

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Verbändebeteiligung des BMG am 06.03.2023

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

Stand: 06.03.2023

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Str. 31
10178 Berlin
Tel: 030 34646-2299
info@bv.aok.de

**AOK Bundesverband
Die Gesundheitskasse.**

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung.....	4
II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs/Gesetzentwurfs	7
Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	7
Nr. 2 § 341 SGB V Elektronische Patientenakte.....	7
Artikel 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch.....	8
Nr. 3 §7a Pflegeberatung.....	8
Nr. 4 § 7d (neu) Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten.....	10
Nr. 5 § 8 Abs. 7 und 8 SGB XI – Gemeinsame Verantwortung	13
Nr. 10 § 17 Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen.....	15
Nr. 12 § 18 bis 18d SGB XI Pflegebegutachtung.....	16
Nr. 12 § 18e SGB XI Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung.....	21
Nr. 14 § 28a Leistungen bei Pflegegrad 1.....	24
Nr. 15 § 30 Dynamisierung.....	25
Nr. 16 § 31 Vorrang der Rehabilitation vor Pflege.....	26
Nr. 17 § 40a Digitale Pflegeanwendungen.....	27
Nr. 18 § 40b Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen.....	28
Nr. 21 § 55 Buchstaben a) bis f) Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung.....	29
Nr. 22 § 58 Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtig Beschäftigten	34
Nr. 23 § 60 Beitragszahlung	36
Nr. 24 § 61 Beitragszuschüsse für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und Privatversicherte.....	37
Nr. 25. § 61a - Beteiligung des Bundes an Aufwendungen	38
Nr. 26 und 27 zu § 72 - Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag – und § 75 - Rahmenverträge über die pflegerische Versorgung.....	39
Nr. 28 § 78a Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung	41
Nr. 30 § 111 Absatz 1 Satz 1- Risikoausgleich	42
Nr. 31 § 112 SGB XI Qualitätsverantwortung	43

Nr. 32 § 113 SGB XI Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität.....	45
Nr. 34 § 113b SGB XI Qualitätsausschuss	46
Nr. 35 § 113c SGB XI Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen	47
Nr. 36 § 114 Abs. 2a SGB XI Qualitätsprüfungen	51
Nr. 37 § 114c SGB XI Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht.....	52
Nr. 39 §§ 123 und 124 - 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.....	53
Nr. 40 § 125b (neu) Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege.....	58
Nr. 43. § 135 - Zuführung der Mittel.....	60
Artikel 3 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch.....	61
Nr. 6 § 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen	61
Nr. 8 § 39 Verhinderungspflege	63
Nr. 9 § 42 Kurzzeitpflege	65
Nr. 10 § 42a (neu) Gemeinsamer Jahresbetrag.....	67
Nr. 16 § 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung	68
Nr. 18 § 46 Absatz 3 Satz 1 – Pflegekassen.....	69
Nr. 19 § 108 Auskünfte an Versicherte	70
III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes	71
§ 153 SGB XI Erstattung pandemiebedingter Kosten durch den Bund; Verordnungsermächtigung.....	71
§ 293 Abs. 8 SGB V– Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer....	72

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) zielt die Bundesregierung darauf ab und will insbesondere durch Leistungsverbesserungen im häuslichen Bereich die finanzielle Überforderung der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen abfedern und die Pflegebereitschaft von An- und Zugehörigen stärken. Dass hierfür der regionalen und kommunalen Ebene eine zentrale Bedeutung beigemessen wird, erkennt der Gesetzgeber mit der Förderung innovativer Ansätze für eine strukturelle Weiterentwicklung von Beratungs-, Unterstützungs- und Sorgestrukturen vor Ort an, auch wenn die inhaltliche Ausgestaltung teilweise misslingt. Besonders hervorzuheben ist, dass mit dem Referentenentwurf die (Transparenz-) Offensive zur Stärkung der Entscheidungskompetenz und Rechte der Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarfe weitergeführt wird.

Zur Stabilisierung der Finanzsituation sowie zur Finanzierung 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 auf Ende 2028 verlängert. Die Einführung einer Rechtsverordnung, mit der die Bundesregierung den Beitragssatz der Pflegeversicherung bei Liquiditätsengpässen anheben kann, ist nicht zuletzt ein Indiz dafür, dass das BMG selbst mit den im Entwurf avisierten Finanzierungsmaßnahmen eine auskömmliche Finanzierungsbasis für diese Legislatur nicht erwartet.

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 stabilisieren kann, ist dabei aus Sicht des AOK-Bundesverbandes nicht sichergestellt.

Die vorgesehenen Finanzierungsregelungen des Referentenentwurfs werden von der AOK-Gemeinschaft abgelehnt, da die sachgerechte und für eine dauerhafte finanzielle Absicherung der sozialen Pflegeversicherung zwingend gebotene Refinanzierung versicherungsfremder Leistungen durch den Bund erneut unterbleibt. Damit

müssen das bereits vorhandene strukturelle Defizit, sämtliche reformbedingte Mehrausgaben und zusätzlich staatliche Aufgaben allein durch Beitragserhöhungen finanziert werden. Der Referentenentwurf bricht somit ein Versprechen des Koalitionsvertrages, in dem sich SPD, Grüne und FDP einvernehmlich auf eine dauerhafte finanzielle Stärkung der sozialen Pflegeversicherung durch Bundesmittel verständigt hatten.

Die AOK-Gemeinschaft appelliert an die Bundesregierung, die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung durch Bundesmittel für versicherungsfremde Leistungen zu ergänzen. Zur Stabilisierung der Finanzlage ist es insbesondere notwendig, die pandemiebedingten Kosten der Pflegeversicherung zu kompensieren. Auch die steuerliche Gegenfinanzierung der Rentenversicherungsbeiträge für die pflegenden Angehörigen bleibt eine durch den Bund zu lösende Aufgabe, um Beitragszahlende vor ungerechtfertigten Belastungen zu schützen.

Versicherungsfremde Leistungen werden ausgeweitet

Angesichts der im Entwurf angelegten Finanzierungsmaßnahmen ist der Spielraum für die so notwendig erforderlichen strukturellen Weiterentwicklungen der Pflegeversicherung und Leistungsverbesserungen nicht gegeben. Umso erstaunlicher ist, dass in dem Referentenentwurf Maßnahmen, die in der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung liegen, erneut aufgegriffen (Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf im Umfang von 0,6 Mrd. Euro für den Förderzeitraum) oder Initiativen wie ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege zusätzlich finanziert werden sollen, ohne dabei bereits etablierte Finanzierungsquellen und Strukturen in den Blick zu nehmen.

Mit der vorliegenden Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes und der AOK-Gemeinschaft werden sowohl diese Einsparpotenziale identifiziert als auch mit Blick auf die demografische Entwicklung wichtige gesetzliche Änderungen vorgeschlagen, die insbesondere einen Beitrag zur Stabilisierung von Pflegearrangements leisten, um die hohe Pflege- und Unterstützungsbereitschaft weiter zu stärken. Auch die Potenziale zum Erhalt und Förderung der Selbstständigkeit und Fähigkeiten werden adressiert, um Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern, verlorene Fähigkeiten oder auch die Rehabilitationsfähigkeit wiederherzustellen und die Rückkehr in die Häuslichkeit unter Beteiligung des sozialen Umfelds vorzubereiten. Diese strukturellen Weiterentwicklungen sind aber nur realisierungsfähig, wenn auch zusätzliche, über den Referentenentwurf hinausgehende Finanzmittel zur Verfügung gestellt werden. Dabei darf aber weder der Einzelne noch die Solidargemeinschaft überfordert werden.

Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils zum 01.07.2023 nicht realisierbar

Entgegen der aus Sicht der AOK-Gemeinschaft unter gesamtgesellschaftlichen Gesichtspunkten zur favorisierenden Umsetzung des BVerfG-Beschlusses zur Berücksichtigung von Erziehungszeiten im Steuerrecht erfolgt die Umsetzung im Beitragsrecht der Pflegeversicherung. Dabei sollen der bekannte Beitragszuschlag für Kinderlose um 0,25 Prozentpunkte angehoben werden und Versicherte mit 2 bis 5 Kindern je Kind um 0,15 Prozentpunkte entlastet werden. Ab dem 6. Kind verbleibt es bei der Entlastung von insgesamt 0,6 Prozentpunkten. Die Zu- bzw. Abschläge werden ausgehend von einem festen Beitragssatz (3,4 Prozent) erhoben und gelten lebenslang. Die Umsetzung erfolgt über die beitragsabführenden Stellen.

Laut Bundesgesundheitsministerium erfolgt diese Staffelung der Beitragshöhe mit Bezug zur Kinderzahl für die soziale Pflegeversicherung „finanzneutral“. Da den Beteiligten die genaue Anzahl der zu berücksichtigenden Kinder derzeit nicht bekannt ist und damit die finanzielle Wirkung der beschriebenen Maßnahmen nicht ermittelt werden kann, ist diese Aussage fraglich.

Zudem 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-Beschusses 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 Kinder nicht realisierbar. Die vorgesehene Entlastung von Mitgliedern mit mehr als einem Kind wird daher erst zu einem erheblich späteren Zeitpunkt zum Tragen kommen.

Nachfolgend wird im Einzelnen nur zu den wesentlichen Regelungen des Referentenentwurfs Stellung genommen. Darüber hinaus sind in dieser Stellungnahme AOK-Vorschläge zur Neuausrichtung der Kurzzeitpflege und zur Korrektur des Beschäftigtenverzeichnisses aufgegriffen.

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Referentenwurfs

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 2 § 341 SGB V Elektronische Patientenakte

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht einen verpflichtenden Anschluss für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen zum 01.07.2024 an die Telematikinfrastruktur vor.

B Stellungnahme

Die Anbindung der Pflegeeinrichtungen wird grundsätzlich begrüßt. Ein verpflichtender Anschluss sollte jedoch aus Kostengründen und möglichen doppelten Implementierungsaufwendungen in den Pflegeeinrichtungen erst mit der Einführung softwarebasierter Konnektoren im Rahmen der TI2.0 erfolgen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 3 §7a Pflegeberatung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neustrukturierung der Regelungen der §§ 18a bis 18d 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 Video-Pflegeberatung vorgenommen. Die Anforderungen nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des SGB V an die technischen Verfahren und deren Umsetzung zur Videosprechstunde sind einzuhalten. Bei der Durchführung der Video-Pflegeberatung 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 maßgeblicher Anlage zum Bundesmantelvertrag selbst verantwortliche Stelle. 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 strengerem 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 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 4 § 7d (neu) Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Landesverbände der Pflegekassen werden ab 01.04.2024 verpflichtet, im jeweiligen Bundesland ein elektronisches Informationsportal im Internet öffentlich zur Verfügung zu stellen. Neben allgemeinen Informationen zur Pflegeversicherung sollen tages- oder wochenaktuelle Informationen zu frei verfügbaren Angeboten von allen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie ambulanten Betreuungsdiensten, Informationen zu Beratungsangeboten und Pflegekursen und Informationen über Angebote zur Unterstützung im Alltag veröffentlicht werden.

Die Informationsportale können auf Landesebene oder auch bundesweit als ein Portal betrieben werden. Ab dem 01.10.2024 sind die stationären Pflegeeinrichtungen verpflichtet, die freien Plätze tagesaktuell zu übermitteln. Die ambulanten Pflegeeinrichtungen übermitteln verfügbare Kapazitäten wochenaktuell. Einzelheiten zum Meldeverfahren und zum Aufbau des Informationsportals sind von den Landesverbänden der Pflegekassen im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen bis 31.03.2024 festzulegen. Dabei sind die maßgeblichen Interessenvertretungen für pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderung sowie deren Angehörigen zu beteiligen.

Der GKV-Spitzenverband berichtet dem BMG erstmal zum 01.07.2025 und dann alle zwei Jahre über den Aufbau und den Stand der Informationsportale, deren Nutzung und unterbreitet Vorschläge zur Weiterentwicklung. Der Bericht wird dem Bundestag vorgelegt.

B Stellungnahme

Die Neuregelung greift Vereinbarungen der Konzertierten Aktion Pflege auf und hat zum Ziel, pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sowie Pflegeberater nach § 7a wirksam bei der Suche nach freien Angeboten zu unterstützen; gerade mit Augenmerk auf die derzeitigen Herausforderungen, zielgerichtet ein wohnortnahmes Angebot zu finden, ist dies zu begrüßen. Mit den Informationsportalen der Pflegekassen wie dem AOK-Pflegenavigator und der Webseite aok.de werden bereits vielfältige Informationen öffentlich zur Verfügung gestellt, die pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen bei der Auswahl von Angeboten unterstützen und ihre Entscheidungskompetenz stärken. Daran anzuknüpfen ist sachgerecht.

Mit der gesetzlichen Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen, den Pflegekassen freie Kapazitäten zu melden, wird dem Wunsch der AOK-Gemeinschaft, einen wesentlichen Beitrag für eine effizientere Suche nach einem freien wohnortnahmen Versorgungsangebot zu leisten, Rechnung getragen. Bisher wurde eine Mitteilung von freien Kapazitäten von den Pflegeeinrichtungen u. a. mit der Befürchtung abgelehnt, dass sich damit auch Erkenntnisse zur Auslastung von Pflegeeinrichtungen ableiten lassen. Eine wesentliche Verbesserung der Informations- und Suchange-

bote kann aber nur dann erreicht werden, wenn die Pflegeeinrichtungen der gesetzlichen Verpflichtung zur regelmäßigen Meldung von Kapazitäten nachkommen. Sanktionen sind jedoch nicht vorgesehen, wenn die Einrichtungen ihrer Mitteilungspflicht nicht, nicht richtig oder nicht rechtzeitig nachkommen. Unbeschadet dessen haben die Pflegeeinrichtungen die Verantwortung zu tragen, dass ihre Angaben zu freien Kapazitäten tagesaktuell sind.

Da die Pflicht zur Meldung verfügbarer Kapazitäten und Erreichbarkeiten für Pflegeeinrichtungen ab dem 01.10.2024 besteht, können Pflegekassen diese Angaben frühestens ab dem 01.10.2024 veröffentlichen.

Die Informationsportale der Pflegekassen bilden bereits die Angebote zur Unterstützung im Alltag aufgrund der gesetzlichen Regelungen des § 7 Absatz 4 ab. Voraussetzung für die Veröffentlichung der Angebote in den Informationsportalen ist die Anerkennung durch die zuständigen Landesbehörden. Ein Antrag ist hierfür nicht erforderlich.

Ergänzend sollen nun umfangreiche weitere Angebote auf Antrag der Anbieter aufgenommen werden. Die Aufnahme weiterer Angebote setzt allerdings voraus, dass zum einen alle relevanten Informationen von den Anbietern zur Verfügung gestellt werden, um eine Aufnahme prüfen zu können. Zum anderen bedarf es aber einheitlicher Kriterien für die Prüfung, ob es sich um ein qualitätsgesichertes Angebot handelt. Zielführend wäre es, wenn hierfür der GKV-Spitzenverband entsprechende Prüfkriterien für qualitätsgesicherte Angebote erarbeitet und als Empfehlung erlässt. Ein Recht auf Aufnahme in das Informationsportal der Pflegekassen kann daraus nicht abgeleitet werden.

Die Verpflichtung der Pflegekassen, die Anbieter über die Möglichkeit der Aufnahme in das Informationsportal zu informieren, kann nur in allgemeiner Form (z. B. im Informationsportal der Pflegekassen) erfolgen. Eine individuelle Information der Anbieter würde voraussetzen, dass den Pflegekassen alle Anbieter bereits bekannt sind.

C Änderungsvorschlag

In § 7d Absatz 1 wird

Satz 2 Ziffer 1 wie folgt formuliert:

1. „ab dem 01.10.2024 tages- oder wochenaktuelle Informationen zu frei verfügbaren Angeboten von allen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie ambulanten Betreuungsdiensten im Sinne des § 71“,

Satz 2 Ziffer 3 wie folgt formuliert:

3. „Informationen über Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a und auf Antrag der jeweiligen Anbieter Informationen zu weiteren Angeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind,“ ...

Satz 3 wie folgt formuliert:

„Die Landesverbände der Pflegekassen informieren in geeigneter Weise über die Möglichkeit der Aufnahme weiterer Angebote.“

Folgender Satz wird in Absatz 1 ergänzt:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt Empfehlungen zur Anwendung einheitlicher Kriterien für die Prüfung des Vorliegens qualitätsgesicherter Angebote. Die Empfehlungen sind bis zum 31.03.2024 dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vorzulegen.“

Artikel 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 5 § 8 Abs. 7 und 8 SGB XI – Gemeinsame Verantwortung

A Beabsichtigte Neuregelung

Seit dem Jahr 2019 werden jährlich bis zu 100 Millionen Euro aus Mitteln des Ausgleichfonds der Pflegeversicherung bereitgestellt, um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zur Verbesserung von Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zu fördern. Darüber hinaus wird damit auch auf die Rückgewinnung von Pflege- und Betreuungspersonal abgezielt und die Attraktivität der Profession Pflege soll gestärkt werden. Diese Fördermaßnahmen sollen bis einschließlich 2030 verlängert und dafür jährlich 100 Millionen Euro aus der Pflegeversicherung bereitgestellt werden.

Ebenfalls werden seit 2019 aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung die Anschaffung von digitaler und technischer Ausrüstung von Pflegeeinrichtungen mit einem einmaligen Zuschuss gefördert. Dadurch soll die Digitalisierung in der Pflege und damit gleichzeitig die Entlastung des Pflegepersonals vorangebracht werden. Die Förderung ist bis einschließlich 2023 befristet. Da die Förderung bisher wenig in Anspruch genommen wurde, soll die Beantragung des einmaligen Zuschusses nun auf Dauer möglich sein. Zudem sieht der Referentenentwurf 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 Teilhabe dienen. Deshalb hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die vorliegenden Richtlinien zur Regelung der Fördermittelvergabe bis zum 31.03.2023 anzupassen.

B Stellungnahme

Die Möglichkeit von Pflegeeinrichtungen, künftig unbefristet einen einmaligen Zuschuss zur Förderung der Anschaffung digitaler oder technischer Ausrüstung zu gewähren, ist zu begrüßen. Die Erweiterung des Spektrums der Förderfähigkeit ist sachgerecht, insbesondere auch die Förderung von Anschaffungen der Einrichtungen zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur. Dies verbessert perspektivisch die pflegerische Versorgung und entlastet das Pflegepersonal. Die Entfristung der Förderfähigkeit ist unkritisch, da es sich hierbei um einen einmaligen Zuschuss bis zu 12.000 Euro handelt.

Die professionelle Pflege findet rund um die Uhr statt und stellt somit besonders hohe Anforderungen an die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf. Deshalb ist die Förderung von Maßnahmen zur Stärkung der Attraktivität der Profession Pflege zu unterstützen. Jedoch ist es nicht nachzuvollziehen, warum deren Finanzierung aus Mitteln des Ausgleichfonds der Pflegeversicherung zu erfolgen hat. Eigentlich sind Fördermaßnahmen mit der Zielsetzung zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege sowie der Rückgewinnung von Pflege- und Betreuungspersonal nicht dem Leistungsspektrum der Pflegeversicherung zuzuordnen. Es handelt sich hierbei vielmehr um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die zur Stabilisierung

der Finanzsituation der Pflegeversicherung aus Steuermitteln zu refinanzieren ist. Daher ist ergänzend die Verpflichtung des Bundes gesetzlich zu normieren, die Aufwendungen für die Verlängerung der Fördermaßnahmen nach Absatz 7 gegen zu finanzieren. Die Höhe der tatsächlichen Förderung steht erst jeweils zum Jahresende fest, so dass das Bundesamt für Soziale Sicherung verpflichtet wird, dem Bundesministerium für Gesundheit die Erstattungshöhe mitzuteilen.

C Änderungsvorschlag

In § 61a wird ein neuer Absatz 4 eingefügt.

„(4) Der Bund leistet zur Übernahme der Aufwendungen nach § 8 Absatz 7 für den Zeitraum 01.01.2024 bis 31.12.2030 jährlich bis 100 Mio. Euro an den Ausgleichsfonds. Das Bundesamt für Soziale Sicherung meldet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich die Höhe der verausgabten Mittel.“

Artikel 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 10 § 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 nachgeholt 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 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 12 § 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 Gutachten 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.

Zur Verzögerungsgebühr:

Die Höhe der von den Pflegekassen zu zahlenden Verzögerungsgebühr wird von 70 Euro auf 80 Euro angehoben.

Zu den erweiterten Aufgaben:

Im Zusammenhang mit den Empfehlungen der Medizinischen Dienste werden die Pflegekassen verpflichtet, den Antragssteller über die Bedeutung hinsichtlich der Heilmittelempfehlungen 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 Arbeitstage bis zur Entscheidung,

- Anzahl der Fristüberschreitungen und Anzahl der Zahlungen der Verzögerungsgebühr,
- Anzahl der Heilmittelempfehlungen und davon Weiterleitung an den Arzt bzw. Ärztin,
- Anzahl der Widersprüche inkl. Widerspruchsgründe,
- Anzahl der zurückgewiesenen und stattgegeben inkl. Entscheidungsgründe und Angabe der Dauer der Widerspruchsverfahren sowie
- Anzahl der Befristungen nach Bundesländern.

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. Mit der Neuregelung werden die Rechte der Versicherten gestärkt, indem eine zügige Entscheidung über die Anträge auf Leistungen der Pflegesicherung zu erfolgen hat. Einige Tatbestände führen lediglich zu einer Hemmung der Frist. Diese Regelungen sind grundsätzlich nachvollziehbar.

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 Erhöhung der Verzögerungsgebühr in § 18c Absatz 5 auf 80 Euro ist nicht sachgerecht. Die Erhöhung trägt nicht dazu bei, dass die Verfahren beschleunigt und Anträge damit frühzeitiger entschieden werden. Es ist auch kein Sachzusammenhang mit dem Verweis auf die Aufstockung der Leistungsbeträge begründbar. Die Verzögerungsgebühr ist nicht einem Leistungsbetrag gleichzusetzen und ist nicht dem

leistungsrechtlichen vierten Kapitel zugeordnet, dessen dort abgebildete Leistungen den Dynamisierungsregelungen unterliegen. Die Verzögerungsgebühr wird ausgelöst und von der Pflegekasse bezahlt, auch wenn die Verzögerung in der Verantwortung des Medizinischen Dienstes liegt. Die Pflegekassen haben weder auf den Stellenplan noch auf die Haushaltsaufstellung des Medizinischen Dienstes Einfluss, so dass die Verzögerungsgebühr nicht sachgerecht ist und 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. Zumindest die Erhöhung der Verzögerungsgebühr ist 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 und können daher nicht bereits für das Geschäftsjahr 2023 rückwirkend erhoben werden. Eine den Anforderungen entsprechende Datenübermittlung an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann daher frühestens für das Geschäftsjahr 2024 erfolgen.

Ergänzender Änderungsbedarf:

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 Gutachter/innen, 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 Gutachter/innen, 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 Begutach-

tungsformen 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. Mit Blick auf die Begutachtungsentwicklung und vor dem Hintergrund, dass es zunehmend herausfordernd ist, Gutachter/innen zu finden, sind die personellen Ressourcen einzusetzen. Alternative Begutachtungsformen können hierfür einen maßgeblichen Beitrag leisten und bieten eine erhöhte Chance, dem Antragsteller fristgerecht einen Bescheid mitzuteilen.

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

C Änderungsvorschlag

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 Paragrafen 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 5 Satz 1 (neu) wird die Zahl „80“ durch die Zahl „70“ ersetzt.

In § 18d Absatz 3 Satz 1 (neu) werden die Wörter „ab 2023“ durch die Wörter „ab 2024“ ersetzt.

Artikel 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 12 § 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 unter regelmäßiger Beteiligung der Pflegekassen durchzuführen. 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 beratungsorientiert 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 wäh-

rend der Corona-Pandemie vor. Sie bestätigen, dass auch mit anderen Begutachtungsformaten eine sachgerechte Einschätzung der Pflegebedürftigkeit sichergestellt ist.

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 Dienst 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 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 Prozent an den Kosten nach Satz 6. Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden.“

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 Nrn. 30 und 39).

Artikel 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 14 § 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 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 15 § 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 Prozent 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.

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 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 16 § 31 Vorrang der Rehabilitation vor Pflege

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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 Gutachter/innen, 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 Gutachter/innen, 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 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 17 § 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 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 18 § 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 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 21 § 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 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder festgesetzt und damit um 0,35 Beitragssatzpunkte erhöht.
Zudem soll eine Ermächtigung für die Bundesregierung zur weiteren Erhöhung des Beitragssatzes per Verordnung etabliert werden, wenn das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagesoll in der SPV unterschritten zu werden droht.
- c. In Absatz 3 wird die Erhöhung des Kinderlosenzuschlags von bislang 0,35 vom Hundert auf künftig 0,6 vom Hundert 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 zum fünften Kind jeweils eine Absenkung des Beitragssatzes um 0,15 vom Hundert je Kind. Die Regelung erwähnt den stufenweisen Abschlag ausdrücklich auch für unter 23-jährige Mitglieder, das heißt, von Beginn der Elterneigenschaft an. Ferner haben auch Mitglieder Anspruch auf Berücksichtigung der stufenweisen Abschläge die vor dem 01.01.1940 geboren wurden.

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.

Eine zeitliche Begrenzung der Abschläge ist nicht vorgesehen, sie gelten daher lebenslang.

Zudem werden Abschläge für die Personenkreise der Wehr-/Zivildienstleistenden sowie für Beziehende des Bürgergeldes ausgeschlossen.

- 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 gleichgelagerte 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 und nun ausschließlich die Beitragszahlenden belastet werden. Die angekündigte Beitragssatzerhöhung insbesondere die Erhöhung des Zuschlags für Kinderlose ist keineswegs „moderat“. Denn zeitgleich federt die Bundesregierung zweistellige Inflationsraten mit milliardenschweren Entlastungspaketen ab.

Zu kritisieren ist auch, dass die Ausfinanzierung der gesetzlich festgelegten Höhe an Betriebsmitteln und Rücklagen (siehe zu Nr. 25 und 43 dieses Gesetzesentwurfes) fehlt. Der Finanzausgleich in der Pflegeversicherung operiert bereits jetzt mit einer Ausgabendeckungsquote von 0,7. 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.

Formal: Der Verweis auf § 67 Absatz 2 SGB XI ist fehlerhaft.

Das Betriebsmittelsoll ist in § 63 Abs. 2 SGB XI beschrieben, das Rücklagensoll in § 64 Abs. 2 SGB XI.

Im Begründungsteil zu dieser Regelung (zu Nummer 21 zu Buchstabe b) wird fälschlich auch die durch das BAS festgelegte Ausgabendeckungsquote als Bestandteil des Betriebsmittelsolls benannt. Die Ausgabendeckungsquote ist ein Instrument aus der Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) über die Durchführung des Finanzausgleichs nach § 66 Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB XI. Mit der Ausgabendeckungsquote kann das BAS bei fehlenden Betriebsmitteln im Ausgleichsfonds indirekt auf die Rücklagen bei den Pflegekassen zugreifen, indem den Pflegekassen Betriebsmittel entzogen werden und diese durch Mittel aus der Rücklage von der Pflegekasse aufgefüllt werden müssen. Nach § 64 Abs. 2 SGB XI ist dieses Verfahren nur innerhalb eines Haushaltsjahres möglich und wird durch die fortdauernde Unterfinanzierung der Sozialen Pflegeversicherung und damit verbundener Mittelknappheit im Ausgleichsfonds bereits zum Erhalt der Zahlungsfähigkeit der SPV eingesetzt. Laut Gesetz wäre das Betriebsmittelsoll von 1,0

Monatsausgabe und das Rücklagensoll von 0,5 Monatsausgaben mit jedem Haushaltsjahr vollständig neu zu erfüllen.

Eine Verordnungsermächtigung, dass die Bundesregierung den Beitragssatz der Pflegeversicherung bei Liquiditätsengpässen anheben kann, ist ein Indiz dafür, dass mit denen im Entwurf avisierten Finanzierungsmaßnahmen eine auskömmliche Finanzierungsbasis für diese Legislatur nicht erwartet wird.

Verstärkt wird dieser Eindruck durch die rein finanzielle Verlagerung von Einzahlungen in den Pflegevorsorgefonds nach § 135 SGB XI und der Rückzahlung des Darlehens aus dem Haushaltsgesetz 2022 in Folgejahre. Diese verschobenen Ausgaben belasten dann die Folgejahre. Mit Blick auf Art. 80 Abs. 2 GG bedarf die Rechtsverordnung der Zustimmung des Bundesrates und sollte analog der Rentenversicherung auch in der Sozialen Pflegeversicherung derart erfolgen. Die Umgehung einer parlamentarischen Beteiligung wird kritisch gesehen.

zu c.

Entgegen der unter gesamtgesellschaftlichen Gesichtspunkten zu favorisierenden Umsetzung des BVerfG-Urteils zur Berücksichtigung von Erziehungszeiten im Steuerrecht erfolgt die Umsetzung im Beitragsrecht der Pflegeversicherung. Dabei sollen der bekannte Beitragszuschlag für Kinderlose um 0,25 Prozentpunkte angehoben werden und Versicherte mit 2 bis 5 Kindern je Kind um 0,15 Prozentpunkte entlastet werden. Ab dem 6. Kind verbleibt es bei der Entlastung von insgesamt 0,6 Prozentpunkten. Die Zu- bzw. Abschläge werden ausgehend von einem festen Beitragssatz (3,4 Prozent) erhoben und gelten lebenslang ab Beginn der Elterneigenschaft. Die Umsetzung erfolgt über die beitragsabführenden Stellen, die damit in erheblichem Maße belastet werden.

So werden z. B. die Pflegekassen verpflichtet, alle Mitglieder über die Neuerungen dieses Gesetzes umfassend zu informieren und auch auf die Nachweispflicht hinsichtlich der Kinderanzahl hinzuweisen. Die Rückläufer der Nachweise werden bei den beitragsabführenden Stellen dokumentiert, so dass seitens der Pflegekassen keine Informationen zu den Nachweisen vorliegen werden und in der Folge auch kein Erinnerungsverfahren zur Fristwahrung initiiert werden kann.

Ferner werden aufgrund der Informationsschreiben 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. Angesichts der mit diesem Gesetz geplanten Absenkung der Verwaltungskostenerstattung ist dies nicht hinnehmbar.

Sinnvoller wäre daher, die Anforderung der Nachweise ausschließlich und direkt über die beitragsabführenden Stellen.

Die Regelungen zu den Beitragszuschlägen für kinderlose Mitglieder und den Beitragsabschlägen für Mitglieder mit 2 und mehr Kindern sollen zum 01.07.2023 in

Kraft treten. Damit ist das Zeitfenster für die technische Umsetzung und die Einholung der Nachweise zur Kinderanzahl bei allen Beteiligten viel zu kurz bemessen. Für die technische Umsetzung derart großer Vorhaben, wie eine nach der Kinderanzahl gestaffelte Berechnung vom Beiträgen inklusive der Frist zur rückwirkenden fristgerechten Nachweiserbringung und die koordinierte Information und Abfrage von Informationen (hier Information aller Mitglieder und Nachweise über die Anzahl zu berücksichtigender Kinder lediglich für bestimmte Personengruppen), ist in der Regel eine Vorlaufzeit von 9 Monaten notwendig, um eine akzeptable Qualität zu gewährleisten. Daher fordern wir einen gemeinsamen Einsatz-/Starttermin für das gesamte Verfahren und alle beitragsabführenden Stellen. Dieser Termin sollte auf den 01.01.2024 mit Rückwirkung zum 01.07.2023 festgelegt werden. Damit bleibt allen am Verfahren Beteiligten ausreichend Zeit, die vorbereitenden Arbeiten, wie z. B. die Einholung der Nachweise abzuschließen und die erforderlichen Softwareanpassungen vorzunehmen. Zudem eignet sich der 01.01.2024 auch wegen der bis zum 31.12.2023 laufenden Übergangszeit zur fristgerechten Nachweiserbringung.

Die Größenordnung der Erhöhung des Kinderlosenzuschlags sowie der Abschläge für Mitglieder mit mehreren Kindern ist eine politische Entscheidung und kann aus fachlicher Sicht nicht bewertet werden. Gleichwohl sind die vorgesehenen Regelungen in Absatz 3 zwar grundsätzlich dazu geeignet, die Ziele des BVerfG zur Berücksichtigung von Erziehungszeiten und der Beitragssatzdifferenzierung zwischen kinderlosen Mitgliedern und Eltern in Abhängigkeit von der Anzahl der zu berücksichtigenden Kinder Rechnung zu tragen. Es wäre jedoch zielführender, einen praktikableren 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.

Entsprechend der Gesetzesbegründung erfolgt die Staffelung der Beitragshöhe mit Bezug zur Kinderzahl für die Soziale Pflegeversicherung „finanzneutral“. Da den Beteiligten die genaue Anzahl der zu berücksichtigenden Kinder derzeit nicht bekannt ist und damit die finanzielle Wirkung der beschriebenen Maßnahmen nicht ermittelt werden kann, ist diese Aussage fraglich. Seitens der AOK-Gemeinschaft wird daher weiterhin eine Umsetzung im Steuerecht präferiert.

In Anbetracht des Gesamtpaketes – Beitragssatzerhöhung und Beitragszu-/abschläge, erfolgt außerdem eine reale Entlastung von Familien mit Kindern gegenüber dem Status Quo erst ab dem 4. Kind, da die Erhöhung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung mit 0,35% zu Buche schlägt, im Gegenzug die Beitragsabschläge ab dem 2. Kind mit 0,15% berechnet werden. So ergibt sich ab dem 3. Kind ein Abschlag von lediglich 0,3% und damit erst ab dem 4. Kind eine reale Entlastung (0,1%).

Aufgrund der Tatsache, dass das Honorieren von Erziehungsleistungen eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist und bei einer Umsetzung im Steuerrecht eine tat-

sächliche Entlastung aller Familien mit Kindern gezielter, gerechter und wirtschaftlicher (aufwandsärmer) erfolgen kann, weil unter anderem in der Mehrzahl der Fälle die Kinderanzahl der Steuerpflichtigen im Finanzamt bereits bekannt ist, fordert die AOK-Gemeinschaft eine Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsbeschlusses im Steuerecht.

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

Die Umsetzung des PUEG ist daher 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 und zur Datenpflege sowie zur Beitragsberechnung und Bescheiderteilung.

C Änderungsvorschlag

in Artikel 1 Nr. 21 wird unter b) zu § 55 Absatz 1 Satz 1 wie folgt gefasst:

„Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich 3,4 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.“

Alternativ wird in Artikel 1 Nr. 21 unter b) zu § 55 Absatz 1 SGB XI in Satz 2 das Wort „ohne“ gegen das Wort „mit“ auszutauschen.

Zudem müsste in dem geplanten Satz 2 der jeweils korrekte Verweis auf das Betriebsmittel- und Rücklagesoll erfolgen: „Die Bundesregierung wird ermächtigt, den Beitragssatz nach Satz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates anzupassen, wenn der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung absehbar das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagesoll der Pflegeversicherung nach § 63 Absatz 2 und § 64 Absatz 2 zu unterschreiten droht.“.

Artikel 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 22 § 58 Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtig Beschäftigten

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Abschläge für Personen mit mehreren Kindern werden ausschließlich im Beitragsanteil des Versicherten in Abzug gebracht. Der Arbeitgeberanteil bleibt durch die Abschläge unverändert.

B Stellungnahme

Infolge der Maßgabe des Bundesverfassungsgerichtes, Erziehungsleistungen von Eltern in der Pflegeversicherung anzuerkennen/zu berücksichtigen, folgt die Entlastung von Eltern folgerichtig ausschließlich im Beitragsanteil der Arbeitnehmer und damit dem Grundgedanken der Beitragstragung.

Allerdings sehen wir an dieser Stelle den Bedarf einer Klarstellung/Ausweitung auf die Personengruppen, für die nicht eindeutig geregelt ist, ob sie trotz vorliegender Elterneigenschaft von mehr als einem Kind von den neuen Regelungen erfasst sind. Unserer Ansicht nach bedarf es daher einer über alle Personengruppen hinweg geltenden allgemeinen Regelung, nach der die Berücksichtigung des Beitragsabschlags bei Mitgliedern mit mehr als einem Kind nicht zum Tragen kommt, wenn der Beitrag des Mitgliedes von Dritten getragen wird / das Mitglied nicht an der Beitragstragung beteiligt ist.

Aufgrund der neuen Regelung sind außerdem eine Anpassung der Beitragsberechnung im Rahmen des Übergangsbereichs in der Beitragsverfahrensverordnung (BVV) inklusive der Anforderungen an die Führung der Entgeltunterlagen anzupassen.

C Änderungsvorschlag

Die Regelung in Artikel 2 Nummer 22 sollte gestrichen werden.

Eine generelle Klarstellung/Regelung, die sowohl für versicherungspflichtig Beschäftigte als auch für andere Personengruppen gilt, ist wie folgt in § 59a SGB XI (neu) einzufügen:

„Der Abschlag nach § 55 Absatz 3 Satz 3 Nummer 1 bis 4 reduziert die vom Mitglied zu tragenden Beiträge. Soweit die Beiträge von Dritten getragen werden, erfolgt keine Berücksichtigung des Abschlages nach § 55 Absatz 3 Satz 3 Nummer 1 bis 4.“

Damit kann die unter Artikel 2 Nummer 21 Buchstabe c, Doppelbuchstabe ee vorgesehene Ergänzung entfallen

Anpassung der Beitragsverfahrensverordnung (BVV):

In § 2 Absatz 2 Satz 3 sind nach dem Wort „Pflegeversicherung“ die Wörter „nach § 55 Absatz 1 Satz 1 SGB XI“ einzufügen.

Damit wird klargestellt, dass bei der Berechnung der Beitragsanteile der Arbeitnehmer mit Arbeitsentgelten im Übergangsbereich der Beitragsabschlag nach § 55 Absatz 3 SGB XI ausschließlich in dem Beitragsanteil in Abzug gebracht werden darf, der den jeweiligen Abschlag nicht berücksichtigt. Andernfalls erhöht sich der Beitragsanteil der Arbeitgeber.

In § 2 Absatz 2 ist folgender Satz anzufügen:

Die den Beitragsanteil des Beschäftigten reduzierende Abschläge sind durch Berücksichtigung des entsprechenden Beitragsabschlags auf die beitragspflichtigen Einnahmen nach § 20 Absatz 2a Satz 6 des SGB IV zu berechnen und auf zwei Dezimalstellen zu runden.

Damit wird eindeutig klargestellt, dass ausschließlich der Beitragsanteil des Beschäftigten reduziert werden darf.

In § 8 Absatz 2 Nummer 11 ist die Nachweisführung der Elterneigenschaft (Anzahl der zu berücksichtigenden Kinder) wie folgt zu ergänzen:

„den Nachweis der Elterneigenschaft sowie den Nachweis über die Anzahl der zu berücksichtigenden Kinder nach § 55 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch,“

Mit dieser Anpassung werden die der Vorschriften zur Führung der Entgeltunterlagen vervollständigt.

Artikel 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 23 § 60 Beitragszahlung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Beitragszuschläge werden für Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld sowie Übergangsgeld bislang pauschal mit 20 Mio. Euro abgegolten und direkt an den Ausgleichsfonds überwiesen. Dieser Betrag wird auf 50 Mio. Euro erhöht.

B Stellungnahme

Die Kompensation der Erhöhung der Beitragszuschläge durch eine Erhöhung der Zahlungen der Bundesagentur für Arbeit an den Ausgleichsfonds ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 24 § 61 Beitragszuschüsse für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und Privatversicherte

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Ergänzungen in § 55 Abs. 1 Satz 1 verschieben sich die bisherigen Sätze jeweils um eine Position nach hinten. Aufgrund dessen wird auch in der Regelung des § 61 Abs. 7 über den nicht bestehenden Anspruch auf Beitragszuschuss für PKV-Versicherte gegenüber ihrem Dienstherrn die in Bezug genommene Regelung des § 55 Abs. 1 Satz 1 in § 55 Abs. 1 Satz 3 umbenannt.

B Stellungnahme

Es handelt sich hierbei um eine redaktionelle Folgeänderung ohne weitere Auswirkungen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 25. § 61a - Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Das entsprechend dem Haushaltsgesetz 2022 der sozialen Pflegeversicherung vom Bund gewährte Darlehen von 1 Milliarde Euro ist bis zum 31. Dezember 2028 zurückzuzahlen.

B Stellungnahme

Die Maßnahme dient der kurzfristigen Stabilisierung der Zahlungsfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 2023. 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. 25 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 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 26 und 27 § 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 Paragrafen 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.

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.

Der Referentenentwurf sieht eine Änderung des § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 11 SGB XI vor. Da die gültige Fassung des § 75 Abs. Satz 1 SGB XI keine Nr. 11 vorsieht, ist eher von einer Konkretisierung der vorhandenen Nr. 10 dieses Paragrafen auszugehen. Die Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes hinsichtlich der Pflegevergütungs-Richtlinien ist nicht im Absatz 3, sondern im § 82c Abs. 4 SGB XI verankert. Daher empfiehlt es sich, diesen rechtstechnischen Fehler zu korrigieren.

Eine gesetzliche Klarstellung hinsichtlich der Refinanzierung von Aufwendungen bezüglich der Personalbeschaffung (im In- oder Ausland) ist dem Grunde nach zu begrüßen. Die vorgesehene Neuregelung, geeignete Nachweise zur Darlegung von Personal- und Sachkosten in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI festzulegen, schafft aber keine Klarheit. Vielmehr wird die Entscheidungsfindung auf die Landesebene verlagert. 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.

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.“

Artikel 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 28 § 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 2 - Änderungen des. 11. Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 30 § 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 den §§ 18e und 123, 124 (alt) vorzusehen (vgl. Artikel 2 Nrn. 12 und 39).

C Änderungsvorschlag

„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.

Artikel 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 31 § 112 SGB XI Qualitätsverantwortung

Nr. 33 § 113a SGB XI 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 Pflegestärkungsgesetzes 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 Expertenstandards 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 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 32 § 113 SGB XI 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 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 34 § 113b SGB XI 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 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 35 § 113c SGB XI 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. Aufgrund dieses Qualifikationsmixes haben die vollstationären Pflegeeinrichtungen mehr Pflegeassistenzpersonal vorzuhalten, welches aber auf dem Arbeitsmarkt 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 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 Pflegeberufegesetz 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 Assistentenausbildung zum nächstmöglichen Zeitpunkt, spätestens jedoch am 30. Juni 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 vereinbarenden personellen Ausstattungen werden künftig vom Gesetzgeber entsprechende Zielwerte alle zwei Jahre, erstmals zum 31.12.2023, festgelegt. Dafür wird eine neue Berichtspflicht eingeführt, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im zweijährigen Intervall bundeslandbezogen durchzuführen hat. Dabei 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 Pflegeeinrichtungen 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 Pflegeberufegesetz 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 Pflegeassistent zugeordnet zu werden, kann als kurzfristig flankierende Maßnahmen positive Effekte erwirken. Jedoch dürfen nicht nur ausschließlich praktisch erworbene Kenntnisse ausreichen, sondern auch theoretisch notwendige Grundlagen sind bei der Qualifikation des Personals zu berücksichtigen. Deshalb ist der Zeitpunkt bis zum finalen Beginn der berufsbegleitenden Ausbildung zur Pflegeassistent deutlich zu verkürzen. Hier ist analog des Übergangszeitraums im Verfahren nach § 85 Abs. 9 SGB XI vorzugehen und dieser auf zwei Jahre zu begrenzen.

Die zweijährige Überprüfung einer Anpassung der gesetzlich festgelegten Personalanhaltswerte und der Grundlagen für die mindestens zu vereinbarenden Personalausstattung durch das Bundesministerium für Gesundheit ist sachgerecht. Ein regelmäßiges Prüfintervall erscheint zielführender als auf Ergebnisse des Modellvorhabens nach § 8 Abs. 3b SGB XI zu warten. Für die dafür erforderliche Berichtspflicht ist festzustellen, ob vollstationäre Pflegeeinrichtungen eine Pflegesatzvereinbarung mit den Personalanhaltszahlen 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 einrichtungsbezogene Analyse der erforderlichen Daten, die auch stichprobenartig in den Bundesländern durchgeführt werden könnte. Das gelingt bspw. mit der Expertise eines wissenschaftlichen Instituts, das die Einhaltung der Zielwerte erhebt und deren Auswirkungen auf die Versorgung eindeutig identifizieren kann. Das Bundesministerium für Gesundheit kann diesen Auftrag extern vergeben. Erst dadurch besteht eine realistische Perspektive, auch tatsächlich die angestrebten Erkenntnisse für die Festlegung der Zielwerte einer bundeseinheitlichen Mindestpersonalausstattung zu gewinnen.

C Änderungsvorschlag

Im § 113c Absatz 3 Satz 4 ist das Datum „30. Juni 2028“ durch das Datum „30. Juni 2025“ zu ersetzen.

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 1. 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 Personalanhaltszahlen 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 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 36 § 114 Abs. 2a SGB XI 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 Spaltenverband Bund der Pflegekassen an den Medizinischen Dienst Bund über. Dieser beschließt im Benehmen mit dem Spaltenverband 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.

Der aktuelle Gesetzesvorschlag bezieht sich jedoch noch auf die alte Bezeichnung des Medizinischen Dienstes Bund vor dem MDK-Reformgesetz: „Medizinischer Dienst des Spaltenverbandes Bund der Krankenkassen“. Dies ist zu korrigieren.

C Änderungsvorschlag

In § 114 Absatz 2a Satz 3 werden nach dem Wort „Pandemie“ die Wörter „vom Medizinischen Dienst Bund im Benehmen mit dem Spaltenverband Bund der Pflegekassen und dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit“ eingefügt.

Artikel 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 37 § 114c SGB XI 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 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 39 §§ 123 und 124 - 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

A Beabsichtigte Neuregelung

Für die Durchführung von regionalspezifischen Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds 50 Millionen Euro je Kalenderjahr bereitgestellt. Zielrichtung der Modellvorhaben ist die Erleichterung der Situation der Pflegebedürftigen und der Pflegepersonen vor Ort, sowie die Schaffung von Transparenz und die Verbesserung des Zugangs zu vorhandenen Hilfsangeboten. In den Modellvorhaben kann von Regelungen des SGB XI im Zusammenhang mit den Leistungen der Pflegeversicherung, den Beziehungen zwischen Pflegekassen und Leistungserbringern, sowie zur Pflegevergütung abgewichen werden. Es ist eine hälftige Finanzierung zwischen Länder und Kommunen einerseits und der Pflegeversicherung andererseits vorgesehen, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 100 Millionen Euro pro Jahr erreicht wird. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die Pflege-Pflichtversicherung durchführen, sind mit 10 Prozent zu beteiligen. Das Förderprogramm ist auf vier Jahre (von 2024 bis 2028) begrenzt. Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Der GKV-Spitzenverband soll gemeinsam mit dem PKV-Verband und nach Anhörung der Betroffenenverbände auf Bundesebene Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Vergabeverfahren der Fördermittel beschließen. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des BMG unter Beteiligung der Länder. Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung die Umsetzung konkretisieren. In den Empfehlungen sollen auch Regelungen zur Einbringung von Personal- oder Sachmitteln durch die Kommunen getroffen werden. Eine Prüfung zum Einsatz von Mitteln und Möglichkeiten der Arbeitsförderung in den Modellvorhaben ist ebenfalls vorgesehen. Die Finanzmittel werden auf die Länder nach dem Königsteiner Schlüssel verteilt; ungenutzte Mittel aus der privaten Pflege-Pflichtversicherung können auf das nächste Kalenderjahr übertragen werden. Der GKV-Spitzenverband und das Bundesamt für Soziale Sicherung unter Beteiligung des PKV-Verbandes regeln die Verfahren zur Auszahlung der Fördermittel und zur Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen durch Vereinbarung.

Die Modellvorhaben werden wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Es sind Zwischenberichte und Abschlussberichte zu erstellen. Wesentlicher Bestandteil der Evaluation sind Aussagen zu den Auswirkungen einer Übernahme von modellhaft erprobten Ansätzen in die Regelversorgung, wobei die Aspekte der personellen und finanziellen Ressourcen und ihre Gewinnung, welche Vor- oder Nachteile gegenüber

der geltenden Rechtslage sich ergeben und welche Rechtsgrundlagen für eine Übernahme notwendig wären besonders beleuchtet werden. Die Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation tragen zu gleichen Teilen die am jeweiligen Modellvorhaben beteiligten Länder oder Kommunen sowie der GKV-Spitzenverband.

B Stellungnahme

Der Ansatz eines gemeinsamen Budgets von Ländern, Kommunen und der Pflegeversicherung, um regionalspezifische Modellvorhaben zur Gestaltung von Unterstützungsmaßnahmen für pflegebedürftige Menschen und Personen, die Pflege- und Unterstützungsverantwortung übernehmen, vor Ort und im Quartier umzusetzen, wird begrüßt.

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. Ob ein Leben unter Bedingungen von Pflegebedürftigkeit, insbesondere in Pflegearrangements, gelingt, hängt im Wesentlichen von den Gegebenheiten vor Ort ab. Darum kommt der regionalen und kommunalen Ebene eine zentrale Bedeutung zu. Die Kommunen als unmittelbar lokale Gemeinschaften, die als Ausdruck des Bürgerwillens entsprechende Gestaltungskraft entfalten können, sind als wesentliche Akteure zu sehen. Die Stärkung der gestalterischen Rolle der Kommunen in der Pflege, die nicht nur von den Kommunen selbst, sondern auch von den Vertretern der Seniorenorganisationen, den Vertretern der Profession Pflege und der Wissenschaft als auch 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. Eine solche Stärkung der kommunalen Rolle greift der Gesetzgeber mit dem Förderbudget für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier zwar auf, allerdings misslingt die inhaltliche Ausgestaltung.

Neben anderen Maßnahmen, die auf die Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege zurückgehen, wurde durch das Pflegestärkungsgesetz III über die Ermöglichung von Modellvorhaben zur kommunalen Beratung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen angestrebt, die kommunale Rolle in der Pflege zu stärken und auszubauen. Letztendlich wurde kein Modellprojekt umgesetzt, da die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes über die konkreten Voraussetzungen, Ziele, Inhalt und Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung nach § 123 Abs. 4 SGB XI nicht die notwendige Gestaltungsmöglichkeit eröffnet hat und damit das länderspezifische und regionale Ansinnen verhindert wurde. Somit kann konstatiert werden, dass dieser Ansatz, für Modellkommunen umfassende Regelungen bereits auf Bundesebene festzulegen, gescheitert ist. Aufgrund dieses Scheiterns sollte nicht nach demselben Vorbild der §§ 123 und 124 das Förderbudget gesetzlich gestaltet werden.

Eine Umsetzung von innovativen Projekten muss auf den jeweiligen regionalen und lokalen Gegebenheiten aufbauen, um die lokale Energie und Gestaltungskraft auch entfalten zu können. Die Regelsetzung zu den Bedingungen und Voraussetzungen für die Teilnahme an regionalspezifischen Modellprojekten sollte daher vielmehr auf Länderebene erfolgen und nur ganz grundlegende Rahmenbedingungen auf gesetzlicher Ebene geregelt werden, ohne dass Empfehlungen auf Bundesebene lokale Innovation zu stark einschränken. So ist beispielsweise im Absatz 7 vorgesehen, dass in den Empfehlungen festzulegen ist, welchen Anforderungen die Einbringung von Zuschüssen der kommunalen Gebietskörperschaften als Personal- oder Sachmittel genügen muss. Aufgrund der föderalen Ausgestaltung der kommunalen Ebene sind solche Regelungen besser auf Landesebene zu treffen, um zu vermeiden, dass wegen unterschiedlicher kommunaler Strukturvoraussetzungen eine Teilnahme am Modellprogramm von vorneherein mit hohen Hürden behaftet ist. Auch eine Regelung, ob Modellvorhaben befristet sein sollen, sollte auf Landesebene getroffen werden können. Die Förderung innovativer Ansätze sollte umfassender möglich sein als nur über ein vierjähriges Modellprogramm, beispielsweise in der Form eines „Innovationsbudgets Pflege“ oder „Strukturentwicklungsbudgets Pflege“. Dies erfordert auch eine andere Finanzierung als einen auf vier Jahre beschränkten Zugriff auf Mittel des Ausgleichsfonds, beispielsweise eine Regelung analog des Präventionsbudgets der Gesetzlichen Krankenversicherung, für das ein festgesetzter Betrag je versicherter Person eingesetzt wird.

Basis für die nachhaltige Entwicklung von Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier ist eine Stärkung der Zusammenarbeit aller Akteure in der Pflege. Diese Zusammenarbeit zwischen Ländern, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen ist bereits als Grundsatz in § 8 Absatz 2 SGB XI als gemeinsame Verantwortung für die pflegerische Versorgung angelegt. Ein solches „Innovationsbudget Pflege“ fügt sich daher folgerichtig in den Rahmen des § 8 SGB XI ein. Anders als in den bisher nicht erfolgreichen Ansätzen von auf Bundesebene einheitlich geregelten Modellprojekten muss es darum gehen, innovative Projekte lokal entwickeln zu können und diese übergreifend und im Vergleich zu bewerten, um darauf aufbauend erfolgreiche Ansätze in die Regelversorgung zu übernehmen.

Für die notwendige wissenschaftliche Begleitung und Evaluation gilt, dass diese unterstützend und fördernd wirken soll und somit ebenfalls ein Spielraum auf der Landesebene angemessen ist. Auf Bundesebene kann dem erfolgreichen Beispiel der Beiräte zur Entwicklung und Umsetzung des erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs gefolgt werden und ein Gremium eingesetzt werden, das die Interessen und Expertise vertikal bündelt und kanalisiert. Neben den Bundesministerien für Gesundheit sowie für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ist es auch sinnvoll, das Bundesministerium des Innern und für Heimat aufgrund seines Engagements für den ländli-

chen Raum mit einzubeziehen, gemeinsam mit den Ländern, den Kommunalen Spitzenverbänden, dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, relevanten Verbänden und Vertretern der Pflegewissenschaft.

C Änderungsvorschlag

Streichung der §§ 123 und 124 SGB XI

Nach § 8 Abs. 2 SGB XI werden folgende 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 Prozent. 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.“

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 Nrn. 12 und 30).

Artikel 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 40 § 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.

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 weiter 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 „Zukunftscentren“ 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 2 - Änderungen des. 11. Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 43. § 135 - Zuführung der Mittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Einzahlung von 0,1 Prozent 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 entlastet das BMG lediglich das Jahr 2023.

Das Verschieben dieser Einzahlung ist zugleich ein Bestandteil, die Maßnahmen aus diesem Gesetz gegenzufinanzieren und den Beitragssatz nicht weiter anheben zu müssen. Die Einzahlung entspricht ca. 0,1 Beitragssatzpunkten und das Aussetzen der Einzahlung zeigt, wie knapp das BMG letztlich trotz Beitragssatzerhöhung kalkuliert.

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 für 2024. Hier kann nur vermutet werden, dass die Bilanz aus Beitragserhöhungen und Leistungszusagen in diesem Gesetzesvorhaben nicht ausreichend durchfinanziert ist, wenn derartige Verschiebungen notwendig sind. Finanzielle Stabilität wird so nicht erreicht, sondern nur vorübergehend die Zahlungsfähigkeit gesichert. Es ist zu befürchten, dass nach der Beitragssatzerhöhung vor der nächsten Erhöhung ist.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 3 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 6 § 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungsbeträge der Geldleistung werden für die Pflegegrade um jeweils 5 Prozent 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

Die Weiterzahlung des anteiligen Pflegegeldes bei Inanspruchnahme von Verhinderungspflege oder Kurzzeitpflege wird aufgrund der Neuregelung im §§ 39, 42 und 42a (neu) auf jeweils 8 Wochen geändert.

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 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.

Die Anpassung zur Weiterzahlung des anteiligen Pflegegeldes ist vor dem Hintergrund der Änderungen zur Inanspruchnahme der Kurzzeit- und Verhinderungspflege sachgerecht. Es handelt sich insofern um eine redaktionelle Folgeanpassung

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 3 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 8 § 39 Verhinderungspflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Die gesetzliche Regelung zur Verhinderungspflege wird neu strukturiert und der Leistungsanspruch verändert: er wird auf bis zu 8 Wochen erweitert und seine erforderliche Vorpflegezeit von 6 Monaten entfällt. Mit der Änderung ist avisiert, dass der Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege im gemeinsamen Jahresbetrag (§ 42a neu) gesetzlich normiert wird. Mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2 entsteht sofort der Anspruch auf Verhinderungspflege. Die bisherige Unterscheidung bei der Berufsmäßigkeit und bei den Verwandtschaftsverhältnissen der Ersatzpflegeperson wird beibehalten.

B Stellungnahme

Zur Stärkung der häuslichen Pflege ist es nachvollziehbar, die Leistungsbeträge für die Verhinderungspflege zu erhöhen und auf die Vorpflegezeiten zu verzichten. Auch ist es grundsätzlich zu begrüßen, dass Leistungsansprüche zu Budgets zusammengefasst werden. 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. Diese Zielrichtung wird grundsätzlich begrüßt. Die Verhinderungspflege ist im Versorgungsziel abzugrenzen von der Kurzzeitpflege. Die vorgesehene Zusammenlegung mit den Leistungen der Kurzzeitpflege zu einem Jahresbetrag ist nicht sachgerecht. Vielmehr wäre der Leistungsanspruch der Verhinderungspflege im Versorgungsauftrag von der Kurzzeitpflege abzugrenzen und die Kurzzeitpflege weiterzuentwickeln (vgl. Artikel 3 Nr. 9).

Ergänzend 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.

C 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 Auf-

wendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung (eingestreute 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."

In Absatz 2 (neu) werden die Wörter „die Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrages nach § 42a“ durch „3.386 Euro“ ersetzt.

In Absatz 3 (neu) Sätze 1 und 4 werden jeweils die Wörter „die Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrages nach § 42a“ durch „3.386 Euro“ ersetzt.

Es wird ein neuer Absatz 4 angefügt:

„Wird die Ersatzpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung (eingestreute 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.“

Artikel 3 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 9 § 42 Kurzzeitpflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Voraussetzungen, wann ein Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht, werden um andere Situationen, die eine häusliche oder teilstationäre Pflege ausschließen, erweitert. Als Leistungsbetrag wird auf den neuen Jahresbetrag nach § 42a verwiesen.

B Stellungnahme

Die Änderungen sind nicht sachgerecht und daher abzulehnen. Statt einer Zusammenlegung mit den Leistungen der Verhinderungspflege und eines gemeinsamen Leistungsbetrages ist es vielmehr erforderlich, die Leistungen der Kurzzeitpflege neu auszurichten. Dem folgend werden die Änderungen abgelehnt.

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 hinauszögern, 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 (Pflegesachleistungen), § 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.“

Artikel 3 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 10 § 42a (neu) Gemeinsamer Jahresbetrag

A Beabsichtigte Neuregelung

Für die Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 und die Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 steht ein gemeinsamer Jahresbetrag von maximal 3.386 Euro je Kalenderjahr zur Verfügung. Anspruch haben pflegebedürftige Menschen mit mindestens einem Pflegegrad 2. Pflegeeinrichtungen, die Verhinderungspflege oder Kurzzeitpflege erbringen, werden verpflichtet, die Erbringung der Leistung gegenüber der Pflegekasse bis zum Ende des auf den Monat der Leistungserbringung folgenden Kalendermonat anzuzeigen. Die Pflegebedürftigen erhalten von den Pflegeeinrichtungen unverzüglich im Anschluss der Leistungserbringung eine schriftliche Übersicht über die angefallenen Aufwendungen und den verwendeten Jahresbetrag.

B Stellungnahme

Es ist zu begrüßen, dass Änderungen angestoßen werden, die eine Versorgung in der Häuslichkeit unterstützen und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen in der Pflegesituation stärken. Dafür reicht es nicht aus, die Kurzzeitpflege mit der Verhinderungspflege zu einem Jahresbudget zusammenzufassen. Vielmehr ist es erforderlich, die Verhinderungspflege leistungsrechtlich von der Kurzzeitpflege abzutrennen (vgl. Stellungnahme zu Artikel 3 Nr. 8) und die Kurzzeitpflege inhaltlich neu auszurichten und als eigenständigen Vollleistungsanspruch für alle pflegebedürftigen Menschen weiter zu entwickeln (vgl. Stellungnahme zu Artikel 3 Nr. 9).

C Änderungsvorschlag

Streichung

Artikel 3 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 16 § 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 3 - Änderungen des. 11. Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 18 § 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 Prozent auf 3,0 Prozent gesenkt.

B Stellungnahme

Die Absenkung ist nicht sachgerecht. In der Begründung des BMG bleibt unberücksichtigt, dass die Pflegekassen durch eine Vielzahl von zusätzlichen Prüf- und Bearbeitungsschritten belastet werden, die nicht mit steigenden Beitragseinnahmen und/oder Leistungsausgaben korrespondieren. Verwaltungsmehraufwände wurden der Pflegeversicherung bspw. während der Pandemie und aktuell aufgrund der steigenden Preise für Erdgas, Wärme und Strom übertragen. Zusätzlich werden auch mit diesem Gesetz neue Verwaltungsmehraufwände auf die Pflegekassen zukommen, die nicht in das Erstattungsverfahren der Verwaltungskosten einfließen, z. B. durch die Bearbeitung der aufgrund der Informationspflichten zum neuen § 55 zu erwartenden Nachweise zur Anzahl der Kinder, die fälschlicherweise bei den Pflegekassen einge-reicht werden statt bei der zuständigen beitragsabführenden Stelle.

Die Absenkung der Verwaltungskostenerstattung an die Krankenkassen führt zu Min-dereinahmen in der Krankenversicherung. Das heißt, sämtlicher zusätzlicher Verwal-tungsaufwand wird von den Krankenkassen querfinanziert.

C Änderungsvorschlag

Die bestehende Regelung wird beibehalten. Nr. 18 zu § 48 SGB XI wird gestrichen.

Artikel 3 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 19 § 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.

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 bestimmte Pflegehilfsmittel etc. Dies wird begrüßt.

Mit der Transparenz über die individuelle Leistungsinanspruchnahme 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 der neue Satz 3 „Auf Wunsch erhalten Versicherte eine Durchschrift der von den Leistungserbringern bei der Pflegekasse eingereichten Abrechnungsunterlagen“ gestrichen.

III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

§ 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 Sozialen Pflegeversicherung auferlegten Pandemiekosten nicht erstattet, sodass zuerst die Mittel im Ausgleichsfonds 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:

„Wenn der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung aufgrund pandemiebedingter Mehrausgaben das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagesoll der Pflegekassen zu unterschreiten droht, gewährt der Bundeshaushalt der sozialen Pflegeversicherung einen Zuschuss bis zum Erreichen des Betriebsmittel- und Rücklagesolls nach § 63 Absatz 2 und § 64 Absatz 2 (Bundeszuschuss).“

§ 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 Konzertierten 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 Prüfkonstellationen 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 1. 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 Nummer 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 Nummer 1 und die Pflegekräfte nach Satz 1 Nummer 3 sind verpflichtet, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinpro-

dukte ab dem 1. August 2022 die Angaben nach Satz 4 Nummer 2 bis 5 und den Sätzen 5 und 6 zu übermitteln sowie unverzüglich jede Veränderung dieser Angaben mitzuteilen. 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.“