstständigkeit und Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen gestärkt werden könnten, um Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern, verlorene Fähigkeiten oder auch die Rehabilitationsfähigkeit wiederherzustellen und die Rückkehr in die Häuslichkeit unter Beteiligung des sozialen Umfelds vorzubereiten. Dazu wäre eine inhaltliche Neuausrichtung der Kurzzeitpflege geeignet. Entsprechende Vorschläge der AOK-Gemeinschaft werden in dieser Stellungnahme unter III. „Zusätzlicher Änderungsbedarf“ vorgelegt. Für diese strukturellen Weiterentwicklungen sind über den Gesetzentwurf hinausgehende Finanzmittel zur Verfügung zu stellen. Dabei darf aber weder der Einzelne noch die Solidargemeinschaft überfordert werden.

Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsbeschlusses zum 01.07.2023 nicht realisierbar

Auch wenn – statt über eine Steuerfinanzierung - an einer Umsetzung des BVerfG-Beschlusses zur Berücksichtigung von Erziehungszeiten im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung festgehalten wird, kann die Umsetzungsvariante über die beitragsabführenden Stellen aus Sicht der AOK-Gemeinschaft mitgetragen werden.

Positiv zu bewerten ist zudem die Verlängerung der Umsetzungsfrist bis spätestens 31.12.2024. Allerdings sollten vor diesem Hintergrund und um den hohen Bürokratieaufwand, der mit der Umsetzung einhergeht, wesentlich zu minimieren bzw. zu entzerren, die Zeiträume sowohl für die fristgerechte Einreichung der Kindernachweise als auch für die Aussetzung der Verzinsung bis zum 01.01.2024 verlängert werden.

Ferner werden die Pflegekassen und die beitragsabführenden Stellen (Arbeitgeber, Deutsche Rentenversicherung, Zahlstellen, Reha-Träger, usw.) aufgrund der viel zu späten Anzeige der Regelungen zur Umsetzung des BVerfG-Beschlusses vor eine unlösbare Herausforderung gestellt. In der bis zum 01.07.2023 verbleibenden Zeit ist sowohl eine technische Umsetzung als auch die Nachweisführung über die Anzahl der für die Beitragsermittlung zu berücksichtigenden Kindern nicht realisierbar. Die vorgesehene finanzielle Entlastung von Mitgliedern mit mehr als einem Kind wird daher erst zu einem erheblich späteren Zeitpunkt durch die rückwirkenden Beitragskorrekturen Wirkung entfalten.

Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft lösen die geplanten Neuregelungen, beispielweise die umfangreichen neuen Berichtspflichten der Pflegekassen, eine weitere Zunahme von bürokratischen Maßnahmen und Prozessen im Verwaltungshandeln der Pflegekassen aus. Die Pflegekassen setzen große Anstrengungen daran, die bürokratischen Prozesse zu minimieren. Die geplanten Neuregelungen gefährden diese Bestrebungen der Pflegekassen.

Nachfolgend wird im Einzelnen zu den wesentlichen Regelungen der Kabinettsfassung Stellung genommen. Darüber hinaus werden AOK-Vorschläge beispielsweise zur Korrektur des Beschäftigtenverzeichnisses, mit denen ursprünglich das Abrechnungsverfahren erleichtert werden sollte, aufgegriffen, da die Digitalisierungs- und Entbürokratisierungspotenziale noch nicht ausgeschöpft sind.

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs

Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 3 § 7a Pflegeberatung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neustrukturierung der Regelungen der §§ 18 ff. ist eine redaktionelle Anpassung in Absatz 1 Satz 3 Nummer 3 verbunden. Die Feststellungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation sollen auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens getroffen werden.

Mit den Neuregelungen in Absatz 2 werden Präzisierungen zur Umsetzung der einschlägigen Vorschriften des Datenschutzes und für die Anforderungen an die Datensicherheit im Rahmen der Beratung als Videokonferenzvorgesehen. Die Anforderungen nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des SGB V an die technischen Verfahren und deren Umsetzung zur Videosprechstunde sind einzuhalten. Bei der Umsetzung von digitalen Angeboten sowie anderer digitaler Anwendungen gelten zudem die Anforderungen der vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen in der Pflegeberatungs-Richtlinie festgelegten Regelungen.

B Stellungnahme

Die Pflegeberatung und damit auch die Videopflegeberatung sind im föderalen System der Bundesrepublik dezentral organisiert. Die Verarbeitung von Daten im Rahmen einer Pflegeberatung erfolgt daher in vielen Fällen, aber nicht in jedem Falle, durch in § 35 Abs. 1 SGB I genannte Stellen. Erfolgt die Verarbeitung durch eine in § 35 Abs. 1 SGB I genannte Stelle, wie z. B. durch die gesetzlichen Pflegekassen, so gilt das Sozialgeheimnis und die Anforderungen an die Verarbeitung von Sozialdaten, ausgehend von § 67 Abs. 2 SGB X, sind zu beachten.

In diesem Verständnis von der Verarbeitung von Sozialdaten durch die gesetzlichen Pflegekassen als einer dem Sozialgeheimnis unterliegenden Stelle bei der Pflegeberatung und Videopflegeberatung ist festzustellen, dass sich das Schutzniveau nicht von anderen Beratungsanlässen zur Verarbeitung von Sozialdaten unterscheidet, wie sie in § 14 SGB I als Aufgabe festgelegt wurden. Ebenso gelten durchgängig die Anforderungen des SGB X im zweiten Abschnitt zur Verarbeitung von Sozialdaten. Mit engerem Blick auf die Nutzung von Videokonferenzsystemen hier insbesondere § 80 SGB X, wenn Cloud-Systeme genutzt werden.

Eine Orientierung am § 365 SGB V im Rahmen der Pflegeberatung ist fraglich. Da dieser Paragraph nicht die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen adressiert, sondern die vertragsärztliche Versorgung durch zugelassene Ärztinnen und Ärzte, ist dieser grundsätzlich nicht bei den Pflegekassen anwendbar. Die Anbieter von Diensten zur Durchführung von Videosprechstunden sind davon abweichend laut maß-

geblicher Anlage zum Bundesmantelvertrag selbst verantwortliche Stellen. Von daher ist das Verfahren bei den Leistungserbringern zur Nutzung von Videoberatung so geregelt, dass es sich um einen zertifizierten Videodienst handeln muss und dieser dem GKV-Spitzenverband und der Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigung eine Bescheinigung vorlegen muss. Dies liegt insbesondere an den strengeren Vorgaben zu einer Auftragsverarbeitung nach Art. 28 DSGVO im § 80 Abs. 2 SGB X in Bezug auf die Verarbeitung von Sozialdaten bei den Kranken- und Pflegekassen, z. B. in Videokonferenzsystemen in der Cloud.

Im Ergebnis können auch Verarbeitungen von Sozialdaten bei der (Video-) Pflegeberatung aus datenschutzrechtlicher Sicht und nach dem Wortlaut des § 7a Abs. 2 Satz 3 SGB XI durch die Pflegekassen nach dem Stand der Technik erfolgen, wenn zwar keine Zulassung nach § 365 Absatz 1 Satz 1 SGB V vorliegt, aber die gesetzlichen Bestimmungen zur Verarbeitung von Sozialdaten eingehalten werden.

Ein Verweis auf ohnehin geltendes Recht zur Datenverarbeitung ist entbehrlich.

C Änderungsvorschlag

In § 7a Absatz 2 geltende Fassung sind Satz 4 und 5 zu streichen. Die Neuregelung wird abgelehnt.

Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 4 § 8 Abs. 8 SGB XI – Gemeinsame Verantwortung

A Beabsichtigte Neuregelung

Seit dem Jahr 2019 wird aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung die Anschaffung von digitaler und technischer Ausrüstung von Pflegeeinrichtungen mit einem einmaligen Zuschuss bis zu 12.000 Euro gefördert. Dadurch soll die Digitalisierung in der Pflege und damit gleichzeitig die Entlastung des Pflegepersonals vorgebracht werden. Die Förderung ist bis einschließlich 2023 befristet. Da die Förderung bisher wenig in Anspruch genommen wurde, soll künftig die Beantragung des einmaligen Zuschusses bis zum Ende dieses Jahrzehnts möglich sein. Zudem sieht der Kabinettsentwurf eine Erweiterung der Zielrichtung des Förderprogramms vor. Künftig sollen die digitalen Anschaffungen auch zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen und zur Stärkung ihrer Beteiligung dienen. Deshalb hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die vorliegenden Richtlinien zur Regelung der Fördermittelvergabe bis zum 31.10.2023 anzupassen.

B Stellungnahme

Die Möglichkeit von Pflegeeinrichtungen, künftig bis 2030 einen einmaligen Zuschuss zur Förderung der Anschaffung digitaler oder technischer Ausrüstung zu erhalten, ist zu begrüßen. Die Verlängerung der Frist der Förderfähigkeit ist unkritisch, da es sich hierbei um einen einmaligen Zuschuss bis zu 12.000 Euro handelt. Die Erweiterung des Spektrums der Förderfähigkeit ist sachgerecht, da dies neben der Entlastung des Pflegepersonals auch perspektivisch die pflegerische Versorgung verbessert.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 9 § 17 Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen.

A Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1 wird ergänzt, dass den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit Behinderung auf Verlangen die Gründe schriftlich mitzuteilen sind, sofern den schriftlichen Anliegen der Organisationen nicht gefolgt werden konnte.

B Stellungnahme

Bei der Änderung des Absatz 1 wird eine jetzt nachgeholte redaktionelle Ergänzung aufgrund einer Änderung im § 118 SGB XI durch das Dritte Pflegestärkungsgesetz vorgenommen. Die Ergänzung ist nachvollziehbar.

Im Absatz 1c handelt sich um den Wortlaut des bisherigen § 18b Absatz 1 und 2 SGB XI. Die Richtlinie zur Dienstleistungsorientierung, die bisher durch § 18b SGB XI geregelt wurde, wird den Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund unter § 17 SGB XI zugeordnet. Die Absätze 1 und 2 werden zu einem Absatz zusammengefasst.

Neben den hier geregelten Möglichkeiten der Beschwerde sind inzwischen in jedem Medizinischen Dienst Unabhängige Ombudspersonen bestellt, die ebenfalls Beschwerden der Versicherten über die Arbeit der Medizinischen Dienste entgegennehmen. Es existieren zwei parallele Möglichkeiten der Einbringung von Beschwerden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 10 § 18 bis 18d SGB XI Pflegebegutachtung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschriften zur Pflegebegutachtung werden neu strukturiert. Im § 18 wird die Beauftragung der Begutachtung geregelt. Im neuen § 18a finden sich die Regelungen zum Begutachtungsverfahren. Die Regelungen zum Inhalt des Gutachtens finden sich im neuen § 18b. Der § 18c regelt alles im Zusammenhang mit der Entscheidung über den Antrag. Die Berichtspflichten werden im § 18d aufgeführt.

In Zusammenhang mit der neuen Struktur wurden auch Änderungen vorgenommen.

Zur Hemmung der Fristen:

Die verkürzten Fristen werden von 1 bzw. 2 Wochen auf 5 bzw. 10 Arbeitstage umgestellt. Zusätzlich erfolgt bei allen Fristen die Klarstellung, dass Unterbrechungen als Hemmung der Fristen zu verstehen sind. Dies gilt auch, wenn die Pflegekassen zwingend erforderliche Unterlagen (vom MD Bund geregelt, welche das sind) beim Antragsteller einfordern. In diesem Fall werden die Fristen bis zum Eingang der Unterlagen gehemmt.

Zu Fristen

Ergänzend werden unter Bezugnahme auf § 33 Absatz 1 Satz 1 weitere Klarstellungen im Verfahren aufgenommen: u. a., dass die Fristen sich auch auf Höherstufungsanträge beziehen.

Die Pflegekassen werden verpflichtet, Anträge innerhalb von drei Arbeitstagen nach Antragseingang zur Begutachtung weiterzuleiten.

Zu den erweiterten Aufgaben:

Im Zusammenhang mit den Empfehlungen der Medizinischen Dienste werden die Pflegekassen verpflichtet, den Antragssteller über die Bedeutung hinsichtlich der Heilmittlempfehlungen und über die Regelungen des § 32 Absatz 1a SGB V zu informieren.

Die Berichtspflichten der Pflegekassen werden um weitere Berichte ergänzt. Erstmals für das Geschäftsjahr 2023 sollen die Pflegekassen zusätzlich berichten über

- die Anzahl der Anträge,
- Anzahl der abgelehnten Anträge,
- Anzahl der Arbeitstage bis zur Entscheidung,
- Anzahl der Fristüberschreitungen und Nennung der Gründe und Anzahl der Zahlungen der Verzögerungsgebühr,
- Anzahl der Heilmittlempfehlungen und davon Weiterleitung an den Arzt bzw. Ärztin,

- Anzahl der verweigerten Untersuchungen,
- Anzahl der Widersprüche inkl. Widerspruchsgründe,
- Anzahl der zurückgewiesenen und stattgegeben inkl. Entscheidungsgründe und Angabe der Dauer der Widerspruchsverfahren sowie
- Anzahl der Befristungen nach Bundesländern,
- Anzahl von Klagen nach erfolglosen Widerspruchsverfahren.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erhält den Auftrag, die Daten aufzubereiten und auf Plausibilität zu prüfen.

B Stellungnahme

Die Neustrukturierung der Vorschriften wird dem Grunde nach begrüßt und trägt zu einer besseren Übersicht der komplexen Regelung bei.

Zur Hemmung der Fristen:

Die Regelungen zur Hemmung der Fristen beruhen auf einem mehrjährigen Diskurs mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung (ehemals Bundesversicherungsamt) und spiegeln den letzten Stand des Austauschs wider. Es ist nachvollziehbar, dass die Entscheidung der Pflegekasse über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit in einer normierten Frist erfolgen soll, um Planungssicherheit für die Antragstellenden zu ermöglichen. Jedoch sollten Verzögerungsgründe, die von der Pflegekasse nicht zu vertreten sind, zu einer Unterbrechung der Frist und nicht zu einer Hemmung führen. Liegt der Verzögerungsgrund nicht mehr vor, beginnt die Frist erneut. Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit kann dann im vorgesehenen Verfahren fristgerecht erfolgen.

Zu Fristen

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.

Der Verweis auf Anträge nach § 33 Absatz 1 Satz 1 ist im § 18c Absatz 1 (neu) nicht erforderlich und sorgt nicht für eine Klarstellung. Der Verweis ist zu streichen. Dass die Fristen auch für Höherstufungsanträge gelten, ist von der Rechtslage bereits umfasst.

Zur Verzögerungsgebühr:

Die Zahlung einer Verzögerungsgebühr ist nicht sachgerecht. Die Zahlung trägt nicht dazu bei, dass die Verfahren beschleunigt und Anträge damit frühzeitiger entschieden werden. Die Verzögerungsgebühr wird ausgelöst und von der Pflegekasse bezahlt, auch wenn die Verzögerung in der Verantwortung des Medizinischen Dienstes

tes liegt. Die Pflegekassen haben weder auf den Stellenplan noch auf die Haushaltsaufstellung des Medizinischen Dienstes Einfluss, so dass die Pflegekassen keine Potenziale mehr zur Verwaltungsoptimierung haben. Die Fristüberschreitungen sind auch eine Folge der Festhaltung an der persönlichen Begutachtung als Standard und des Fachpersonalmangels in Verbindung mit den erheblich steigenden Antragszahlen. Die Verzögerungen sind daher nicht mehr das Ergebnis eines unzureichenden Prozessmanagements in der Verwaltung. Insbesondere vor dem Hintergrund der finanziell angespannten Situation der Sozialen Pflegeversicherung sollten die Mittel, die für die Verzögerungsgebühr ausgegeben werden, effizienter und zielgerichteter eingesetzt werden. Die Verzögerungsgebühr ist daher abzulehnen.

Zu den erweiterten Aufgaben:

Die umfangreiche Ausweitung der Berichtspflichten in § 18d Absatz 3 erfordern eine umfassende technische Anpassung auf Seiten der Pflegekassen. Die geforderten Berichtsdaten liegen derzeit in dieser Form nicht vor. Eine den Anforderungen entsprechende Datenübermittlung an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann daher frühestens für das Geschäftsjahr 2024 erfolgen.

Heilmittlempfehlung

Das in § 18c Absatz 3 beschriebene Verfahren zur Heilmittlempfehlung im Gutachten ist ineffizient und verzögert nicht sachgerecht die Versorgung mit den erforderlichen Heilmitteln. Sofern im Begutachtungsverfahren eine Versorgung mit Heilmitteln erforderlich ist, sollte dem Antragsteller diese Empfehlung direkt mit dem Bescheid übersandt werden. Dieser kann die Mitteilung über die empfohlenen Heilmittel unverzüglich an seine/ihre behandelnde Arzt/Ärztin weitergeben. Eine den Prozess verzögernde Rückfrage der Pflegekasse, ob diese die behandelnde Ärztin/Arzt entsprechend informieren soll, ist nicht sachgerecht und ineffizient.

Ergänzender Änderungsbedarf:

Auch nach der Neustrukturierung (§ 18 Absatz 3) sind die Pflegekassen weiterhin verpflichtet, insbesondere in den Fällen drohender Fristüberschreitungen unabhängige Gutachter und Gutachterinnen zu beauftragen. Die Erfahrungen seit Einführung über das Pflegeneuausrichtungsgesetz (2012) zeigen, dass die Beauftragung externer Gutachter und Gutachterinnen nicht greift. Es gibt keine ausreichende Zahl von unabhängigen Gutachtern und Gutachterinnen, die von den Pflegekassen im Zusammenhang mit der Feststellung von Pflegebedürftigkeit beauftragt werden können. Dies wird auch nach den Angaben des Medizinischen Dienstes Bund bestätigt. Seit mehreren Jahren gibt es keine Gutachten von unabhängigen Gutachtern und Gutachterinnen, 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). Vor diesem Hintergrund ist die Regelung zu streichen.

Die neue Struktur des § 18a (neu) zu den Regelungen des Begutachtungsverfahrens sind zu begrüßen. Bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst haben sich aufgrund der pandemischen Lage neben der Untersuchung im Wohnbereich des Antragstellers auch andere Formen wie strukturierte Telefoninterviews als ebenso zielführend etabliert. Aus den Erfahrungen der pandemischen Lage ist erkenntlich, dass ein strukturiertes Telefoninterview fachlich und inhaltlich nahezu gleichwertig zur persönlichen Untersuchung im Wohnbereich ist. Daher erscheint es sachgerecht, auch anderer Begutachtungsformen regelhaft den Antragstellern als Begutachtungsformen anzubieten. Den Antragstellern eine Auswahl unterschiedlicher Begutachtungsformen zu geben, stärkt die individuellen Interessen der pflegebedürftigen Personen. Eine persönliche Untersuchung im Wohnbereich bleibt vorrangig, es soll aber auch digitale Pflegebegutachtung in besonderen Konstellationen ermöglicht werden; die Erstbegutachtung ist hiervon ausgenommen. Hier erfolgt die Begutachtung ausschließlich im persönlichen Wohnbereich des Antragstellers. In den Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund sind die infrage kommenden Fallkonstellationen für die digitale Begutachtung festzulegen. Aufgrund des stetig steigenden Begutachtungsaufkommens (2016: 1,8 Millionen erstellte Pflegegutachten und 2022: 2,6 Millionen erstellte Pflegegutachten der Medizinischen Dienste), einem prognostizierten weiteren starken Anstieg der Begutachtungszahlen und einer gleichzeitig angespannten Lage auf dem Arbeitsmarkt, sollten ortsunabhängige Begutachtungsformate unverzüglich zur Effizienzverbesserung im Begutachtungsprozess eingeführt werden. Es besteht sonst mittelfristig die Gefahr, dass Begutachtungen nicht fristgerecht gewährleistet werden können und Versicherte daher die ihnen zustehenden Leistungen nicht zeitgerecht erhalten. Alternative Begutachtungsformen können hierfür einen maßgeblichen Beitrag leisten und bieten eine erhöhte Chance, dem Antragsteller fristgerecht einen Bescheid mitzuteilen.

C Änderungsvorschlag

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

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

§ 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 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.“

In § 18c Absatz 1 Satz 1 (neu) werden die Wörter „nach § 33 Absatz 1 Satz 2“ gestrichen.

In § 18c Absatz 3 werden die Sätze 2 und 3 wie folgt ersetzt:

„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.“

§ 18c Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„Die Pflegekasse erteilt den schriftlichen Bescheid über den Antrag innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder in eine der in § 18a Absatz 5 und 6 genannten verkürzten Begutachtungsfristen. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 unterbrochen, bis die Verzögerung beendet ist; mit Beendigung der Verzögerung beginnt die Frist nach Satz 1 erneut. Die Frist nach Satz 1 beginnt mit Antragstellung. Der Lauf der Frist von 25 Arbeitstagen nach Satz 1 bleibt von einer Entscheidung der Pflegekasse nach Absatz 1 Satz 2 unberührt. Die Pflegekasse hat den Antragsteller nach Eingang seines Antrags auf die Frist für ihre Entscheidung sowie die verkürzten Begutachtungsfristen und die Folgen einer Verzögerung hinzuweisen.“

Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 10 § 18e SGB XI Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung

A Beabsichtigte Neuregelung

Dem Medizinischen Dienst Bund und den Medizinischen Diensten wird ermöglicht, in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit Modellvorhaben, wissenschaftliche Studien und Expertisen zur Weiterentwicklung der Aufgaben der Medizinischen Dienste nach §§ 18 bis 18b SGB XI durchzuführen. Die Durchführung ist mit den Pflegekassen zu vereinbaren. Hierfür werden jährlich bis zu 500.000 Euro aus dem Ausgleichsfonds zur Verfügung gestellt. Nähere Regelungen zum Verfahren werden durch den Medizinische Dienst Bund und das Bundesamt für Soziale Sicherung getroffen.

Gleichzeitig wird priorisiert, dass im Rahmen eines ersten Modellvorhabens eine wissenschaftliche Studie zu den Auswirkungen der telefonischen und digitalen Pflegebegutachtung während der Pandemie durchgeführt wird. Hier gilt es insbesondere einzuschätzen, ob neue Begutachtungsformate sich einschränkend auf Begutachtungsinhalte, den Differenzierungsgrad und die Pflegegradeinstufung auswirken.

B Stellungnahme

Die vom Gesetzgeber geschaffenen Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Aufgaben der Medizinischen Dienste werden begrüßt. Für den Medizinischen Dienst bieten die Modellvorhaben und Studien die Möglichkeit, das eigene Aufgabenprofil beraterorientiert weiterzuentwickeln und die Weiterentwicklung der §§ 18 ff. SGB XI systematisch zu erproben und zu evaluieren. Dass der Gesetzgeber hier eine erweiterte Rolle der Gutachter und Gutachterinnen der Medizinischen Dienste vorsieht, um die Situation pflegebedürftiger Menschen in häuslichen Pflegearrangements besser in den Blick zu nehmen, wird sehr begrüßt. Mit einem systemischen Ansatz, auch die Risiken in Pflegehaushalten im Rahmen der Begutachtung stärker in den Blick zu nehmen, kann die Pflegekasse gezielter in die Lage versetzt werden - auch in Kooperation mit den regionalen und örtlichen Partnern - Pflegehaushalte zu begleiten, zu beraten und im Bedarfsfall zu intervenieren.

Bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst haben sich in den vergangenen drei Jahren neben der Untersuchung im Wohnbereich des Antragstellers auch andere Formen wie strukturierte Telefoninterviews als ebenso zielführend etabliert. Mit der SPRINT-Studie der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste aus dem Dezember 2022 und den Vorarbeiten einzelner Medizinischer Dienste liegen bereits Ergebnisse zu den Wirkungen der telefonischen und videobasierten Begutachtungen während der Corona-Pandemie vor. Sie bestätigen, dass auch mit anderen Begutachtungsformaten eine sachgerechte Einschätzung der Pflegebedürftigkeit sicherge-

stellt ist. Des Weiteren ist ein Antrag zur wissenschaftlichen Untersuchung der Eignung von videobasierten Begutachtungen im Rahmen des § 8 Abs. 3 SGB XI auf den Weg gebracht worden.

Mit Augenmerk auf die Entwicklung der Zahl der Pflegebegutachtungen und den Herausforderungen, aufgrund personeller Engpässe bei den Medizinischen Diensten nicht fristgerecht begutachten zu können, bieten regelhafte digitale Begutachtungsformate eine Chance für qualitativ hochwertige, zeitnahe und ressourcenschonende Pflegebegutachtungen. Eine Aufstockung von Pflegefachpersonen bei den Medizinischen Diensten als alleinige strukturelle Maßnahme zur Sicherstellung einer zeitgerechten Begutachtung erscheint wenig nachhaltig.

Im Rahmen der Neustrukturierung der Vorschriften zur Pflegebegutachtung (§§ 18 bis 18c) wird daher vorgeschlagen, neben der Pflegebegutachtung in der Häuslichkeit auch regelhaft digitale Begutachtungsformate im Rahmen von Folgebegutachtungen zuzulassen. Der MD Bund erhält hierfür den gesetzlichen Auftrag, in seinen Richtlinien festzulegen, für welche Bedarfskonstellationen digitale Begutachtungsformate regelhaft dem Versicherten angeboten werden können (vgl. Stellungnahme zum Artikel 2 Nr. 12 zu §§ 18 bis 18d).

Hingegen wäre es angezeigt, das 2017 mit der Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingeführte 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.

Der Absatz 2 ist daher anzupassen.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 1 wird nach Satz 7 folgende Sätze eingefügt:

„Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 10 % 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. Der Abschlussbericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des fünfzehnten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] vorzulegen.“

In § 111 Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „§ 45c“ die Angabe „und § 45d“ eingefügt und die Wörter „§ 8 Absatz 9 Satz 1 und 2“ durch die Wörter „§ 8 Absätze 2a Satz 2 und 9 Satz 1 und 2 sowie § 18e Absatz 1“ ersetzt (vgl. Artikel 2 Nr. 30 und 39).

Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 13 § 28a Leistungen bei Pflegegrad 1

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Überblick der Leistungen, die die Pflegeversicherung bei Pflegegrad 1 zur Verfügung stellt, werden Verweise redaktionell vereinfacht und zur besseren Übersicht redaktionell umstrukturiert.

B Stellungnahme

Die Vereinfachung der Verweise und die Umstrukturierung sind nachvollziehbar und sachgerecht. Es handeln sich um redaktionelle Änderungen, die keine Auswirkungen auf den Leistungsumfang der Pflegeversicherung bei Pflegegrad 1 haben.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 14 § 30 Dynamisierung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Dynamisierungsregelung wird neu gefasst. Der Prüfauftrag der Bundesregierung zur Notwendigkeit einer Dynamisierung und die Verordnungsermächtigung zur Anpassung des Beitragssatzes entfällt zugunsten einer regelgebundenen Dynamisierung für den Zeitraum 2025 bis 2028. Die Leistungsbeträge werden zum 01.01.2025 um 5 % angehoben. Zum 01.01.2028 erfolgt erneut eine Anhebung; diese wird an die kumulierte Kerninflationsrate der Jahre 2025, 2026 und 2027 geknüpft, jedoch auf den Anstieg der Bruttolöhne und Gehaltssummen je abhängig Beschäftigten im selben Zeitraum begrenzt.

B Stellungnahme

Die regelgebundene Leistungsdynamisierung in den Jahren 2025 und 2028 ist sachgerecht und wird begrüßt. Die Orientierung für die Anhebung im Jahr 2028 an der kumulierten Kerninflationsrate mit der Begrenzung auf die Veränderung der Bruttolöhne und Gehaltssummen in den Jahren 2025 bis 2027 sorgt nachhaltig für eine Lastenverteilung zwischen Beitragszahlern und pflegebedürftigen Menschen. Mit diesem regelgebundenen Mechanismus wird der Entwertung der Versicherungsleistungen begegnet und einen Beitrag zur Akzeptanz des Teilleistungssystems geleistet und dabei durch die Begrenzung auf die Veränderung der Bruttolöhne und Gehaltssummen dem Grundsatz der Beitragsstabilität gefolgt.

Die Dynamisierung hat jedoch regelgebunden alle drei Jahre zu erfolgen. Sofern die Bundesregierung im Rahmen ihrer Überlegungen zur langfristigen Finanzierung der Pflegeversicherung abweichende Vorschläge zur Anpassung der Dynamisierungsregelungen unterbreitet, ist im Rahmen eines weiteren Gesetzgebungsverfahrens § 30 anzupassen.

C Änderungsvorschlag

Im Satz 1 werden die Wörter „zum 01. Januar 2028“ ersetzt durch die Wörter „ab 01. Januar 2028 und anschließend alle drei Jahre“.

Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 15 § 31 Vorrang der Rehabilitation vor Pflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Die für die Empfehlung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zuständigen Gutachter und Gutachterinnen des Medizinischen Dienstes werden um unabhängige Gutachterinnen und Gutachter ergänzt. Zudem erfolgen redaktionelle Anpassungen aufgrund der Neustrukturierung des § 18ff SGB XI.

B Stellungnahme

Auch nach der Neustrukturierung (§ 18 Absatz 3) sind die Pflegekassen weiterhin verpflichtet, insbesondere in den Fällen drohender Fristüberschreitungen unabhängige Gutachter/innen zu beauftragen. Die Erfahrungen seit Einführung über das Pflegeneuausrichtungsgesetz (2012) zeigen, dass die Beauftragung externer Gutachter/innen nicht greift. Es gibt keine ausreichende Zahl von unabhängigen Gutachtern und Gutachterinnen, die von den Pflegekassen im Zusammenhang mit der Feststellung von Pflegebedürftigkeit beauftragt werden können. Dies wird auch nach den Angaben des Medizinischen Dienstes Bund bestätigt. Seit mehreren Jahren gibt es keine Gutachten von unabhängigen Gutachtern und Gutachterinnen, 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). Vor diesem Hintergrund ist die Regelung zu streichen.

C Änderungsvorschlag

In § 31 Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „§ 18 Abs. 6“ durch die Angabe „§ 18b Absatz 3“ ersetzt.

Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 16 § 40a Digitale Pflegeanwendungen

A Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 2 Satz wird der Verweis auf die Vergütungsbeträge nach § 78a Absatz 1 Satz 1 gestrichen.

B Stellungnahme

Die Streichung ist sachgerecht. Der Verweis hatte eine missverständliche Interpretation über die Höhe der Mehrkosten, die Versicherte selbst zu tragen haben, zugelassen. Hersteller dürfen keine höheren Vergütungssätze als die mit dem GKV-Spitzenverband nach § 78a Absatz 1 Satz 1 vereinbarten Vergütungssätze gegenüber den Versicherten in Rechnung stellen. Mit der Streichung wird klargestellt, dass die vereinbarten Vergütungssätze bindend sind.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 17 § 40b Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Regelung wird zu Absatz 1. Im neuen Absatz 2 werden die Pflegekassen verpflichtet, die Pflegebedürftigen bei der Inanspruchnahme von ergänzenden Unterstützungsleistungen und digitalen Pflegeanwendungen vorab über selbst zu tragende Kosten einschließlich der Mehrkosten schriftlich oder elektronisch zu informieren.

B Stellungnahme

Die Ergänzung ist sachgerecht. Die Pflegekassen erstatten für die Inanspruchnahme von ergänzenden Unterstützungsleistungen und digitalen Pflegeanwendungen insgesamt maximal 50 Euro je Monat. Durch die ergänzende Regelung erhalten Pflegebedürftige bereits vorab Kenntnis über anfallende Mehrkosten und können daher die Inanspruchnahme von ergänzenden Unterstützungsleistungen und digitalen Pflegeanwendungen individuell vor dem Hintergrund der finanziellen Belastung gezielter planen.

Auch wenn die Regelung sachgerecht ist, ist darauf hinzuweisen, dass die Umsetzung in den Pflegekassen erhebliche Verwaltungsaufwände nach sich zieht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 20 § 55 Buchstaben a) bis f) Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

- a. Redaktionelle Erweiterung der Überschrift.
- b. Der Beitragssatz in der Sozialen Pflegeversicherung wird auf 3,4 % der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder festgesetzt und damit um 0,35 Beitragssatzpunkte erhöht.
Zudem soll für die Bundesregierung eine Ermächtigung zur weiteren Erhöhung des Beitragssatzes per Verordnung etabliert werden. Die Erhöhung soll bis zu einer Obergrenze von 0,5 Beitragssatzpunkten möglich werden und als Zweck an die Abwendung einer Unterschreitung des gesetzlichen Betriebsmittel- und Rücklagesolls in der SPV gebunden sein. Der Verordnung muss der Bundesrat zustimmen.
- c. In Absatz 3 wird die Erhöhung des Kinderlosenzuschlags von bislang 0,35 v. H. auf künftig 0,6 v. H. festgeschrieben. Gleichzeitig wird zur Umsetzung des BVerfG-Beschlusses eine stufenweise Absenkung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder mit mehreren Kindern eingeführt. Demnach erfolgt für das zweite bis fünfte Kind jeweils eine Absenkung des Beitragssatzes um 0,25 v. H. je Kind. Die Absenkung gilt nur für Kinder, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die Regelung erwähnt den stufenweisen Abschlag ausdrücklich auch für unter 23-jährige Mitglieder. Unverändert bleibt die Befreiung der vor dem 01.01.1940 geborenen Personen sowie der unter 23-jährigen vom Kinderlosenzuschlag. Von der Erhebung eines Kinderlosenzuschlags sind zudem auch Wehr- und Zivildienstleistende sowie Bezieher von Bürgergeld ausgeschlossen.

Ferner werden die beitragsabführenden Stellen (Pflegekassen, Arbeitgeber, Zahlstellen, Reha-Träger, Deutsche Rentenversicherung, usw.) gesetzlich zur Nachweisführung der zu berücksichtigenden Kinderanzahl verpflichtet. In diesem Zusammenhang wird auch festgeschrieben, dass bis zum 31.12.2023 vorgelegte Nachweise für vor dem 01.07.2023 geborene Kinder als fristgerecht eingereicht gelten und daher zu einer rückwirkenden Entlastung ab 01.07.2023 führen. Später eingereichte Nachweise entfalten nur eine zukunftsgerichtete Wirkung.

- d. Redaktionell wird der bisherige Absatz 3a zu Absatz 4.
- e. Der bisherige Absatz 4 wird wegen inhaltlichen Ablaufs ersatzlos gestrichen.

f. Mit der Neufassung von Absatz 5 Satz 3 erfolgt die vorstehend beschriebene Einführung der Abschläge für Mitglieder mit mehreren Kindern und die Anpassung des Zuschlages für kinderlose Mitglieder auch für landwirtschaftliche Unternehmer.

B Stellungnahme

zu b.

Inhaltlich kann nicht nachvollzogen werden, warum die Vereinbarung aus dem Koalitionsvertrag zur Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen ignoriert wird. Die Anhebung des Beitragssatzes ist in dieser Höhe auch nur notwendig, da die Pflegeversicherung auferlegte Pandemie-Mehrkosten wissentlich aus den Reserven bestreiten musste und diese nicht vollständig vom Bund erstattet wurden. Die Beitragssatzerhöhung ist auch keineswegs zwingend und insbesondere in Kombination mit dem gleichzeitig erhöhten Zuschlag für Kinderlose „moderat“. Mit diesem Gesetz entzieht sich der Gesetzgeber seiner politischen Verantwortung und belastet nun ausschließlich die Beitragszahlenden.

Die Verordnungsermächtigung, nach der die Bundesregierung den Beitragssatz der Pflegeversicherung bei Liquiditätsengpässen anheben kann, wird als Indiz dafür gesehen, dass die Finanzierungsmaßnahmen aus diesem Gesetz eine auskömmliche Finanzierungsbasis für diese Legislatur nicht erreichen.

Verstärkt wird dieser Eindruck durch die rein finanztechnische Verlagerung von Einzahlungen in den Pflegevorsorgefonds nach § 135 SGB XI und der hälftigen Rückzahlung des Darlehens aus dem Haushaltsgesetz 2022 in Folgejahren (vgl. Artikel 1 Nr. 26 und 48). Diese verschobenen Ausgaben belasten dann die Folgejahre.

Mit der fehlenden Umsetzung der Finanzierungszusagen aus dem Koalitionsvertrag und der alleinigen Beitragserhöhung wird keine nachhaltige Stabilisierung der Finanzierung der SPV erreicht. Damit müssen sämtliche reformbedingte Mehrausgaben und das strukturelle Defizit durch die Beitragszahlenden aufgebracht werden.

zu c.

Entgegen der unter gesamtgesellschaftlichen Gesichtspunkten zu favorisierenden Umsetzung des BVerfG-Urteils zur Berücksichtigung von Erziehungszeiten im Steuerrecht verbleibt es auch mit dem Gesetzentwurf bei der Umsetzung im Beitragsrecht der Pflegeversicherung. So soll der Beitragszuschlag für Kinderlose auf 0,6 Prozentpunkte angehoben werden. Inhaltlich unverändert gegenüber der derzeitigen Rechtsgrundlage bleiben auch die Regelungen zur Befreiung von den Beitragszuschlägen für Mitglieder, die vor dem 01.01.1940 geboren sind, sowie für Wehr- und Zivildienstleistenden und Beziehende von Bürgergeld nach § 19 SGB II.

Mit der neuen Regelung der Beitragsabschläge sollen die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts umgesetzt werden. Ebenso sieht der Gesetzentwurf Entlastungen

für Eltern mit mehr als einem Kind bis zur Höchstgrenze von fünf Kindern vor. Die Entlastung beträgt für das zweite bis fünfte Kind je 0,25 Prozentpunkte. Diese Beitragsabschläge werden allerdings nur bis zum Ablauf des Monats der Vollendung des 25. Lebensjahres der Kinder berücksichtigt. Zudem wird die lebenslange Anerkennung der Elterneigenschaft und damit verbunden die Befreiung vom Kinderlosenzuschlag für Eltern fortgeführt.

Aus der Gesetzesbegründung geht hervor, dass die Berücksichtigung der Beitragsabschläge auf die Erziehungsleistung begrenzt werden soll und diese in typisierender pauschaler Weise auf die Vollendung des 25. Lebensjahres begrenzt wird. Aus verwaltungspraktischer Sicht wird eine solche typisierende Begrenzung grundsätzlich befürwortet. Diese vorgenommene Typisierung benachteiligt jedoch Eltern von Kindern mit Handicap, die eine dauerhafte und lebenslange Betreuung bzw. Erziehungsleistung benötigen. Mit der aktuellen Entwurfsfassung entfallen auch für Eltern von Kindern mit Handicap mit Erreichen der Altersgrenze (Vollendung des 25. Lebensjahres des Kindes) die Beitragsabschläge. Für diesen Personenkreis hält die AOK-Gemeinschaft jedoch eine entsprechende Entlastungsregelung für angebracht. Andernfalls ist die Gesetzesbegründung entsprechend anzupassen.

Die mit dem Gesetzentwurf weiterhin präferierte Umsetzung der Regelungen über die beitragsabführenden Stellen unter Nutzung der bestehenden Strukturen und digitalen Verfahren kann aus Sicht der AOK-Gemeinschaft mitgetragen werden, auch wenn alle beitragsabführenden Stellen aufgrund der komplexen Prozesse und umfangreichen Erhebungs- und Nachweispflichten in erheblichem Maße belastet werden. Die Begrenzung der Wirkung der Beitragsabschläge auf die Vollendung des 25. Lebensjahres der Kinder führt ggf. zu einer nochmaligen Steigerung der Aufwände gegenüber der lebenslangen Wirkung.

Die unter Federführung des Bundesgesundheitsministeriums gemeinsam mit weiteren Bundesministerien zum 01.07.2023 vorgesehene Erarbeitung eines digitalen verwaltungsarmen Verfahrens zur Erhebung und zum Nachweis der Elterneigenschaft und der Kinderzahl kann aufgrund der angesetzten Frist nicht für die im laufenden Verfahren zu erhebenden Daten wirken, da auch ein solches Verfahren fachlich und technisch beschrieben, konzipiert, umgesetzt und für alle nutzbar gemacht werden muss. Die dafür benötigte Vorlaufzeit ist in Anbetracht der vorgegebenen Zeitschiene zur Umsetzung der neuen Regelungen nicht gegeben. Die Ersterhebung obliegt damit vollständig den beitragsabführenden Stellen.

Zukunftsgerichtet sollte ein derartiges Verfahren möglichst über eine zentrale Nachweisstelle (Zentralregister), die bereits technische Strukturen zu allen Beteiligten unterhält, an die daher im Rahmen des OZG weitere Verwaltungsregister angebunden werden können und die bereits über verwertbare Informationen verfügt, aufgebaut werden. Von diesem Zentralregister können nach einem Erstaufbau (unter-

stützt durch den Erstbestand der beitragsabführenden Stellen) im laufenden Verfahren die Informationen von allen Beteiligten elektronisch abgerufen werden. Damit wird der Aufwand im Folgenden dahingehend reduziert, dass nicht jede beitragsabführende Stelle bei einem Wechsel des Erwerbsstatus von neuem die Nachweisführung zur Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder führen muss und Eltern nicht unzählige Nachweise bei unterschiedlichen beitragsabführenden Stellen einreichen müssen. Die zur Umsetzung notwendigen Dokumente sollten unter Einbeziehung aller Verfahrensbeteiligten zeitnah erarbeitet und abgestimmt sowie verfügbar gemacht werden.

Auch können die Pflegekassen, wie in der Gesetzesbegründung beschrieben, die relevanten Ergebnisse zum neuen Verfahren nicht in die Informationsschreiben an die Mitglieder aufnehmen, da diese, sofern daran festgehalten wird, bereits vor dem Inkrafttreten des Gesetzes (01.07.2023) verschickt werden. Nur so können sie ihren Informationspflichten zeitnah nachkommen. Ein Zuwarten, bis Vorschläge erarbeitet und Verfahren für anwendbar erklärt werden, entspricht nicht der im Sozialgesetzbuch erstes Buch (SGB I) verankerten Intention einer rechtzeitigen Informations-, Auskunfts- und Beratungspflicht. Daher ist diese Anforderung aus der Begründung zu streichen.

Die Übergangsfrist bis zum 31.12.2023, in der die Nachweise über berücksichtigungsfähige Kinder als fristgerecht eingereicht gelten, ist grundsätzlich sachgerecht. Vor dem Hintergrund der hohen Aufwände die das Verfahren bei den beitragsabführenden Stellen verursacht und in Anbetracht der langen Umsetzungsfrist sollte diese Übergangsfrist möglichst bis zum 31.12.2024 ausgeweitet werden, auch um die mit der Nachweiserhebung anfallenden manuellen Arbeiten bei allen Beteiligten zu entzerren. Gleiches gilt für die Aussetzung der Verzinsung auf „verspätet“ berücksichtigte Beitragsabschläge. Angesichts der Komplexität des Verfahrens werden die beitragsabführenden Stellen die neuen Regelungen in der Mehrheit nicht bis zum 31.12.2023 umgesetzt haben, so dass dann § 27 Absatz 2 SGB IV greift. In der Folge führt dies zu rückwirkenden Beitragskorrekturen. In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass zum einen die Rückrechnungstiefe vieler Entgeltabrechnungsprogramme (in der Regel 12 Monate) eine derartige Abwicklung von rückwirkenden Beitragskorrekturen nicht zulassen und zum anderen z. B. Arbeitnehmer bereits aus dem Arbeitsverhältnis ausgeschieden sind und damit nicht mehr bei der Entgeltanrechnung berücksichtigt werden können. In diesen Fällen werden Erstattungsanträge bei den Einzugsstellen/Pflegekassen gestellt, da eine Verrechnung mit den laufenden Beiträgen nicht mehr möglich ist. Die Pflegekassen verfügen nicht über die entsprechenden Informationen zu den berücksichtigungsfähigen Kindern, über Angaben zur Abschlagshöhe und den Erstattungs- bzw. Verzinsungszeitraum. Da weder entsprechende Meldeverfahren zum Austausch der notwendigen Daten noch die technischen Voraussetzungen für eine maschinelle Berechnung der Erstattungen vorhanden sind, sind die Informationen von der beitragsabführenden Stelle manuell

(postalisch) zu übermitteln und die Berechnung und die Erstattung sowie die Verzinsung von den Einzugsstellen/Pflegekassen manuell vorzunehmen. Letztlich gilt das gleiche Verfahren auch im Zusammenspiel mit den anderen beitragsabführenden Stellen wie z. B. der Rentenversicherung.

Im Ergebnis haben die Einzugsstellen bzw. die Pflegekassen die verzögerte Abarbeitung durch die beitragsabführenden Stellen auszugleichen und damit einen erheblichen Mehraufwand zu bewältigen. Dieser Bürokratieaufwand kann mit einer Verlängerung der Zinsaussetzung bis zum 31.12.2024 reduziert werden.

Dem Begründungsteil des Gesetzentwurfes ist zu entnehmen, dass die Pflegekassen verpflichtet werden, alle Mitglieder über die Neuerungen dieses Gesetzes umfassend zu informieren und auch auf die Nachweispflicht hinsichtlich der Kinderanzahl gegenüber den beitragsabführenden Stellen hinzuweisen. Aufgrund dieser Informationsschreiben werden erfahrungsgemäß die Nachweise in einer Vielzahl von Fällen bei der Pflegekasse eingereicht, statt bei der beitragsabführenden Stelle, was zu erheblichem Mehr-/Verwaltungsaufwand bei den Pflegekassen führt. Dieser zusätzliche Bürokratieaufwand kann vermieden werden, indem die allgemeinen Informationen zum Inhalt des Gesetzes, ebenso wie bei Anpassungen im Recht oder der Beitragsätze im Bereich der Renten- oder der Arbeitslosenversicherung über die mediale Begleitung durch die Presse (auch digital), die Mitgliederzeitschriften und Internetpräsenzen der Kranken- und Pflegekassen, des GKV-Spitzenverbandes sowie der betroffenen Sozialversicherungsträger erfolgen.

Die Anforderung der Nachweise über die berücksichtigungsfähigen Kinder sind im Gegenzug ausschließlich und direkt über die beitragsabführenden Stellen anzufordern.

Die Umsetzung des PUEG ist mehr als herausfordernd und erfordert einen noch nie dagewesenen Kraftakt für die Pflegekassen, die Arbeitgeber, Zahlstellen, Reha-Träger, usw. Allein die Erhebung der Daten/Nachweise ist bis zum Einsetzen der gesetzlichen Regelung nicht mehr zu bewältigen. Hinzu kommt der enorme Aufwand zur Realisierung der Software hinsichtlich der Berechnung und Erstattung der Abschläge und Beiträge, der Nachweiserhebung, der Rücklaufüberwachung, zur Dokumentation und Archivierung, zur Datenpflege sowie zur Bescheiderteilung usw. Entgegen der Darstellung eines geringfügigen Erfüllungsaufwandes für die technische Umsetzung innerhalb der Sozialversicherung und damit auch bei den Kranken-/Pflegekassen entsteht bei ihnen real erheblicher Aufwand einerseits für die Anpassung der IT-Systeme, denn derartig große Entwicklungsvorhaben sind in der Regel nicht in den allgemeinen Serviceverträgen mit den IT-Dienstleistern enthalten, sowie andererseits in der manuellen Sachbearbeitung, da eine Vielzahl der Vorgänge höchstwahrscheinlich im Rahmen der direkten individuellen Betreuung in den Kundencentern abgewickelt werden müssen. Diese Darstellung in der Gesetzesbegründung ist

zu korrigieren, da sie dem fachfremden Leser ein vollkommen falsches Bild vermittelt.

Die Größenordnung der Erhöhung des Kinderlosenzuschlags sowie der Abschläge für Mitglieder mit mehreren Kindern ist eine politische Entscheidung und kann daher aus fachlicher Sicht nicht bewertet werden. Es wäre jedoch zielführender, eine praktikablere und aufwandsärmere Umsetzungsvariante zu wählen, zumal das BVerG der Gesetzgebung hier alle Möglichkeiten zur Wahl gelassen hat, wie z. B. eine Umsetzung im Steuerrecht oder über Transferleistungen im bestehenden Familienlastenausgleich.

zu d.

Redaktionelle Änderung aufgrund des unter Buchstaben e beschriebenen Wegfalls des Absatzes 4. Der bisherige Absatz 3a wird als neuer Absatz 4 geführt.

zu e.

Der bisherige Absatz 4 mit Regelungen für Rentner im Jahre 2005 entfällt folgerichtig wegen Zeitablaufs.

zu f.

Mit der Ergänzung werden die Grundlagen dafür geschaffen, dass die Regelungen zur Berücksichtigung von Erziehungszeiten in der Pflegeversicherung auch für landwirtschaftliche Unternehmer gelten.

C Änderungsvorschlag

zu b.

Siehe III Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes zu § 153 SGB XI Erstattung pandemiebedingter Kosten durch den Bund; Verordnungsermächtigung

zu c. (Satz 4)

In Artikel 1 Nr. 20 wird unter c. nach § 55 Absatz 3 Satz 4 der letzte Teilsatz nach den Worten „25. Lebensjahr vollendet haben“ um folgenden weiteren Teilsatz ergänzt: „und nicht nach § 10 Abs. 2 Nr. 4 des Fünften Buches wegen einer Behinderung familienversichert sind“

zu c. (Satz 7)

in der Begründung zu Satz 7 wird im dritten Absatz vor dem Punkt ergänzt: „sofern dies noch in die bereits entwickelten Prozesse der Pflegekassen eingebunden werden kann“

Anpassung der Beschreibung zum Erfüllungsaufwand

Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts zur Beitragsdifferenzierung nach Kinderzahl (§ 55 SGB XI):

Des Weiteren ist in den Ausführungen zum Erfüllungsaufwand für die Sozialversicherung im ersten Satz die Verpflichtung zu streichen, wonach die Pflegekassen die Mitglieder individuell mit einem Informationsschreiben zu informieren haben und durch folgenden neuen Satz zu ersetzen:

„Aufgrund des zwischen den Pflegekassen und ihren Mitgliedern bestehenden Versicherungsverhältnisses und der in den §§ 13 ff. Erstes Buch geregelten Beratungs- und Informationspflichten sind die Pflegekassen verpflichtet, ihre Mitglieder angemessen, insbesondere über Mitgliederzeitschriften oder Onlineportale über die ab dem 01. Juli 2023 geltenden Beitragsabschlüsse für Mitglieder mit zwei und mehr Kindern unter 25 Jahren zu informieren. Ergänzt werden sollte diese um Informationen des GKV-Spitzenverbandes und der übrigen Sozialversicherungsträger sowie durch mediale Begleitung.“

zu c. (Satz 11)

In Satz 11 letzter Teilsatz wird das Datum „31. Dezember 2023“ durch „31. Dezember 2024“ ersetzt.

Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 21 § 58 Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtig Beschäftigten

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Änderungen in Buchstaben a) und b) erfolgt eine redaktionelle Klarstellung unter Beibehaltung der bisherigen Regelung, wonach der Kinderlosenzuschlag ausschließlich durch die Beschäftigten zu tragen ist.

B Stellungnahme

Die Regelung zur Tragung des Kinderlosenzuschlags durch die Beschäftigten wird lediglich auf die neue Gesetzesstruktur angepasst.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 22 § 59 Beitragstragung bei anderen Mitgliedern

A Beabsichtigte Neuregelung

Unter Beibehaltung der bisherigen Regelung wird klargestellt, dass der Kinderlosenzuschlag ausschließlich durch die Mitglieder zu tragen ist.

B Stellungnahme

Die Regelung zur Tragung des Kinderlosenzuschlags durch die Mitglieder wird hinsichtlich der neuen Gesetzesstruktur angepasst.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 23 § 59a Berücksichtigung des Beitragsabschlags für Eltern bei der Beitragstragung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Abschläge von den Beitragsätzen sollen ausschließlich die Mitglieder an deren eigenem Beitragsanteil entlasten. Sofern die Beiträge durch Dritte getragen werden, sollen keine Abschläge berücksichtigt werden.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachlogisch. Die Entlastung über die Beitragsabschläge sollen nur im Beitragsanteil der Mitglieder der Pflegekassen um Tragen kommen. Werden die Beiträge von Dritten getragen, erfolgt ebenso keine Berücksichtigung der Abschläge, da sie keine Entlastung des Mitglieds bewirken.

Die redaktionelle Ausgestaltung der Neuregelung führt jedoch nicht bei allen vom Gesetzeswillen zu erfassenden Personenkreisen zur erwünschten Wirkung. Insbesondere für den Personenkreis der freiwillig versicherten Sozialhilfeempfänger werden die Beiträge vom Hilfeempfänger selbst getragen, lediglich die Zahlung erfolgt über die Träger der Hilfe. Im Ergebnis würde die Regelung dazu führen, dass Leistungsempfänger nach dem SGB VIII und dem SGB XII ebenso von den Abschlägen profitieren, obwohl die Beiträge von den Hilfetägern gezahlt werden. Diese Sondersituation erfordert eine detailliertere Regelung.

C Änderungsvorschlag

In Satz 2 werden nach dem Wort „getragen“ die Worte „oder von Leistungsträgern nach dem SGB VIII oder SGB XII gezahlt“ eingefügt.

Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 24 § 60 Beitragszahlung

A Beabsichtigte Neuregelung

Eine weitere redaktionelle Klarstellung unter Beibehaltung der bisherigen Regelung, wonach der Kinderlosenzuschlag ausschließlich durch die Mitglieder zu zahlen ist und im Falle der Zahlung durch Dritte ein Anspruch auf Abzug besteht. Korrektur eines „Büroversehens“ ohne Auswirkungen.

B Stellungnahme

zu a.

Es handelt sich lediglich um eine redaktionelle Klarstellung in Bezug auf den Kinderlosenzuschlag.

zu b.

Es wird lediglich ein Verweis korrigiert, eine inhaltliche Änderung geht damit nicht einher.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 25 § 61 Beitragszuschüsse für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und Privatversicherte

A Beabsichtigte Neuregelung

- a. Eine weitere redaktionelle Klarstellung unter Beibehaltung der bisherigen Regelung, wonach der Kinderlosenzuschlag ausschließlich durch die Mitglieder zu zahlen ist und im Falle eines Anspruchs auf Beitragszuschuss ausschließlich vom Vorruhestandsgeldbezieher zu zahlen ist.
- b. Redaktionelle Anpassung der Beitragszuschussregelung für Beihilfebezieher an die neue Gesetzessystematik ohne Änderung der bisherigen Rechtsfolgen.

B Stellungnahme

zu a.

Die Änderungen sind folgerichtig.

Zu b.

Die Änderungen sind folgerichtig.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 26 § 61a - Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Das entsprechend dem Haushaltsgesetz 2022 der sozialen Pflegeversicherung vom Bund gewährte Darlehen in Höhe von 1 Milliarde Euro ist zur Hälfte bis zum 31. Dezember 2028 zurückzuzahlen. Die andere Hälfte in Höhe von 500 Mio. Euro soll im laufenden Jahr 2023 zurückgezahlt werden.

B Stellungnahme

Angemessen und folgerichtig wäre, das bisherige Darlehen in einen Steuerzuschuss umzuwandeln und auf die Rückzahlung gänzlich zu verzichten.

C Änderungsvorschlag

Das Darlehen aus dem Haushaltsgesetz 2022 (§ 12 Absatz 4a) wird über § 61a in einen Steuerzuschuss umgewandelt.

In Artikel 2 Nr. 26 b) zu § 61a SGB XI wird Absatz 2 wie folgt formuliert:

„(2) Das entsprechend dem § 12 Absatz 4a Haushaltsgesetz 2022 der sozialen Pflegeversicherung vom Bund gewährte Darlehen von 1 Milliarde Euro wird in einen einmaligen Steuerzuschuss umgewandelt.“

Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 27 und 28 § 72 - Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag – und § 75 - Rahmenverträge über die pflegerische Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Zulassungsvoraussetzung zur verpflichtenden Anwendung der Expertenstandards nach § 113a SGB XI wird aufgrund der Aufhebung dieses Paragraphen gestrichen.

Die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI bilden die Grundlage für die Sicherstellung einer wirksamen und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgung auf Landesebene und müssen daher künftig von den Landesverbänden der Pflegekassen veröffentlicht werden. Beispielsweise können die Pflegekassen die Rahmenverträge auf ihren jeweiligen Internetseiten zur Verfügung stellen. Die Vereinbarungspartner sollen in den Landesrahmenverträgen Dokumente und Parameter festlegen, die als Nachweise zur Darlegung der prospektiv zu erwartenden Personal- und Sachkosten dienen. Diese Neuregelung stellt eine Ergänzung zu den bestehenden Regelungen des § 82c SGB XI und den Pflegevergütungs-Richtlinien dar. Darüber hinaus sollen die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI auch Regelungen zur Refinanzierung von Aufwendungen für die Beschaffung von im In- und Ausland angeworbenem Personal vorsehen. Zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal soll die Pflegeselbstverwaltung zusätzlich Rahmenbedingungen in den Verträgen schaffen, damit Personalpools oder betriebliche Ausfallkonzepte in Pflegeeinrichtungen etabliert und finanziert werden können.

B Stellungnahme

Die Veröffentlichung der Landesrahmenverträge durch die Pflegekassen adressiert in erster Linie die Fachöffentlichkeit, da sie ein sozialrechtliches Regelwerk sind. Die Rahmenverträge werden spezifischer und versichertenfreundlicher in den individuellen Vereinbarungen der pflegebedürftigen Menschen und der jeweiligen Pflegeeinrichtung kommuniziert. Die Verpflichtung zur Veröffentlichung dient der Transparenz; dies ist zu begrüßen und auch umsetzbar.

Eine gesetzliche Klarstellung hinsichtlich der Refinanzierung von Aufwendungen bezüglich der Personalbeschaffung (im In- oder Ausland) ist dem Grunde nach zu begrüßen. Jedoch schafft die im Kabinettsentwurf vorgenommene gesetzliche Ergänzung, dass in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI geeignete Nachweise und Parameter zur Darlegung hinsichtlich von Personalbeschaffungsaufwendungen festzulegen sind, weiterhin keine Klarheit. Die Entscheidungsfindung, inwiefern Aufwendungen von Personalbeschaffung im In- und Ausland zu refinanzieren sind, obliegt damit wie bisher ausschließlich den Vertragspartnern auf Landesebene. Zudem ist eine Zuordnung von Anwerbekosten für die Personalvermittlung und -gewinnung zu den pflegebedingten Aufwendungen nicht sachgerecht, da diese Kosten im engeren

Sinne nicht für die Erbringung von Pflegeleistungen entstehen. Bei der Pflegevergütung handelt es sich um die finanzielle Gegenleistung für die allgemeinen Pflegeleistungen. Die jeweilige Pflegeeinrichtung hat sicherzustellen, dass sie über das Personal zur pflegerischen Versorgung verfügt. Somit sind Personalgewinnungskosten der Gewährleistung einer pflegerischen Versorgungsstruktur zuzuordnen und in der Finanzierungsverantwortung der Länder (§ 9 SGB XI i.V.m. Art. 30, 70 Abs. 1 GG) verantwortlich. Im Ergebnis ist daher eine eindeutige Rechtsgrundlage zu schaffen, die die Finanzierung von Personalbeschaffungskosten zulasten der Pflegeversicherung ablehnt.

Um die Leiharbeit in der Pflege zu reduzieren und die Attraktivität des Berufes zu steigern, ist die Etablierung betrieblicher Ausfallkonzepte (Personal- oder Springerpools) in den Pflegeeinrichtungen zu begrüßen. Dafür eignen sich Springerkonzepte oder Einrichtungskooperationen als Elemente für verlässliche Arbeitszeiten und Dienstpläne. Betriebliche Ausfallkonzepte bzw. das Vorhalten von Personal- bzw. Springerpools erscheinen in der Umsetzung oft nur für größere Einrichtungsträger effizient. Zur Vermeidung von Nachteilen für kleinere Einrichtungen sind in den Rahmenverträgen Regelungen zur Ermöglichung von Kooperationen zugelassener Pflegedienste mit anderen nach § 72 SGB XI zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung festzulegen.

Ziel betrieblicher Ausfallkonzepte ist es, unvorhersehbare Engpässe, die die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung gefährden, zu kompensieren. Es ist nicht sachgerecht, dadurch auch regelhafte Personalausfälle abzudecken. Vergütungsvereinbarungen berücksichtigen bereits bei den Personalkosten diese regelhaften Ausfallzeiten wie bspw. Urlaub oder Krankheit. Die Rahmenverträge haben daher festzulegen, unter welchen Voraussetzungen betriebliche Ausfallkonzepte zu etablieren sind. Doppelfinanzierungen sind dabei auszuschließen. Da im ambulanten Bereich sowohl Leistungen der Pflegeversicherung als auch Leistungen der Krankenversicherung oft von demselben Pflegedienst erbracht werden, sind die Regelungen des SGB V zu harmonisieren.

C Änderungsvorschlag

Der § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 10 wird wie folgt gefasst:

„10. 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.“

§ 75 Abs. 3 Satz 6 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Sofern Personalausfälle nicht bereits regelhaft über die Entgeltvereinbarung berücksichtigt wurden, können Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal vereinbart werden.

Im § 132a Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB V wird folgender Satz angefügt:

„Dies umfasst auch Vereinbarungen über Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal, sofern dies dem Zweck der Kompensation von unvorhersehbaren Personalausfällen dient.“

Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 29 § 78a Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 4 wird ergänzt, dass die mit dem GKV-Spitzenverband nach Absatz 1 vereinbarten Vergütungssätze für den Hersteller und gegenüber den Pflegebedürftigen bindend sind.

B Stellungnahme

Die Ergänzung ist sachgerecht. Es handelt sich hierbei um eine notwendige Änderung im Zusammenhang mit der Streichung in § 40a Absatz 2 (vgl. Artikel 2 Nr. 17). Mit der Änderung wird unmissverständlich deutlich gemacht, dass keine Abweichung von den vereinbarten Vergütungssätzen erfolgen darf. Die bisherige Regelung in § 40a war in diesem Punkt missverständlich.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 30 § 82c Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Für Pflegeeinrichtungen, die sich an Tarifverträge anlehnen, wird klargestellt, dass sich die Regelungen zur Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen auch auf Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer 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 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, 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 Überlassungsentgelten 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 in 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

Die Klarstellung ist erforderlich, um an Tarif gebundene Einrichtungen und an Tarif orientierten Einrichtungen in der Wirtschaftlichkeitsprüfung von Personalaufwendungen gleichzustellen. Es vereinfacht die Vergütungsverhandlungen, da bei der Wirtschaftlichkeit nicht mehr zwischen den Beschäftigten in einer Pflegeeinrichtung unterschieden wird. Dies ist insbesondere im Hinblick auf den Regelungszweck der Tariftreueregelungen sachgerecht, sofern die Tarifanlehner nun ebenso wie die an Tarif oder an kirchliche AVR gebundenen Einrichtungen alle ihre Mitarbeitenden anhand der tariflichen Regelungen entsprechend der definierten Entlohnungsbestandteile bezahlen.

Die Begrenzung der Überlassungsentgelte für Personal, das im Rahmen einer Arbeitnehmerüberlassung bzw. eines Werk- bzw. Dienstleistungsvertragsverhältnisses tätig wird, auf Höhe der Wirtschaftlichkeitsgrundsätze des § 82c ist sinnvoll. Insbesondere aus der Sicht des Beitragszahlers bzw. des pflegebedürftigen Menschen ist eine solche Regelung zu begrüßen. Die Tariftreueregelungen der §§ 72 und 82c SGB XI sind geeignete Instrumentarien.

Kommentiert [SN1]: Tarifgebundene Einrichtungen; unabhängig von der Tarifautomatik gelten die Entlohnungsbedingungen für die im Tarifvertrag geregelten Beschäftigten; d.h. im Umkehrschluss, dass für alle Mitarbeiter, die nicht oder nicht überwiegend in Pflege oder Betreuung tätig sind, die Bezahlung der Gehälter nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden darf. Für Tariforientierter und Durchschnittsanwender erfolgen klarstellend analoge Regelungen:
1) Bei Tariforientierter können für Mitarbeiter, die nicht oder nicht überwiegend in Pflege oder Betreuung tätig sind, die Gehälter entsprechend der in § 72 Abs. 3b Satz 2 definierten Entlohnungsbestandteile des zugrunde liegenden Tarifwerkes nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.
2) Bei den Durchschnittsanwender gelten die allgemeinen Bemessungsgrundsätze

Nach der BSG-Rechtsprechung (vgl. BSG, Urteil vom 7. Juni 2019 – B 12 R 6/18 R –, BSGE 128, 205-219, SozR 4-2400 § 7 Nr. 44) sind Pflegekräfte in Pflegeeinrichtungen zumeist sozialversicherungspflichtig und gerade nicht selbständig und für Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Werk- oder Dienstleistungsvertrages tätig. Die Formulierung „sowie für Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer, die im Rahmen eines Werk- oder Dienstleistungsvertrags eingesetzt werden“ vermittelt jedoch den Eindruck der Anerkennung von Honorarkräften, weshalb der Passus zu streichen ist. Eine Streichung ist unproblematisch im Satzgefüge möglich, dennoch wären diejenigen Honorarkräfte, die ausnahmsweise nicht sozialversicherungspflichtig (sondern selbständig) tätig sind, von der Regelung des § 82c Absatz 2b SGB XI erfasst.

Der Wirksamkeit der Änderung steht jedoch die in § 82c Absatz 3 SGB XI aufgenommene Änderung entgegen, da auch bei 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 c: „Die Zahlung wettbewerbsfähiger Löhne aufgrund einer besonders herausfordernden Fachkräftesituation in der Region.“

Da dies bei Pflegeeinrichtungen, die Leiharbeitnehmende beschäftigen müssen, um Versorgungsengpässe auszugleichen, regelmäßig der Fall sein wird, liegt deshalb dann ein sachlicher Grund vor und die Regelung greift daher nicht.

Damit die Gesetzesänderung die volle Wirkung entfalten kann, wird vorgeschlagen, einen Übergangszeitraum einzurichten. In diesem Übergangszeitraum wird den Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit gegeben, betriebliche Ausfallkonzepte (wie die sog. Springerpools) nach § 75 SGB XI zu etablieren, um zukünftige Versorgungsengpässe hierüber abfedern zu können. Die gesetzlichen Neuregelungen der §§ 75 und 113c SGB XI bieten hierzu die passenden gesetzlichen Grundlagen. Nach Ablauf dieses Übergangszeitraums entfällt dann die Möglichkeit, für eine höhere Bezahlung einen sachlichen Grund anzuführen.

Dieser Übergangszeitraum soll dann mit Ablauf des 31.12.2024 enden.

C Änderungsvorschlag

§ 82c SGB XI Absatz 2b wird wie folgt gefasst:

„Für Entgelte für Personal, das Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen ohne direktes Arbeitsverhältnis mit der zugelassenen Pflegeeinrichtung erbringt, insbesondere für Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes gelten die Regelungen nach Absatz 1 und 2 für Beschäftigte, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen mit direktem Arbeitsverhältnis mit der zugelassenen Pflegeeinrichtung erbringen, entsprechend. Die Zahlung von Vermittlungsentgelten kann nicht als wirtschaftlich anerkannt werden.“

§ 82c SGB XI Absatz 3b wird wie folgt gefasst:

„Für eine über die Höhe der Bezahlung von Gehältern nach Absatz 1 hinausgehende Bezahlung der Beschäftigten durch die in Absatz 1 genannten Pflegeeinrichtungen bedarf es eines sachlichen Grundes. Soweit im Fall von Absatz 2 Satz 1 das regional übliche Entlohnungsniveau um mehr als 10 % überstiegen wird, bedarf es eines sachlichen Grundes. Für eine über die Höhe der Bezahlung von Gehältern nach Absatz 2a hinausgehende Bezahlung der Beschäftigten durch die in Absatz 2 genannten Pflegeeinrichtungen bedarf es eines sachlichen Grundes. Für das Personal im Sinne des Absatzes 2b Satz 1 kann ein sachlicher Grund für darüberhinausgehende Entgelte für das Personal bis zum 31.12.2024 anerkannt werden.“

Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 31 § 84 Bemessungsgrundsätze

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Folgeänderung wird das Nachweisverfahren zur Einhaltung der Bezahlung der Gehälter entsprechend der Entgelt- resp. Pflegesatzvereinbarung auf alle Beschäftigten und nicht nur diejenigen, die Leistungen in Pflege oder Betreuung erbringen, erstreckt.

B Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 35 § 111 Absatz 1 Satz 1- Risikoausgleich

A Beabsichtigte Neuregelung

In der Rechtsnorm werden u. a. die ursprünglichen Verweise auf § 45c auf die inzwischen gültigen §§ 45c und 45d angepasst.

B Stellungnahme

Die Anpassungen sind redaktionell und sachgerecht.

Zusätzlich ist die finanzielle Beteiligung des PKV-Verbandes bei § 18e vorzusehen (vgl. Artikel 2 Nr. 10).

C Änderungsvorschlag

„In § 111 Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „§ 8 Absatz 9 Satz 1 und 2“ die Wörter „sowie § 18e Absatz 1“ ergänzt.

Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 36 § 112 Qualitätsverantwortung

Nr. 38 § 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit in Kraft treten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes 2008 übertrug der Gesetzgeber den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI die Aufgabe der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege. Mit Umsetzung des Zweiten Pflege-stärkungsgesetzes ist die Zuständigkeit für die Entscheidungen bei der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards auf den Qualitätsausschuss Pflege nach § 113b SGB XI übergegangen. Die Entwicklung und Aktualisierung bezieht sich auf den Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“. Das vom Gesetzgeber intendierte Verfahren zur Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards blieb hinter den Erwartungen zurück. Der Paragraph wird ersatzlos gestrichen.

Zur Weiterentwicklung der Qualität in Einrichtungen beraten der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes privater Krankenversicherungen e.V. die Träger der Einrichtungen. Der Beratungsauftrag wird hinsichtlich einer qualifizierten und sicher-gestellten Beratung in Krisensituationen erweitert.

B Stellungnahme Expertenstandards

Das Verfahren zur Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstands hat sich in der praktischen Umsetzung als nicht zielführend gezeigt. Die ersatzlose Streichung ist sachgerecht. Dies entbindet Pflegeeinrichtungen nicht von ihrer Qualitätsverantwortung. Pflegeeinrichtungen müssen nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse gemäß § 11 Abs. 1 SGB XI arbeiten. Expertenstandards spiegeln den aktuellsten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse wider und werden deshalb als Referenz verwendet, auch ohne einen expliziten Verweis darauf. Eine verpflichtende Regelung zur Anwendung des Expertenstandards durch den Gesetzgeber ist daher nicht notwendig.

Beratungsauftrag

Die pflegefachliche Beratung der Prüfinstitutionen hat bereits mit der Etablierung des neuen Qualitätssicherungsverfahrens in der stationären Pflege an Bedeutung gewonnen. Die Erfahrungen der Corona-Pandemie haben gezeigt, dass die Pflegeeinrichtungen besonders in Krisensituationen einen Unterstützungsbedarf haben. Die Vorbeugung von Qualitätsmängeln und die Stärkung der Eigenverantwortung der Einrichtung können durch die beratenden Gespräche der Prüfinstitutionen auch in Krisensituationen positiv beeinflusst werden.

C Änderungsvorschlag
Keiner.

Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 37 § 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Maßstäbe und Grundsätze zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung in der Pflege sind für alle Pflegeeinrichtungen verpflichtend. Die Verpflichtung zur Pflegedokumentation für Pflegeeinrichtungen ist hier verankert. Die Anforderungen sind so zu gestalten, dass den Pflegeeinrichtungen eine vollständige elektronische Pflegedokumentation ermöglicht wird.

B Stellungnahme

Digitale Technologien kommen in immer mehr Bereichen zur Anwendung und auch in Pflegeeinrichtungen werden immer mehr digitale Technologien eingesetzt. Die Regelungen sind daher sachgerecht und die Anforderungen für die Pflegedokumentation zur vollständigen elektronischen Dokumentation sind in den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu verankern.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 39 § 113b Qualitätsausschuss

A Beabsichtigte Neuregelung

Insgesamt werden die Vertragsparteien dazu verpflichtet, mehr Transparenz zu schaffen. Die Sitzungen des Qualitätsausschusses Pflege fanden bisher unter Ausschluss der Öffentlichkeit statt. Die Ergänzung sieht vor, dass die Sitzungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses in der Regel öffentlich stattfinden und gleichzeitig auch eine Internet-Übertragung erfolgt. Für einen späteren Abruf werden die Sitzungen in einer Mediathek zur Verfügung gestellt.

Ergänzend wird dem Qualitätsausschuss Pflege auferlegt, jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten.

Die Beteiligungsrechte der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen (Verbände nach § 118 SGB XI) sollen hinsichtlich einer organisatorischen Stärkung, durch die Schaffung einer Referentenstelle in der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses, unterstützt werden.

B Stellungnahme

Der Qualitätsausschuss trifft weitreichende Entscheidungen über die Qualitätssicherung in der Pflege und darüber hinaus. Bisher gilt jedoch eine Verschwiegenheitspflicht. Die Ergebnisse wurden erst nach der Beschlussfassung transparent. Es ist daher zu begrüßen, den Qualitätsausschuss Pflege in ein effizientes und transparentes Gremium weiterzuentwickeln und so auch die Öffentlichkeit an der Entscheidungsfindung teilhaben zu lassen. Ebenso trägt die jährliche Berichtspflicht des Qualitätsausschusses Pflege gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit ebenfalls dazu bei, über die aktuelle Aufgabenerledigung und Fristen Transparenz zu schaffen. Dies ist sachgerecht.

Mit der beabsichtigten Neuregelung erfolgt eine Angleichung der Rechte der Verbände nach § 118 SGB XI an die Rechte der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten (Patientenvertretung) des SGB V. Die genannten Zielsetzungen sind nachvollziehbar. Allerdings ist festzuhalten, dass die Stärkung der Mitwirkungsmöglichkeiten der § 118 SGB XI-Verbände eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt. Die Finanzierung der einen Stelle aus Beitragsmitteln wird abgelehnt und eine dauerhafte Finanzierung aus Steuermitteln eingefordert.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 40 § 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit Einführung einer einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs für vollstationäre Pflegeeinrichtungen wird die personelle Ausstattung in drei Qualifikationsstufen unterteilt. Dabei wurden vom Gesetzgeber für jedes dieser Qualifikationsniveaus bundeseinheitliche Personalanhaltswerte in den einzelnen Pflegegraden festgelegt, die ab dem 01.07.2023 verbindlich gelten. Um die Leiharbeit weiter zu begrenzen und zur Umsetzung der Modellvorhaben gemäß § 8 Absatz 3b SGB XI, können Einrichtungen künftig mit den Pflegekassen zusätzliches Personal für betriebliche Ausfallkonzepte (Personal- oder Springerpools) vereinbaren.

Mit der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens haben die vollstationären Pflegeeinrichtungen mehr Pflegeassistenzpersonal vorzuhalten, welches aber auf dem Arbeitsmarkt aktuell nicht vorhanden ist. Deshalb sollen mit den gesetzlichen Änderungen Möglichkeiten zur Zuordnung von Pflege- und Betreuungspersonal im Ausbildungskontext zu den Personalanhaltswerten für Pflegeassistenzpersonal erweitert werden.

Künftig kann Pflege- und Betreuungspersonal vorgehalten werden, welches berufsbegleitend zur Pflegeassistenz ausgebildet wird oder über eine vergleichbare Ausbildung verfügt. Beispielsweise werden im Ausland erworbene Berufsqualifikationen anerkannt, sofern während der Beschäftigung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung die Teilnahme an einem Anpassungslehrgang nach dem Pflegeberufgesetz durchgeführt wird. Darüber hinaus können die Bundesländer auch Regelungen vorsehen, die durch berufspraktische Erfahrungen oder Qualifizierungsmaßnahmen die Ausbildungsdauer verkürzt. Die Zuordnung dieses Personals zu dem jeweiligen Stellenschlüssel orientiert sich an der entsprechenden Zielqualifikation. Das bedeutet, dass in der Ausbildung befindliches Personal auf die Stellenanteile entsprechend dem angestrebten Qualifizierungsniveau angerechnet werden kann. Finanziert wird jedoch bis zum Erreichen der Zielqualifikation das Gehalt einer Pflegeassistenzkraft unter Abzug der Ausbildungsvergütung.

Aufgrund begrenzter örtlicher Ausbildungskapazitäten können Mitarbeiter/innen in der Pflege oder Betreuung ohne Ausbildung, aber mit langjähriger Berufserfahrung in der Pflege, als Pflegeassistenzpersonal anerkannt werden. Dafür ist von der Pflegeeinrichtung nachzuweisen, dass die landesrechtlich geregelte Helfer- oder Assistenzausbildung zum nächstmöglichen Zeitpunkt, spätestens jedoch am 30. Dezember 2028, an einer geeigneten Berufsbildungseinrichtung beginnen kann. Sofern die Ausbildung nicht zum nachgewiesenen Zeitpunkt begonnen wird, die Ausbildung vorzeitig endet oder nicht erfolgreich abgeschlossen wird, ist die Stelle wieder in den Personalanhaltswert für Pflegehilfspersonal zurückzuführen.

Außerdem besteht zukünftig die Möglichkeit, dass Pflegefach- und Pflegehilfspersonal auch in den Personalanhaltswerten der niedrigeren Qualifikationsstufen berücksichtigt werden kann. Die Finanzierung erfolgt tätigkeitsbezogen auf der Stufe, für die das Personal berücksichtigt wurde.

Die Überprüfung einer Anpassung der bundeseinheitlichen Personalanhaltswerte soll alle zwei Jahre durch das Bundesministerium für Gesundheit erfolgen. Auch für die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung werden künftig vom Gesetzgeber entsprechende Zielwerte alle zwei Jahre, erstmals zum 31.12.2023, festgelegt. Grundlage der Überprüfung bilden die wissenschaftlichen Erkenntnisse aus der Einführung und Weiterentwicklung des einheitlichen Personalbemessungsverfahrens sowie eine neue Berichtspflicht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen im zweijährigen Intervall. Ebenso soll die aktuelle Situation am Arbeitsmarkt und die Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung mit in den Blick genommen werden.

B Stellungnahme

Die Weiterentwicklung des bundeseinheitlichen Personalbemessungsverfahrens in vollstationären Pflegeeinrichtung ist aufgrund der wesentlichen Rahmenbedingungen unbedingt erforderlich. Deshalb sind die gesetzlichen Änderungen im Hinblick auf den Umgang mit dem Pflegeassistenzpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung grundsätzlich zu begrüßen.

Ein Einstieg in die neue qualifikationsbezogene Systematik ist erst dann möglich, wenn für Pflegeassistenzpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr die strukturellen Voraussetzungen auf Bundes- und Landesebene geschaffen sind. Die sehr heterogenen Qualifizierungen von Pflegeassistenzpersonal und deren unterschiedliche Kompetenzniveaus und -profile wirken sich hemmend auf die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens aus. Aufgrund der nach jeweiligem Landesrecht geregelten Assistenzausbildungen ergibt sich eine bunte Mischung von Berufsbezeichnungen und Qualifikationswegen. Es existieren ein- und zweijährige Ausbildungen - zum Teil im selben Bundesland. Der Zuschnitt kann generalistisch oder aber altersgruppenspezifisch sein, er kann allgemeinbildende Inhalte beinhalten oder auch nicht.

Zielführend wäre deshalb eine bundesweite Regelung zur Entwicklung eines Rahmenlehrplans über die Fachkommission gemäß § 14 Pflegeberufsgesetz vorzunehmen. Die Rahmenpläne der Fachkommission sollen konkrete Vorschläge für die inhaltliche Ausgestaltung der beruflichen Pflegeausbildungen enthalten. Die Rahmenlehrpläne müssen zudem auch umfassend Hilfestellungen für die Umsetzung durch die Pflegeschulen und die Ausbildungseinrichtungen vorsehen. Damit würde dem Ziel der Bundesregierung Rechnung getragen, die Ausbildungen u. a. durch bundeseinheitliche Berufsgesetze für Pflegeassistenz zu harmonisieren.

Ergänzend sind auch Anreize zu schaffen, damit das Pflegepersonal ohne Ausbildung berufsbegleitend perspektivisch zur Pflegeassistenz ausgebildet werden kann. Die Zuordnung bei den Personalanhaltswerten zum Pflegeassistenzpersonal bereits während der berufsbegleitenden Ausbildungszeit kann diesen Prozess fördern.

Die Möglichkeit für Personal mit langjähriger Berufserfahrung in der Pflege, bereits vor Ausbildungsbeginn als Pflegeassistenz zugeordnet zu werden, stellt aufgrund der erforderlichen Nachweispflichten einen Verwaltungsmehraufwand dar. Allein aus Gründen der Qualitätssicherung ist es zudem unverständlich, warum ungelern-tes Pflegepersonal (mit Berufserfahrung) bereits dann als ausgebildetes Pflegeas- sistenzpersonal gelten soll, wenn sie nur auf einen Ausbildungsplatz warten. Des- halb ist die vorgesehene Regelung (§ 113c Absatz 3 Satz 4) nicht zielführend und wieder zu streichen. Die Vereinbarung von zusätzlichem Personal auf Grundlage be- trieblicher Ausfallkonzepte zur Etablierung von Personal- oder Springerpools in voll- stationären Pflegeeinrichtungen ist sachgerecht, insbesondere um den Einsatz von Leiharbeiter/innen zu begrenzen. Dadurch sollen Personalengpässe aus einem eigenem Personal- oder Springerpool kompensiert werden können, anstatt auf kos- tenintensive Leiharbeitskräfte zurückgreifen zu müssen.

Dabei ist zu beachten, dass regelhafte Personalausfälle wie bspw. Urlaub oder Krankheit bereits als Personalkosten bei den Pflegesatzverhandlungen berücksich- tigt werden. Deshalb können nur darüberhinausgehende Aufwendungen für unvor- hersehbare Personalengpässe zusätzlich finanziert werden. Die Möglichkeit zusätz- liches Personal außerhalb der Höchstpersonalanhaltswerte nach § 113c Abs. 1 SGB XI zu vereinbaren, ist demnach an diese Eingrenzung gekoppelt. Der sachliche Grund für die Überschreitung der personellen Ausstattung entfällt demnach.

Die zweijährige Überprüfung einer Anpassung der gesetzlich festgelegten Personal- anhaltswerte und der Grundlagen für die mindestens zu vereinbarende Personal- ausstattung durch das Bundesministerium für Gesundheit ist sachgerecht. Ein re- gelmäßiges Prüfintervall erscheint zielführend auch unter Einbezug der Ergebnisse des Modellvorhabens nach § 8 Abs. 3b SGB XI. Für die dafür erforderliche Berichtsp- flicht ist festzustellen, ob vollstationäre Pflegeeinrichtungen eine Pflegesatzverein- barung mit den Personalanhaltswerten einhalten konnten und welche Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung dadurch zu erwarten sind. Die Einführung dieser neuen Berichtspflicht, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen federführend veranlassen soll, eignet sich hierfür aber nur bedingt. Zielführender wäre eine einrich- tungsbezogene Analyse der erforderlichen Daten, die auch stichprobenartig in den Bundesländern durchgeführt werden könnte. Das gelingt bspw. mit der Expertise ei- nes wissenschaftlichen Instituts, das die Einhaltung der Zielwerte erhebt und deren Auswirkungen auf die Versorgung eindeutig identifizieren kann. Das Bundesministe- rium für Gesundheit kann diesen Auftrag extern vergeben. Erst dadurch besteht eine realistische Perspektive, auch tatsächlich die angestrebten Erkenntnisse für die Fest- legung der Zielwerte einer bundeseinheitlichen Mindestpersonalausstattung zu ge- winnen.

C Änderungsvorschlag

Der § 113 Abs. 2 Satz 2 wird gestrichen.

Stattdessen wird im § 113 Abs. 2 Satz 1 die Nr. 4 eingefügt:

„Das Personal auf Grundlage eines entsprechenden betrieblichen Konzepts ganz oder teilweise in Personalpools oder im Rahmen vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte tätig ist, mit denen die vertragliche vereinbarte Personalausstattung bei kurzfristigen Personalausfällen oder vorübergehend nicht besetzbaren Stellen sichergestellt wird, und nicht bereits in den Personalanhaltswerten berücksichtigt wurde.“

Im § 113c Absatz 3 ist der Satz 4 zu streichen..

Der § 113c Absatz 7 Satz 2 Nr. 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 01. November des Berichtsjahres, 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, durch. Dabei sind auch die Daten über den Umfang des Pflegehilfskraftpersonals, das nach Absatz 2 Nummer 1 die Personalanhaltswerte 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 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 41 § 114 Abs. 2a Qualitätsprüfungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Mindestanforderungen für die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität sind in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien geregelt. Die Richtlinienkompetenz geht vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen an den Medizinischen Dienst Bund über. Dieser beschließt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung die Qualitätsprüfungs-Richtlinien.

B Stellungnahme

Der Medizinische Dienst Bund hat die Aufgabe, Richtlinien für die Arbeit der Medizinischen Dienste für die Kranken- und Pflegeversicherung zu erlassen. Das künftig auch die Qualitätsprüfungs-Richtlinien durch den Medizinischen Dienst Bund beschlossen werden, ist sachgerecht. Der Medizinische Dienst prüft regelmäßig ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen. Die Inhalte und der Ablauf der Qualitätsprüfung sind in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien geregelt. Daher liegt die Kompetenz zur Ausgestaltung dieser Richtlinien beim Medizinischen Dienst Bund.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 42 § 114c Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Kriterien zur Feststellung eines hohen Qualitätsniveaus als Voraussetzung für die Verlängerung des Prüfrhythmus sowie Kriterien für die Veranlassung unangemeldeter Prüfungen werden in den Richtlinien festgesetzt. Die bisherige „Kann-Regelung“ zur Verlängerung des Prüfrhythmus wird nun zu einer verbindlichen Vorschrift. Der Prüfrhythmus muss daher künftig auf zwei Jahre verlängert werden, wenn die Pflegeeinrichtung ein hohes Qualitätsniveau sicherstellt.

Die Landesverbände der Pflegekassen müssen die Pflegeeinrichtungen über die Verlängerung des Prüfrhythmus informieren. Zur Sicherstellung einer einheitlichen Vorgehensweise trifft der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Festlegungen zum Informationsverfahren.

B Stellungnahme

Mit dem 2016 in Kraft getretenen Pflege-Stärkungsgesetz (PSG) II schrieb der Gesetzgeber die Einführung eines Indikatoren-gestützten Verfahrens zur Beurteilung von Ergebnisqualität und weiterer Maßgaben, die eine Neugestaltung der externen Qualitätsprüfungen und der Qualitätsdarstellung im Rahmen des SGB XI vorsahen, verbindlich fest. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sind dazu verpflichtet, Indikatoren-Daten im halbjährigen Rhythmus zu übermitteln. Die Prüfinstitutionen führen seit November 2019 nach einem wissenschaftlich entwickelten Verfahren die externen Qualitätsprüfungen durch. Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement und die externen Qualitätsprüfungen ergänzen sich gegenseitig und auf Basis der Indikatoren-Daten sind Einrichtungen in der Lage, die intern ermittelten Qualitätsdaten auch ohne jährlich stattfindende Qualitätsprüfungen zu reflektieren. Zur Motivation der Einrichtungen, eine gute Versorgungsqualität sicherzustellen, kann auch die Verlängerung des Prüfrhythmus dienen.

Die Landesverbände der Pflegekassen erteilen an die Prüfinstitutionen Aufträge zur Prüfung der Qualität der erbrachten Leistungen in Form von Regel-, Anlass- oder Wiederholungsprüfungen. Bei festgestellten Qualitätsdefiziten können die Landesverbände der Pflegekassen gegenüber den Einrichtungen Bescheide erlassen, in denen sie verpflichtet werden, die Defizite abzustellen. Daher ist es sachgerecht, dass die Landesverbände bundesweit einheitlich auch über gute Qualitätsergebnisse und die Verlängerung des Prüfrhythmus informieren.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel I Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 45 § 125b (neu) Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Beim GKV-Spitzenverband wird befristet für die Jahre 2023 bis 2027 ein Kompetenzzentrum eingerichtet, welches durch regelmäßige Analysen und Evaluation digitale Potenziale in der Langzeitpflege erkennen und konkrete Empfehlungen für Leistungserbringer, Pflegekassen, die Digitalwirtschaft für die Weiterentwicklung der Digitalisierung entwickeln soll. Auch soll der Wissenstransfer zielgruppengerecht für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sowie beruflich Pflegende und Pflegeberatende durch geeignete Maßnahmen wie z. B. Broschüren, Erklärfilme, Workshops unterstützt werden. Eine weitere Aufgabe besteht darin, Qualifizierungskonzepte für das Fachpersonal in der Pflege zu entwickeln und zu verbreiten. Eine weitere Aufgabe besteht darin, eine Prüfung und Nutzung der Möglichkeiten der Digitalisierung bei der Vermittlung von Plätzen und Angeboten im Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege vorzunehmen und anschließend Empfehlungen zu erarbeiten.

Für das Ziel, die fachliche Expertise bereitzustellen und den fachlichen Austausch zu fördern, werden aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung im Zeitraum 2023 bis 2027 insgesamt 10 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Die Ziele, Inhalte, Planung und Durchführung bestimmt der GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit dem BMG. Die Verbände der Pflegekassen und weitere Akteure auf Bundesebene sind ins Benehmen zu setzen. Die Gesellschaft für Telematik ist zu beteiligen. Die Arbeit soll wissenschaftlich begleitet und durch unabhängige Sachverständige ausgewertet werden. Erstmals zum 01.03.2024 und dann jährlich bis 2028 hat der GKV-Spitzenverband dem Bundestag einen barrierefreien Bericht über die Arbeit und die Ergebnisse des Kompetenzzentrums vorzulegen. Zusätzlich hat der GKV-Spitzenverband einen Beirat zur Begleitung der Arbeit des Kompetenzzentrums einzurichten. Neben anderen Akteuren auf Bundesebene und der Länder aus Politik, Wissenschaft und Pflege sind die Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene im Beirat vertreten.

B Stellungnahme

Das pflegepolitische Ziel, Potenziale der Digitalisierung zu untersuchen und Maßnahmen zum Aufbau digitaler Kompetenzen für pflegebedürftige Menschen, ihren An- und Zugehörigen sowie für Beschäftigte in der Pflege zu ergreifen, wird begrüßt. Die Etablierung eines Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege ist nicht sachgerecht.

Es sind bereits maßgebliche Initiativen ergriffen und Plattformen etabliert worden, die das Ziel verfolgen, die Digitalisierung in der Pflege weiter voranzutreiben. So verfolgen u. a. vier in den neuen Bundesländern etablierte „Zukunftszentren“ mit dem Projekt „Zentrum digitale Arbeit“ (gefördert vom BMAS, dem ESF und dem Land

Sachsen), oder die vom BMAS geförderte Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) die gleiche Zielsetzung.

Vielmehr ist es angezeigt, die bisherigen Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen, die die Weiterentwicklung der Digitalisierung in der Pflege vorantreiben, zu bündeln, auszuwerten und daraus konkrete Empfehlungen für die Weiterentwicklung des Pflegeversicherungsrechts abzuleiten. Insofern ist der Auftrag an den GKV-Spitzenverband im Rahmen seiner Modellvorhaben nach § 8 Absatz 3 zu erweitern.

Mit Augenmerk auf die Jahre 2021 und 2022 ist eine Anpassung des zur Verfügung stehenden Fördervolumens der Forschungsstelle des GKV-Spitzenverbandes nach § 8 Absatz 3 im Umfang von 5 Mio. Euro nicht erforderlich. Im Durchschnitt wurden 2,2 Mio. Euro ausgeschöpft.

C Änderungsvorschlag

Die Neuregelung des § 125 Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege ist zu streichen.

In § 8 Absatz 3 Satz 1 sind nach dem Wort „Pflegebedürftige“ folgende Wörter zu ergänzen:

„und zur Weiterentwicklung der Digitalisierung in der Langzeitpflege“

Die Haushaltsangaben ohne Erfüllungsaufwand sind um 10 Mio. Euro zu korrigieren.

Artikel 1 - Änderungen des. 11. Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 48 § 135 - Zuführung der Mittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Einzahlung von 0,1 % der Beitragseinnahmen in den Pflegevorsorgefonds soll für das Jahr 2023 ausgesetzt und auf 2024 verschoben werden. Im Jahr 2024 erfolgt die Abführung der Mittel zusätzlich zu den für 2024 fälligen Beitragsanteilen.

B Stellungnahme

Mit der Verschiebung der Einzahlung über 1,7 Mrd. Euro in den Pflegevorsorgefonds wird die SPV lediglich für das Jahr 2023 entlastet.

Das Aussetzen der Einzahlung in den Pflegevorsorgefonds im Jahr 2023 folgt dabei keinem sachlichen Grund. Das Nachholen der Einzahlung im Jahr 2024 belastet zusätzlich zu der regulären Einzahlung das Jahr 2024 und wird dann durch die Beitragsmehreinnahmen der Jahre 2023 und 2024 finanziert

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 5 § 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungsbeträge der Geldleistung werden für die Pflegegrade um jeweils 5 % zum 01.01.2024 erhöht.

Pflegegrad 2 von 316 auf 332 Euro

Pflegegrad 3 von 545 auf 573 Euro

Pflegegrad 4 von 728 auf 765 Euro

Pflegegrad 5 von 901 auf 947 Euro

B Stellungnahme

Mehr als die Hälfte der pflegebedürftigen Menschen nutzen ausschließlich das Pflegegeld, um eine finanzielle Anerkennung für Menschen, die sich an der Unterstützung in der Pflegesituation einbringen, geben zu können. Letztmalig wurden die Geldleistungen mit dem Pflegestärkungsgesetz II zum 01.01.2017 erhöht. Eine Erhöhung der Geldleistung ist sachgerecht.

Mit Augenmerk auf die seit 2017 kumulierte Preisentwicklung im Umfang von durchschnittlich ungefähr 2 % p.a. und unter Würdigung der gestiegenen Bruttolöhne und Gehälter im Umfang von 19,6 % im gleichen Zeitraum, ist allerdings eine Anpassung der Geldleistung um 10 % sachgerecht. Begründet ist dieser Dynamisierungsumfang auch, weil eine Dynamisierung der Geldleistung zum 01.01.2022 versäumt wurde.

Der Finanzbedarf für die Dynamisierung der Geldleistung um 10 % erhöht sich damit um 0,7 Mrd. Euro, die noch nicht mit dem vorliegenden Entwurf gegenfinanziert sind. Die Bundesregierung muss daher ihrem Versprechen im Koalitionsvertrag nachkommen, die versicherungsfremden Leistungen (Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige) dauerhaft mit Steuermitteln auszugleichen. Damit wäre ein wichtiges Signal für die Anerkennung und den Erhalt der hohen Pflege- und Unterstützungsbereitschaft gesetzt, vorausgesetzt eine Gegenfinanzierung wird gewährleistet.

C Änderungsvorschlag

Sofern eine Gegenfinanzierung durch Steuermittel für die Rentenversicherungsbeiträge der pflegenden Angehörigen abgesichert ist, wird in Absatz 1 Satz 3 in Nummer 1 die Angabe „316“ durch die Angabe „348“, in Nummer 2 die Angabe „545“ durch die Angabe „600“, in Nummer 3 die Angabe „728“ durch die Angabe „801“ und in Nummer 4 die Angabe „901“ durch die Angabe „992“ ersetzt.

In § 61a wird ein neuer Absatz 3 eingefügt:

„Der Bund leistet zur Übernahme der Aufwendungen nach § 44 monatlich zum 20. anteilig die Beiträge, die die Pflegekassen aufgrund der Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson entrichten muss, an den Ausgleichsfonds. Das Nähere zum Verfahren legt das Bundesamt für Soziale Sicherung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem GKV-Spitzenverband fest.“

Artikel 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 7 § 42a (neu) Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson

A Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem 01. Juli 2024 übernimmt die Pflegekasse für pflegebedürftige Menschen die vollständigen Kosten, die einer Einrichtung für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen entstehen, wenn zeitgleich die Pflegeperson Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen in der Einrichtung in Anspruch nimmt. Der Einrichtung werden die Kosten für pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, Unterkunft und Verpflegung sowie der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen erstattet. Grundlage für den Vergütungsanspruch bildet dabei das durchschnittliche Gesamtheimentgelt aller Kurzzeitpflegeeinrichtungen im Bundesland. Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung hat den Landesverbänden der Pflegekassen ein Konzept zur qualitätsgesicherten Versorgung pflegebedürftiger Menschen vorzulegen und ist verpflichtet, die Einhaltung in regelmäßigen Abständen nachzuweisen. Grundlage für das Konzept bilden die gemeinsamen Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zum Antrags-, Genehmigungs- und Kostenerstattungsverfahren und zur Sicherung der Qualität der Versorgung der Pflegebedürftigen.

Kann die pflegerische Versorgung in der Einrichtung nicht sichergestellt werden bzw. liegt das Einverständnis der Einrichtung nicht vor, sollen die Pflegekassen auf Wunsch der Pflegepersonen die Unterbringung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung.

B Stellungnahme

Es ist zu begrüßen, dass mit der Neuregelung pflegebedürftige Menschen einen Vollleistungsanspruch zur gleichzeitigen Mitaufnahme in derselben Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung erhalten, in der die Pflegeperson Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen erhält. Die bisherige Regelung steht im Verdacht, dass Pflegepersonen aufgrund der ungeklärten pflegerischen Versorgung der pflegebedürftigen Angehörigen auf Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen in vollstationären Einrichtungen verzichten. Insofern kann die Neuregelung dazu beitragen, dass aufgrund der gemeinsam zu erarbeitenden Empfehlungen die Bereitschaft der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zur Mitaufnahme und Versorgung der pflegebedürftigen Angehörigen erhöht wird. Die gemeinsamen Empfehlungen bieten zudem die Möglichkeit, bürokratische Hürden im Sinne aller Beteiligten zu minimieren. 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. April bis 31. März sollte als Stichtag der 31. Dezember des jeweiligen Jahres herangezogen werden.

C Änderungsvorschlag

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

„Das durchschnittliche Gesamtheimentgelt wird durch die Landesverbände der Pflegekassen auf Grundlage der am 31. Dezember. des vorangehenden Jahres gültigen Gesamtheimentgelte ermittelt und jeweils ab dem 01. April für die Dauer eines Jahres bis zum 31. März festgelegt.“

Artikel 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 13 § 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Begrenzung des Leistungsanspruchs auf Pflegeunterstützung von bisher insgesamt 10 Arbeitstagen wird auf 10 Arbeitstage je Kalenderjahr ausgeweitet. Die Neuregelung gilt auch, wenn mehrere Beschäftigte sich den Leistungsanspruch teilen.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht und ist zu begrüßen. Bisher konnten beschäftigte Angehörige einmalig bis maximal 10 Arbeitstage Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung beantragen, wenn in Krisensituationen die Pflege eines pflegebedürftigen Angehörigen organisiert oder sichergestellt werden musste. Die Änderung bewirkt, dass aus einem einmaligen Anspruch ein kalenderjährlich wiederkehrender Anspruch entsteht und somit die beschäftigten Angehörigen jedes Jahr die Möglichkeit erhalten, den Lohnausfall für die Organisation der Pflege durch das Pflegeunterstützungsgeld abzufedern.

Mit der Ausweitung auf einen kalenderjährlichen Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld kommt allerdings auch ein erheblicher Mehraufwand auf die Pflegekassen zu. Es wird von 11.000 zusätzlichen Anträgen auf Pflegeunterstützungsgeld je Kalenderjahr ausgegangen, davon sollen ca. 10.000 Anträge auf die soziale Pflegeversicherung entfallen. Dabei wird der jährliche Erfüllungsaufwand für die Bearbeitung der Anträge auf insgesamt 561.000 Euro geschätzt. Vor dem Hintergrund kann die mit Artikel 3 Nummer 18 (§ 46) vorgesehenen Reduktion der Verwaltungskosten nicht hingenommen werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 - Änderungen des. 11. Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 15 § 46 Absatz 3 Satz 1 – Pflegekassen

A Beabsichtigte Neuregelung

In dem Verfahren zur Erstattung der Verwaltungskosten der Krankenkassen durch die Pflegekassen wird die Erstattungsquote von 3,2 % auf 3,0 % gesenkt.

B Stellungnahme

Die Absenkung ist nicht sachgerecht. Das BMG berücksichtigt bei der geplanten Kürzung der Verwaltungskostenerstattung nicht, dass den Pflegekassen eine Vielzahl von zusätzlichen und neu durch Gesetze vorgegebenen Prüf- und Bearbeitungsschritten auferlegt wurden, bspw. während der Pandemie und aktuell aufgrund der steigenden Preise für Erdgas, Wärme und Strom. Hinzu kommen die Verwaltungsmehraufwände aus diesem Gesetz wie für die Bearbeitung der fälschlich bei den Pflegekassen eingereichten Nachweise zur Anzahl der Kinder oder für die ab 2024 drohenden Verzugszinsen auf Erstattungsansprüche aus Beitragsabschlägen (aus den Informations- und Umsetzungspflichten zum neuen § 55).

Die Absenkung der Verwaltungskostenerstattung an die Krankenkassen führt zu Mindereinnahmen in der Krankenversicherung. Das heißt, sämtlicher zusätzlicher Verwaltungsaufwand wird von den Krankenkassen querfinanziert.

C Änderungsvorschlag

Die bestehende Regelung wird beibehalten. Nr. 15 zu § 46 SGB XI wird gestrichen.

Artikel 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 16 § 108 Auskünfte an Versicherte

A Beabsichtigte Neuregelung

Versicherte erhalten einen Anspruch auf eine individuelle detaillierte Leistungsübersicht, die auf Antrag halbjährlich automatisch von der Pflegekasse übermittelt wird. Auf Wunsch sind die vom Leistungserbringer eingereichten Abrechnungsunterlagen in Kopie beizufügen, falls dies nicht möglich ist, sollen die Pflegekassen die elektronisch eingereichten Abrechnungsunterlagen verständlich und nachvollziehbar aufbereiten und erläutern.

B Stellungnahme

Mit dem Anspruch auf eine individuelle Leistungsübersicht soll das bisherige Verfahren für die Versicherten vereinfacht werden. Mit einer einmaligen Beantragung erfolgt eine halbjährliche automatische Übermittlung der Übersicht. Das erhöht die Transparenz über noch mögliche Leistungsansprüche für eine bessere Planung z. B. bei der Verhinderungs-/Kurzzeitpflege, dem Entlastungsbetrag, der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel etc. Dies wird begrüßt.

Mit der Transparenz über die individuelle Leistungsanspruchnahme werden pflegebedürftige Menschen besser in die Lage versetzt, ihre Leistungsansprüche zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements besser auszuschöpfen. Es wird aber darauf hingewiesen, dass aufgrund der Komplexität des Leistungsrechts mit einem erhöhten Beratungs- und Informationsbedarf seitens der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen zu rechnen ist.

Die Leistungserbringer rechnen überwiegend auf Grundlage elektronischer Datenaustauschverfahren mit den Pflegekassen ab; damit ist den Pflegekassen das Ausstellen einer Durchschrift der eingegangenen Abrechnungsunterlagen in der Praxis unmöglich. Die Regelung ist daher zu streichen.

C Änderungsvorschlag

Im Absatz 1 wird die neue Nummer 3 gestrichen.

Artikel 4 Änderungen des Sozialgerichtsgesetzes

Nr. 1 § 29 Zuständigkeit der Landessozialgerichte

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Zuständigkeit des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg soll für Klagen betreffend die Mitwirkung an den Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren erhalten bleiben.

B Stellungnahme

Die Einbindung des bisherigen § 18b SGB XI in nunmehr § 17 Absatz 1c SGB XI wird durch die Änderung der Regelung der Zuständigkeiten des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg nachvollzogen. Es handelt sich um eine rein redaktionelle Folgeänderung.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 4 Änderungen des Sozialgerichtsgesetzes

Nr. 2 § 210 Verfahren in Streitigkeiten über Entscheidungen der Schiedsstellen nach § 133 SGB IX

A Beabsichtigte Neuregelung

Klagen betreffend die Mitwirkung an den Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund nach §§ 17 Absatz 1, 18b, 112a Abs. 2, 114a Absatz 7 und 114c Absatz 1 SGB XI in der am 31.12.2022 geltenden Fassung gehen auf das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg über.

B Stellungnahme

Die Ergänzung stellt die Richtigkeit der gesetzlichen Nummerierung und damit die Zuständigkeit des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg sicher und ist daher nachvollziehbar.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 5 Änderungen der Beitragsverfahrensverordnung

Nr. 1 § 2 Absatz 2 Berechnungsvorgang

A Beabsichtigte Neuregelung

- a. Folgeänderung aufgrund der Einführung der Kinderabschläge nur für die Beitragsanteile der Mitglieder.
- b. Ebenfalls eine Folgeänderung zur Änderung des § 55 Absatz 3 SGB XI. Analog zur Regelung des allein zu tragenden Kinderlosenzuschlags ist auch der individuelle Beitragsabschlag für jedes zweite und weitere Kind in den Berechnungsvorschriften für den Pflegeversicherungsbeitrag zu regeln. Damit wird klargestellt, dass ausschließlich der Beitragsanteil des Beschäftigten reduziert wird.

B Stellungnahme

zu a.

Mit der Aufnahme der ergänzenden Regelungen in die BVV wurde eine Anregung des AOK-Bundesverbandes umgesetzt. Sie sind aus fachlicher Sicht nicht zu beanstanden. Der Hinweis auf den anzuwendenden Beitragssatz zur Pflegeversicherung ist nachvollziehbar und die Festlegung einer Berechnungs- und Rundungsvorgabe sinnvoll, da derartige Beitragsabschläge durch die beitragsabführenden Stellen bisher nicht berücksichtigt werden mussten.

zu b.

wie Buchstabe a.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 5 Änderungen der Beitragsverfahrensverordnung

Nr. 2 § 8 Entgeltunterlagen

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 55 Absatz 3 SGB XI. Zu den Entgeltunterlagen gehören künftig nicht nur die Nachweise über die Elterneigenschaft, sondern darüber hinaus auch Nachweise über die bei der Beitragsberechnung berücksichtigten Kinder.

B Stellungnahme

Es ist zielführend, dass der Arbeitgeber den Nachweis zu den zu berücksichtigenden Kindern zu den Lohnunterlagen zu nehmen und zu archivieren hat. Nur mit diesem Nachweis kann z. B. im Zuge einer Betriebsprüfung nachvollzogen werden, inwieweit der korrekte Beitragssatz bzw. Beitragsabschlag bei der Beitragsberechnung berücksichtigt wurde. Auch diese Anregung der AOK-Gemeinschaft wurde berücksichtigt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 23 Medizinische Vorsorgeleistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge soll zugleich als Antrag eines Pflegebedürftigen auf Leistungen zur stationären Versorgung gelten. Die Krankenkasse soll den Antrag an die Pflegekasse weiterleiten und gegenüber der Pflegekasse unverzüglich geeignete Einrichtungen benennen. Damit soll der Rechtsanspruch zur Mitaufnahme der zu pflegenden Person neben Rehabilitations- auch bei Vorsorge-maßnahmen eingeführt werden.

B Stellungnahme

Die Regelung ist nachvollziehbar und fokussiert auf die Pflegeperson mit Vorsorgebedarf. Die geplanten Gemeinsamen Empfehlungen gemäß § 42 a Abs. 7 SGB XI bieten die Möglichkeit, bürokratische Hürden zu minimieren, so dass Pflegepersonen und pflegebedürftige Angehörige gemeinsam in eine Vorsorgeeinrichtung aufgenommen werden können. Dadurch kann die Bereitschaft der Mitaufnahme pflegebedürftiger Angehöriger in Vorsorgeeinrichtungen erhöht werden. (vgl. Bewertung § 40 SGB V und § 42a SGB XI).

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 4 § 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

A Beabsichtigte Neuregelung

Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einer Pflegeperson soll der bestehende Rechtsanspruch zur Mitaufnahme der zu pflegenden Person gestärkt werden.

Es erfolgt eine Konkretisierung des Leistungsanspruchs, mit dem Pflegepersonen der Zugang zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erleichtert werden soll, indem unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit zur Mitaufnahme des Pflegebedürftigen in die stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung der Pflegeperson erweitert wird.

B Stellungnahme

Die Regelung ist nachvollziehbar und fokussiert auf die Pflegeperson mit Rehabilitationsbedarf. Die geplanten Gemeinsamen Empfehlungen gemäß § 42 a Abs. 7 SGB XI bieten die Möglichkeit, bürokratische Hürden zu minimieren, so dass Pflegepersonen und pflegebedürftige Angehörige gemeinsam in eine Rehabilitationseinrichtung aufgenommen werden können. Dadurch kann die Bereitschaft der Mitaufnahme pflegebedürftiger Angehöriger in Rehabilitationseinrichtungen erhöht werden. (vgl. Bewertung § 23 SGB V und § 42a SGB XI).

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 8 §. 341 Elektronische Patientenakte

A Beabsichtigte Neuregelung

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach dem Elften Buch müssen sich bis zum 01. Juli 2025 an die Telematikinfrastruktur anschließen.

B Stellungnahme

Der Mehrwert der elektronischen Patientenakte steigt mit der Menge zur Verfügung stehender medizinischer Daten. Daher ist die verpflichtende Anbindung der Pflegeeinrichtungen zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

§ 8 Abs. 2a bis 2c (neu) SGB XI Gemeinsame Verantwortung - Stärkung der Rolle der Kommunen durch ein "Innovationsbudget Pflege"

Änderungsbedarf und Begründung

Im § 8 SGB XI ist die gemeinsame gesellschaftliche Verantwortung für die pflegerische Versorgung der Bevölkerung angelegt. Pflege findet vor Ort statt, daher sind die tatsächlich notwendigen Strukturen und deren Einbettung in die regionalen und lokalen gesellschaftlichen Gegebenheiten auch vor Ort zu schaffen. Wesentlich ist dabei die Berücksichtigung der Präferenz pflegebedürftiger Menschen zum Verbleib im gewohnten Lebensumfeld und die Ermöglichung von Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Die Kommunen als unmittelbar lokale Gemeinschaften, die als Ausdruck des Bürgerwillens entsprechende Gestaltungskraft entfalten können, spielen eine wesentliche Rolle. Die Stärkung dieser gestalterischen Rolle, die nicht nur von den Kommunen selbst, sondern auch von den Vertretern der Seniorenorganisationen, den Vertretern der Profession Pflege und der Wissenschaft sowie durch die Bundesregierung angestrebt wird (siehe auch den Siebten Altenbericht der Bundesregierung "Sorge und Mitverantwortung in der Kommune"), konnte bisher noch nicht in einem zufriedenstellenden Ausmaß erreicht werden.

Um für die örtlichen Gegebenheiten passende Strukturen zu entwickeln, die nicht nur die professionelle Pflege, sondern auch bürgerlich-ehrenamtliche Strukturen mit einbeziehen und die sozialräumliche Kompetenz der Kommunen ausschöpfen, ist die Zusammenarbeit der in § 8 Abs. 2 genannten Akteure (Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen und Medizinischer Dienst) weiter zu gestalten und zu befördern. Zur Umsetzung auf regionaler und lokaler Ebene wird das Instrument eines von Ländern, Kommunen und Pflegekassen zu gleichen Teilen finanzierten "Innovationsbudget Pflege" (Strukturentwicklungsbudget Pflege) eingeführt. Für die Pflegekassen orientiert sich die finanzielle Beteiligung am Vorbild des Präventionsbudgets der Gesetzlichen Krankenversicherung, für das ein festgesetzter Betrag je versicherter Person eingesetzt wird. Über dies Instrument können entsprechende Lösungsansätze auf der Ebene der Kommune entwickelt werden, die bei Erfolg verstetigt und nach entsprechender Evaluation auch als Modell zur Umsetzung in anderen Kommunen dienen können.

Änderungsvorschlag

Der § 8 SGB XI wird durch Absätze 2a bis 2c ergänzt.

„(2a) Die Pflegekassen, die Länder und die Kommunen fördern die Entwicklung kommunaler Strategien

1. zur positiven Beeinflussung der Pflegeprävalenz,
2. zur Deckung des Fachkräftebedarfs sowie zum Aufbau ehrenamtlicher Strukturen,
3. für die bedarfsgerechte integrierte Sozialplanung zur Entwicklung des Sozialraumes,
4. zum Auf-, Ausbau und zur Stabilisierung von Unterstützungs- und Entlastungsstrukturen für Pflegearrangements und
5. für innovative Konzepte zur Stärkung der gesellschaftlichen Solidarität im Sinne von Caring Community

im Wege der Anteilsfinanzierung im Umfang von insgesamt 1,50 Euro je Versicherten und Kalenderjahr zu gleichen Teilen. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an der Förderung durch die Pflegekassen mit 10 %. Das Nähere über das Verfahren zur Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, und zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel der Pflegekassen regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung. Das Nähere zur Beteiligung des Landes und der Kommunen für die Förderung nach Satz 1 regeln landesrechtliche Vorschriften.

(2b) Die regional zuständigen Pflegekassen, einzeln oder gemeinsam, und die Kommunen, einzeln oder gemeinsam, entscheiden einvernehmlich über das Fördervorhaben. Dem zuständigen regionalen Ausschuss nach § 8a Absatz 3 ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(2c) Das Bundesministerium für Gesundheit, das Bundesministerium des Innern und für Heimat und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, die Länder sowie die Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Einbezug relevanter Verbände und Vertreter der Pflegewissenschaft bilden einen Beirat mit Blick auf die Übertragbarkeit und Nachhaltigkeit der gewonnenen Erkenntnisse auf andere Regionen zur Entwicklung eines Leitfadens über Mindestanforderungen für den Zugang, zur Förderung und zur Begleitung der Förderungen.“

§ 8 Abs. 5a SGB XI Gemeinsame Verantwortung - Finanzierung der Geschäftsstelle zur tariflichen Entlohnung in der Langzeitpflege

Änderungsbedarf und Begründung

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. Es ist eine gesetzliche Klarstellung erforderlich, dass die Kosten für den Betrieb und die Weiterentwicklung der Erfassungsplattform für die jeweiligen Datenmeldungen gem. § 72 Abs. 3d und 3e SGB XI von der Geschäftsstelle zu tragen sind. In § 8 Abs. 5a SGB XI ist demnach eine entsprechende Ergänzung vorzunehmen. Zudem ist eine Beteiligung der privaten Pflege-Pflichtversicherung an den Aufwendungen der Geschäftsstelle 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.

Änderungsvorschlag

§ 8 Absatz 5a SGB XI ist wie folgt zu ändern:

Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ist die Finanzierung der Geschäftsstelle nach § 82c Absatz 6 sowie die Kosten für den Betrieb und die Weiterentwicklung der Erfassungsplattform für die jeweiligen Datenmeldungen gem. § 72 Abs. 3d und 3e SGB XI sicherzustellen. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.

§ 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.

§ 39 SGB XI Verhinderungspflege

Änderungsbedarf und Begründung

Zur Stärkung der häuslichen Pflege ist die Verhinderungspflege neu auszugestalten. Der Leistungszugang sollte nicht unnötig durch Vorpflegezeiten erfüllt werden müssen, daher soll auf die Vorpflegezeiten verzichtet werden. Es ist vorzusehen, dass der Anspruch auf Verhinderungspflege auch in vollstationären Einrichtungen der Langzeitpflege (eingestreute Verhinderungspflege) realisiert werden kann. Dadurch können pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen im Falle der Verhinderung der Pflegeperson individuell entscheiden, ob die Ersatzpflege in der häuslichen Umgebung oder aber in einer vollstationären Einrichtung durchgeführt wird, ohne den Anspruch auf Kurzzeitpflege zu berühren. Mit dem flexibleren Einsatz der Leistungen der Pflegeversicherung ist intendiert, nicht nur passgenauere Lösungen für die Unterstützung häuslicher Pflegearrangements zu finden, sondern auch das Leistungsrecht zu vereinfachen.

Die Verhinderungspflege ist im Versorgungsziel abzugrenzen von der Kurzzeitpflege. Der Leistungsanspruch der Verhinderungspflege ist im Versorgungsauftrag von der Kurzzeitpflege abzugrenzen und die Kurzzeitpflege weiterzuentwickeln.

Änderungsvorschlag

§ 39 Absatz 1 ist wie folgt zu fassen:

„Ist eine Pflegeperson, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 in seiner häuslichen Umgebung pflegt, wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für den Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich oder die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung (eingestreuete Verhinderungspflegeplätze) für längstens acht Wochen je Kalenderjahr; § 34 Absatz 2 Satz 1 gilt nicht. Eine vorherige Antragstellung ist nicht erforderlich. Auf welche Höhe sich die Kostenübernahme für die Ersatzpflege durch die Pflegekasse belaufen darf, bestimmt sich nach den Absätzen 2, 3 und 4.“

Absatz 2: Wird die Ersatzpflege durch andere Personen sichergestellt als solche, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen sich die Aufwendungen der Pflegekasse für die Ersatzpflegekosten je Kalenderjahr höchstens bis zu 3.386 Euro belaufen.

Absatz 3: Wird die Ersatzpflege durch Ersatzpflegepersonen sichergestellt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind

oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen sich die Aufwendungen der Pflegekasse je Kalenderjahr höchstens bis zu 3.386 Euro belaufen, wenn die Ersatzpflege von diesen Personen erwerbsmäßig ausgeübt wird. Wird die Ersatzpflege von diesen Personen nicht erwerbsmäßig ausgeübt, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse im Kalenderjahr regelmäßig den für den Pflegegrad des Pflegebedürftigen geltenden Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu zwei Monate nicht überschreiten. Auf Nachweis können von der Pflegekasse bei einer Ersatzpflege nach Satz 2 notwendige Aufwendungen, die der Ersatzpflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, auch über diesen Betrag hinaus übernommen werden. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 2 und 3 zusammen dürfen im Kalenderjahr den Betrag von 3.386 Euro nicht übersteigen.“

Absatz 4:

Wird die Ersatzpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung (eingestreuete Verhinderungspflegeplätze) durchgeführt, dürfen sich die Aufwendungen der Pflegekasse für die übernommenen pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege je Kalenderjahr höchstens bis zu 3.386 Euro belaufen.

§ 42 SGB XI Kurzzeitpflege

Änderungsbedarf und Begründung

Die Leistungen der Kurzzeitpflege sind neu auszurichten. Die Kurzzeitpflege folgt der bisherigen Logik einer stationären Verhinderungspflege. Mit Augenmerk auf das geltende umfassende Pflegeverständnis muss es jedoch das Ziel sein, den Versorgungsauftrag zu einem ressourcenorientierten, pflegerisch-therapeutischen Ansatz für alle pflegebedürftigen Menschen weiterzuentwickeln. Mit der Kurzzeitpflege kann gezielt der Gesundheits- und Funktionsstatus des pflegebedürftigen Menschen verbessert, seine Fähigkeiten und Selbstständigkeit gestärkt und die individuellen Ressourcen gezielt gefördert werden. Mit diesem weiterentwickelten Kurzzeitpflegeansatz kann ein maßgeblicher Beitrag geleistet werden,

- die Zunahme von Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern, verlorene Fähigkeiten wiederherzustellen (auch nach einem Akutereignis resp. Krankenhausaufenthalt),
- die Rückkehr in die Häuslichkeit unter Beteiligung des sozialen Umfelds vorzubereiten,
- die Rehabilitationsfähigkeit herzustellen.

Hierfür sind pflegerisch-therapeutische Interventionen erforderlich, die nur in interprofessionellen Teamstrukturen erbracht werden können. Als strukturelle Voraussetzungen für diesen sektorenübergreifenden Ansatz ist die Einbindung von Therapeut/innen für einen pflegerisch-therapeutischen Versorgungsansatz unerlässlich. Die Ansprüche auf Heil- und Hilfsmittelversorgungen gemäß SGB V bleiben hiervon unberührt.

Der leistungsrechtliche Anspruch und die vertragsrechtlichen Regelungen sind entsprechend zu gestalten.

Dieser Versorgungsauftrag wird einen Beitrag dazu leisten, positiv auf die Inzidenz der Schwere der Pflegebedürftigkeit einzuwirken. Das begründet auch die vollständige Finanzierung der pflegebedingten Aufwendungen bei der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege für acht Wochen im Jahr, vorausgesetzt die Mehrausgaben von geschätzt 0,8 Mrd. Euro werden gegenfinanziert.

C Änderungsvorschlag

Sofern eine Gegenfinanzierung durch Steuermittel für die Rentenversicherungsbeiträge der pflegebedürftigen Menschen abgesichert ist, wird § 42 wie folgt gefasst:

§ 42 SGB XI (neu)

„(1) Pflegebedürftige, die Leistungen nach § 36 (Pfllegesachleistungen), § 37 SGB XI (Pflegegeld) oder § 38 SGB XI (Kombinationsleistungen) erhalten, haben einen Anspruch auf Kurzzeitpflege:

- Für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
- in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

(2) Pflegebedürftige, die Leistungen nach § 43 SGB XI (vollstationäre Pflege) erhalten, haben Anspruch auf Kurzzeitpflege:

- Für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
- wenn durch ärztliche Bescheinigung mindestens folgende Voraussetzungen bestätigt werden,
 - der Gefahr der Chronifizierung mit einhergehenden Funktionseinschränkungen,
 - des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus

und zu diesem Zeitpunkt ein Anspruch auf Rehabilitation nach § 40 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht gegeben ist.

(3) Der Anspruch besteht ausschließlich in zugelassenen Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI in Verbindung mit § 42. Die Pflegekasse übernimmt neben den pflegebedingten Aufwendungen auch die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung. Der Anspruch ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr begrenzt.

(4) Ansprüche auf Heil- und Hilfsmittelversorgungen nach §§ 32 und 33 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleiben unberührt.“

In § 61a wird ein neuer Absatz 3 eingefügt:

„Der Bund leistet zur Übernahme der Aufwendungen nach § 44 monatlich zum 20. anteilig die Beiträge, die die Pflegekassen aufgrund der Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson entrichten muss, an den Ausgleichsfonds. Das Nähere zum Verfahren legt das Bundesamt für Soziale Sicherung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem GKV-Spitzenverband fest.“

§ 82c SGB XI Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen

Änderungsbedarf und Begründung

Das regional übliche Entlohnungsniveau setzt sich zusammen aus allen Entlohnungsbestandteilen, die in § 72 Abs. 3b Satz 2 Nr. 1-5 SGB XI aufgeführt werden. Neben dem Grundlohn sind hier beispielsweise noch die Ansprüche auf Weihnachtsgeld oder fixe pflegetypische Zulagen enthalten.

Bei Einrichtungen, die nicht an einen Tarifvertrag oder an eine kirchliche Arbeitsrechtsregelung gebunden sind und ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung für Pflegebedürftige erbringen, gem. § 72 Abs. 3b Nr. 4 SGB XI in Höhe der jeweiligen regional üblichen Entlohnungsniveaus entlohnen, wird nicht festgelegt, welche dieser Entlohnungsbestandteile durch die Einrichtungen gewährt werden müssen.

Eine solche Einrichtung erfüllt demnach die Zulassungsvoraussetzungen auch, wenn sie im Durchschnitt in den drei Beschäftigtengruppen als Stundenlohn das regional übliche Entlohnungsniveau einhält und keine weiteren Entlohnungsbestandteile gewährt.

Gem. § 82c Abs. 2 Satz 1 SGB XI kann die Entlohnung für diese Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, soweit diese insgesamt das regional übliche Entlohnungsniveau in der Region, in der die jeweilige Einrichtung betrieben wird, um nicht mehr als 10 % übersteigt. Demnach kann eine Einrichtung, die sich bei der Entlohnung am regional üblichen Entlohnungsniveau orientiert, auch nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, wenn sie im Durchschnitt in den drei Beschäftigtengruppen als Stundenlohn das regional übliche Entlohnungsniveau einhält und keine weiteren Entlohnungsbestandteile gewährt. Es existieren jedoch Einrichtungen, die das regional übliche Entlohnungsniveau in den Beschäftigtengruppen als Stundengrundlohn einhalten und darüber hinaus noch weitere Entlohnungsbestandteile wie Jahressonderzahlungen gewähren. Der Stundenlohn liegt zum Teil auch über dem Stundenlohn von tarifgebundenen Einrichtungen.

Da sich die prozentual zu berechnenden Zuschläge, wie bspw. Feiertagsarbeit oder Nachtarbeit, auf das Grundentgelt und nicht auf das regional übliche Entlohnungsniveau je Beschäftigtengruppe beziehen, ist es für die Nachvollziehbarkeit der Pflegeeinrichtungen erforderlich, die das regional übliche Entlohnungsniveau als Zulassungsvoraussetzungen gewählt haben, zumindest das durchschnittliche Grundentgelt separat auszuweisen.

Im Sinne der Transparenz lässt sich ohne höheren Aufwand ein Durchschnitt für jeden einzelnen Entlohnungsbestandteil je Beschäftigtengruppe im Bundesland berechnen und auch veröffentlichen.

Demnach ist hier eine Änderung des § 82c Abs. 5 Satz 3 SGB XI vorzunehmen, um die durchschnittlich gewährten Entlohnungsbestandteile gem. § 72 Abs. 3b Satz 2 Nr. 1-5 SGB XI abbilden zu können.

Änderungsvorschlag

§ 82c Abs. 5 Satz 3 SGB XI wird wie folgt formuliert:

Zu den erforderlichen Informationen nach Satz 1 Nr. 2 gehören insbesondere auch

1. das regional übliche Entlohnungsniveau im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nr. 1,
2. die regional üblichen Entlohnungsniveaus sowie die durchschnittlich gewährten Entlohnungsbestandteile gem. § 72 Abs. 3b Satz 2 Nr. 1-5 im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nr. 2 sowie
3. die regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nr. 3.

§ 105 SGB XI Abrechnung pflegerischer Leistungen

Änderungsbedarf und Begründung

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.

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.

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,“

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

Änderungsbedarf und Begründung

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 Mindererträge. 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.

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.

§ 153 SGB XI Erstattung pandemiebedingter Kosten durch den Bund; Verordnungsermächtigung

Bestehende Regelung/Sachstand

In § 153 SGB XI wird die Erstattung pandemiebedingter Kosten durch den Bund für die Jahre 2021 bis 2023 geregelt. Diese kann über eine Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen erfolgen. Die Regelung ist daran gebunden, dass aufgrund pandemiebedingter Mehrausgaben absehbar das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagesoll der Pflegekassen zu unterschreiten droht.

Änderungsbedarf und Begründung

Die pandemiebedingten Erstattungen durch den Bund richteten sich in der Vergangenheit nicht nach dem geleisteten Aufwand der Sozialen Pflegeversicherung, sondern an haushaltspolitischen Erwägungen der jeweiligen Bundesregierung. So wurden bisher 5,5 Mrd. der der Sozialen Pflegeversicherung auferlegten Pandemiekosten nicht erstattet, sodass zuerst die Mittel im Ausgleichfonds der Pflegekassen aufgebraucht und anschließend auch auf die gesetzlichen Rücklagen der Pflegekassen zurückgegriffen wurde. Das gesetzliche Soll an Betriebsmitteln von 1,0 Monatsausgaben nach § 63 Absatz 2 und Rücklagen von 0,5 Monatsausgaben nach § 64 Absatz 2 wird seitdem nicht mehr erreicht.

Änderungsvorschlag

§ 153 Satz 1 SGB XI wird wie folgt formuliert:

„Der Bund erstattet die pandemiebedingten Mehrausgaben der Pflegekassen aus den Jahren 2020 bis einschließlich 2023 in voller Höhe (Bundesmittel).“

§ 293 Abs. 8 SGB V – Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

Änderungsbedarf und Begründung

Mit dem Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz, PDSG, 2020) wurde der § 293 SGB V um den Abs. 8 erweitert. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wurde beauftragt, ein bundesweites Verzeichnis der ambulanten Pflegeeinrichtungen und Betreuungsdienste mit einem Versorgungsvertrag nach § 132a SGB V oder § 72 SGB XI sowie der dort beschäftigten Personen,

- die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V,
- die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V und
- Pflegekräften, die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 Absatz 1 SGB XI erbringen,

sowie ebenfalls

- der Pflegekräfte, mit denen die Pflegekassen Verträge nach § 77 Abs. 1 SGB XI abgeschlossen haben,

zu errichten.

Ziel dieses Verzeichnisses ist es, das Abrechnungsverfahren zu erleichtern und auf das Unterschriftenverfahren und die dazugehörigen Handzeichenlisten zu verzichten. Dabei dient die Vergabe der Beschäftigtennummern für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Pflege oder Betreuung insbesondere als „Qualitätssicherung für die elektronische Abrechnung“.

Die bisherigen Herausforderungen in der Umsetzung dieses Auftrags zeigen noch gesetzlichen Weiterentwicklungsbedarf. Zum einen werden die Beschäftigten in der Pflege oder Betreuung nicht aller Pflegeeinrichtungen, die Leistungen mit der Krankenversicherung abrechnen, im Beschäftigtenverzeichnis erfasst. Und zum anderen werden die damit verbundenen Potenziale mit Augenmerk auf Digitalisierung und Entbürokratisierung, wie es ein zentrales Anliegen der Konzertierte 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.

Erfassung der Beschäftigten in Pflege oder Betreuung aller Pflegeeinrichtungen, die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen und abrechnen

Auch stationäre Pflegeeinrichtungen haben Vertragsbeziehungen zu den gesetzlichen Krankenkassen, erbringen pflegerische und medizinische Leistungen nach dem SGB V und rechnen diese ab. Derzeit bleiben Beschäftigte in Pflege oder Betreuung im Beschäftigtenverzeichnis unberücksichtigt, wenn sie beispielsweise Leistungen

der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) erbringen, an Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Leistungen auf Pflegefachpersonen der vollstationären Pflege teilnehmen (§ 64d SGB V) oder die gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132g SGB V erbringen; hierfür sind auch besondere Kompetenznachweise erforderlich. Auch schließt § 293 Abs. 8 Satz 1 derzeit aus, dass Beschäftigte in vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen, die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V erbringen – anders als die ambulanten Pflegeeinrichtungen der außerklinischen Intensivpflege –, im Beschäftigtenverzeichnis nach § 293 Abs. 8 SGB V aufgeführt werden. Im Übrigen braucht es mit Augenmerk auf § 293 Abs. 8 Satz 7 SGB V eine Klarstellung im Abs. 8 Satz 1 Ziffer 1, dass Pflegeeinrichtungen, die einen Versorgungsvertrag nach § 132l SGB V haben, im bundesweiten Beschäftigtenverzeichnis abgebildet werden.

Im Sinne der Transparenz und einer effektiven und effizienten Abrechnungsprüfung aller Versorgungsleistungen ist eine Erweiterung des Verzeichnisses um Beschäftigte in SAPV-Diensten und stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI, die auch einem Versorgungsvertrag nach § 132a Abs. 4 Satz 1 SGB V und § 132l Abs. 5 SGB V abgeschlossen haben, unabdingbar.

Erweiterung des Verwendungszwecks des Beschäftigtenverzeichnisses, Vorlage der Nachweise über die Berufsqualifikation beim und Prüfung durch das BfArM

Das Beschäftigtenverzeichnis soll nach der PDSG-Gesetzesbegründung für die Abrechnung von Leistungen gegenüber den Krankenkassen herangezogen werden und im Wesentlichen den analogen Leistungsnachweis ablösen. Nach dem Gesetzeswortlaut des § 293 Abs. 8 Satz 9 SGB V dient das Beschäftigtenverzeichnis jedoch der Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Kranken- und Pflegekassen nach SGB V und SGB XI. Das ist auch sachgerecht, da die Vertragsbeziehung zwischen Kasse und Pflegeeinrichtung über die Abrechnung hinausgeht; dies betrifft auch die in Verträgen definierten Strukturanforderungen für Beschäftigte in Pflege oder Betreuung, u. a. mit Augenmerk auf Qualifikationserfordernisse. Das Beschäftigtenverzeichnis könnte auch als Grundlage, z. B. im Rahmen der Zulassungsprüfung, des Genehmigungsverfahrens und bei der Einhaltung der in Versorgungsverträgen definierten Anforderungen fungieren und damit Doppelprüfungen und -nachweise vermeiden. Hierfür ist es erforderlich, dass das BfArM eine Überprüfung der Berufsnachweise und zusätzlich erlangter Weiter- und Fortbildungen vornimmt und sich dabei nicht allein auf die Eigenangaben der Meldenden nach § 293 Abs. 8 Satz 7 SGB V verlässt. Die Nachweisführung beim BfArM ist auch sachgerecht, da zentral und personenbezogen die Beschäftigtennummer geführt wird und bei einem Arbeitgeberwechsel an die schon erhobenen Nachweise angeknüpft werden kann. Dies kann den Nachweisaufwand z. B. im Rahmen der Zulassung reduzieren. Zwar liegen im Rahmen der Zulassung zur Versorgung die Nachweise bei der federführenden Kranken- oder Pflegekasse im Status quo vor; die jetzigen Grundlagen führen aber nicht dazu, dass z. B. bei einem Arbeitgeberwechsel des Beschäftigten die Vorweisung der Pflegeeinrichtung und die Prüfung der Kranken- und Pflegekasse entfällt.

Die Kranken- und Pflegekassen, resp. ihre Landesverbände, erhalten bei der Zulassung von Einrichtungen nach §§ 132a, 132d SGB V und Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI oder bei Mitarbeiterwechsel die Qualifikationsnachweise der Beschäftigten; allerdings werden diese von den Kranken- und Pflegekassen ausschließlich einrichtungsbezogen verwaltet. Bei einem Wechsel des/der Beschäftigten müssen alle Qualifikationen erneut den Kranken- resp. Pflegekassen beglaubigt vorgelegt werden. Die Pflege unterliegt, nicht zuletzt aufgrund dynamischer Gesetzgebungsverfahren, stetiger Veränderungen, auch bei den Qualifikationsanforderungen (z. B. Blankoverordnung nach § 37 Abs. 8 SGB V).

In der Langzeitpflege ist die Fluktuation sehr hoch; durch eine „zentrale Verifizierung von Qualifikationen“ würde sowohl auf Seiten der Einrichtung als auch auf Seiten der Kassen und ihrer Landesverbände erheblicher Verwaltungsaufwand eingespart resp. reduziert werden.

Auch wäre das Beschäftigtenverzeichnis nach § 293 Abs. 8 SGB V eine geeignete Grundlage, geltende Personalanforderungen für die Pflegeeinrichtungen zu prüfen (z. B. im Sinne des § 113c SGB XI) und um den Personalabgleich nach § 115 Abs. 3 SGB XI durchzuführen.

Nach der derzeitigen Rechtslage werden weder von den Einrichtungen die Berufsurkunden und Qualifikationsnachweise dem BfArM vorgewiesen, 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 erneut überprüft werden. Mit der Abbildung verifizierter Qualifikationsnachweise in der Beschäftigtennummer könnten aber weitergehende Automatisierungsprozesse – wie sie auch in den Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Genehmigung und Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen umgesetzt sind – etabliert werden.

Elektronische Übermittlung des Beschäftigtenverzeichnisses an die Kranken- und Pflegekassen und ihre Landesverbände

Nach der derzeitigen Rechtslage stehen den Kassen nur Einzelabfragen zu Beschäftigtennummern beim BfArM zur Verfügung; dies steht damit einer Automatisierung der Abrechnungs- und Genehmigungsprozesse entgegen. Das widerspricht nicht nur der Logik, durch Digitalisierung auch Entbürokratisierungspotenziale zu schöpfen, sondern ist auch mit Blick auf die personelle Ausstattung nicht leistbar. Auch im Rahmen der Fehlverhaltensbekämpfung ist es notwendig, regelmäßig Abfragen für mehrere Personen über längere Zeiträume bei verschiedenen Betriebsstätten durchzuführen, was aufgrund komplexer Prüfkongstellationen mit der aktuellen Prüflogik nicht abbildbar wäre.

Zielführend ist es, wie es bereits gesetzlich für das Verzeichnis der an der vertragsärztlichen und –zahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Zahnärzte, sowie Einrichtungen geregelt und umgesetzt wird (vgl. § 293 Abs. 4 Sätze 5 bis 7 SGB V), das Beschäftigtenverzeichnis auch den Kranken- und Pflegekassen und ihren

Landesverbänden elektronisch zur Verfügung zu stellen. Das BfArM legt hierzu - im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband - die Struktur und das Datenformat für das Verzeichnis fest. Sofern eine Festlegung nicht zeitnah zustande kommt, erhält das Bundesministerium für Gesundheit die Möglichkeit durch Rechtsverordnung, das Nähere zur Struktur des Verzeichnisses, zum Datenformat und weitere Rahmenbedingungen zur maschinellen Übermittlung, zu regeln.

Änderungsvorschlag

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

„Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte errichtet bis zum 01. Oktober 2023 im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der Träger von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und Betreuungsdiensten nach § 71 Abs. 1a des Elften Buches maßgeblichen Vereinigungen sowie den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene, den Vereinigungen der Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen 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 Abs. 4 Satz 1, 132d Abs. 1 Satz 6, 132g Abs. 4 oder 132l Abs. 5 abgeschlossen haben, oder bei denen es sich um zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 Abs. 1 Satz 1 des Elften Buches handelt,
2. der Beschäftigten in Pflege oder Betreuung, die durch die in Nr. 1 genannten Leistungserbringer beschäftigt sind und häusliche Krankenpflege nach § 37, spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b, außerklinische Intensivpflege nach § 37c, gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase im Sinne von § 132g oder Leistungen nach §§ 36 Abs. 1, 41 Abs. 1, 42 Abs. 1, 43 Abs. 1 des Elften Buches erbringen, sowie
3. der Pflegekräfte, mit denen die Pflegekassen Verträge nach § 77 Abs. 1 des Elften Buches abgeschlossen haben.“

In § 293 Abs. 8 SGB V wird Satz 7 wie folgt geändert und ein neuer Satz 8 eingefügt.

„Die Leistungserbringer nach Satz 1 Nr. 1 und die Pflegekräfte nach Satz 1 Nr. 3 sind verpflichtet, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ab dem 01. August 2022 die Angaben nach Satz 4 Nr. 2 bis 5 und den Sätzen 5 und 6 zu übermitteln sowie unverzüglich jede Veränderung dieser Angaben mitzuteilen. 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 vorzuweisen.

Die Sätze 8 bis 11 werden zu den Sätzen 9 bis 12.

§ 293 Abs. 8 Satz 10 neu SGB V wie folgt geändert:

„Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte stellt den Kranken- und Pflegekassen und ihren Landesverbänden zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach diesem und nach dem Elften Buch das Verzeichnis im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Verfügung; Änderungen des Verzeichnisses sind unentgeltlich zu übermitteln, für andere Zwecke dürfen die Angaben nicht verwendet werden. Das Nähere zur Struktur des Verzeichnisses, zum Datenformat und zu weiteren Rahmenbedingungen zur maschinellen Übermittlung der Daten legt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband fest. Kann bis zum [Datum] das Einvernehmen nicht hergestellt werden, regelt das Bundesministerium für Gesundheit innerhalb von 6 Monaten durch eine Rechtsverordnung, ohne Zustimmung des Bundesrates, das Nähere.“



An die
Stv. Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit
Frau Dr. Kappert-Gonther, MdB
Deutscher Bundestag
Platz der Republik
11011 Berlin
Per E-Mail an: gesundheitsausschuss@bundestag.de

Berlin und München, den 5. Mai 2023

Stellungnahme von aba und AKA zu dem Aufwand für Zahlstellen der betrieblichen Altersversorgung (bzw. der öffentlich-rechtlichen und kirchlichen Zusatzversorgung) im Rahmen der Abführung kinderzahlbezogener Beiträge zur gesetzlichen Pflegeversicherung im Rahmen des Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetzes (PUEG)

Sehr geehrte Frau Dr. Kappert-Gonther,
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

die Umsetzung der geplanten Regelungen über die kinderzahlbezogene Abstufung der Beiträge zur gesetzlichen Pflegeversicherung (**§ 55 Abs. 3 SGB XI**) verursacht für Zahlstellen der betrieblichen Altersversorgung insbesondere aufgrund der Kurzfristigkeit des Inkrafttretens erheblichen Aufwand. Wir bedauern es daher sehr, dass erst so spät mit der Planung der technischen Umsetzung begonnen wurde.

Vorschläge zu einer wirksamen Begrenzung dieses Aufwands und damit der Kosten im Interesse der Träger und der Versorgungsberechtigten sind der ausschließliche Gegenstand dieser Stellungnahme.

Die **aba** ist der deutsche Fachverband für alle Fragen der betrieblichen Altersversorgung in der Privatwirtschaft und dem öffentlichen Dienst. Satzungsgemäß setzt sich die aba neutral und unabhängig vom jeweiligen Durchführungsweg für den Bestand und den Ausbau der betrieblichen Altersversorgung ein. In ihre Organisationsbereich sind als Versorgungsträger betroffen unter anderem rund 50.000 Unternehmen im Rahmen einer Direktzusage, geschätzt über 3.000 Unterstützungskassen, sowie rund 80 Lebensversicherungsunternehmen, 130 Pensionskassen und 30 Pensionsfonds.

Die **AKA** vertritt die 43 kommunalen und kirchlichen Zusatzversicherungs- und Beamtenversorgungskassen, die ihrerseits die Altersversorgung für über 10 Millionen Versicherte, Rentner, Pensionäre und Beamte sicherstellen.

Gemeinsam sprechen die Verbände somit für eine große Zahl von Versorgungsträgern, die im Rahmen des Zahlstellenverfahrens für gesetzlich Pflichtversicherte die Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung abführen und dabei die Kinderzahl grundsätzlich zu berücksichtigen haben.

Diese Versorgungsträger unterstützen nachdrücklich die im Regierungsentwurf (im Vergleich zum Referentenentwurf) neu aufgenommene Beauftragung mehrerer Ressorts der Bundesregierung mit der Entwicklung eines **zentralen Verfahrens zur Erhebung und zum Nachweis der Anzahl der Kinder**, die spätestens zum 1. Juli 2023 erfolgreich abgeschlossen sein soll.

Sollten die dafür notwendigen Änderungen an bereits bestehenden Verfahren *gesetzgeberischen* Änderungsbedarf erfordern, bitten wir um Zustimmung zu den entsprechenden, noch nicht vorliegenden Ergänzungsvorschlägen. Sollten die erforderlichen Änderungen hingegen nicht mehr im Rahmen *dieses* Gesetzgebungsverfahrens beschlossen werden können (z.B. weil sie durch eine Nutzung steuerrechtlicher Meldeverfahren den Rahmen eines zustimmungspflichtigen Gesetzes erfordern), bitten wir die Mitglieder des Gesundheitsausschuss dennoch um eine unterstützende Rolle beim Zustandekommen dieses Verfahrens.

Angesichts der Kürze der Zeit für eine Umsetzung sowie des eigenständig ausgeprägten Kinderbegriffs, der vsl. auch Fälle wie Adoptionen und Pflegeelternschaften enthalten wird, und des maßgeblichen Zeitrahmens, der ohne Ansehen des Ausbildungsstatus eines volljährigen Kindes pauschal bis zum vollendeten 25. Lebensjahr reichen wird, befürchten aba und AKA, dass trotz der geplanten Einrichtung eines zentralen Verfahrens am Ende die Versorgungsträger zumindest in der Anfangszeit bzw. bis zur Etablierung eines zentralen Verfahrens die *alleinige* Verantwortung für die Erfassung der zu berücksichtigenden Kinder tragen müssten.

Hiergegen sprechen wir uns vor dem Hintergrund folgender Überlegungen aus:

Erhebungen durch beitragsabführende Stellen sollten allenfalls **subsidiär** zu einem zentralen Verfahren stattfinden, das ansonsten mit hoher Verlässlichkeit für eine überwiegende Mehrzahl der Eltern-Kind-Beziehungen die benötigten Daten zur Verfügung stellt.

Die Erfassung der zu berücksichtigenden Kinder würde ansonsten bei den Versorgungsträgern zu einem sehr hohen Aufwand führen, der im bisherigen Gesetzgebungsverfahren nicht angemessen berücksichtigt worden ist und der sich wegen der unvermeidbaren Kostenmehrungen am Ende negativ auf das Leistungsniveau auswirken wird.

Zwar nimmt die bei einem Leistungsbezieher im Alter von 65 Jahren noch recht hohe Wahrscheinlichkeit, Kinder im Sinne des reformierten § 55 SGB XI zu haben, mit steigendem Alter ab. Komplette auszuschließen sind relevante Kindschaftskonstellationen gerade angesichts des eigenständig ausgeprägten Kinderbegriffs aber auch im hohen Alter nicht. Bestimmte Altersgruppen pauschal von einer Abfrage auszunehmen, erscheint daher schwer vorstellbar.

Diesbezüglich ist auch die Annahme im Gesetzentwurf bei den Schätzungen des Erfüllungsaufwands für die Wirtschaft kritisch zu hinterfragen. Dort heißt es „Rentenbezieher werden hier nicht berücksichtigt, da sie in der Regel keine Kinder mehr bekommen.“ (S. 51). Dies ist allein schon deshalb verfehlt, weil es nicht um das „Bekommen“ von Kindern geht, sondern um das „Haben“ unter 25-jähriger Kinder im weitgefassten Sinne des PUEG während des Leistungsbezugs.

Zu beachten ist auch: Selbst in (eher seltenen) Fällen, in denen die Versorgungsordnung einer Betriebsrentenzusage kinderzahlbezogene Komponenten aufweist, dürften die auf dieser Basis gewonnenen Kenntnisse über die Kinderzahl für Zwecke des PUEG nicht ausreichen, da der für die Versorgungsordnung maßgebliche Kinderbegriff in aller Regel ein anderer ist.

Ohne ein zentrales Verfahren bestünde nur durch eine Abfrage unter *allen* gesetzlich pflichtversicherten Versorgungsberechtigten überhaupt eine Aussicht auf eine korrekte Beitragsberechnung im Einzelfall. Je nach Branchenbesonderheiten wäre dies im Bereich von mindestens 75 Prozent bis nahe

100 Prozent aller Leistungsbezieher. *Nicht* zu befragen wären allein privatversicherte oder freiwillig gesetzlich versicherte Rentner; letztere auf Grund ihres Status als „Selbstzahler“.

Kostenwirksamer Aufwand wird den Versorgungseinrichtungen auf jeden Fall entstehen durch die technische Abbildung der Kinder in (Bestandsverwaltungs-)Systemen sowie in Abrechnungssystemen. Hinzu kämen im Fall der erfolgreichen Etablierung eines zentralen Verfahrens notwendige (und insofern nicht zu kritisierende) Aufwendungen für Anpassungen bei bestehenden Kommunikationswegen, z.B. dem sog. MAV-Verfahren, das Daten des Bundeszentralamts für Steuern (BZSt) über eine Datenschnittstelle zur Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) verfügbar macht.

Der Weg über ein automatisiertes Verfahren ist aus Sicht von aba und AKA also auf jeden Fall vorzugswürdig. Eine flächendeckende manuelle Abfrage durch Erstanschreiben der Versorgungsträger, bestehend aus Erstellung, Test und Versand, ferner: Entgegennahme, Prüfung und Erfassung zur Verarbeitung, wäre im Vergleich dazu außerordentlich kostenintensiv. Der oben beschriebene administrative Mehraufwand bei den Versorgungsträgern, der unvermeidlich leistungsmindernd auf alle Leistungsbezieher umgelegt werden müsste, könnte ansonsten den vom Gesetzgeber beabsichtigten Entlastungseffekt stark mindern oder komplett aufzehren.

Dies unterstreicht u.E. die Notwendigkeit einer wirksamen Entlastung durch ein zentrales, im oben genannten Sinne „subsidiäres“ Verfahren.

Der Gesetzgeber könnte darüber hinaus weitere Beiträge zu Verfahrenserleichterungen im Rahmen der Neufassung des § 55 Abs. 3 SGB XI leisten.

- Unter anderem erscheint es uns angezeigt, bereits durch einen klaren Gesetzeswortlaut sicherzustellen, dass Feststellungen zu einer Eltern-Kind-Beziehung **nur einmalig und mit dauerhafter Wirkung** bis zur tatsächlichen oder gegebenenfalls rechnerischen Vollendung des 25. Lebensjahres des jeweiligen Kindes getroffen werden. Zahlenmäßig seltene und für die Betroffenen stark belastende Situationen wie das Vorversterben eines unter 25-jährigen Kindes oder die vorzeitige Beendigung einer Adoptions- oder Pflegeelterneigenschaft sollten im Wege einer typisierenden Betrachtung also weder beitragsrechtliche Konsequenzen für die Versicherten, noch administrativen Anpassungsbedarf bei den beitragsabführenden Stellen nach sich ziehen.
- Außerdem empfehlen wir, angesichts des hohen, in den Schätzungen des Gesetzentwurfs u.E. nur unzureichend erfassten Erfüllungsaufwands und der unklaren Dauer bis zur Etablierung des zentralen Verfahrens, den **Zeitraum für unverzinsten Erstattungen** im Falle von Rückrechnungen als Ergebnis nachträglich eingereichter Belege über die Kinderzahl zu verlängern, möglichst bis zur tatsächlichen Etablierung des zentralen Verfahrens, mindestens aber bis 31.12.2024. Letzteres würde zum Gleichlauf der Zeiträume für die Zinsfreiheit und die möglichen Erstattungen führen.

Klaus Stiefemann
Geschäftsführer

Hagen Hügelschäffer
Geschäftsführer

aba Arbeitsgemeinschaft
betriebliche Altersversorgung e.V.
klaus.stiefemann@aba-online.de

AKA – Arbeitsgemeinschaft kommunale
und kirchliche Altersversorgung e.V.
hagen.huegelschaeffer@aka.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)106(3)
nicht gel. VB zur öffent. Anh. am
10.05.2023
08.05.2023

Bundessteuerberaterkammer, KdöR, Postfach 02 88 55, 10131 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Frau Dr. Kirsten Kappert-Gonther
Amtierende Vorsitzende
Platz der Republik 1
11011 Berlin

E-Mail: gesundheitsausschuss@bundestag.de



Bundessteuerberaterkammer
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

**Abt. Steuerrecht und
Rechnungslegung**

Unser Zeichen: Br/Ze
Tel.: +49 30 240087-16
Fax: +49 30 240087-77
E-Mail: steuerrecht@bstbk.de

8. Mai 2023

Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (BT-Drs. 20/6544)

Hier: Dringender Anpassungsbedarf bei kinderzahlabhängiger Beitragsstaffelung in der Pflegeversicherung

Sehr geehrte Frau Dr. Kappert-Gonther,

der o. g. Gesetzentwurf wird gegenwärtig im Ausschuss für Gesundheit des Bundestages beraten. Neben einer Reihe von Maßnahmen zur Verbesserung der Pflege sieht dieser Gesetzentwurf in § 55 SGB XI eine grundsätzliche Erhöhung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung um 0,35 Punkte auf 3,4 Prozentpunkte und eine Erhöhung des Beitragszuschlags von derzeit 0,35 auf künftig 0,6 Prozentpunkte vor. Weiter soll der Pflegebeitragssatz hinsichtlich der Anzahl der Kinder aber deutlich ausdifferenziert werden. Damit soll der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 umgesetzt werden, nach dem der Erziehungsaufwand bei der Höhe des Beitragssatzes in der Pflegeversicherung nach der Kinderzahl zum 1. Juli 2023 zu berücksichtigen ist.

Aus Sicht der Bundessteuerberaterkammer besteht dringender Nachbesserungsbedarf hinsichtlich des in § 55 SGB XI-E vorgesehenen Verfahrens zum Nachweis der Kindereigenschaft und zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung zum 1. Juli 2023.

Da die Bundessteuerberaterkammer als Vertreterin der über 100.000 Steuerberater, Steuerbevollmächtigten und steuerberatenden Berufsausübungsgesellschaften im Rahmen der Verbändeanhörung seitens des Bundesministeriums für Gesundheit nicht berücksichtigt wurde, möchten wir die Gelegenheit noch nutzen und Ihnen nachfolgend unsere gravierenden Bedenken kurz darstellen. Wir beschränken uns dabei auf Praktikabilitätserwägungen hinsichtlich des vorgesehenen Nachweises der Kindereigenschaft und des Zeitpunktes des Inkrafttretens.

1. Artikel 1 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuchs – Anmerkung zu Nr. 2 § 55 SGB XI-E

Verfahren zum Nachweis der Kindereigenschaft viel zu bürokratisch

Sollte dieses Gesetz so vom Bundestag verabschiedet werden, ist mit einem erheblichen Mehraufwand sowohl für Unternehmen als auch deren lohnabrechnende Stellen zu rechnen.

Steuerberater werden von ihren Mandanten aus dem Kreis der kleinen und mittelständischen Unternehmen im Rahmen ihres Lohnbuchführungsmandats mit der Erstellung der monatlichen Lohnabrechnungen beauftragt. Allein über das berufsstandseigene Rechenzentrum werden monatlich für mehr als 14 Mio. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Lohnabrechnungen erstellt.

Aus Sicht des steuerberatenden Berufs ist das jetzt vorgesehene und noch von den verschiedenen in § 55 Abs. 3 SGB XI-E genannten Bundesministerien zu konkretisierende Verfahren viel zu bürokratisch.

Bisher ist in den Lohnabrechnungsprogrammen seit dem Jahr 2005 für die Berechnung des Beitrags zur Pflegeversicherung allein die Elterneigenschaft maßgeblich. Dieser muss von den Arbeitnehmern gegenüber seinem Arbeitgeber allerdings bisher nur für ein Kind nachgewiesen werden.

Als Nachweise der Elterneigenschaft kommen heute laut „Informationsportal Arbeitgeber der Sozialversicherung“ insbesondere folgende Dokumente in Betracht: Geburtsurkunde oder Abstammungsurkunde, Vaterschaftsanerkennungsurkunde, Adoptionsurkunde, bei Stiefkindern: Heiratsurkunde aber auch der Eintrag eines oder eines halben Kinderfreibetrages in den ELStAM-Daten. Im Übrigen hat der Arbeitnehmer seine einmal nachgewiesene Elterneigenschaft bisher lebenslanglich behalten. Auch das Alter des Kindes hat sich bisher nicht auf die Höhe des Beitragssatzes ausgewirkt. Laut § 55 Abs. 3 SGB XI-E soll sich dieses künftig ändern. Der Abschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkte soll nur bis zum Ablauf des Monats berücksichtigt werden können, in dem das jeweilige Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat.

Durch die Umsetzung der Vorgabe des Bundesverfassungsgerichts muss jetzt für alle Kinder des Arbeitnehmers nicht nur deren Anzahl, sondern auch deren Alter erfasst und entsprechend in den Lohnabrechnungsprogrammen nachgehalten werden. Wir gehen davon aus, dass die bisherigen vorstehenden genannten Nachweiswege nach dem Inkrafttreten des Gesetzes auch als Nachweis für alle Kinder gelten werden. Damit konterkariert der Gesetzgeber aber seine eigenen Bestrebungen, die Bürokratielasten für die Wirtschaft und Unternehmen zu verringern und Bürokratie abzubauen in einem hohen Maße. Statt eines digitalen Verfahrens wird insbesondere auch durch die in Artikel 5 Nr. 2 vorgesehene Ergänzung der Beitragsverfahrensverordnung (BVV), den Nachweis zu den Entgeltunterlagen zu nehmen (§ 8 Abs. 2 Satz 1 Nr. 11 BVV-E), ein bürokratisches Papier-Verfahren geschaffen.

Datenübertragung digital und durch eine zentrale Stelle

Aus Sicht des steuerberatenden Berufs müssen die zu erhebenden Daten zur Umsetzung der Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts zur Beitragsdifferenzierung zwingend digital durch eine zentrale Stelle den Unternehmen zur Verfügung gestellt werden. Dem Gesetzgeber steht es frei, hier eine geeignete Stelle zu finden. Wichtig ist hier im Interesse der deutschen Wirtschaft und aller Arbeitgeber den Erhebungs-, Umsetzungs- und Pflegeaufwand auf das absolute Minimum zu begrenzen. Dies kann nur durch ein schnelles, einfaches und medienbruchfreies und vor allem digitales Verfahren und nicht durch das jetzt vorgesehene „analoge“ Verfahren erreicht werden.

2. Artikel 10 – Inkrafttreten

Zeitpunkt des Inkrafttretens zum 1. Juli 2023 unrealistisch – Verschiebung notwendig

Die Beitragsabschläge sollen bereits am 1. Juli 2023 in Kraft treten, damit der Gesetzgeber dem Auftrag und der Vorgabe des Bundesverfassungsgerichts zum Umsetzungszeitpunkt aus seinem Beschluss vom 7. April 2022 noch rechtzeitig nachkommen kann. Da sich das Gesetz noch im Gesetzgebungsverfahren befindet und nach den derzeitigen Planungen erst am 16. Juni 2023 den Bundesrat passieren soll, ist dieser Zeitpunkt völlig unrealistisch. So fehlt es den Arbeitgebern heute an einer gesetzlichen Grundlage, die notwendigen Nachweise bei ihren Mitarbeitern anzufordern. Auch sind die Ersteller der Lohnsoftware angesichts dieser Kurzfristigkeit nicht in der Lage, bereits zum 1. Juli 2023 die notwendige Software zu programmieren, zu testen und zertifizieren zu lassen und auch auszuliefern.

In dem Gesetzentwurf wird selbst festgestellt (Seite 86 der Gesetzesbegründung), dass die verwaltungsmäßige Umsetzung der nach Kinderzahl gestaffelten Beitragserhebung bei den Pflegekassen und den beitragsabführenden Stellen einen erheblichen vom Gesetzgeber anzuerkennenden Umstellungsaufwand nach sich ziehen wird. Der Gesetzgeber hat deshalb den zuständigen Stellen einen Zeitraum für die Umstellung bis spätestens zum 31. Dezember 2024 eingeräumt. Der Wortlaut des neuen Satzes 11 bringt dies dadurch zum Ausdruck, dass alle Erstattungsansprüche, die sich daraus ergeben, dass Mitgliedern mit zwei oder mehr Kindern auf den monatlichen Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 und 3 ein Abschlag zusteht, der angesichts des Umstellungsaufwands nicht von Beginn an berücksichtigt werden kann, so bald wie möglich, spätestens bis zu diesem Zeitpunkt zu erfüllen sind. Für die Praxis heißt dies, dass zunächst der Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 und 3 erhoben werden darf und es innerhalb des Umstellungszeitraums zu Ausgleichen kommen muss.

Leider erschließt sich weder aus dem Wortlaut des Gesetzes noch aus der Gesetzesbegründung wie diese Ausgleiche erfolgen und wer diese Ausgleiche berechnen soll.

Für Arbeitgeber bedeutet dieses einen gänzlich inakzeptablen Mehraufwand. Eine Verschiebung des Inkrafttretens ist zwingend geboten.



Erheblicher Mehraufwand durch rückwirkende Berücksichtigung des Beitragsabschlags in § 55 Abs. 3 SGB XI-E

Ein erheblicher Mehraufwand und Korrekturaufwand entsteht in der Lohnabrechnung auch für die vorgesehene Möglichkeit der Arbeitnehmer, Nachweise für ihre vor dem 1. Juli 2023 geborenen Kinder bis zum 31. Dezember 2023 vorzulegen mit der Folge, dass der ihnen zustehende Abschlag rückwirkend vom 1. Juli 2023 an gewährt wird (§ 55 Abs. 3 Satz 11 SGB XI-E). Durch diese Regelung müssen alle monatlichen Abrechnungen noch einmal korrigiert werden.

Aus Sicht des steuerberatenden Berufs besteht hinsichtlich der vorgesehenen Beitragssatzberücksichtigung wie oben aufgezeigt noch ein ganz erheblicher Nachbesserungsbedarf. Erst nach Etablierung eines digitalen Verfahrens durch eine zentrale Stelle kann eine kinderzahlabhängige Beitragsstaffelung in der Pflegeversicherung Berücksichtigung finden. Hier ist der Gesetzgeber gefordert, Nachbesserungen vorzunehmen.

Für Fragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Claudia Kalina-Kerschbaum
Geschäftsführerin

i. A. Ines Beyer-Petz
Referatsleiterin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)106(4)
nicht gel VB zur öffent. Anh. am
10.05.2023 - PUEG
09.05.2023

Der evangelische
Fachverband für
Teilhabe



BeB e.V. | Invalidenstraße 29 | 10115 Berlin

Gesundheitsausschuss im Deutschen
Bundestag

Bundesverband evangelische
Behindertenhilfe e.V. (BeB) –
der evangelische
Fachverband für Teilhabe

**Der Beirat der
Angehörigen und
rechtlichen
Betreuer*innen im BeB**

Invalidenstraße 29 | 10115 Berlin
Tel. | Fax: 030/ 83001-270 | -275
beirat-ang@beb-ev.de
www.beb-ev.de

Evangelischen Bank eG,
Konto-Nr.: 415138
BLZ 520 60410
IBAN: DE50 5206 0410
0000 4151 38
BIC: GENODEF1EK1
Ust-Id Nr.: DE 147 805 568

Berlin, 08.05.2023

Stellungnahme zum Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG)

Sehr geehrte Frau Kappert-Gonther, sehr geehrte Mitglieder des Gesundheitsausschusses im Deutschen Bundestag,

wir bitten Sie mit Nachdruck darum, den an Sie zur weiteren Beratung übermittelten Gesetzentwurf zum Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz unter Berücksichtigung der besonderen Situation der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Behinderungen zu prüfen und sich für notwendige Nachbesserungen einzusetzen.

Vorbemerkung

Der Beirat der Angehörigen und rechtlichen Betreuer*innen (BAB) im Bundesverband evangelische Behindertenhilfe – Der evangelische Fachverband für Teilhabe (BeB), ist das von den Interessenvertretungen der Angehörigen des BeB mit seinen über 600 diakonischen Einrichtungen, Diensten und Initiativen der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie gewählte bundesweite Verbandsgrremium der Angehörigen und rechtlichen Betreuer*innen. Gemeinsam mit dem Beirat der Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung im BeB begleiten wir den BeB-Vorstand im kritisch-konstruktiven Dialog und arbeiten daran, die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen in ihrer Vielfalt zu fördern sowie umfassende Mitbestimmung von Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung zu realisieren.

Menschlichkeit
stärken!

Diakonie

Unser Anliegen

Wir, die Mitglieder des BAB im BeB, sind enttäuscht und empört über den vom Kabinett abgestimmten Entwurf zum Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz. Nach den für pflegende Angehörige extrem herausfordernden Jahren der Corona-Pandemie, den Versprechen im Koalitionsvertrag und den Ankündigungen einer wirklichen Reform ist der Entwurf ein Schlag ins Gesicht von pflegenden Angehörigen. Mit allem Nachdruck fordern wir deutliche Nachbesserungen.

Zur Situation von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Behinderungen

Das gesamte Pflegesystem fokussiert Senior*innen. Zu wenig im Blick, auch im PUEG, ist die Situation der sehr langfristigen Pflegeleistungen von Eltern und Angehörigen von An- und Zugehörigen mit erworbenen Beeinträchtigungen und mit Kindern, die mit einer Behinderung zur Welt kommen. Sofern ein Pflegebedarf vorliegt, ist die Pflegeleistung hier zumeist langfristig und auf Dauer angelegt, beginnt oftmals schon mit der Geburt und geht über ein Leben. Eltern übernehmen mit Bekanntwerden der Diagnose ungelernnt und aus dem Stand heraus die Pflege ihrer Kinder. Die erforderlichen Fertigkeiten und Fähigkeiten müssen sie sich nach Geburt oder Unfall schnell selbständig aneignen und einen Weg für die ganze Familie finden. Oft liegen schwerwiegende Krankheiten zugrunde, viele Operationen, Krankenhausaufenthalte, Reha-Maßnahmen, lebenslange Physio-, Ergo- und Sprachtherapien und regelmäßige Arztbesuche sind zu bewerkstelligen. Die Versorgung mit angemessenen Hilfsmitteln und deren wachstumsbedingte Anpassung muss ebenfalls von den Angehörigen begleitet werden. Die Koordination von Terminen, Verordnungen und die Beantragung von Kostenübernahmen erfordert eine hohe organisatorische und kommunikative Kompetenz. Keine Leistung gibt es ohne Wissen oder Antrag in einem hochkomplexen, überbordend bürokratischen und nur begrenzt dienstleistungsorientierten System.

Die Pflege und Unterstützung der An- und Zugehörigen ist und bleibt eine große Herausforderung im Alltag und eine dauerhafte Belastung der Familien. Sie findet nur wenig, in jedem Fall nicht ausreichend Anerkennung in unserer Gesellschaft. Mehr noch: Die solidarische Übernahme der notwendigen Pflegeleistung durch Angehörige ist verbunden mit einem deutlich erhöhten Armutsrisiko. Enorm erschwert und oft verunmöglicht ist die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Das Pflegegeld, das der zu pflegenden Person zusteht, deckt nur das Notwendigste. Die erbrachte Pflegeleistung ist weit unter Mindestlohn vergütet – für den pflegenden Angehörigen für seinen Sohn mit Pflegestufe 5 und Unterstützungsbedarf

über 24 Stunden, der ergänzende Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch nimmt, liegt er aktuell, das haben wir errechnet bei 1,48 Euro. Zusätzlich erhöht ist das Risiko der Altersarmut aufgrund der nicht hinreichenden Anerkennung der Tätigkeit für die Rentenkasse. Der aktuelle Entwurf zum Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz ändert daran leider nur wenig.

Unsere Forderungen

Während sich die Tarifparteien im Öffentlichen Dienst auf einen Inflationsausgleich und eine deutliche Tarifierhöhung geeinigt haben, stellt der Gesetzentwurf gerade mal 5% für eine Erhöhung des Pflegegelds in Aussicht. Mit dieser ersten Erhöhung seit 2017! ist die Teuerung und Inflation der letzten Jahre bei weitem nicht gedeckt, das Armutsrisiko wird nicht gemindert sondern erhöht.

Wir fordern deshalb mit Nachdruck die Erhöhung des Pflegegelds um mindestens 10% und ab sofort seine konsequente jährliche Dynamisierung entlang der aktuellen Teuerungsrate.

Wir fordern darüber hinaus, dass für pflegende Angehörige, die aufgrund der Pflegetätigkeit nicht berufstätig sein können und nicht familienversichert sind, die Kosten für die Krankenversicherung durch die Pflegeversicherung übernommen werden und nicht ein Umweg über die Sozialhilfe notwendig ist.

Wir fordern zudem eine deutlich verbesserte Anerkennung der Pflegeleistung für die Rente.

Kurzzeit- und Verhinderungspflege sind wichtige Instrumente, die für pflegende Angehörige die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege verbessern, und für temporäre Entlastung sorgen bei der kraft- und zeitraubenden Pflege. Wir haben uns sehr darüber gefreut, dass der Referentenentwurf des PUEG die Einführung eines gemeinsamen Jahresbetrages für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege in Höhe von jährlich 3.386 Euro vorsah, der flexibel und ohne Einschränkungen für Leistungen der Verhinderungspflege einsetzbar ist. Dass dieser wirkliche Fortschritt im Kabinettsentwurf nicht mehr auftaucht, ist nicht hinnehmbar.

Wir fordern deshalb mit Nachdruck, die Regelungen des Referentenentwurfs zur Einführung des flexibel einsetzbaren Jahresbetrags in Höhe von 3.386 Euro für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege als Rechtsanspruch im PUEG festzuschreiben. Darüber hinaus ist es unbedingt notwendig, die speziellen Angebote der Kurzzeitpflege für Kinder, Jugendliche und Erwachsene regional

auszubauen, damit die Familien entlastet und die Angehörigen mit Beeinträchtigungen in der Kurzzeitpflege bedarfsgerechte Angebote erhalten.

Zur langfristigen Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger erachten wir es als wichtig und notwendig, dass Qualifizierungsmodelle entwickelt werden, mit denen sich pflegende Angehörige mit ihren in actu erworbenen pflegerischen Fertigkeiten und Fähigkeiten mit theoretischen Modulen im Rahmen ihrer häuslichen pflegerischen Tätigkeit zu Pflegefachkräften qualifizieren können, um mittelfristig ihre finanzielle Situation und beruflichen Perspektiven zu verbessern.

Die Maßnahmen zur Stärkung der privaten Pflege entlasten die stationäre Pflege – die Realisierung unserer Forderungen wird dazu beitragen.

Gerne erläutern wir die sich aus unserer Sicht ergebenden Bedarfe in einem persönlichen Gespräch.

Wir wünschen Ihnen erfolgreiche Beratungen.

Mit freundlichen Grüßen

Marion Linder
Vorsitzende des Beirats
der Angehörigen und rechtlichen
Betreuer*innen im BeB

Matthäus Hirscher
Stellv. Vorsitzender des Beirats
der Angehörigen und rechtl.
Betreuer*innen im BeB

Zur Kenntnis senden wir unsere Stellungnahme mit der Bitte um Unterstützung an

- Prof. Dr. Karl Lauterbach, Bundesgesundheitsminister
- Jürgen Dusel, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen
- Takis Mehmet Ali, Teilhabepolitischer Sprecher der SPD
- Corinna Ruffer, Teilhabepolitische Sprecherin Bündnis 90/ Die Grünen
- Jens Beeck, Teilhabepolitischer Sprecher der FDP
- Wilfried Oellers, Teilhabepolitischer Sprecher CDU/CSU
- Sören Pellmann, Teilhabepolitischer Sprecher Die Linke

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Bundesverband
Medizintechnologie e.V.
Reinhardtstraße 29b
10117 Berlin
Tel. +49 (0)30 246 255 - 0
Fax +49 (0)30 246 255 - 99
info@bvmed.de
www.bvmed.de

Berlin, 8. Mai 2023

BVMed-Stellungnahme zur Anhörung zum Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz - PUEG), BT-Drs. 20/6544

Inhaltsverzeichnis

I.	Einleitung	2
II.	Zusammenfassung	2
	Rolle der Pflege Qualifizierte Pflegefachkräfte effektiv in pflegerische Versorgung einbinden	2
	Entlastung der Pflege durch Medizintechnologien und Daten	2
	Unterstützung der Versorgungsstrukturen durch Digitalisierung.....	3
	Ausweitung der Definition von Digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) und des Anwendungsbereiches.....	3
	Finanzierung der Pflege	3
	Begutachtungsverfahren – hier: Empfehlung über notwendige Hilfsmittel und/oder Pflegehilfsmittel.....	4
	Weitere notwendige Änderungen im SGB V: Einführung eines Beratungsverfahrens im Rahmen eines Verfahrens zur Nutzenbewertung sonstiger Produkte zur Wundbehandlung .	4
III.	Änderungen im Gesetzentwurf.....	4
	Artikel 1: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	4
	Artikel 6: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	6
IV.	Weiterer dringender gesetzgeberischer Handlungsbedarf im SGB V:.....	7
	Nutzenbewertung nach §§ 31 Abs. 1a Satz 4, Abs. 1 S. 2 SGB V, Beratung im Rahmen eines Verfahrens zur Nutzenbewertung sonstiger Produkte zur Wundbehandlung.....	7

I. Einleitung

Der BVMed vertritt als Wirtschaftsverband über 300 Hersteller, Händler und Zulieferer und ist die Stimme der deutschen Medizintechnik-Branche. Im BVMed sind u. a. die 20 weltweit größten Medizinproduktehersteller im Verbrauchsgüterbereich organisiert.

Der BVMed ist maßgeblicher Spitzenverband der Hilfsmittelleistungserbringer und Homecare-Versorger auf Bundesebene für die Leistungserbringer nach § 126, 127 SGB V, deren Versorgungsspezialist:innen Patient:innen ambulant mit Hilfsmitteln, mit Verbandmitteln und enteraler Ernährung (§ 31 SGB V) versorgen – und die damit Versorgungspartner der Pflege und Teil des ambulanten Versorgungsnetzwerks sind.

II. Zusammenfassung

Der Entwurf des Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) zielt auf eine Verbesserung der Situation der Pflege ab. Dieses Vorhaben wird vom BVMed begrüßt. Es fehlt jedoch an verschiedenen Weiterentwicklungsoptionen und Flexibilisierungen, um vollumfänglich Nutzenpotentiale für die Pflegefachkräfte bzw. für die zu Pflegenden und deren Angehörige ausschöpfen zu können und dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Hier bieten die Medizintechnik und die sonstigen Leistungserbringer aus der Homecare- und Hilfsmittelversorgung Lösungsansätze, diese Nutzenpotentiale effektiver und schneller erschließen zu können. Sie können zudem zu einer Entlastung der Pflegefachpersonen sowie zum zielgerichteten Ressourceneinsatz beitragen.

Rolle der Pflege | Qualifizierte Pflegefachkräfte effektiv in pflegerische Versorgung einbinden

Um die Pflege effektiv zu entlasten, gilt es, vorhandene bzw. kurz- und mittelfristig mobilisierbare qualifizierte Ressourcen sinnvoll in die Pflegemodelle einzubinden.

Um den politischen Willen zur Stärkung der ambulanten Pflege realisieren zu können, sind entsprechende Kapazitäten in den Versorgungsstrukturen erforderlich. Trotz vieler Bemühungen sind die pflegerischen Strukturen nach wie vor enormen Personalengpässen ausgesetzt. Dies hat zur Konsequenz, dass notwendige ambulant-pflegerische Leistungen nicht oder nicht im ausreichenden Maße durchgeführt werden können – mit entsprechenden Auswirkungen auf Versorgung und Zustand der Patient:innen.

Des Weiteren führen die anhaltenden personellen Engpässe dazu, dass die angestrebte Stärkung und Ausweitung der ambulanten Pflege schwer realisierbar sind. Diese Versorgungslücken können geschlossen werden, wenn qualifizierte pflegerische Fachkräfte in die Erbringung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP-Leistungen) eingebunden werden, auch wenn diese keinem Häuslichen Krankenpflegedienst zuzuordnen sind. Der Gesetzgeber sieht diese Möglichkeit bereits vor, indem er in § 37 Abs. 1 SGB V für entsprechende Leistungen „eine qualifizierte Pflegefachkraft“ erfordert. Diese Option ist in der Versorgungspraxis jedoch noch ungenutzt. Entsprechende Konkretisierungen in der HKP-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, dass sich beispielsweise die Leistungserbringer an der Qualifikation und nicht an der Institution ausrichten muss, könnten diese Option jedoch fördern bzw. bilden die Grundlage für eine notwendige Anpassung der Rahmenverträge.

Entlastung der Pflege durch Medizintechnologien und Daten

Auch technologiegestützte Maßnahmen können in den ambulanten sowie stationären Bereichen eingeführt werden und erstrecken sich über alle pflegerischen Situationen und Versorgungsbereiche. Diese Maßnahmen können die Prozessgestaltung verbessern und bieten höhere Sicherheit und besseren Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz und dienen der Weiterentwicklung des Berufsbildes der Pflege.

Der Einsatz von innovativen Medizinprodukten und digitalen medizintechnologischen Lösungen können dazu beitragen, Wege aus der personellen Belastungsspirale zu ebnet:

- > Patient:innendaten können durch datengenerierende Medizintechnik direkt in digitale Patientenakten eingespielt werden, mit dem Ziel, den Dokumentationsaufwand für Pflegende zu reduzieren.
- > Die Automatisierung von zeitaufwändigen, ineffizienten und fehleranfälligen Prozessen kann vorgenommen werden, wie z. B. in der Arzneimittelgabe, durch beispielsweise ein integriertes, digitales Medikationsmanagement.
- > Digitale Hilfsmittel, die mit Sensorik ausgestattet sind, erleichtern pflegerische Abläufe, indem sie über die Notwendigkeit eines Verbandmittel-/Produktwechsels oder über eine mögliche Komplikation sofort informieren. Wertvolle Zeitressourcen von Pflegenden werden zugunsten der unmittelbaren Patient:innenpflege geschont.

Um den Nutzen dieser digitalen Möglichkeiten zur Entlastung der Pflege schnellstmöglich verfügbar zu machen, gilt es, einen entsprechenden gesetzlichen Rahmen zu schaffen.

Unterstützung der Versorgungsstrukturen durch Digitalisierung

Es ist vorgesehen, insbesondere die Digitalisierung künftig umfangreicher zu nutzen, um beruflich Pflegende bei der Dokumentation und in ihren Aufgaben merklich zu entlasten und die dort anfallenden Informationen zügig über die Telematikinfrastruktur allen beteiligten Fachkreisen zugänglich zu machen. Die Impulse des Koalitionsvertrages sollten auch in der Pflegereform aufgenommen werden, um Wege aufzuzeigen, wie Technologiemöglichkeiten umfassender genutzt werden können. Pflegende können damit entlastet und in ihrer Tätigkeit gestärkt werden.

Ausweitung der Definition von Digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) und des Anwendungsbereiches

Die zügige Umsetzung der Einführung der Digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) ist nicht nur für den ambulanten Bereich essenziell, sondern auch im stationären Bereich unabdingbar. Dadurch kann u. a. die Pflegebedürftigkeit vermindert, die Selbstständigkeit sowie die Teilhabe gestärkt werden, Pflegende werden entlastet und dem Pflegemangel kann aktiv entgegengetreten werden.

Digitale Pflegeanwendungen sollen auch digitale Hilfsmittel umfassen; die Verankerung zusätzlicher Mittel im SGB XI sollte ermöglicht werden, damit ihr Leistungsanspruch auf das stationäre Umfeld ausgeweitet werden kann. Nach dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPfMG) sind DiPAs bisher ausschließlich für den Einsatz im ambulanten Bereich vorgesehen. Dabei können DiPAs im stationären Bereich zur Unterstützung der pflegerischen Tätigkeit ebenfalls sinnvoll sein, insbesondere wenn man unter DiPAs auch digitale Hilfsmittel erfasst. Hierfür sollten zusätzliche Mittel bereitgestellt werden.

Finanzierung der Pflege

Positiv wird auch bewertet, dass mit dem Gesetzentwurf die häusliche Pflege finanziell gestärkt werden soll. Davon würde die Qualität der Pflege profitieren. Es gab es in den letzten Jahren massive Kostensteigerungen, sodass es auch hier in allen Versorgungsbereichen einer Dynamisierung bedarf.

Alle Leistungen in Deutschland unterliegen aktuell einer erheblichen Kostensteigerung angesichts der Inflation durch gestiegene Energie- und Transportkosten, gestiegene Rohstoffpreise, gestiegene Lohnkosten und teilweise gestörte Lieferketten. Nicht nachvollziehbar ist deshalb eine Anpassung von 5% erst im Jahr 2024, wohingegen die Beitragssatzerhöhung schon zum 01.07.2023 erfolgen soll. Hier muss früher eine tragfähige Lösung für alle Leistungsbereiche gefunden werden. Dies betrifft auch zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel.

Begutachtungsverfahren – hier: Empfehlung über notwendige Hilfsmittel und/oder Pflegehilfsmittel

Wir befürworten die Ansätze, die zur Stärkung des Berufsbildes Pflege verfolgt werden, die u.a. auch die Weiterentwicklung des Begutachtungsverfahrens vorsehen. Bei der Umsetzung des Empfehlungsverfahrens sind jedoch die Besonderheiten des jeweiligen Versorgungs- bzw. Verwaltungsprozesses zu berücksichtigen. Ansonsten würden diese Regelungen zu vermeidbaren, zusätzlichen administrativen Aufwendungen sowohl auf Seiten der Krankenkassen als auch bei den Leistungserbringern führen, die im Ergebnis die Versorgungsprozesse der Versicherten verlangsamen.

Weitere notwendige Änderungen im SGB V: Einführung eines Beratungsverfahrens im Rahmen eines Verfahrens zur Nutzenbewertung sonstiger Produkte zur Wundbehandlung

Der BVMed spricht sich im Rahmen des Verfahrens zur Nutzenbewertung sonstiger Produkte zur Wundbehandlung für ein Beratungsrecht beim G-BA analog zum Arzneimittelbereich aus, um Klarheit und Sicherheit beim Antragsprozess, aber insbesondere zu den Anforderungen an Evidenz und Nutznachweise für die Erstattungsfähigkeit der „sonstigen Produkte zur Wundbehandlung“ zu schaffen. In diesem Zusammenhang spricht sich der BVMed auch für die Verlängerung der Übergangsfrist aus.

III. Änderungen im Gesetzentwurf

A) Artikel 1: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

1. Artikel 1, Nr. 10 § 18b Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„§ 18b Inhalt und Übermittlung des Gutachtens

[...]

(3) Die im Gutachten gegebenen konkreten Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung gelten hinsichtlich Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die den Zielen von § 40 dienen, jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherte zustimmt. Bezüglich der empfohlenen Hilfsmittel, die den Zielen nach § 40 dienen, wird das Vorliegen der nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches notwendigen Erforderlichkeit vermutet; insofern bedarf es keiner ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches. Bezüglich der empfohlenen Pflegehilfsmittel wird die Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 vermutet. Welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel im Sinne von Satz 1 den Zielen von § 40 dienen, wird in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 konkretisiert. Dabei ist auch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches über die Verordnung von Hilfsmitteln zu berücksichtigen. Für Empfehlungen für Versorgungsungen nach § 33 des Fünften Buches gilt § 33 Abs. 5a SGB V.“

Begründung:

Die vorgesehene Regelung steht im Widerspruch zu § 33 Abs. 5a SGB V, wonach eine vertragsärztliche Verordnung nur erforderlich ist, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Des Weiteren sieht Satz 2 die Möglichkeit eines Genehmigungsverzichts vor, der in den entsprechenden Verträgen mit Hilfsmittelleistungserbringern nach § 126, 127 SGB V vereinbart ist.

Im Sinne der Reduktion administrativer Aufwände – auf Seiten der Pflege sowie zugleich der Hilfsmittelleistungserbringer halten wir die nun mit PUEG vorgesehene Regelung für ungeeignet, da diese die bereits vereinbarten Genehmigungsverzichte negiert. Wir regen stattdessen eine Referenzierung des § 33 Abs. 5a SGB V an.

2. Artikel 1 Nr. 10, § 18c Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

§ 18c Entscheidung über den Antrag, Fristen

„[...]“

(3) Die Pflegekasse übermittelt dem Antragsteller unverzüglich die Entscheidung über die in dem Gutachten empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel und weist ihn zugleich auf die zur Auswahl stehenden Leistungserbringer hin; dabei gilt § 33 Absatz 6. Spätestens mit der Mitteilung der Entscheidung nach Absatz 1 Satz 1 informiert die Pflegekasse den Antragsteller über die Bedeutung der empfohlenen Hilfsmittel und klärt ihn über die Regelung nach § 32 Absatz 1a des Fünften Buches auf. Die Pflegekasse leitet eine Mitteilung über die empfohlenen Hilfsmittel der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt schriftlich oder elektronisch zu, wenn der Antragsteller in die Weiterleitung einwilligt. Die Entscheidung der Pflegekasse über die in dem Gutachten empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel sind somit Grundlage für die Abrechnung nach § 302 des Fünften Buches.“

Begründung:

Es ist sicherzustellen, dass im Zuge dieses spezifischen Genehmigungsverfahrens, in dem die Pflegekasse auf die zur Auswahl stehenden Leistungserbringer hinweist, die Wahlfreiheit der Versicherten gewahrt bleibt. Ein Verweis auf das in § 33 Abs. 6 SGB V definierte Makelverbot ist somit unverzichtbar.

Alternativ schlagen wir ein Procedere vor, das dem Versorgungsprozess gemäß Hilfsmittelrichtlinie entspricht und somit praxisnäher und erwiesen ist: Demnach wäre ein festgestellter Hilfsmittelbedarf im Rahmen der Begutachtung separat zu dokumentieren; dieses Dokument wäre wiederum dem Versicherten zu übergeben, der sich zur Versorgung an einen Hilfsmittelleistungserbringer seiner Wahl wenden kann. Da dieses Dokument gemäß § 18b einer ärztlichen Verordnung gleichgestellt wäre, könnte die weitere Umsetzung der Versorgung gemäß dem jeweils bestehenden Hilfsmittelversorgungsvertrag nach § 127 SGB V erfolgen.

Voraussetzung zur Abrechnung einer Erstversorgung mit Hilfsmitteln ist grundsätzlich die vertragsärztliche Verordnung. Diesen Umstand sehen auch die Abrechnungsregelungen zum § 302 SGB V vor. Es muss eine Anpassung dahingehend erfolgen, dass die ärztliche Verordnung nicht mehr zwingend beizubringen wäre, sondern in vorliegender Konstellation die Genehmigung der Pflege-/Krankenkasse – auch ohne separates ärztliches Rezept – als abrechnungsbegründende Grundlage ausreichend ist. Andernfalls droht dem versorgenden Leistungserbringer, dass er für diese Versorgung keine Vergütung erhält - insbesondere dann, wenn er das Gutachten mit der Hilfsmittelpfehlung nicht vorliegen hat. Es ist zu prüfen, ob es einer entsprechenden Anpassung des § 302 SGB V bedarf.

3. Artikel 1, Nr. 16, § 40a Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Anwendungen, die wesentlich auf digitalen Technologien beruhen und von den Pflegebedürftigen oder in der Interaktion von Pflegebedürftigen mit Angehörigen, sonstigen ehrenamtlich Pflegenden oder ~~zugelassenen ambulanten~~ Pflegeeinrichtungen genutzt werden, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, soweit die Anwendung nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten ist (digitale Pflegeanwendungen).“

[...]

Begründung:

Digitale Anwendungen bieten ein immenses Potential, angespannte Personalsituationen in Pflegeeinrichtungen zu entlasten. Dieser Faktor betrifft gleichermaßen die Pflege im ambulanten wie auch im stationären Bereich. Die Beschränkung des Leistungsanspruchs auf nur zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen ist aus diesem Grund nicht nachvollziehbar und auch nicht zielführend.

Technologische Weiterentwicklungen, beispielsweise im Bereich der Hilfsmittelversorgung ermöglichen erhebliche Daten auszuwerten und damit die Versorgung effizienter und besser zu managen. Bei der Anwendung von Hilfsmitteln sind oftmals Pflegekräfte involviert, die hiermit maßgeblich entlastet werden könnten. Beispielsweise können die im Rahmen einer Inkontinenz- oder Stomaversorgung oder auch zur Dekubitus-Prophylaxe in einer digitalen Anwendung analysierten Daten u. a. über die Notwendigkeit einer Lagerung, eines Produktwechsels oder einer möglichen Komplikation informieren. Somit ließe sich die Effizienz der täglichen Arbeit und Arbeitszeit des Pflegepersonals optimieren und durch die Prävention von Komplikation der Versorgungsaufwand reduzieren.

4. Artikel 1, Nummer 45, nach § 125a wird folgender § 125b eingefügt:

„§ 125b Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

a) In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „Informationstechnologie“ folgende Wörter eingefügt: *„und Medizintechnologie“*

b) In Absatz 5 Satz 2 werden nach dem Wort „Informationstechnologie“ folgende Wörter eingefügt: *„und Medizintechnologie“*

Begründung:

Zur Digitalisierung in der Langzeitpflege wird ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege eingerichtet. Potentiale zur Verbesserung und Stärkung der pflegerischen Versorgung sowohl für die Betroffenen als auch die Pflegenden werden dadurch identifiziert und verbreitet. Die hier angedachte Interdisziplinarität im Beirat ist grundsätzlich zu begrüßen; es sollte jedoch auch aktiv mindestens ein Stakeholder aus der Medizintechnik einbezogen werden. Durch die zunehmende Vernetzung im Gesundheitswesen sind auch Hersteller von Medizintechnik und Hilfsmitteln im Bereich Pflege und die ambulanten Homecare-Leistungserbringer in der Hilfsmittelversorgung eine relevante Größe. Dementsprechend ist es unerlässlich, dass auch die Expertise der maßgeblichen Branchenorganisationen der Hersteller von Medizintechnologien und ambulanten Homecare-Leistungserbringer in der Hilfsmittelversorgung einbezogen wird.

B) Artikel 6: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Artikel 6, Nr.8 dem § 341 wird folgender Absatz 8 angefügt:

„[...]“

(8) Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch sowie geeignete Pflegekräfte gemäß § 37 Abs. 1 SGB V haben bis zum 1. Juli 2024 alle Voraussetzungen zu erfüllen, um den Zugriff auf die elektronische Patientenakte und den Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 306 umzusetzen. § 360 Absatz 8 gilt unverändert.“

Begründung:

Nicht nur ambulante Pflegeeinrichtungen, sondern auch Pflegekräfte gemäß § 37 Abs. 1 SGB V sind befugt, Leistungen der Häuslichen Krankenpflege (HKP) zu erbringen. Die Erfüllung dieser Leistungen erfolgt durch diese geeigneten Pflegekräfte unabhängig von ihrem Beschäftigungsort. Aus diesem Grunde sind diese mit an die Telematikinfrastruktur anzubinden.

IV. Weiterer dringender gesetzgeberischer Handlungsbedarf im SGB V:

A) Nutzenbewertung nach §§ 31 Abs. 1a Satz 4, Abs. 1 S. 2 SGB V, Beratung im Rahmen eines Verfahrens zur Nutzenbewertung sonstiger Produkte zur Wundbehandlung

1. § 31 Absatz 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nr. 1 oder Nr. 2 des Medizinproduktegesetzes in der bis einschließlich 25. Mai 2021 geltenden Fassung zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung einbezogen werden; § 34 Abs. 1 Satz 5, 7 und 8 und Abs. 6 sowie § 35, § 35a Abs. 7 und die §§ 126 und 127 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung gelten entsprechend.“

Begründung:

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) stellt im Rahmen von Verfahren zur Nutzenbewertung sonstiger Produkte zur Wundbehandlung fest, in welchen Fällen diese Medizinprodukte zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in die Arzneimittelversorgung einbezogen werden können.

In vergleichbaren Verfahren, beispielsweise zur Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln nach § 35a SGB V oder zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 137h SGB V, gewährt der Gesetzgeber bisher involvierten Parteien, insbesondere herstellenden Unternehmen, eine Beratung u.a. zur Methodik zur Durchführung der für die Nutzenbewertung erforderlichen Studien, indem er einen entsprechenden Beratungsanspruch kodifiziert hat.

Ein solcher Beratungsanspruch besteht gegenwärtig im Rahmen des Verfahrens zur Nutzenbewertung nach §§ 31 Abs. 1a Satz 4, Abs. 1 Satz 2 SGB V nicht.

Im Sinne einer konsistenten und gleichheitskonformen Verfahrensstruktur sowie zur Unterstützung der Hersteller sonstiger Produkte zur Wundbehandlung in diesem Nutzenbewertungsverfahren fordern ein solches Beratungsrecht auch hier einzuführen.

Dies kann bspw. mit vorgeschlagener einfacher Ergänzung des bestehenden § 31 Abs. 1 Satz 2 SGB V erfolgen, der die im AMNOG-System bewährte Beratung in entsprechender Weise auch hier zur Anwendung bringt.

2. Übergangsfrist nach § 31 Abs. 1a S. 5 SGB V

§ 31 Absatz 1a wird wie folgt gefasst:

(1a) Verbandmittel sind Gegenstände einschließlich Fixiermaterial, deren Hauptwirkung darin besteht, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken, Körperflüssigkeiten von oberflächengeschädigten Körperteilen aufzusaugen oder beides zu erfüllen. Die Eigenschaft als Verbandmittel entfällt nicht, wenn ein Gegenstand ergänzend weitere Wirkungen entfaltet, die ohne pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkungsweise im menschlichen Körper der Wundheilung dienen, beispielsweise, indem er eine Wunde

feucht hält, reinigt, geruchsbindend, antimikrobiell oder metallbeschichtet ist. Erfasst sind auch Gegenstände, die zur individuellen Erstellung von einmaligen Verbänden an Körperteilen, die nicht oberflächengeschädigt sind, gegebenenfalls mehrfach verwendet werden, um Körperteile zu stabilisieren, zu immobilisieren oder zu komprimieren. Das Nähere zur Abgrenzung von Verbandmitteln zu sonstigen Produkten zur Wundbehandlung regelt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31. August 2020 in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6; Absatz 1 Satz 2 gilt für diese sonstigen Produkte entsprechend. Bis zum 31.12.2026 ~~36 Monate nach dem Wirksamwerden der Regelungen nach Satz 4~~ sind solche Gegenstände weiterhin zu Lasten der Krankenkassen zu erbringen, die vor dem Wirksamwerden der Regelungen nach Satz 4 erbracht wurden.

Begründung:

Das Beratungsrecht soll die erforderliche Klarheit zur Durchführung des Antragsverfahrens schaffen. Aufgrund der Besonderheiten von Wirkweise und Anwendung von Produkten der Wundversorgung muss dem jedoch ein Diskurs im Gemeinsamen Bundesausschuss über die geeigneten Kriterien des Nutzenachweises sowie über die erforderlichen methodischen Anforderungen vorweggehen. Die Umsetzung erfordert entsprechende Zeit. Dies setzt die Verlängerung der in Absatz 1a definierten Übergangsfrist voraus. Wir halten mindestens 36 Monate für erforderlich und regen dringend eine Anpassung des § 31 Absatz 1a Satz 5 SGB V an.

BVMed – Bundesverband
Medizintechnologie e. V.

STELLUNGNAHME BKK DACHVERBAND E.V.

vom 8. Mai 2023

zum Gesetzesentwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)

Inhalt

I. VORBEMERKUNGEN	4
II. DETAILKOMMENTIERUNG	7
Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	7
Zu Nr. 9b: Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen (§ 17 SGB XI)	7
Zu Nr. 10: Verfahren zur Feststellung der Pflegbedürftigkeit und Berichtspflichten (§§ 18 bis 18e SGB XI)	8
Zu Nr. 20: Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung	15
Zu Nr. 26b: Beteiligung des Bundes an Aufwendungen (§ 61a Abs. 2 neu)	21
Zu Nr. 28: Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung (§ 75 Absatz 1, 2 und 3)	21
Zu Nr. 40: Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen (§ 113c SGB XI)	23
Zu Nr. 42b: Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Pflegeeinrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht (§ 114c SGB XI)	25
Zu Nr. 48 Zuführung der Mittel (§ 135 Abs.3)	26
Artikel 2 Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch	26
Zu Nr. 5: Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (37 SGB XI)	26
Zu Nr. 6b: Kurzzeitpflege	27
Zu Nr. 7: Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson (42a SGB XI)	27

Zu Nr. 12: Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen (§ 43c SGB XI)	30
Zu Nr. 15: Absenkung der Verwaltungskostenpauschale (§ 46 Abs. 3 Satz 1)	32
Zu Nr. 16: Übersicht über die in Anspruch genommenen Leistungen durch Kasse auf Wunsch	32
Artikel 6 Änderungen des fünften Buches Sozialgesetzbuch	33
Zu Nr. 4: Medizinische Rehabilitationsleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung für Pflegepersonen (§ 40 SGB V)	33
Zu Nr. 8: Anbindung der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an die TI (§ 341 Abs. 8 SGB XI neu)	33
Artikel 7 Änderungen des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch	33
Zu Nr. 1: Medizinische Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung für Pflegepersonen (§ 13 Abs. 1 SGB VI)	33
III. WEITERGEHENDER ÄNDERUNGSBEDARF	35
Vereinfachung der Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b Absatz 1 SGB XI	35
Digitalisierung des Nachweises über einen Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI	35
Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen (§ 82c SGB XI)	36
Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen (§ 40a SGB XI)	37
Vergütungskürzung (§ 115 Absatz 3a SGB XI)	37
Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer (§ 293 Abs. 8 SGB XI)	38

I. VORBEMERKUNGEN

Der vorliegende Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz - PUEG) hat die Verbesserung der pflegerischen Situation in Deutschland zum Ziel. Hierbei sollen einerseits die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen in der häuslichen Situation und andererseits die professionellen Pflegefachkräfte mit Blick auf ihre Arbeitsbedingungen profitieren. Damit werden zu Recht drängende Handlungsfelder adressiert. Schließlich findet ein Großteil der Pflege nach wie vor in der Häuslichkeit statt und der pflegerische Fachkräftemangel ist drastisch spürbar. Daher ist keine Zeit mehr zu verlieren, um hier nachhaltige Strukturen bzw. Maßnahmen zu etablieren.

Zeitdruck für dieses Gesetz entsteht ferner durch die Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichtes, bis zum 31. Juli 2023 die Berücksichtigung des Erziehungsaufwandes von Eltern verfassungskonform zu gestalten.

Entsprechend hoch waren die Erwartungen an und Hoffnungen auf dieses Gesetz.

Um es auf den Punkt zu bringen: Sie werden nicht erfüllt. Dieses Gesetz ist nicht der „große Wurf“, der **eine nachhaltige Finanzierung oder Leistungsgestaltung der Sozialen Pflegeversicherung (SPV)** ermöglicht. Damit werden wichtige und dringend erforderliche Weichenstellungen versäumt und zeitlich weiter verschoben.

Mit Blick auf die Finanzierung bleibt der Gesetzentwurf sogar hinter dem Koalitionsvertrag zurück, der die Refinanzierung von Kosten für pflegefremde Leistungen, wie bspw. Sozialversicherungsbeiträge von Pflegepersonen vorsieht. Auch die pandemiebedingten Kosten bleiben im alleinigen Verantwortungsbereich der SPV. Statt der avisierten Bundeszuschüsse werden nun die Pflegeversicherten mit höheren Versicherungsbeiträgen belastet. Die vorgenommenen, finanziellen Entlastungen wie z.B. beim Pflegegeld und ambulanten Sachleistungen oder bei den Eigenanteilen in Heimen sind der buchstäbliche Tropfen auf dem heißen Stein. Die Pflegeversicherten haben auch zu schultern, dass die Länder nicht Ihren Pflichten bei den Investitionskosten sowie z.B. Personalanwerbungskosten nachkommen. Damit wird – bei allem Verständnis für die aktuellen, krisenbedingten Herausforderungen der Bundesregierung - weiter negiert, dass Pflege eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung ist, die auf breite Schultern zu verteilen und generationengerecht zu gestalten ist.

Vor diesem Hintergrund kann der vorliegende Gesetzentwurf nur als erster Schritt verstanden werden, der weitere, kurzfristig wirkenden Maßnahmen der Finanzierung und Leistungsgestal-

tung nach sich zieht. Um die darüber hinaus notwendigen mittel- und langfristigen Fragestellungen zu bearbeiten, müssen dringend die Expertinnen und Experten an einen Tisch. Die Hoffnung liegt nun auf den angestrebten politischen Empfehlungen bis Mai 2024.

Neben dieser übergreifenden Kritik, sehen die Betriebskrankenkassen auch ganz konkreten Änderungsbedarf bei diesem Gesetz. **Folgende Punkte sind hierbei im Besonderen zu nennen:**

- Eine **finanzielle Entlastung in der Pflegeversicherung für Kinderreiche** ist von Seiten des BKK Dachverbandes zu begrüßen. Die anstehenden Verwaltungsaufgaben hinsichtlich der detaillierten Ermittlung über den jeweiligen Kinderstand sind allerdings nicht trivial und der enorme Erfüllungsaufwand auf mehrere Stellen aufzuteilen, um eine zeitnahe Umsetzung sicherzustellen. Folglich sind Fristen anzupassen bspw. eine Verlängerung des Rückwirkungszeitraums für die Vorlage von Nachweisen zu Kindern bis zum 31. März 2024. Auch der Verzinsungsausschluss ist in diesem Zuge auf den 31. Dezember 2024 zu verlängern. Andernfalls sind etwaige Zinszahlungen durch den Bund auszugleichen. Als langfristige Erweiterung des Meldeverfahren empfiehlt der BKK Dachverband, die Anzahl sowie Geburts- und Sterbedatum der berücksichtigungsfähigen Kinder als Bestandteil der jeweiligen Sozialversicherungsmeldung mitaufzunehmen.
- Eine Neustrukturierung und systemische Ordnung der gesetzlichen Grundlagen zum **Verfahren der Pflegebegutachtung** ist ausdrücklich zu begrüßen – gerade auch vor dem Hintergrund des Pflegefachkräftemangels und der steigenden Anzahl an Pflegebedürftigen. In diesem Zusammenhang plädiert der BKK Dachverband weiterhin dafür, dass alle Regelungen zu streichen sind, die sich auf „unabhängige Gutachter“ beziehen, da sich das wünschenswerte System von unabhängigen Gutachtern in der Praxis nicht realisieren lässt. Zudem sind Pflegekassen angesichts der herausfordernden Ausgangslage nicht einseitig für das Auseinanderdriften der Begutachtungs- und Bescheidungsfristen in 'Haftung' zuzunehmen und durch Sonderzahlungen zu sanktionieren. Deshalb plädiert der BKK Dachverband für eine Anpassung der normierten 25 Arbeitstage-Frist und Strafzahlungen, welche auch die Medizinischen Dienste eindeutig in die Pflicht nimmt.
- Kritisch ist, dass die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im **Begutachtungsverfahren durch Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund** - unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste (MD) - gestärkt werden sollen. Hervorzuheben ist hierbei, dass die Pflegekassen die Begutachtung beauftragen, aber nicht an der Erstellung dieser Richtlinien beteiligt werden. Aus Sicht des BKK Dachverbandes ist es

erforderlich, dass die Richtlinienerstellung gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen erfolgt.

- Die Zielsetzung, **Pflegepersonen und ihren pflegebedürftigen Angehörigen den Zugang zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** zu erleichtern, wird ausdrücklich begrüßt. So können zukünftig auch die Rentenversicherungsträger bei ihren Entscheidungen über medizinische Rehabilitationsleistungen die besonderen Belange von Pflegepersonen berücksichtigen. Nachbesserungen sind hinsichtlich aufkommender Umsetzungsprobleme bei der Realisierung des neu geschaffenen Anspruchs vorzunehmen, z.B. hinsichtlich der pflegerischen Ausstattung, Qualitätssicherung und Finanzierung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für die pflegerischen Leistungen der pflegebedürftigen Personen. Nach Einschätzung des BKK Dachverbandes ist es zudem zielführender mit einer entsprechenden Ergänzung in § 13 SGB VI (analog der in § 40 Abs. 3 Sätze 11 und 12 SGB V) in Verbindung mit § 42 Abs. 4 SGB XI den erleichterten Zugang zu realisieren.

II. DETAILKOMMENTIERUNG

Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nr. 9b: Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen (§ 17 SGB XI)

Der Medizinische Dienst Bund soll mit dem Ziel, die Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren zu stärken, unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste (MD) verbindliche Richtlinien erlassen.

Auch wenn die Richtlinien das unmittelbare Handeln der MD bei den Begutachtungsverfahren betreffen, sind es doch die Pflegekassen, welche die Begutachtungen beauftragen. Insofern ist es unverständlich, dass diese bei der Erstellung der Richtlinien nicht beteiligt werden. Aus Sicht des BKK Dachverbandes ist es deshalb erforderlich, dass die Erstellung der Richtlinien im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen erfolgt. Inhaltlich sollte zudem in den Richtlinien das 'Einheitliche Handeln' der MD bei der Durchführung der Begutachtung zwingend berücksichtigt werden, damit bspw. sichergestellt ist, zu welchem Zeitpunkt – nach einem Unterbrechungstatbestand gem. § 18c Absatz 5 – die Begutachtung zu erfolgen hat und wie dies gleichermaßen bei allen MD operationalisiert werden kann.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nr. 9b wird wie folgt geändert:

Nach Absatz 1b wird folgender Absatz 1c eingefügt:

*„(1c) Der Medizinische Dienst Bund erlässt mit dem Ziel, die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu stärken, unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste **im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen** verbindliche Richtlinien zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sind zu beteiligen. Die Richtlinien regeln insbesondere*

1. allgemeine Verhaltensgrundsätze für alle unter der Verantwortung der Medizinischen Dienste am Begutachtungsverfahren Beteiligten,

2. die Pflicht der Medizinischen Dienste zur individuellen und umfassenden Information des Versicherten über das Begutachtungsverfahren, insbesondere über den Ablauf, die Rechtsgrundlagen und Beschwerdemöglichkeiten,
3. die regelhafte Durchführung von Versichertenbefragungen, ~~und~~
4. ein einheitliches Verfahren zum Umgang mit Beschwerden, die das Verhalten der Mitarbeiter der Medizinischen Dienste oder das Verfahren bei der Begutachtung betreffen, ~~und~~
5. Maßgaben zur bundesweit einheitlichen Durchführung der Begutachtungen und hierzu speziell zur Zusammenarbeit mit den Pflegekassen."

Zu Nr. 10: Verfahren zur Feststellung der Pflegbedürftigkeit und Berichtspflichten (§§ 18 bis 18e SGB XI)

Zu begrüßen ist ausdrücklich die Neustrukturierung und Ordnung der gesetzlichen Grundlagen zur Pflegebegutachtung und in diesem Kontext der Entscheidung über den zugrundeliegenden Antrag auf Pflegeleistungen. Dies schafft eine gute Übersicht für alle Beteiligten und Klarheit bzgl. des Verfahrens. Allerdings muss in diesem Zusammenhang aus Sicht der Pflegekassen auf einige Regelungen hingewiesen werden, die auch im Hinblick auf das gesetzgeberische Ziel als wenig praktikabel und sinnstiftend einzustufen sind:

Fristen von verschiedenen Übermittlungswegen und Systemanpassungen berücksichtigen: So ist bspw. die in § 18 Absatz 1, definierte Frist von drei Arbeitstagen ab Eingang des Antrags die Unterlagen in gesicherter elektronischer Form zu übermitteln, plausibel und zudem dahingehend hilfreich, dass die Versicherten und Medizinischen Dienste (MD) eine zügige Bearbeitung bzw. Beauftragung erwarten dürfen. Sofern allerdings übergangsweise noch analoge Wege der Auftragsübermittlung genutzt werden müssen, ist diese Frist nicht zu halten, angesichts der Tatsache – dass auch in der Gesetzesbegründung formuliert wird – dass bei einer postalischen Übermittlung mit einer Übermittlungszeit von bis zu 10 Tagen gerechnet werden muss. Zudem ist die Frist von fünf Monaten, ab welcher die Aufträge der Pflegekassen an die Medizinischen Dienste ausschließlich nur noch in gesicherter elektronischer Form erfolgen darf, zu knapp bemessen. Die technische Umstellung in den Kassensoftwaresystemen nimmt in der Regel mehr Zeit in Anspruch, weshalb die Frist mit 12 Monaten großzügiger zu bemessen ist.

Streichung von unabhängigen Pflegebegutachtungen: Ferner ist die Verpflichtung der Pflegekassen in § 18 Absatz 3, in bestimmten Fallkonstellationen drei unabhängige Gutachter benennen zu müssen, für die Pflegekassen schlicht nicht realisierbar. Damit sind zusätzliche Regelungen, die auf die betreffenden Gutachter abstellen, in den §§ 18 ff. ad absurdum geführt.

Denn der Wille des Gesetzgebers, ein System von 'unabhängigen' Gutachterinnen und Gutachtern zu etablieren, hat sich in der Praxis bisher nicht durchgesetzt. Im Gegenteil, die aktuelle und allgemein bekannte Pflegefachkräftesituation sorgt auch bei den MD dazu, dass das stetig ansteigende Auftragsvolumen bei den Pflegebegutachtungen immer häufiger nicht zu bewältigen ist und dass etwaige vakante Stellen in den Begutachtungsteams nicht adäquat besetzt werden können. Perspektivisch wird sich diese Situation auch nicht verbessern. Deshalb ist es sachgerecht, mit den § 18e Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung auf den Weg zu bringen. Allerdings ist den Pflegekassen nicht aufzuerlegen, Gutachter außerhalb der Strukturen der MD benennen oder beauftragen zu müssen, wenn diese real nicht existieren und die Pflegekassen auch keine Handhabe dazu haben, an diesem Zustand etwas zu ändern. Deshalb besteht für die Pflegekasse – mit Blick auf die gesetzlich normierte 25-Arbeitstagefrist gem. § 18 Absatz 5 – keine Möglichkeit, dem diesem Mangel durch eine Alternativbeauftragung zu begegnen. Insofern plädiert der BKK Dachverband nachdrücklich dafür, alle Regelungen zu streichen, die auf 'unabhängige' Gutachter rekurrieren.

Neubewertung der normierten 25 Arbeitstage-Frist und Strafzahlung: Die angesprochene Situation, nach welcher die MD vielfach das hohe Begutachtungsaufkommen nur schwer bewältigen können, ist mittlerweile ein länger währendes und augenscheinlich nicht kurzfristig zu bewältigendes Phänomen. Die Ursachen sind gesamtgesellschaftlicher Natur und finden ihren Ursprung insbesondere in der steigenden Anzahl von Pflegebedürftigen und im oben genannten Pflegefachkräftemangel. Deshalb benötigt die mit §18c Absatz 1 normierte 25 Arbeitstage-Frist und die hieraus mit § 18c Absatz 5 normierte Strafzahlung, aus Sicht der Pflegekassen einer Neubewertung. Nachvollziehbar ist der Wille des Gesetzgebers, dass versicherte Pflegebedürftige zeitnah, die ihnen zustehenden Leitungen von den Pflegekassen beschieden bekommen, um sie entsprechend ihrer sozialrechtlichen Grundlage in Anspruch nehmen zu können. Die Pflegekassen haben auf dieser Grundlage ihre Verwaltungsverfahren bereits optimiert und ermöglichen, auf Grundlage der entsprechend nach §18 beauftragten und dann erledigten MD-Gutachten, die Entscheidung der Pflegekasse umgehend schriftlich mitzuteilen. Allerdings sind die Pflegekassen – auf der Grundlage der rechtlich normierten Pflicht zur Beauftragung der entsprechenden Gutachten bei gleichzeitiger Nichtexistenz von 'unabhängigen' Gutachtern – auf Dritte (die MD) angewiesen, um die normierten Fristen einhalten zu können. Insofern erscheint es mittlerweile absurd, dass die Pflegekassen für die Nichteinhaltung einer Frist, welche sie nicht nachhaltig selbst zusätzlich positiv beeinflussen können, nachhaltig sanktioniert werden. Die Pflegekassen haben zudem weder auf den Stellenplan noch auf die Haushaltsaufstellung der MD Einfluss. Die Mittel zur Verwaltungsoptimierung, wie bei der Einführung Sank-

tionierung angedacht, sind für die Pflegekassenausgeschöpft. Der Hinweis in der Gesetzesbegründung, dass Verzögerungen, die der Medizinische Dienst zu vertreten hat, der beauftragenden Pflegekasse zuzurechnen sind, widerspricht eindeutig dem Verursacherprinzip.

Zudem hat der Gesetzgeber die organisatorische und funktionelle Trennung zwischen den MD einerseits und den Sozialversicherungsträgern andererseits auch an anderer Stelle gesehen und so beispielhaft die Regelungen der Kostenerstattung nach § 13 SGB V um den Abs. 3a ergänzt (vgl. Artikel 2 des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, PatRechteG). In diesem Absatz wird dem Umstand, dass Krankenkassen keinerlei Einwirkungsmöglichkeiten auf die Arbeit des MD haben, Rechnung getragen. Schließlich wird § 13 SGB V Abs. 3a eine verbindliche Fünf- (bzw. Sechs-) Wochen-Frist ab Antragseingang festgeschrieben und der Antrag in diesem Zeitraum zu entscheiden ist.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Strafzahlungen dem Ziel des Gesetzgebers (einer zügigen Begutachtung) nicht (mehr) zuträglich sein können, da für die Pflegekassen keine Einflussmöglichkeit auf die Dauer der Begutachtung durch den MD besteht und zusätzlich, durch die Belastung des Verwaltungsbudgets in den Kassen, Ressourcen für notwendige versichertenbezogene Aufgaben fehlen. Daher plädiert der BKK Dachverband ausdrücklich dafür, die betreffende Sanktionierung in § 18 Absatz 5 entweder aufzuheben oder aber die MD ihrerseits für die Bearbeitung der Gutachten mit einer entsprechend eingebetteten Frist zu versehen und auf dieser Grundlage gesetzlich klarzustellen, dass durch die MD verursachte Überschreitung der Frist nicht den Pflegekassen anzulasten sind und entsprechende Strafzahlungstatbestände greifen. Hierfür spricht, dass mit §18 Absatz 1 die oben genannte Frist von 3 Arbeitstagen konkretisierend eingeführt wird, nach welcher die Pflegekassen verpflichtet werden, die Begutachtungsaufträge an die MD zu übermitteln.

Mitwirkung des Versicherten konkret definieren, sodass bei Beendigung des Unterbrechungstatbestandes unverzüglich den Pflegekassen mitgeteilt wird: Unterstützt wird in diesem Zusammenhang grundsätzlich die Konkretisierung bestimmter Unterbrechungs- bzw. Hemmungstatbestände bzgl. der Laufzeit der 25-Arbeitstagefrist und deren Hemmung beispielsweise bei einem Aufenthalt der versicherten Person im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung. Dies trifft auch für den Hemmungstatbestand gem. § 18c Absatz 6 zu, nach welchem für den Fall, dass der Pflegekasse noch Unterlagen fehlen, die für die Beauftragung des Medizinischen Dienstes oder anderer unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unerlässlich sind, die antragstellende Person zur Beibringung dieser Unterlagen aufgefordert wird. Allerdings bleibt in dieser Systematik 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 entsprechend zugrundeliegenden Tatbestandes, also beispielsweise mit der Aufnahme ins Krankenhaus. Gleiches gilt für das Ende der Unterbrechung. Auch hier ist die Pflegekasse zwingend darauf angewiesen, Kenntnis über das Ende der Unterbrechung zu erlangen (hier bspw. Krankenhausentlassung), um die Nachholung der Begutachtung veranlassen zu können. Zudem ist auch die Fallkonstellation häufig anzutreffen, dass Antragstellende aus persönlichen Gründen nicht zur Begutachtung zur Verfügung stehen. Auch hier besteht eine Informationsasymmetrie für die Pflegekasse, da in diesem Fall eine Information der Antragstellenden nicht immer taggleich erfolgt, sondern erst dann, wenn die Antragstellenden die Pflegekasse bestenfalls konkret 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 ergänzend klargestellt werden. In diesem Zusammenhang wäre es außerdem zielführend, die Mitwirkung der Antragstellenden dahingehend konkret zu definieren, sodass die Beendigung des Unterbrechungstatbestandes der Pflegekassen unverzüglich mitzuteilen ist.

In diesem Zusammenhang plädiert der BKK Dachverband außerdem nachdrücklich dafür, dass die mit § 18 Absatz 1 zu erlassenden Richtlinien nach § 17 Absatz 1 SGB XI zur Konkretisierung, welche Unterlagen zwingend zur Beauftragung der Begutachtung erforderlich sind, zwingend im Einvernehmen – und damit nicht nur im Benehmen – mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen erfolgen sollte, da hier (wie oben beschrieben), die bereits gestrafften Verwaltungsprozesse der Pflegekassen direkt betroffen sind, welche nicht konterkariert werden dürfen.

Alternative Begutachtungsmöglichkeiten qualitätsgesichert wieder regelhaft und flächendeckend zumindest für einen Übergangszeitraum zulassen: Mit dem neuen § 18e soll dem Medizinischen Dienst Bund und mithin den Medizinischen Diensten Modellvorhaben zum Zweck einer wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung der Aufgaben der Medizinischen Dienste nach §§ 18 bis 18b SGB XI ermöglicht werden. Dies unter regelmäßiger Beteiligung der Pflegekassen. § 18 Absatz 6 setzt in diesem Zusammenhang den Schwerpunkt, dass im Rahmen dieser Modellvorhaben eine wissenschaftliche Studie zu den Auswirkungen der telefonischen und digitalen Pflegebegutachtung durchgeführt wird. Der BKK Dachverband begrüßt diese intendierten Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Aufgaben der Medizinischen Dienste – insbesondere auch bzgl. alternativer Begutachtungsformate. Im Verlauf der SARS-CoV-2-Pandemie und im Kontext der pandemiebedingten Regelungen von § 147 SGB XI haben sich bereits alternative Formen der Pflegebegutachtung etabliert, wie das strukturierte Telefoninterview. Die MD-Gemeinschaft bzw. der MD Bund haben hierzu bereits Forschungsvorhaben auf den Weg gebracht bzw. alternative Begutachtungsverfahren auf wissenschaftlicher Grundlage

begleitet. Mithin liegen durchaus erste (positive) Ergebnisse zu den Wirkungen der telefonischen und auch von videobasierten Begutachtungsansätzen vor. Fazit dieser Erkenntnisse ist es, dass auch mittels alternativer Begutachtungsformate in bestimmten Fällen eine sachgerechte Einschätzung der Pflegebedürftigkeit vorgenommen werden kann. Angesichts der oben skizzierten Problematik ist festzustellen, dass alternative digitale Begutachtungsformate zumindest die Chance bieten, zeitnah und ressourcenschonend entsprechende entlastende Effekte zu erzielen und dies ohne qualitative Abstriche. Der BKK Dachverband spricht sich deshalb dafür aus, dass im Kontext der Regelungen von § 18e Absatz 6 alternative Begutachtungsmöglichkeiten qualitätsgesichert wieder regelhaft und flächendeckend zumindest für einen Übergangszeitraum zugelassen werden. In diesem Übergangszeitraum sollte dann eine wissenschaftliche Begleitung zum Zweck einer umfassenden Evaluation erfolgen, die bereits vorliegende Erkenntnisse zwingend berücksichtigt. Prämisse einer solchen Vorgehensweise sollte nach Ansicht des BKK Dachverbandes sein, dass alternative Begutachtungsformate organisatorisch nicht mit Mehraufwänden – bspw. bzgl. der Verantwortung für die Beibringung von sog. Hilfebedarfsbögen – für die Pflegekassen verbunden sein dürfen. Nach der Auswertung der Evaluationsergebnisse sollten dann konkret und bundesweit verbindliche alternative Begutachtungsformate gesetzgeberisch normiert werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nr. 10 wird wie folgt geändert:

Die §§ 18 bis 18c werden durch die folgenden §§ 18 bis 18e ersetzt:

„§ 18 Beauftragung der Begutachtung

(1) Die Pflegekassen beauftragen den Medizinischen Dienst ~~oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter~~ mit der Prüfung, ob bei der zu begutachtenden Person die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. Sie übermitteln die Aufträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit an den Medizinischen Dienst ~~oder an die von ihnen beauftragten Gutachterinnen und Gutachter~~. Die Übermittlung eines Auftrags hat innerhalb von drei Arbeitstagen ab Eingang des Antrags auf Pflegeleistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 in gesicherter elektronischer Form zu erfolgen; eine davon abweichende Form der Auftragsübermittlung ist bis einschließlich ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des ~~zwölften~~ ~~fünften~~ auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zulässig. Der Medizinische Dienst Bund regelt im ~~Einvernehmen~~ ~~Benehmen~~ mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 bis spätestens zum ... [einset-

zen: Datum des letzten Tages des ~~sechsten~~ vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats, welche Unterlagen zwingend zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

(2) Die Pflegekassen können den Medizinischen Dienst ~~oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter~~ mit der Prüfung beauftragen, für welchen Zeitanteil die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches beziehen oder die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat. Von den Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 sind nur Maßnahmen der körperbezogenen Pflege zu berücksichtigen. Bei der Prüfung des Zeitanteils sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1b zu beachten.

~~(3) Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller eine Liste zu übersenden, in der mindestens drei unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter zur Auswahl benannt werden,~~

~~1. wenn nach Absatz 1 unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen oder~~

~~2. wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.~~

~~Der Antragsteller ist auf die Qualifikation und auf die Unabhängigkeit der benannten Gutachterinnen und Gutachter hinzuweisen. Hat sich der Antragsteller für eine benannte Gutachterin oder einen benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch entsprochen. Der Antragsteller hat der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche ab Kenntnis der Namen der Gutachterinnen und Gutachter mitzuteilen, ansonsten kann die Pflegekasse eine Gutachterin oder einen Gutachter aus der übersandten Liste beauftragen. Satz 1 Nummer 2 findet keine Anwendung, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat.~~

(4) Die Pflegekassen und die Krankenkassen sowie die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst ~~oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachtern~~ die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen, soweit diese jeweils für die Begutachtung erforderlich sind. Die Pflegekassen haben die Unterlagen in gesicherter elektronischer Form weiterzuleiten; eine davon abweichende Form der Weiterleitung der Unterlagen ist bis einschließlich ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des fünften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zulässig. Für

die Pflegekassen und die Krankenkassen gilt § 276 Absatz 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches entsprechend.

§ 18a Begutachtungsverfahren

(1) Im Rahmen der Prüfung nach § 18 Absatz 1 Satz 1 haben der Medizinische Dienst ~~oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter~~ durch eine Untersuchung des Antragstellers die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bei den in § 14 Absatz 2 genannten Kriterien nach Maßgabe des § 15 sowie die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit zu ermitteln.

[...]

~~(11) Für andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter gilt Absatz 10 entsprechend. Die unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter sind bei der Wahrnehmung ihrer fachlichen Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen. Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung und pflegerische Versorgung der Versicherten einzugreifen.~~

[...]

§ 18b Inhalt und Übermittlung des Gutachtens

(1) Das Gutachten des Medizinischen Dienstes ~~oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter~~ beinhaltet

[...]

(4) Das vollständige Gutachten muss vom Medizinischen Dienst ~~oder von der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin oder von dem von der Pflegekasse beauftragten Gutachter~~ unverzüglich, jedoch spätestens 20 Arbeitstage nach Eingang des Auftrags nach § 18 Absatz 1, der Pflegekasse in gesicherter elektronischer Form übermittelt werden; eine davon abweichende Form der Übermittlung ist noch bis einschließlich ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des ~~zwölften~~ fünften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zulässig.

[...]

(5) Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in § 18a Absatz 5 und 6 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristab-

lauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat, der Medizinische Dienst die Frist nach § 18b Absatz 4 überschritten hat oder wenn sich der Antragsteller in vollstationärer Pflege befindet und bereits bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt sind. Kann die Pflegekasse die Frist nach Satz 1 nicht einhalten, teilt sie dies dem Antragsteller unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich oder elektronisch mit; für die elektronische Mitteilung gilt § 37 Absatz 2b des Zehnten Buches entsprechend. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 so lange unterbrochen, bis die Verzögerung beendet ist; mit Beendigung der Verzögerung läuft die Frist weiter. Die Unterbrechung 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. Die Frist nach Satz 1 beginnt mit Antragstellung gemäß § 33 Absatz 1. Der Lauf der Frist von 25 Arbeitstagen nach Satz 1 bleibt von einer Entscheidung der Pflegekasse nach Absatz 1 Satz 2 unberührt. Die Pflegekasse hat den Antragsteller nach Eingang seines Antrags nach § 33 Absatz 1 Satz 1 auf die Frist für ihre Entscheidung sowie die verkürzten Begutachtungsfristen und die Folgen der Nichteinhaltung der Fristen hinzuweisen.

(6) Wird der Antragsteller von der Pflegekasse aufgefordert, zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit noch zwingend erforderliche Unterlagen im Sinne des § 18 Absatz 1 Satz 4 einzureichen, so sind die Fristen nach den Absätzen 1 und 5 Satz 1 so lange unterbrochen, bis die geforderten Unterlagen bei der Pflegekasse eingegangen sind; mit Eingang der Unterlagen läuft die Frist weiter. Die Unterbrechung beginnt mit dem Tag, an dem Antragsteller die Aufforderung zur Einreichung der noch fehlenden Unterlagen zugeht.

[...]

Zu Nr. 20: Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen braucht es eine solide und langfristige Sicherung der Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung (SPV), welche systemisch die strukturellen und demografischen Limitierungen berücksichtigt. Eine solche grundlegende Fortentwicklung der SPV lässt der vorliegende Gesetzentwurf vermissen.

Steuerzuschüsse für Rentenversicherungsbeiträge von pflegenden Angehörigen und pandemiebedingten Zusatzkosten der SPV: In diesem Zusammenhang darf zusätzlich erwähnt werden, dass die mit Artikel 2 Nummer 21b mittels der Beitragssatzanhebung suggerierten Verbesserungen deutlich hinter der realen Mehrbelastung der Beitragszahlenden zurückbleiben, da die Rentenversicherungsbeiträge von pflegenden Angehörigen und die pandemiebedingten Zusatzkosten der SPV nicht – wie ausdrücklich im Koalitionsvertrag als Ziel formuliert – aus Steuermitteln des Bundes getragen werden, sondern von der Versicherungsgemeinschaft zu finanzieren sind. Aus Sicht des BKK Dachverbandes ist es deshalb unverständlich, dass diese bereits vereinbarte finanzpolitische Maßnahme mit dem Gesetzesentwurf nicht umgesetzt wird.

Beitragssatz zukünftig per Rechtsverordnung: Hingegen wird mit der avisierten Regelung, den Beitragssatz zukünftig per Rechtsverordnung und damit ohne Zustimmung des Bundestages und des Bundesrates anpassen zu können, wenn der Mittelbestand der SPV das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagesoll zu unterschreiten droht, ein Grundsatz der Rechtsstaatlichkeit unterminiert. Einerseits trägt die Begründung einer "zu langen Vorlaufzeit" für gesetzliche Änderungen nicht, denn gerade die SARS-Cov-2-Pandemie hat gezeigt, dass eine gestraffte Gesetzgebung im Kontext der pflegerischen Versorgung in sehr kurzer Zeit möglich ist. Andererseits besteht - gerade im Unterschied zu den sich aufgrund des pandemischen Geschehens tatsächlich sehr kurzfristig ergebenden gesetzgeberischen Notwendigkeiten bzgl. eines möglichen zusätzlichen Finanzbedarfs in der SPV, aufgrund des hierzu laufenden Monitorings des BAS und mithin des BMG selbst - kein nachvollziehbar begründbarer Handlungsbedarf für eine rechtsstaatlich derart einschneidende Normierung. Auch wenn die avisierte Verordnungsermächtigung es ermöglichen würde, eine im oben genannten Sinn erforderliche Beitragssatzanhebung in kurzer Frist umzusetzen, sollte auf eine solche Regelung verzichtet werden.

Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts zur Beitragsdifferenzierung nach Kinderzahl (§ 55 SGB XI): Die Betriebskrankenkassen begrüßen die vorgesehene Entlastung kinderreicher Versicherte in der Pflegeversicherung. Die notwendige Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 wird eine zentrale Aufgabe aller Beteiligten im zweiten Halbjahr des laufenden Jahres und darüber hinaus werden. Erfahrungsgemäß werden die Softwareänderungen bei allen Beteiligten nicht vor dem Jahreswechsel abgeschlossen sein, was im kommenden Jahr umfangreiche Rückrechnungen und Beitragsersstattungen zur Folge haben werden. Erwartungen der Betroffenen an eine spürbare Beitragsentlastung, können allerdings nur mittelfristig erfüllt werden. Dies zu verantworten, ist nicht Aufgabe der beitragsabführenden Stellen bzw. der Pflegekassen. Die vom Bundesverfassungsgericht geforderte Differenzierung anhand der Anzahl der Kinder stellt alle beitragsabführenden Stellen, vornehmlich Arbeitgeber vor erhebliche Herausforderungen. Auch die Pflegekassen, die bei Selbstzahlenden die Anzahl der Kinder und deren Lebensalter ermitteln müssen, sowie die

Krankenkassen bei der Auszahlung von Entgeltersatzleistungen (z. B. Krankengeld) müssen sich dem Erfüllungsaufwand stellen. Ähnliche Problemlagen ergaben sich bereits mit der Einführung des sogenannten Kinderlosenzuschlags in der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2005. Weder die beitragsabführenden Stellen noch die Träger der sozialen Sicherung verfügen derzeit über detaillierte Informationen bzw. Nachweise, wie viele Kinder von jedem einzelnen Mitglied im Laufe des Lebens erzogen wurden oder aktuell erzogen werden sowie darüber wann das jeweilige Kind geboren bzw. verstorben ist. Dies bringt Verwaltungsaufwand und Kosten mit sich, die zu berücksichtigen sind. Erfahrungsgemäß wird nur ein Teil der adressierten Personen bis zum Jahresende belastbare Nachweise zur konkreten Anzahl der Kinder beibringen (können). Auch die Auswertung und der Dialog mit den Betroffenen, bspw. wenn Nachweise nicht in deutscher Sprache vorgelegt werden und beglaubigte Übersetzungen erforderlich sind, wird Zeit brauchen. Insofern schlagen die Betriebskrankenkassen eine **Verlängerung des Rückwirkungszeitraums bis zum 31. März 2024** vor.

Nicht unerwähnt bleiben darf, dass die Pflegekassen im Hinblick auf die Feststellungen der konkreten Anzahl berücksichtigungsfähiger Kinder **Widerspruchs- und Klageverfahren** zu erwarten haben.

Soweit Betroffene aufgrund des zeitlichen Verzuges in der Umsetzung zunächst zu hohe Pflegeversicherungsbeiträge zahlen und ihnen diese zu erstatten sind, ist das Thema **Verzinsung** in den Blick zu nehmen. Ein Anspruch auf Verzinsung besteht nach Ablauf eines Monats nach Eingang des vollständigen Erstattungsantrages bei der Krankenkasse, wenn die Erstattung bis dahin noch nicht durchgeführt wurde. Die Betriebskrankenkassen werden nach Eingang der vollständigen Nachweise im Interesse ihrer Versicherten unverzüglich handeln. Dennoch ist nicht auszuschließen, dass jeder der zu erwartenden Erstattungsanträge rechtzeitig bearbeitet werden können. Insoweit begrüßen wir ausdrücklich, dass der Verzinsungsausschluss, wie von den Betriebskrankenkassen vorgeschlagen, aufgenommen wurde. Jedoch ist es nicht konsequent, dass die Erstattungsansprüche bis Ende 2024 ausgezahlt werden sollen, deren Verzinsung aber nur bis Ende 2023 ausgeschlossen ist.

Für Mitglieder mit unterschiedlichen beitragspflichtigen Einnahmen entrichten mehrere beitragsabführende Stellen und unter Umständen auch das Mitglied selbst die Beiträge gegenüber der Krankenkasse. In diesen Fällen werden die Betroffenen voraussichtlich auf verschiedenen Wegen um Nachweise gebeten. „Mehrfachklärungen“ zur Anzahl der Kinder und deren Geburts-/Sterbedatum können verhindert werden, wenn die beteiligten Stellen ihre Erkenntnisse teilen. Auch bei einem Wechsel der beitragsabführenden Stelle (z. B. Arbeitgeberwechsel) werden die bereits eingereichten Nachweise, erneut einzureichen sein. Derartige Redundanzen ließen sich über eine Ergänzung des § 28a SGB IV und der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung dahingehend vermeiden, dass die **Anzahl sowie Geburts- und Sterbedatum**

der berücksichtigungsfähigen Kinder Bestandteil der jeweiligen Sozialversicherungsmeldung werden. Über diese Erweiterung des Meldeverfahrens würde sich langfristig ein gesicherter Bestand bei den Krankenkassen aufbauen. Die hier generierten Erkenntnisse sind allerdings an die jeweils anmeldende beitragsabführende Stelle zu transportieren, bspw. mit der elektronischen Rückmeldung zu einer Mitgliedschaft anlässlich der Anmeldung (vgl. § 175 Absatz 3 Satz 3 SGB V). Über die Rückmeldung der Krankenkasse nach Eingang der Anmeldung wäre die beitragsabführende Stelle in der Lage, den korrekten Zuschlag- bzw. Abschlag anzusetzen. Die Betriebskrankenkassen erwarten, dass die beteiligten Bundesministerien (siehe Absatz 3 Satz 7) dieses oder ein ähnlich effizientes, langlebiges und insbesondere praxistaugliches Verfahren zur Erhebung und zum Nachweis der zu berücksichtigenden Kinder etablieren. Darüber hinaus erscheint es aus Sicht der Betriebskrankenkassen empfehlenswert, mittels Ergänzung der Verordnung über die Berechnung, Zahlung, Weiterleitung, Abrechnung und Prüfung des Gesamtsozialversicherungsbeitrages (Beitragsverfahrensordnung) klarzustellen, dass neben Nachweisen hinsichtlich der Elterneigenschaft auch Nachweise bezüglich der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder Teil der Entgeltunterlagen sind.

Information der Betroffenen

Aus der Bezifferung des Erfüllungsaufwands der Verwaltung unter c) „Sozialversicherung“ ergibt sich die Erwartung des Bundesministeriums für Gesundheit, dass die Pflegekassen alle Mitglieder über eine mögliche Entlastung mit einem individuellen Anschreiben informieren. Eine derart weitreichende und kostenintensive Informationskampagne ist atypisch in der Sozialversicherung und würde Mehrkosten in Höhe von mindestens 60 Mio. Euro verursachen, insbesondere bei einer gesetzlichen Anhebung bzw. Absenkung der Beitragssätze zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung (mit Ausnahme des kassenindividuellen Zusatzbeitrags). Die Berechnung im Entwurf zu den Arbeitsaufwänden wird in der Höhe als zu gering eingeschätzt.

Hier verweisen die Betriebskrankenkassen auf die Erwägungen im Zusammenhang mit der Einführung der Regelung des § 175 Absatz 4a SGB V durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz und plädieren für eine Streichung. Für selbstzahlende Mitglieder ergibt sich die Informationspflicht bereits aus der praktischen Notwendigkeit, die Mitglieder mittels Beitragsbescheid zu informieren. Darüber hinaus werden die Krankenkassen ihre Kunden in geeigneter Weise über gesetzliche Neuerungen informieren (z. B. Mitgliederzeitschrift, Internet). Insbesondere ergibt sich das Erfordernis einer gesonderten Informationspflicht nicht bei Mitgliedern, bei denen eine beitragsabführende Stelle vorhanden ist.

Die individuelle, schriftliche Information ihrer Mitglieder durch die Pflegekassen ist unwirtschaftlich und würde den gesamten Umsetzungsprozess erheblich beeinträchtigen. Es kann

insbesondere davon ausgegangen werden, dass eine Vielzahl, wenn nicht sogar die Mehrheit der Mitglieder, aufgrund des Informationsschreibens die erforderlichen Nachweise nicht bei der beitragsabführenden Stelle einreicht, sondern bei der Pflegekasse. Dies würde Aufwand generieren und weiteres Personal binden, das bereits für die Umsetzung der Beitragsentlastung als solcher dringend benötigt wird, vor allem aber würde dies der fristgerechten Nachweisführung durch die Betroffenen entgegenwirken und ggf. eine rückwirkende Beitragsentlastung verhindern.

Würde die im Gesetzentwurf beschriebene Information der Betroffenen gleichwohl als unerlässlich angesehen, bedürfte es einer gesetzlichen Verpflichtung. Darüber hinaus ist eine finanzielle Kompensation dieser aus den genannten Gründen nicht gebotenen Informationskampagne durch den Bund vorzusehen.

Darüber hinaus belastet der damit bei den Pflegekassen verbundene Verwaltungsaufwand die gesetzlichen Krankenkassen. Die Verwaltungsgeschäfte der Pflegekassen werden über das Personal und die Sachmittel der Krankenkassen abgewickelt und im Rahmen der Verwaltungskostenerstattung pauschal ausgeglichen. In Kombination mit der vorgesehenen Absenkung der Verwaltungskostenpauschale ist die Gesetzliche Krankenversicherung somit doppelt belastet.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 6 wird um eine weitere Nummer ergänzt.

§ 175 Absatz 3 Satz 3 SGB V wird wie folgt geändert:

Nach Eingang der Anmeldung hat die Krankenkasse der zur Meldung verpflichteten Stelle im elektronischen Meldeverfahren das Bestehen oder Nichtbestehen der Mitgliedschaft zurückzumelden, dabei ist die Elterneigenschaft und die Anzahl der Kinder sowie deren Geburtsdatum und soweit zutreffend ihr Sterbedatum im Sinne des § 55 Absatz 3 Elftes Buch Bestandteil der Rückmeldung.

Artikel 1 Nummer 20 Buchstabe c wird geändert

Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Der Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 und 3 erhöht sich für Mitglieder nach Ablauf des Monats, in dem sie das 23. Lebensjahr vollendet haben, um einen Beitragsszuschlag in Höhe von 0,6 Beitragssatzpunkten (Beitragsszuschlag für Kinderlose). Satz 1 gilt nicht für Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden, für Wehr- und Zivildienstleistende sowie für Bezieher von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches. Satz 1

*gilt auch nicht für Eltern im Sinne des § 56 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und Absatz 3 Nummer 2 und 3 des Ersten Buches. Für diese reduziert sich der Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 und 3 für jedes Kind ab dem zweiten Kind bis zum fünften Kind um jeweils einen Abschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten bis zum Ablauf des Monats, in dem das jeweilige Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat; bei der Ermittlung des Abschlags nicht berücksichtigungsfähig sind Kinder, die das 25. Lebensjahr vollendet haben. Satz 4 gilt auch für Eltern, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die Elterneigenschaft sowie die Angaben zu den Kindern sind in geeigneter Form gegenüber der beitragsabführenden Stelle, von Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse, nachzuweisen, sofern diesen die Angaben nicht bereits aus anderen Gründen bekannt sind. Um eine einheitliche Rechtsanwendung sicherzustellen und ein möglichst effizientes, schnelles und digitales Verwaltungshandeln zu gewährleisten, wird 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 bis spätestens zum 1. Juli 2023 entwickeln. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt Empfehlungen darüber, welche Nachweise geeignet sind. Erfolgt die Vorlage des Nachweises innerhalb von drei Monaten nach der Geburt des Kindes, gilt der Nachweis mit Beginn des Monats der Geburt als erbracht, ansonsten wirkt der Nachweis ab Beginn des Monats, der dem Monat folgt, in dem der Nachweis erbracht wird. Nachweise für vor dem 1. Juli 2023 geborene Kinder, die bis zum ~~31. Dezember 2023~~ **31. März 2024** erbracht werden, wirken vom 1. Juli 2023 an. Können die Abschläge nach Satz 4 und 5 von den beitragsabführenden Stellen und den Pflegekassen nicht ab dem 1. Juli 2023 berücksichtigt werden, sind sie so bald wie möglich, spätestens bis zum 31. Dezember 2024 zu erstatten; § 27 Absatz 1 des Vierten Buches findet bis einschließlich 31. ~~Dezember 2023~~ **2024** keine Anwendung."*

Zwei weitere Artikel werden ergänzt:

Artikel 3a Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

§ 28a Absatz 3 Satz 1 wird um eine Nummer 10 ergänzt:

**Die Meldungen enthalten für jeden Versicherten insbesondere
10. Die Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder im Sinne des § 55 Absatz 3 des
Elften Buches sowie deren Geburts- und ggf. Sterbedatum.**

Artikel 3b Änderung der Verordnung über die Erfassung und Übermittlung von Daten für die Träger der Sozialversicherung

§ 12 Absatz 1 wird wie folgt ergänzt:

*Eine Ab- und eine Anmeldung sind zu erstatten, wenn die bisher gemeldete Beitragsgruppe, der Personengruppenschlüssel oder die Krankenkasse des Beschäftigten sich ändert oder dieser bis zum 31. Dezember 2024 von einem Beschäftigungsbetrieb im Beitrittsgebiet zu einem Beschäftigungsbetrieb im übrigen Bundesgebiet oder umgekehrt wechselt **oder wenn sich die Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder im Sinne des § 55 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ändert.***

Zu Nr. 26b: Beteiligung des Bundes an Aufwendungen (§ 61a Abs. 2 neu)

Die Rückzahlungsfrist des Darlehens von 1 Mrd.€ aus 2022 wird für den hälftigen Betrag in Höhe von 500 Mio. € bis 2028 verlängert. Die Verlängerung der Rückzahlungsfrist verlagert die finanzielle Belastung lediglich in die Zukunft, ohne dass die Problematik einer nachhaltigen Finanzierung gelöst wird. Der BKK Dachverband plädiert stattdessen für die Umwandlung des gesamten Darlehens in einen Bundeszuschuss ohne Rückzahlung.

Zu Nr. 28: Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung (§ 75 Absatz 1, 2 und 3)

Die vorgesehene Regelung von Artikel 1 Nummer 28a, dass die Landesverbände der Pflegekassen die Landesrahmenverträge zu veröffentlichen haben, wird unterstützt, denn dies dient der Transparenz.

Die mit Artikel 1 Nummer 28b angedachte gesetzliche Klarstellung zur Refinanzierung von Aufwendungen der Personalbeschaffung (im In- oder Ausland), wie sie konkretisierend der Gesetzesbegründung zu entnehmen ist, ist nachvollziehbar vor dem Hintergrund der bislang offenen Fragestellung, ob Aspekte der Personalbeschaffung und deren Aufwände grundsätzlich von der SPV – und damit von der Gemeinschaft der Versicherten und der Leistungsempfänger – zu refinanzieren sind.

Allerdings dürfte die angedachte Regelung über eine Festlegung von geeigneten Nachweisen zur Darlegung von Personal- und Sachkosten in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI nicht

die Klarheit schaffen, an welcher bis dato etwaige Vergütungsvereinbarungen gescheitert sind, denn die Entscheidung hierüber wird letztlich nur auf die Landesebenen verlagert, anstatt sie – insbesondere bzgl. der Kosten der Personalanwerbung und -gewinnung in Staaten außerhalb der EU und des EWR – eindeutig zu normieren. Inhaltlich gesehen handelt es sich bei der Pflegevergütung zudem, um die konkrete – zu vereinbarende – Abgeltung für die allgemeinen Pflegeleistungen, weshalb es auch definitorisch fraglich ist, ob die **Kosten für die Personalanwerbung und Personalgewinnung** direkt in diesem Kontext der Erbringung von Pflegeleistungen anzusiedeln sind. Folglich ist die angedachte Zuordnung zu den pflegebedingten Aufwendungen nach Ansicht des BKK Dachverbandes nur schwerlich nachvollziehbar, denn etwaige Personalgewinnungskosten sind der Gewährleistung der pflegerischen Infrastruktur zuzuordnen. Damit liegen diese eher in der Finanzierungsverantwortung der Länder. Folglich wäre in diesem Sinne eine entsprechende und damit eindeutige Rechtsgrundlage zu schaffen, um Klarheit für alle Beteiligten auf Landesebene zu schaffen.

Unabhängig von der Frage der eindeutigen Zuordnung der Refinanzierung von Kosten der Personalanwerbung und -gewinnung in Staaten außerhalb der EU und des EWR, ist hier auch die Frage der Anwerbungsethik bedeutend. Das Gütesiegel „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ setzt an dieser Stelle Vorgaben zur Sicherung eines hohen ethischen Standards für die Anwerbung von Pflegekräften aus Drittstaaten. Es bestimmt in diesem Kontext konkrete Anforderungen an eigenorganisiert anwerbende Pflege- und Gesundheitseinrichtungen sowie an international tätige private Personalvermittlungsagenturen. Nach Ansicht des BKK Dachverbandes sollte eine Refinanzierung etwaiger Kosten der Personalanwerbung und -gewinnung zumindest von der Einhaltung der hier definierten Kriterien und Anforderungen abhängig sein. Deshalb sollte seitens des Gesetzgebers geprüft werden, inwieweit das Gütesiegel „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ als Grundvoraussetzung in diesem Kontext verpflichtend verankert werden kann.

Ergänzend sollen mit Artikel 1 Nummer 28c ergänzenden Regelungen zu Personalpools und vergleichbaren betrieblichen Ausfallkonzepten Eingang in die Landesrahmenverträge finden und wären somit durch die Vertragsparteien in den Ländern zu vereinbaren. Dabei wird unterschieden zwischen ambulanten und teilstationären Einrichtungen und stationären Einrichtungen, die in den Landesrahmenverträgen Gegenstand sein sollen, und stationären Pflegeeinrichtungen, deren Personalmehrbedarf für Personalpools etc. im Rahmen des neuen Personalbemessungsinstruments und der entsprechenden Personalanhaltswerte als sachlicher Grund in § 113c Absatz 2 SGB XI gelten sollen. Der BKK Dachverband unterstützt das damit verbundene Ziel, die Anzahl der Leiharbeitnehmende in der Langzeitpflege zu reduzieren, so wie es in der Konzertierte(n) Aktion Pflege (KAP) vereinbart wurde. Hierbei ist allerdings darauf hinzuweisen, dass der Ansatz von einrichtungsindividuellen Personalpools mit entsprechendem Zusatzpersonal in der Summe mehr Personal binden wird als zentrale Lösungsansätze auf Bundeslands-

oder ggf. Landkreisebene. Insofern präferiert der BKK Dachverband an dieser Stelle – konkret aufgrund des derzeitigen Personalmangels – solche **zentralen Personalpoolansätze**, welche in der organisatorischen Verantwortung der Bundesländer liegen. Dies hätte zum einen den Vorteil, dass jeglichen Pflegeeinrichtungen bzw. -trägern (unabhängig vom Setting und von der Größe) unter gleiche Bedingungen flexibel einsetzbares Personal zur Verfügung stünde. Zum anderen wäre das dort gebündelte Personal dennoch nicht an eine bestimmte Pflegeeinrichtung gebunden, was offenbar heutige Leiharbeitsfirmen für berufliche Pflegende u.a. attraktiv macht. Außerdem würden missbräuchlichen Ansätzen vorgebeugt, nach welchen vereinzelt Pflegeeinrichtungen ihr Stammpersonal gezielt und dauerhaft durch Leihpersonal ersetzen. Nicht zuletzt erscheint ein solcher staatlicher Ansatz, volkswirtschaftlich attraktiver zu sein, zumal eine systematische „Ablösung“ von Leiharbeitskräften durch festangestellte Pflegekräfte im Rahmen von Personalpools – nicht zuletzt aufgrund der beschriebenen Arbeitssituation – eines längeren Zeitrahmens der Umsetzung bedarf.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nr. 28b wird wie folgt geändert:

"Absatz 2 Satz 1 Nummer 10 wird wie folgt gefasst:

*„10. 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 nicht von den Richtlinien gemäß § 82c Absatz 4 umfasst. **Aufwendungen der Personalbeschaffung sind dabei nicht den pflegebedingten Aufwendungen zuzuordnen.**“*

Artikel 1 Nr. 28c wird gestrichen und hierfür staatliche Lösungen auf Bundeslandesebene gesetzlich normiert. Entsprechend muss auch eine Anpassung (Streichung) in Artikel 1 Nr. 40a erfolgen.

Zu Nr. 40: Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen (§ 113c SGB XI)

Aus Sicht des BKK-Dachverbandes ist das auf wissenschaftlicher Basis entwickelte Personalbemessungsinstrument nach wie vor der zentrale Baustein, um langfristig eine hohe Pflegequalität auf der Grundlage einer angemessenen (auch qualifizierten) Personalausstattung sicherzustellen und damit auch einen hohen Bindungsgrad hinsichtlich des Personals zu erreichen.

Als Problem bei der Umsetzung wird lt. Gesetzesbegründung (richtigerweise) insbesondere die erschwerte Akquise von Personal mit landesrechtlich geregelten Helfer- und Assistenzausbil-

dungen identifiziert. Hierzu müssen - nach Zusage der Länder - die Ausbildungskapazitäten bedarfsgerecht angepasst werden, was jedoch allenfalls stark zeitversetzt, die gewünschten Effekte zeigen wird. Um die entsprechenden Personalanhaltswerte dennoch zu erreichen, werden diverse (zum Teil zeitlich begrenzte) Öffnungen bei der Anerkennung der Qualifikationen ermöglicht. Weiterhin werden die Länder faktisch 'ermuntert', ganz auf Berufsabschlüsse im Helfer- oder Assistenzbereich zu verzichten, die berufspraktische Erfahrung bei der berufsqualifizierenden Prüfung sehr flexibel zu handhaben und gar komplett auf die schulische Ausbildung zu verzichten.

Zunächst ist hierzu infrage zu stellen, ob es den Ländern zeitnah – vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklungen, von dem auch die Pflegepädagogen betroffen sind, und den massiven strukturellen Defiziten in den Hochschulstrukturen – gelingen kann, die Ausbildung dieser hoch spezialisierten Lehrerschaft sicherzustellen und somit die Kapazitäten der Pflegeassistentenausbildung auszubauen. Hier formuliert zumindest der Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe erhebliche Zweifel (https://blgsev.de/wp-content/uploads/2022/10/20220628_BLGS-Positionspapier_Lehrkraeftemangel_Pflege.pdf). Insofern scheint es kaum realistisch, dass insb. die stichtagsbezogenen Regelungen (30.06.2028) zur Anerkennung der Wartezeit (Nr. 35 Buchstabe a, bb) umgesetzt werden können.

So entsteht an dieser Stelle der Eindruck, dass kompensatorisch die entsprechenden Personalanhaltswerte und der damit verbundene und wissenschaftlich ermittelte Qualifikationsmix gewahrt werden soll. Dies faktisch allerdings unter Inkaufnahme einer (bestenfalls) zeitlich begrenzten Dequalifizierung. **Insofern muss an dieser Stelle ausdrücklich davor gewarnt werden, den methodischen Ansatz des Personalmixes aus der PeBeM-Studie, welcher Grundlage für die Personalanhaltswerte nach § 113c Absatz 1 SGB XI ist, sukzessive zu unterminieren.** Angesichts der derzeitigen Personalsituation insbesondere auch im Pflegehelfer- und Assistenzbereich können die mit dem Referentenentwurf vorgesehenen zeitlich begrenzten Personalsubstitutionsmöglichkeiten als kurzfristig umzusetzende Intervention nachvollzogen werden. Auf das Signal an die Länder, die Anforderungen mittels Landesgesetzgebung dauerhaft abzusenken, sollte jedoch verzichtet werden. So würde das Signal gesetzt, dass der methodisch entwickelte Personalmix (auf der Grundlage von PeBeM) der langfristige Maßstab für die Personalbemessung ist und bleibt. Ergänzend ist auch die Möglichkeit für Personal mit langjähriger Berufserfahrung in der Pflege bereits vor Ausbildungsbeginn als Pflegeassistent zugeordnet zu werden, zumindest als kurzfristige Maßnahme ein effektiver Ansatz. Allerdings dürfte es einleuchten, dass nicht nur praktische Kenntnisse eine qualitative Pflege bewirken, sondern gleichwohl theoretische Grundlagen hinsichtlich der Qualifikation des Personals maßgeblich sind. Insofern ist es angeraten, den Zeitpunkt bis zum Start der berufsbegleitenden Ausbildung zur Pflegeassistent deutlich zu verkürzen. Naheliegend ist es deshalb, den bislang

gültigen Übergangszeitraum im Verfahren nach § 85 Absatz 9 SGB XI hier zu implementieren und mithin eine Begrenzung von zwei Jahren für einen Übergangszeitraum zu berücksichtigen.

Ergänzend spricht sich der BKK Dachverband an dieser Stelle aufgrund der nur begrenzt vorhandenen Personalressourcen in der stationären Versorgung dafür aus, flankierend dringend schon jetzt bezüglich der in Artikel 2 Nummer 39 bzw. §123 SGB XI (neu) genannten Themen zu handeln. Dies betrifft sämtliche sozialstaatlichen Bemühungen, damit pflegebedürftige bzw. von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen so lange wie möglich in Ihrer eigenen Häuslichkeit leben können, beispielsweise durch eine **Forcierung und Schaffung von Anreizen zur Bewältigung der informellen (nachbarschaftlichen) selbst beschafften Unterstützungs- und Pflegestrukturen. Durch die Hebung von Effizienzpotenzialen in der medizinisch-pflegerischen Versorgung und Vermeidung von Krisensituationen in der Häuslichkeit durch APN (Advance practice Nursing) bzw. "Kommunale pflegerische Versorgungszentren"** (https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Positionspapiere/Kommunale_pflegerische_Versorgungszentren__KpVZ__002_.pdf) und einer entsprechend begleitenden Berufsgesetzgebung für APN (in Bezug auf die Kompetenzen auf internationalem Niveau – und nicht 'nur' den Kompetenzen der Community Health Nurse aus den Modellprojekten der Robert-Bosch-Stiftung).

Zu Nr. 42b: Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Pflegeeinrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht (§ 114c SGB XI)

Die Notwendigkeit einer Regelung gemäß Artikel 1 Nummer 42b zur Informationspflicht der Landesverbände der Pflegekassen gegenüber denjenigen Pflegeeinrichtungen, die in den Genuss eines verlängerten Prüfrhythmus auf der Grundlage der entsprechenden Richtlinien kommen, erschließt sich auch im Lichte der Gesetzesbegründung nicht. So liegen den 'betroffenen' Pflegeeinrichtungen die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen und der eigenen Indikatorenerhebungen regelhaft vor und die Kriterien der "Feststellung eines hohen Qualitätsniveaus" sind im Rahmen der Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 bekannt – es besteht also kein Informationsdefizit. Zudem konnotiert die Gesetzesbegründung, dass die Qualitätsprüfungen als 'Strafmaßnahme' zu sehen sind und allein die Verlängerung des Prüfrhythmus einen Anreiz dazu setzt, ein hohes Qualifikationsniveau zu erreichen. Es ist noch immer das Verständnis des BKK Dachverbandes und der BKK Landesverbände, dass es die intrinsische Motivation der Pflegeeinrichtungen ist, ein hohes Qualitätsniveau zu erreichen und dass in diesem Kontext gerade die Systematik der 'neuen' Qualitätsprüfungen im stationären Setting als unterstützendes und beratendes Instrument anzusehen ist.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nr. 42b wird gestrichen.

Zu Nr. 48 Zuführung der Mittel (§ 135 Abs.3)

Der Gesetzesentwurf sieht vor, die Mittel zum Pflegevorsorgefonds für 2023 in 12 Monatsraten erst im Jahr 2024 zuzuführen, aufgrund der angespannten Finanzlage. Ähnlich wie die Verlängerung der Rückzahlung des Darlehens an den Bund, trägt auch hier die Aussetzung der Mittelzuführung an den Pflegevorsorgefonds nur kurzfristig zu einer Stabilisierung der akuten Finanzsituation bei. Im Gegenzug erhöht die Verschiebung in das kommende Jahr den Finanzdruck in 2024. Die mit Einführung des Pflegevorsorgefonds angegangene langfristige Stützung der Pflegefinanzen sowie die damit verbundene Vorsorge für die Risiken der Pflegebedürftigkeit der geburtenstarken Jahrgänge wird damit aufgeweicht und in Frage gestellt. Stattdessen plädiert der BKK Dachverband für die Erstellung eines Gesamtfinanzkonzeptes zur langfristigen und stabilen Finanzierung der SPV, was derzeit von Seiten des Gesetzgebers noch nicht zu erkennen ist.

Artikel 2 Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nr. 5: Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (37 SGB XI)

Das Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen wird von einer Vielzahl von pflegebedürftigen Menschen in Anspruch genommen, um die Unterstützung zumeist von Angehörigen anzuerkennen. Insofern ist die anvisierte Anhebung der Leistungsbeträge grundsätzlich sachgerecht. Die zugrundeliegenden Leistungsbeträge wurden allerdings mit dem PSG II zuletzt zum 01.01.2017 angepasst und durch die jetzt geplante Erhöhung der Leistungsbeträge, werden die in den vergangenen Jahren gestiegenen (pflegerischen) Kosten nicht adäquat berücksichtigt. Daneben ist die Zielsetzung des Koalitionsvertrags, das Pflegegeld ab 2022 regelhaft zu dynamisieren, bereits im Status quo im dreijährlichen Turnus faktisch gesetzgeberisch gegeben. Allerdings hätte die gesetzlich vorgesehene Anpassung des Pflegegelds zum Jahresbeginn 2021 erfolgen sollen. Damit erfahren die Beziehenden des ausschließlichen Pflegegeldes eine fortwährende Entwertung der geleisteten Unterstützung und dies unterminiert die sozialrechtliche Konstruktion der SPV, nach welcher diese vorrangig die häusliche Pflege unterstützten soll. Für den Erhalt bzw. gesamtgesellschaftlich erforderlichen Stärkung der informellen Pflege wäre deshalb nach Ansicht des BKK Dachverbandes eine Erhöhung der zugrundeliegenden Geldleistung sachgerecht, welche eine Anpassung um 10 % berücksichtigen würde.

Zu Nr. 6b: Kurzzeitpflege

Die Aufhebung von § 42 Abs. 4 SGB XI wird infolge der Ablehnung der Neuregelung von § 42a SGB XI abgelehnt. Damit Pflegebedürftige ihren Anspruch auf Mitaufnahme in einer stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung im Rahmen der Kurzzeitpflege bei einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation ihrer Pflegeperson realisieren können, ist die Regelung weiterhin erforderlich.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Beibehaltung von § 42 Absatz 4 SGB XI

Zu Nr. 7: Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson (42a SGB XI)

Der hier angedachte eigenständige SGB XI-Leistungstatbestand eines Anspruchs auf Versorgung pflegebedürftiger Personen bei Aufenthalt der Pflegeperson in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung entspricht weitgehend dem bisherigen Anspruch der pflegebedürftigen Person, während einer Maßnahme der stationären Vorsorge oder Rehabilitation der Pflegeperson in derselben Rehabilitationseinrichtung versorgt zu werden. § 42 Absatz 4 SGB XI – der durch das PUEG aufgehoben werden soll – regelt bislang, dass in gleichgelagerten Versorgungskonstellationen ein Anspruch auf Kurzzeitpflegeleistungen in einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder (originär) einer Kurzzeitpflegeeinrichtung besteht. Neu in der Gesamtkonstellation ist, dass sich der anspruchsberechtigte Personenkreis durch den Verweis auf § 15 SGV VI um Pflegepersonen und ihre pflegebedürftigen Angehörigen bei Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation zulasten der Rentenversicherung erweitert. Konkret sollen mit der (neuen) Regelung Pflegebedürftige den Anspruch auf Mitaufnahme in eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung haben, wenn die pflegerische Versorgung dort für die Dauer der Leistungen zur stationären Vorsorge oder zur medizinischen Rehabilitation der Pflegeperson sichergestellt ist, und zwar nur, wenn kein Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 40 Absatz 3a Satz 1 SGB V besteht. Ist die pflegerische Versorgung in der betreffenden Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht sichergestellt, können die Pflege- und Betreuungsleistungen nach dem SGB XI sowie die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege auch durch einen zugelassenen ambulanten Pflegedienst in der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erfolgen oder aber die Komplettversorgung des Pflegebedürftigen in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung wahrgenommen werden. Der Antrag der Pflegeperson auf Leistungen

der stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen soll auf Wunsch der pflegebedürftigen Person zugleich als Antrag auf Leistungen nach § 42a SGB XI gelten. In diesem Kontext wird zudem eine Koordinationsverpflichtung zwischen der Krankenkasse der antragstellenden Pflegeperson und der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person normiert. **Es fehlt eine gesetzlich normierte Koordinierungsregelung zwischen dem zuständigen Rentenversicherungsträger bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zulasten der Gesetzlichen Rentenversicherung und der Pflegekasse, wie sie in der Gesetzesbegründung zumindest beschrieben ist.** Es ist lediglich eine Frist zur Abstimmung einer Verwaltungsvereinbarung zum Antrags- und Genehmigungsverfahren zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund festgesetzt.

Der dem SGB XI auf der Grundlage dieser Regelung zuzuordnende Leistungsanspruch umfasst neben den – oben bereits erwähnten – pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, zusätzlich die Kosten der Unterkunft und der Verpflegung sowie die Übernahme der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen der Rehabilitationseinrichtung. Zudem besteht ggf. ein Anspruch auf Erstattung der erforderlichen Fahr- und Gepäcktransportkosten gegenüber der Pflegeversicherung. Die Vergütung der Leistungen soll dabei nach dem durchschnittlichen Gesamtheimtgelt gemäß § 87a Absatz 1 Satz 1 SGB XI aller zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen im jeweiligen Land erfolgen. 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.**

Nach Auffassung des BKK Dachverbandes ist die vorgesehene Regelung nicht dazu geeignet, dass weniger Pflegepersonen auf Leistungen der zur stationären Vorsorge und zur medizinischen Rehabilitation verzichten. **Der Ansatz lässt u.a. die Frage, ob das Angebot und die Ausgestaltung der stationären medizinischen Rehabilitation, dem Bedarf und den Anforderungen von Pflegepersonen an eine medizinische Rehabilitation entsprechen, völlig außen vor.** Er berücksichtigt auch nicht die Frage, weshalb es deutschlandweit kaum mehr als 10¹ Rehabilitationseinrichtungen gibt, die angeben, medizinische Rehabilitationsleistungen für Pflegepersonen bei gleichzeitiger Unterbringung des pflegebedürftigen Angehörigen anzubieten,

¹ [Reha für pflegende Angehörige | Kliniken finden \(qualitaetskliniken.de\)](https://www.qualitaetskliniken.de) Abfrage am 04.05.2023 um 15:48 Uhr

obwohl der gesetzliche Anspruch gemäß § 40 Abs.3 SGB V zur Mitaufnahme von pflegebedürftigen Angehörigen seit dem 1. Januar 2019 besteht. Damit einher geht die Frage, ob es als realistisch eingeschätzt wird, dass stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen infolge eines (neuen) Anspruchs für Pflegebedürftige willens und in der Lage sind, zusätzliche Bettenkapazitäten zu schaffen, ohne die für die rehabilitative Versorgung benötigten Bettenkapazitäten zu reduzieren. Hintergrund für die ablehnende Haltung des BKK Dachverbandes zu dieser Regelung ist auch, dass komplexe Anforderungen der Koordination zwischen der Pflegekasse des Pflegebedürftigen und der Krankenkasse der Pflegeperson auf eine Versorgungsrealität treffen, die das Zusammenspiel einer pflegerischen Versorgung (des Pflegebedürftigen) und der Rehabilitationsleistungen (für die Pflegeperson) unmöglich machen. Bspw. dürfte es weiterhin für Rehabilitationseinrichtungen schwierig sein, Altenpflegepersonal zu rekrutieren, ohne es der originären Langzeitpflege zu entziehen. Hier stellt sich auch die Frage, inwieweit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen das Risiko der Anstellung und Bezahlung von Altenpflegekräften – sofern sie in der Versorgungspraxis vorhanden sind – bei unklarer Belegungsprognose für diese Klientel eingehen werden. Auch der Ansatz der Versorgung durch amb. Pflegedienste (in der Rehabilitationseinrichtung) erscheint fragwürdig, angesichts der Realität, dass es vielerorts für Pflegebedürftige schwierig ist einen Pflegedienst zu finden. Die gleichzeitige Versorgung in einer (nahegelegenen) stationären Pflegeeinrichtung widerspricht hingegen wiederum der eigentlichen Grundidee, zumal es für die betreffenden Pflegeeinrichtungen betriebswirtschaftlich und im Kontext der originären SGB XI-Vergütung unmöglich sein wird, entsprechende Kapazitäten kurzfristig zur Verfügung zu stellen. Hinzu kommt, dass mit der neu definierten Leistung nach § 42a SGB XI (als Kostenerstattung) der bisherige Leistungsumfang ausgeweitet wird, was zumindest mit dem angedachten Zweck nachvollziehbar erscheint. Dies insbesondere bzgl. der Ausweitung des Leistungsumfangs, indem die Dauer der Unterbringung der pflegebedürftigen Person in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder der vollstationären Pflegeeinrichtung als quasi Kurzzeitpflegeplatz zeitlich nicht begrenzt ist, sondern an die Dauer der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme der Pflegeperson gekoppelt ist. **Allerdings steht die Übernahme aller anfallenden Kosten (inkl. Unterkunft und Verpflegung und sogar der Investitionskosten) ohne Begrenzung der Höhe oder der Zeit, in einem außerordentlichen Widerspruch zum Teilleistungsansatz des SGB XI und darf deshalb als systemfremd bezeichnet werden.** Die Ermittlung vom durchschnittlichen Gesamtheimentgelten aller zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtungen im jeweiligen Bundesland wird diesen Widerspruch nicht auflösen und zudem wird sich in den Ländern gerade erst die Empfehlung n. § 88a SGB XI zur wirtschaftlich tragfähigen Vergütung für Kurzzeitpflegeeinrichtung auf die Praxis sukzessive auswirken, weshalb sich die Wechselwirkung im Kontext des hier neu verorteten Leistungsanspruchs nicht absehen lässt. Auch die Frage der Qualitätssicherung inner-

halb der Rehabilitationseinrichtungen bzgl. der Pflege- und Betreuungsleistungen benachteiligt die originären – gesetzlich normierten – Verpflichtungen der eigentlichen Langzeitpflegeeinrichtungen.

Der begrüßenswerte Ansatz des Gesetzgebers, erwerbstätigen Pflegepersonen und ihren pflegebedürftigen Angehörigen den Zugang und die Inanspruchnahme zu medizinischen Rehabilitationsleistungen zu erleichtern, kann nach Einschätzung des BKK Dachverbandes mit einer entsprechenden Ergänzung in § 13 SGB VI (analog der in § 40 Abs. 3 Sätze 11 und 12 SGB V) in Verbindung mit § 42 Abs. 4 SGB XI realisiert werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 2 Nummer 7 wird gestrichen.

Zu Nr. 12: Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen (§ 43c SGB XI)

Die anvisierte Anpassung der Zuschüsse zur Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile ist nachvollziehbar, wenngleich konstatiert werden muss, dass die SPV insgesamt einer grundsätzlichen Reformanstrengung bedarf, welche gleichermaßen die leistungs- und vertragsrechtlichen Bestimmungen und mithin die gesamte Finanzierungssystematik der SPV auf den Prüfstand stellt, um den Herausforderungen (und nicht nur den steigenden Eigenanteilen) zukunftsweisend zu begegnen.

Die Einführung der Zuschläge zur Begrenzung der Eigenanteile führte bereits im ersten Jahr zu Kosten in Höhe von rd. 3,7 Mrd. EUR, die die Pflegekassen mehr belastet haben. Der rasante Anstieg, der von den Pflegebedürftigen geforderten Eigenanteilen wurde dadurch nicht aufgehalten. Auch die geplante Anhebung der Zuschläge, die laut Gesetzentwurf jährlich rd. 600 Mio. EUR betragen soll (tatsächlich vermutlich sogar deutlich höher), wird daran nichts ändern. Hier werden die Symptome, die Belastung der Heimbewohner, gemildert, nicht aber die Ursache für den Anstieg der Eigenanteile angegangen. An dieser Stelle sollten die **Länder angehalten werden, ihren Verpflichtungen zur Übernahme der Investitionskosten nachzukommen.**

Im praktischen Verwaltungshandeln der Pflegekassen in der Umsetzung des § 43c SGB XI sorgen vor allem kurze Unterbrechungstatbestände (bspw. bei Krankenhausaufenthalten etc.) für einen unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwand. Dies wirkt mit Zusatzaufwänden zum einen für die Leistungserbringenden, die je nach Fallkonstellation mehrmals im Monat eine Korrekturrechnung erstellen müssen und zum anderen für die Pflegekassen, welche diese im

Rahmen eines separaten Korrekturvorgangs verarbeiten müssen. Für die pflegebedürftigen Bewohnenden wirken die beschriebenen Korrekturen als zusätzliche Bürokratie und sind schwer nachvollziehbar. **Insofern schlägt der BKK Dachverband vor im Sinne einer Vereinfachung und als Element der Entlastung alle Beteiligten – gesetzlich zu regeln, dass lediglich Unterbrechungstatbestände, die über einen Monat hinweg andauern, zu einer entsprechenden Rechnungskorrektur führen.**

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 2 Nr. 12 wird sinngemäß wie folgt ergänzt:

In § 43c SGB XI wird ein neuer Satz 5 wie folgt eingefügt:

*"Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die bis einschließlich zwölf Monate Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 15 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als zwölf Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 30 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 50 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 75 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Bei der Bemessung der Monate, in denen Pflegebedürftige Leistungen nach § 43 beziehen, werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach § 43 bezogen worden sind, berücksichtigt. **Kurzzeitige Unterbrechungen, die nicht mindestens einen vollen Kalendermonat umfassen, haben keinen Einfluss auf den monatlich berechneten Leistungszuschlag und führen nicht zu einer Korrektur der Rechnung.** Die Pflegeeinrichtung, die den Pflegebedürftigen versorgt, stellt der Pflegekasse des Pflegebedürftigen neben dem Leistungsbeitrag den Leistungszuschlag in Rechnung und dem Pflegebedürftigen den verbleibenden Eigenanteil. Die Pflegekasse übermittelt für jeden Pflegebedürftigen beim Einzug in die Pflegeeinrichtung sowie zum 1. Januar 2022 für alle vollstationär versorgten Pflegebedürftigen die bisherige Dauer des Bezugs von Leistungen nach § 43."*

Zu Nr. 15: Absenkung der Verwaltungskostenpauschale (§ 46 Abs. 3 Satz 1)

Die Absenkung des relevanten Satzes von 3,2 auf 3,0 Prozent senkt zwar die Belastung der Pflegekassen um jährlich rund 120 Mio. EUR. Dies hat jedoch auch bei den Krankenkassen eine Belastung in gleicher Höhe durch die entsprechenden Mindereinnahmen zufolge. Hier erfolgt eine Verlagerung der Finanzproblematik von einem SV-System ins andere, während auch in der GKV eine nachhaltige Lösung zur Finanzstabilisierung fehlt.

Zu Nr. 16: Übersicht über die in Anspruch genommen Leistungen durch Kasse auf Wunsch

Die Präzisierung der Regelung mit dem Ziel der Leistungstransparenz für die Versicherten erscheint aus Sicht des BKK Dachverbands grundsätzlich sachgerecht. Auch die Technologieoffenheit der Regelung ermöglicht im Sinne der Versicherten eine adressatengerechte Kommunikation.

Der Regelungsbestandteil, dass auch eine Durchschrift der Abrechnungsunterlagen von Versicherten angefordert werden kann, erschließt sich jedoch nicht, da Rechnungen über erbrachte Leistungen den Versicherten ohnehin vorliegen (müssen). Insofern würde hier eine Doppelstruktur ohne Mehrwert etabliert, welche Ressourcen aufseiten der Pflegekassen unnötig bindet. Zudem rechnen Leistungserbringer überwiegend auf Grundlage elektronischer Datenaustauschverfahren mit den Pflegekassen ab, womit den Pflegekassen das Ausstellen einer Durchschrift der eingegangenen Abrechnungsunterlagen in der Praxis unmöglich ist. Die Regelung ist daher zu streichen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 3 Nr. 19a wird wie folgt gefasst:

“§ 108 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Auf Wunsch wird den Versicherten regelmäßig jedes Kalenderhalbjahr eine Übersicht über die Leistungen, die sie in Anspruch genommen haben, und deren Kosten übermittelt. Auf Anforderung erhalten Versicherte von den Pflegekassen

Auskunft darüber, welche Leistungsbestandteile im Einzelnen durch Leistungserbringende in Bezug auf die Versicherten zur Abrechnung bei der Pflegekasse eingereicht worden sind; die Informationen sind in für die Versicherten verständlicher Form aufzubereiten. ~~Auf Wunsch erhalten Versicherte eine Durchschrift der von Leistungserbringern bei der Pflegekasse eingereichten Abrechnungsunterlagen.~~"

Artikel 6 Änderungen des fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nr. 4: Medizinische Rehabilitationsleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung für Pflegepersonen (§ 40 SGB V)

Die Änderungen ab Buchstabe bb) werden infolge der Ablehnung der Neuregelung § 42a SGB XI abgelehnt. Da Pflegepersonen bei einer Leistung zur stationären medizinischen Rehabilitation bereits mit der aktuellen Regelung in § 40 Abs. 3 Sätze 11 und 12 SGB V einen Anspruch auf Mitaufnahme ihrer pflegebedürftigen Angehörigen haben, ist die Streichung dieser beiden Sätze in Verbindung mit einer Neuregelung in § 40 Abs. 3a SGB V nicht erforderlich.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Streichung der Buchstaben bb) bis ee) sowie c)

Zu Nr. 8: Anbindung der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an die TI (§ 341 Abs. 8 SGB XI neu)

Der BKK Dachverband begrüßt ausdrücklich, dass mit der avisierten gesetzlichen Regelung (neben den bereits vom Gesetzgeber adressierten) nun sämtliche ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen verpflichtend an der TI angebunden werden. Dies trägt dazu bei, die Potenziale der Digitalisierung auch in diesem wichtigen Bereich zeitnah zu heben.

Artikel 7 Änderungen des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nr. 1: Medizinische Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung für Pflegepersonen (§ 13 Abs. 1 SGB VI)

Mit der Ergänzung in § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB VI haben die Träger der Rentenversicherung bei der Entscheidung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die besonderen Belange von

Pflegepersonen zu berücksichtigen. Damit sollen die Rehabilitationsmöglichkeiten von erwerbstätigen Pflegepersonen gestärkt werden. Es wird somit nun auch im Leistungsrecht der Deutschen Rentenversicherung ermöglicht, was für die Gesetzlichen Krankenkassen bereits seit Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungsgesetz im Jahr 2013 gilt.

Der BKK Dachverband begrüßt die - längst fällige - Ergänzung in § 13 Abs. 1 SGB VI. Aus der Erfahrung im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung wird jedoch befürchtet, dass die Regelung nicht ausreicht, um das Ziel des Gesetzgebers - **Rehabilitationsmöglichkeiten für erwerbstätige Pflegepersonen zu stärken** - zu erreichen. Grundsätzlich besteht zwar auch für die pflegebedürftigen Angehörigen von erwerbstätigen Pflegepersonen, die eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation durchführen möchten, der Anspruch auf Kurzzeitpflege in einer stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung, **jedoch fehlt für den Rentenversicherungsträger der Pflegeperson eine gesetzliche Norm zur Koordination der Unterbringung des pflegebedürftigen Angehörigen in derselben Reha- oder einer Kurzzeitpflegeeinrichtung mit der Pflegekasse im Leistungsrecht.**

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 7 wird um eine Nummer 4 ergänzt:

“§ 15 Absatz 2 SGB VI wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt:

Bei einer stationären Rehabilitation haben pflegende Angehörige 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 pflegenden Angehörigen aufgenommen werden, koordiniert der Träger der Rentenversicherung mit der Pflegekasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch der pflegenden Angehörigen und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen. Das Nähere zur Koordination vereinbaren die Deutsche Rentenversicherung Bund und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 30. Juni 2024 in einer Verwaltungsvereinbarung.“

III. WEITERGEHENDER ÄNDERUNGSBEDARF

Vereinfachung der Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b Absatz 1 SGB XI

Die Praxis zeigt, dass die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b Absatz 1 SGB XI weiter vereinfacht und an die Lebenswirklichkeit pflegebedürftiger Menschen angepasst werden sollte, damit deren versorgenden Angehörigen noch zielgerichteter entlastet werden können. Hierzu sollten die pandemiebedingten Regelungen des § 150 Abs. 5b SGB XI als Maßnahme zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung für die Regelversorgung adaptiert werden.

Demnach sollte sich der Entlastungsbetrag für alle Pflegebedürftigen auch auf sonstige Hilfen erstrecken, die der Sicherstellung der Versorgung der Pflegebedürftigen dienen. Diese Hilfen können dann mit professioneller Unterstützung, aber auch durch Inanspruchnahme von An- und Zugehörigen oder Nachbarn erbracht werden. Um eine zügige und unbürokratische Abwicklung zu ermöglichen, sollten an den Nachweis gegenüber der Pflegekasse zur Erstattung der Kosten keine überhöhten Anforderungen gestellt werden.

Digitalisierung des Nachweises über einen Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Der Beratungsbesuch n. § 37 Abs. 3 SGB XI dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der Pflegenden. Die Durchführung des Beratungsbesuches ist gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen (§§ 37 Abs. 4, 106a SGB XI). Die Weitergabe der beim Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten zur Verbesserung an die Pflegekasse sollte für alle Beteiligten effizienter gestaltet und deshalb digitalisiert werden.

Es empfiehlt sich, für die heute per Formular und damit überwiegend in Papierform geführten Nachweise über den Beratungsbesuch n. § 37 Abs. 3 SGB XI einen Datenaustausch zwischen den Beratungspersonen (Pflegedienst/anerkannte Beratungsstelle/beauftragte Pflegefachkraft/Pflegeberater n. § 7a SGB XI/ kommunale Beratungsstelle) und den Pflegekassen zu implementieren und gesetzgeberisch zu unterlegen.

Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen (§ 82c SGB XI)

Der BKK Dachverband unterstützt vollständig das mit den Regelungen intendierte Ziel einer adäquaten Entlohnung von Pflegenden.

In der praktischen Umsetzung der Regelungen zeigen sich aktuell jedoch folgende praktische Phänomene. Das regional übliche Entgelt errechnet sich aus den Meldungen aller in der Region angewendeten und tatsächlich umgesetzten Vergütungen von Tarifierwendern. Praktisch zeigt sich jedoch, dass nur ein Bruchteil der relevanten Einrichtungen ihre Daten in der DCS hinterlegen. Hinterlegt sind vor allem die kirchenrechtlichen Arbeitsvertragsrichtlinien von Diakonie und Caritas und der TVöD. Andere sind kaum vertreten. Auch sind Eintragungen z. T. fehlerhaft oder nicht plausibel und können deshalb nicht berücksichtigt werden. Im Ergebnis steigt das regional übliche Entgelt regelmäßig und kann dann n. § 82c Abs. 2 SGB XI um 10 % überschritten werden. Wobei es praktisch zu zahlreichen Konfliktsituationen mit der Frage kommt, ob sich die 10 % auf die entsprechende Berufsgruppe oder den Durchschnitt über alle Berufsgruppen bezieht.

Während 2021 bspw. im Bundesland Sachsen rund 2/3 der stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen einmal zur Pflegesatzverhandlung aufgerufen hatten, waren es 2022 nahezu alle Einrichtungen. Aufgrund der Tariftreueregelung erfolgten vielfach 2 Verhandlungen im Jahr. Dieser Trend zeigt sich auch in der ambulanten Pflege und im Bereich der häuslichen Krankenpflege. Dies vervielfacht den Verwaltungsaufwand sowohl bei den Leistungserbringern als auch bei den Kranken- und Pflegekassen und ist nicht in den entsprechenden Kostensätzen berücksichtigt.

Im Ergebnis resultieren (beispielhaft für das Bundesland Sachsen) bei AVR-Tarifierwendern Jahresgehälter von rund 65.000€ und im Rahmen des regional üblichen Entgelts von ca. 64.000€ - Tendenz weiterhin "ungedeckelt" steigend. So liegt bspw. der aktuelle ABVP-Tarif beinahe zehn Prozent über dem TVöD. Tarifsteigerungen im zweistelligen Prozentbereich sind die Regel. Damit steigt auch die Belastung der Pflegebedürftigen immens und sorgt für eine weiter steigende Anzahl von Sozialhilfebeziehern bzw. fördert gar den Verzicht von (notwendigen) Pflegeleistungen in der ambulanten Pflege.

Um den o.g. konkreten Problemstellungen abzuwehren, möchten wir zu einigen Aspekten konkrete Anregungen geben. Um zunächst die Datengrundlage für das ortsübliche Entgelt auf solide und damit repräsentative Füße zu stellen, ist es unumgänglich, dass alle relevanten Einrichtungen Ihrer Daten im Tarifmodul der DatenClearingStelle (DCS) pflege hinterlegen, ansonsten entsteht ein verzerrtes ortsübliches Entgelt. Hilfreich hierfür wäre eine Sanktionsregelung bei fehlenden oder nicht plausiblen Eintragungen. Bei der möglichen Überschreitung des

ortsüblichen Entgeltes von 10 % ist aufgrund der praktischen Erfahrungen klarzustellen, auf was sich die 10 % beziehen. Die Verhandlungsintervalle müssen aus unserer Sicht auf ein für Leistungserbringer und Kassen vertretbares Maß begrenzt werden.

Aufgrund der aktuellen gesetzlichen Regelung immanenten 'ungedeckelten' Preisspirale bezüglich der Vergütungen der Pflegekräfte ist die Frage zu stellen, ob das vom Gesetzgeber mit den zugrundeliegenden aktuellen Tariftreue-Regelungen intendierte Ziel einer 'Verbesserung der Entlohnung von Pflegekräften' vor dem Hintergrund des mittlerweile erreichten Vergütungsniveaus erreicht ist. Bezugspunkte einer Bewertung hierzu sollte aus Sicht der Betriebskrankenkassen sowohl die gesamtwirtschaftliche Entwicklung als auch die Verhältnismäßigkeit der Entlohnung im Hinblick auf andere Ausbildungsberufe sein.

Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen (§ 40a SGB XI)

Sofern die Pflegekasse die Versorgung mit einer digitalen Pflegeanwendung bewilligt, hat die pflegebedürftige Person Anspruch auf die Erstattung von Aufwendungen für die eigentliche digitale Pflegeanwendungen nach § 40a SGB XI sowie zusätzlich auf Leistungen für die Inanspruchnahme von ergänzenden Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen nach § 39a SGB XI. Hierfür steht ein gemeinsamer Leistungsbetrag - als faktisches Budget - bis zur Höhe von insgesamt 50 Euro pro Monat zur Verfügung. Dieses Gesamtbudget wird die Pflegekassen vor enorme verwaltungstechnische Herausforderungen stellen, da in der Bewilligung und Abrechnung der digitalen Pflegeanwendung als Erstattungsleistung und der ergänzenden Unterstützungsleistung als Sachleistung fortlaufend die individuellen Anspruchsvoraussetzungen dahingehend geprüft werden müssen, ob der gedeckelte Leistungsbetrag von 50 Euro ausgeschöpft ist und wie sich dieser ggf. verteilt. Bzgl. dieser absehbaren Schwierigkeiten könnte unproblematisch Abhilfe geschaffen werden, indem der Leistungsanspruch jeweils separat für die digitale Pflegeanwendung (bspw. bis zu 30 Euro/Monat) und die digitale Pflegeanwendung (bspw. bis zu 20 Euro/Monat) leistungsrechtlich normiert wird. Eine entsprechende gesetzliche Änderung würde die leistungsrechtliche Umsetzung der digitalen Pflegeanwendungen erheblich begünstigen.

Vergütungskürzung (§ 115 Absatz 3a SGB XI)

Mit den Regelungen des § 115 Absatz 3 SGB XI zur Kürzung der Pflegevergütung wollte der Gesetzgeber zunächst die Sanktionsmöglichkeiten bei Feststellung von Qualitätsmängeln differenzierter ausgestalten. Deshalb ist bei Nichteinhaltung gesetzlicher oder vertraglicher Verpflichtungen eine Kürzung – möglichst im Einvernehmen der Vertragsparteien vorgeschrieben. Konkretisiert werden diese Grundregeln nunmehr durch Absatz 3a bei Nichtbezahlung der

nach § 82c zugrunde gelegten Gehälter und Entlohnung. Anstelle dieser retrospektiven Malusregelung sollte nach Ansicht des BKK Dachverbandes allerdings eine prospektive Regelung zur Rückzahlung bei Nicht-Einhalt der Tariftreue gesetzlich verankert werden – bspw. in Form einer Verrechnungsposition im Pflegesatz bzw. in der Pflegevergütung, denn die aktuellen Regelungen sind nicht praxistauglich, da sie:

1. vor dem Hintergrund der oft nur kurzen Verweildauer der Pflegebedürftigen in den stationären Einrichtungen oft tatsächlich nicht realisiert werden können,
2. einen erheblichen Mehraufwand bei den Pflegekassen verursachen und
3. von den Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarungen nicht überprüft werden können.

Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer (§ 293 Abs. 8 SGB XI)

Der BKK Dachverband unterstützt das Anliegen des Gesetzgebers ausdrücklich, mittels des Beschäftigtenverzeichnisses die Möglichkeiten eines weiteren Schrittes der Digitalisierung bei der Abrechnung mit bestimmten Leistungserbringern zu nutzen. Wir möchten jedoch dringend dafür werben, die Potenziale eines entsprechenden Verzeichnisses tatsächlich auch in Gänze zu erschließen.

Dies betrifft ganz konkret die Zielstellung eines solchen Verzeichnisses. Aus Sicht des BKK Dachverbandes ist ein umfassendes Beschäftigtenverzeichnis für sämtliche beschäftigte Pflegenden im Gesundheitssystem (neben, Abrechnung und Verifikation der Qualifikationen) geeignet, um versorgungspolitisch gezielt zu handeln, die Wirksamkeit gesetzgeberischer Initiativen zu evaluieren, Transparenz bzgl. der Qualifikation und der Quantität sowie den Settings, in denen Pflegenden arbeiten und Migrationsbewegungen in die Pflege und aus der Pflege erstmals auf einer validen Datengrundlage darzustellen. Es kann somit eines der wichtigsten Grundlagen für die in den nächsten Jahren notwendigen politischen Entscheidungen im Zusammenhang mit den immer dringlicheren Fragen von ausreichendem und qualifiziertem Personal in der Pflege werden.

Mit dieser Zielsetzung ist es angezeigt (ggf. schrittweise) sämtliche bis dato noch nicht hinterlegte Leistungsbereiche der gesetzlichen Kranken- bzw. Pflegeversicherung zu ergänzen, in denen Pflegenden tätig sind. Hierzu gehören z.B. Pflegenden in Settings n. § 64d SGB V, § 107 SGB V, § 132d SGB V, § 132g SGB V, § 132l SGB V, § 71 SGB XI. Um die wesentlichen Daten in diesem Zusammenhang aggregiert zugänglich und nutzbar zu machen, sollte das BfArM auf Grundlage seines nationalen Datenbestandes einmal jährlich einen statistischen Bericht veröffentlichen, der mindestens die o.g. Anforderungen erfüllt.

Auch die Nutzung im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben der Kranken- und Pflegekassen (z.B. bzgl. Strukturanforderungen in Verträgen, Zulassungsprüfung, Genehmigungsverfahren bei der Einhaltung von Versorgungsverträgen) jenseits der Abrechnung muss ermöglicht werden. Dies hebt bei Leistungserbringern und Kassen erhebliche Effizienzreserven. Bezüglich der Datenqualität der z.B. der Qualifikationsangaben, die im Beschäftigtenverzeichnis hinterlegt sind, bestehen aus unserer Wahrnehmung zumindest Unsicherheiten bezüglich der Verifikation der Daten – hierzu muss eindeutig klargestellt werden, dass die gemeldeten Daten gegenüber dem BfArM mit entsprechenden Berufsurkunden, Weiterbildungsnachweisen etc. belegt werden müssen. Ansonsten wird der Zweck des Verzeichnisses ad absurdum geführt. Um die hinterlegten Daten auch für die gesetzlichen Aufgaben nutzen zu können, bietet sich eine gesetzliche Regelung analog des Arztverzeichnisses n. § 293 Abs. 4 SGB V an, die eine regelhafte Übermittlung der Daten auf den GKV-SV vorsieht.

Bzgl. der Finanzierungsregelung n. § 293 Abs. 8 Satz 8 SGB V möchten wir anmerken, dass das BfArM als Verzeichnisstelle eine Bundesbehörde ist, deren Aufgaben aktuell mit Beitragsmitteln der GKV finanziert wird. Insofern besteht u.E. eine Analogie zur BZgA bei dem der Transfer von Beitragsmitteln zur Finanzierung einer staatlichen Behörde bekanntermaßen kritisch eingeordnet wurde.



BAGFW-Stellungnahme

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz – PUEG)

BT-Drs. 20/6544 vom 25.04.2023.

Einleitung und Zusammenfassung

Die in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zusammengeschlossenen Spitzenverbände bedanken sich für die Möglichkeit zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz – PUEG)“ Drs. 20/6544 Stellung zu nehmen und geben dazu eine gemeinsame Stellungnahme ab.

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege stellen in ihrer Bewertung des vorliegenden Gesetzentwurfs mit großer Besorgnis fest, dass erneut keine dringend notwendige Strukturreform der sozialen Pflegeversicherung, vor allem hinsichtlich der Finanzierung von Pflege, erfolgt. Um die soziale Pflegeversicherung langfristig auf eine tragfähige Basis zu stellen, ist eine ernsthafte Debatte über die zukünftige Finanzierung der Pflegeversicherung zwingend notwendig. Dabei ist aus unserer Sicht vor allem die Einnahmehasis der Pflegeversicherung stärker zu verbreitern. Das muss bei einer grundlegenden Reform unmittelbar mitgedacht und kommuniziert werden.

Der für die Pflegereform vorgesehene Finanzrahmen eines moderaten Anstiegs des allgemeinen Beitragssatzes um 0,35 Prozentsatzpunkte ist zu gering, um die im Koalitionsvertrag vorgesehenen Vorhaben umzusetzen. Der Gesetzentwurf muss sich daran und an den darin teilweise sehr weitreichenden, aber hier fehlenden Verbesserungen messen lassen. Zu nennen wären hier z. B. handfeste Strukturelemente zur Begrenzung der Eigenanteile, die Herausnahme der Ausbildungskosten aus den Eigenanteilen, aber auch Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen (Klärung des Verhältnisses Pflege und Eingliederungshilfe). Der Gesetzesentwurf bleibt hier schließlich hinter den selbst gesteckten Zielen der Bundesregierung deutlich zurück.



Um diese Herausforderungen meistern zu können, hätte es dringend Bundesmittel für die Pflegeversicherung gebraucht: Entgegen den Versprechungen des Koalitionsvertrags fehlen allein 5,5 Mrd. Euro, um die pandemiebedingten Kosten zu decken, die bis heute noch nicht vom Bund erstattet sind. Des Weiteren hat die Bundesregierung auch nicht die im Koalitionsvertrag vereinbarten Kosten für die Rentenbeiträge pflegender Angehöriger zur Verfügung gestellt. Diese würden die Pflegeversicherung um 3,6 Mrd. Euro entlasten.

Weitere dringend erforderliche Reformschritte in der Pflege zur Stärkung der häuslichen Pflege sind zudem nicht vorhanden. Die Entlastung der Pflegebedürftigen von den Eigenanteilen kommt mit den im Gesetzentwurf beabsichtigten Leistungsverbesserungen nicht entscheidend voran. Wir brauchen eine Finanzierung der Pflegeleistungen, mit der das Problem der Eigenanteilsbelastung gelöst wird und mit der die Pflegeversicherung wieder ihrer Funktion gerecht werden kann.

Es ist insgesamt von entscheidender Bedeutung, dass die soziale Pflegeversicherung entsprechend finanziell gesichert ist. Für 2022 beträgt das Defizit der sozialen Pflegeversicherung 2,25 Mrd. Euro, für 2023 wird ein Defizit in Höhe von 3 Mrd. Euro erwartet. Der Finanzierungsbedarf allein für die kurzfristige Stabilisierung der Finanzen im Jahr 2023 beträgt mindestens 4,5 Mrd. Euro, wenn die Ausgabendeckungsquote des Betriebsmittel- und Rücklagensolls wieder bei einem Wert von 1,5 liegen soll. Der Entwurf zeigt, dass sich die Bundesregierung dieser prekären Situation sehr bewusst ist, indem in § 55 SGB XI nun eine Ermächtigungsgrundlage zur Anpassung des Beitrags mit dem Ziel der mittelfristigen Sicherstellung der Zahlungsfähigkeit durch Rechtsverordnung vorgesehen werden muss. Die Zuführung der Beiträge zum Pflegevorsorgefonds wird nach der ersten Tranche, die mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfEG) für 2023 geregelt wurde, mit diesem Entwurf für 2024 auf einen Jahresbeitrag statt monatlichen Beiträgen umgestellt. Auch dies verdeutlicht die finanzielle Malaise der Pflegeversicherung und stellt keine Lösung, sondern nur eine Verschiebung des Problems dar.

Vor diesem Hintergrund bewerten die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege den Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege wie folgt:

1. Die dringend erforderlichen Leistungsverbesserungen in der häuslichen und stationären Pflege erfolgen mit dem 01.01.2024 zu spät und mit 5 Prozent zu gering, um wenigstens die Inflationsrate auszugleichen. Darüber hinaus werden nur das Pflegegeld, die Pflegesachleistungen und die prozentualen Zuschüsse zu den Eigenanteilen nach § 43c SGB XI zum 01.01.2024 angehoben und nicht alle Leistungen der Pflegeversicherung. Nicht hinnehmbar ist insbesondere, dass der Entlastungsbetrag für Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 nicht angehoben wird.
2. Kritisiert wird darüber hinaus, dass auch die vorgesehene Dynamisierung in den Jahren 2025 und 2028 nur anhand der Kerninflationserfolgt, sodass die

Preissteigerungen für die gegenwärtigen Preistreiber Energiekosten und Lebensmittel unberücksichtigt bleiben. Das Problem einer andauernden Unterfinanzierung löst zudem eine Dynamisierung nicht.

3. Die BAGFW kritisierte, dass der mit dem Referentenentwurf noch vorgesehene Gemeinsame Jahresbetrag für die Kurzzeit- und Verhinderungspflege, einschließlich der Streichung der Wartefristen in der Verhinderungspflege wieder zurückgenommen wurde und der zu knapp bemessene Finanzrahmen der Pflegeversicherung notwendige Reformschritte hier und auch bei der Kurzzeitpflege verhindert. Positiv zu bewerten ist die Gewährung eines jährlichen Pflegeunterstützungsgelds im Umfang von 10 Arbeitstagen analog zum Kinderkrankengeld und auch die Leistung der Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Versorgungs- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson (§ 42a SGB XI neu und entsprechende Änderungen im SGB V). Auch ist der Gesetzgeber gefordert, wie im Koalitionsvertrag angekündigt, Rechtssicherheit für die so genannten „Live-ins“ zu schaffen.
4. Die Entlastung der Pflegebedürftigen von den Eigenanteilen kommt mit den im Gesetzentwurf beabsichtigten Leistungsverbesserungen nicht entscheidend voran. Wir brauchen eine Finanzierung der Pflegeleistungen, mit der das Problem der Eigenanteilsbelastung gelöst wird und mit der die Pflegeversicherung wieder ihrer Funktion gerecht werden kann. Dazu gehört auch, dass die Kosten für die medizinische Behandlungspflege aus dem SGB V refinanziert werden und die Pflegebedürftigen von der Ausbildungskostenumlage entlastet werden. Des Weiteren sollten nicht alle Bestandteile der Investitionskosten der Einrichtungen zu Lasten der Pflegebedürftigen gehen, weshalb eine verpflichtende Finanzierung über die Länder und in allen Ländern zu regeln ist.
5. Mit den ergänzenden Regelungen zur Personalbemessung nach § 113c SGB XI können zuvörderst die bisher fehlenden Pflegeassistenzkräfte mit dem Qualifikationsniveau 3 angemessen mit vorhandenen und geeigneten Mitarbeiter*innen in einem begrenzten Zeitraum substituiert werden. Dies entspricht unserer begründeten Forderung, für fehlende Assistenzkräfte des Qualifikationsniveaus 3 eine gesetzlich verankerte, verantwortungsvolle und fachlich abgesicherte Übergangslösung zu schaffen und wird daher ausdrücklich begrüßt. Die explizite Aufnahme zur Anerkennung von bestandenen „Externenprüfungen“ werten wir als Signal an die Bundesländer, dort die entsprechenden Verfahren schnell zu befördern. Im Gesetzesentwurf wird die weitere Umsetzung der Personalbemessung etwas mehr konkretisiert, es bleibt aber weiterhin offen, wie es nach der aktuellen Ausbaustufe weitergeht. Wir vertreten nach derzeitiger Faktenlage die Auffassung, dass perspektivisch die Ergebnisse aus PeBeM und somit der Algorithmus 1.0 zu 100 % umgesetzt werden müssen. Die aus Gründen der Kohärenz beabsichtigte bundeseinheitliche Festlegung von Zielwerten für eine mindestens zu vereinba-

rende personelle Ausstattung, welche dem Grunde nach mit weiteren Ausbaustufen korrespondieren müssten, ist inhaltlich nachvollziehbar, stellt aber eine Herausforderung dar. Hier ist darauf zu achten, dass das Vorgehen wegen der benötigten Daten nicht zu einem Bürokratiemonster ausartet, das vollstationäre Pflegeeinrichtungen ausbaden müssen. Größere Sorgen bereitet den in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege weiterhin die Auswirkungen des § 113 Absatz 6 SGB XI. Obwohl die Rückführung der Zusatzstellen in den Personalstellenplan und Pflegesatz strukturell richtig ist, fordern wir die Aussetzung der § 113c Absatz 6 SGB XI, solange diese Entwicklung nicht durch eine weitergehende Kompensation der Eigenanteile eintritt.

6. Die Entfristung der Anschubfinanzierung zur Digitalisierung nach § 8 Absatz 8 SGB XI wird ausdrücklich begrüßt. Sehr praxisnah ist die Einführung der Möglichkeit, auch WLAN und IT förderfähig zu machen. Gleichzeitig steht den Fördermöglichkeiten häufig der hohe Eigenanteil und fehlende Flexibilität in der Inanspruchnahme der Fördermittel entgegen; diese Hürden sollten gesenkt werden. Darüber hinaus kritisiert die BAGFW scharf, dass die Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 8 Absatz 7 nicht bis 2030 verlängert wird, wie noch im RefE vorgesehen. Die Maßnahmen werden von den Einrichtungen nach dem Ende der Pandemie sehr nachgefragt und können die dringend notwendige Verbesserung der Arbeitsbedingungen vor Ort stark unterstützen.
7. Die BAGFW bedauert, dass die Ansätze zur Innovation der Pflege im Quartier, die in den §§ 123 und 124 SGB XI neu noch im RefE vorgesehen waren, im Gesetzentwurf gestrichen wurden. Die Modellvorhaben sind zur Stärkung der Quartierspflege dringend erforderlich.
8. Nach wie vor fehlt eine bundesweite Strategie zur Digitalisierung in der Pflege, wie sie von den in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege seit längerem gefordert wird. Diese muss die Grundlagen für die Einrichtung eines Kompetenzzentrums festlegen. Den im Gesetzesentwurf genannten Aufgaben des zu gründenden Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege misst die BAGFW eine hohe Relevanz bei. Die Kernfunktionen eines solchen Zentrums sollen die Erarbeitung eines Roadmap Prozesses und die Unterstützung der Digitalisierung in der Praxis der beruflich Pflegenden, der Einrichtungen und Dienste, aber auch der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Familien sein. Allerdings sehen wir die Ansiedelung einer solchen Institution beim GKV-Spitzenverband äußerst kritisch, da dieser keine Kernkompetenz auf diesem Gebiet hat. Ein wirkungsvolles Kompetenzzentrum muss an neutraler Stelle angesiedelt werden. Deutlich kritisiert wird seitens der in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege die Frist zur verpflichtenden Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI), die aus unserer Sicht zum derzeitigen Umsetzungsgrad der TI in der Pflege nicht umsetzbar ist.

9. Es wird eine begrüßenswerte Neustrukturierung des Begutachtungsverfahrens vorgenommen. Darüber hinaus bedarf es dringend gesetzlicher Maßnahmen, die den gegenwärtigen Fristüberschreitungen und Begutachtungsdauern von sechs bis neun Monaten entgegenwirken und den Rechtsanspruch des Versicherten auf einen Bescheid nach 25 Arbeitstagen sicherstellen. Die digitale oder telefonische Begutachtung sollte nur bei Folgegutachten, nicht jedoch bei der Erstbegutachtung möglich sein. In jedem Fall ist dem Wunsch der Versicherten nach analoger oder aber digitaler sowie telefonischer Begutachtung Rechnung zu tragen.
10. Der vorgelegte Gesetzentwurf beinhaltet nur isolierte Einzelmaßnahmen, stellt keine ganzheitliche Systemverbesserung dar und auch die Versorgungssicherheit wird durch diese Reform nicht verbessert (weiter Unterfinanzierung der Pflegeleistungen, Pflegekräfte fehlen, weiter Überlastung des Systems der Pflegeversicherung und der Selbstverwaltung, Bewohnende rutschen in Sozialhilfe). Weiterhin verstärken Verbesserungen der Arbeitsbedingungen in der Pflege (insbesondere Lohnerhöhungen) direkt die finanzielle Krise der pflegebedürftigen Menschen und ihrer An- und Zugehörigen. So sind keine grundlegenden Verbesserungen in den Einrichtungen möglich.

Nachfolgend die konkrete Bewertung und Änderungsvorschläge der in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege im Einzelnen.



Artikel 1: Änderung des Elften Buches Gesetzbuch

§ 7b: Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine

Bestehende, gesetzlich initiierte Beratungsstrukturen brachten bislang leider nicht den erhofften Erfolg. Als Beispiel seien die Pflegestützpunkte genannt, durch die zwar eine neue Beratungsstruktur geschaffen wurde, die aber nicht flächendeckend ist und von den ratsuchenden Menschen in unterschiedlichem Maße angenommen wird. Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege fordern deshalb, den gesetzlichen Beratungsanspruch durch Einführung eines Beratungsgutscheins einzulösen. Einen Beratungsgutschein in Höhe eines festzulegenden Wertes pro Kalenderjahr, welcher der Preisentwicklung einer professionellen Beratungsleistung entspricht, sollen die Bürgerinnen und Bürger erhalten, die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben oder Altersrente oder Erwerbsminderungsrente beziehen. Im Sinne des Wunsch- und Wahlrechts kann der Anspruch mit Hilfe des Beratungsgutscheins in einer Beratungsstelle geltend gemacht werden. Hierfür sind qualifizierte, unabhängige und plurale Beratungsstrukturen vorzuhalten. Beratungsstellen, die mit gesichertem Qualitätsniveau beraten, können sein:

- kommunale örtliche Beratungsstellen,
- Beratungsstellen der Betroffenenverbände, der Verbraucherzentralen oder der Sozialverbände,
- Kranken- und Pflegekassen,
- Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste oder
- Pflegestützpunkte

Daneben sollten im Sinne der Nutzerfreundlichkeit und der vielfältigen Zielgruppen mit Pflegebedarf, so etwa pflegebedürftige Kinder, auch andere, bereits in der Beratung erfolgreich tätige Institutionen, in diese Regelung einbezogen werden.

Änderungsbedarf

In § 7b Absatz 1 ist nach Satz 2 folgender Satz zu ergänzen:

„Der Versicherte kann dabei zwischen der Beratung durch die Pflegekasse und Beratungsstellen wählen, bei denen der Beratungsgutschein eingelöst werden kann.“



§ 8 Absatz 7: Verlängerung der Förderungsmöglichkeiten der Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf

Die Verbände der BAGFW kritisieren scharf, dass die noch im Referentenentwurf vorgesehene Verlängerung der Förderung der Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf bis 2030 im Gesetzentwurf gestrichen wurde. Die zur Verfügung stehenden Mittel konnten aufgrund der Belastungen der Einrichtungen während der Corona-Pandemie nicht ausgegeben werden. Schon während der Pandemie hatten die Einrichtungen großes Interesse an der Förderung erkennen lassen, die sich u.a. durch immer regere Beteiligung am Projekt "Gute Arbeit in der Pflege durch Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf" der Pflegebevollmächtigten manifestiert. Die BAGFW fordert daher den Gesetzgeber auf, die Fördermöglichkeiten zu verlängern.

Darüber hinaus sehen wir Änderungsbedarf an den Fördermöglichkeiten. So ist die Summe von insgesamt 15.000 Euro jährlich nicht ausreichend, wenn damit beispielsweise der Ausbau von Kinderbetreuungsmöglichkeiten in trägereigenen Strukturen gefördert werden soll. Es sollte daher eine flexible Verwendung der Fördermittel in Höhe von jährlich 7.500 Euro über den gesamten Förderzeitraum von fünf Jahren vorgesehen werden können.

§ 8 Absatz 8: Entfristung der Förderung der Potenziale der Digitalisierung

Sehr zu begrüßen sind die Verbesserungen bei der Förderung der Potenziale der Digitalisierung in der Altenpflege: So wird die Förderung der Digitalisierung in der Altenpflege entfristet. Des Weiteren wird explizit ermöglicht, dass auch die technische Ausrüstung der Einrichtungen durch Investitionen in die IT und Cybersicherheit förderfähig wird. Ein Grundproblem vieler Pflegeeinrichtungen ist das Fehlen von WLAN-Anschlüssen, ohne die pflegebedürftigen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen ihre Handys, Smartphones oder Computer nicht mehr benutzen können, so wie sie es in ihrer eigenen Häuslichkeit gewohnt waren. Sehr positiv zu bewerten ist daher der Ansatz, Teilhabe pflegebedürftiger Menschen zu fördern. Des Weiteren ist ein Netzanschluss auch die Voraussetzung für den Anschluss an die TI, der mit diesem Gesetzentwurf nun verpflichtend wird. Auch die Präzisierung, dass die Aus-, Fort- und Weiterbildung gezielt zu digitalen Kompetenzen von Pflegekräften sowie die Förderung digitaler Kompetenzen der pflegebedürftigen Klient*innen förderfähig ist.

Eine große Hürde beseitigt der Gesetzentwurf allerdings weiterhin nicht: Gefördert werden können nach wie vor nur 40 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. Die restlichen 60 Prozent sind nicht förderfähig und gehen daher zu Lasten der Investitionskosten und letztlich der Eigenanteile der Versicherten. Das war auch in der Vergangenheit einer der wesentlichen Gründe für die Zurückhaltung der Einrichtungen, hier zu investieren. Diese Hürde sollte mit diesem Gesetzentwurf

beseitigt werden. Des Weiteren berücksichtigt die pauschale Fördersumme von 12.000 Euro auch keine Skalierung nach Einrichtungsgröße: So hat eine große stationäre Einrichtung mit 300 Plätzen andere Bedarfe als eine kleine stationäre Einrichtung mit 20 Plätzen. Es sollte des Weiteren möglich sein, die Fördersumme von bis zu 12.000 Euro auch durch mehrere, unterschiedliche Anträge ausschöpfen zu können, auch wenn es beim hier vorgesehenen prozentualen Eigenanteil bleiben sollte. Das Förderprogramm nach § 8 Absatz 8 SGB XI trat zum 01.01.2019 in Kraft. Verschiedene Pflegeeinrichtungen haben bereits die einmalige Fördersumme von 12.000 € in Anspruch genommen. Wir halten es für erforderlich, dass diese Pflegeeinrichtungen mit Inkrafttreten des PUEG einen nochmaligen Förderanspruch für die hinzugekommenen Fördertatbestände erhalten.

Im Übrigen weisen wir darauf hin, dass sowohl die Fördermaßnahmen nach § 8 Absatz 7 als auch nach § 8 Absatz 8 Maßnahmen der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf Aufgaben darstellen, von denen die gesamte Gesellschaft profitiert und die daher nicht von den Beitragszahlenden, sondern aus einem Bundeszuschuss in die Pflegeversicherung refinanziert werden sollten.

Änderungsbedarf

In § 8 Absatz 8 Satz 1 und Satz 5 wird das Wort "einmaliger" gestrichen.

Die prozentuale Höhe des Eigenanteils von 60 Prozent ist zu überdenken. Vorgeschlagen wird eine Reduzierung des Eigenanteils auf 20 Prozent und eine Erhöhung der Förderung auf bis zu 80 Prozent (Änderung in Satz 4).

§ 18-18e: Begutachtung

Die Neugliederung der Kapitel zur Begutachtung im SGB XI ist zu begrüßen, da sie mehr Übersichtlichkeit schafft und das Pflegeverständnis des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Pflegeberatung umsetzt. Allerdings finden die Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG hier noch nicht genügend Berücksichtigung. Die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs kann demnach nur durch Pflegefachmänner und -frauen erfolgen. Hierauf ist in den nachfolgenden Paragraphen bei der Qualifikation sowohl der Prüfenden der MD u. a. Prüfdienste als auch bei den unabhängigen Gutachter*innen an den jeweiligen Stellen, anlog § 18a Absatz 10, hinzuweisen.

§ 18: Beauftragung der Begutachtung

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege bewerten es als positiv, dass in Absatz 1 künftig eine konkrete Frist von drei Arbeitstagen genannt wird, in der die Pflegekassen dem MD den Auftrag zur Begutachtung übermitteln müssen sowie dass der Auftrag elektronisch übermittelt wer-

den muss. Bislang wurden Aufträge teilweise immer noch postalisch übermittelt, so dass wertvolle Zeit bis zur Begutachtung aufgrund des Postwegs verstrich. Positiv zu bewerten ist auch, dass künftig in Richtlinien des MD Bund nach § 17 Absatz 1 konkret zu regeln ist, welche prüffähigen Angaben benötigt werden, um die Begutachtung durchzuführen.

§ 18a: Begutachtungsverfahren

In Absatz 2 Satz 1 bis 3 werden Grundsätze der Begutachtung formuliert. Die Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich ist ein wesentlicher Grundsatz sowohl für in stationären Pflegeeinrichtungen lebenden Menschen als auch für Menschen, die noch in ihrer eigenen Häuslichkeit wohnen. Eine persönliche Begutachtung vor Ort wird im häuslichen Bereich im Kontext des Erstgutachtens und bei Wiederholungsgutachten aufgrund eines Widerspruchs als stets erforderlich angesehen. Dies ist notwendig, da in den Gutachten auch Empfehlungen aufzunehmen sind, die insbesondere zu einer positiven Veränderung der Pflegesituation beitragen können. So soll unter anderem Auskunft über die im Einzelfall erforderlichen Hilfen sowie über notwendige Heil- und Hilfsmittel oder auch technische Hilfen gegeben werden aber auch Feststellungen zur Prävention und Rehabilitation. Dies erfordert unserer Auffassung nach, eine persönliche Begutachtung vor Ort im häuslichen Bereich.

Des Weiteren birgt eine digitale bzw. telefonische sowie eine Begutachtung nach Aktenlagen die Gefahr des Aufbaus von zusätzlichen Zugangsbarrieren für ältere Menschen sowie für Menschen mit wenig Sprachkenntnissen der deutschen Sprache, mit einem niedrigen Bildungsniveau oder auch mit Behinderungen im Gegensatz zu persönlichen Begutachtungen im Wohnumfeld des Versicherten. Dem ist zu aktiv zu vorbeugen.

Im Rahmen von Höherstufungen im stationären Bereich werden Begutachtungen nach Aktenlage bei eindeutiger Sachlage im Zusammenhang mit einer Beschleunigung des Bearbeitungszeitraumes als sinnvoll angesehen. Jedoch werden dadurch Aufgaben der Prüfdienste in den Bereich der Einrichtungen verlagert, jedoch hierbei noch nicht geklärt ist, wie die personellen Ressourcen der Pflegeeinrichtungen diesbezüglich erhöht werden können. In diesem Zusammenhang ist es aus unserer Sicht auch zwingend erforderlich, den Begriff der "eindeutigen Aktenlage" nach Absatz 2 Satz 4 Nummer 1 zu definieren.

Absatz 2 Satz 4 Nummer 2 regelt neu, dass die Begutachtung ausnahmsweise ohne Untersuchung im Wohnbereich erfolgen kann, sofern eine Krisensituation von nationaler bzw. regionaler Tragweite vorliegt. Dies ist ein unbestimmter Rechtsbegriff. Es sollte ergänzt werden, dass der Gesetzgeber eine solche Krisensituation von nationaler Tragweite gesetzlich feststellen muss.

Darüber hinaus regelt Absatz 2 Satz 4 Nummer 2 und Absatz 2 Satz 5, dass es auch Situationen geben kann, in denen eine Begutachtung ohne Untersuchung des Versicherten im Wohnbereich zwingend erforderlich sein kann. Hier werden keine Kriterien genannt. Eine solche Situation könnte z. B. im Verlust der Wohnung in Folge einer Flutkatastrophe wie im Ahrtal bestehen. Nummer 2 ist entsprechend zu konkretisieren. Es ist zudem zu wenig, dass Wünsche des Versicherten im Falle des Absatzes 2 Satz 5 nach Begutachtung in seinem Wohnbereich nur zu berücksichtigen sind; einem solchen Wunsch ist hingegen nach Auffassung der in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege zwingend zu entsprechen.

Ferner ist gesetzlich festzulegen, dass Begutachtungen nach Aktenlage nach einem strukturierten Verfahren durchzuführen sind.

Nach Satz 6 des Absatzes 2 bestimmt der MD das Nähere zu den inhaltlichen und organisatorischen Einzelheiten für eine Begutachtung nach Aktenlage in Richtlinien nach § 17 Absatz 1. Hier ist zu ergänzen, dass den maßgeblichen Organisationen der Träger der Pflegevereinigungen auf Bundesebene ein Stellungnahmerecht eingeräumt wird.

In Absatz 7 wird die Feststellung des vorläufigen Pflegegrads bei Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt oder in einer stationären Rehaeinrichtung geregelt. Wiederholt haben die Verbände der BAGFW auf die Problematik verwiesen, dass pflegebedürftige Menschen mit einem vorläufigen Pflegegrad 2 in die Kurzzeitpflege kommen, obwohl ihr pflegerischer Bedarf oftmals dem des Pflegegrads 4 entspricht. Es ist positiv zu bewerten, dass im Gesetzentwurf nun eine Frist für die abschließende Begutachtung in der Einrichtung, in der die Kurzzeitpflege erfolgt, festgelegt wird; die vorgesehenen 10 Arbeitstage erachten sie jedoch als zu lang. Die Frist sollte auf fünf Arbeitstage festgelegt werden, analog zu den in § 18a Absatz 5 genannten Tatbeständen. Zudem ist zu regeln, dass die abschließende Begutachtung durch den MD in Fällen, in denen die Kurzzeitpflege binnen 10 Arbeitstagen schon beendet ist und sich der Versicherte wieder in der eigenen Häuslichkeit befindet, binnen einer Frist von 10 Arbeitstagen vorzunehmen ist.

Änderungsbedarf

In Absatz 2 ist nach Satz 1 folgender Satz 2 einzufügen:

“Der Versicherte ist in seinem Wohnbereich zu untersuchen. In stationären Einrichtungen besteht die Möglichkeit, dass eine Untersuchung im Wohnbereich bei Höherstufungsanträgen unterbleibt, sofern die Aktenlage eindeutig ist und es sich nicht um ein Widerspruchsgutachten handelt.“

Absatz 2 Satz 4 Nummer 1 ist wie folgt zu formulieren:

“1. auf Grund einer eindeutigen Aktenlage bei einem Folgegutachten das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht oder“



In Absatz 7 Satz 3 wird die Angabe "10" durch "5" ersetzt.

Folgender Satz wird ergänzt: "Sofern die Kurzzeitpflege vor Ablauf von 10 Arbeitstagen beendet wurde, hat die Begutachtung spätestens am zehnten Arbeitstag seit Beginn der Kurzzeitpflege in der Häuslichkeit des Versicherten stattzufinden".

§ 18b: Inhalte und Übermittlung des Gutachtens

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege bewerten es als positiv, dass in Absatz 1 die Inhalte des Gutachtens in einer strukturierten Darstellung aufgelistet wird. Positiv einzuschätzen sind ferner die Konkretisierungen, welche die Gutachter in den Bereichen Prävention und Rehabilitation vorzunehmen haben: So werden jetzt neben den Hilfs- und Pflegehilfsmitteln auch konkret Empfehlungen zu Heilmitteln und anderen therapeutischen Maßnahmen, wohnumfeldverbessernden Maßnahmen, edukativen Maßnahmen und für eine Beratung hinsichtlich von Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Absatz 5 SGB V neu erwähnt.

Außerdem wird geregelt, dass auch das Gutachten vom MD an die Pflegekasse elektronisch in gesicherter Form zu übermitteln ist. Damit gilt für Antrag und Gutachten der elektronische Übermittlungsweg, der geeignet ist, das Verfahren erheblich zu verkürzen, was sehr zu begrüßen ist.

§ 18c: Entscheidung über den Antrag

Wenn der Versicherte in einer stationären Pflegeeinrichtung lebt oder Leistungen der teilstationären Pflege oder eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch nimmt, dann sollte nicht nur der Antragstellerin bzw. dem Antragsteller - sondern auch der Pflegeeinrichtung - sollte spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags nach § 33 Absatz 1 Satz 1 bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitgeteilt werden, zumal diese ihre Personalkapazitäten entsprechend vorhält.

Sehr positiv zu bewerten ist, dass die Pflegekasse nach Absatz 3 neben der bisher schon bestehenden Pflicht zur Empfehlung von Hilfs- oder Pflegehilfsmitteln den Versicherten auch in Bezug auf die Verordnung von Heilmitteln unterstützen muss, indem sie den Antragsteller über die Bedeutung der Empfehlung einschließlich auch der Besonderheit der Verordnung eines langfristigen Heilmittelbedarfs konkret hinweisen muss. Gerade letztere Fallkonstellation ist bei Pflegebedürftigen z. B. in Bezug auf Ergotherapie häufig gegeben.

Die in Absatz 5 formulierten Sanktionszahlungen bei Fristüberschreitung bei nicht erteiltem Bescheid innerhalb von 25 Arbeitstagen, sehen wir nicht als adäquates Steuerungsinstrument an. Zudem lehnen wir auch aus ordnungspolitischen Gründen eine Finanzierung der Strafzahlung durch den Beitragszahler ab. Sollte der Gesetzgeber

jedoch an der Strafzahlung von 70 Euro festhalten, ist deren Anwendungsbereich nicht nur auf Versicherte in der eigenen Häuslichkeit zu begrenzen, sondern auch auf Antragsteller aus dem vollstationären Pflegeeinrichtungen auszuweiten.

Wir weisen darauf hin, dass Höherstufungsanträgen insbesondere im stationären Bereich nicht selten erst nach sechs bis neun Monaten stattgegeben wird. Dies ist nicht hinnehmbar. Auch für Höherstufungsanträge sollte die Frist von 25 Arbeitstagen gelten. Sofern diese nicht eingehalten werden, soll der beantragte Pflegegrad als genehmigt gelten (Genehmigungsfiktion).

Änderungsbedarf

In Absatz 2 Satz 1 ist nach den Wörtern “dem Antragsteller” die Wörter “und der Pflegeeinrichtung” zu ergänzen.

In Absatz 5 Satz 2 sind die Wörter “~~oder wenn sich der Antragsteller in einer vollstationären Pflege befindet und bereits bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt wurden~~” zu streichen.

§ 18e: Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen

Ausdrücklich begrüßt wird durch die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege die Beauftragung des MD Bund, im Rahmen eines Modellvorhabens nach § 18e Absatz 6 das während der Coronapandemie erprobten Verfahrens zum Einsatz telefonischer oder digitaler Kommunikationsmittel für die Begutachtung wissenschaftlich zu validieren, einschließlich des Ansatzes, ob eine solche Datenerhebung ersatzweise oder nur ergänzend zur Anwendung kommen kann, ohne dass sich das einschränkend auf die Begutachtungsinhalte, die Pflegegradeinstufung oder die Abgabe der Empfehlungen zu Hilfs- und Pflegehilfsmitteln, Heilmitteln, zur Rehabilitationsempfehlung oder zu Präventionsempfehlungen negativ auswirkt. Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege hatten 2021 vielfältige Problemanzeigen erhalten, die insbesondere eine zu niedrige Einstufung anbelangten, wenn die Versicherten nicht in ihrer eigenen Häuslichkeit untersucht wurden.

Die vom MD Bund angestrebte Begutachtung nach Aktenlage bewirkt insbesondere in stationären Pflegeeinrichtungen die Übernahme von wesentlichen Aufgaben der Gutachterinnen und Gutachter des MD durch die Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtung. Wir halten es deshalb für angezeigt, dass zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung auch Modellvorhaben zur Übernahme der Pflegebegutachtung durch Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden.



Änderungsbedarf

Es ist folgender Absatz 7 aufzunehmen:

(7) Im Rahmen der Modellvorhaben nach den Absätzen 1 bis 5 ist auch die Pflegebegutachtung durch die Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtungen zu erproben.

§ 30: Dynamisierung

Der Gesetzentwurf formuliert keine regelhafte Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung, hebt aber den Auftrag des bisherigen § 30 SGB XI auf, alle drei Jahre lediglich eine Erhöhung der Leistungen zu prüfen. Insoweit wird die jetzt vorgesehene Erhöhung der Leistungsbeträge zum 01.01.2025 um 5 Prozent und zum 01.01.2028 der Intention des Paragraphen eher gerecht, wenngleich sie nicht ausreichend ist. Zudem darf die Anpassung nicht an die Kerninflationsrate erfolgen, denn diese lässt bestimmte Kostenarten wie Lebensmittel und Energiepreise außen vor. Genau diese sind aber in Folge des Angriffskrieges auf die Ukraine die Kostentreiber gewesen. Ein weiterer Faktor sind die Personalkosten. Mit dem Tariftreuegesetz wurde die notwendige Verbesserung zur Entlohnung von Pflegekräften erreicht – jedoch war auch ein sprunghafter Anstieg der Pflegekosten die Folge. Eine Anpassung muss somit sowohl die Inflationsrate als auch die Lohnentwicklung berücksichtigen. Um einer weiteren Entwertung der Leistungen in der Zukunft entgegenzuwirken, muss jedoch nach Auffassung der in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege mindestens eine regelhafte Dynamisierung vorgesehen werden, das Problem einer andauernden Unterfinanzierung löst eine Dynamisierung nicht. Dies setzt eine nachhaltige Finanzierungsgrundlage für die Pflegeversicherung voraus, die die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege einfordert.

§ 40b Absatz 2 i.V. mit § 40a Absatz 2: Transparenz der Versicherten über Mehrkosten für Unterstützungsleistungen beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen

Die Verbände der BAGFW haben bereits im Rahmen der DVPGM darauf hingewiesen, dass der Leistungsbetrag für Unterstützungsleistungen beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen in Höhe von 50 Euro nicht ausreichen dürfte. Es ist daher zu begrüßen, dass die Pflegekassen mit dem neuen Absatz 2 verpflichtet werden, die Versicherten über eventuelle Mehrkosten auch im Rahmen der Unterstützungsleistungen vorab zu informieren. Es sollte ergänzt werden, dass die Information in verständlicher Form und barrierefrei erfolgen muss.

Änderungsbedarf

In Absatz 2 sind nach den Wörtern „in schriftlicher Form oder elektronisch“ die Wörter „sowie in verständlicher Form und barrierefrei“ zu ergänzen.



§ 55: Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung

Die moderate Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes zum 1. Juli 2023 um nur 0,35 Prozentsatzpunkte ist zu gering, um die Leistungen der Pflegeversicherung im notwendigen Umfang zu erhöhen und die Finanzsituation zu stabilisieren. Wie prekär die finanzielle Lage der Pflegekassen ist, zeigt die in Satz 2 vorgesehene Verordnungsermächtigung der Bundesregierung, den Beitragssatz zur mittelfristigen Sicherung der Zahlungsunfähigkeit der SPV durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats anpassen zu können, wenn der Mittelbestand der SPV absehbar die Höhe einer Monatsausgabe laut den Haushaltsplänen der Pflegekassen zu unterschreiten droht. Eine solche prekäre Haushaltslage der SPV ist nicht hinnehmbar (s. dazu insgesamt Kommentierung in der Einleitung). Die BAGFW fordert den Gesetzgeber auf, die im Koalitionsvertrag vorgesehene Expertenkommission, die bis 2023 Ergebnisse vorlegen soll, unverzüglich einzusetzen mit dem Auftrag, Vorschläge für eine nachhaltige, solidarische und generationengerechte Finanzierungsgrundlage vorzulegen.

Einen Ansatzpunkt zu einer schnellen Verbesserung der Einnahmeseite der Pflegeversicherung würde hier die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und korrespondierend der Versicherungspflichtgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung darstellen, die aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege daher dringend umgesetzt werden sollte. Dem müssen sich dann weitere Strukturreformen zur Verbreiterung der Einnahmebasis anschließen.

§ 61a: Rückzahlungsfrist für das Darlehen des Bundes an die Pflegeversicherung

Die Verschiebung der Rückzahlungsfrist für das Darlehen des Bundes an die Pflegeversicherung in Höhe von 1 Mrd., die nun ursprünglich für 2023 vorgesehen war und nun in hälftiger Höhe (0,5 Mrd.) auf Ende 2028 verschoben werden soll, zeigt die prekäre Situation der Pflegeversicherung. Die Verschiebung mag den Pflegekassen hinsichtlich ihrer Finanzsituation zwar etwas Spielraum verschaffen, allerdings wird das Problem dadurch nicht gelöst, sondern lediglich auf einen späteren Zeitpunkt vertagt. Für die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege ist es nicht hinnehmbar, dass die Liquidität der Pflegeversicherung nicht gesichert ist. Insgesamt setzen sich die Verbände für eine Aufhebung der Rückzahlungsverpflichtung dieses Darlehens ein.

§ 75: Veröffentlichung der Landesrahmenverträge

Die Pflicht zur Veröffentlichung der Landesrahmenverträge auf den Seiten der Pflegekassen ist ein Gebot der Transparenz gegenüber den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen und wird daher begrüßt.

Hinsichtlich des Themas “Leiharbeit, Personalpools und Auswahlkonzepte” verweisen wir auf die Einzelstellungen der in der BAGFW kooperierenden Verbände.

§ 112 Absatz 3: Beratung des MD und des Prüfdienstes der privaten Krankenversicherung in Krisensituationen

Die Neuregelung wird hinterfragt. Aus Sicht der in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege besteht der Beratungsauftrag des MD und des Prüfdienstes der privaten Krankenversicherung in allen Situationen und somit auch in Krisensituationen. Einer gesonderten Regelung bedarf es daher nicht.

§ 113 Absatz 1 Satz 3 neu: Anforderungen an die elektronische Pflegedokumentation

Die Umstellung auf eine elektronische Pflegedokumentation ist wünschenswert. Die Einrichtungen sind jedoch in unterschiedlicher Weise mit Mitteln ausgestattet, welche die Pflegedokumentation vollständig elektronisch ermöglichen.

§ 113a i.V. mit § 72 Absatz 3: Aufhebung der Expertenstandards

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege haben seit langem die Aufhebung des § 113a gefordert, die mit diesem Gesetzentwurf vollzogen wird.

§ 113b Absatz 3a: Öffentliche beschlussfassende Sitzungen des Qualitätsausschuss Pflege

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege geben hinsichtlich des Ansinnens, die beschlussfassenden Sitzungen des Qualitätsausschuss Pflege für die Öffentlichkeit zugänglich zu machen zu bedenken, dass eine derartige Umstellung umfassender organisatorischer Vorbereitungen bedarf. Diese reichen von den technischen Voraussetzungen zur Live-Übertragung über die Anmietung neuer Räumlichkeiten bis hin zu rechtlichen Voraussetzungen, wie etwa die Änderung der Vereinssatzung. Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege bitten daher im Rahmen dieses Verfahrens, die Geschäftsstelle des Qualitätsausschuss Pflege entsprechend mit personellen und finanziellen Ressourcen auszustatten und dieser einen angemessenen Zeitrahmen für die Vorbereitung und Umsetzung einzuräumen.



§ 113b Absatz 6: Einrichtung einer Referentenstelle im Qualitätsausschuss Pflege zur Unterstützung der Interessensvertretungen nach § 118 SGB XI

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege können die Intention zur Einrichtung einer Referentenstelle zur Unterstützung der Interessensvertretungen nach § 118 SGB XI grundsätzlich nachvollziehen, so dass diese ihre Sichtweise und Expertise noch stärker in die Verfahren des Qualitätsausschusses Pflege (QAP) einbinden können. Allerdings gibt es aus Sicht der in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege u.a. rechtliche Bedenken und Fragen zur Umsetzung. Einerseits soll die Geschäftsstelle QAP zwar als Arbeitgeberin fungieren, andererseits sollen ihr die entsprechenden Arbeitgeberrechte entzogen werden, wie etwa Einfluss auf die Auswahl der Person, deren Vergütung, Arbeitsort, -inhalt und -umfang. Der Verein könnte indes auf diese Art auch seinen formalen Arbeitgeberpflichten nicht nachkommen.

Offensichtlich ist bei diesem Vorhaben eine Orientierung an der Stabsstelle Patientenbeteiligung des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Eine Übertragung ist jedoch nicht trivial, da der G-BA als Selbstverwaltungskörperschaft eine Anstalt des öffentlichen Rechts ist, die Geschäftsstelle QAP jedoch als eingetragener Verein fungiert. Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sehen eine bei der unabhängigen Geschäftsstelle des QAP angesiedelte Referentenstelle daher kritisch und regen an, zu überprüfen, inwiefern diesem Anliegen auf anderem Wege entsprochen werden kann.

§ 113b Absatz 8: Jährliche Berichtspflicht des Qualitätsausschusses gegenüber dem BMG und Änderungen in § 114a und § 114c

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen die Einführung einer jährlichen Berichtspflicht des Qualitätsausschusses Pflege gegenüber dem BMG. Die Verbände der BAGFW weisen jedoch in diesem Zusammenhang darauf hin, dass in Verbindung mit § 114c Absatz 3 (jährliche Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbands) eine doppelte Berichterstattung bezüglich des Indikatoren-gestützten Verfahrens geschaffen wird. Im Rahmen des gesetzlichen Auftrages an den Qualitätsausschuss Pflege nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nr. 1 wurden Instrumente und Verfahren für die Qualitätsprüfung und -darstellung als ein aufeinander bezogenes und verzahntes Gesamtsystem entwickelt und implementiert. Weiterhin wurde der Qualitätsausschuss Pflege mit der Evaluation und Weiterentwicklung des Systems betraut. Von Einzelakteuren beauftragte Evaluationen für einzelne Teile des Verfahrens, welche dann in die Evaluation des Gesamtverfahrens einfließen und anschließend in unterschiedlichen Dokumenten und Richtlinien von verschiedenen Einzelakteuren umgesetzt werden müssen, sind nicht sachdienlich. Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege hal-



ten es insofern für sachgerecht und notwendig, sämtliche das Gesamtverfahren betreffenden Aufträge und Kompetenzen dem Qualitätsausschuss Pflege zuzuweisen, um die Einheitlichkeit des Qualitätssystems sicherzustellen.

Änderungsbedarf

§ 114a Absatz 7:

~~Die Vertragsparteien nach § 113 beschließen Der Medizinische Dienst Bund beschließt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zur verfahrensrechtlichen Konkretisierung Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich. In den Richtlinien sind die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 zu berücksichtigen. [...] Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Der Medizinische Dienst Bund hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. ...~~

Streichung des § 114c Abs. 3:

Die Berichtspflicht kann in dem neuen § 113b Absatz 8 aufgehen und ggf. konkretisiert werden.

§ 113b SGB XI: Qualitätsausschuss: Erweiterung der Aufgaben des Qualitätsausschuss Pflege

Nach § 37 Absatz 5 beschließen die Vertragsparteien nach § 113 gemäß § 113b Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3. Nach § 37 Absatz 5a beschließt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 1. Januar 2020 Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse aus dem jeweiligen Beratungsbesuch durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen.

Dies gehört unserer Auffassung nach auch zu den Aufgaben des Qualitätsausschuss Pflege (QAP).

Nach § 37 Absatz 4 haben die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachkräfte die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung.

Die Inhalte des Formulars sind unserer Auffassung auch Aufgabe des QAP.

§ 37 Abs. 5a ist in § 37 Absatz 5 zu integrieren.

§ 113c: Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Mit dem vorliegenden Entwurf werden für Personalausfallkonzepte endlich flächendeckend Personalpools ermöglicht und es sollen weitere Anreize geschaffen werden, Pflegehilfskraftpersonal ohne Ausbildung perspektivisch zu Pflegeassistentkraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege ausbilden zu lassen. Sofern die Länder Regelungen treffen, nach denen Pflegehilfskraftpersonal ohne Berufsabschluss aber mit langjähriger Berufserfahrung in der Pflege als Pflegeassistentkraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege anerkannt werden kann, soll dies auch vorliegend berücksichtigt werden können. Zudem werden Regelungen zur Berücksichtigung von Personen mit ausländischen Berufsabschlüssen, die einen Anerkennungslehrgang durchlaufen, ergänzt. Die Regelung zur Prüfung und Umsetzung weiterer Ausbaustufen und der Umgang mit der Konvergenzphase werden weiter konkretisiert.

Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 wird um die Möglichkeit ergänzt auf Grundlage eines entsprechenden betrieblichen Konzepts Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte vertraglich zu vereinbaren, mit denen die vertraglich vereinbarte Personalausstattung bei kurzfristigen Personalausfällen oder vorübergehend nicht besetzbaren Stellen sichergestellt wird. Die Neuerung dient sogleich der Begrenzung von Leiharbeit in der Pflege, was ausdrücklich begrüßt wird. Allerdings sollte die Maßnahme auch trägerübergreifend ermöglicht werden, was ausdrücklich im Gesetzestext zu ergänzen wäre.

Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a wird mit den Doppelbuchstaben aa der Bezug zu den landesrechtlichen Pflegehelferausbildungen konkretisiert, indem nun nicht mehr abstrakt auf § 12 Absatz 2 des PfIBG verwiesen wird, sondern auf die Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und

Helferberufen in der Pflege“ (BAnz AT 17.02.2016 B3). Diese Personen, können bei berufsbegleitender Ausbildung im Zuge des Aufwuchses bspw. bereits als QN-3 Kräfte eingesetzt werden, was aber bisher schon gesetzlich so vorgesehen war.

Zudem wird die Regelung um Doppelbuchstabe bb erweitert, nach denen Personen als Pflegefachkräfte mit dem Qualifikationsniveau 4 berücksichtigt werden können, die mit ausländischen Berufsabschlüssen einen entsprechenden Anpassungslehrgang zur Anerkennung als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann berufsbegleitend durchlaufen.

Die bisherige Regelung nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe a, nach der Pflegehilfskraftpersonal bereits auf den Stellen von Pflegeassistentenpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege (Qualifikationsniveau 3) anerkannt werden kann, wenn berufsbegleitend eine entsprechende Ausbildung absolviert wird und die nun durch den Doppelbuchstaben aa konkretisiert wird, wird zudem um Absatz 3 Satz 3 ergänzt, so dass diese landesrechtlich geregelte Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege spätestens bis zum 30. Juni 2028 begonnen werden muss und das entsprechende Pflegehilfskraftpersonal bei Abschluss der Vereinbarung mindestens fünf Jahre mit im Jahresdurchschnitt mindestens hälftiger Vollzeitbeschäftigung in der Pflege tätig war. Mit dieser Regelung kann zuvörderst ein Teil der bisher fehlenden Pflegehilfskräfte mit dem Qualifikationsniveau 3 angemessen mit vorhandenen, rechnerisch „überhängigen“ und unter Bestandschutz stehenden sowie geeigneten Mitarbeiter*innen des Qualifikationsniveaus 1 und 2 in einem begrenzten Zeitraum substituiert werden. Dies entspricht unserer begründeten Forderung, für das derzeit vorhandene massive Problem fehlender Hilfskräfte des Qualifikationsniveaus 3, eine gesetzlich verankerte Übergangslösung zu schaffen, was ausdrücklich begrüßt wird.

Die neu hinzugefügte Möglichkeit, nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe b Pflegehilfskraftpersonal nach bestandener „Externenprüfung“ für das Qualifikationsniveau 3 einsetzen zu können, ist an und für sich keine Verbesserung, denn davon müsste man ohnehin ausgehen, wenn nach diesen speziellen Verfahren nach Landesrecht eine staatliche Anerkennung analog der landesrechtlich geregelten Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege erteilt wird. Allerdings verdeutlicht die Regelung, dass die entsprechenden „erfahrenen“ Pflegehilfskräfte mit dem Qualifikationsniveau 1 und 2 neben der Möglichkeit, bis zum 30. Juni 2028 eine entsprechende landesrechtlich geregelte Pflegehelfer- oder Assistenzausbildung berufsbegleitend aufzunehmen, auch andere Möglichkeiten haben, staatlich als Pflegehilfskraft mit dem Qualifikationsniveau 3 anerkannt zu werden. Grundsätzlich wird schließlich begrüßt, dass die Aufnahme der „Externenprüfung“ in § 113c die Aufmerksamkeit auf das Thema lenkt, denn die Einrichtungen sind weiterhin darauf angewiesen, dass die Möglichkeit dafür vor Ort besteht und das ist in vielen Ländern anscheinend noch nicht der Fall. Insofern erhoffen wir uns von dieser Regelung, dass die Verfahren in den Ländern befördert werden.

Die Klarstellung in Absatz 5 Satz 1 Nummer 3, mit der das Fachkraft- und Hilfskraftpersonal auch in den Personalanhaltswerten der niedrigeren Qualifikationsstufen nach Satz 1 Nummer 2 und 1 bzw. Satz 1 Nummer 1 berücksichtigt werden kann, wird begrüßt. Die Regelung zur Orientierung der Entlohnung am Einsatz im jeweiligen Qualifikationsniveau ist sachgerecht und schafft Klarheit, wenngleich dadurch ein Hemmnis entstehen kann, als Intention dahinter, auf Basis des Grades der Umsetzung, der Arbeitsmarktlage usw. die weiteren Schritte zu planen oder gesetzgeberisch vorzugeben. Allerdings vertreten wir nach derzeitiger Faktenlage auch die Auffassung, dass perspektivisch die Ergebnisse aus PeBeM und somit der Algorithmus 1.0 zu 100 % umgesetzt werden muss. Insoweit begrüßen wir die Aussage in der Begründung, dass die Umsetzung der Personalbemessung weiterhin auf eine Verbesserung der personellen Ausstattung in allen vollstationären Pflegeeinrichtungen abzielt. Sicher ist hingegen nichts und weiterhin fürchten Pflegeeinrichtungen in einigen Bundesländern, dass sie am Ende weniger Personal einsetzen dürfen, als dies heute der Fall ist. Wir fordern daher auch weiterhin eine verbindliche Ausgestaltung der Ausbaustufen mit dem Ziel, PeBeM vollständig umzusetzen. Die Möglichkeit der vollständigen Umsetzung könnte im Übrigen heute schon den Trägern freigestellt werden. Damit hätten sich die teilweise komplizierten Bestandsschutzregelungen für Einrichtungen, die heute mehr Personal einsetzen, als § 113c Absatz 1 SGB XI ermöglicht, erübrigt.

Wir begrüßen ebenfalls, dass angestrebt wird, dass sich die individuell vereinbarte personelle Ausstattung in allen vollstationären Pflegeeinrichtungen in Richtung der bundeseinheitlichen Personalanhaltswerte nach Absatz 1 angleicht. Zu diesem Zwecke sieht der neue Absatz 8 vor, dass erstmals bis Ende 2023 das BMG unter Beteiligung aller relevanten Ministerien und Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene bundeseinheitliche Festlegungen für Zielwerte für eine mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung trifft. Dies muss mit einer Anhebung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1, einhergehen. Das derzeit nach geltender Rechtslage vorhandene Belieben einer Umsetzung wird damit, sollte es zu einer Anhebung der Mindestausstattung kommen, faktisch aufgehoben, was zielführend ist. Allerdings bitten wir zu prüfen, ob festgeschrieben werden kann, dass diese Zielwerte im Qualitätsmixmodell, also nach Qualifikationsniveaus, festgelegt werden müssen, um Anachronismus zu vermeiden.

Die zur Umsetzung von Absatz 7 und 8 erforderlichen bundeslandbezogenen Zahlen, Daten und Fakten sollen insbesondere durch eine neue Berichtspflicht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (ebenfalls in Absatz 8) eingeführt werden. Dieser Bericht soll in zweijährigem Intervall Hinweise liefern, ob Zielwerte für eine personelle Mindestausstattung von den vollstationären Pflegeeinrichtungen angesichts der Situation am Arbeitsmarkt eingehalten werden könnten. Darüber hinaus soll die Berichtspflicht Hinweise liefern, welche Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung zu erwarten wären, sollten die angestrebten Zielwerte nicht von allen Pflegeeinrichtungen



vollumfänglich erfüllt werden können. Wir bitten zu prüfen, ob konkretisiert werden kann, dass die Grundlagen zur Erstellung des Berichts maßgeblich aus den vorhandenen und den Pflegekassen vorliegenden Vertragsdaten und sonstigen herkömmlichen Personalmeldungen oder -abgleichen entnommen werden. Andernfalls fürchten wir ein weiteres Bürokratiemonster bis hin zum tagesaktuellen Personalabgleich.

Größere Sorgen bereitet den in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege nach wie vor die Auswirkung des § 113 Absatz 6 SGB XI. Demnach werden schon bald ab Juli 2023 die Stellen nach § 8 Absatz 6 SGB XI und § 84 Absatz 9 SGB XI in die regulären Pflegesätze überführt, was zu einer weiteren Steigerung der pflegebedingten Eigenanteile führt. Durch den Mechanismus, dass in der ersten nach dem 01.07.2023 geschlossenen Pflegesatzvereinbarung die Stellen überführt werden, spätestens aber bis Ende 2025, entstehen für entsprechende Einrichtungen in mehrfacher Hinsicht große Fehlanreize. Es werden nun so kurzfristig keine Zusatzstellen mehr akquiriert und neue Pflegesatzvereinbarungen ab dem 01.07.2023 werden ggf. nicht abgeschlossen, was den Umstieg in das Qualifikationsmixmodell und somit in den Aufwuchs behindert. Die Kostenbelastung ist für Heimbewohner*innen zu hoch geworden. Die zusätzliche Belastung kann für betroffene Heimbewohner*innen bis zu 200 €/ Monat und mehr betragen. Die entsprechenden Einrichtungen werden nicht zusehen, wie diese durch den vorzeitigen Wegfall der Finanzierung der Zusatzstellen weiter steigen. Obwohl die Rückführung der Zusatzstellen in den Personalstellenplan und Pflegesatz strukturell richtig ist, fordern wir die Aussetzung der § 113c Absatz 6 SGB XI, solange diese Entwicklung nicht durch eine weitergehende Kompensation der Eigenanteile eintritt.

Änderungsbedarf

§ 113c Absatz 6 SGB XI wird ersatzlos gestrichen.

Wegfall der §§ 123, 124 im Gesetzentwurf: Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier, Verordnungsermächtigung; Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der gemeinsamen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier

Die BAGFW kritisiert scharf, dass die Modellvorhaben nach § 123 SGB XI zur Förderung von Unterstützungsstrukturen vor Ort und für die Quartierspflege, die noch im Referentenentwurf vorgesehen waren, im Gesetzentwurf entfallen sind. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sahen im neuen Modellvorhaben zur Entwicklung regionalspezifischer Modellvorhaben für innovative Unterstützungskonzepte vor Ort und im Quartier, wie im Referentenentwurf ausgeführt, großes Potenzial. Aus Perspektive der in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sind vielfältige Formen der Förderung, wie die Erprobung von Konzepten

wie Buurtzorg im deutschen Kontext, präventive Hausbesuche, verbunden mit Schulungen, Beratungen und Trainings zur Gesundheitsförderung von pflegebedürftigen Menschen im Haushalt, die Einführung neuer Versorgungsformen und/ oder die Einführung neuer Wohnformen, wie bspw. Altenwohnheime für Menschen mit geringem Pflegebedarf oder die Erprobung von Öffnungsklauseln in Landesrahmenverträgen zur Ermöglichung von Kurzzeitpflege in anderen als vollstationären Settings, denk- und umsetzbar. Insbesondere könnte auch die Verzahnung von medizinischen und pflegerischen Angeboten und Hilfen, bspw. in Gesundheitskiosken, mit vorhandenen Beratungsangeboten (Pflegestützpunkte) umgesetzt und erprobt werden. Darüber hinaus wären die Entwicklung und Stärkung präventiver Angebote und Strukturen wie auch die bessere Verzahnung der Sektoren innerhalb des SGB XI sehr zu begrüßen. Angesichts knapper Personalressourcen sollten solche innovativen Projekte möglichst auf bestehenden Strukturen und Angeboten aufgebaut und von dort aus weiterentwickelt werden können.

Im Allgemeinen stellt sich die Frage, ob die Pflegeversicherung der richtige Ort ist, um der Thematik der kommunalen Verantwortung der Daseinsvorsorge in der Altenhilfe gerecht zu werden.

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände konstatieren, dass die Kommunen heute ihrer Rolle nicht gerecht werden. Die Einsparungen der Sozialhilfeträger durch den in der vollstationären Pflege eingeführten Einrichtungseinheitlichen Eigenanteil sollten, eigentlich wieder investiert werden. Diese kommen aber im Rahmen der Investitionskosten nicht an oder, die Mittel werden aufgrund der fehlenden Planungsverpflichtung nicht ausgegeben. Die mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) angedachte regionalisierte und an die Landespflegeausschüsse (LPA) angeschlossene Planung wird bekanntermaßen nicht richtig umgesetzt. In Bayern versucht man dem entgegenzuwirken, in dem u.a. eine Pflegestrukturplanung etabliert wird.

In Brandenburg versucht das zuständige Ministerium mit gezielten Förderungen der Kommunen u.a. die ambulante Sorgestruktur zu stärken. Das Land übernimmt heute 80 % der Kosten im Bereich der Hilfe zur Pflege. Ausgangspunkt ist die These, dass die Pflegeprävalenz 2030 noch beeinflusst werden kann – auch mit präventiven, aufsuchenden niedrigschwelligen Angeboten und Leistungen.

§ 7c SGB XI gibt den Kommunen ein Initiativrecht zur Etablierung von Pflegestützpunkten an die Hand, und zwar mit Co-Finanzierung der Pflegekassen. Die Kommunen müssen sich lediglich mit 20 % beteiligen. Zudem bot das PSG III (und bietet es weiterhin) vieles mehr, von dem zu oft kein Gebrauch gemacht wird: So z.B. das Thema Planungsverpflichtung (mit allen negativen Wechselwirkungen, s.o.). Davon machen heute nur Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg Gebrauch. Damit haben Kommunen zumindest dort Planungs- und Steuerungskom-

petenz für die regionale Pflegestruktur übernommen. In Brandenburg hat das zuständige Ministerium im Rahmen des Pflegepakts ein Pflegedossier zu allen 103 Kommunen erstellt. Die Daten sind Routinedaten einer etablierten Datenbank, die auch die Pflegekassen für Dossiers nutzen könnten. Mit dem Prinzip ZDF (Zahlen, Daten, Fakten) arbeitet auch das Landesamt für Pflege in Bayern. Hier finden allerdings zusätzlich Erhebungen und Auswertungen statt. Das Ziel sind regionalisierte Daten zur Planung und Planungsverpflichtung. Die Beispiele zeigen, dass im SGB XI Regelungen zur Erstellung und Verfügungstellung von notwendigen Planungsdaten getroffen werden sollten, welche die Kommunen in die Lage versetzen zu handeln. Es geht um die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (vor Ort über den Landespflegeplan) mit der Herausarbeitung der Schnittstellen zu kommunalen Aufgaben und die Definition der „Gemeinsamen Verantwortung“. Schlussendlich muss die Altenhilfe aus Perspektive der BAGFW wieder Pflichtaufgabe der Kommunen werden (§ 71 SGB XII). Wie vor Einführung der Pflegeversicherung auch, können Träger der Freien Wohlfahrtspflege den Bedarf abseits der Leistungen des SGB XI und der Hilfe zur Pflege regelhaft im Sinne von Sorgearbeit und anderen niedrighwelligen Angeboten übernehmen, wenn „offene Seniorenarbeit“ überall wieder gefördert würde und eine Rolle spielte. Dies ist jedoch eine Frage der Daseinsvorsorge der Kommunen im Bereich der Altenhilfe.

§ 125b SGB XI: Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

Die Chancen der Digitalisierung für eine bessere Versorgung in der Langzeitpflege durch die Entlastung von Pflege- und Betreuungskräften und die Unterstützung des Erhalts von Selbständigkeit der Pflegebedürftigen sind auch aus Sicht der BAGFW optimierungsbedürftig. Der Gesetzentwurf sieht dazu ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege vor, welches die Potentiale zur Verbesserung und Stärkung der pflegerischen Versorgung (ambulant und stationär) sowohl für die Betroffenen als auch die Pflegenden identifiziert und verbreitet. Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sehen in der effizienten Nutzung digitaler Technologien ein großes Potential für die Zukunft der Pflege und begrüßen vor diesem Hintergrund Maßnahmen, die die Prozesse der digitalen Transformation in der Pflege unterstützen und den konsequenten Anschluss der Pflege an die Telemedizininfrastruktur zeitnah fördern und auch die Einrichtung eines Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege.

Zu den Aufgaben des Kompetenzzentrums: Nach Auffassung der in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege gibt es kein Erkenntnisproblem, sondern ein Umsetzungsproblem aufgrund nicht synchroner Prozesse. Es gibt gegenwärtig eine Vielzahl an Studien und wissenschaftlichen Untersuchungen zum Potential der Digitalisierung in der Langzeitpflege, Modellprojekte von verschie-

denen Ministerien, Hochschulen und anderen Akteuren wie z. B. den Förderschwerpunkt Digitalisierung und Pflege des GKV-SV mit den Modellprojekten nach den §§ 8 Absatz 3, § 125 und §125a, die Cluster-Projekte des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, die Projekte des IGES Instituts sowie die derzeit in Erarbeitung befindliche Digitalstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege des Bundesministeriums für Gesundheit. Außerdem erstellt die gematik einen TI-Atlas. Folglich sehen wir die in Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 benannte regelmäßige Analyse und Evaluation der Umsetzung digitaler Potentiale im Bereich der Langzeitpflege nicht als vordergründige Aufgabe des Kompetenzzentrums an. Stattdessen sollte das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege die gegenwärtig teilweise parallelaufenden und nicht immer abgestimmten Prozesse von Gesetzgebungsverfahren, Modellprojekten und Aktivitäten der unterschiedlichen Akteure etc. in einem ersten Schritt in einem transparenten Roadmap-Prozess integrieren (siehe auch unsere Stellungnahme zu § 341 SGB V). Dies haben die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege bereits in den Prozess der Digitalisierungsstrategie des BMG eingegeben.

Daher sehen wir den Schwerpunkt nicht auf der regelmäßigen Analyse und Evaluation der Umsetzung digitaler Potentiale im Bereich der Langzeitpflege, sondern bei vielen in der Begründung zu Absatz 2 genannten weiteren Aufgaben des Kompetenzzentrums, die aus unserer Sicht in den Gesetzestext aufzunehmen sind. Diese sind

- Die Erarbeitung von konkreten Handlungsempfehlungen zur Digitalisierung in der Langzeitpflege insbesondere für die Leistungserbringer, die Pflegekassen und die Digitalwirtschaft.
- Der Wissenstransfer durch die Umsetzung zielgruppengerechter Aufbereitung von Themen der Digitalisierung in der Langzeitpflege in geeigneten Formaten für pflegebedürftige Menschen, pflegende An- und Zugehörige, beruflich Pflegenden und Pflegeberatende (z. B. Broschüren, Erklärfilme, (Online-)Veranstaltungen wie Werkstattgespräche, Podcasts etc.) einschließlich eines Überblicks über bestehende praxisorientierte Experimentierräume und Laboratorien in Deutschland, in denen digitale Anwendungen erprobt werden können.
- Darauf aufbauend Beratung und ggf. Entwicklung von konkreten Handlungsempfehlungen zur Umsetzung digitaler Anwendungen insbesondere für Leistungserbringer, Pflegekassen und die Digitalwirtschaft (z. B. zu Themen wie Telematikinfrastruktur, Interoperabilität, Standards, Bürokratieabbau, etc.). Insbesondere für die Pflegeberatungsstellen sollen adäquate Schulungen entwickelt und durchgeführt werden, damit die Beratung zu digitalen Anwendungen in der Pflege stets auf dem aktuellen Stand ist.
- Entwicklung und Kommunikation von Qualifizierungskonzepten für Fachkräfte, um die praxisorientierte Umsetzung der bereits existierenden und noch entstehenden digitalen Anwendungen zu unterstützen (wie bspw. die Fortbildung zu „Digital-

technischen Assistenten“), sowie von innovativen Bildungskonzepten zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften unter Nutzung digitaler Technologien.

- Erarbeitung von bundeseinheitlichen Schulungsmaterialien zur Schulung von Multiplikatoren für Pflege und Telematikinfrastruktur.
- Entwicklung von Unterstützungskonzepten für ehrenamtlich in der Pflege Engagierte.
- Die Bereitstellung fachlicher Expertise als Brücke zwischen Praxis und Gesetzgebung.
- Die Förderung des fachlichen Austauschs – insbesondere von best practice Beispielen – zwischen Digitalwirtschaft, Pflegekassen, privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, Leistungserbringern und Pflegekräften in der Langzeitpflege und den anderen Sektoren im Gesundheitswesen. Identifizierung und Bewertung von neuen, innovativen Entwicklungen („Thinktank“-Funktion).“

Verortung des Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege:

Ausweislich der Begründung zu Absatz 1 soll unter Berücksichtigung der im Koalitionsvertrag für die 20. Legislaturperiode vorgesehenen Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege mit dem Kompetenzzentrum ein Baustein zur Förderung einer strukturierten Implementierung einer digital unterstützten Pflege und eines digitalen Gesundheitswesens geleistet werden. Dies erfordert unserer Auffassung nach auch, dass ein strukturierter Prozess zwischen den verschiedenen Akteuren befördert werden muss. Ein Kompetenzzentrum kann deshalb nicht bei einem der Akteure angesiedelt werden, sondern muss bei einer neutraleren Instanz angesiedelt werden. Außerdem sollen mit Einrichtung eines interdisziplinär arbeitenden Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege auch Lösungsoptionen für die Praxis der Langzeitpflege (ambulant wie stationär) entwickelt und konkret umgesetzt werden. Der GKV-SV zeichnete sich bisher nicht durch eine Praxisnähe und durch konkrete Umsetzungsschritte für die Praxis aus. Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege schlagen vor auf eine bewährte neutrale, fachlich geeignete Instanz zu gründen oder z. B. direkt beim Bundesministerium für Gesundheit oder bei der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege/der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 organisatorisch zu verorten.

Änderungsbedarf

§ 125b Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

(1) Bei der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege eingerichtet. Die Aufgaben des Kompetenzzentrums umfassen:

1. regelmäßige Analyse und Evaluation der Umsetzung digitaler Potentiale im Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege, die Erarbeitung eines Roadmap-Prozesses für teilweise parallelaufende und nicht immer abgestimmten Prozesse von Gesetzgebungsverfahren, Modellprojekten und Aktivitäten der unterschiedlichen Akteure,

[...]

4. Unterstützung des Wissenstransfers bei Themen der Digitalisierung in der Langzeitpflege für pflegebedürftige Menschen, ihre Pflegepersonen nach § 19, beruflich Pflegende und Pflegeberatende mit geeigneten Maßnahmen, durch die Erarbeitung bundeseinheitlicher Schulungsmaterialien für Multiplikatoren und Unterstützungskonzepte für pflegende Angehörige und ehrenamtlich in der Pflege Tätige,

5. sowie die weiteren Aufgaben:

- „Die Erarbeitung von konkreten Handlungsempfehlungen zur Digitalisierung in der Langzeitpflege insbesondere für die Leistungserbringer, die Pflegekassen und die Digitalwirtschaft.
- Entwicklung und Kommunikation von Qualifizierungskonzepten für Fachkräfte, um die praxisorientierte Umsetzung der bereits existierenden und noch entstehenden digitalen Anwendungen zu unterstützen

(2) Für die Einrichtung des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung 10 Millionen Euro im Zeitraum von 2023 bis 2027 zur Verfügung gestellt. [...] Das Kompetenzzentrum Pflege und Digitalisierung Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verfolgt die Aufgaben nach Absatz 1 und bestimmt demnach Ziele, Inhalte, Planung und Durchführung des Kompetenzzentrums im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und im Benehmen mit den Verbänden der Pflegekassen, den Ländern, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, dem Deutschen Pflegerat der 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 dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie mit der Gesellschaft für Telematik und – soweit vorhanden – mit Kompetenzzentren auf Bundes- und Landesebene. [...]

(3) Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zu finanzierenden Fördermittel regeln die qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 ~~der Spitzenverband Bund der Pflegekassen~~ und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.

(4) Das Kompetenzzentrum Digitalisierung ~~Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen~~ veranlasst im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Arbeit des Kompetenzzentrums durch unabhängige Sachverständige. Dabei ist der Nutzen für Pflegeeinrichtungen herauszustellen. Begleitung und Auswertung erfolgen nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards hinsichtlich der Wirksamkeit, Qualität und Kosten der Arbeit des Kompetenzzentrums. Die unabhängigen Sachverständigen haben Berichte über die Ergebnisse der Auswertungen zu erstellen. Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege ~~Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen~~ legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis 2028 jährlich, erstmals zum 1. März 2024, einen barrierefreien Bericht über die Arbeit und Ergebnisse des Kompetenzzentrums vor.

(5) Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege ~~Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen~~ richtet einen Beirat zur Begleitung der Arbeit des Kompetenzzentrums im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit ein. Der Beirat besteht aus Vertreterinnen und Vertretern des GKV-SV, der Länder, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe [...]

(6) Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege ~~Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen~~ informiert regelmäßig und aktuell über die Aktivitäten und Ergebnisse des Kompetenzzentrums im Hinblick auf Veranstaltungen, Empfehlungen, auf einer eigens dafür eingerichteten barrierefreien Internetseite und stellt Handreichungen und Umsetzungstools zur Verfügung.

Artikel 2: Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 36: Anhebung der Pflegesachleistung

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sehen die Anhebung der Pflegesachleistung um 5 Prozent zum 01.01.2024 angesichts der bereits seit Jahren und seit dem 2022 deutlich erfolgten Kostensteigerungen als zu spät an; sie reicht bei weitem nicht aus, um den Kostenanstieg infolge der inflationsbedingten Tarifsteigerungen, die 15 Prozent und höher ausfallen können, zu kompensieren, ebenso wie die Ausbildungsumlage. Auf diese Weise erfolgt eine schleichende Entwertung der Pflegeleistungen und es droht eine Zunahme der Unterversorgung, weil benötigte Pflege und Betreuungsleistungen aus Kostengründen nicht mehr in Anspruch genommen werden. Dem ist dringend entgegenzuwirken.



Dies kann jedoch nur erfolgen, wenn der Finanzrahmen der Pflegeversicherung erhöht wird. Diesbezüglich wird auf die Einleitung zu dieser Stellungnahme verwiesen.

§ 37: Anhebung des Pflegegelds

Die Anhebung der Leistungsbeträge des Pflegegelds um 5 Prozent ist ein dringend überfälliger Schritt, der spätestens zum Juli 2023 und nicht erst zum 01.01.2024 erfolgen muss, zumal das Pflegegeld seit 2017 nicht erhöht wurde. Die pflegebedürftigen Menschen, die nur Pflegegeld und keine Pflegesachleistung beziehen, waren im Rahmen der Reform des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) die einzige Gruppe, die nicht von Leistungsverbesserungen profitiert hat. Auch hier ist zu konstatieren, dass eine Erhöhung des Pflegegelds um 5 Prozent wg. langjähriger Nullrunden für den Inflationsausgleich nicht ausreicht. Aufgrund dieser Benachteiligung der Leistungsempfänger von Pflegegeld regen die Verbände der BAGFW an, das Pflegegeld bereits ab dem 1. Juli 2023 zu erhöhen.

Wegfall des § 42a: Gemeinsamer Jahresbetrag im Gesetzentwurf

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege kritisieren scharf, dass die noch im Referentenentwurf vorgesehene Regelung eines Entlastungsbudgets, das den bisherigen Jahresbetrag von 1.774 Euro für die Kurzzeitpflege und von 1.612 Euro für die Verhinderungspflege zu einem Gemeinsamen Jahresbetrag von 3.386 im Kalenderjahr zusammengefasst hätte und von den Pflegebedürftigen flexibel und passgenau im Kalenderjahr eingesetzt hätte werden können, im Gesetzentwurf ersatzlos gestrichen wurde. Damit im Zusammenhang steht auch die im Referentenentwurf noch vorgesehene Streichung der 6monatigen Wartefrist für die Inanspruchnahme der Verhinderungspflege sowie die Folgeregelung einer Fortgewährung des hälftigen Pflegegelds während der Verhinderungspflege. Mit dieser Streichung verdient der Gesetzentwurf seinen Namen als "Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz" nicht mehr, denn das Entlastungsbudget wäre ein Kernstück dieser dringend notwendigen Entlastung gewesen. Seine Streichung ist ein Schlag ins Gesicht der pflegenden Angehörigen, die auch schon mit der Pflegereform GVWG aus der letzten Legislaturperiode leer ausgegangen waren. Von einem Entlastungsbudget hätten insbesondere auch Familien mit Kindern mit einer Behinderung, die die Mittel der Kurzzeitpflege aufgrund fehlender Eignung dieses Angebots für Kinder kaum nutzen können, stark profitiert. Gerade diese Familien brauchen Unterstützung durch die Möglichkeit zur Nutzung von möglichst viel stundenweiser Verhinderungspflege.

Der Vorschlag der BAGFW für ein Entlastungsbudget wäre noch über den Vorschlag des Referentenentwurfs hinausgegangen, indem in ein solches Entlastungsbudget auch den Entlastungsbetrag nach § 45b einzubeziehen wäre, denn auch dieser ist

eine klassische Entlastungsleistung pflegender An- und Zugehöriger. Ein Gesamtkonzept von Kurzzeit-, Verhinderungspflege und jährlichem Entlastungsbetrag hätte den Vorteil einer größtmöglichen Flexibilität für Pflegebedürftige beim Einsatz der Leistungen der Pflegeversicherung. Davon profitieren würden insbesondere auch Familien mit Kindern mit Behinderung, die einen hohen Bedarf an stundenweiser Entlastung haben.

Für den Fall, dass der Gemeinsame Jahresbetrag nach § 42a SGB XI im weiteren parlamentarischen Verfahren doch wieder in den Gesetzentwurf aufgenommen wird, sehen wir folgende Änderungsbedarfe:

Abzulehnen ist die in Absatz 2 RefE statuierte Anzeigepflicht der professionellen Leistungserbringenden von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege gegenüber den Pflegekassen, die spätestens bis zum Ende des auf den Monat der Leistungserbringung folgenden Kalendermonats erfolgen muss. Begründet wird dies im Falle der Verhinderungspflege mit der Tatsache des fehlenden Antragserfordernisses und der Tatsache, dass Pflegekassen im Interesse der Pflegebedürftigen mitverfolgen können müssen, inwiefern der Gesamtleistungsanspruch bereits verbraucht wurde, um ggf. beratend tätig zu werden. Da professionelle Leistungserbringende monatliche Rechnungen stellen, stellt dies eine unnötige bürokratische Hürde dar. Das gleiche Anzeigerfordernis soll nach dem Referentenentwurf auch für die Kurzzeitpflege gelten und wird damit begründet, dass „nicht immer eine zeitnahe Abrechnung gewährleistet“ sei. Eine zeitnahe Abrechnung ist jedoch auch hier der Regel- und nicht der Ausnahmefall. Daher schafft diese Regelung unnötige Bürokratie. Der dem Regelungstext zugrundeliegende Transparenzgedanke gegenüber dem Versicherten ist dabei grundsätzlich nachvollziehbar. Allerdings kann dieses Ziel auf dem hier vorgeschlagenen Weg nicht erreicht werden, denn Angehörige, Nachbarn oder Freunde, die Verhinderungspflege erbringen, werden – zurecht – von dieser Anzeigepflicht ausgenommen. Dieser Fall stellt jedoch bei Verhinderungspflege eine häufige Konstellation dar, sodass das Ziel der Schaffung von Transparenz, über die noch zur Verfügung stehenden Mittel auf diesem Wege nicht erreicht werden kann. Sollte der Gesetzgeber an dieser Regelung festhalten, ist zwingend im Gesetzestext vorzuschreiben, dass sich die Pflegekassen auf ein einheitliches Verfahren einigen und Musterformulare zur Verfügung stellen müssen, die grundsätzlich elektronisch übermittelt werden können.

Die in Absatz 3 RefE den Leistungserbringenden auferlegte Informationspflicht gegenüber den Versicherten, im Anschluss an die Leistungserbringung unverzüglich eine schriftliche Übersicht über die angefallenen Aufwendungen zu übermitteln, wird ebenfalls abgelehnt, denn den Versicherten liegt diese Information im Rahmen der Rechnungsstellung bereits vor. Des Weiteren kann das mit der Informationspflicht verbundene Transparenzziel nicht erreicht werden, wenn An- oder Zugehörige, die Verhinderungspflege erbringen. Ein sinnvolles Instrument zur Erzielung von Transparenz wäre hingegen eine Verpflichtung der Pflegekassen, ihren Versicherten im Falle



der Inanspruchnahme von Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege einen Überblick über die verbrauchten und noch zur Verfügung stehenden Leistungsbeträge zu geben. Darüber hinaus ist auch der Gemeinsame Jahresbetrag anzuheben.

Zu § 42 a (Pflegerische Versorgung bei Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegepersonen) SGB XI in Verbindung mit den §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen ausdrücklich die im Gesetzentwurf in § 42a SGB XI formulierten Schritte zum Abbau von Hürden für pflegende Angehörige im Zugang zu einer medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation, zu einer besseren zeitgleichen Versorgung Pflegebedürftiger, sowie zum vorgesehenen Bürokratieabbau für die Betroffenen.

Pflegepersonen sind oftmals nicht nur erheblich gesundheitlich belastet und in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe eingeschränkt, sondern ihr Zugang zur Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen ist auch dadurch erschwert, dass sie die Versorgung der Pflegebedürftigen nicht gesichert wissen. Aktuell bedeutet die eigene medizinische Vorsorge oder Reha mit der gleichzeitigen Versorgung des pflegebedürftigen Angehörigen zu organisieren, eine hochkomplexe Antragstellung in zwei verschiedenen Sozialversicherungssystemen mit der Herausforderung, dies zu einem passgenauen und zeitgleichen Ergebnis zu bringen, und sich finanziell nicht zu überfordern. Für viele pflegende Angehörige ist dies ohne Unterstützung eine Überforderung und hat zu häufig zur Folge, dass das eigene Rehabilitationserfordernis weiter aufgeschoben wird. Es ist äußerst sinnvoll, dass hier eine „Lösung aus einer Hand“ geschaffen werden soll.

Durch den neuen 42a SGB XI werden die rechtlichen Bedingungen dafür geschaffen, dass sich die komplexe Situation von pflegender und pflegebedürftiger Person in der Praxis verbessern kann. Begrüßt werden insbesondere die Stärkung des Rechtsanspruchs der pflegebedürftigen Personen auf die in Absätzen 1 bis 3 formulierten Leistungen und Ansprüche (einschließlich u.a. der Übernahme der betriebsbedingten Investitionsaufwendungen). Der neu geschaffene Leistungsanspruch für den Pflegebedürftigen analog der Regelung im § 40 Absatz 3 bzw. 3a SGB V und neben den Leistungsansprüchen der Kurzzeitpflege nach § 42 und der Verhinderungspflege nach § 39 ist sachgerecht. Es nimmt dies eine Besorgnis vieler Betroffener, dass ansonsten nach der Pflegeversorgung während des Rehabilitationszeitraumes alle Mittel für weitere Entlastungsphasen oder Akut-Situationen aufgebraucht sind. Durch die Förderung der Gesundheit der Pflegeperson wird deren Leistungsfähigkeit nachhaltig gestärkt und es kann ggf. ein Übergang in eine stationäre Pflegeeinrichtung weiter vermieden oder möglichst lange hinausgezögert werden, was dem Wunsch vieler Betroffener entspricht.

Begrüßt wird die Bestimmung in Absatz 4, wonach der Antrag der Pflegeperson auf Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen zugleich einen Antrag der Pflegeperson nach Leistungen nach Absatz 1 darstellt. Zu ergänzen ist, dass die Regelungen auch gelten, wenn die Möglichkeit der Unterbringung in einer Einrichtung mit Versorgungsvertrag nach § 111 a SGB V gewünscht ist. Des Weiteren sollte ergänzt werden, dass bei den Neuregelungen auch eventuelle Kooperationen mit vollstationären Pflegeeinrichtung umfasst sind, damit alle Arrangements in der Praxis umfasst sind.

Begrüßt wird ebenfalls, dass mit den Bestimmungen in Absatz 7 die maßgeblichen Verbände der Leistungserbringer der Vorsorge und Rehabilitation auf Bundesebene mit den Leistungsträgern gemeinsame Empfehlungen zum Antrags-, Genehmigungs- und Kostenerstattungsverfahren vereinbaren und dadurch auch die gemeinsame Selbstverwaltung stärken.

Nicht notwendig sind jedoch die dort vorgesehenen Vereinbarungen zur Sicherung der Qualität der Versorgung der Pflegebedürftigen. Die Pflege erfolgt entweder in einer nach § 111 SGB V oder nach § 72 SGB XI zugelassenen Einrichtung (Absatz 2). Einrichtungen nach § 111 SGB V stehen fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und beschäftigen qualifiziertes Gesundheitsfachpersonal. Sie unterliegen der externen Qualitätssicherung nach § 137d SGB V, müssen ein zertifiziertes, internes Qualitätsmanagement vorhalten und unterliegen sämtlichen behördlichen Aufsichten für Gesundheitseinrichtungen. Mit der Aufnahme von Patientinnen und Patienten entstehen darüber hinaus zivilrechtliche Sorgfaltspflichten, deren Einhaltung über das geltende Haftungsrecht sichergestellt ist.

Da es sich bei einer Konzepterweiterung um die Mit-Aufnahme und Versorgung der Pflegebedürftigen um einen versorgungsvertragsrelevanten Sachverhalt handelt, ist die Vorlage eines ergänzenden Konzeptes gegenüber dem federführenden Kassenverband bzw. Rentenversicherungsträger heute schon geregelt. Ebenso sind Nachweisverfahren bzgl. der Leistungserbringung etabliert (§ 111 Absatz 7 SGB V, § 15 SGB VI). Erforderlich wird es sein, eine entsprechende Informationsstruktur mit den Pflegekassen, um diese Konzepterweiterungen zu etablieren. Die vorgesehenen Regelungen des § 42a Absatz 8 würden aber darüber hinausgehen und eine Parallelstruktur für Konzeptanerkennungen und Nachweis der Leistungserbringung schaffen, was wir problematisch sehen und auch die Bürokratielast erhöht.

Problematisch ist, dass der Rechtsanspruch von Pflegepersonen auf Vorsorgeleistungen nicht gestärkt wurde, ein Anliegen, für das sich die BAGFW seit Jahren einsetzt. Während nach § 40 Absatz 2 SGB V die Krankenkasse für pflegende Angehörige bzw. Pflegepersonen stationäre Rehabilitation unabhängig davon erbringt, ob eine ambulante Rehabilitation ausreicht, ist dies bei der Vorsorge nicht der Fall. Aber Vorsorgeleistungen, durch die Pflegepersonen aus dem beanspruchenden Versorgungskontext zeitlich befristet in eine stationäre Maßnahme wechseln, um Abstand



zur Alltagspraxis zu gewinnen, sollten sie wie auch rehabilitative Leistungen bei Vorliegen einer Indiktion ebenso gut zugänglich sein.

Änderungsbedarf

§ 42a Absatz 1 Satz 1 SGB XI ist wie folgt zu ergänzen:

Pflegebedürftige haben ab dem 1. Juli 2024 Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung nach § 23 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches, nach § 40 Absatz 2 Satz 1 und 3 des Fünften Buches oder

§ 42a Absatz 4 Satz 1 SGB XI ist wie folgt zu ergänzen:

Stellt die Pflegeperson einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 23 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 2 Satz 1 und 3 des Fünften Buches oder nach § 15 Absatz 1 des Sechsten Buches und wünscht die Versorgung des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung oder einer anderen nach § 72 zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen ...

In § 42a Absatz 7, Satz 1 SGB XI ist der letzte Halbsatz „und zur Sicherung der Qualität der Versorgung der Pflegebedürftigen“ zu streichen.

§ 42a Absatz 8 ist zu streichen. Stattdessen ist vor erstmaligen Konzeptanerkennungen eine Information des Rehaträgers an die Pflegekasse zu etablieren.

§ 23 Absatz 4 SGB V zweiter Halbsatz wird aufgehoben und durch folgenden neuen Satz ersetzt:

„Für pflegende Angehörige erbringt die Krankenkasse diese unabhängig davon, ob die Leistungen nach Absatz 1 und 2 ausreichen, und kann diese Leistungen auch in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111 a besteht.“

§ 43c: Prozentuale Reduzierung des pflegebedingten Eigenanteils bei vollstationärer Pflege

Die prozentuale Reduzierung der Eigenanteile im stationären Bereich erfolgt, gestaffelt nach Aufenthaltsdauer in der stationären Pflegeeinrichtung ebenfalls um 5 Prozent, ausgenommen der Personenkreis, der bis zu 12 Monaten in einer Einrichtung lebt, erfährt eine Entlastung von 10 Prozent. Allerdings reichen die Beträge, bundesdurchschnittlich betrachtet, bei weitem nicht aus, um den steten Zuwachs an Eigenanteil zu begrenzen. Anders als im Koalitionsvertrag vorgesehen, ist weder die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege aus dem SGB V vorgesehen noch die Übernahme der Ausbildungskostenumlage. Beide Maßnahmen könnten die Eigenanteile für pflegebedürftige Menschen erheblich senken. Generell problematisie-



ren die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, dass der prozentuale Weg der Begrenzung der Eigenanteile konzeptionell zur Lösung des Problems nicht ausreichen wird, denn es gilt nicht nur, die Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal zu kompensieren, sondern auch die zusätzlichen Kosten durch den Personalaufwuchs in Folge der Einführung des Personalbemessungssystems, insbesondere, wenn die zusätzlichen Pflegefachkräfte nach § 8 Absatz 6 und die zusätzlichen Pflegeassistenzkräfte nach § 84 Absatz 9 i.V. mit § 85 Absätze 9 bis 11 ab Juli 2023 in das reguläre Pflegesatzverfahren überführt werden müssen.

§ 44: Ausweitung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld

Als wichtige Entlastung pflegender An- und Zugehöriger begrüßen die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege die Möglichkeit der kalenderjährlichen Inanspruchnahme eines Pflegeunterstützungsgelds für 10 Arbeitstage, um kurzfristig pflegebedürftige Angehörige versorgen zu können. Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände haben sich seit vielen Jahren dafür eingesetzt, dass die 10 Arbeitstage nicht einmalig sind, sondern sich auf das jeweilige Kalenderjahr beziehen.

§ 108: Auskünfte an Versicherte

Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen die Ausweitung der Auskunftspflichten der Pflegekassen über in Anspruch genommene Leistungen. Allerdings sollten diese Informationspflichten nicht nur „auf Wunsch“ des Versicherten erfolgen nicht nur „auf Anforderung“. Vielfältig sind die Versicherten über ihre Informationsrechte nicht informiert. Daher müssen die Kassen automatisch informieren; der Versicherte kann der Information jederzeit widersprechen. Die Informationen sollten zudem nicht nur in "wahrnehmbarer" Form, sondern auch grundsätzlich in verständlicher Sprache und barrierefrei zur Verfügung gestellt werden.

Änderungsbedarf

In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „auf Wunsch“ und „auf Aufforderung“ gestrichen.

In Satz 3 werden die Wörter „~~in wahrnehmbarer Form~~“ durch die Wörter „in verständlicher Sprache und barrierefreier Form“ eingefügt.



Artikel 6: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 341 Absatz 8: Verpflichtung (stationärer) Pflegeeinrichtungen zum Anschluss an die TI und Verpflichtung zur Schaffung der Voraussetzungen für den Zugriff auf die ePA

Bislang waren nur ambulante Pflegedienste, die häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege erbringen, verpflichtet, sich bis zum 01.01.2024 an die TI anzuschließen und ab dem 01.07.2024 die Leistungen auf der Grundlage einer elektronischen Verordnung zu erbringen. Mit der Neuregelung werden nun auch stationäre Pflegeeinrichtungen zur Anbindung an die TI verpflichtet. Alle Pflegeeinrichtungen müssen laut Gesetzentwurf bis zum 01.07.2025 die Voraussetzungen für den Zugriff auf die ePA erfüllen. Dieses Ziel wird von den in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege grundsätzlich unterstützt. Allerdings ist vom Gesetzgeber klar zu bestimmen, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit der Anschluss an die TI und der Zugriff auf die ePA überhaupt erfolgen kann. Es stellt sich die Frage, warum der Gesetzgeber an dieser Stelle so unbestimmt formuliert und sich nicht an den Regelungen, die für die vertragsärztliche Versorgung nach § 341 Absatz 6 oder für die Krankenhäuser nach § 341 Absatz 7 gelten orientiert und konkret die Dienste und Komponenten als Voraussetzung benennt.

Für ambulante Pflegedienste, die sich bislang um eine fristgerechte Anbindung bemühen, werden bereits zum jetzigen Zeitpunkt eine Vielzahl an Hürden offenbar, die die Frist 01.01.2024 bzw. neu 01.07.2024 aus Sicht der in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege stark in Frage stellt. Ein schwerwiegender Grund, der Einrichtungen der Pflege mit einem Anschluss noch zögern lässt, stellt die geplante Neuausrichtung nach der TI 2.0 dar. Mit dieser soll es ab 2025 möglich sein, ganz ohne die Verwendung von Hardwarekomponenten auf die TI zugreifen zu können. Mit Blick auf einen ressourcenschonenden Mitteleinsatz ist aus Sicht der Verbände der BAGFW eine Anbindung an die TI nach der bisherigen Methode daher nicht mehr sinnvoll und zielführend. Nicht nur der geringere Arbeits- und Implementierungsaufwand, sondern auch die kostenwirksame Einsparung von Hardware sprechen deutlich für eine Anbindung an die Telematikinfrastruktur nach den Möglichkeiten der TI 2.0. Des Weiteren wurden mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz die Finanzierungsmodalitäten zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur neu geregelt. Die bestehenden TI-Pauschalen werden auf Monatspauschalen umgestellt. Da zunächst die Vereinbarung im vertragsärztlichen Bereich (Bundesmantelvertrag) geschlossen werden muss, um die Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und Bundesvereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen

entsprechend abzuschließen, ist nicht mit einer Auszahlung der neu vereinbarten Pauschalen vor Juli 2023 zu rechnen. Dies führt zu Unsicherheit und nachvollziehbarem Abwarten seitens der Pflegeeinrichtungen, denn bislang sind nicht alle vorausgesetzten Bestandteile zur Anbindung an die TI ausreichend über die bisherige TI-Finanzierungsvereinbarung abgedeckt, wie z. B. die Refinanzierung von elektronischen Heilberufausweisen. Darüber hinaus sind die datenschutz- sowie haftungsrechtlichen Unsicherheiten im Zusammenhang mit dem eHBA rechtssicher für Leistungserbringer in der Pflege zu klären. Perspektivisch ist aus Sicht der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege für eine sichere Nutzung der TI in der Pflege für jede Pflegefachkraft ein refinanzierter eHBA erforderlich. Die bislang parallellaufenden Prozesse müssen für einen unkomplizierten Anschluss an die TI sowie eine gewinnbringende Nutzung der TI aus Sicht der in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege dringend synchronisiert werden. Erforderliche Vorarbeiten als Voraussetzung für eine Anbindung müssen zwingend erledigt sein, um nicht Gefahr zu laufen, Motivation und Bereitschaft sowie die Möglichkeit zur Nutzung der TI in der Pflege bereits im Registrierungsprozess zunichtezumachen. Grundsätzlich ist zu regeln, dass die Verpflichtung zur Anbindung an die TI nur gilt, sofern die gematik oder ihre Nachfolgeorganisation die technischen Voraussetzungen dafür geschaffen hat.

Wir begrüßen daher, dass der Gesetzentwurf anders als der RefE, nunmehr die sowohl ambulante als auch stationäre Pflegeeinrichtungen erst zum 1. Juli 2025 zur Anbindung an die TI verpflichtet. Dies hatte die BAGFW in ihrer Stellungnahme zum RefE gefordert. Eine verpflichtende Anbindung ergibt aus unserer Sicht auch erst dann Sinn, wenn auch alle anderen Akteure im Gesundheitswesen – insbesondere Arztpraxen – verpflichtend KIM umsetzen. Ferner sind sämtliche Prozesse rund um die Telematikinfrastuktur so zu synchronisieren, dass eine reibungslose Anbindung an die TI sowie eine sich anschließende gewinnbringende Nutzung der TI gewährleistet sind. Dies schließt aus Sicht der in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege ebenso eine Synchronisation des Beschäftigtenverzeichnisses nach § 293 Abs. 8 SGB V mit der TI ein. Ein einheitlicher und unkomplizierter Registrierungsprozess, der z. B. eine Stapelverarbeitung für Träger mehrerer Dienste zulässt, muss über die TI ermöglicht werden. Bislang verhindern parallellaufende Prozesse Bürokratieabbau und Entlastung in diesem Bereich.

Die Verbände der BAGFW weisen auf eine Regelungslücke hin, die sich aus § 360 Absatz 8 SGB V ergibt, wonach sich die Leistungserbringenden der Häuslichen Krankenpflege bereits zum 1. Januar 2024 an die TI angeschlossen haben müssen, um elektronische Verordnungen von HKP und AKI abrufen zu können. Nach der jetzigen Regelungskonstellation würde § 360 Absätze 5 und 8 ambulanten Pflegedienste, die nur einen Versorgungsvertrag nach dem SGB V, nicht jedoch nach dem SGB XI haben, zu einer früheren Anbindung an die TI verpflichten, was keinen Sinn macht.



Änderungsbedarf

§ 341 Abs. 8 wird wie folgt zu ergänzen:

“Die Verpflichtung nach Satz 1 gilt nicht, wenn der Zugriff auf die elektronische Patientenakte oder der Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach Satz 1 aus technischen Gründen im Einzelfall nicht möglich ist.”

§ 360 Abs. 5 SGB V wird wie folgt gefasst:

Die Erbringer von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 sowie der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c sind ab dem 01. Juli 2024-2025 verpflichtet, die Leistungen unter Nutzung der Dienste und Komponenten nach Absatz 1 auch auf der Grundlage einer elektronischen Verordnung nach Satz 1 zu erbringen. Die Verpflichtung nach Satz 3 gilt nicht, wenn der elektronische Abruf der Verordnung aus technischen Gründen im Einzelfall nicht möglich ist.

§ 360 Abs. 8 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Um Verordnungen von häuslicher Krankenpflege nach den Absätzen 5, 6 oder Absatz 7 § 37 sowie Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nach § 37c elektronisch abrufen zu können, haben sich Erbringer von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 sowie der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c bis zum 01. Januar 2024-Juli 2025 [...] an die Telematikinfrastruktur nach § 306 anzuschließen. Hierfür ist die Möglichkeit des Anschlusses nach der TI 2.0 als Voraussetzung für eine verpflichtende Anbindung zu schaffen.“

§ 293 Abs. 8 SGB V wird wie folgt geändert:

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte errichtet bis zum 31. Dezember 2021 mit der gematik und 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 innerhalb der Telematikinfrastruktur

1. der ambulanten Leistungserbringer, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 Satz 1 abgeschlossen haben, oder bei denen es sich um zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches oder bei denen es sich um Leistungserbringer nach § 132d SGB V bzw. 132l SGB V handelt,
2. der Personen, die durch die in Nummer 1 genannten Leistungserbringer beschäftigt sind und häusliche Krankenpflege nach § 37, spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b, außerklinische Intensivpflege nach § 37c oder Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 Absatz 1 des Elften Buches erbringen sowie



3. der Pflegekräfte, mit denen die Pflegekassen Verträge nach § 77 Absatz 1 des Elften Buches abgeschlossen haben.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte legt hierbei für jede in das Verzeichnis aufzunehmende Person nach Satz 1 Nummer 2 und Pflegekraft nach Satz 1 Nummer 3 eine Beschäftigtennummer fest. Dabei schafft das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte einen Registrierungsprozess, der dem Prinzip der Entbürokratisierung und einem aufwandsarmen Prozess für Leistungserbringer Rechnung trägt. Die Beschäftigtennummer folgt in ihrer Struktur der Arztnummer nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1. Das Verzeichnis nach Satz 1 enthält für die Personen nach Satz 1 Nummer 2 und für die Pflegekräfte nach Satz 1 Nummer 3 folgende Angaben:

[...]

Ergänzender Handlungsbedarf

Zeitvergütung in der ambulanten Pflege

Im Pflegeverständnis des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach § 14 SGB XI gilt es die Selbstbestimmung und Selbstständigkeit von pflegebedürftigen Menschen zu erhalten und zu fördern. Dabei stehen individuelle Problemkonstellationen und deren Lösung im Vordergrund, was eine Abkehr vom Verrichtungsbezug in der Pflege bedeutet. In diesem Sinne stellt die Zeitvergütung in der ambulanten Pflege, bei der die zu erbringende Leistung im Rahmen des SGB XI zwischen Pflegebedürftigen und ambulanten Dienst individuell hinsichtlich des Pflegebedarfs vereinbart wird, die dem Pflegebedürftigkeitsbegriff am besten entsprechende Vergütungsform dar.

In den §§ 89 und 120 sind daher die entsprechenden Weichen für diese Form der Zeitvergütung zu stellen und die Vergütungsform zu ermöglichen.

Generalistische Pflegeausbildung

Im Rahmen der Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. -fachmann werden im zweiten und dritten Ausbildungsjahr so genannte Wertschöpfungsanteile geltend gemacht. D.h., dass diese Auszubildenden anteilig auf die Personalschlüssel angerechnet werden. Auch wenn Auszubildende in der Pflege mit jedem Ausbildungsjahr lernen, selbstständiger tätig zu werden, befinden sie sich immer noch drei Jahre lang in der Ausbildung und können in keinem der Jahre als vollwertige Pflegefachpersonen gelten und sind damit, auch nicht anteilig, auf die Personalschlüssel anzurechnen. Vielmehr sind sie auch im letzten Ausbildungsjahr noch Lernende, die Anleitung und Beaufsichtigung benötigen. Dies bedingt Ausbildungsaufwand und keine Wertschöpf-



fung im Sinne Personaleinsparungsmöglichkeiten. Auch widerspricht dies dem Algorithmus der Personalbemessung nach § 113c, der den Bedarf von Personalmenge und -qualifikation anhand des Pflegebedarf der Bewohner*innen von Pflegeheimen ermittelt. Eine Qualifikation "Auszubildender" ist hier nicht vorgesehen.

Der Regelung zum Wertschöpfungsanteil ist daher abzuschaffen.

Bundeseinheitliche generalistische Assistenz Ausbildung

Mit der Einführung der Personalbemessung nach § 113c steigt der Bedarf an Assistenzkräften des Qualifikationsniveaus deutlich an. Weder auf Landesebene noch auf Bundesebene wird diesem steigenden Bedarf bisher nennenswert Rechnung getragen. So fehlt es überall an den Kapazitäten entsprechende Ausbildungsplätze, deren Finanzierung und Regelungen zur Praxisanleitung.

Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sehen daher dringenden Handlungsbedarf aus Bundesebene und fordern, die im Koalitionsvertrag vereinbarte Einführung einer bundeseinheitlichen, generalistischen Assistenz Ausbildung zeitnah auf den Weg zu bringen.

Tariftreueregelungen

Nach § 72 Absatz 3e haben die Pflegeeinrichtungen, die im Sinne von Absatz 3a an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen bis zum Ablauf des 31. August jeden Jahres die § 72 Absatz 3e Satz 1 Ziffer 1 und 2 aufgeführten Meldepflichten mitzuteilen. Dabei muss sich die Entlohnung der Mitarbeitenden auf den Stichtag 01. August des jeweiligen Jahres beziehen. Die Meldepflicht stellt für die tarifgebundenen bzw. für die an die kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen eine hohe zusätzliche Belastung innerhalb der kurzen Zeitspanne von einem Monat in der Sommerzeit dar. Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege halten es für erforderlich, dass das Portal zur Meldung mindestens 2 Monate geöffnet ist und dadurch die Belastung für die Pflegeeinrichtungen etwas reduziert werden kann. Deshalb ist in § 72 Absatz 3e Satz 1 Nr.2 SGB XI der Stichtag vom 01.08. auf den 01.07. vorzuverlegen.

Änderungsbedarf

In § 72 Absatz 3e Satz 1 Nr.2 SGB XI ist der "1. August des Jahres" durch den "1. Juli des Jahres" zu ersetzen.



§ 28 SGB XI: Leistungen bei Pflegegrad 1

Der vorliegende Gesetzesentwurf nimmt zwar redaktionelle Änderungen in § 28a vor, sieht aber keine Leistungsverbesserungen für den Pflegegrad 1 vor.

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege kritisieren scharf, dass Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 leer ausgehen, da der Entlastungsbetrag nach § 45b nicht erhöht wird. Dies ist nicht hinnehmbar.

Zur Stärkung des häuslichen Pflegearrangements schlagen wir darüber hinaus vor, auch die Verhinderungspflege und das Entlastungsbudget als Leistung für den Pflegegrad 1 zu statuieren.

§ 37 SGB XI: Entfristung der Möglichkeit der Videoberatung

Mit dem Gesetz zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (PfleBoG) vom 01.07.2022 wurden u.a. die folgenden Ergänzungen bei den Beratungsbesuchen in § 37 Absatz 3 SGB XI vorgenommen: „Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person erfolgt im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 30. Juni 2024 jede zweite Beratung abweichend von den Sätzen 1 bis 3 per Videokonferenz. Bei der Durchführung der Videokonferenz sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten.“ Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege hatten sich für eine Verstetigung der sich während Pandemie bewährten digitalen Beratungsbesuche eingesetzt und die Befristung bis Juni 2024 schon damals nicht nachvollziehen können. Dieser Gesetzesentwurf verfolgt die Zielsetzung die Potentiale der Digitalisierung für Pflegebedürftige in der Langzeitpflege zu stärken. Vor diesem Hintergrund halten wir es für erforderlich auch in § 37 Absatz 3 Satz 4 die Befristung aufzuheben.

Änderungsbedarf

§ 37 Absatz 3 Satz 4 ist wie folgt zu formulieren:

Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person erfolgt ~~im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 30. Juni 2024~~ jede zweite Beratung abweichend von den Sätzen 1 bis 3 per Videokonferenz.

§ 38a SGB XI: Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

Ambulant betreute Wohngruppen sind eine vielversprechende Alternative für pflegebedürftige Menschen, die nicht mehr in ihrer eigenen Häuslichkeit verbleiben können, aber nicht in eine stationäre Pflegeeinrichtung einziehen wollen und müssen. Die

Kosten in einer Wohngemeinschaft liegen in der Regel in vergleichbarer Höhe mit denen einer stationären Pflegeeinrichtung. Der Eigenanteil setzt sich aus den Kosten für die Koordination, die konkreten Betreuungsleistungen, Miete und Mietnebenkosten und Lebensmittel zusammen. Diese sind in der Regel unabhängig vom Pflegegrad und liegen bei 2.000 bis 2.800 Euro pro Monat für die Pflegebedürftigen. Pflegebedürftige in Wohngemeinschaften erhalten monatlich einen pauschalen Zuschlag von 214,-€ zur Finanzierung der Präsenzkraft. Dieser Leistungsbetrag wurde seit 2017 nicht erhöht. Aufgrund der gestiegenen Kosten stehen viele ambulant betreute Wohngruppen vor dem Aus.

Daher bedarf es einer deutlichen Erhöhung des pauschalen Zuschlags nach § 38a.

§ 41 SGB XI: Tagespflege und Nachtpflege

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände unterstreichen nochmals, dass der Ausbau der Tages- und Nachtpflege zu einer eigenständigen Leistung nachdrücklich zu begrüßen ist. Wir verweisen in diesem Zusammenhang jedoch auf ein Praxisproblem: Es zeigt sich, dass die Höhe der Beförderungskosten bislang oft nicht ausreichend refinanziert wird. Zu berücksichtigen ist nämlich u.a., dass v.a. für gerontopsychiatrisch veränderte Menschen oftmals eine zweite Person zur Betreuung während der Fahrt oder für die Abholung aus der Wohnung erforderlich ist. Dieser Umstand verhindert entscheidend den weiteren Aufbau von Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen und damit den Ausbau dringend benötigter und stark nachgefragter teilstationärer Strukturen, die entscheidend zur Stärkung der häuslichen Pflege und Entlastung pflegender Angehöriger beitragen können.

Darüber hinaus sind auch die Leistungsbeträge für die Tages- und Nachtpflege anzuheben.

Änderungsbedarf

In § 41 Absatz 1 Satz 2 SGB XI wird klargestellt, dass die Beförderung auch eine zweite Begleitperson erfordern kann. Daher sollen in Satz 2 vor das Wort „notwendige“ die Wörter „im jeweiligen Umfang“ ergänzt werden.

§ 45 SGB XI: Pflegekurse und Schulungen in der Häuslichkeit

Vor dem Hintergrund der stark wachsenden Zahl von zu erwartenden Pflegebedürftigen, insbesondere in den Jahren 2035-2045, und dem sich seit Jahren verschärfenden Personalmangel ist es von essenzieller Bedeutung, die Verhältnisprävention und Quartärprävention zu entwickeln. Bei der Verbesserung der Lebensbedingungen und gesundheitsförderlichen Gestaltung des Umfelds der Menschen tragen auch die Beratungen in der häuslichen Umgebung von Pflegebedürftigen bei, insbesondere bei einem noch niedrigen Pflegegrad 1 oder 2. Neben den Beratungen gem. § 37 Abs. 3

SGB XI richten sich die Beratungen gem. § 45 SGB XI an pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen, die großen Einfluss auf die Lebensbedingungen der pflegebedürftigen Person haben. Aktuell können aufgrund der Verortung der Leistungserbringung bei den Pflegekassen nur unter Glückskonstellationen häusliche Schulungen stattfinden. Es bedarf den Versicherten mit der richtigen Pflegekasse, mit der der ambulante Dienst (bzw. die Trägerorganisation) eine Vereinbarung abgeschlossen hat. Auf diesen Pflegedienst muss nun der Versicherte treffen. Andere Pflegekassen schließen wiederum erst gar keine Vereinbarungen. Das grenzt eher an eine Glückslotterie statt einem regelhaftem Unterstützungs- und Entlastungsangebot für pflegende Angehörige.

Bei den Kursangeboten für pflegende Angehörige und Schulungen in der Häuslichkeit gem. § 45 SGB XI ist eine Beendigung des bestehenden Flickenteppichs und die Sicherstellung eines flächendeckenden niedrighwelligen Zugangs zum unterstützenden Leistungsangebot erforderlich. Dies ist mittels Vereinheitlichung vertraglicher Regelungen der Pflegekassen mit den Leistungserbringern (inkl. Kontrahierungszwang der Pflegekassen bei vorliegenden qualitätsgesicherten Angeboten) erreichbar. Dies ermöglicht den Aufbau eines flächendeckenden Angebotes an Schulungen von allen Pflegekassen und schafft Transparenz für die Versicherten. Statt die Nadel im Heuhaufen zu suchen, kann der Versicherte / pflegende Angehörige sich an die regionalen ambulanten Dienste wenden, die mit allen Pflegekassen abrechnen können. Die Vereinheitlichung vertraglicher Regelungen mit den Pflegekassen bietet den ambulanten Pflegediensten die Möglichkeit, ein entsprechendes Angebot aufzubauen und dient der Entbürokratisierung, da Verhandlungen bzw. Bewerbungen auf Vergabeverfahren mit einzelnen Pflegekassen und Beitrittsverfahren sowie Listenführungen entfallen.

Die Möglichkeit zur Teilnahme an einem Pflegekurs / Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen für pflegende Angehörige darf nicht länger davon abhängen, dass die einzelne Pflegekasse einen Rahmenvertrag mit einzelnen Leistungserbringerverbänden geschlossen hat. Die Vertragsregelung, die überdies eine "Kann"-Regelung darstellt, ist durch einen individuellen Rechtsanspruch zu ersetzen. Die Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflege Tätigkeit interessierten Personen können einen qualifizierten Anbieter wählen.

Änderungsbedarf

(1) ~~Die Pflegekassen haben~~ für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflege Tätigkeit interessierte Personen haben Anspruch auf unentgeltliche Schulungskurse, die die Pflegekassen durchzuführen, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt. § 114a Absatz 3a gilt entsprechend. Die Pflegekassen sollen



auch digitale Pflegekurse anbieten; die Pflicht der Pflegekassen zur Durchführung von Schulungskursen nach Satz 1 vor Ort bleibt unberührt.

(2)...(unverändert)

(3) Über die einheitliche Durchführung sowie über die inhaltliche Ausgestaltung der Kurse und Schulung in der Häuslichkeit können haben die Spitzen- oder Landesverbände der Pflegekassen Rahmenvereinbarungen mit den Trägern der Einrichtungen zu schließen, die die Pflegekurse durchführen.

Pflegezeitgesetz/Familienpflegezeitgesetz

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände fordern die Bundesregierung auf, zeitnah einen Entwurf zur Einführung einer Lohnersatzleistung in Höhe des Elterngelds im Rahmen der angekündigten Reform der Familienpflegezeit auf den Weg zu bringen, um wenigstens die erwerbstätigen pflegenden Angehörigen zu entlasten.

Inflationsausgleichsprämie

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege halten eine eindeutige Klarstellung für notwendig, dass die Inflationsausgleichsprämien als Bestandteile tariflicher Vergütung grundsätzlich und flächendeckend in allen Bundesländern als wirtschaftlich anerkannt werden müssen.

Berlin, 08.05.2023

Dr. Gerhard Timm, Geschäftsführer
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Kontakt:

Claus Bölicke, AWO (claus.boelicke@awo.org)

Dr. Elisabeth Fix, DCV (elisabeth.fix@caritas.de)

Erika Stempfle, Diakonie Deutschland (erika.stempfle@diakonie.de)

Thorsten Mittag, Der Paritätische (altenhilfe@paritaet.org)

Benjamin Fehrecke-Harpke, DRK (b.fehrecke@drk.de)

Patrick Wollbold, ZWST (p.wollbold@jg-ffm.de)



Stellungnahme des IKK e.V.

zum

Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)

08.05.2023

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
Forderungen der Innungskrankenkassen	5
I. Zeitnah umzusetzende Maßnahmen zur Stabilisierung der finanziellen Situation der sozialen Pflegeversicherung	5
II. Einzelaspekte des Referentenentwurfs	6
Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	6
§ 18c Abs. 5 Satz 4 SGB XI Entscheidung über den Antrag, Fristen.....	6
Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	7
§ 55 Abs. 1 Satz 1 SGB XI Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze	7
Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	8
§ 55 Abs. 3 Satz 3 SGB XI Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze.....	8
Zu Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	10
§ 46 Abs. 3 Satz 1 SGB XI Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze	10
III. Ergänzungsbedarf	11
Zu Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	11
§ 5: Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation	11

Grundsätzliche Anmerkungen

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf für ein Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) sollen auf Basis der im Koalitionsvertrag vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in der Pflege Anpassungen in der Pflegeversicherung vorgenommen werden. Dafür sollen die häusliche Pflege gestärkt, pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sowie andere Pflegepersonen entlastet, die Arbeitsbedingungen für professionell Pflegenden weiter verbessert sowie die Digitalisierung für Pflegebedürftige und für Pflegenden noch besser nutzbar gemacht werden.

Die umfassenden Leistungsausweitungen der Vergangenheit sollen durch die Erhöhung des Beitragssatzes um 0,35 Prozentpunkte gegenfinanziert werden. Zudem wird in Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 der Kinderlosenzuschlag um 0,25 Beitragssatzpunkte auf 0,6 Beitragssatzpunkte angehoben; versicherte Mitglieder mit mehreren Kindern werden bis zum fünften Kind – jetzt bis zum Alter von 25 Jahren – in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkte je Kind entlastet.

Bewertung der Innungskrankenkassen

Im vorgelegten Gesetzentwurf werden die noch im Referentenentwurf formulierten und namensgebenden Entlastungen für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sowie andere Pflegepersonen weiter gekürzt.

Vor diesem Hintergrund sehen die Innungskrankenkassen nach wie vor die Notwendigkeit, gerade die häusliche Pflege zu stärken. Hier ist es nicht sachgerecht, wenn die ursprünglich im Referentenentwurf geplante Zusammenführung der Leistungen für die Kurzzeit- und Verhinderungspflege zu einem gemeinsamen Leistungsbetrag nicht mehr umgesetzt werden soll. Damit wird den Anspruchsberechtigten eine flexible Form der Leistungsanspruchnahme vorenthalten, was dem eigentlichen Sinn und Zweck dieses Gesetzes zuwider läuft.

Für zielführend halten die Innungskrankenkassen die stärkere Anbindung der Pflege an die Digitalisierung sowie deren Förderung – wie z. B. die Errichtung eines Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege beim GKV-Spitzenverband, die Ausweitung und Verlängerung des bestehenden Förderprogramms nach § 8 Abs. 8 SGB XI für digitale und technische Anschaffungen in Pflegeeinrichtungen zur Entlastung des Pflegepersonals. Die Streichung des ursprünglich vorgesehenen Informationsportals zu Pflege- und Betreuungsangeboten ist dagegen bedauerlich.

Äußerst kritisch bewerten die Innungskrankenkassen, dass die Leistungserweiterungen lediglich durch die Anhebung des Beitragssatzes gegenfinanziert werden sollen. Denn schon 2022 betrug das Defizit in der sozialen Pflegeversicherung 2,25 Milliarden Euro, für das Jahr 2023 ist von einem Defizit in Höhe von drei Milliarden Euro auszugehen. Wesentlicher Kostentreiber in der sozialen Pflegeversicherung sind dabei der kontinuierliche Anstieg der Leistungsberechtigten seit 2017 und steigende Leistungsausgaben insbesondere durch die sogenannte „kleine Pflegereform“. Hinzu kommen Mehrausgaben, die aus der Verpflichtung zur Übernahme der Tarifsteigerungen der Pflegeberufe resultieren. Dass darüber hinaus die finanzielle Situation der Pflegekassen mit dem jetzt vorliegenden Gesetzentwurf noch zusätzlich dadurch verschärft wird, dass die Rückzahlung der Liquiditätshilfe des Bundes an den Ausgleichsfonds in Höhe von einer Milliarde Euro nicht nur beibehalten, sondern sogar noch hinsichtlich der Rückzahlungsfrist zum 31. Dezember 2023 bzgl. der Hälfte zeitlich vorverlegt wird, ist absolut indiskutabel.

Die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung wird insofern weder nachhaltig noch gerecht stabilisiert. Denn wie bereits im Rahmen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes werden allein die Beitragszahlenden in die Pflicht genommen. Hier wäre der Gesetzgeber z. B. gut beraten, die ausdrückliche Anregung des Bundesverfassungsgerichts hinsichtlich einer Steuerfinanzierung bei der Berücksichtigung des Erziehungsaufwands aufzugreifen.

Dass der Gesetzentwurf in diesem Zusammenhang die Erfassung der Elterneigenschaft nach wie durch die beitragsabführenden Stellen vorsieht und keine Umstellung auf die Pflegekasse vorgenommen hat, wird dagegen ausdrücklich begrüßt. Jede andere Regelung hätte die ohnehin schon unter einer überbordenden Bürokratie leidenden Pflegekassen vor große Probleme gestellt.

Forderungen der Innungskrankenkassen

I. Zeitnah umzusetzende Maßnahmen zur Stabilisierung der finanziellen Situation der sozialen Pflegeversicherung

Fest steht, dass es schon jetzt zeitnah umzusetzende Maßnahmen gibt, die unmittelbar anzugehen und bereits im Koalitionsvertrag geeint sind:

- Steuerliche Gegenfinanzierung der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige als versicherungsfremde Leistungen und Teil der Daseinsvorsorge.
- Die Rückerstattung pandemiebedingter Zusatzkosten an die soziale Pflegeversicherung durch den Bund. Hierfür könnte die bis Ende 2023 geltende Ermächtigungsgrundlage für weitere Bundeszuschüsse nach § 153 SGB XI genutzt werden.
- Herausnahme der Ausbildungskostenumlage aus den Eigenanteilen.

Allein die ersten beiden Maßnahmen würden ein Gesamtvolumen an 9,2 Milliarden Euro ausmachen, während die derzeit vorgesehene Beitragssatzerhöhung lediglich 6,6 Milliarden Euro erbringt.

Des Weiteren fordern die Innungskrankenkassen:

- Keine Abschiebung der Investitionskosten auf die Heimbewohnenden (derzeit über 450 Euro monatlich). Hier müssen die Bundesländer in ihre vollständige Finanzierungsverantwortung genommen werden.
- Verzicht auf die Rückzahlung des 2022 gewährten Darlehens in Höhe von einer Milliarde Euro im Sinne eines Bundeszuschusses.

II. Einzelaspekte des Referentenentwurfs

Was die weiteren Einzelregelungen des Referentenentwurfs angeht, nehmen die Innungskrankenkassen dazu wie folgt Stellung:

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 18c Abs. 5 Satz 4 SGB XI – Entscheidung über den Antrag, Fristen

Keine Zurechnung von Fehlverhalten des MD

Mit dem Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz), das am 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist, wurde der MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) und der MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) neu aufgestellt und einheitlich in Körperschaften öffentlichen Rechts umgewandelt. Damit verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, gerade auch den MDK organisatorisch von den Kranken- und Pflegekassen zu lösen, damit dieser in der öffentlichen Wahrnehmung verstärkt als eigenständige unabhängige Körperschaft wahrgenommen wird.

Mit dem nun vorliegenden § 18c Absatz 5 S. 4 neu SGB XI sieht der Gesetzgeber vor, dass der Pflegekasse auch das Fehlverhalten wie Verzögerungen des Medizinischen Dienstes (MD) sanktionsbewert zuzurechnen sein soll.

Vor dem Hintergrund der organisatorischen Neuaufstellung und Trennung von den Kranken- und Pflegekassen ist es aber sowohl rechtlich als auch sachlich unververtretbar, wenn der Gesetzgeber ein Fehlverhalten des MD der Pflegekasse zurechnen und sogar noch sanktionieren will. Sowohl die Zurechnung von Versäumnissen des MD als auch die nach wie vor vorgesehene Sanktionierung wird von den Innungskrankenkassen abgelehnt.

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20 b)

§ 55 Abs. 1 Satz 1 SGB XI – Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

Anpassung des Beitragssatzes durch Rechtsverordnungsermächtigung

Unabhängig davon, dass mit der Umsetzung der oben aufgeführten Maßnahmen eine Erhöhung des Beitragssatzes zu vermeiden wäre, lehnen die Innungskrankenkassen die in diesem Zusammenhang vorgesehene Rechtsverordnungsermächtigung für die Bundesregierung zu Anpassung des Beitragssatzes ausdrücklich ab.

Zwar begründet der Gesetzgeber eine mögliche Beitragssatzanpassung, nunmehr unter Beteiligung des Parlaments, mit einem kurzfristigen Liquiditätsbedarf der sozialen Pflegeversicherung und einer maximalen Höhe von 0,5 Prozentpunkten; dies scheint jedoch mit Blick auf die eigentlich langfristige Planbarkeit der Kosten der sozialen Pflegeversicherung nicht überzeugend.

Zu kritisieren ist ferner: Mit der Einräumung einer Rechtsverordnungsermächtigung wird die Lösung der desaströsen finanziellen Lage der sozialen Pflegeversicherung vom Gesetzgeber schon jetzt und im Tenor des vorliegenden Gesetzentwurfs im Wesentlichen in der Anhebung des Beitragssatzes gesehen. Damit ist absehbar, dass auch zukünftig der Suche nach grundlegenden bzw. nachhaltigen Lösungsmodellen lediglich eine nachrangige Bedeutung zukommt.

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20 c)

§ 55 Abs. 3 Satz 3 SGB XI – Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

Umsetzung des Beschlusses des BVerfG

Die Innungskrankenkassen unterstützen die Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils zur Differenzierung des Beitragssatzes nach Anzahl der Kinder.

Den anfallenden Verwaltungsaufwand bei der Ermittlung der Anzahl der Kinder in einer Elterngemeinschaft nach § 55 Satz 3 sehen die Innungskrankenkassen jedoch kritisch und noch nicht ausreichend durch den Gesetzgeber präzisiert.

So erscheinen u. a. die Einbindung der Arbeitgebenden bei dem Prozess unklar. Ebenso bleibt die Frage offen, was bei einer ausbleibenden Reaktion der Elterngemeinschaft zu unternehmen ist. Auch ist nicht weiter geregelt, was als „geeignete Form“ des Nachweises von Kindern gelten kann. Einen Sonderfall stellen die freiwillig versicherten Selbstzahler dar. Um hier weiteren Verwaltungsaufwand zu minimieren, regen wir an, die Übergangsfrist in § 55 Satz 6 für den Nachweis von Kindern von dem 31. Dezember 2023 auf den 30. Juni 2024 zu verlängern. Hierdurch wäre ein Schreiben bezüglich der moderaten Anpassung der Pflegeversicherungsbeiträge zum 1. Juli 2023 mit dem Passus ausreichend, dass mit der nächsten Einstufung die Anzahl der Kinder ab dem 1. Juli 2023 berücksichtigt wird. Die Aufforderung zum Nachweis von Kindern könnte in dem ohnehin einmal jährlich zu versendenden Brief zur beitragsrechtlichen Einstufung mit Bitte um Meldung der Anzahl der Kinder im Zeitraum vom 1. Juli 2023 bis 30. Juni 2024 erfolgen.

Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass die vom Bundesverfassungsgericht geforderte Differenzierung anhand der Anzahl der Kinder ab 1. Juli 2023 alle beitragsabführenden Stellen (z. B. Arbeitgeber) vor erhebliche Herausforderungen stellt. Die notwendigen Systemanpassungen und Softwareänderungen werden nicht kurzfristig bei allen Beteiligten zum 1. Juli 2023 zur Verfügung stehen können. Darauf haben nicht nur der GKV-Spitzenverband, sondern auch Arbeitgeberverbände das BMG in der Vergangenheit bereits mehrfach hingewiesen. Auch hat der Gesetzgeber im Gesetzentwurf eine Übergangsfrist vorgesehen. In einer Übergangszeit bis zum 31. Dezember 2023 wirken Nachweise der Versicherten für vor dem 1. Juli 2023 geborene Kinder vom 1. Juli 2023 an, wenn sie bis zum 31. Dezember 2023 erbracht werden. Aus Sicht der IT Dienstleister der Kassen (z. B. BITMARCK) wird die zurzeit geplante Länge der Übergangsfrist allerdings nicht als ausreichend angesehen. Es ist damit zu rechnen, dass ab Juli 2023 umfangreiche Rückrechnungen und Beitragserstattungen erfolgen werden.

Vor diesem Hintergrund setzen sich die Innungskrankenkassen entweder für ein späteres Inkrafttreten der geplanten Neuregelungen bei der Beitragsberechnung in der sozialen Pflegeversicherung (was aufgrund des Urteils des Bundesverfassungsgerichts wahrscheinlich schwierig ist) oder für eine entsprechende Übergangsphase für alle Beteiligten ein.

Zu Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 46 Abs. 3 Satz 1 SGB XI – Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

Keine Absenkung der Verwaltungskostenpauschale

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll zudem die Verwaltungskostenerstattung von 3,2 Prozent des Mittelwerts von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen auf 3,0 Prozent dieses Werts angepasst werden (§ 46 Absatz 3 SGB XI). Die Begründung des Gesetzgebers: Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale, die von den Pflegekassen an die Krankenkassen gezahlt wird, steigt regelmäßig mit dem Anstieg der Leistungsausgaben bzw. Beitragseinnahmen der sozialen Pflegeversicherung. Sie sei angesichts des dynamischen Anstiegs beider Indikatoren allein zwischen 2016 und 2021 um knapp 50 Prozent angewachsen. Der tatsächliche Verwaltungskostenaufwand bei den Pflegekassen sei hingegen keineswegs im selben Umfang angestiegen.

Diese Begründung überzeugt jedoch nicht. Tatsache ist nämlich, dass die soziale Pflegeversicherung seit 2017 zahlreiche gesetzliche Neuerungen und Herausforderungen erfahren hat, wie insbesondere die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, was sowohl zu einer Steigerung der Anträge als auch der tatsächlichen Leistungsgewährung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung geführt hat. Weitere Verwaltungskosten sind im Hinblick auf die mit diesem Gesetzgebungsverfahren avisierte Steigerung der Zuschüsse nach § 43c SGB XI zu erwarten, welche ihrerseits zu einem nicht unerheblichen Informations- und Beratungsaufwand der pflegebedürftigen Personen durch die Pflegekassen führen. Nicht zuletzt binden auch die fortgeführten pandemie- und neu eingeführten krisenbedingten Ausgleichszahlungen der §§ 150, 150a, 150c und 154 SGB XI sowie die zugehörigen Nachweisverfahren nach wie vor hohe Personalmehrbedarfe in den Pflegekassen.

Eine Absenkung der Verwaltungskosten ist vor diesem Hintergrund kontraproduktiv und deshalb abzulehnen.

III. Ergänzungsbedarf

Abschließend sehen die Innungskrankenkassen folgenden Ergänzungsbedarf:

Zu Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 5: Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

Präventionsförderung

Zur weiteren Stärkung der ambulanten Pflege sollte eine Erweiterung des Anspruchs auf Präventionsförderung nach § 5 SGB XI gesetzlich manifestiert werden.

Durch ausreichende körperliche Aktivität, eine ausgewogene Ernährung oder Vermeidung bzw. Verringerung von Übergewicht können viele chronische Erkrankungen vermieden oder in ihrem weiteren Verlauf positiv beeinflusst werden. Auch prophylaktische Maßnahmen und Anweisungen zur Mobilität in der eigenen Häuslichkeit können dazu beitragen, eine weitestgehend autonome Verrichtung von alltäglichen Aufgaben beizubehalten, Ängste zu reduzieren und einer fortschreitenden Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken.

Dementsprechend sollte der Präventionsgedanke und die weitere Förderung der Gesundheitskompetenz eine gesetzliche Verankerung finden, um den pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen zu mehr Selbstständigkeit, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Tätigkeiten und einer autonomen Versorgung ohne professionelle Pflege zu verhelfen.

Hinsichtlich der konkreten Kommentierung der einzelnen Paragraphen des Gesetzentwurfs wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und
Entlastung in der Pflege
(Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz –
PUEG)

Stand: 08.05.2023

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil	3
2. Kommentierung des Gesetzes	8
• Zu Artikel 1 Nummer 4 § 8 SGB XI (Gemeinsame Verantwortung).....	8
• Zu Artikel 1 Nummer 6 § 13 SGB XI (Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen).....	9
• Zu Artikel 1 Nummer 10 § 18 SGB XI ff.....	10
• Zu Artikel 1 Nummer 14 § 30 SGB XI (Dynamisierung, Verordnungsermächtigung).....	15
• Zu Artikel 1 Nummer 20 § 55 SGB XI (Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung).....	16
• Zu Artikel 1 Nummer 28 § 75 SGB XI (Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und –vereinbarungen über die pflegerische Versorgung).....	20
• Zu Artikel 1 Nummer 30 § 82c SGB XI (Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen)	22
• Zu Artikel 1 Nummer 39 § 113b SGB XI (Qualitätsausschuss).....	23
• Zu Artikel 1 Nummer 42 § 114c SGB XI (Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht)...	24
• Zu Artikel 2 Nummer 7 § 42a SGB XI (Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson)	25
• Zu Artikel 2 Nummer 15 § 46 SGB XI (Pflegekassen)	27
• Zu Artikel 6 Nummer 8 § 341 SGB V (Elektronische Patientenakte)....	28
3. Ergänzender Änderungsbedarf	30
• Anpassung § 107 Absatz 2 – Übernahme der Regelung aus dem SGB V	30
• Anpassung § 137f Absatz 8 – Harmonisierung im Leistungsbereich Digitale Produkte in DMP.....	31

1. Allgemeiner Teil

Am 5.4.2023 wurde vom Bundeskabinett ein Entwurf für ein **Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)** beschlossen. Regelungsinhalt des Entwurfs sind einerseits eine Ausweitung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (SPV), die kurzfristige Sicherung der finanziellen Lage der SPV und auf der anderen Seite die Umsetzung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts zur Berücksichtigung des Erziehungsaufwands von Eltern im Beitragsrecht. Dies soll durch eine Beitragssatzdifferenzierung nach der Anzahl der Kinder mit Altersbegrenzung umgesetzt werden. Zur Finanzierung dieser Maßnahmen wird im Wesentlichen eine Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes vorgesehen.

Zum 1.7.2023 soll der allgemeine **Beitragssatz** zur SPV um 0,35 Prozentpunkte auf dann 3,40 Prozent steigen. Dadurch sollen der SPV in 2023 Mehreinnahmen von 3,15 Milliarden Euro sowie ab 2024 pro Jahr 6,6 Milliarden Euro mehr zufließen. Parallel steigt der **Kinderlosenzuschlag** von 0,35 Prozent auf 0,60 Prozent. In Abhängigkeit von der Anzahl der Kinder, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden **Abschläge auf den allgemeinen Beitragssatz** gewährt. Mitglieder mit einem Kind unter 25 Jahren zahlen den allgemeinen Beitragssatz von 3,40 Prozent. Mitglieder mit zwei Kindern bis zum genannten Alter zahlen zukünftig einen Beitragssatz von 3,15 Prozent, was einem Abschlag in Höhe von 0,25 Prozentpunkten entspricht, für jedes weitere Kind unter 25 Jahren ergibt sich ein weiterer Abschlag in Höhe von jeweils 0,25 Beitragssatzpunkte. Somit beträgt der Beitragssatz bei Eltern mit drei Kindern 2,90 Prozent, bei Eltern mit vier Kindern 2,65 Prozent und für Mitglieder mit fünf oder mehr Kindern gilt ein Beitragssatz von 2,4 Prozent statt 3,4 Prozent. Die Abschlagsregelungen sollen dem Wortlaut des Entwurfs zufolge finanzneutral gestaltet werden. Jedoch steigen im Ergebnis die Beiträge für alle Mitglieder der SPV, die weniger als drei Kinder haben. Die Differenzierung des Beitragssatzes geht auf den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts von April 2022 zurück, wonach im Beitragsrecht der SPV der Erziehungsaufwand von Eltern stärker berücksichtigt werden muss.

Als weitere Maßnahmen zur Schließung der Finanzlücke in der SPV ist vorgesehen, die jährliche Zuführung für das Jahr 2023 an den **Pflegevorsorgefonds** auf 2024 zu verschieben. Dadurch entstehen Mindereinnahmen von 1,7 Milliarden Euro in 2023 und Mehrausgaben in gleicher Höhe in 2024. Die Rückzahlung des in 2022 vom Bund gewährten Darlehens in Höhe von einer Milliarde Euro soll mit dem PUEG teilweise verschoben werden. Es ist vorgesehen, dass das Darlehen hälftig, in Höhe von 0,5 Milliarden Euro bis zum 31.12.2023 zurückgezahlt werden soll. Die zweite Hälfte soll bis Ende 2028 zurückgezahlt werden. Schließlich soll die **Verwaltungskostenpauschale**, die die SPV an die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) leistet, von 3,2 Prozent auf 3 Prozent gesenkt werden. Die Höhe ist abhängig vom Mittelwert der SPV-Aufwendungen und der SPV-Beitragseinnahmen. Diese Kostenverlagerung von der SPV in die GKV wird im Gesetzentwurf mit 100 Millionen Euro angesetzt.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird bis zum 31.5.2024 Empfehlungen für eine stabile und dauerhafte Finanzierung der SPV vorlegen. Hierbei soll insbesondere auch die Ausgabenseite der sozialen Pflegeversicherung betrachtet werden. Bei der Erarbeitung der Empfehlungen werden das Bundesministerium der Finanzen (BMF), das Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK), das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) sowie das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) beteiligt.

Falls weitere kurzfristige Liquiditätsbedarfe entstehen, soll die **Bundesregierung ermächtigt** werden, den allgemeinen Beitragssatz im Wege einer Rechtsverordnung anzuheben. Die Zustimmung des Bundesrates ist notwendig. Mehrere Anpassungen durch Rechtsverordnung dürfen insgesamt nicht höher als 0,5 Beitragssatzpunkte über dem jeweils zuletzt gesetzlich festgesetzten Beitragssatz liegen.

Der Entwurf sieht auch einige Leistungsverbesserungen vor. So soll das **Pflegegeld** und die ambulanten **Pflegesachleistungsbeträge** jeweils um fünf Prozent zum 1.1.2024 angehoben werden. Zu zwei Zeitpunkten, im Jahr 2025 und im Jahr 2028, erfolgen weitere Anpassungen. Zum 1.1.2025 steigen alle Leistungsbeträge um fünf Prozent und zum 1.1.2028 sollen diese an die allgemeine Preisentwicklung angenähert werden. Zudem sollen die seit dem 1.1.2022 ausgezahlten **Leistungszuschläge** zur Reduktion der Eigenanteile in der stationären Pflege zum 1.1.2024 um fünf bis zehn Prozentpunkte steigen. Diese wurden erst 2021 mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) eingeführt und sind individuell abhängig von der Zeit, in der sich die jeweiligen Pflegebedürftigen bereits im stationären Leistungsbezug befinden.

Leider wurde im Vergleich zum Referentenentwurf auf die Zusammenlegung der **Kurzzeit-** und der **Verhinderungspflege** zu einem gemeinsamen Jahresbetrag verzichtet. Die Neuregelung sollte eine Vereinfachung für die Pflegenden bringen und dazu führen, dass in bestimmten Fallkonstellationen mehr Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden kann.

Die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sollen verpflichtet werden, sich an die **Telematikinfrastruktur** anzuschließen.

Ebenfalls verzichtet wurde auf das eigentlich geplante Informationsportal über freie Kapazitäten sowie auf das gemeinsame Modellprogramm der SPV mit den Ländern und Kommunen. Die SPV hätte p.a. 50 Millionen Euro für ein Förderbudget der Länder und Kommunen bereitstellen sollen, um **innovative Modellvorhaben** für neue Pflegestrukturen vor Ort zu realisieren. Das Programm zur Förderung von guten **Arbeitsbedingungen in der Pflege** soll nun, entgegen der ursprünglichen Planung, doch nicht über 2024 hinaus verlängert werden.

Bewertung

Der Entwurf greift in vielen Bereichen aus Sicht des vdek viel zu kurz. Zwar werden einige wenige Leistungsverbesserungen vorgenommen. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen. Jedoch werden die Maßnahmen die Ausgabenentwicklung und finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen allenfalls kurzfristig auffangen können. Zur Finanzierung der bestehenden Defizite und der zusätzlichen Leistungen werden **allein die Beitragszahlenden** herangezogen.

Durch die Begrenzung der Beitragsentlastung auf Eltern mit Kindern, welche das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist davon auszugehen, dass im Ergebnis die Belastung der Beitragszahlenden insgesamt im Vergleich zum Referentenentwurf steigt, da sehr viel weniger Eltern unter diese Regelungen fallen.

Die vor Kabinettsbefassung vorgenommenen Streichungen von zusätzlichen Ausgaben können nur bedingt nachvollzogen werden. Dies gilt insbesondere für den Verzicht auf den gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege. Die mit der Zusammenlegung der beiden Leistungen verbundene Leistungsverbesserung und die einfachere Leistungsanspruchnahme für die Pflegebedürftigen sowie administrative verbesserte Umsetzung bei den Pflegekassen entfallen damit. Die Herausnahme der Regelung ist nicht nachvollziehbar. Das von der Bundesregierung genannte Ausgabenvolumen von 500 Millionen Euro für die Leistungsausweitung erscheint dem vdek ohnehin zu hoch angesetzt. Die Mehrausgaben werden vielmehr auf rund 290 Millionen Euro geschätzt. Da die weit überwiegende Mehrheit der Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt wird, wäre der Nutzen der Mehrausgabe für diese Menschen und ihre Pflegepersonen hoch.

Die Bundesregierung räumt mit dem Arbeitsauftrag an mehrere Ministerien, eine zukunftsfähige Finanzierung der Pflegeversicherung bis 31.5.2024 vorzuschlagen, ein, dass der vorliegende Entwurf nicht nachhaltig ist. Warum dennoch eine nun im Umfang begrenzte Verordnungsermächtigung der Bundesregierung geschaffen wird, ist auch mit Bezug auf das Zustimmungserfordernis des Bundesrats nicht nachvollziehbar. Die Bundesregierung setzt mit dem vorliegenden Entwurf die Vereinbarungen des Koalitionsvertrags nicht um und verzichtet auf eine Anhebung des Anteils von Steuermitteln. Es ist zu befürchten, dass die Verordnungsermächtigung letztlich dazu führt, dass demokratische Entscheidungsprozesse umgangen werden und der Bund sich seiner Finanzverantwortung weiterhin entziehen will.

Zentrale Punkte des Koalitionsvertrags wurden bisher nicht eingehalten. So werden die **Rentenbeiträge pflegender Angehöriger** nicht aus Steuermitteln finanziert. Das würde die Pflegeversicherung und die Beitragszahler um bis zu 3,7 Milliarden Euro jährlich entlasten. Zudem wird die **Ausbildungskostenumlage** nicht aus den einrichtungsbezogenen Eigenanteilen ausgegliedert und über Steuermittel finanziert. Dies würde die Pflegebedürftigen monatlich um

115 Euro entlasten und wäre sachgerecht, da Ausbildungskosten eine gesamtgesellschaftlich zu finanzierende Aufgabe ist. Das würde die Pflegebedürftigen in den stationären Pflegeeinrichtungen entlasten. Zudem ist es aus Sicht des vdek notwendig, **pandemiebedingte Finanzlasten** in Höhe von 5,5 Milliarden Euro vollständig durch Steuermittel auszugleichen. Mit Blick auf die laufend steigende finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege, sollten endlich auch die Bundesländer in die Verantwortung genommen werden und die Investitionskosten der stationären Altenpflege vollständig übernehmen. Dies würde die Pflegebedürftigen, die in einer stationären Pflegeeinrichtung leben, sofort monatlich um durchschnittlich 472 Euro entlasten.

Die Ampel-Koalition hält ihr **Leistungsversprechen** nur bedingt ein und sorgt nur punktuell für Leistungsverbesserungen erst ab 2024. Die Anhebung des Pflegegeldes und der Sachleistungen im ambulanten Bereich sind grundsätzlich unterstützenswert, gleiches gilt für die Erhöhung der Zuschüsse zu den Eigenanteilen in der stationären Pflege. Wegen der im Gegenzug zu erwartenden, höheren Pflegesätze in der stationären Pflege, bleibt aber fraglich, ob damit der Tendenz einer steigenden Zahl an Sozialhilfeempfängern im stationären Bereich begegnet werden kann.

Die Differenzierung der **Beitragssätze nach der Zahl der Kinder** ist mit Blick auf den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 7.4.2022 nachvollziehbar. Allerdings werden unter den Bedingungen der geplanten Beitragssatzerhöhung im Vergleich zum Satus quo tatsächlich nur Familien mit drei oder mehr Kindern unter 25 Jahre entlastet. Es ist gut, dass der Entwurf nun eine Fristverlängerung bis Ende 2024 bei der nachträglichen Verrechnung von Beiträgen gewährt. Insgesamt ist jedoch anzumerken, dass das Verfahren für die beitragsabführenden Stellen mit einem erheblichen Aufwand bei der Erfassung der Kinderzahl verbunden ist. Gleichwohl wird dieser Verwaltungskostenaufwand nicht erstattet. Vielmehr sieht sich die GKV in ihrer Funktion als Durchführungsstelle einer Kürzung der Verwaltungskostenerstattung gegenüber. Grundsätzlich regt der vdek an, alle Gesetzentwürfe zukünftig einer standardmäßigen Überprüfung ihrer Vereinbarkeit mit digitalen Prozessen zu unterziehen.

Langfristig ist es geboten, einen stabilen und dynamisierten **Steuerzuschuss** in die SPV zu gewähren. Der Zuschuss könnte regelgebunden z. B. als Anteil der Leistungsausgaben ausgestaltet werden, der im Gleichtakt mit den SPV-Ausgaben steigt. Zudem sollte die Private Pflegeversicherung (PPV) am **Solidarausgleich** der SPV beteiligt werden. Der Finanzausgleich könnte die SPV um bis zu zwei Milliarden Euro jährlich entlasten.

Finanzwirkung des Gesetzentwurfs (Schätzung des BMG)

Maßnahmen (in Milliarden Euro)	2023	2024	2028
Rückzahlung des Darlehens	+0,5		+0,5
Absenkung der Verwaltungspauschale*		-0,1	
Verschiebung der Zuführung zum Pflegevorsorgefonds	-1,7	+1,7	
Erhöhung des Beitragssatzes	-3,15	-6,6	
Leistungserweiterungen		+2,0	
davon			
Anhebung des Pflegegeldes		+0,7	
Anhebung der ambulanten Sachleistungsbeträge		+0,3	
Regelung zum Pflegeunterstützungsgeld		+0,02	
Anhebung der stationären Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI		+0,6	
Umsetzung des Maßnahmenpakets „Digitalisierung in der Pflege		+0,1	

Anmerkungen:

(+): Mehrausgaben/Mindereinnahmen

(-): Minderausgaben/Mehreinnahmen

* Führt zu Mehrausgaben im Haushalt der GKV in gleicher Höhe.

Finanzwirkung eines Entlastungsbudgets

(Schätzung des vdek auf Basis des Referentenentwurfs zum Entwurf eines Pflegeunterstützungs- und entlastungsgesetz vom 20.02.2023)

Leistungsempfänger der Verhinderungspflege im Jahresdurchschnitt 2021			
	Leistungs- empfänger	Erhöhungs- betrag/€	Mehrausgaben/€
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	23.714	968	22.955.152
Stundenweise Verhinderungspflege	279.690	968	270.739.920
Mehrausgaben SPV aus Sicht vdek			293.695.072
Mehrausgaben SPV lt. RefE			500.000.000

2. Kommentierung des Gesetzes

Zu Artikel 1 Nummer 4
§ 8 SGB XI (Gemeinsame Verantwortung)

Beabsichtigte Neuregelung

Das mit dem Pflegepersonal–Stärkungsgesetz (PpSG) eingeführte Förderprogramm „Digitalisierung“, in dessen Rahmen Pflegeeinrichtungen für bestimmte Maßnahmen einen einmaligen Zuschuss von bis zu 12.000 EUR abrufen können, wird bis 2030 verlängert. Neu hinzugekommen ist die Förderfähigkeit für Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsabläufe und Organisation bei der Pflege sowie Schulungen zu digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften. Schulungen zur Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur (TI) wurden gemäß der Forderung des vdek gegenüber dem Referentenentwurf aus der Aufzählung der förderfähigen Maßnahmen gestrichen. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass die TI–Anbindung anderweitig pauschal finanziert wird (TI–Startpauschale). Der GKV–Spitzenverband (GKV–SV) hat die bereits bestehenden Richtlinien bis zum 31.10.2023 neu zu beschließen.

Bewertung

Die Verlängerung des Förderprogramms wird begrüßt.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 Nummer 6

§ 13 SGB XI (Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Regelung soll klargestellt werden, dass Pflegeleistungen nach dem SGB XI nicht die außerklinische Intensivpflege verdrängen bzw. vorrangig sind.

Bewertung

Der Vorschlag ist inhaltlich nachvollziehbar. Die Klarstellung sollte bereits im Satz 1 erfolgen, da die außerklinische Intensivpflege nicht mehr Bestandteil der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V ist, sondern eigenständig im § 37c SGB V beschrieben wird.

Änderungsvorschlag

Der § 13 Absatz 2 Satz 1 ist folgendermaßen anzupassen:

Nach „§ 37 SGB V“ sind „und der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches“ zu ergänzen.

Beabsichtigte Neuregelung

§ 18

Die bisherigen Regelungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit werden für eine bessere Nachvollziehbarkeit neu strukturiert. Durch die Pflegereformen der vergangenen Jahre ist die bisherige Regelung unübersichtlich geworden. Durch eine neue Systematisierung werden leistungs- und verfahrensrechtliche Inhalte deutlicher voneinander getrennt.

In Absatz 1 wird vorgeschrieben, dass in den Begutachtungsrichtlinien festzulegen ist, welche Unterlagen zwingend zur Beauftragung der Begutachtung erforderlich sind.

§ 18a

Der Absatz 2 sieht zusätzlich zur bisherigen Regelung vor, dass eine Begutachtung während einer Krisensituation von nationaler Tragweite oder in der Region des Versicherten ausnahmsweise auch ohne Hausbesuch stattfinden kann. Näheres zu den Voraussetzungen konkretisiert der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem GKV-SV.

Sofern im Anschluss an einen Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wird, soll innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Beginn der Kurzzeitpflege eine abschließende Begutachtung erfolgen.

§ 18b Gutachten

Das Gutachten soll in Zukunft in gesicherter elektronischer Form übermittelt werden, z. B. über die Telematik.

§ 18c Entscheidung über den Antrag

In Absatz 3 wird neu geregelt, dass die Pflegekasse den Antragssteller unverzüglich die im Pflegegutachten empfohlenen Hilfsmitteln und Pflegehilfsmittel übermittelt auf die zur Auswahl stehenden Leistungserbringer hinweist. Auch soll der Antragssteller über die Bedeutung der empfohlenen Heilmittel und über die Heilmittelversorgung bei langfristigen Behandlungsbedarf informiert werden. Mit Einwilligung des Versicherten sollen die Pflegekassen die Heilmittelempfehlung direkt an den behandelnden Arzt bzw. die behandelnde Ärztin weiterleiten.

Es soll eine Regelung zur vorübergehenden Unterbrechung der Fristen ergänzt werden, sofern die Gründe für eine erforderliche Unterbrechung nicht durch die Pflegekasse zu verantworten ist.

Mit Absatz 6 soll geregelt werden, dass die Begutachtungsfrist erst mit dem Vorliegen der zwingend erforderlichen Unterlagen bei der Pflegekasse beginnt.

§ 18d Berichtspflichten

Neben der Übermittlung der bisherigen jährlichen Statistiken über die Begutachtungsfristen soll der GKV-SV jährlich umfassend über Zahlen und Erkenntnisse im Zusammenhang mit der Beantragung von Pflegeleistungen berichten, erstmalig zum 30.6.2025 über Jahr 2024. Der GKV-SV wird ermächtigt, die erforderlichen Variablen festzulegen.

Des Weiteren wird der GKV-SV beauftragt, eine wissenschaftliche Evaluation zum Thema Heilmittlempfehlungen durchzuführen.

§ 18e Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung

Der Medizinische Dienst Bund (MD Bund) und die Medizinischen Dienste sollen Modellvorhaben und Studien zur Weiterentwicklung des Begutachtungsverfahrens durchführen können. Hierfür sollen jährlich 500.000 Euro zur Verfügung gestellt werden. Diese sind mit den Pflegekassen zu vereinbaren.

Hierbei soll zunächst eine Studie zu Begutachtungen per Telefon/digitaler Kommunikationsmittel untersucht werden, insbesondere im Vergleich zur Begutachtung im häuslichen Bereich.

Bewertung

Die Neustrukturierung der Regelungen in den §§ 18 bis 18e zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird grundsätzlich begrüßt. Durch die neue Systematisierung wird eine bessere Übersichtlichkeit und Nachvollziehbarkeit erreicht. Mit der Neugestaltung der Regelungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sollte aus Sicht der Ersatzkassen die mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz eingeführte Option der Beauftragung von unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern ersatzlos gestrichen werden. In der Praxis kommt diese Regelung kaum zum Tragen bzw. führt diese nicht zu einer Beschleunigung der Pflegebegutachtungen. Zum einen fehlt es in vielen Regionen an verfügbaren unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern. Zum anderen führt die vorgesehene Umstellung der Beauftragung erst 20 Arbeitstage nach Antragsstellung aus organisatorischen Gründen nicht zu einer Beschleunigung der Verfahren.

§ 18

Es wird begrüßt, dass in den Richtlinien geregelt werden soll, welche Unterlagen zwingend zur Beauftragung der Begutachtung erforderlich sind. Hierdurch wird eine höhere Verbindlichkeit bei der Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen und Medizinischen Diensten erreicht.

Die im Entwurf im Absatz 3 vorgesehene Beibehaltung der Regelungen zur Beauftragung unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter ist ersatzlos zu streichen. Die weiteren Änderungen sind im Wesentlichen redaktionell. Der Absatz 1 setzt sich aus verschiedenen Regelungen zusammen, die bereits aktuell enthalten sind. Teilweise wurden diese etwas präziser formuliert.

§ 18a Begutachtungsverfahren

Die Begutachtung in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung im Anschluss an einem Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung wird kri-

tisch bewertet. In diesen Fällen kann das häusliche Umfeld nicht in die Begutachtung mit einbezogen werden. 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. Für die Versicherten entsteht im Vergleich zur derzeitigen Praxis kein Mehrwert. Zusätzlich ist die praktische Umsetzung eine Herausforderung hinsichtlich der Terminierung des Begutachtungstermins in der Kurzzeitpflegeeinrichtung, da den Pflegekassen bzw. den Medizinischen Diensten die erforderlichen Informationen in der Regel nicht in ausreichender Aktualität vorliegen.

§ 18c Entscheidung über den Antrag

Die in Absatz 3 vorgesehene Information über die Leistungserbringer:innen von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln wird aufgrund der Vielfältigkeit der regionalen Angebote als nicht praktikabel bzw. unverhältnismäßig verwaltungsaufwändig angesehen und wird daher abgelehnt.

Auch mit der Informationspflicht über die Heilmittlempfehlung und der Weiterleitung an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte werden neue aufwändige Aufgaben für die Pflegekassen geschaffen. Zur Umsetzung ist ein hoher Anpassungsbedarf von in der Regel automatisierten Verfahren erforderlich. Auch ist der behandelnde Arzt den Pflegekassen nicht zwingend bekannt.

Aus Sicht des vdek sollte die Regelung zu sog. Strafzahlungen generell auf den Prüfstand gestellt werden. Die Pflegekassen haben mit der organisatorischen Entkoppelung der Medizinischen Dienste von den Krankenkassen wenige Möglichkeiten, auf die Bearbeitungszeiten einzuwirken. Deshalb ist es auch nicht sachgerecht, die Pflegekassen dafür finanziell in Haftung zu nehmen.

Die Klarstellung zu einer Unterbrechung der Fristen wird grundsätzlich begrüßt da sie zu einer höheren Rechtssicherheit führt. Die Klarstellung dient dazu, dass die Versicherten möglichst schnell eine Entscheidung über ihren Antrag erhalten. Dennoch sollte in den Fällen, in denen es zu einer Unterbrechung der Frist kommt, von den „Strafzahlungen“ abgesehen werden, da sich der Prozess aufgrund der Unterbrechung verlängern kann, z. B. aufgrund von Neuterminierungen der Begutachtungstermine. Es ist außerdem nicht sichergestellt, dass die Pflegekasse unmittelbar Kenntnis von den Unterbrechungen bekommt.

Die Regelungen in Absatz 6, dass die Begutachtungsfristen bei unvollständigen Unterlagen gehemmt werden sollen, werden begrüßt.

§ 18d Berichtspflichten

Über das Begutachtungsgeschehen besteht bisher keine detaillierte Berichterstattung, wie sie in dem Gesetzentwurf vorgesehen ist. Da es in einigen Ländern bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit mitunter zu hohen Durchlaufzeiten gekommen ist, ist das Interesse des BMG an einer umfassenden Berichterstattung nachvollziehbar. Der Umfang der gewünschten Daten, der vor allem in der Gesetzesbegründung definiert wird, wird aber zu hohem Aufwand bei

den Pflegekassen führen. Da für die praktische Umsetzung eine Erfassung der gewünschten Daten nicht in allen Fällen zwingend erforderlich ist, müssen Softwaresysteme unter Umständen nur für die Berichterstattung angepasst werden.

In der Gesamtschau ist festzustellen, dass Pflegekassen zunehmend damit beschäftigt werden, das Ministerium detailliert zu informieren und damit zunehmend Personal und Strukturen für Verwaltungsaufgaben gebunden werden und darüber hinaus dieser Verwaltungsaufwand nicht erstattet wird, sondern vielmehr eine Kürzung der Verwaltungskostenerstattung erfolgt. Im Sinne einer „Entbürokratisierung“ wäre auch bei den Aufgaben der Pflegekassen mehr Augenmaß sinnvoll, denn nicht alles was machbar ist, ist auch sinnvoll. Aus diesem Grund werden die weiteren Ergänzungen über die bereits heute zu liefernden Daten abgelehnt.

§ 18e Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung
Angesichts der Herausforderung des demographischen Wandels und der damit steigenden Begutachtungszahlen ist die Durchführung von Studien und Modellvorhaben zur Weiterentwicklung des Begutachtungsverfahrens sinnvoll. Die vorgesehene Beteiligung der Pflegekassen wird dabei insbesondere begrüßt. Mit der Durchführung telefonischer bzw. digitaler Begutachtungen wurden während der Corona-Pandemie erste Erfahrungen gemacht, in denen diese vorübergehend ermöglicht wurden. Um die Vergleichbarkeit der Qualität telefonischer/ digitaler Begutachtungen im Vergleich zu den Begutachtungen zu untersuchen, ist diese Studie sinnvoll.

Änderungsvorschlag

Die Regelungen zum Einsatz von unabhängigen Gutachtern oder Gutachterinnen (§ 18 Absatz 3 SGB XI) sollte ersatzlos gestrichen werden.

§ 18

§ 18 Absatz 3 ist zu streichen. In der Folge sind entsprechende Regelungen in anderen Paragraphen anzupassen (beginnende bei § 18 Absatz 1 und z.B. § 31). Die Absätze 4 und 5 bisher werden zu den Absätzen 3 und 4.

§ 18a

Die Regelung in Absatz 7, Satz 3 „Nimmt der Versicherte unmittelbar im Anschluss an den Aufenthalt in einem Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch, hat die abschließende Begutachtung spätestens am zehnten Arbeitstag nach Beginn der Kurzzeitpflege in dieser Einrichtung zu erfolgen“ ist zu streichen.

§ 18c

In Absatz 3, Satz 11 sind die Wörter „und weist zugleich auf die zur Auswahl stehenden Leistungserbringer hin.“ zu streichen. Im Weiteren ist Satz 3 zu streichen.

Absatz 5 ist zu streichen.

§ 18 d

Die Liste der Berichtspflichten ist, mit Blick auf den stets steigenden Verwaltungsaufwand, auf die bereits heute bestehenden Berichtspflichten zu kürzen.

Zu Artikel 1 Nummer 14

§ 30 SGB XI (Dynamisierung, Verordnungsermächtigung)

Beabsichtigte Neuregelung

Sämtliche im Vierten Kapitel des SGB XI geregelten Leistungsbeträge sollen zum 1.1.2025 um fünf Prozent steigen. Zum 1.1.2028 erfolgt eine Anpassung in Höhe der Kerninflationsrate, maximal jedoch in Höhe des Brutto Lohn- und Gehaltssummenanstiegs.

Bewertung

Die Kosten in der Pflege sind in den zurückliegenden Jahren kontinuierlich angestiegen. Die Leistungen der Pflegeversicherung wurden demgegenüber nur unregelmäßig angepasst – zuletzt die ambulanten Sachleistungsbeträge 2022 (GVWG). Die Zeiträume zwischen den Anpassungen führen zu einer „schleichenden Entwertung“ der Pflegesachleistung, da Pflegebedürftige von den Pauschalbeträgen immer weniger Leistungen finanzieren konnten. Insofern wird die Anhebung grundsätzlich begrüßt.

Insgesamt bleibt der Eindruck, dass insbesondere vor dem Hintergrund einer fehlenden Gegenfinanzierung aus Steuermitteln die Regelungen eher „ein Tropfen auf den heißen Stein“ sind und sich bis 2028 im Kern wenig ändert. Zum 1.1.2024 erfolgt nur eine Erhöhung des Pflegegeldes und der Pflegesachleistungen um fünf Prozent. Die übrigen Leistungsarten (insbesondere Tages- und Nachtpflege, vollstationäre Pflegeleistungen) werden nicht berücksichtigt. So dürften die Erhöhungen zum 1.1.2024 und 1.1.2025 nicht ausreichen, um die hohe Inflationsrate der letzten Jahre auszugleichen. Sofern aber an der ausschließlichen Finanzierung über eine Beitragssatzanpassung festgehalten werden soll, sind diese Erhöhungen auch nicht ausbaufähig.

Erst zum 1.1.2028 – und damit in der nächsten Legislaturperiode – kommt einmalig ein neues Verfahren zum Einsatz, dessen Auswirkungen sich aufgrund der gewählten Parameter aktuell nur schwerlich abschätzen lassen. Für die Erhöhung zum 1.1.2028 fehlt zudem eine gesetzliche Frist, zu der das BMG die erhöhten Werte zu veröffentlichen hat. Diese Frist ist dringend erforderlich, um die neuen Leistungsbeträge bereits frühzeitig z. B. in Pflegesatzverhandlungen berücksichtigen und auch die EDV anpassen zu können.

Änderungsvorschlag

Satz 2 wird wie folgt gefasst: „Die ab 1. Januar 2025 bzw. ab dem 1. Januar 2028 geltenden Leistungsbeträge werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Bundesanzeiger bis zum 28. Februar 2024 bzw. 28. Februar 2027 im Bundesanzeiger bekannt gemacht.“

Zu Artikel 1 Nummer 20

§ 55 SGB XI (Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung)

Beabsichtigte Neuregelung

b)

Mit den Änderungen zu § 55 SGB XI wird der allgemeine Beitragssatz in der Pflegeversicherung von 3,05 Prozent auf 3,4 Prozent angehoben. Zusätzlich wird die Bundesregierung ermächtigt, per Rechtsverordnung, mit Zustimmung des Bundesrates, den allgemeinen Beitragssatz anzuheben, wenn der Mittelbestand der SPV absehbar die Höhe einer Monatsausgabe laut Haushaltsplänen der Pflegekassen zu unterschreiten droht. Mehrere Anpassungen durch Rechtsverordnung dürfen insgesamt nicht höher als 0,5 Beitragssatzpunkte über dem jeweils zuletzt gesetzlich festgesetzten Beitragssatz liegen.

c) – f)

Gleichzeitig wird der Zuschlag für Mitglieder ohne Kinder von 0,35 auf 0,6 Beitragssatzpunkte angehoben. Der Gesamtbeitrag zur Pflegeversicherung für Mitglieder ohne Kinder beläuft sich somit ab dem 1.7.2023 auf 4,0 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen.

Ferner wird das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 7.4.2022 für eine Entlastung von Eltern mit mehr als einem Kind von den Aufwendungen für die Pflege umgesetzt.

Bewertung

b)

Die Anpassung des allgemeinen Beitragssatzes in der Pflegeversicherung war im Koalitionsvertrag angekündigt worden und wird nun umgesetzt. Die Erhöhung ist letztlich nötig, um dem zu erwartenden Defizit in der Pflegeversicherung zu begegnen und die vorgesehenen Leistungsausweitungen zu finanzieren.

Dass der Bundesregierung das Recht eingeräumt werden soll, unter bestimmten Voraussetzungen per Rechtsverordnung, mit Zustimmung des Bundesrates, den allgemeinen Beitragssatz anzuheben, ist letztlich eine Verlegenheitslösung, um Liquiditätsengpässe kurzfristig per Beitragssatzsteigerungen zu überbrücken. Damit würden Finanzierungsprobleme einseitig über Beitragssteigerungen gelöst. Es braucht ein stimmiges Konzept, um die Pflegeversicherung langfristig und nachhaltig finanziell zu stabilisieren. Das Verfahren für kurzfristige Beitragssatzanpassungen muss größtmöglich demokratisch legitimiert werden. Dazu ist ein parlamentarisches Verfahren notwendig. Dies ist auch Ausdruck der Verantwortung des Parlaments für eine auskömmliche und solidarische Finanzierung der Pflegeversicherung.

c) – f)

Nachdem sich der Gesetzgeber offenbar dafür entschieden hat, die Vorgaben der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 7.4.2022 zur Entlastung von Eltern mit mehr als einem Kind im Beitragsrecht der Pflegeversicherung zu

verorten und nicht steuerlich zu finanzieren, ist die vorgesehene Regelung in § 55 Absatz 3 Satz 3 und 4 SGB XI als nachvollziehbar zu bewerten. Mit Abschlägen auf den anzuwendenden Beitragssatz, werden Eltern mit mehr als einem Kind, das das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, vom Pflegeversicherungsbeitrag entlastet.

Die vorgesehene Staffelung reduziert den (allgemeinen) Beitragssatz der Pflegeversicherung:

1. Für Eltern mit zwei berücksichtigungsfähigen Kindern um einen Abschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten
2. Für Eltern mit drei berücksichtigungsfähigen Kindern um einen Abschlag in Höhe von 0,5 Beitragssatzpunkten
3. Für Eltern mit vier berücksichtigungsfähigen Kindern um einen Abschlag in Höhe von 0,75 Beitragssatzpunkten
4. Für Eltern mit fünf oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern um einen Abschlag in Höhe von 1,0 Beitragssatzpunkten.

Dass sich eine reale Entlastung erst ab drei berücksichtigungsfähigen Kindern einstellt, ist letztlich der Tatsache geschuldet, dass gleichzeitig mit der Einführung des Beitragsabschlags der allgemeine Beitragssatz zur Finanzierung des Gesamtsystems und zur Leistungsausweitung angehoben werden muss.

Die weiteren Änderungen zu § 55 SGB XI sind notwendige Begleiterscheinungen zur Umsetzung des neuen Rechts. Die Tatsache, dass die Elterneigenschaft gegenüber der beitragszahlenden Stelle nachzuweisen ist und bei Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse, ist geltendes Recht und hat sich bewährt. Diese Nachweispflicht wird nun auf den Nachweis der Anzahl der Kinder, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ausgedehnt und entspricht damit in sachgerechter Weise der bisherigen Aufgabenverteilung.

In § 55 Absatz 3 Satz 7 wird festgelegt, dass eine „Regierungskommission“ ein Verfahren zur Erhebung und zum Nachweis der Anzahl der Kinder bis spätestens zum 1.7.2023 entwickeln soll, um ein möglichst effizientes, schnelles und digitales Verwaltungshandeln zu gewährleisten.

Der Gesetzentwurf kommt zu spät, um eine Änderung in den Entgeltabrechnungsprogrammen bei den beitragszahlenden Stellen sowie der Software der Krankenkassen zum 1.7.2023 sicherstellen zu können. Die Verfahren zur Ermittlung bzw. Nachweis der konkreten Kinderzahl müssen zunächst aufgesetzt und anschließend umgesetzt werden. In der Konsequenz kann die höchststrichterlich geforderte Frist zur Anwendung der Neuregelung nicht gehalten werden. Insoweit wird die Regelung, nach der der Nachweis über die Anzahl der Kinder ab 1.7.2023 wirkt, wenn dieser bis zum 31.12.2023 vorgelegt wird sowie die in § 55 Absatz 3 Satz 11 eingeräumte Bearbeitungszeit bis 31.12.2024 zur Kenntnis genommen. Dieser Satz enthält auch den Hinweis, dass die Verzinsungsregelung für eine Beitragserstattung bis zum 31.12.2023 keine Berücksichtigung findet.

Änderungsvorschlag

b)

Von der geplanten Ermächtigung der Bundesregierung zur Beitragssatzanpassung per Rechtsverordnung ist Abstand zu nehmen.

Eine notwendige Beitragssatzerhöhung muss in einem Gesetzgebungsverfahren und damit in einem breiten parlamentarischen Verfahren beschlossen werden.

c) – f)

Die Gewährung des Beitragsabschlags bis zur Vollendung des 25. Lebensjahr wirft Auslegungsfragen auf, dazu gehören:

Wie ist bei Kindern zu verfahren, die vor dem 25. Lebensjahr verstorben sind, sollen diese bis zum fiktiven Erreichen des 25. Lebensjahres als Kinder im Sinne von § 55 Absatz 3 Satz 4 und 5 SGB XI berücksichtigt werden?

Gilt die zeitliche Begrenzung (Vollendung des 25. Lebensjahrs) auch bei Kindern im Sinne von § 25 Absatz 2 Nr. 4 SGB XI oder sollen diese dauerhaft als berücksichtigungsfähiges Kind angesehen werden?

Diesen Auslegungsfragen könnte mit einer Gesetzesänderung begegnet werden. Der vdek schlägt unter sozialpolitischen Gesichtspunkten vor, bei beiden Sachverhalten die Rechtslage zugunsten der Versicherten zu gestalten:

In § 55 Absatz 3 wird nach Satz 5 ein neuer Satz 6 eingefügt, „Bei Anwendung des Satzes 4 werden auch Kinder berücksichtigt, die vor Vollendung 25. Lebensjahres verstorben sind, bis zum fiktiven Erreichen der Altersgrenze, Kinder im Sinne von § 25 Absatz 2 Nr. 4 gelten dauerhaft als berücksichtigungsfähige Kinder.“

§ 55 Absatz 3 Satz 5 wird zur Klarstellung ergänzt: „Satz 4 gilt auch für Eltern, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und für Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden. Bei der bisherigen Formulierung bleibt offen, ob Beitragsabschläge für zu berücksichtigende Kinder auch für Mitglieder gelten sollen, die vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden.“

Für Mitglieder mit Beihilfeanspruch, die fünf zu berücksichtigende Kinder nachweisen, kann der Beitragsabschlag nicht in voller Höhe berücksichtigt werden (Beispiel beihilfeberechtigter Beschäftigter mit fünf Kindern: Arbeitnehmeranteil 0,85 Prozent ./.. Beitragsabschläge 1 Prozent (4 x 0,25 Prozent). Auch wenn diese Konstellation selten auftreten wird, ist eine Klarstellung notwendig, die den Umgang mit dieser Besonderheit beschreibt (z. B. in der Form, dass der Arbeitnehmeranteil dann 0 Prozent beträgt, der Arbeitgeberanteil unverändert 0,85 Prozent beträgt).

Der vorliegende Gesetzentwurf behält die Aufgabenverteilung zur Erfassung der Elterneigenschaft und der Anzahl der zu berücksichtigenden Kinder (beitragsabführende Stelle oder Pflegekassen bei Selbstzahlern) bei. Daran ist festzuhalten, zumal derzeit keine Alternativverfahren absehbar sind.

Auch die Einsetzung der Regierungskommission nach § 55 Absatz 3 Satz 7 ändert daran nichts. Diese wird bis zum 1.7.2023 Vorschläge unterbreiten können, aber keine fertigen Datensatzbeschreibungen. Selbst wenn dem so wäre, braucht die technische Umsetzung einen erheblichen zeitlichen Vorlauf. Die Ersatzkassen wollen sich an den Arbeiten zur Entwicklung an einer digitalen Lösung beteiligen. Deshalb wird vorgeschlagen, dass auch die GKV in die Regierungskommission einbezogen wird. Wegen der Bedeutung sollte dies gesetzlich abgebildet werden. Insoweit wäre § 55 Absatz 3 Satz 7 durch einen Halbsatz zu ergänzen, der lautet: „; der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ist zu beteiligen.“

Die eingeräumte „Bearbeitungszeit“ bis zum 31.12.2024 (§ 55 Absatz 3 Satz 11) entlastet die beitragsabführenden Stellen und Pflegekassen bei den Selbstzahlern bei der Erfassung der Elterneigenschaft und der für den Beitragsabschlag zu berücksichtigenden Kinder. Unverständlich ist in diesem Zusammenhang, dass die Verzinsung des Erstattungsbetrages für nachträglich festgestellte Beitragsabschlüsse nur bis zum 31.12.2023 ausgesetzt werden soll, denn die Ursache für die Bearbeitungszeit ist der zögerlichen Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils durch die Gesetzgebung geschuldet. Von daher bilden „Bearbeitungszeit“ und Verzinsungsregelung eine Einheit, sodass auch die Verzinsung bis zum 31.12.2024 auszusetzen ist.

Den Pflegekassen aufzuerlegen, sämtliche Mitglieder in Schriftform zu informieren, wie sich dies aus der Gesetzesbegründung der Bundestags-Drucksache 20/6544, Seite 51 ergibt, lässt sich weder in der Kürze der Zeit realisieren und ist mit einem erheblichen Kosten- und Verwaltungsaufwand verbunden, der sich nicht rechtfertigen lässt. Ohnehin müssen die Pflegekassen die Selbstzahler bereits wegen der Beitragssatzerhöhung und in entsprechenden Fällen über die Steigerung des Beitragszuschlags für Kinderlose unterrichten. Insoweit sind wegen der Information der weiteren Mitglieder alternative Informationswege (Pressemitteilungen, Informationen im Internet) zuzulassen, dass sollte zumindest in der Gesetzesbegründung zum Ausdruck gebracht werden.

Zu Artikel 1 Nummer 28

§ 75 SGB XI (Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung)

Beabsichtigte Neuregelung

Zu a) Die Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI sind von den Landesverbänden der Pflegekassen zu veröffentlichen.

Zu b) In den Landesrahmenverträge sollen zukünftig auch die geeigneten Nachweise nach § 85 Absatz 3 SGB XI, die in den Vergütungsverhandlungen vorzulegen sind, konkretisiert werden.

Zu c) In den Landesrahmenverträgen sollen auch Regelungen zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal (wie Personal-Pools oder betriebliche Ausfallkonzepte) aufgenommen werden.

Bewertung

Zu a) Die Landesrahmenverträge sind bereits heute im Internet veröffentlicht. Insofern ist die Regelung überflüssig.

Zu b) Grundsätzlich ist der Auftrag, die geeigneten Nachweise zu konkretisieren, unschädlich, denn bereits heute sind in den Verträgen die Nachweise bei den Vergütungsverhandlungen nach § 85 Absatz 3 SGB XI geregelt. Nicht nachvollziehbar ist hingegen, warum die Regelungen auf Landesebene getroffen werden sollen. Vergleichbare Nachweise sind zuletzt ebenfalls auf Bundesebene festgelegt worden (insbesondere in den Zulassungsrichtlinien bzw. Nachweisrichtlinien). Zielführender wäre es daher, die Anforderungen auf Bundesebene zu vereinbaren, die dann bis zur Anpassung der Landesrahmenverträge verbindlich sind.

Kritisch wird auch gesehen, dass in der Gesetzesbegründung (zusätzlich auch in der Begründung zu den Änderungen in § 113c SGB XI) explizit die Aufwendungen von Anwerbekosten von inländischen und ausländischen Pflegefachkräften benannt werden, ohne dass irgendwelche flankierenden Maßnahmen vorgesehen sind. Es ist scheinbar Ziel der Bundesregierung, bundesweit die Pflegebedürftigen mit Anwerbekosten zu belasten, obwohl es sich bei der Fachkräftesicherung im Kern um eine Aufgabe der Länder handelt. Der vdek hält die Landesrahmenverträge daher nicht für den richtigen Ort, um Regelungen zu Anwerbekosten zu treffen.

Vielmehr sind hier bundeseinheitliche Vorgaben insbesondere zu den Gütekriterien und zur Wirtschaftlichkeit erforderlich, die mit entsprechenden Förderprogrammen harmonisieren. Zudem sind Obergrenzen festzulegen. Es ist zu verhindern, dass Einrichtungen bundesweit einen Freifahrtschein erhalten, um nach Gutdünken ohne staatliche Vorgaben weltweite Anwerbetätigkeiten ausführen und die Kosten hierfür den Pflegebedürftigen anzulasten. Angezeigt wäre insgesamt eine Anwerbung durch öffentlich-rechtliche Institutionen verbunden mit einem verbindlichen Umlageverfahren.

Vor dem Hintergrund der in der Praxis bereits stattfindenden wechselseitigen Abwerbung von Pflegekräften mit sich übertrumpfenden „Abwerbprämien“ erscheint der Hinweis auf die Berücksichtigung von Anwerbekosten von inländisch angeworbenem Personal insofern kritisch, als dass damit dieser Praxis weiter Vorschub geleistet wird.

Zu c)

Die Ergänzung der Regelung zu sogenannten Springerpools geht auf den Beschluss von Maßnahmen der „Konzertierten Aktion Pflege“ (KAP) zurück. An dieser hat der vdek mitgewirkt. Durch diese Springerpools soll der Einsatz von Leiharbeitskräften in den Pflegeeinrichtungen reduziert werden. Die Springerpools werden als grundsätzlich guter organisatorischer Ansatz gesehen, um der engen Personaldecke flexibel gerecht zu werden. Diese Pools unterliegen aber der originären Verantwortung der Einrichtungen und sind eine innerbetriebliche Gestaltungsmöglichkeit, die bereits auf Grundlage der bestehenden gesetzlichen Regelungen umsetzbar ist. Es ist zudem unklar, ob die Regelung zur Reduzierung der Kosten beiträgt. Insofern wird die Regelung abgelehnt.

Änderungsvorschlag

Zu a) In § 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 11 (neu) wird folgender Satz angefügt.
„Aufwendungen für die Beschaffung von im Inland und Ausland angeworbenem Personal sind hiervon nicht umfasst.“

Zu b) Aufnahme eines ergänzenden Paragraphen § 88b SGB XI (neu):
„Zu den Inhalten der Rahmenverträge nach § 75 Absatz 2 S. 1 Nr. 11 sind Empfehlungen nach dem Verfahren gemäß § 75 Absatz 6 bis zum 30.6.2024 abzugeben. Auf Grundlage dieser Empfehlungen haben die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern ihre Rahmenverträge zu überprüfen und bei Bedarf an die Empfehlungen anzupassen. Bis zur Entscheidung über eine Anpassung der Rahmenverträge nach Satz 3 sind die Empfehlungen nach Satz 1 für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen insoweit verbindlich, als dass sie die bisherigen Regelungen in den Rahmenverträgen ergänzen; Regelungen in den Landesrahmenverträgen, die über die Empfehlungen hinausreichen, behalten bis zur Anpassung Bestand.“

Zu c)

Streichung.

Beabsichtigte Neuregelung

Für das Personal in Pflegeeinrichtungen, das nicht in der Pflege und Betreuung tätig ist, wird ergänzt, dass eine tarifliche/kirchenarbeitsrechtliche Bezahlung ggf. auch nach anderen Tarifwerken wie auch für das Pflege- und Betreuungspersonal nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann. Dies gilt insbesondere auch für Leiharbeiter:innen oder Beschäftigte mit Werk-/Dienstleistungsverträgen. Ausgeschlossen wird, dass eine Bezahlung von Vermittlungsentgelten als wirtschaftlich anerkannt wird.

Bewertung

Der vdek begrüßt die Zielsetzung dieser Neuregelung im Grundsatz, sieht aber Probleme in der praktischen Umsetzung, da es sich bei den Personal-Leasingkosten im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen um Sachkosten handelt und die Kosten bereits „eingepreist“ sein dürften. Die Herausrechnung von „Vermittlungsentgelten“ (im Sinne von durch den Gesetzgeber unerwünschten Entleihgebühren) dürfte daher in der Praxis mit erheblichen Schwierigkeiten behaftet sein. Um Abgrenzungsdebatten zu vermeiden, sollte der GKV-Spitzenverband mit der Entwicklung einer Umsetzungsrichtlinie beauftragt werden.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 Nummer 39
§ 113b SGB XI (Qualitätsausschuss)

Beabsichtigte Neuregelung

Zu a) und b) redaktionelle Folgeänderung in Folge der der Aufhebung des § 113a.

Zu c) Die beschlussfassenden Sitzungen des Qualitätsausschusses sollen zukünftig – nach dem Vorbild des G-BA – öffentlich sein, zeitgleich im Internet live übertragen und zum späteren Abruf in einer Mediathek zur Verfügung gestellt werden. Die Regelung beruht offenbar auf einer Forderung der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung und der Interessenvertretung nach § 118.

Zu d) Bei der Streichung handelt es sich um eine redaktionelle Anpassung im Zusammenhang mit der Neuregelung des § 113b Absatz 8 Satz 3.

Zu e) Es soll eine zusätzliche Referentenstelle in der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses eingerichtet werden. Die Interessensvertretungen haben das Recht diese zu besetzen und den Arbeitsort zu bestimmen.

Zu f) Es soll eine kontinuierliche und näher konkretisierte jährliche Berichtspflicht des Qualitätsausschuss gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit eingeführt werden.

Bewertung

Zu e) Da die Betroffenenorganisationen gemäß § 118 bereits an den Entscheidungen des Qualitätsausschuss beratend mitwirken, ein Stimmrecht besitzen, Anträge stellen können und an der Arbeit der bestehenden Geschäftsstelle gleichberechtigt partizipieren, wird die zusätzliche Schaffung einer Referentenstelle als nicht notwendig angesehen.

Zu f) Die Berichtspflicht ist abzulehnen. Der Qualitätsausschuss ist ein selbstverwaltetes Gremium und daher auch nicht berichtspflichtig. Es ist offenkundig, dass das BMG zunehmend Einfluss auf die Entscheidungen nehmen will. Zudem geht damit unnötiger Verwaltungsaufwand einher.

Änderungsvorschlag

Zu e) Die Regelung zur Schaffung einer Referentenstelle ist zu streichen.

Zu f) Die Regelung zur Berichtspflicht ist zu streichen.

Zu Artikel 1 Nummer 42

§ 114c SGB XI (Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht)

Beabsichtigte Neuregelung

Zu a) Durch das Wort „soll“ wird die Verbindlichkeit bezüglich der zweijährigen Durchführung von Qualitätsprüfungen bei Einrichtungen mit hohem Qualitätsniveau erhöht (bisher „kann“).

Zu b) Die Ergänzung schreibt die Zuständigkeit für die Benachrichtigung der Pflegeeinrichtungen, bei denen der Prüfrhythmus wegen eines hohen Qualitätsniveaus verlängert wird, bei den Landesverbänden der Pflegekassen fest.

Zu c) Redaktionelle Anpassung.

Bewertung

Die Regelungen sind grundsätzlich nachvollziehbar. Die komplexe Umsetzung macht IT-gestützte Lösungen für die Landesverbände der Pflegekassen notwendig. Daher muss zur Umsetzung ein angemessener zeitlicher Vorlauf berücksichtigt werden, da das Verfahren in bestehende Prozesse (Prüfbeauftragung) eingreift und grundlegende Veränderungen mit sich bringt.

Änderungsvorschlag

Zu b) Die Vorschrift sollte frühestens zum 1.1.2024 in Kraft treten.

Zu Artikel 2 Nummer 7

§ 42a SGB XI (Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson)

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird für den Zeitraum, in dem eine Pflegeperson eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt, ein eigenständiger Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen in derselben Vorsorge- und Rehaeinrichtung gegenüber der Pflegekasse des Pflegebedürftigen eingeführt. Bisher bestand der Anspruch auf Versorgung eines Pflegebedürftigen in einer Vorsorge- oder Rehaeinrichtung nur, wenn der Rehabilitand zulasten der GKV versorgt wurde. Nun wird der Anspruch auf Fallkonstellationen erweitert, bei denen ein anderer Rehabilitationsträger (überwiegend Deutsche Rentenversicherung (DRV)) die Kosten für die Rehabilitationsmaßnahme übernimmt sowie auf Fallgestaltungen in denen stationäre Vorsorgemaßnahmen in Anspruch genommen werden. Der Anspruch umfasst die Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen, Unterkunft und Verpflegung sowie die Fahr- und Gepäckkosten.

Ist eine Versorgung in derselben Einrichtung nicht möglich, hat die Pflegekasse die Versorgung in einer anderen Einrichtung (z. B. KZP) zu koordinieren.

Vorsorge - oder Rehabilitationseinrichtungen können die Versorgung der Pflegebedürftigen selbst übernehmen oder sich eines ambulanten Pflegedienstes bedienen. In beiden Fällen erstattet die Pflegekasse des Pflegebedürftigen die Aufwendungen für die Versorgung des Pflegebedürftigen in Höhe des durchschnittlichen Gesamtheimentgelt nach § 87a Absatz 1 Satz 1 aller zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtungen im jeweiligen Land.

Vor Beginn der Versorgung von Pflegebedürftigen hat die Vorsorge- oder Rehaeinrichtung den Landesverbänden der Pflegekassen ein Konzept zur qualitätsgesicherten Versorgung der Pflegebedürftigen vorzulegen.

Bewertung

Die Einführung des Leistungsanspruches für Pflegebedürftige wird grundsätzlich begrüßt. Bisher konnten Pflegebedürftige ihre Pflegeperson nur in die Rehabilitationseinrichtung begleiten, wenn eine Rehabilitationsmaßnahme zulasten der GKV erbracht wurde. Die Regelung sorgt für eine Gleichstellung aller Pflegebedürftigen. Unverständlich ist jedoch, warum bei einer Rehabilitationsmaßnahme zulasten der GKV die Krankenversicherung des Rehabilitanden für die Kosten aufkommen muss, wohingegen die Kosten für die Versorgung des Pflegebedürftigen bei einer Rehabilitation zulasten eines anderen Trägers (DRV) oder einer stationären Vorsorgemaßnahme zulasten der GKV durch die Pflegekasse getragen werden. Sofern eine Verantwortung der Pflegekasse in diesen Fällen gesehen wird (da eine Versorgung des Pflegebedürftigen ohnehin durch die Pflegeversicherung erfolgt wäre), sind die Kosten für die Versorgung der Pflegebedürftigen auch bei Rehabilitationsmaßnahme zulasten der GKV durch die Pflegekasse des Pflegebedürftigen zu übernehmen.

Aus Sicht des vdek ist es sachgerecht die Versorgung bei allen Pflegebedürftigen dem Aufgabenbereich der Pflegeversicherung zuzuordnen. In der Folge sind die bestehenden Regelungen im SGB V zu streichen.

Darüber hinaus ist anzumerken, dass den Landesverbänden der Pflegekassen in der Regel nicht alle notwendigen Informationen zur im Gesetz vorgesehenen Berechnung des durchschnittlichen Heimentgeltes vorliegen, da die betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen nicht durch die Landesverbände vereinbart oder genehmigt werden. Die hierfür zuständigen Länder müssen in die Pflicht genommen werden, die anerkannten Investitionskosten elektronisch an die Pflegekassen zu melden.

Änderungsvorschlag

§ 40 Absatz 3a SGB V (neu) wird gestrichen.

§ 42a Absatz 1 S. 2 SGB XI (neu) wird gestrichen.

In § 42a Absatz 2 SGB XI (neu) ist nach dem Wort „zugelassenen“ das Wort „nahegelegenen“ zu ergänzen.

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

Die Regelung wird abgelehnt. Gerade weil mit diesem und den letzten Gesetzen zahlreiche sehr verwaltungsaufwändige Gesetze erlassen wurden, ist die Erstattung an die GKV in der bisherigen Höhe auch sachgerecht. Dass damit ein Einsparvolumen bei der Sozialen Pflegeversicherung reklamiert wird, ist zwar richtig, ist aber eine „Schein-Rechnung“ die getreu dem Motto „rechte Tasche in die linke Tasche“ aufgestellt wird.

Sie ist auch deshalb nicht sachgerecht, da der Verwaltungskostenaufwand auch erheblich von den Tarifsteigerungen im Personalkostenbereich beeinflusst wird. Vor dem Hintergrund der anhaltend hohen Inflation ist für die Jahre 2023 ff. von entsprechend hohen Tarifsteigerungen auszugehen. Die damit einhergehenden Kostensteigerungen auf Seiten der Krankenkassen können im Falle einer Absenkung der Verwaltungskostenpauschale aber nicht an die Pflegekassen weitergereicht werden.

Die Aufklärung der Elterneigenschaft einschließlich der Feststellung der Anzahl der Kinder ist eine aufwändige Aufgabe, die zu erheblichem Verwaltungsaufwand führt. Das gilt auch unter dem Gesichtspunkt, dass die Erfassung der Elterneigenschaft und der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder auf die Selbstzahler beschränkt ist. Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Pflegekassen allein schon wegen der Beitragssatzerhöhung und der Anhebung des Kinderlosenzuschlages über Gebühr Verwaltungsleistungen erbringen, weil die Selbstzahler einen Beitragsbescheid erhalten müssen. Auch aus diesem Grund ist die Absenkung des Verwaltungskostenausgleichs nach § 46 Absatz 3 Satz 1 SGB XI von derzeit 3,2 Prozent des Mittelwertes von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen auf 3,0 Prozent nicht gerechtfertigt. Ergänzend gilt es zu berücksichtigen, dass der Aufbau eines digitalen Verfahrens im Sinne von § 55 Absatz 3 Satz 7 eine Aufgabe der Pflegekasse darstellt, die es ebenfalls rechtfertigt, den Verwaltungskostenausgleich nicht abzusenken.

Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nr. 15 PUEG ist ersatzlos zu streichen.

Beabsichtigte Neuregelung

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen werden ab dem 1.7.2025 dazu verpflichtet, die Voraussetzungen für den Anschluss an die TI und für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte (ePA) zu erfüllen.

Bewertung

Im Sinne der Weiterentwicklung der Digitalisierung im Gesundheitswesen, ist der Vorschlag zu begrüßen. Da andere Leistungserbringer (wie beispielsweise die der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V) bereits dazu verpflichtet sind, sich an die TI anzuschließen, ist die Regelung nur folgerichtig. In der Begründung zu der Vorschrift (Buchstabe A) wird von einer verpflichtenden Anbindung an die TI gesprochen. Im Gesetzestext ist jedoch lediglich von einer Verpflichtung zur Erfüllung der Voraussetzungen für den Anschluss an die TI die Rede. Dies sollte klarer formuliert werden.

Ergänzt werden sollte die verpflichtende Anbindung der Pflegestützpunkte nach § 7c SGB XI. Diese Anbindung findet zum aktuellen Zeitpunkt auch nur auf freiwilliger Basis statt. Mit dieser verpflichtenden Anbindung wären dann alle an der pflegerischen Versorgung beteiligten Akteure in den Digitalisierungsprozess eingebunden. Zudem könnte dem Umstand vorgebeugt werden, dass Hersteller von Hardware für die Erstausrüstung exorbitant hohe Preise verlangen, da bei einer gesetzlichen Verpflichtung zur Anbindung die Finanzierung über eine Finanzierungsvereinbarung klar geregelt ist.

Der Referentenentwurf vom 20.2.2023 hat den Anschluss der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an die TI bis zum 1.7.2024 vorgesehen. Der Gesetzentwurf sieht eine Anbindung erst bis zum 1.7.2025 vor. Die zeitliche Verschiebung um ein Jahr verlangsamt den Digitalisierungsprozess und wird daher abgelehnt.

Änderungsvorschlag

§ 341 Absatz 8 ist wie folgt neu zu formulieren:

„Die an der Pflegeversorgung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch teilnehmenden Leistungserbringer haben bis zum 1. Juli 2024 den Zugriff auf die elektronische Patientenakte und den Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 306 umzusetzen. § 360 Absatz 8 gilt unverändert.“

Nach § 106c ist § 106d einzufügen:

§ 106d Finanzierung und Einbindung der Pflegestützpunkte in die Telematikinfrastruktur

Zum Ausgleich

1. der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten, die den Pflegestützpunkten in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur entstehen sowie
2. der Kosten, die den Pflegestützpunkten im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur entstehen,

erhalten die Pflegestützpunkte ab dem 1.10.2023 von der Pflegeversicherung die in den Finanzierungsvereinbarungen nach § 376 Satz 1 SGB V für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in der jeweils geltenden Fassung vereinbarten Erstattungen. Das Verfahren zur Erstattung der Kosten legt der GKV-Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 30.9.2023 fest.

3. Ergänzender Änderungsbedarf

Anpassung § 107 Absatz 2 – Übernahme der Regelung aus dem SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung des § 107 Absatz 2 SGB XI sollte für den Bereich der Pflegeversicherung analog den Regelungen des § 175 Absatz 2 und 304 Absatz 2 SGB V gestaltet werden. Eine gesetzliche Verpflichtung für ein elektronisches Meldeverfahren besteht in der Pflegeversicherung im Unterschied zur Krankenversicherung derzeit nicht. Die Pflegekasse ist bei formaler Betrachtung aktuell nur verpflichtet, auf Verlangen die Pflegeleistungsdaten beim Kranken-/ Pflegekas-senwechsel zu übermitteln. Das elektronische Meldeverfahren ist dabei nicht zwingend anzuwenden.

Bewertung

Die unterschiedliche Regelung in den beiden Sozialversicherungsbereichen ist nicht sachgerecht. Es sollte daher eine Harmonisierung erfolgen, um auch die formalen Voraussetzungen für einen maschinellen Datenaustausch zu schaffen.

Änderungsvorschlag

Im Falle des Wechsels der Pflegekasse ist die bisher zuständige Pflegekasse verpflichtet, ~~auf Verlangen~~ die für die Fortführung der Versicherung erforderlichen Angaben nach den §§ 99 und 102 im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Meldung, der neuen Pflegekasse mitzuteilen.

Anpassung § 137f Absatz 8 – Harmonisierung im Leistungsbereich Digitale Produkte in DMP

Beabsichtigte Neuregelung

Im Gegensatz zu den detaillierten Regelungen im Bereich der Überführung von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) in die Regelversorgung sehen die Regelungen in § 137f SGB V keine gesetzlichen Voraussetzungen bei der Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen (DimA) in DMP vor. Digitale Produkte in DMP sollen künftig auf erstattungsfähige, dauerhaft in das Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte aufgenommene DiGA begrenzt werden.

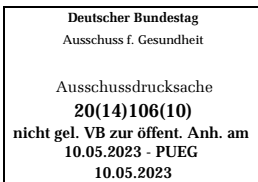
Bewertung

Die Änderung folgt dem Vorschlag aus der Stellungnahme des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zum PUEG.

Änderungsvorschlag

In § 137f Absatz 8 Satz 1 und 2 werden die Wörter „medizinischer Anwendungen“ durch die Angabe „Gesundheitsanwendungen gemäß §§ 33a, 139e Absatz 2 SGB V“ ersetzt.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 030/2 69 31 – 0
Fax: 030/2 69 31 – 2900
Politik@vdek.com



KDA | Michaelkirchstr. 17-18 | 10179 Berlin

Bundesministerium des Inneren und für Heimat
z.Hd. Frau Dr. Ann-Marie Burbaum
Leiterin des Referats M I 3
Bundesministerium für Arbeit und Soziales
z.Hd. Herrn Björn Borgwardt
Leiter des Referats I 5

Ihr Ansprechpartner:
Helmut Kneppe

Telefon: +49 30 / 2218298-14
E-Mail: helmut.kneppe@kda.de

Datum: 09.05.2023

Az. MI3.21010/8#10

Ergänzende Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums des Innern und für Heimat und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: Entwurf eines Gesetzes/ einer Verordnung zur Weiterentwicklung der Fachkräfteeinwanderung vom 5. Januar 2023

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Übersendung und die Möglichkeit einer Stellungnahme zu dem Referentenentwurf eines Gesetzes/einer Verordnung zur Weiterentwicklung der Fachkräfteeinwanderung vom 5. Januar 2023. Konkrete Änderungsvorschläge sind wie gewünscht im RefE (Anlage 1) per Kommentarfunktion gekennzeichnet.

Wir bringen unsere Stellungnahme auf Basis unseres Projektes Deutsches Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen (DKF) sowie unseres Engagements zur Herausgabe und Erteilung des Gütesiegels ‚Faire Anwerbung Pflege Deutschland‘ ein.

Grundsätzliches

Seit Inkrafttreten des Fachkräfteeinwanderungsgesetzes im März 2020 kristallisierten sich wesentliche Weiterentwicklungsbedarfe zur Erleichterung der Gewinnung von im Ausland qualifizierten Personen heraus. Die Weiterentwicklung des Fachkräfteeinwanderungsgesetzes im Zuge der zunehmenden Dynamik der gewerblichen Anwerbung und Vermittlung insbesondere von Pflegefachpersonen wird seitens des Kuratoriums Deutsche Altershilfe Wilhelmine-Lübke Stiftung e.V.

(KDA) sehr begrüßt.

Gerade dieser zunehmenden Bedeutung der gewerblichen internationalen Anwerbung und Vermittlung wird jedoch im vorgeschlagenen Referentenentwurf keine Rechnung getragen. Obwohl die Pflegefachberufe bei der internationalen Anwerbung und Vermittlung von Fachpersonen den größten Anteil aller Berufsgruppen abbilden, spiegelt sich der aktuell bestehende internationale Pflegearbeitsmarkt nicht im vorliegenden Entwurf wider. Konkret lässt sich dieses an folgenden Stellen verdeutlichen:

1. Fokus auf gewerbliche Personalvermittlung fehlt

Während der Entwurf Hauptaugenmerk auf eine eigeninitiativ betriebene Erwerbsmigration legt, wird in der Praxis die Erwerbsmigration von Pflegefachpersonen nahezu ausschließlich über gewerbliche oder staatliche Vermittler organisiert.

Die Neuerungen ergeben infolgedessen im Wesentlichen weder für die anwerbenden Akteure (international anwerbende Arbeitgebende, gewerblich international vermittelnde Personaldienstleister) noch für die Pflegefachpersonen selbst Erleichterungen oder Vorteile im Rahmen der Erwerbsmigration.

Zu intensivieren sind hingegen qualitätssichernde Bestrebungen zur Regulierung der gewerblichen Personalvermittlung im Sinne des Schutzes international angeworbener Fachpersonen. Ein wichtiger Baustein ist hierfür die Ratifizierung der ILO Konvention 1811.

Darüber hinaus besteht u.a. für den Bereich der Pflegefachpersonen das seit 2021 im Gesetz zur Sicherung der Qualität der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland verankerte Gütesiegel „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“. Zur Entfaltung der Wirksamkeit solcher Gütesysteme sind Anreize für anwerbende Akteure (international anwerbende Arbeitgebende, gewerblich international vermittelnde Personaldienstleister) zu setzen, um eine ethisch faire und nachhaltige Anwerbe- und Vermittlungspraxis zu gewährleisten.

- a) Denkbar wäre eine Verringerung der gesetzlich geregelten Einwanderungsbedingungen bei einem Nachweis ethisch vertretbarer und fairer Anwerbe- und Vermittlungsprozesse. Damit Deutschland auch im internationalen Wettbewerb als Zuwanderungsland attraktiv ist, schlägt das KDA einen „Fast-track“ für die mit dem Gütezeichen „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ ausgezeichneten Unternehmen bei den Antragsverfahren auf Berufsanerkennung vor.
- b) Die Kosten für Auslandsanwerbung können bei den Pflegesatzverhandlungen anerkannt werden, wenn die Vermittlung bzw. Anwerbung über eine Agentur oder selbstanwerbende Einrichtung erfolgte, die mit dem Gütezeichen „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ ausgezeichnet ist.

2. Blaue Karte EU adressiert die größte Berufsgruppe der Pflegefachpersonen nicht

Die vorgeschlagenen Regelungen unter Artikel 1, u.a. zur Blauen Karte EU, adressieren die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen nicht: International angeworbene Pflegefachpersonen weisen immer häufiger eine im Ausland erworbene akademische Pflegequalifikation auf mindestens Bachelorniveau auf, die aufgrund der bisherigen Dominanz des deutschen Referenzberufs der/des beruflich qualifizierten „Gesundheits- und Krankenpfleger/-in“ jedoch weiterhin als „Fachkräfte mit beruflicher Ausbildung“ zugeordnet werden.² Dies hat weitreichende Einschränkungen in der Kompetenzentfaltung der qualifizierten Pflegefachpersonen sowie der beruflichen Weiterentwicklung in Deutschland zur Folge.

Im Zuge des in 2021 in Kraft getretenen Pflegeberufgesetzes und der damit eingeführten flächendeckenden Möglichkeit zur akademischen Berufsqualifikation als „Pflegefachmann / Pflegefachfrau“ ist im Sinne einer wertschätzenden Willkommenskultur die Anerkennung des Status‘ als „Fachkraft mit akademischer Ausbildung“ dringend zu ermöglichen. Nur so wird Deutschland für Pflegefachpersonen aus anderen Ländern einen attraktiven Standort mit beruflichen Perspektiven bieten und diese halten können.

3. Anerkennungspatenschaften sind für reglementierte Berufe ungeeignet

Die Einführung von Anerkennungspatenschaften ist für das Feld der reglementierten Berufe aufgrund nur schwierig zu realisierender Voraussetzungen nicht attraktiv. Insbesondere bei Ausgleichsmaßnahmen für Pflegefachberufe sind die Bundesländer und ihre zuständigen Stellen in jedem Einzelfall relevant. Voraussichtlich muss daher die Option der Anerkennungspatenschaften für die reglementierten Pflege- und Gesundheitsberufe mit den Bundesländern und den jeweiligen zuständigen Stellen abgestimmt werden.

Ggf. muss dazu das Pflegeberufegesetz um die Option der Anerkennungspatenschaft ergänzt werden. Grundsätzlich ist auf eine bundeseinheitliche Regelung unbedingt hinzuwirken.

Zu Artikel 2: Änderungen des § 16d AufenthG - Maßnahmen zur Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen

Die Änderungen des §16d intendieren mit Ausnahme des neu eingeführten Absatz 3a eine Verlängerung des Anerkennungsprozesses anstelle einer allgemein geforderten Verkürzung:

Zu 6. a)/c)

Die vorgeschlagene Verlängerung des maximalen Aufenthaltstitels nach §16d Abs. 3 von zwei auf drei Jahre macht die bestehenden bürokratischen Hürden in Aufenthalts- und Anerkennungsverfahren deutlich: Aufgrund u.a. steigender Antragszahlen sowie knapper Personal- und Zeitressourcen zur Prüfungsterminierung für Pflegefachberufe sind zuständige Stellen zunehmend überlastet. Die Folge sind Fristverlängerungen und erhebliche Verzögerungen bei der Ausstellung der Berufsausübungserlaubnis, die schwerwiegende Folgen für international anwerbende Pflegefachpersonen nach sich ziehen können.

Eine Ausweitung des Aufenthaltstitels auf drei Jahre würde zwar die zuständigen Stellen entlasten, gleichzeitig würde damit jedoch ein Anreiz zur Verlängerung der Anerkennungsprozesses gesetzt werden, der nicht im Sinne des Gesetzgebers sein kann.

Insbesondere für die reglementierten Gesundheits- und Pflegefachberufe besteht diesbezüglich die Besonderheit, dass die Personalplanung sowie -finanzierung an die berufliche Anerkennung der international angeworbenen Fachpersonen geknüpft ist. Eine Verlängerung des Anerkennungsprozesses hätte demzufolge gravierende Folgen für Pflege- und Gesundheitsunternehmen.

Die im beschleunigten Fachkräfteverfahren vorgegebenen Bearbeitungsfristen werden in der Praxis oftmals durch die Anwendung von Fristunterbrechungen unterlaufen bzw. ausgehebelt. Dabei bestehen insbesondere aus Sicht der Antragsstellenden intransparenten und heterogene Bestimmungen zur Einreichung vorzuweisender Unterlagen. Nicht-vollständige Unterlagen führen jedoch sowohl auf Seiten der zuständigen Stellen als auch auf der der Antragsstellenden zu bürokratischem und zeitlichem Mehraufwand, dem mithilfe einheitlicher, transparent offenzulegender Vorgaben (z.B. einsehbar auf einer Onlinepräsenz der Behörde) im Sinne aller Beteiligten entgegenzuwirken ist.

Zu 6. a)

Eine Erhöhung des maximalen wöchentlichen Stundensatzes von „zehn“ auf „20“ Std. zur Ausübung einer von der anzuerkennenden Berufsqualifikation unabhängigen Beschäftigung nach §16 d Abs. 4 Satz 3 gefährdet eine erfolgreiche Teilnahme an einer Qualifizierungsmaßnahme. Während einer Vollzeit-Qualifizierungsmaßnahme (zzgl. der Teilnahme an einem Sprachkurs) eine Zusatzbelastung von bis zu 20 Std. wöchentlicher RAZ an zusätzlicher Beschäftigung zu ermöglichen, erhöht die



ohnehin bestehende Belastung von Pflegefachpersonen in Anerkennung.
Im Sinne nachhaltiger internationaler Anwerbestrategien von Unternehmen in Deutschland ist es nötig, dass sie innerbetrieblich eine ausreichende Finanzierung des Lebensunterhaltes ermöglicht bekommen – und Fachpersonen in Anerkennung eben nicht in anderen Tätigkeitsfeldern hinzuverdienen müssen.

Zu 6. d)

Die Ergänzung des §16 d Abs. 3a ist im Hinblick auf die Verpflichtung Arbeitgebender von Pflege- und Gesundheitsunternehmen zur aktiven Beteiligung an der Umsetzung von Qualifizierungsmaßnahmen für international angeworbene Pflegefachpersonen sowie deren Beschäftigung während der Maßnahme grundsätzlich zu begrüßen. Eine Ausstellung eines Aufenthaltstitels von nur einem Jahr kann unter den aktuellen Rahmenbedingungen jedoch dazu führen, dass zahlreiche Anträge zur Verlängerung des Aufenthaltstitels bis zu drei Jahre beantragt werden müssten. Dieses würde sowohl für die Antragstellenden als auch für die zuständigen Stellen einen vermeidbaren Mehraufwand bedeuten. Darüber hinaus ist bezüglich der Ausführungen unter Satz 4 unklar, welche Arbeitgebende „für die Ausbildung oder Nachqualifizierung geeignet sind“. Dies könnte u.U. Unternehmen der Akutversorgung gegenüber Unternehmen der Langzeitversorgung bevorzugen, welches es in Anbetracht der aktuellen Entwicklungen in stationären Pflegeeinrichtungen zu vermeiden gilt.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Helmut Knepe
(nach Diktat verreist)
Vorstandsvorsitzender