

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

Als Interessengemeinschaft nach Landesrecht anerkannter Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag in Schleswig-Holstein möchten wir zu dem Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege Stellung nehmen.

Wir teilen die Zielsetzung des Referentenentwurfes, durch verbesserte Leistungen der Pflegeversicherung die häusliche Pflege zu stärken und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sowie andere Pflegepersonen zu entlasten. Wir vermissen in dem Entwurf jedoch eine Anpassung des § 45b SGB XI und möchten mit dieser Stellungnahme den dringenden Appell verknüpfen, pflegebedürftige Menschen mit Pflegegrad 1 nicht zu übersehen und den Entlastungsbetrag nach § 45b anzuheben.

Wir beziehen uns in dieser Stellungnahme auf die geplanten Änderungen der Leistungen der Pflegeversicherung, die die ambulante Versorgung der Pflegebedürftigen und die Entlastung der pflegenden Angehörigen fördern.

1. Erhöhung des Pflegegeldes und der Pflegesachleistungen (§§ 36 und 37)

Die in § 36 vorgesehene Erhöhung der Pflegesachleistungen um 5 Prozent ab dem 1. Januar 2024 ist vor dem Hintergrund der vorangegangenen Erhöhung im Jahr 2022 und der geplanten weiteren Erhöhung zum 1. Januar 2025 angemessen.

Die in § 37 vorgesehene Erhöhung des Pflegegeldes um 5 Prozent ab dem 1. Januar 2024 fällt in Anbetracht dessen, dass dies die erste Anpassung seit 2017 ist, deutlich zu gering aus. Angemessen wäre hier eine einmalige Erhöhung um 10 Prozent.

2. Dynamisierung (§ 28)

Positiv bewerten wir, dass eine weitere Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung bereits zum 1. Januar 2025 geplant ist. Die danach folgende Prüfung und Anpassung der Leistungen zu 1. Januar 2028 entspricht der bisherigen Gesetzeslage.

Unklar ist, wie danach die Pflegeleistungen im Kontext wirtschaftlicher Entwicklungen bewertet werden, da die bisherige Formulierung entfällt, nach der die Bundesregierung alle drei Jahre die Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung prüft. Nach 2028 drohen so ein Einfrieren der Pflegeversicherungsleistungen, neue zeitraubende politische Entscheidungsprozesse und wieder zunehmende finanzielle Belastungen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen.

3. Verhinderungspflege (§ 39)

Die im Entwurf vorgesehenen Änderungen unterstützen wir. Die Ausweitung der Zeit einer Verhinderung der pflegenden Angehörigen und anderer Pflegepersonen von 6 auf 8 Wochen wird für diese eine große Entlastung darstellen.

Auch das Entfallen der Antragspflicht mindert den sowieso schon hohen Organisationsaufwand im Alltag der Pflegepersonen. Gleichzeitig werden an diesem Punkt durch den geringeren Bearbeitungsaufwand die Pflegekassen entlastet.

4. Gemeinsamer Jahresbetrag (§ 42a)

Den neuen Gemeinsamen Jahresbetrag der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege nach § 42a begrüßen wir sehr. Die flexible Nutzung des Jahresbetrages für die Versorgung zu Hause oder in einer stationären Kurzzeitpflege entspricht dem in § 2 SGB XI verankerten Recht der Pflegebedürftigen auf Selbstbestimmung. Der Umstand, dass nun auch der volle Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege in der häuslichen Umgebung eingesetzt werden kann, wird zudem dem Vorrang der häuslichen Pflege gemäß § 3 SGB XI gerecht.

In der Praxis wird der Gemeinsame Jahresbetrag für die Pflegebedürftigen und ihre Familien eine deutliche Verbesserung und Vereinfachung der Organisation notwendiger Unterstützung darstellen.

5. Leistungen bei Pflegegrad 1 und Entlastungsbetrag (§§ 28a und 45b)

Von allen bisher genannten Änderungen profitieren ausschließlich pflegebedürftige Menschen ab Pflegegrad 2. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 erfahren im vorliegenden Referentenentwurf keine Berücksichtigung in Bezug auf verbesserte Pflegeleistungen oder finanzielle Entlastung.

In den § 28a betreffenden Änderungen ist keine Ausweitung der Pflegeleistungen bei Pflegegrad 1 vorgesehen.

Der Entlastungsbetrag nach § 45b bleibt im Referentenentwurf gänzlich unberücksichtigt und somit unverändert. Dies darf aus Sicht der betroffenen Pflegebedürftigen nicht sein!

Hier wird wiederholt die Chance vertan, auch Menschen mit Pflegegrad 1 zu stärken. Für sie ist der Entlastungsbetrag nach § 45b die einzige Leistung der Pflegeversicherung, mit der ihre ambulante Unterstützung in der häuslichen Umgebung gefördert wird. Er ist seit seiner Einführung vor 7 Jahren nicht angehoben worden und beträgt noch immer maximal 125,00 Euro im Monat.

Wir fordern unbedingt eine deutliche Anhebung und Dynamisierung des monatlichen Entlastungsbetrages nach § 45b SGBXI.

Der Entlastungsbetrag muss, um die bei seiner Einführung zugedachten Leistungen auch heute tragen zu können, auf mindestens 205,00 Euro im Monat angehoben werden. Um eine echte Entlastung für Menschen mit Pflegegrad 1 und ihre pflegenden Angehörigen zu schaffen, sind 250,00 Euro monatlich notwendig.

Ebenso wie bei den Pflegesachleistungen und dem Pflegegeld ist eine anschließende Dynamisierung des Betrages notwendig.

Begründung

Im Rahmen der Entlastungsleistungen werden Pflegebedürftige durch ambulante Pflegedienste und durch nach Landesrecht anerkannte Anbieter mit Alltagsbetreuung und im hauswirtschaftlichen Bereich unterstützt. Diese Leistungen stellen eine wichtige Säule der häuslichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen dar. Die Hilfe im Haushalt ist ein wesentliches Bedürfnis vieler Pflegebedürftiger. Wir Anbieter erfahren dies täglich durch die Rückmeldungen unserer Kunden. Und für viele von ihnen sind unsere Alltagsbegleiterinnen und Alltagsbegleiter einer der wenigen Kontakte zur Außenwelt.

Die Stundensätze für Entlastungsleistungen sind in den letzten Jahren notwendigerweise nach oben angepasst worden, da ansonsten die Dienstleister für Alltagshilfe wirtschaftlich nicht mehr existieren könnten. Derzeit liegen die Stundensätze bei bei einer Spanne von 35,00 Euro bis zu 60,00 Euro (Pflegedienste sind in ihrer Preisgestaltung freier als nach Landesrecht anerkannte Anbieter), zzgl. einer Anfahrtspauschale.

Zur Zeit der Einführung des Entlastungsbetrages hat ein pflegebedürftiger Mensch hierüber 5 Stunden pro Monat Betreuung und hauswirtschaftliche Unterstützung erhalten. Durch die Kostensteigerungen und Anhebung der Stundensätze ist die „Kaufkraft“ dieser 125,00 Euro im Laufe der Jahre deutlich gesunken. Wir Anbieter können unsere Kunden mit unseren Dienstleistungen nur noch mit maximal drei Stunden pro Monat über den Entlastungsbetrag versorgen, die Belastung der Pflegebedürftigen durch eigene Zuzahlungen wird immer höher.

Um die ursprünglichen 5 Stunden zu tragen, ist ein monatlicher Entlastungsbetrag von 205,00 Euro notwendig. Da die Landesverordnung für die Alltagsförderung eine jährliche Anpassung der Stundensätze vorsieht, ist auch die Dynamisierung des Entlastungsbetrages notwendig.

Wir möchten darauf hinweisen, dass die Spanne zwischen den Leistungen für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 und jenen mit Pflegegrad 2 gravierend ist: Derzeit stehen bei Pflegegrad 1 lediglich die 125,00 Euro des Entlastungsbetrages für unterstützende Hilfen in der häuslichen Umgebung zur Verfügung. Bei Pflegegrad 2 sind es heute durch hinzukommende Pflegesachleistungen, Verhinderungs- und Kurzzeitpflege (hier ein Zwölftel des Jahresbetrages gerechnet) sowie Tages- und Nachtpflege bis zu 1820,00 Euro monatlich – das 14,5-fache. Bleiben die Leistungen bei Pflegegrad 1 unverändert, wird sich diese Schere bei der Anhebung der Leistungen für Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 noch weiter aufweiten.

Dem im Gesetz verankerten Prinzip „ambulant vor stationär“ folgend, ist eine Anhebung des Entlastungsbetrages für die häusliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen zwingend notwendig und längst überfällig. Auch die Angehörigen von Menschen mit Pflegegrad 1 sind mit der Betreuung und häuslichen Pflege extrem belastet und brauchen unbedingt mehr als 3 Stunden Unterstützung im Monat.

Interessengemeinschaft nach Landesrecht anerkannter
Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag

24 teilnehmende Betriebe und Einzelkräfte

Ansprechpartnerin:

Anja Mienack

Övelgönne 15
24306 Plön

Mail a.mienack@ihre-alltagshilfe.de

Tel. 04522 - 798 40 80

Fax 04522 - 798 40 79

Mobil 0160 - 83 89 529

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/Gesetzesentwurfs	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-Beschlusses vor eine unlösbare Herausforderung gestellt. In der bis zum 01.07.2023 verbleibenden Zeit ist sowohl eine technische Umsetzung als auch die Nachweisführung über die Anzahl der für die Beitragsermittlung zu berücksichtigenden 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 Referentenentwurfs

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 Telematikinfrastuktur 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 vorgelegen muss. Dies liegt insbesondere an den strengeren Vorgaben zu einer Auftragsverarbeitung nach Art. 28 DSGVO im § 80 Abs. 2 SGB X in Bezug auf die Verarbeitung von Sozialdaten bei den Kranken- und Pflegekassen, z. B. in Videokonferenzsystemen in der Cloud.

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

Ein Verweis auf ohnehin geltendes Recht zur Datenverarbeitung ist entbehrlich.

C Änderungsvorschlag

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

Artikel 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 Konzertierte 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 wohnortnahes 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 wohnortnahen 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 Ausgleichsfonds 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, da dies perspektivisch die pflegerische Versorgung verbessert und das Pflegepersonal entlastet. Da bereits die Förderung von Anschaffungen der Einrichtungen zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur gemäß § 106b Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und Nr. 2 SGB XI von der Pflegeversicherung erstattet wird, ist zur Vermeidung von Doppelfinanzierungen eine Kostenabgrenzung vorzunehmen. 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 Ausgleichsfonds 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 § 8 Abs. 8 SGB XI wird ein neuer Satz 3 eingefügt:

„Kosten, die den Pflegeeinrichtungen durch den Anschluss an die Telematikinfrastuktur entstehen und nach § 106b Abs. 1 SGB XI erstatten werden, sind nicht förderfähig.“

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 nachgeholte redaktionelle Ergänzung aufgrund einer Änderung im § 118 SGB XI durch das Dritte Pflegestärkungsgesetz vorgenommen. Die Ergänzung ist nachvollziehbar.

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

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

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 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 Heilmittlempfehlungen und über die Regelungen des § 32 Absatz 1a SGB V zu informieren.

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

- die Anzahl der Anträge,
- Anzahl der Arbeitstage bis zur Entscheidung,

- Anzahl der Fristüberschreitungen und Anzahl der Zahlungen der Verzögerungsgebühr,
- Anzahl der Heilmittlempfehlungen 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 Paragraphen anzupassen (z. B. § 31). Die Absätze 4 und 5 bisher werden zu den Absätzen 3 und 4.

§ 18a Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

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

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

In § 18c Absatz 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 Neustrukturierung 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 finanztechnische 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 praktikablere und aufwandsärmere Umsetzungsvariante zu wählen, zumal das BVerfG 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 Steuerrecht 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 Krankenkassen/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 Beitragsabschlages 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 Paragraphen gestrichen.

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

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 Paragraphen 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 sichergestellten 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 pflegfachliche 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 Pflegeassistentenpersonal 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 Pflegeassistentenpersonal 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 Pflegeassistentenkraft 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 Pflegeassistentenpersonal 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 vereinbarende personelle Ausstattung 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 Pflegeeinrichtung ist aufgrund der wesentlichen Rahmenbedingungen unbedingt erforderlich. Deshalb sind die gesetzlichen Änderungen im Hinblick auf den Umgang mit dem Pflegeassistentenpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung grundsätzlich zu begrüßen.

Ein Einstieg in die neue qualifikationsbezogene Systematik ist erst dann möglich, wenn für Pflegeassistentenpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr die strukturellen Voraussetzungen auf Bundes- und Landesebene geschaffen sind. Die sehr heterogenen Qualifizierungen von Pflegeassistentenpersonal 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.

Ziel führend 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 Pflegeassistenten zu harmonisieren.

Ergänzend sind auch Anreize zu schaffen, damit das Pflegepersonal ohne Ausbildung berufsbegleitend perspektivisch zur Pflegeassistentenpersonal ausgebildet werden kann. Die Zuordnung bei den Personalanhaltswerten zum Pflegeassistentenpersonal 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 vereinbarende 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 Personalanhaltswerten einhalten konnten und welche Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung dadurch zu erwarten sind. Die Einführung dieser neuen Berichtspflicht, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen federführend veranlassen soll, eignet sich hierfür aber nur bedingt. Zielführender wäre eine 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 Spitzenverband Bund der Pflegekassen an den Medizinischen Dienst Bund über. Dieser beschließt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung die Qualitätsprüfungs-Richtlinien.

B Stellungnahme

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

Der aktuelle Gesetzesvorschlag bezieht sich jedoch noch auf die alte Bezeichnung des Medizinischen Dienstes Bund vor dem MDK-Reformgesetz: „Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes 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 Spitzenverband 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 Pflegepflichtversicherung 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 weitere Akteure auf Bundesebene sind ins Benehmen zu setzen. Die Gesellschaft für Telematik ist zu beteiligen. Die Arbeit soll wissenschaftlich begleitet und durch unabhängige Sachverständige ausgewertet werden. Erstmals zum 01.03.2024 und dann jährlich bis 2028 hat der GKV-Spitzenverband dem Bundestag einen barrierefreien Bericht über die Arbeit und die Ergebnisse des Kompetenzzentrums vorzulegen. Zusätzlich hat der GKV-Spitzenverband einen Beirat zur Begleitung der Arbeit des Kompetenzzentrums einzurichten. Neben anderen Akteuren auf Bundesebene und der Länder aus Politik, Wissenschaft und Pflege sind die Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene im Beirat vertreten.

B Stellungnahme

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

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

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

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

C Änderungsvorschlag

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

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

„und zur Weiterentwicklung der Digitalisierung in der Langzeitpflege“

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

Artikel 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 Aussetzung 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 (eingestreuete 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 (eingestreuete Verhinderungspflegeplätze) für längstens acht Wochen je Kalenderjahr; § 34 Absatz 2 Satz 1 gilt nicht. Eine vorherige Antragstellung ist nicht erforderlich. Auf welche Höhe sich die Kostenübernahme für die Ersatzpflege durch die Pflegekasse belaufen darf, bestimmt sich nach den Absätzen 2,3 und 4.“

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

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

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

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

Dieser Versorgungsauftrag wird einen Beitrag dazu leisten, positiv auf die Inzidenz der Schwere der Pflegebedürftigkeit einzuwirken. Das begründet auch die vollständige Finanzierung der pflegebedingten Aufwendungen bei der Inanspruchnahme der

Kurzzeitpflege für acht Wochen im Jahr, vorausgesetzt die Mehrausgaben von geschätzt 0,8 Mrd. Euro werden gegenfinanziert.

C Änderungsvorschlag

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

§ 42 SGB XI (neu)

„(1) Pflegebedürftige, die Leistungen nach § 36 (Pfleagesachleistungen), § 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 abzugrenzen (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 eingereicht werden statt bei der zuständigen beitragsabführenden Stelle.

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

C Änderungsvorschlag

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

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

C Änderungsvorschlag

Im Absatz 1 wird 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 der Sozialen Pflegeversicherung auferlegten Pandemiekosten nicht erstattet, sodass zuerst die Mittel im Ausgleichfonds der Pflegekassen aufgebraucht und anschließend auch auf die gesetzlichen Rücklagen der Pflegekassen zurückgegriffen wurde. Das gesetzliche Soll an Betriebsmitteln von 1,0 Monatsausgaben nach § 63 Absatz 2 und Rücklagen von 0,5 Monatsausgaben nach § 64 Absatz 2 wird seitdem nicht mehr erreicht.

Änderungsvorschlag

§ 153 Satz 1 SGB XI wird wie folgt formuliert:

„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 Konzertierte(n) Aktion Pflege war, nicht ausgeschöpft; nicht zuletzt bleibt das Beschäftigtenverzeichnis hinter dem Arztverzeichnis nach § 293 Abs. 4 SGB V in seiner Funktion und in der Ausgestaltung zurück.

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

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

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

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

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

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

z. B. bei einem Arbeitgeberwechsel des Beschäftigten die Vorweisung der Pflegeeinrichtung und die Prüfung der Kranken- und Pflegekasse entfällt.

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

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

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

Nach der derzeitigen Rechtslage werden weder von den Einrichtungen die Berufsurkunden und Qualifikationsnachweise dem BfArM vorgewiesen, noch hat das BfArM den gesetzlichen Auftrag, diese zu verifizieren. Die Verlässlichkeit der Angaben ist somit nicht gegeben und muss von den Kranken- und Pflegekassen im Rahmen der Genehmigung und Abrechnung erneut überprüft werden. Mit der Abbildung verifizierter Qualifikationsnachweise in der Beschäftigtennummer könnten aber weitergehende Automatisierungsprozesse – wie sie auch in den Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Genehmigung und Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen umgesetzt sind – etabliert werden.

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

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

Zielführend ist es, wie es bereits gesetzlich für das Verzeichnis der an der vertragsärztlichen und –zahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Zahnärzte, sowie Einrichtungen geregelt und umgesetzt wird (vgl. § 293 Abs. 4 Sätze 5 bis 7 SGB V), das Beschäftigtenverzeichnis auch den Kranken- und Pflegekassen und ihren Landesverbänden elektronisch zur Verfügung zu stellen. Das BfArM legt hierzu - im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband - die Struktur und das Datenformat für das Verzeichnis fest. Sofern eine Festlegung nicht zeitnah zustande kommt, erhält das Bundesministerium für Gesundheit die Möglichkeit durch Rechtsverordnung, das Nähere zur Struktur des Verzeichnisses, zum Datenformat und weitere Rahmenbedingungen zur maschinellen Übermittlung, zu regeln.

Änderungsvorschlag

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

„Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte errichtet bis zum 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.“



Ihre kompetente Interessenvertretung für
stationäre Einrichtungen und ambulante Dienste

APH Bundesverband e.V. | Karlsruher Straße 2b | 30519 Hannover

Bundesministerium für Gesundheit
Abteilung 4 Pflegeversicherung- und Stärkung
Herrn Dr. Martin Schölkopf
11055 Berlin

Ausschließlich per E-Mail an: Pflegereformgesetz-Verbaende@bmg.bund.de

Hannover, 6. März 2023

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

Sehr geehrter Herr Dr. Schölkopf,

der APH Bundesverband e. V. bedankt sich für die Übersendung des Entwurfes eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege und die damit verbundene Möglichkeit einer Stellungnahme.

Vorbemerkungen:

Auch wenn wir ein Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege grundsätzlich begrüßen, so erfolgt dies ausweislich des uns zugesandten Entwurfs vornehmlich auf Kosten der Pflegeeinrichtungen, denen wiederholt ein zusätzlicher Verwaltungs- und Bürokratieaufwand aufgebürdet wird.

Der Entwurf zeigt zudem einmal mehr, dass nach wie vor nicht bekannt zu sein scheint, dass Pflegeeinrichtungen keine einheitlichen Strukturen aufweisen. Vielmehr scheint auch hier der Gesetzgeber von Einrichtungen mit 150 und mehr Plätzen auszugehen. Eine Vielzahl von Einrichtungen verfügt jedoch über weitaus weniger Plätze. Gerade für diese kleineren, familiär geführten Einrichtungen ist der durch das PUEG entstehende zusätzliche Aufwand jedoch kaum noch umsetzbar. Es steht daher zu befürchten, dass weitere kleinere - meist im ländlichen Raum angesiedelte - Einrichtungen schließen werden und eine stationäre Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen in der Nähe ihres Wohnortes nicht mehr gewährleistet ist.

Weiterhin müssen wir wiederholt die äußerst kurze Stellungnahmefrist monieren.

Es handelt sich hier nicht um geringfügige, redaktionelle Änderungen eher nebensächlicher Verordnungen etc., sondern um eine sowohl für Beitragszahler als auch Leistungsempfänger der Pflegeversicherung relevante Reform eines Sozialgesetzbuches. Wir halten es nicht für zielführend, dass im Zuge der Corona-Pandemie Einzug gehaltene fortwährende Eilbedürftigkeiten und damit verbundene äußerst kurze Stellungnahmefristen nunmehr anscheinend zum Dauerzustand werden sollen und bitten, hier grundsätzlich zu den vor der Corona-Pandemie

Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste Bundesverband e.V.

Bundesgeschäftsstelle
Büro Hannover
Karlsruher Straße 2b
30519 Hannover
Telefon: 05 11/8 75 98-0
Fax: 05 11/8 75 98-17
post@aph-bundesverband.de
www.aph-bundesverband.de

Geschäftsstelle Mitte-Süd
Karlsruher Straße 2b
30519 Hannover
Telefon: 05 11/8 75 98-0
Fax: 05 11/8 75 98-17

Geschäftsstelle Nord
Hopfenstraße 1d
24114 Kiel
Telefon: 04 31/2 37 14 90
Fax: 05 11/ 8 75 98-17

Geschäftsstelle Ost
Hegelstraße 39
39104 Magdeburg
Telefon: 03 91/5 98 21 24
Fax: 03 91/5 98 21 00

Gläubiger-ID: DE54ZZZ00000592249
Sparkasse Hannover
IBAN DE14 2505 0180 0000 5440 19
BIC SPKHDE2HXXX
Amtsgericht Hannover
VR 5166
Steuernummer: 25/206/33934
Finanzamt Hannover Nord

üblichen Fristen zurückzukehren und kürzere Fristen ausschließlich in begründeten Ausnahmefällen zu setzen. Für eine zielführende und der Sache dienliche Stellungnahme ist eine ausreichende und in die Tiefe gehende Befassung mit den geplanten Änderungen unabdingbar, was durch zu kurze Stellungnahmefristen erschwert bis unmöglich gemacht wird.

Dies vorausgeschickt nehmen wir zu dem Gesetzesentwurf wie folgt Stellung:

Artikel 1 **Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Zu Ziffer 2 - § 341 Abs. 8

Infolge des in § 341 SGB V eingefügten Abs. 8 werden sowohl ambulante als auch stationäre Pflegeeinrichtungen verpflichtet, den Zugriff auf die elektronischen Patientenakten wie auch den Anschluss an die Telematikinfrastruktur zu gewährleisten.

Wir regen jedoch an, die Frist hierfür zu verlängern, mindestens bis zum 01.01.2025. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass derartige Projekte der Digitalisierung regelmäßig mehr Zeit in Anspruch nehmen als erwartet; wir verweisen hier exemplarisch auf die Einführung der lebenslangen Beschäftigtennummer in der ambulanten Pflege.

Wir begrüßen, dass die den Einrichtungen entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten nach § 106b SGB XI erstattet werden.

Gleichwohl halten wir auch die Erstattung der für den Betrieb erforderlichen Schulungs- und Personalkosten für erforderlich.

Artikel 2 **Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

Zu Ziffer 4 - § 7d Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten

Ab dem 01.04.2024 haben die Landesverbände der Pflegekassen in ihren jeweiligen Ländern barrierefreie elektronische Informationsportale zu betreiben und für die Nutzung im Internet öffentlich zur Verfügung zu stellen.

Über dieses Informationsportal können sich Einrichtungen und ambulante Dienste präsentieren und auch auf freie Plätze hinweisen, soweit es sich um qualitätsgesicherte Angebote handelt.

Lässt sich eine Einrichtung oder ein Dienst hier aufnehmen, so ist sie/er verpflichtet tagesaktuell Angaben zu den bei ihr/ihm frei verfügbaren Kapazitäten (Plätze) zu übermitteln, für ambulante Pflegeeinrichtungen gilt in diesem Fall eine wochenaktuelle Meldefrist frei verfügbarer Kapazitäten (Plätze und Angebote, einschließlich gesondert ausgewiesener Hilfen bei der Haushaltsführung).

Gerade bei kleineren Einrichtungen und ambulanten Diensten, die nicht über eine Vielzahl von Verwaltungskräften verfügen, steht zu befürchten, dass ihnen dies schon aus Zeitgründen nicht

möglich sein wird. Gegenüber größeren Einrichtungen sehen wir hierin einen nicht hinnehmbaren Wettbewerbsnachteil und fordern, anstellen einer tagesaktuellen Mitteilungspflicht eine Pflicht nur dann anzusetzen, wenn sich eine Änderung bei den freien Kapazitäten ergeben hat. Alternativ sollte eine monatliche Pflicht angedacht werden.

Im Übrigen gibt es bereits eine Vielzahl an Informationsmöglichkeiten im Internet zu vorhandenen Pflegeangeboten etc.

Zu Ziffer 12 - § 18e Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung
Modellvorhaben zu einer Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung sollen wissenschaftlich begleitet und ausgewertet werden. Hierfür, sowie für die möglichen Studien und Expertisen sollen aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bis zu 500.000 Euro im Kalenderjahr genutzt werden können.

Angesichts der finanziellen Lage bei den Pflegeversicherungen sowie der Tatsache, dass die Pflegereform zu einem großen Teil durch die Beitragszahler finanziert wird, halten wir derartige Studien für nicht erforderlich. Dies begründet sich schon aus der Erfahrung, dass auch vergangene Studien überwiegend zu keinen anderen und neueren Erkenntnissen geführt, sondern letztlich lediglich bereits Bekanntes bestätigt hatten.

Zu Ziffer 15 - § 30 Dynamisierung

Auch wenn wir eine regelmäßige Anpassung der Leistungsbeträge dem Grunde nach befürworten, halten wir diese in der hier geplanten Form für nicht sachgerecht. Eine auf drei Jahre kumulierte Inflationsrate bzw. ein über drei Jahre kumulierter Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssummen abhängig Beschäftigter könnte zu einer derartigen Steigerung der Ausgaben der Pflegeversicherung führen, dass wiederum außerplanmäßige Anpassungen des Beitragssatzes notwendig werden.

Zu Ziffer 21 - § 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung
Grundsätzlich halten wir einen maßvollen Anstieg des Beitragssatzes für sachgerecht und auch notwendig, um die gestiegenen bzw. steigenden Ausgaben der Pflegeversicherung zu kompensieren. Gleichwohl darf aus unserer Sicht nicht sämtliche finanzielle Verantwortung allein den Beitragszahlern aufgebürdet werden und andere Finanzierungswege wären zu prüfen.

Dies gilt unseres Erachtens insbesondere für die explizit genannten pandemiebedingten Mehraufwendungen, wie die Erstattung der Mehrausgaben/Mindereinnahmen sowie die Kosten der PoC-Testungen. Bei der Bekämpfung der Corona-Pandemie handelte es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, deren finanzielle Folgen nun nicht allein den Beitragszahlern der Pflegeversicherung aufgebürdet werden sollten bzw. zur Begründung einer Beitragssatzsteigerung herangezogen werden sollten. Eine Ermächtigung der Bundesregierung zur Anpassung des Beitragssatzes ohne Zustimmung des Bundesrates lehnen wir vor dem Hintergrund der gesamtgesellschaftlichen Folgen ab.

Zu Ziffer 33 - § 113a Aufhebung

§ 113a SGB XI wird aufgehoben.

Wir begrüßen die Aufhebung ausdrücklich.

Die Pflegeeinrichtungen sind gem. § 11 Abs. 1 S. 1 SGB XI seit jeher verpflichtet, nach dem anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu pflegen und haben hierfür auch seit jeher die Expertenstandards ihrer Arbeit zu Grunde gelegt. Diese im Gesetz zu verankern, für verpflichtend zu erklären und damit an den Bestand des Versorgungsvertrages zu knüpfen, war nicht nur überflüssig, sondern auch von tiefem Misstrauen des Gesetzgebers gegenüber der Arbeit in den Pflegeeinrichtungen geprägt. Dies nun zu korrigieren ist der richtige Weg.

Zu Ziffer 34 c) – Änderung des § 113b – Einfügung Abs. 3 a)

Die beschlussfassenden Sitzungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses sollen nun in der Regel öffentlich sein und zeitgleich als Live-Video-Übertragung im Internet angeboten sowie in einer Mediathek zum späteren Abruf verfügbar gehalten werden. Lediglich die nichtöffentlichen Beratungen sind einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften vertraulich.

Der neue Abs. 3a überflüssig und deshalb zu streichen.

Die Begründung, hiermit das Ziel zu verfolgen, mehr Transparenz zu schaffen, impliziert, dass Transparenz in der Arbeit des Qualitätsausschusses bislang nicht gegeben ist.

Dies aberkennt die hervorragende Arbeit, die der Qualitätsausschuss seit seiner Konstituierung im Jahr 2016 für die Pflege in Deutschland, gerade vor dem Hintergrund der oftmals sehr ambitionierten und sehr kurzen gesetzlichen Fristen, geleistet hat und noch immer leistet.

Die Arbeit des Qualitätsausschusses Pflege kann von der interessierten Fachöffentlichkeit jederzeit auf der Homepage verfolgt werden, auf der die Beschlüsse des Qualitätsausschusses aufbereitet und zeitnah veröffentlicht werden.

Weshalb eine öffentliche – auch noch live übertragene – Sitzung hierfür notwendig sein sollte, erschließt sich nicht.

Des Weiteren ist eine Live-Übertragung der Sitzungen der Qualitätsausschusses Pflege derzeit nicht rechtmäßig, da sie keine der Bedingungen aus Art. 6 DSGVO erfüllt und es besteht auch keine weitere Rechtsgrundlage, die eine Ton- und Bildübertragung zur Berichterstattung des Qualitätsausschusses ermöglicht.

Darüber hinaus wäre dann auch zu klären, wer das Equipment für die technische Ausrüstung und zusätzlich auch noch die Erstellung einer Mediathek zur Verfügung zu stellen, zu erarbeiten und zu pflegen hat.

Da es sich hierbei um eine Forderung der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung und der Betroffenenvertreter handelt, gehen wir davon aus, dass diese Institutionen die Kosten für die Umsetzung übernehmen.

Zu Ziffer 34 e) – Änderung des § 113b – Änderung des Abs. 6

Die Vertragsparteien sollen ab dem 01.09.2023 dauerhaft und zusätzlich eine Referentenstelle zur Unterstützung der Interessenvertretungen nach § 118 SGB XI einrichten. Dabei haben diese das Recht, diese Stelle zu besetzen und den Arbeitsort zu bestimmen. Immerhin ist die Bestimmung des Arbeitsortes mit der Geschäftsstelle abzustimmen.

Auch diese Änderung halten wir für entbehrlich und deshalb zu streichen.

Die Betroffenenorganisationen wirken an den Entscheidungen des (erweiterten) Qualitätsausschusses seit seiner Konstituierung beratend mit. In dieser Funktion nehmen die Interessenvertretungen nach § 118 SGB XI nicht nur an den Sitzungen des Qualitätsausschusses teil, sondern arbeiten auch in den Arbeitsgruppen des Qualitätsausschusses mit. Dort bringen sie ihre Sichtweise und Expertise durchaus effizient mit ein. Die Pflegebevollmächtigte hat uneingeschränkt Recht, wenn sie auf die Komplexität der im Qualitätsausschuss beratenden Themen und den Umfang der Unterlagen hinweist. Dies betrifft jedoch nicht nur die Interessenvertretungen nach § 118 SGB XI. Wir gehen davon aus und haben seit 2016 auch den Eindruck, dass diese Vertreter mit Sachverstand in den Qualitätsausschuss und dessen Gremien entsenden, die trotz der Komplexität tragfähige Ergebnisse erzielen konnten. Dies auch, weil alle Beteiligten von der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses umfassend unterstützt werden.

Wofür es nun eines eigenen Referenten bedarf, erschließt sich uns nicht. Für äußerst bedenklich halten wir es, dass für diese Stelle Mehrkosten von voraussichtlich 106.000,-- EUR für Personalkosten angesetzt werden. Wir geben zu bedenken, dass diese – völlig überflüssige – Referentenstelle aus Versichertengeldern finanziert wird und eine Erstattung von Sach- und Bürokosten ebenfalls nicht vorgesehen ist. In Zeiten von leeren Kassen in allen Bereichen des Lebens sollte eine solche Kostenentscheidung noch sensibler überdacht werden. U. E. bedarf es keiner zusätzlichen Referentenstelle für die Interessenvertretungen nach § 118 SGB XI.

Zu Ziffer 34 f) Änderung des § 113b – Änderung des Abs. 8 S. 1-3

Die Vertragsparteien nach § 113 werden verpflichtet, dem BMG jährlich zum 01. September über ihre Arbeit zu berichten, besondere Schwierigkeiten, die zu einer Fristüberschreitung geführt haben, darzulegen sowie jederzeit einen konkreten Zeitplan für die Bearbeitung ihrer Aufgaben vorzulegen, aus dem einzelne Umsetzungsschritte erkennbar sind.

Die besonderen Schwierigkeiten, die zu einer Fristüberschreitung geführt haben, lagen bislang in den überambitionierten, viel zu kurzen gesetzlichen Fristen, die der Bundesgesetzgeber selbst den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI aufgegeben hat. Die Vertragsparteien haben – auch in der Coronazeit – in den Gremien und im Qualitätsausschuss in Videokonferenzen regelmäßig, teils wöchentlich, weitergearbeitet. Darüber hinaus wurde das BMG schon in der Vergangenheit regelmäßig unter Vorlage von Zeitplänen mit geplanten Umsetzungsschritten unterrichtet. Offenbar hat das BMG jedoch den Eindruck, nicht eingebunden worden zu sein. Vor dem Hintergrund halten wir die Einfügung der Sätze 1-3 dennoch für einen weiteren überbordenden bürokratischen Aufwand, der wenig zielführend und daher zu streichen ist.

Zu Ziffer 35 – Änderung des § 113c

Dem Grunde nach begrüßen wir die Änderungen und Klarstellungen. Insbesondere die Klarstellung, dass Fachkraft- und Hilfskraftpersonal auch in den Personalanhaltswerten der niedrigeren Qualifikationsstufen berücksichtigt werden kann, mithin Hilfskraftpersonal mit niedrigerer Qualifikationsstufe durch Fachkraftpersonal substituiert werden. Hierdurch kann den Personalanhaltswerten mit verfügbarem Personal entsprochen werden. Eine Substitution von QN-4 auf QN-3-Stellen kann jedoch nicht bedeuten, dass die QN-4-Kraft lediglich die QN-3-Vergütung erhält. Diese Regelung wäre fachlich vom tatsächlichen Einsatz nicht gerechtfertigt und darüber hinaus auch arbeitsrechtlich bedenklich.

Darüber hinaus befürworten wir, dass es zukünftig möglich sein wird, auch Pflege- und Betreuungspersonal mit einer außerhalb des Geltungsbereichs des Pflegeberufgesetzes erworbenen Berufsqualifikation vorzuhalten, das während der Beschäftigung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung an einem für die Anerkennung erforderlichen Anpassungslehrgang nach dem Pflegeberufgesetz teilnimmt.

Insgesamt bleibt jedoch festzuhalten, dass verschiedene strukturelle Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit es zu einer Mehrpersonalisierung im Rahmen der Umsetzung des neuen Personalbemessungsverfahrens in der vollstationären Pflege kommen kann. Wird der Fachkräfte- und Personalbedarf in der Pflege nicht insgesamt gedeckt, werden allenfalls Umverteilungsprozesse befördert, die die nachhaltige pflegerische Versorgung gefährden. Die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens kann nicht losgelöst von den wesentlichen Einflussfaktoren betrachtet werden. Solange diese nicht gelöst sind, stößt die Machbarkeit des § 113c an seine Grenzen.

Solange die strukturellen Voraussetzungen nicht erfüllt sind, macht die Umsetzung des 113c SGB XI überhaupt keinen Sinn.

Nach alledem regen wir dringend an, die Umsetzung des § 113c SGB XI ab dem 01.07.2023 auszusetzen und auf einen späteren Zeitpunkt – mindestens in das Jahr 2025 - zu verschieben.

Zur Ziffer 37 – Änderung des § 114c

Abweichend von § 114 Abs. 2 **soll** eine Prüfung in einer zugelassenen vollstationären Einrichtung (...) im Abstand von höchstens zwei Jahren stattfinden, wenn durch die jeweilige Einrichtung ein hohes Qualitätsniveau erreicht worden ist.

Tatsächlich wurde an uns herangetragen, dass die Landesverbände der Pflegekassen ihren Ermessensspielraum in der Vergangenheit sehr weit ausgelegt haben. Die Ermessensreduzierung begrüßen wir sehr.

Artikel 3

Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zur Ziffer 5 - § 36 – Anhebung der Leistungsbeträge für Pflegesachleistungen

Wir begrüßen die Anhebung der Leistungsbeträge für ambulante Pflegesachleistungen um 5% zum 01.01.2024.

Die Erhöhung trägt dazu bei, die häusliche Pflege zu stärken und die gestiegenen Kosten infolge der tariflichen Entlohnung abzumildern.

Zur Ziffer 6 - § 37 – Anhebung der Leistungsbeträge für das Pflegegeld

Wir begrüßen die Anhebung der Leistungsbeträge für das Pflegegeld um 5% zum 01.01.2024. Die Erhöhung trägt dazu bei, die häusliche Pflege zu stärken und die insgesamt gestiegenen Kosten der vergangenen Jahre abzumildern.

Zu Ziffer 8 - § 39 Verhinderungspflege

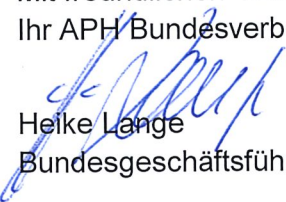
Wir begrüßen die Anpassung der Überschrift an die seit Jahren gelebte Praxis sowie die Abschaffung der Vorpflegezeit.

Zu Ziffer 10 - § 42a Gemeinsamer Jahresbetrag

Grundsätzlich begrüßen wir eine weitere Vereinheitlichung der Verhinderungspflege sowie der Kurzzeitpflege in Form eines gemeinsamen Jahresbetrages. Den in der Begründung genannten Problemen zum Trotz regen wir zu einer weiteren Entbürokratisierung sowie zum besseren Verständnis der Leistungsberechtigten dennoch an, die Trennung zwischen diesen beiden Leistungstypen in Gänze aufzuheben.

Für Rückfragen stehen wir gern zu Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr APH Bundesverband e. V.


Heike Lange
Bundesgeschäftsführerin


Christian Krinke
Referent Betriebswirtschaft

Stellungnahme des Arbeitgeberverbandes Pflege e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und entlastungsgesetz – PUEG) mit Stand vom 20. Februar 2023

Vorbemerkung

Der Arbeitgeberverband Pflege e.V. (AGVP) bewertet den vorgelegten Gesetzentwurf als äußerst enttäuschend für die Altenpflege in Deutschland. Der Gesetzgeber bleibt weit hinter seinen Möglichkeiten zurück und traut sich keine gesetzlichen Änderungen zu, die tatsächlich die pflegerische Versorgung reformieren würden. Insbesondere für stationäre Pflegeeinrichtungen sind weder unterstützende, noch entlastende Maßnahmen vorgesehen, so wie es der Titel des Referentenentwurfes vermuten lässt.

Was die Pflegeunternehmen dringend brauchen, ist

- Flexibilität beim Personaleinsatz und nicht weitere Quoten, die schon heute vielerorts nicht mehr erfüllt werden können,
- die Möglichkeit der Externenprüfung für angehende Pflegeassistenzkräfte bundesweit, um berufserfahrenen Pflegehilfskräften einen schnellen Aufstieg ohne langwierige Ausbildung zu ermöglichen und damit die neue Personalbemessung zeitnah umgesetzt werden kann,
- eine an der tatsächlichen Belegung orientierte Vergütung mit den Pflegekassen, denn eine wirtschaftliche Betriebsführung ist für die Unternehmen mit einer fiktiv festgeschriebenen Belegungsquote von 98 Prozent längst nicht mehr möglich,
- dringend finanzielle Hilfen, um weitere Insolvenzen abzuwenden und die pflegerische Versorgung zu stabilisieren.

Die Corona-Pandemie und die teils kriegsbedingte Inflation haben dazu beigetragen, dass die Pflegeunternehmen in eine wirtschaftlich schwierige Lage geraten sind, die sie selbst nicht zu verantworten haben. Allein in den letzten vier Monaten sind rund 250 Insolvenzen und Schließungen ambulanter Dienste und stationärer Pflegeeinrichtungen bekannt geworden. In einigen Regionen, insbesondere in ländlichen Gebieten, gerät die wohnortnahe pflegerische Versorgung damit in Gefahr. Hinzu kommen lange Wartelisten bei den Anbietern, weil aufgrund des Personalmangels keine neuen Pflegebedürftigen an- oder aufgenommen werden können. Die fixen Kosten für Instandhaltung und Betriebsführung laufen jedoch weiter. Der gesetzliche Anspruch aus der sozialen Pflegeversicherung für pflegebedürftige Personen und deren Angehörige, fachpflegerische Versorgungs- und Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen zu können, kann bereits heute nicht mehr überall in Deutschland umgesetzt werden.

Bereits seit Jahren ist bekannt, mit welchen Herausforderungen die Pflegeunternehmen zu kämpfen haben und dass die Altenpflege dringender Reformierung bedarf. Deutschland rauscht auf die Bedrohung der Versorgungssicherheit zu, weil Pflegeunternehmen mit ihren Herausforderungen allein gelassen werden, der Gesetzgeber sich lieber in der politischen Sicherheit wähnt, indem er an „Altem“ festhält und weitere Meldepflichten und neue bürokratische Aufwände verabschiedet werden sollen, die dazu führen werden, dass immer mehr Unternehmer und Betreiber aus der Pflege aussteigen werden und der Pflegeplatz in der stationären Versorgung für immer mehr Personen unerschwinglich wird.

Stand: 06.03.2023

Was muss noch geschehen, damit die Politik aufwacht und begreift, dass die Insolvenzen und Schließungen in der Pflege die gesamte Wirtschaft und den Wohlstand in Deutschland bedrohen?

Allein in den vergangenen vier Monaten wurden in der Presse 250 Schließungen und Insolvenzen von Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten aller Trägerarten bekannt. Das muss die Länder und den Bund alarmieren, da regional die pflegerische Versorgung deutlich eingeschränkt oder gar nicht mehr möglich sein kann. Die Personallage spitzt sich weiter zu und es entstehen lange Wartelisten oder auch Aufnahmestopps in der stationären und ambulanten Altenpflege, weil viele Mitarbeitende aus der Pflege nach drei Jahren Coronapandemie erschöpft oder sogar längerfristig krankgeschrieben sind. Hinzu kommen enorme finanzielle Belastungen, sei es aufgrund stark gestiegener Löhne durch die Umsetzung der Tarifpflicht (regional bis zu 30 %), die noch nicht überall refinanziert werden, deutlich gestiegene Kosten für Lebensmittel und Energieversorgung sowie Kostenexplosionen bei Baumaterialien und Investitionen, um die gesetzlichen Vorgaben in den Ländern erfüllen zu können. Diese Kombination führt dazu, dass Unternehmen unverschuldet und aufgrund enger gesetzlicher Vorschriften in finanzielle Schieflage geraten und die pflegerische Versorgung nicht mehr sicherstellen können, denn sie können diese Kostensteigerungen nicht einseitig als Preiserhöhung für die pflegerische Versorgung weitergeben, sondern müssen diese aus eigenen Reserven, sofern sie vorhanden sind, zahlen. Vor allem für kleine und mittelständische Unternehmen bedeutet dies schnell das Aus. Das wirtschaftliche Betreiben von Pflegeeinrichtungen, wie es das Sozialgesetzbuch vorsieht, ist nicht mehr möglich. Deshalb ist es dringend notwendig, dass die Unternehmen die politische Unterstützung erhalten und mindestens bis zum Ende dieses Jahres finanzielle Hilfen als Soforthilfe für die Pflegeunternehmen gezahlt werden, damit nicht noch mehr Pflegeunternehmen in Not geraten und schließen müssen.

Stand: 06.03.2023

Zu obig genanntem Gesetzentwurf nimmt der Arbeitgeberverband Pflege e.V. (AGVP) wie folgt Stellung:

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zum § 341 Abs. 8 (neu) SGB V

Generell begrüßt der AGVP die Anbindung stationärer Pflegeeinrichtungen an die telematische Infrastruktur (TI), denn unverständlich war, weshalb ein Teilbereich der professionellen Pflege ausgeschlossen bleiben sollte. Allerdings ist der Umsetzungszeitraum bis zum 1. Juli 2024 viel zu kurz, um die technischen und anwendungsbedingten Anforderungen in der stationären Altenpflege zu erfüllen. Vor allem für ambulante Dienste und stationäre Pflegeeinrichtungen in ländlichen Regionen fehlt schlichtweg die Netzinfrastruktur, um die Vorgaben zur Anbindung erfüllen zu können.

Wie bereits die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in einem Informationsschreiben¹ an die Arztpraxen erläuterte, gelten für alle Komponenten in der TI hohe Anforderungen an die Funktionalität und Sicherheit. Deshalb dürfen zum Beispiel nur Konnektoren und Kartenterminals genutzt werden, die vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) zertifiziert und von der gematik zugelassen sind. Unklar ist, ob die Kartenterminals in ausreichendem Maße bis zum 1. Juli 2024 für alle ambulanten Dienste und stationären Pflegeeinrichtungen zur Verfügung gestellt werden können.

Eine weitere Voraussetzung für die Anbindung an die TI ist ein stabiler Internetzugang. Dieser ist jedoch nicht bundesweit lückenlos verfügbar. Die [Funklochkarte](#) des Bundesministeriums für Digitales und Verkehr zeigt auf, dass es noch zahlreiche Regionen in Deutschland ohne Mobilfunkempfang und damit ohne mobilem Internetzugang gibt. Auch der [Breitbandausbau](#) und die Geschwindigkeit, mit der Daten empfangen oder gesendet werden können, erfüllt in vielen Regionen Deutschlands noch nicht die Vorgaben zur Anbindung an die TI. Für die fehlende Infrastruktur können die Pflegeunternehmen nicht verantwortlich gemacht werden, wenn diese der Grund für die Nichtanbindung an die TI ist.

Ergänzungsvorschlag zum § 341 Abs. 8 SGB V:

Für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, denen aufgrund der fehlenden Infrastruktur oder nicht rechtzeitig bereitgestellter Technik und Software die Anbindung an die TI zum 1. Juli 2024 nicht möglich ist, erlischt die Pflicht solange, bis die Voraussetzungen zur Anbindung an die TI umfänglich gegeben sind.

¹ Informationsschreiben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom Mai 2020, https://www.kbv.de/media/sp/Praxisinformation_Telematikinfrastruktur_Anbindung.pdf, Onlinezugriff am 02.03.2023

Artikel 2 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zum § 7d (neu) SGB XI

Das vom Gesetzgeber vorgesehene, neue Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten soll dazu beitragen, dass pflegebedürftige Personen, Angehörige, Pflegekassen und Sozialdienste der Krankenhäuser zeitnah über freie Kapazitäten in der ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung informiert werden. Grotesk ist jedoch die betonte Freiwilligkeit zur Eintragung und Teilnahme für Pflegeeinrichtungen und ambulanten Dienste, denn mit den bereitgestellten Daten findet eine gewisse Markt- und Belegungssteuerung statt, die die Anbieter benachteiligen wird, die sich nicht registrieren und keine Daten bereitstellen.

Kurios ist auch die Hoheit der Pflegekassen, über die Aufnahme der Anbieter in das Informationsportal zu entscheiden. Ein gültiger Versorgungsvertrag sollte die Grundlage für die Aufnahme in das Informationsportal sein und keine neuen Prüfverfahren installiert werden. Die tägliche Meldepflicht für stationäre Pflegeunternehmen und die wöchentliche Meldepflicht für ambulante Dienste wird neuen zusätzlichen Aufwand für die Unternehmen bedeuten bei sowieso schon überbordender Bürokratie und Meldepflichten. Unklar lässt der Gesetzgeber, ob und wie die Meldepflicht und der damit zusätzlich verbundene Aufwand vergütet werden. Es darf nicht sein, dass zusätzliche Arbeit mit der bereits vereinbarten Vergütung abgegolten sein soll.

Unklar ist auch, ob die freien Kapazitäten kategorisiert werden, d.h. ob erfasst wird, ob die freien Betten in der stationären Pflege oder freie Kundenkapazitäten im ambulanten Bereich auch tatsächlich belegt werden können. Bereits heute gibt es stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Dienste, die zwar über freie Kapazitäten verfügen, diese aber nicht belegen dürfen, weil sie die vorgegebenen Personalschlüssel nicht erfüllen. Deshalb bedarf es einer Klarstellung im Referentenentwurf, dass nur die Plätze und freien ambulanten Kapazitäten gemeldet werden, die auch tatsächlich belegt werden können.

Weshalb für das Bereitstellung der Informationen ein neues Portal geschaffen werden soll, ist, auch schon aus Kosten- und Effizienzgründen, völlig unverständlich. Viele Pflegekassen haben bereits eigene Vergleichsportale, die im vergangenen Jahr sogar mit dem Deutschen Gesundheitsaward für ausgezeichneten Service ausgezeichnet wurden. Dazu zählen der Pflegefinder der BKK, der vdek Pflegelotse und der AOK-Pflegenavigator. Sinnvoll wäre es, aus den bereits aufgebauten Strukturen ein gemeinsames Portal zu schaffen.

Änderungs- und Ergänzungsvorschläge zum § 7d (neu) SGB XI:

- (1) [...] *Über die Aufnahme entscheiden die jeweiligen Landesverbände der Pflegekassen; der Aufnahme ist zuzustimmen, wenn es sich um qualitätsgesicherte Angebote handelt ein gültiger Versorgungsvertrag nach SGB XI oder SGB V vorgelegt werden kann.*
- (4) [...] *Die in Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 genannten stationären Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, dem Informationsportal ab dem 1. Oktober 2024 tagesaktuell die Angaben zu den bei ihnen freie und tatsächlich verfügbaren belegbaren Kapazitäten (Plätze) zu übermitteln, für ambulante Pflegeeinrichtungen gilt eine wochenaktuelle Meldefrist freier und tatsächlich belegbarer verfügbarer Kapazitäten (Plätze und Angebote, einschließlich gesondert ausgewiesen Hilfen bei der Haushaltsführung). Die mit der*

Stand: 06.03.2023

Meldung entstehenden Aufwendungen sind den stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten vollumfänglich von den Pflegekassen zu erstatten.

Zum § 8 Abs. 8 SGB XI

Der AGVP begrüßt die finanzielle Unterstützung der ambulanten Dienste und stationären Pflegeeinrichtungen zur Beschaffung digitaler Anwendungen und Technik, um die Mitarbeitenden zu entlasten und die Beteiligung Pflegebedürftiger zu fördern. Insbesondere auch die Ausweitung auf Schulungen, Fort- und Weiterbildungen ist wichtig, um die Akzeptanz bei den Mitarbeitenden und auch bei den Pflegebedürftigen zu erhöhen.

In der Pflegeausbildung lernen die Auszubildenden bereits Pflegeprozesse und Pflegediagnostik bei Menschen aller Altersstufen mit gesundheitlichen Problemlagen zu planen, zu gestalten, durchzuführen, und zu evaluieren sowie dafür Gesundheits-Apps bzw. andere digitale Begleiter mit einzubeziehen. In der Pflegepraxis müssen noch mehr Einsatzmöglichkeiten geschaffen werden.

Die Antragsverfahren für die Pflegeunternehmen für den Abruf der Mittel müssen daher niedrigschwellig und unbürokratisch gestaltet werden. Sinnvoll wäre es, wenn die Pflegekassen regionale Informationsveranstaltungen für interessierte Pflegeunternehmen organisieren, um aufzuklären und den Zugang zu den bereitgestellten Mitteln zu fördern.

Zum Zweiten Kapitel „Leistungsberechtigter Personenkreis, Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Berichtspflichten, Begriff der Pflegeperson“ im SGB XI

Um mehr Transparenz zu den einzelnen Schritten für alle Beteiligten zu schaffen, sollen im SGB XI und über noch zu erlassende Richtlinien die Beauftragung der Begutachtung des Medizinischen Dienstes (MD), das Begutachtungsverfahren, Regelungen zum Gutachten, zur Entscheidungsfindung, zu den Berichtspflichten und zur Weiterentwicklung konkret geregelt werden.

Aufgrund der Knappheit an qualifiziertem, mindestens dreijährig ausgebildetem Pflegefachpersonal ist unverständlich, weshalb die Aufgaben des Medizinischen Dienstes u.a. durch Pflegefachkräfte auszuüben sind, die dringend in der pflegerischen Versorgungsstruktur vor Ort gebraucht werden (vorgesehen in § 18a Abs. 10 SGB XI). Sinnvoller wäre es, ausschließlich akademisierte Pflegekräfte für die Tätigkeiten im Medizinischen Dienst einzusetzen, denn für diese Berufsgruppe gibt es in der Praxis noch zu wenig Einsatzmöglichkeiten.

Wie der MD Bund auf seiner Website beschreibt, sind täglich etwa 4.000 Pflegefachkräfte für die 15 Medizinischen Dienste im Bundesgebiet tätig, *„um den Grad der Pflegebedürftigkeit zu ermitteln oder in Pflegeeinrichtungen, um Pflegequalität zu prüfen“*². Weitere ausgebildete Pflegefachfrauen und -männer der aktiven Pflege in der aktuellen Lage von knappem Personal und damit einhergehenden Leistungseinschränkungen zu entziehen, halten wir für äußerst fahrlässig. Durch den Abzug des fachpflegerischen Personals für Prüfungen der MD wird die pflegerische Versorgung, für die die Pflege- und Krankenkassen den Sicherstellungsauftrag haben, weiter geschwächt und eine wohnortnahe Versorgung deutlich gefährdet. Daher empfiehlt der AGVP, für Neueinstellungen nur akademisch-qualifizierte Pflegefachpersonen auszuwählen.

² Medizinischer Dienst: Pflegefachliche Gutachterinnen und Gutachter, <https://www.medizinischerdienst.de/karriere/arbeiten-beim-medizinischen-dienst/pflegefachliche-gutachterinnen-und-gutachter>, Onlinezugriff am 02.03.2023

Zum § 30 (neu) SGB XI

Generell ist die im neuen § 30 SGB XI vorgesehene Dynamisierung des Pflegegelds und des Sachleistungsbetrags für die ambulante Versorgung zu begrüßen. Allerdings spiegeln die vorgeschlagenen fünf Prozent Erhöhung zum 1. Januar 2025 und eine weitere Dynamisierung orientiert an der kumulierten Kerninflationsrate der vergangenen drei Jahre nicht die tatsächlichen Kostensteigerungen für die ambulanten Dienste wieder, die oftmals weder vollumfänglich von den Pflege- und Krankenkassen refinanziert, noch in der tatsächlichen Höhe an die Pflegebedürftigen weitergegeben werden können.

Die enormen Kostenentwicklungen aufgrund der Umsetzung der tariflichen Verpflichtungen nach dem GVWG, Kostensteigerungen bei den Hilfsmitteln, die noch immer nicht flächendeckend über neue Vergütungsvereinbarungen refinanziert werden, inflationsbedingte Kostensteigerungen bei Kraftstoffen und Berufskleidung, steigende Versicherungsbeiträge und deutlich gestiegene Zinsen für neue Kredite setzen die Unternehmen in der ambulanten Pflege deutlich unter Druck. Die vorgeschlagenen fünf Prozent ab 1.1.2025 entsprechen schon zum heutigen Zeitpunkt nicht den realen Kostensteigerungen mit der Konsequenz, dass bereits jetzt pflegebedürftige Personen nicht die vollen Leistungen gemäß des Pflegegrads in Anspruch nehmen, weil sie die Eigenanteile nicht mehr zahlen können.

Die Anhebungen der Pflegesachleistungsbeträge für die Pflegegrade 2 bis 5 mit der Umsetzung des GVWG zum 1. Januar 2022 wurden bereits von der Inflation und der Kostenlawine durch gestiegene Personalkosten eingeholt. Zwischen 20 bis 45 Prozent Kostensteigerungen werden von Pflegeunternehmen im ambulanten Bereich berichtet, die zu schultern sind. Finanzielle Rücklagen sind in der Größenordnung bei den Unternehmen nicht, oder nicht mehr vorhanden. Laut Angaben des vdek gibt es mit 1.800 ambulanten Pflegediensten Verträge zur pflegerischen Versorgung in Bayern.³ Gabriele Obermaier, Vorstandsmitglied des VDAB-Landesverbandes Bayern, berichtet, dass bis zu 30 Prozent der Pflegedienste in Bayern überlegen, ihren Betrieb aufgrund der aktuell schweren Lage einzustellen.⁴ Das wären allein in Bayern 540 Pflegedienste weniger. Bezieht man die 30 % auf die insgesamt 15.376 ambulanten Pflegedienste in ganz Deutschland, könnten bald über 4.600 Pflegedienste schließen.

Werden aktuell durchschnittlich 72 Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 je Pflegedienst pro Tag in der Häuslichkeit betreut, so würde die Anzahl der zu betreuenden Pflegebedürftigen bei einem Wegfall von 30 Prozent der ambulanten Dienste auf 98 zu betreuende Personen ansteigen. Doch schon heute müssen vielerorts neue Kunden vom ambulanten Diensten abgelehnt oder bestehende Versorgungsverträge mit Pflegebedürftigen gekündigt werden, weil oft die personellen Kapazitäten oder die Refinanzierung der notwendigen Kosten (z.B. bei langen Fahrtwegen) fehlen. Die Konsequenzen sind in vielen Regionen, vor allem in ländlichen und abgelegenen Gebieten, zu spüren. Dort kann schon heute keine häusliche Pflege durch ambulante Dienste sichergestellt werden. Zudem wird sich die Lage weiter zuspitzen, wenn die Politik und der Gesetzgeber keine Hilfen für die Unternehmen bereitstellen, die

³ Verband der Ersatzkassen: Ambulante Pflege in Bayern mit Stand vom 30.06.2022, <https://www.vdek.com/LVen/BAY/Vertragspartner/pflege-2/pflege.html>, Onlinezugriff am 02.03.2023

⁴ Gemeinsame Pressemitteilung der privaten Pflege in Bayern vom 03.08.2022: Weil sich Kranken- und Pflegekassen den Verhandlungen über gestiegene Kosten verweigern: Ambulante Versorgung in Bayern vielerorts gefährdet!, <https://www.vdab.de/presse/pressemitteilungen/news/weil-sich-kranken-und-pflegekassen-den-verhandlungen-ueber-gestiegene-kosten-verweigern-ambulante-ve/?L=0&cHash=3c7195fb2ef27112bd759df0f162b852>, Onlinezugriff am 02.03.2023

Stand: 06.03.2023

Personalvorgaben flexibilisieren und die Refinanzierung der tatsächlich anfallenden Kosten sicherstellen. Ein „Weiter so“ kann und darf es nicht geben. Die permanenten Leistungsausweitungen und strukturellen Defizite können künftig nicht mehr allein durch Beitragsanhebungen zur Pflegeversicherung aufgefangen werden.

Zum § 55 SGB XI

Der Gesetzgeber steht mit der weiteren finanziellen Belastung der Pflegekassen durch die geplante Refinanzierung höherer Löhne durch die Tarifbindung, zusätzlicher Personalstellen und der hohen Inflationsrate von aktuell 8,7 Prozent nunmehr vor der dringend zu lösenden Herausforderung, die Pflegeversicherung auf zukunftsfeste Füße zu stellen. Was können Leistungsempfänger und/oder deren Angehörige aus finanziellen Eigenmitteln für Pflegedienstleistungen zukünftig zahlen und wie werden sich die Zahlungsmöglichkeiten, aber auch die Bereitschaft und das Bewusstsein verändern (müssen), um zukünftig hochwertige Pflegeleistungen durch qualifizierte Pflegekräfte am Ort der Wahl in Anspruch nehmen zu können? Bereits jetzt steht Deutschland im Vergleich aller OECD-Staaten an der Spitze mit der höchsten Steuer- und Sozialabgabenlast. So wichtig die Refinanzierung von zusätzlichem Personal, steigenden Löhnen und neuen Versorgungsformen in der Altenpflege ist, so wichtig ist auch zu klären, wie der ausufernden Abgabenlast mit Blick auf die demografische Entwicklung und die stetigen Leistungsausweitungen der Pflegeleistungen Einhalt geboten werden kann.

Die Politik und der Gesetzgeber müssen sich dringend zu einer echten Reform der Pflegeversicherung bekennen. Wie die Friedrich-Ebert-Stiftung belegte, war der 1994 eingeführten Pflegeversicherung eine knapp 20-jährige Diskussion vorangegangen, um genau dieselben Probleme zu lösen, die noch immer aktuell sind: die qualitativ hochwertige Versorgung der Pflegebedürftigen sicherzustellen, die Folgen des demografischen Wandels zu berücksichtigen sowie die finanzielle Belastung der Kommunen im Zusammenhang mit der Pflege zu regeln.⁵ Erneute 20 Jahre Wartezeit kann sich die Bundesrepublik Deutschland nicht leisten.

Bereits in den letzten Jahren musste der Beitrag zur Pflegeversicherung drei Mal auf aktuell 3,05 % (3,4 % für Kinderlose) angehoben werden, weil sowohl die Pflegeleistungen der Pflegeversicherung ausgeweitet wurden, als auch die Löhne der Pflegekräfte bereits vor der Tarifpflicht nach dem GVWG deutlich gestiegen sind. Die Abbildung des Instituts Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen auf der Folgeseite zeigt eindrücklich die Entwicklung der Abgabenlast.

Wenn sich die Wirtschaft nach der Corona-Krise erholen soll, dann nicht, indem die Abgabenlast weiter steigt. Denn die hohen Abgaben belasten nicht nur Arbeitnehmende, sondern auch die Arbeitgeber – und dies branchenübergreifend. Ein schlüssiges Gesamtkonzept zur zukünftigen Finanzierung der Pflegeversicherung ohne permanent anzupassender Pflegeversicherungsbeiträge konnte bisher von der Regierung nicht vorgelegt werden. Auch der aktuelle Referentenentwurf findet keine generationengerechte Lösung, die die sinkende Zahl der Arbeitnehmenden im Vergleich zur überproportional steigenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen berücksichtigt. Stattdessen sollen Kinderlose weiter die Hauptlast der Finanzierung der pflegerischen Versorgung tragen. Oft sind dies jedoch Berufsanfänger*innen, die in der Regel in die untersten Lohnstufen eingruppiert sind und bereits heute überproportional hohe Pflegeversicherungsbeiträge zahlen müssen. Höhere Sozialabgaben bedeuten auch für in der Altenpflege Beschäftigte weniger Netto vom Brutto.

Deshalb fordert der AGVP die Bundesregierung, das Bundesfinanzministerium (BMF) im Benehmen mit dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) auf, die im

⁵ Gerhard Naegele (02/2014): Gutachten im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung: 20 Jahre Verabschiedung der Gesetzlichen Pflegeversicherung – Eine Bewertung aus sozialpolitischer Sicht

Stand: 06.03.2023

Koalitionsvertrag zugesagte Steuerfreiheit der Zuschläge für in der Pflege Beschäftigte im § 3b EStG endlich umzusetzen.

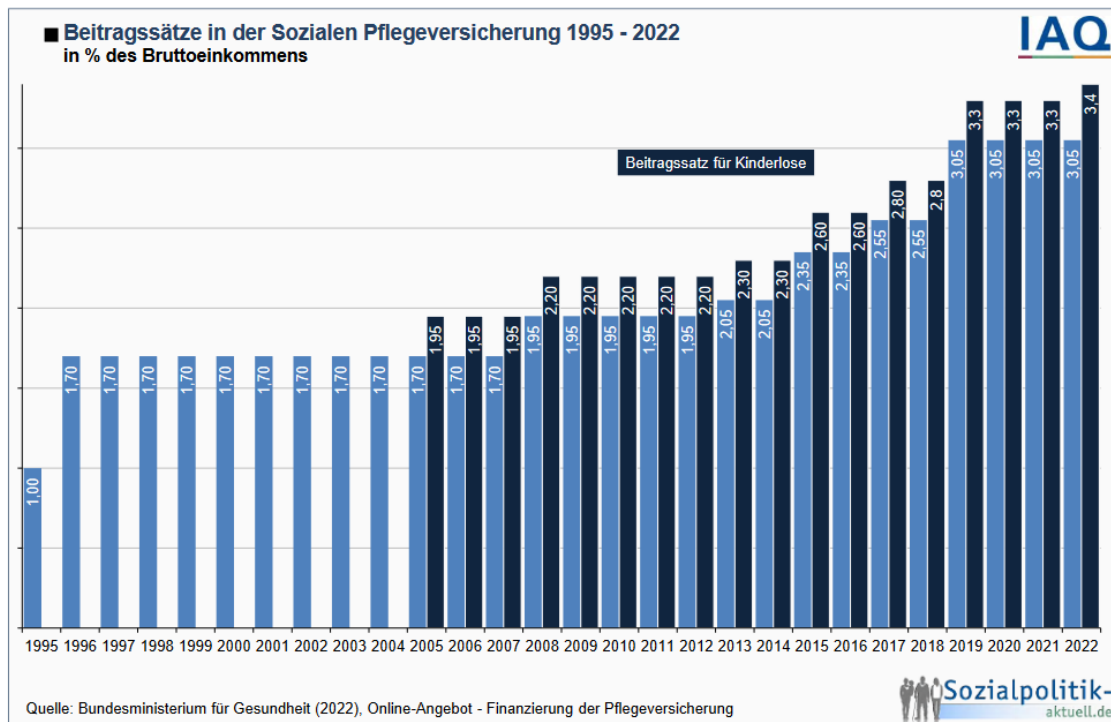


Abbildung 1: Beitragssätze der Sozialen Pflegeversicherung von 1995 bis 2022, Quelle: [Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen](#), Zugriff am 03.03.2023

Zu den Änderungen in § 113c SGB XI

Zu begrüßen ist die vorgesehene Anpassung des § 113c SGB XI, um mehr Pflegehilfskräften die Möglichkeit zu eröffnen, durch Weiterqualifizierung zur Pflegeassistentkraft ausgebildet werden zu können. Aufgrund der Arbeitsmarktlage ist es wichtig, dass für die Arbeitgeber und Arbeitnehmenden Flexibilität vereinbart und Chancen geschaffen werden, dass auch Pflegehilfskräfte, die sich in der Weiterqualifizierung befinden, als zusätzliches Personal nach der neuen Personalbemessung anerkannt und vor allem auch refinanziert werden. Insbesondere die Ergänzung, dass landesspezifische Regelungen zur Erlangung des Abschlusses Pflegeassistentkraft ohne separate Ausbildung, sondern durch Anerkennung der beruflichen Qualifikation und einer sogenannten Externenprüfung (wie sie beispielsweise bereits in Nordrhein-Westfalen existiert) berücksichtigt werden, ist sinnvoll, um Wahlmöglichkeiten für die Arbeitnehmenden zu schaffen, die bereits langjährig als Pflegehilfskräfte in der Altenpflege tätig sind. Eine weitere Ausbildung in Vollzeit kann eine Hürde für Arbeitnehmende darstellen, die aus den unterschiedlichsten Gründen abgelehnt wird. Die Externenprüfung entspricht den rechtlichen Prüfungsinhalten einer regulären Abschlussprüfung im Rahmen der staatlich anerkannten Berufsausbildung zur Pflegefachassistenz. Sie ist eine sinnvolle Möglichkeit für die Arbeitnehmenden, insbesondere mit mehreren Jahren relevanter Berufserfahrung in der Pflege, sich weiterzuentwickeln, einen staatlich anerkannten Berufsabschluss zu erlangen und dafür auch höher vergütet zu werden.

Das Land Nordrhein-Westfalen hat die Externenprüfung 2021 eingeführt. Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann sagt dazu: „Nordrhein-Westfalen ist mit der Möglichkeit zur Externenprüfung bundesweiter Vorreiter bei der Anerkennung von Leistung und Praxiserfahrung in der Pflege. Hiervon profitieren alle Seiten: ungelernte, aber erfahrene Kräfte, die eine Chance auf beruflichen Aufstieg erhalten, das Pflorgeteam, das fachlich versierte Verstärkung bekommt, und die zu Pflegenden. Denn mit den nachgewiesenen Kompetenzen in der Pflegefachassistenz wachsen der Aufgaben- und Verantwortungsbereich und damit auch die Qualität der Pflege.“ Auch in Schleswig-Holstein gibt es die Möglichkeit, Berufserfahrung anerkennen zu lassen.

Daher schlägt der AGVP vor, dass die Externenprüfung in allen Bundesländern eingeführt wird, um die Kompetenzen der bereits erfahrenen Pflegehilfskräfte ohne langwierige Vollzeitausbildung anzuerkennen und dadurch eine Schnellspur zur Weiterqualifizierung als Pflegeassistent zu schaffen.

Hintergrund ist, dass die Pflegeassistentkräfte, die mit der neuen Personalbemessung ab 1. Juli 2023 eingesetzt werden können, in dem Umfang nicht auf dem Arbeitsmarkt verfügbar und auch nicht zeitnah qualifiziert werden können. Wichtig ist, dass das zusätzlich vorgehaltene Personal nach § 113c SGB XI auch vollumfänglich von den Kostenträgern refinanziert wird. Noch wichtiger wäre auch die Refinanzierung der Weiterqualifizierung.

Hier bittet der AGVP das BMG in Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und der Bundesagentur für Arbeit zu prüfen, inwiefern vorhandene Förderprogramme für die Weiterqualifizierung von Pflegehilfs- zu Pflegeassistentkräften durch die Arbeitnehmenden und Arbeitgeber genutzt werden können.

Des Weiteren ist es wichtig, dass auf Landesebene in entsprechende Strukturen zur Aus- und Weiterbildung qualifizierter Hilfs- zu Assistentkräften investiert wird, um lange Warte- oder auch Fahrtzeiten zu vermeiden. Die Ausweitung des Datums auf den 30. Juni 2028 ist zwar eine Option nachweisen zu können, dass die Pflegehilfskraft zum nächstmöglichen Zeitpunkt

Stand: 06.03.2023

die Ausbildung beginnt, wenn nicht bereits eher die Ausbildung aufgrund fehlender Strukturen aufgenommen werden konnte. Allerdings zeigt es auch die strukturellen Defizite in den Ländern, erst die Ausbildungsstrukturen aufzubauen, um dann auch die Weiterqualifizierung in ausreichender Anzahl anbieten zu können.

Auch die Aufnahme der Regelung, dass Pflegeassistentenkräfte in Anerkennung, die aus dem Ausland zugewandert sind, bereits in den Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten beschäftigt werden können, ist für die Praxis hilfreich und ergänzt die aktuell vorgesehenen Regelungen in der Weiterentwicklung der Fachkräfteeinwanderung. Demnach soll es künftig möglich werden, Pflegeassistentenkräfte aus Drittstaaten mit anerkanntem Abschluss in Deutschland beschäftigen zu können.

Das sich die Regelungen zur Weiterqualifizierung jeweils auf das Bundesland beziehen, in dem der Arbeitgeber sitzt, ist in Zeiten der generalistischen Pflegefachkraftausbildung unverständlich. Spätestens jetzt muss der Gesetzgeber erkennen, dass eine bundeseinheitliche Pflegeassistentenausbildung dringend benötigt wird. Bereits zum Gesetzgebungsverfahren zum Pflegeberufgesetz hatte der AGVP angeregt, mit der erfolgreich abgeschlossenen Zwischenprüfung gleichzeitig den Abschluss zur Pflegeassistenz zu erwerben. Damals haben die Länder die Chance verpasst, denn sie hätten aufgrund der auf Landesebene geregelten Ausbildung zustimmen müssen. Bis heute können sich die Länder nicht auf eine gemeinsame Ausbildungsordnung einigen, vielmehr ist zu hören, dass frühestens 2026 mit einer Entscheidung zu rechnen sei. Aus Sicht des AGVP kann sich Deutschland keinen Aufschub mehr leisten. **Wir brauchen endlich eine einheitliche Ausbildung im Assistenzbereich, die bundesweit anerkannt ist und dadurch die Durchlässigkeit und die Wahl des Arbeitsortes erleichtert.**

Es bleibt abzuwarten, inwiefern tatsächlich realistische, bundesweit einheitliche Mindestpersonalvorgaben vereinbart werden können. Bereits die Diskussion im Qualitätsausschuss zur Ermittlung des Personalbedarfs haben gezeigt, dass die Ergebnisfindung schwierig ist. Seit einigen Jahren werben wir bereits dafür, die Tätigkeiten in der Altenpflege nach Kompetenzen zu sortieren und examinierte Pflegefachkräfte nur die Tätigkeiten ausführen zu lassen, die nicht an Pflegehilfs- oder Pflegeassistentenkräfte delegiert werden können. Auch Professor Rothgang hat in seiner Studie zur neuen Personalbemessung herausgearbeitet, dass durch die neue Aufgaben- und Kompetenzverteilung examiniertes Pflegepersonal entlastet werden kann. Er hat in seiner Studie einen Qualifikationsmix von 40 Prozent examinierten Pflegefachkräften, 30 Prozent Pflegehilfskräften und 30 Prozent Assistentenkräften mit ein- oder zweijähriger Ausbildung vorgeschlagen. Vor allem die Anzahl der qualifizierten Pflegeassistentenkräfte ist auf dem aktuellen Arbeitsmarkt einfach nicht verfügbar.

Bundeseinheitliche Personaluntergrenzen zu vereinbaren, wird mit dem Wissen, dass in den nächsten zehn bis zwölf Jahren bis zu 500.000 Pflegefachkräfte in Rente⁶ gehen werden, nicht einfacher. Aufgrund der demografischen Entwicklung fehlen in mindestens gleicher Anzahl junge Menschen, die potenzielle Arbeitnehmende für die Pflegeberufe werden können. Zusätzliche ausgeschriebene oder geforderte Personalstellen können schon heute kaum besetzt werden, wenn nicht von anderen Arbeitgebern aus der Altenpflege oder aus dem Krankenhaus abgeworben wird oder teure Leiharbeitskräfte eingesetzt werden, deren Kosten die Pflegeunternehmen alleine tragen müssen.

⁶ Pressemitteilung zur Studie der Hans-Böckler-Stiftung: „Ich pflege wieder, wenn...“ vom 03.05.2022, <https://www.boeckler.de/de/pressemitteilungen-2675-neue-studie-mindestens-300-000-zusätzliche-pflegekräfte-40798.htm>, Zugriff am 03.03.2023

Aus der starren Fachkraftquote von mindestens 50 Prozent Fachkräften in der Altenpflege, die in den 90er Jahren ohne wissenschaftlich fundierte Ermittlung festgelegt wurde, muss der Gesetzgeber lernen und eine möglichst hohe Flexibilisierung im Personaleinsatz einführen. Eine flexible Regelung würde auch den bedarfsgerechten, nach Pflegeaufwand orientierten Vorschlag zum Personaleinsatz von Prof. Rothgang berücksichtigen. Für die Praxis bedeutet dies, dass Abweichungen auch von der Mindestpersonalvorhaltung je nach Pflegeaufwand möglich sein müssen und nicht gleich zu Bettensperrungen führen dürfen, wenn diese innerhalb eines kurzen Zeitraumes erfolgen, z.B. bei ein- oder zweitägigen Fortbildungen. Da der Pflegeaufwand i.d.R. vom Pflegegrad der jeweils zu versorgenden Person abhängen, können auch Mindestpersonalvorgaben zu starr sein, wenn sich innerhalb kurzer Zeit der Pflegegradmix insbesondere in der stationären Pflege ändert. Bedarfsgerechte Personalvorgaben sollten so bemessen sein, dass eine qualitativ hochwertige, individuelle Pflegeversorgung gewährleistet ist.

Änderungsvorschlag zum § 113c Abs. 8 SGB XI:

Aufgrund der aktuellen Arbeitsmarktsituation und der Weiterqualifizierungsbedarfe für Pflegeassistentenpersonal schlägt der AGVP vor, den Zeitpunkt, zu dem das erste Mal Personaluntergrenzen festgelegt werden sollen, um mindestens ein Jahr auf den 1.1.2025 zu verschieben.

*„(8) Das Bundesministerium für Gesundheit legt alle zwei Jahre, erstmals bis zum ~~31. Dezember 2023~~ **1. Januar 2025**, im Einvernehmen mit dem [...]“*

Zu den § 123 und § 124 (neu) SGB XI

Es ist nachvollziehbar, dass das BMG an der Weiterentwicklung der pflegerischen Konzepte und der Erprobung neuer wohnortnaher Konzepte zur Verbesserung der Altenpflege interessiert ist. Nicht nachvollziehbar ist, weshalb nur für Modellprojekte, die es ja bereits jetzt schon zahlreich gibt, eine Grundlage im SGB XI geschaffen wird. Vor allem, weil für die Modellprojekte eine maximale Länge von fünf Jahre vorgeschrieben sein soll. Viel dringender ist ein gesetzlicher Weg, der genau solche Modellprojekte und Wohnformen, die heute schon existieren, sich bewährt haben und von Kommunen sowie Pflegekassen unterstützt werden, in die Regelversorgung überführt. Vor allem für die pflegebedürftigen Personen, die bereits jetzt in solchen Einrichtungen versorgt werden und sich wohl fühlen, für die Mitarbeitenden und Betreiber würde dadurch die Sicherheit des Fortbestands und der Langfristigkeit geschaffen. Das wäre eine echte und dringend notwendige Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung in Deutschland.

Daher schlägt der AGVP folgende Ergänzung im SGB XI vor:

Ergänzung zum vorgelegten Referentenentwurf PUEG im SGB XI:

Nach der Angabe zu § 45f SGB XI sollen folgende Angaben zum Siebten Abschnitt eingefügt werden:

„Siebter Abschnitt Neue Versorgungsformen zum Abbau der Sektorengrenzen

§ 45g Verträge zur Integration stationärer und ambulanter Pflege und Krankenpflege“

In § 28 Abs. 1 wird nach Nummer 15 folgende Nummer 16 angefügt:
„16. Leistungssektoren übergreifende stationäre, teilstationäre und häusliche Pflege auf Grundlage besonderer, integrierter Versorgungsverträge (§ 45g)“

Nach § 45f wird folgender neuer Abschnitt eingefügt:

„Siebter Abschnitt Neue Versorgungsformen zum Abbau der Sektorengrenzen § 45g Verträge zur Integration stationärer und ambulanter Pflege und Krankenpflege“

- (1) Die Landesverbände der Pflegekassen können mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen auch unter Einbeziehung von Leistungserbringern nach § 132a Abs. 4 SGB V im Einvernehmen mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land besondere Verträge zur Weiterentwicklung und Integration stationärer, teilstationärer und ambulanter Versorgungsformen schließen, um stationäre, teilstationäre und häusliche Pflege sowie Krankenpflege nach dem SGB V zu kombinieren und dadurch eine Leistungssektoren übergreifende, integrierte Versorgung sicherzustellen, die am individuellen Bedarf des einzelnen Pflegebedürftigen ausgerichtet ist.
- (2) In den Verträgen nach Absatz 1 ist das Nähere über Art, Inhalt und Umfang der zu erbringenden Leistungen (Basisleistungen und Wahlleistungen) der integrierten Pflegeversorgung zu regeln. Die Verträge sollen Regelungen zur Personalausstattung der beteiligten Leistungserbringer, zur Qualitätssicherung, Dokumentation, Finanzierung und zur Vergütung und Abrechnung der Leistungen sowie zur Wahlfreiheit der Versicherten und zur Einbeziehung pflegender

Angehöriger und sonstiger pflegender Personen enthalten; insofern können die Parteien Abweichendes von diesem Gesetz vereinbaren, soweit dies zur Umsetzung der Ziele der sektorenübergreifenden integrierten pflegerischen Versorgung erforderlich ist. Die heimrechtlichen Vorschriften des Landes sind zu beachten.

- (3) In Verträgen nach Absatz 1 ist die Vereinbarung einer einheitlichen und pauschalen Vergütung für Leistungskomplexe zulässig, welche neben Leistungen aufgrund dieses Gesetzes auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V umfassen. Soweit die Vertragspartner Regelungen nach Satz 1 treffen, geht die Finanzierungszuständigkeit von den Krankenkassen auf die Pflegekassen über.

Zum § 125b SGB XI

Die Digitalisierung in der Altenpflege zu fördern, ist wichtig, um die Akzeptanz im täglichen Einsatz zu erhöhen und die Potenziale aufzuzeigen, die die Digitalisierung mitbringt. Des Weiteren ist die Vernetzung der unterschiedlichen Akteure auch über die reine Fachpflege drüber hinaus wichtig, um die sektorübergreifende Zusammenarbeit auch endlich in die Praxis umzusetzen und Synergien der multiprofessionellen Zusammenarbeit für die Verbesserung der pflegerischen Versorgung, aber auch zur Entlastung und zum Bürokratieabbau zu nutzen. Sehr kritisch sieht der AGVP allerdings, dass dafür Mittel i.H.v. 10 Mio. Euro aus dem Ausgleichsfond genommen werden sollen. Angesichts der weiter steigenden Kosten für die pflegerische Versorgung, die Anbindung an die TI und den benötigten Ausbau der pflegerischen Aus- und Weiterbildung kann sich der Bund keine weitere Leistungsausweitung erlauben, die nicht unmittelbar der pflegerischen Versorgung dient. Die Finanzierung der aktuell davongaloppierenden Kosten für die Pflege ist nicht gesichert und auch die vorgesehene Anhebung der Beiträge zur Pflegeversicherung werden nicht zu einer auskömmlichen Finanzierung beitragen. Weitere Mittel dem Ausgleichsfond zu entziehen, der u.a. dafür errichtet wurde, um die Pflegekassen finanziell auszustatten, ist höchst gefährlich und nicht zukunftsgerichtet.

Stattdessen schlägt der AGVP vor, bereits bestehende Förderprogramme wie „go-digital“⁷ des BMWK auch für Pflegeunternehmen zu öffnen und bestehende Beratungsstrukturen zu nutzen.

⁷ <https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Artikel/Digitale-Welt/foerderprogramm-go-digital.html>, Onlinezugriff am 03.03.2023

Zu den § 39 und 42a SGB XI

Bereits heute können häufig Anfragen zur Verhinderungs- und auch Kurzzeitpflege von den ambulanten Diensten und stationären Pflegeeinrichtungen kaum erfüllt werden. Oft liegt es an den fehlenden personellen Kapazitäten oder den fehlenden wohnortnahen Kurzzeitpflegeplätzen.

Die Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege können schon heute miteinander kombiniert werden, indem die Hälfte des Betrags der Kurzzeitpflege für die Verhinderungspflege eingesetzt wird. Eine Kombination beider Leistungen zu einem Jahresbetrag ist daher sinnvoll, allerdings bleibt der Betrag weiter gleich, denn schon aktuell erhalten Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 bis zu 3.386 Euro pro Jahr bei der Kombination beider Leistungen. Allerdings reicht auch der Betrag oft nicht aus, um alle pflegebedingten Kosten der Kurzzeitpflege abzudecken. Hinzu kommt, dass vom Pflegebedürftigen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten generell in Eigenleistung zu tragen sind.

Wenn Bund und Länder den Aufbau der Versorgungsstrukturen für die Kurzzeit und Verhinderungspflege fördern, hilft es auch nicht, wenn die Betroffenen einen Anspruch auf diese Leistungen, nicht jedoch eine garantierte und vor allem wohnortnahe Versorgung haben. Vor allem bei kurzfristigen Bedarfen gibt es oft keine freien Kapazitäten. Vor allem für jüngere Pflegebedürftige (unter 40 Jahren) ist es bereits heute extrem schwer, zielgruppengerechte Kurzzeitpflegeplätze zu finden.

2017 hat das IGES Institut in einer Studie zur Kurzzeitpflege in Nordrhein-Westfalen herausgefunden, dass die Anzahl der nur für Kurzzeitpflege vorgesehenen Plätze zurückgegangen ist, wohingegen sich die Zahl der eingestreuten und flexibel nutzbaren Kurzzeitpflegeplätze sich erhöht hat. Als Gründe für den Rückgang der Kurzzeitpflegeplätze wurden schon 2017 Wirtschaftlichkeitsprobleme genannt, die sich vor allem „*infolge der naturgemäß häufigen Bewohnerwechsel, des durchweg höheren Pflegeaufwands, der ungünstigen Refinanzierungsbedingungen sowie teilweise der im Jahresverlauf schwankenden Auslastung*“ ergaben.⁸

Zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ist es daher unbedingt erforderlich, die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die Kurzzeitpflege und für ambulante Dienste zur Erbringung von Verhinderungspflege zu verbessern und die Kommunen in die Investitionskostenfinanzierung mit einzubinden.

⁸ IGES Institut: Wissenschaftliche Studie zum Stand und zu den Bedarfen der Kurzzeitpflege in NRW, Dezember 2017, https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e22175/e22735/e22740/e22742/attr_obs22744/IGES_Kurzzeitpflege_in_NRW_122017_ger.pdf, Onlinezugriff am 03.03.2023

Zum § 43c SGB XI

Die prozentual steigende Entlastung der pflegebedingten Kosten je nach Länge des Aufenthalts in einer stationären Pflegeeinrichtung, die mit dem GVWG eingeführt wurde, entlastet aufgrund der enormen Kostensteigerungen in 2022 durch die Umsetzung der tariflichen Bezahlung für die Beschäftigten und die gestiegenen Sach- und Investitionskosten insbesondere die Pflegebedürftigen innerhalb der ersten 12 Monate in einer stationären Pflegeeinrichtung nicht.

Der Verband der Ersatzkassen (vdek) hat Anfang des Jahres sehr eindrücklich aufgeführt, dass die vom Gesetzgeber eingeführten Entlastungsbeträge noch vor Umsetzung der tariflichen Bezahlung im September 2022 durch das inflationsbedingte Hochschnellen der Sachkosten, insbesondere bei Unterkunft und Verpflegung, keine Wirkung mehr hatten und die zu zahlenden Eigenanteile weiter anstiegen. Hinzu kamen im vierten Quartal 2022 die deutlich gestiegenen Lohnkosten für die Pflegekräfte und die Anhebung des Pflege- und des gesetzlichen Mindestlohns.

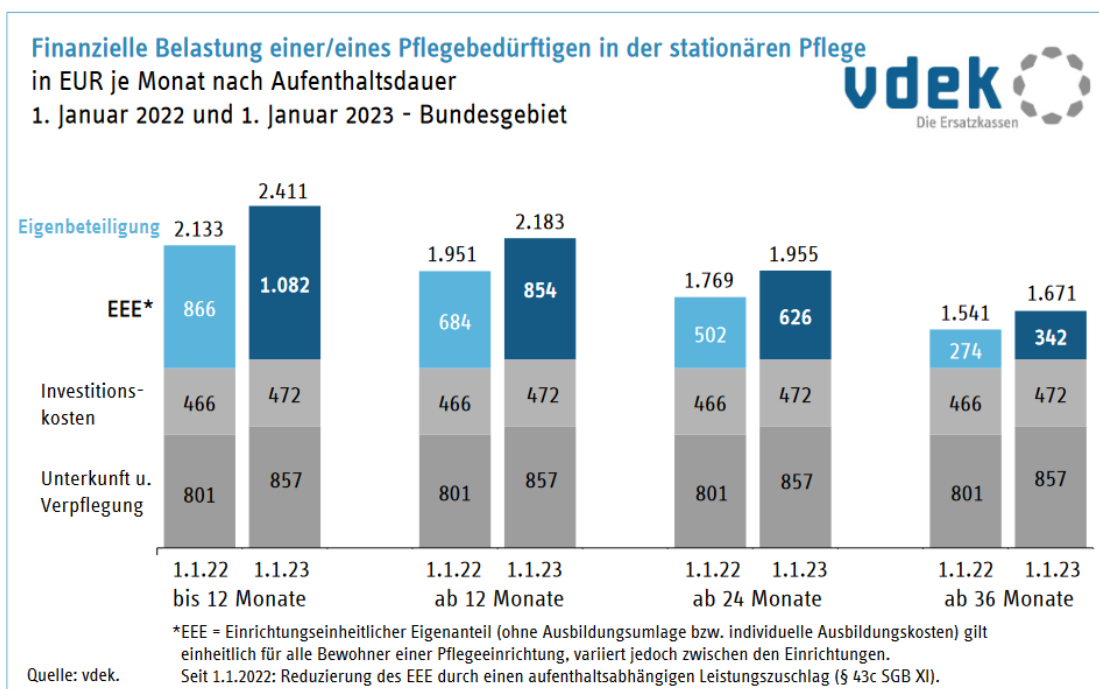


Abbildung 2: Durchschnittliche finanzielle Belastung Pflegebedürftiger in der stationären Pflege im Vergleich 2022 zu 2023, Quelle: vdek

Innerhalb der letzten fünf Jahre ist der durchschnittliche einrichtungseinheitliche Eigenanteil um satte 82,5 Prozent gestiegen und hat sich damit fast verdoppelt! Betrag er zum 01.01.2018 noch durchschnittlich 593 Euro, so liegt er zum 01.01.2023 bereits bei 1.082 Euro. Hinzu kommen die Kostensteigerungen bei den Investitionskosten (+2 Prozent innerhalb von fünf Jahren) und in der Unterkunft und Verpflegung (+20 Prozent), die vom Pflegebedürftigen zusätzlich bezahlt werden müssen.

Demzufolge ist nicht verwunderlich, dass die Anträge auf „Hilfe zur Pflege“ deutlich steigen und die Kommunen auf der Kostenbremse stehen, insbesondere wenn es um die Erstattung der Investitionskosten für Empfänger der „Hilfe zur Pflege“ geht. Speziell die privaten Pflegeunternehmen klagen über deutliche Kürzungen der Investitionskostensätze.

Leider ermittelt das Statistische Bundesamt nur einmal jährlich für das vergangene Jahr die Ausgaben zur „Hilfe zur Pflege“, demnach liegen aktuell nur Zahlen bis 2021 vor. Doch schon ohne Umsetzung der Tarifpflicht und ohne die kriegsbedingte Inflation sind die Ausgaben für die Sozialhilfe auf 15,3 Mrd. Euro gestiegen (+6,5 Prozent zu 2020). Für 2022 und 2023 ist mit weiter steigenden Anträgen zu rechnen. Für die Pflegeunternehmen hat das direkte finanzielle Folgen. Zunächst müssen Anträge auf „Hilfe zur Pflege“ beim Sozialamt gestellt werden. Dieser Prozess dauert nach Einzelfallprüfung in der Regel drei bis sechs Monate. Das sind viele Monate, in denen das Pflegeunternehmen aus eigenen Mitteln die Kosten für Pflege, Unterkunft, Versorgung und Investitionen für die Person vorfinanzieren muss, die den Sozialhilfeantrag gestellt hat. Erst nach positivem Bescheid durch den Sozialhilfeträger wird das Pflegeunternehmen für die pflegerische Versorgung bezahlt. Ein Pflegeunternehmen ist keine Bank. Die Vorauszahlungen beeinträchtigen die Liquidität deutlich und können zur unverschuldeten finanziellen Schieflage oder sogar zur Insolvenz führen.

Völlig unklar ist, wie der Gesetzgeber sich für die Finanzierbarkeit stationärer Pflege für Pflegebedürftige einsetzen wird, denn die einmalige Anhebung der prozentualen Entlastungsbeträge wird die Kostenlawine der selbst zu finanzierenden Kosten nicht aufhalten. Stattdessen werden Pflegebedürftige und Betroffene immer eher damit konfrontiert, ob die Versorgung in der stationären Pflege überhaupt noch leistbar ist oder auch bleiben wird. Die Gefahr besteht, dass zukünftig mehr Arbeitnehmende entweder ihre Arbeitszeit reduzieren oder für einen längeren Zeitraum aus dem Erwerbsleben ausscheiden werden, um ihre Angehörigen zu versorgen. Nicht nur, weil professionelle Pflege immer teurer und der Anteil der in Eigenleistung zu finanzierenden Beträge immer höher wird, sondern weil mehr und mehr Pflegestrukturen, insbesondere in den ländlichen Regionen wegbrechen und die herausfordernde Arbeitsmarktlage für Pflegefachkräfte die Pflegeunternehmen dazu zwingen wird, Wartelisten für die ambulante und stationäre Versorgung führen zu müssen. Nicht nur die pflegerische Versorgung, sondern auch die Leistungsfähigkeit der deutschen Wirtschaft sind in Gefahr, wenn der Gesetzgeber keine echte Pflegereform umsetzt.

Folgende Reformen, die auch den Eigenanteil Pflegebedürftiger senken, sind aus Sicht des AGVP dringend notwendig:

1. Die Länder müssen ihren Investitionskostenverpflichtungen nachkommen.

Vor dem Hintergrund deutlich gestiegener Kosten für Baumaterialien und Handwerkerleistungen steigen auch die Investitionskosten zum Erhalt und zur Modernisierung von stationären Pflegeeinrichtungen enorm. Die Länder kommen jedoch überwiegend der gesetzlichen Vorgabe, die durch die Pflegeversicherung auftretenden Einsparungen in der Sozialhilfe zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen zu nutzen, nicht nach. Dies kritisierte das BMG bereits 2020, passiert ist seitdem jedoch nichts.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 hatten sich Bund und Länder darauf geeinigt, dass Einsparungen, die den Ländern als Träger der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen, zur Investitionskostenfinanzierung von Pflegeeinrichtungen herangezogen werden sollten. Die eingesparten Summen bewegen sich in einer Größenordnung von etwa fünf Milliarden Euro, so das BMG. Die Höhe der Fördersumme alle Länder beträgt jedoch etwas über 800 Mio. Euro und das trotz steigender Investitionskosten, die auf die Pflegebedürftigen umgelegt werden müssen. Je nach Bundesland zahlen die Pflegebedürftigen in der stationären Pflege aktuell pro Monat zwischen 307 (Sachsen-Anhalt) bis 567 Euro (Hamburg und NRW), die ihnen wieder zur Verfügung ständen, wenn die Länder ihren Investitionskostenverpflichtungen nachkämen. Des Weiteren muss die Praxis der

Sozialhilfeträger gestoppt werden, eigenmächtig die Investitionskostenzuschüsse bei „Hilfe zur Pflege“-Empfängern zu kürzen. Eine hochwertige Versorgung und eine bezahlbare Altenpflege können zukünftig nur durch die stärkere Einbindung der Kommunen erfüllt werden, denn diese profitieren von gut funktionierenden Pflegestrukturen vor Ort. Daher fordert der AGVP die Länder auf, ihren Investitionskostenverpflichtungen aus dem § 82 SGB XI nachzukommen und die Pflegebedürftigen bei den Investitionskosten vollständig zu entlasten.

2. Für die **Ausbildungskosten** müssen die Pflegekassen, gern auch in Benehmen mit den Ländern, aufkommen.
Endlich muss das Ziel aus dem Koalitionsvertrag umgesetzt und die Ausbildungsumlage aus den Gesamtkosten für den Pflegeplatz für Pflegebedürftige herausgenommen werden. Die Kosten für die Ausbildung fließen mit in die Gesamtkosten für einen Pflegeplatz oder für Leistungen der ambulanten Pflegedienste und müssen anteilig von den Pflegebedürftigen gezahlt werden. Im BARMER Pflegereport 2020 wurde eine durchschnittliche Belastung der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege zur Finanzierung der Ausbildungskosten von 67 Euro pro Monat ermittelt. Daher fordert der AGVP den Gesetzgeber auf, die Kosten für die Ausbildung aus der Pflegeversicherung zu zahlen und nicht den Pflegebedürftigen zu überlassen (**Änderung des § 82a SGB XI**).
3. Wenn ein generelles Verbot der **Zeitarbeit** nicht möglich ist, muss diese **wirksam eingeschränkt** werden, indem Zeitarbeitsfirmen dazu verpflichtet werden, dass Pflegefachkräfte den Pflegeunternehmen maximal bis zur Höhe der regional üblichen Entgelte oder der von den Pflegekassen anerkannten tariflichen Vergütung zuzüglich eines Verwaltungsaufwands von maximal 20 Prozent in Rechnung gestellt werden dürfen. Aktuell werden bis zu 11.000 € für Pflegefachkräfte in Rechnung gestellt, die nicht in den Pflegesatzverhandlungen geltend gemacht und daher von den Pflegebedürftigen zusätzlich finanziert werden müssen. Aus Sicht der Pflegeunternehmen findet durch die exorbitanten Preise für Leiharbeitspersonal eine deutliche Wettbewerbsverzerrung durch die Zeitarbeitsunternehmen statt, die sich die gesetzlich verordnete Abhängigkeit der Pflegebranche durch die vorgegebenen Personalschlüssel zunutze gemacht haben. Zusätzlich sollten die Zeitarbeitsunternehmen an den **Kosten zur Ausbildung in der Pflege, bspw. durch eine Sonderabgabe, beteiligt** werden.

Zudem lässt der Gesetzentwurf weitere wichtige Gesetzesänderungen vermissen, die für die Pflegeunternehmen und den Erhalt der pflegerischen Strukturen dringend notwendig sind.

Diese führt der AGVP nachfolgend auf:

1. Die Kalkulationsgrundlage für Pflegesatzverhandlungen muss gesetzlich auf eine realistische Auslastung von 90 Prozent in der stationären Altenpflege festgelegt werden.

Bei Ist-Auslastung unter 90 Prozent muss die tatsächliche Auslastung als Durchschnittswert des Vorjahres angesetzt werden. Dies muss für die Pflegesätze als auch für die Investitionskostensätze gelten. Hintergrund ist, dass insbesondere durch die Corona-Pandemie die Belegung eingebrochen ist und bis dato nicht aufgeholt werden konnte. Die durchschnittliche Belegung liegt nach einer aktuellen Umfrage bei unseren Mitgliedsunternehmen bei lediglich 82 Prozent. Die Folge: Die Pflegeunternehmen haben unverschuldet ihre wirtschaftliche Grundlage verloren, denn die Preise für den stationären Pflegeplatz werden je nach Bundesland auf der Basis einer 96- bis 98-prozentigen Auslastung kalkuliert. § 84 Abs. 2 Satz 4 SGB XI schreibt vor: *„Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen“*. Eine wirtschaftliche Betriebsführung ist für die Pflegeeinrichtungen aktuell und voraussichtlich auch bis Ende des Jahres 2023 nicht möglich. Die Pflegeunternehmen schreiben Verluste, die zu katastrophalen Konsequenzen führen, von Betriebsaufgaben bis hin zu Insolvenzen.

Das Bundessozialgericht hat in einem Urteil vom 16.05.2013 (B 3 P 2/12 R) klargestellt, dass die Auslastungsquote realistisch angesetzt werden soll und bei ordnungsgemäßer Betriebsführung auch zu einem Unternehmensgewinn führen kann. Die Kostenträger lassen bisher keine Verhandlungen zur realen Auslastung zu. Deshalb schlägt der AGVP vor, den § 84 Abs (5) SGB XI um einen neuen Punkt 4. zu ergänzen:

§ 84 Abs (5) SGB XI

„Neu 4. Eine kalkulatorische Auslastung von 90 Prozent. Eine abweichende reale Auslastung nach unten kann mit entsprechender Begründung zugrunde gelegt werden.“

2. Weiter bedarf es einer dringenden finanziellen Überbrückung durch den Bund, wenigstens bis zum Ende 2023, bis die Unternehmen wieder das Belegungsniveau der Vor-Corona-Zeit erreicht haben.

3. Die neu veröffentlichten Durchschnittsentgelte sind für Pflegeunternehmen mit gültiger Vergütungsvereinbarung erst mit Abschluss einer neuen Vergütungsvereinbarung und damit der gesicherten Refinanzierung umzusetzen.

Es gibt große Schwierigkeiten mit der Umsetzung der neuen regionalen Durchschnittsentgelte, die Ende November 2022 veröffentlicht und seit dem 1. Februar 2023 für die anwendenden Unternehmen verpflichtend umzusetzen sind.

Hintergrund ist, dass die aktuell gültigen Vergütungsvereinbarungen oft erst Mitte bis Ende 2022 geschlossen wurden und in der Regel eine Laufzeit von mindestens zwölf Monaten haben. Mit den seit Februar 2023 verpflichtend anzuwendenden neuen regionalen Durchschnittsentgelten entsteht somit eine erhebliche Finanzierungslücke, denn es ist für die Pflegeunternehmen praktisch nicht umsetzbar, die bestehenden

Stand: 06.03.2023

Vergütungsvereinbarungen mit den Pflegekassen zum Februar 2023 unterjährig, vor Ende der vereinbarten Laufzeit, anzupassen und zu erhöhen. Darüber hinaus gibt es noch immer Pflegeeinrichtungen, deren Anträge auf Vergütungsverhandlung aus dem September 2022 noch immer nicht bearbeitet werden konnten, weil das Personal bei den Pflegekassen fehlt. Ergo haben sie noch keine neue Vergütung und müssten die erneuten Lohnerhöhungen ab Februar 2023 zusätzlich aus eigener Tasche zahlen. Die finanziellen Spielräume sind vielerorts bei den Unternehmen erschöpft, vor allem weil noch immer die Energiekosten vorfinanziert werden müssen.

Aus Sicht des AGVP ist eine Bestands- oder Übergangsregelung notwendig, um Sicherheit für alle Beteiligten zu schaffen. Praktisch umsetzbar wäre lediglich die Einhaltung der bereits vereinbarten Gehälter während der Vertragslaufzeit der Vergütungsvereinbarung. Mit Abschluss der neuen Vergütungsvereinbarung wären dann auch die neuen regionalen Durchschnittsentgelte zu zahlen und die Finanzierung durch die Pflegekassen gesichert. Der AGVP schlägt vor, den § 82c Abs. 5 SGB XI folgendermaßen anzupassen:

§ 82c Abs. 5 SGB XI

„Für Pflegeeinrichtungen und ambulante Dienste mit bestehendem Versorgungsvertrag und mit gültigen Vergütungsvereinbarungen sind diese erst mit der neu geschlossenen Vergütungsvereinbarung und der erfolgten Anpassung des Versorgungsvertrages umzusetzen.“



Herrn
Dr. Martin Schölkopf
Bundesministerium für Gesundheit
Leiter der Abteilung 4 (Pflegeversicherung und Stärkung)
Friedrichstraße 108
11055 Berlin

E-Mail: Martin.Schoellkopf@bmg.bund.de

Berlin und München, den 10. März 2023

Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG: Umsetzungsaufwand und Übergangsfrist für den kinderzahlbezogenen Beitragsrabatt in der gesetzlichen Pflegeversicherung

Sehr geehrter Herr Dr. Schölkopf,

leider erst kurz nach dem Abschluss der ministeriellen Anhörungen über den Referentenentwurf zum PUEG (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz) sind wir auf das angelaufene Gesetzgebungsverfahren aufmerksam geworden.

Dieses führt insbesondere mit Blick auf den frühen Zeitpunkt des Inkrafttretens (1. Juli 2023) und die knapp bemessene Übergangsfrist für die Umsetzung des künftig kinderzahlbezogenen Beitragsrabatts (6 Monate) zu einer negativen Betroffenheit von Versorgungsträgern der betrieblichen Altersversorgung, die im Rahmen des Zahlstellenverfahrens als „beitragsabführende Stellen“ im Sinne des Gesetzes fungieren.

Betroffen sind u.a. rund 50.000 Unternehmen als Versorgungsträger im Rahmen einer Direktzusage, geschätzt über 3.000 Unterstützungskassen, sowie jeweils rund 80 Lebensversicherungsunternehmen, 130 Pensionskassen und 30 Pensionsfonds. Hinzu kommen die Träger der öffentlich-rechtlichen und kirchlichen Zusatzversorgung.

Diese Versorgungsträger erbringen, basierend auf Erkenntnissen wie bspw. der BMAS-Studie Alterssicherung in Deutschland (ASID 2019) aktuell knapp 6 Mio. Betriebsrenten in Form laufender monatlicher Leistungen. Hinzu käme noch eine erhebliche, aber nicht präzise zu quantifizierende Zahl von Beziehern einer Kapitalleistung im Zeitraum von 120 Monaten nach der Auszahlung (120-tel-Methode nach § 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V).

Ganz allgemein formuliert, würden wir uns mit Blick auf diese Größenordnungen freuen, wenn die aba als Fachverband und die AKA als Fachorganisation für den Bereich der kommunalen und kirchlichen Altersversorgung künftig bei vergleichbaren Gesetzgebungsverfahren des Bundesministeriums für Gesundheit mit in den Kreis der angehörten Verbände aufgenommen würde. Als Beispiel aus der jüngsten Vergangenheit ist in diesem Zusammenhang die Änderung in § 202 SGB V im Rahmen des 8. SGB IV-Änderungsgesetzes zu nennen, bei der ebenfalls die Interessenvertreter und Einrichtungen der betrieblichen Altersversorgung im Vorfeld nicht informiert, geschweige denn zur Stellungnahme aufgefordert worden sind.

Im speziellen Fall des PUEG stellt sich die Betroffenheit der Versorgungsträger aus dem Bereich der betrieblichen Altersversorgung einschließlich der Zusatzversorgung wie folgt dar.

Sie müssten unter hohem Zeitdruck durch eigene Erhebungen die vorhandenen Kenntnisse über die Elterneigenschaft in ihren Datenbeständen um Daten zur tatsächlichen Kinderzahl ergänzen. Dies verursacht einen hohen Aufwand, der die Schätzungen zum Erfüllungsaufwand im Referentenentwurf deutlich übertreffen dürfte.

- Das am 1. Januar 2005 eingeführte eltern- bzw. versichertenfreundliche Verfahren zum Nachweis der Elterneigenschaft ist auf Seiten der beitragsabführenden Stellen mit einem hohen Aufwand verbunden. Auch nach Inkrafttreten des PUEG wird der Aufwand für die Datenerhebung weiterhin bei ihnen liegen. Alternativen wie eine Zuständigkeitszuweisung an die Pflegekassen, die u.E. die gewonnenen Erkenntnisse, über die im Rahmen des Zahlstellenverfahrens etablierten Schnittstellen den Zahlstellen zur Verfügung stellen könnten, wurden offenbar nicht erwogen. Wie bisher müssen Versorgungsträger also Kapazitäten für ausreichend geschulte Mitarbeiter vorhalten, die in der Lage sind, die Vielzahl der anerkannten Belege (Geburtsurkunde, Auszüge aus Familienbuch oder Geburtenregister, Nachweise über Adoptionen oder Pflegefamilien, Kindergeld- oder Steuerbescheide mit einer Berücksichtigung von Kinderfreibeträgen etc.) zu sichten, zu bewerten und (für jeden Einzelfall) die Datenbestände zu aktualisieren.
- Zuvor ist eine Umprogrammierung der eingesetzten Bestandsverwaltungs-Softwareprogramme erforderlich. Ein neues Datenfeld muss ergänzt und der Berechnungsalgorithmus geändert werden. Die Aussage im Referentenentwurf, dass „die Programmaktualisierung [...] zudem üblicherweise Teil des Service-Pakets [sei], welches die beitragsabführenden Stellen/die Arbeitgeber abgeschlossen haben“, halten wir in dieser Pauschalität nicht für richtig. Insbesondere die gekauften und beim Anwender installierten („on premise“) Softwarelösungen haben in aller Regel einen vertraglich definierten Funktionsumfang. Erweiterungen des Funktionsumfangs werden von den Softwareanbietern in aller Regel nur gegen aufwandsbezogene Vergütung vorgenommen, wobei ein hoher zeitlicher Erwartungsdruck der Kunden, weiter kostensteigernd wirken dürfte. Bei cloudbasierten („gemieteten“) Softwareprodukten sind auch Funktionserweiterungen vergleichsweise öfter in den laufenden Zahlungen mit „eingepreist“ aber auch dies nicht unbegrenzt. Verallgemeinernde Aussagen dahingehend, dass kaum Programmierkosten anfallen dürften, halten wir jedenfalls für nicht richtig.
- Der sechsmonatige Übergangszeitraum ist für Versorgungsträger, die ihre Leistungen vorschüssig auszahlen, effektiv nur fünf Monate lang, da Auszahlungen zum 1. Dezember 2023 bereits im November 2023 vorbereitet werden müssen.
- Grundsätzlich nehmen wir bedauernd zur Kenntnis, dass grundlegende Alternativen für die Erhebung bzw. den Datenaustausch offenbar nicht erwogen wurden. Grundsätzlich würden wir es begrüßen, wenn die für den Elternnachweis benötigten Informationen in größtmöglichem Umfang über bereits bestehende elektronische Meldeverfahren von den Sozialversicherungsträgern zur Verfügung zu stellen bzw. sie in dazu gehörende Abfrageverfahren integriert würden. Das würde vermeiden, dass bei verschiedenen Stellen, die gleichen Daten mehrfach erhoben werden müssen.

AKA und aba möchten sich daher in das angelaufene Gesetzgebungsverfahren mit der Empfehlung einbringen, entweder das Datum des Inkrafttretens zu verschieben oder die Übergangsfrist für nach

dem Datum des Inkrafttretens nachgereichte Nachweise zu verlängern. Sechs Monate dürften unseres Erachtens dabei helfen, ohne unnötig kosten- und aufwandserhöhenden Aufwand sachgerechte Lösungen zu finden.

Gerne stehen wir für Rückfragen aus Ihrem Hause zur Verfügung.

Mit besten Grüßen

Klaus Stieffermann
Geschäftsführer

Hagen Hügelschäffer
Geschäftsführer



aba Arbeitsgemeinschaft
betriebliche Altersversorgung e.V.

AKA – Arbeitsgemeinschaft kommunale
und kirchliche Altersversorgung e.V.

klaus.stieffermann@aba-online.de

hagen.huegelschaeffer@aka.de

Nur per E-Mail

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Vorfeld hatten wir bereits letztes Jahr ein Papier für eine möglichst bürokratiearme Lösung verfasst.

Zu kritisieren ist, dass es fast elf Monate nach dem BVerfG -Beschluss vom 07.04.2022 gedauert hat, bis ein Referentenentwurf vom BMG nun zur Anhörung und damit dem Einbezug der Softwareersteller vorliegt.

Bisher ist für die Entgeltabrechnung nur die Elterneigenschaft für die Berechnung der Pflegeversicherung notwendig. Künftig muss die „Anzahl Kinder Pflegeversicherung“ hinterlegt werden. Diese Angabe ist nur für die Pflegeversicherung relevant und kann nicht aus anderen Angaben (z. B. ELStAM) verwendet werden.

Der vorliegende Referentenentwurf geht in keiner Weise auf die sich ergebenden Konsequenzen für diverse Verfahren in der Entgeltabrechnung ein:

Es sollte auf alle Folgekonsequenzen wie

- Anpassungen im Einkommensteuergesetz
 - Veränderung zu Anwendung der Vorsorgepauschale (§ 39b EStG),
 - Maschinelles Lohnsteuerjahresausgleich (§ 42b EStG),
- Programmablaufplan-Änderung für die Lohnsteuerberechnung mit Konsequenzen für die Berechnung des Kurzarbeitergeldes,
- Anpassung der Beitragsverfahrensverordnung u.a. bei der Berechnung der Pflegeversicherungsbeitrages (bspw. § 2 Abs. 1 Satz 4 BVV) und evtl. muss § 8 Abs. 2 Nr. 11 (Nachweis der Kinder) in dem Zusammenhang auch nachgeschärft werden,
- Beitragstragung nach § 59 SGB XI in Verbindung mit § 251 SGB V
- Anpassungen von „Gemeinsamen Grundsätzen“ in der Sozialversicherung
- Anpassungen der Sozialversicherungsmeldevorgänge mit Elterneigenschaft unter Einbeziehung aller beteiligten Sozialversicherungsträger und der Arbeitgeber (bspw. rvBEA, EEL),
- Schnittstellen in der Entgeltabrechnung für gesetzliche Prüfungen,
 - Digitale Lohnschnittstelle (DLS) für Lohnsteueraußenprüfungen,
 - elektronisch unterstützte Betriebsprüfung nach § 28p SGB IV (euBP),

hingewiesen werden.

Dies macht deutlich, dass eine Umsetzung in so knapper Zeit nicht möglich ist. Derzeit liegen nur noch vier volle Monate bis zum geplanten Inkrafttreten, wobei das Gesetzgebungsverfahren noch am Anfang steht.

Das Gesetz kann frühestens im Mai, wenn nicht sogar erst im Juni, final vom Bundesrat verabschiedet werden. Da i.d.R. die Folgekonsequenzen erst nach einer Verabschiedung im Bundesrat erfolgen, ist der Zeitraum bis zum 30.06.2023 nicht ausreichend.

Das bedeutet wieder mal eine kurzfristige und unterjährige Anpassung der Entgeltabrechnungsprogramme und Arbeitgeberprozesse. Dies erzeugt einen Mehraufwand für alle Betroffenen.

Mit freundlichen Grüßen

ArGe PERSER Sprecher-Team

STELLUNGNAHME
BKK DACHVERBAND E.V.

vom 06.03.2023

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

Inhalt

I. VORBEMERKUNGEN	4
II. DETAILKOMMENTIERUNG	7
Artikel 1 Änderungen des fünften Buches Sozialgesetzbuch	7
Zu Nr. 2: Anbindung der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an die TI (§ 341 Abs. 8 SGB XI neu)	7
Artikel 2 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	7
Zu Nr. 4: Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten (§ 7d SGB XI neu)	7
Zu Nr. 5: Verlängerung des Förderprogramms zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf (§ 8 Abs. 7 Satz 1 SGB XI) und des Zuschusses im Bereich digitaler Anwendungen (§ 8 Abs. 8 SGB XI)	11
Zu Nr. 10b: Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen (§ 17 SGB XI)	12
Zu Nr. 12: Beauftragung der Begutachtung (§§ 18 bis 18e SGB XI)	13
Zu Nr. 21: Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung	19
Zu Nr. 27: Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung (§ 75 Absatz 1 und 2)	24
Zu Nr. 35: Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen (§ 113c SGB XI)	26
Zu Nr. 37: Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Pflegeeinrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht (§ 114c SGB XI)	28
Zu Nr. 39: Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und –strukturen vor Ort und im Quartier, Verordnungsermächtigung (§ 123 SGB XI neu); Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der gemeinsamen Modellvorhaben	

für Unterstützungsmaßnahmen und –strukturen vor Ort und im Quartier (§ 124 XI neu)	28
Artikel 3 Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch	29
Zu Nr. 6: Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI)	29
Zu Nr. 10: Gemeinsamer Jahresbetrag (§ 42a SGB XI neu)	30
Zu Nr. 15: Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen (§ 43c SGB XI)	31
Weitere Änderungsbedarfe:	34
Vereinfachung der Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b Absatz 1 SGB XI	34
Digitalisierung des Nachweises über einen Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI	34
Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen (§ 82c SGB XI)	35
Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen (§ 40a SGB XI)	36
Vergütungskürzung (§ 115 Absatz 3a SGB XI)	37
Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer (§ 293 Abs. 8 SGB XI)	37

I. VORBEMERKUNGEN

Der dem BKK Dachverband vorliegende Referentenentwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz - PUEG) soll eine weitere Verbesserung der pflegerischen Situation in Deutschland vornehmen. Der Entwurf sieht dabei nicht nur Maßnahmen für die pflegebedürftigen Personen selbst, sondern auch für die pflegenden Angehörigen und andere pflegende Personen vor. Grundsätzlich ist von Seiten des BKK Dachverbands dieser Vorstoß der Bundesregierung, sich weiter einen der wichtigsten und prägnantesten Herausforderungen unserer Zukunft zu stellen, nämlich der Pflege, zu begrüßen. Eine Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen, deren pflegenden Angehörigen und anderen Pflegepersonen ist mehr als wünschenswert.

Gleichzeitig ist anzumerken, dass der Entwurf nicht den Erwartungen an einen „großen Wurf“ mit Blick auf eine nachhaltige Finanzierung oder Leistungsgestaltung der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) entspricht. Damit werden wichtige und dringend vorzunehmende Weichenstellungen versäumt.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen sollten ferner im vorliegenden Entwurf Änderungen vorgenommen werden.

Folgende Punkte sind hierbei im Besonderen zu nennen:

- Im Rahmen der immer weiter voranschreitenden Digitalisierung ist zu begrüßen, dass eine verpflichtende **Anbindung an die TI** für sämtliche ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen gilt. Auch Angebote wie das Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten sind positiv. Gleichzeitig muss die Komplexität der Prozesse bedacht werden. Sonst besteht die Gefahr, dass die Praktikabilität darunter leidet. Auch muss Raum für eine angemessene Umsetzung geschaffen werden. Die hier vorgeschlagene Frist nach § 7d Absatz 1 Satz 1 zur Umsetzung zum 1. April 2024 erscheint unrealistisch, da eine umfangreiche Abstimmung zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und ggf. mit den Verbänden auf Bundesebene notwendig ist. Ferner wird für den Mehrwert des Informationsportals eine inhaltliche Entschlackung gefordert.
- Auf Unverständnis stößt, dass die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im **Begutachtungsverfahren durch Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund** - unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste (MD) - gestärkt

werden sollen. Hervorzuheben ist hierbei, dass die Pflegekassen die Begutachtung beauftragen aber nicht an der Erstellung dieser Richtlinien beteiligt werden. Aus Sicht des BKK Dachverbandes ist es erforderlich, dass die Richtlinienerstellung mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen erfolgt.

- Eine Neustrukturierung und systemische Ordnung der gesetzlichen Grundlagen zum **Verfahren der Pflegebegutachtung** bezüglich der Hauptnutzergruppen und insbesondere auch in Hinsicht auf die Entscheidung über den zugrundeliegenden Antrag auf Pflegeleistungen ist ausdrücklich zu begrüßen. Es gilt jedoch zu bedenken, dass in der Vergangenheit durch den bekannten Mangel im Bereich der Pflegefachkräfte auch beim den Medizinischen Diensten (MD) eine Begutachtung aufgrund des gestiegenen Volumens kaum zu bewältigen war und auch für die Zukunft eine außerordentliche Herausforderung darstellt. So konnten vakante Personalstellen, die für die Begutachtung nötig sind, nur schwerlich besetzt werden. Da eine Verbesserung dieser Situation auch in ferner Zukunft nicht in Sicht ist, müssen Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung auf den Weg gebracht werden. In diesem Zusammenhang plädiert der BKK Dachverband weiterhin dafür, dass alle Regelungen zu streichen sind, die sich auf „unabhängige Gutachter“ beziehen, da sich das wünschenswerte System von unabhängigen Gutachtern – neben den originär zuständigen Medizinischen Diensten – in der Praxis nicht realistisch etablieren konnte. Zudem dürfen die Pflegekassen angesichts der herausfordernden Ausgangslage nicht einseitig für das Auseinanderdriften der Begutachtungs- und Bescheidungsfristen in 'Haftung' genommen werden. Deshalb plädiert der BKK Dachverband an dieser Stelle für eine Konkretisierung der zugrundeliegenden Fristen, welche auch die Medizinischen Dienste eindeutig in die Pflicht nimmt.
- Der BKK Dachverband strebt eine langfristige und solide Sicherung der **Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung** an, die gezielt die strukturellen und demografischen Limitierungen berücksichtigt. Eine Lösung für diese Problemstellung bietet der vorliegende Entwurf leider nicht.
- Eine **finanzielle Entlastung in der Pflegeversicherung für Kinderreiche** ist von Seiten des BKK Dachverbandes zu begrüßen. Nach dem Beschluss des BVerfG vom 7. April 2022 wird die geforderte Differenzierung anhand der Anzahl der Kinder erhebliche Herausforderungen mit sich bringen. Die anstehenden Verwaltungsaufgaben hinsichtlich der detaillierten Ermittlung über den jeweiligen Kinderstand sind nicht trivial. Es ist unwahrscheinlich, dass die erforderlichen Softwareänderungen bei allen Beteiligten bis zum Jahresende abgeschlossen sind,

sodass in der Mehrheit der Fälle eine Beitragsentlastung voraussichtlich erst im kommenden Jahr bei den Betroffenen ankommt. Insofern schlägt der BKK Dachverband hier eine Verlängerung des Rückwirkungszeitraums für Kinder, die vor dem 1. Juli 2023 geborgen wurden bzw. werden, bis zum 31. März 2024 vor. Aufgrund der zu erwartenden langwierigen Verwaltungsverfahren sollte mit Blick auf die Kurzfristigkeit des Gesetzesentwurfs seitens des Gesetzgebers auch ein Ausschluss der Verzinsung von Erstattungsansprüchen vorgesehen werden. Auch sollten Regelungen vorgesehen werden, mit denen die Information über die Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder auch bei einem Wechsel von einer beitragsabführenden Stelle zu einer anderen (z.B. Arbeitgeberwechsel) transportiert werden kann und nicht jeweils neu erhoben werden muss.

- Die **Kosten für die Personalanwerbung und -gewinnung** direkt im Rahmen der Erbringungen von Pflegeleistung anzusiedeln und so durch die Vereinbarpartner der Landesrahmenverträge zu regeln, ist fragwürdig: Die angedachte Zuordnung zu den pflegebedingten Aufwendungen sind für den BKK Dachverband nicht nachvollziehbar, da Personalgewinnungskosten der Gewährleistung der pflegerischen Infrastruktur zuzuordnen sind. Somit wird hier die Finanzierungserwartung bei den Ländern gesehen. Eine entsprechende Rechtsgrundlage ist zu schaffen, die Klarheit für alle Beteiligten auf Landesebene herbeiführt.
- Die beabsichtigte **Anhebung der Leistungsbeiträge für selbstbeschaffte Pflegehilfen** ist sachgerecht. Die jedoch in den vergangenen Jahren angestiegenen (pflegerischen) Kosten werden nicht adäquat gedeckt. Für den Erhalt und die Stärkung der informellen Pflege fordert der BKK Dachverband daher eine Erhöhung der zugrundeliegenden Geldleistungen mit Berücksichtigung der Anpassung um 10 %, auch um ein eindeutiges versorgungspolitisches Zeichen im Kontext der pflegerischen Versorgung zu setzen.
- Die angekündigte **Anpassung der Zuschüsse zur Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile** ist nachvollziehbar. Dabei gibt der BKK Dachverband jedoch zu bedenken, dass es bei der SPV einer grundsätzlichen Reformanstrengung bedarf, die zu gleichen Teilen die leistungs- und vertragsrechtlichen Bestimmungen überprüft, um zukünftigen Herausforderungen entgegenzutreten. An dieser Stelle weist der BKK Dachverband darauf hin, dass Unterbrechungstatbestände bei den Pflegekassen für einen hohen Verwaltungsaufwand sorgen. Insofern wird eine gesetzliche Regelung vorgeschlagen, dass Unterbrechungstatbestände, die länger als einen Monat dauern, zu einer entsprechenden Rechnungskorrektur führen

II. DETAILKOMMENTIERUNG

Artikel 1 Änderungen des fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nr. 2: Anbindung der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an die TI (§ 341 Abs. 8 SGB XI neu)

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

Artikel 2 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nr. 4: Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten (§ 7d SGB XI neu)

Das Ziel, insbesondere pflegebedürftige Menschen, ihre Pflegepersonen und weitere Angehörige und vergleichbar Nahestehende und darüber hinaus auch Mitarbeitende in Sozialdiensten in Krankenhäusern sowie in Beratungseinrichtungen bei der Information und Suche nach Pflege- und Unterstützungsangeboten zu unterstützen, ist nachvollziehbar und wird grundsätzlich begrüßt und trägt auf allen Seiten zur Hebung von Effizienzpotenzialen bei. Allerdings muss nach Ansicht des BKK Dachverbandes das angedachte Informationsportal praktisch operationalisierbar und organisierbar sein, denn die dafür notwendigen Prozesse sind hochkomplex. Dies betrifft einerseits den Zeitrahmen zur Umsetzung für die Landesverbände der Pflegekassen und andererseits den laufenden Betrieb inklusive der formulierten inhaltlichen Anforderungen, die fortlaufend einem gewissen Controlling unterstellt sein müssen.

So ist mit § 7d Absatz 1 Satz 1 bereits die Frist der Umsetzung zum 1. April 2024 kritisch zu bewerten, da bis zur eigentlichen (technischen) Umsetzung – welche allein schon mindestens mind. 9-12 Monate in Anspruch nimmt – umfangreiche Abstimmungen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen selbst und ggf. auch den Verbänden der Pflegekassen

auf Bundesebene zur Operationalisierung notwendig sind. Denn wie es § 7d Absatz 4 sinnigerweise ermöglicht, können die Landesverbände der Pflegekassen zur Wahrnehmung dieser Aufgaben auch gemeinsame Informationsportale oder ein gemeinsames Informationsportal für alle Länder bestimmen. Insofern würde zumindest theoretisch auch die Nutzung der DatenClearingStelle (DCS) Pflege für die Umsetzung in Betracht kommen oder andere vergleichbare zentrale Plattformen, die jedoch unter den Beteiligten zunächst zu vereinbaren sind. Ferner wird es für eine Umsetzung unabdingbar sein, die mit Absatz 5 angedachten Einzelheiten zum Meldeverfahren und zum Aufbau des Informationsportals im Benehmen (bzw. Austausch) mit sämtlichen Trägervereinigungen und ggf. auch mit den für die Anerkennung bestimmter Leistungserbringer zuständigen Behörden in den Ländern festzulegen. Denn für alle – unter Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 genannten Leistungserbringer – zu denen Informationen aufbereitet werden sollen, müssen die höchst individuellen Meldevoraussetzungen berücksichtigt werden. Gleiches gilt auch für die Pflegekassen, welche gem. Absatz Nummer 2 Pflegekurse n. § 45 SGB XI melden sollten sowie auch die Pflegestützpunkte.

In diesem Zusammenhang ist außerdem zu konstatieren, dass die Anforderung, nach welcher die Landesverbände der Pflegekassen die Anbieter nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 über die Möglichkeit zur Aufnahme in das Informationsportal zu informieren, dann über die Aufnahme in das Informationsportal zu entscheiden und zusätzlich zu prüfen haben, ob es sich hierbei um qualitätsgesicherte Angebote handelt, schlicht nicht zu operationalisieren ist. Dies allein deshalb, weil zu vielen der genannten Angebote keine originären vertraglichen Beziehungen der Kassen oder sonstige Verbindungen bestehen.

Damit ein Mehrwert für die oben genannten Adressaten tatsächlich generiert werden kann, plädiert der BKK Dachverband deshalb nachdrücklich dafür, das geplante Informationsportal für den Start inhaltlich zu entschlacken und für die Umsetzung eine realistische Frist zu implementieren, die auch die Zeit für rein technische Umsetzung berücksichtigt. Ausdrücklich offen ist der BKK Dachverband in einer zweiten Ausbaustufe, nachdem eine entsprechend entschlackte Umsetzungsvariante etabliert ist, weitere Inhalte/Informationen/Leistungserbringer als ad on in diesem Informationsportal (mit entsprechender gesetzlicher Grundlage) zu einem späteren Zeitpunkt zu implementieren.

Ergänzend ist es zweckmäßig für die genannten Einrichtungen, welche entsprechende Informationen melden und letztlich veröffentlichen sollen, eine Meldeverpflichtung und entsprechende Sanktionierungsmechanismen im Falle der Nichteinhaltung zu implementieren. Somit würde dem Anliegen einer möglichst zeitnahen Umsetzung Rechnung getragen. Dies würde für die mit Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 genannten Angebote zur Unterstützung

im Alltag n. § 45a SGB XI, die für die Anerkennung zuständigen Landesbehörden, die in Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 genannten Pflegekurse nach § 45 SGB XI die Pflegekassen sowie die Informationen nach Abs. 1 Nr. 1 betreffen Hintergrund bzgl. der Angebote zur Unterstützung im Alltag ist, dass die entsprechenden Angebote bereits heute in den Preis- und Vergleichslisten n. § 7 Absatz 3 berücksichtigt werden und diese entsprechend auf den Veröffentlichungsplattformen - wie bspw. dem BKK PflegeFinder - veröffentlicht werden. Auch hierzu wurden mit den zuständigen Landesbehörden entsprechende Vereinbarungen zur Datenlieferung getroffen. Zweckmäßig ist es deshalb, in diesem Kontext eine originäre gesetzliche Grundlage zu schaffen, welche den zulassenden Landesbehörden gleichwohl die Verantwortung dafür auferlegt, für die entsprechend aufgezeigten Angebote die Qualitätssicherung zu attestieren. Letzteres muss im Übrigen auch für die Pflegeeinrichtungen geregelt werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Vorgeschlagen wird, das Informationsportal mit bestimmten Informationsangeboten zu starten und ggf. zu einem späteren Zeitpunkt – auf einer dann gesonderten gesetzgeberischen Grundlage – weitere Inhalte zu ergänzen:

Artikel 2 Nr. 4 wird wie folgt geändert:

Nach § 7c wird folgender § 7d eingefügt:

„§ 7d

Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten

(1) Zur Unterstützung von pflegebedürftigen Personen, ihren Pflegepersonen, weiteren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden, Mitarbeitenden in Sozialdiensten in Krankenhäusern sowie in Beratungseinrichtungen haben die Landesverbände der Pflegekassen ab dem 1. April ~~2024~~ 2025 für ihr jeweiliges Land ein barrierefreies elektronisches Informationsportal zu betreiben, zu pflegen und für die Nutzung im Internet öffentlich zur Verfügung zu stellen. In dem Informationsportal sind verständlich und übersichtlich allgemeine Informationen zur Pflegeversicherung für pflegebedürftige Personen, ihre Pflegepersonen, weitere Angehörige und vergleichbar Nahestehende, Sozialdienste in Krankenhäusern und für Mitarbeitende in Beratungseinrichtungen sowie

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

2. Informationen über Beratungsangebote nach § 7c und Pflegekurse nach § 45,

3. auf Antrag der jeweiligen Anbieter Informationen über Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a, zu weiteren Angeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind, insbesondere für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen in Betracht kommende gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative und sonstige medizinische sowie pflegerische und soziale Hilfs- und Unterstützungsangebote, Angebote der für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe sowie Angebote von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen im Sinne des § 45c Absatz 4 aufzunehmen.

Die Landesverbände der Pflegekassen sind verpflichtet, die Anbieter nach Satz 2 Nummer 3 über die Möglichkeit zur Aufnahme in das Informationsportal zu informieren. Die Stellen nach Satz 2 Nummer 3 können bei den jeweiligen Landesverbänden der Pflegekassen die Aufnahme in das Informationsportal beantragen. Über die Aufnahme entscheiden die jeweiligen Landesverbände der Pflegekassen; der Aufnahme ist zuzustimmen, wenn es sich um qualitätsgesicherte Angebote handelt. Über die Aufnahme von Angeboten, die im Zuständigkeitsbereich mehrerer Landesverbände der Pflegekassen oder die ausschließlich im Internet angeboten werden, entscheidet der Landesverband der Pflegekassen des Sitzlandes des jeweiligen Anbieters.

(2) [...]

(3) [...]

(4) Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Einrichtungen und Anbieter sind zur Meldung Informationen nach Absatz 3 verpflichtet und Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Einrichtungen und Anbieter sind nach Aufnahme in das Informationsportal verpflichtet, Änderungen ihrer dort veröffentlichten Informationen unverzüglich an das Informationsportal zu übermitteln und hierbei deren Qualitätssicherung nachweisbar darzulegen. Die gemäß Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 aufzunehmenden Pflegekurse melden entsprechend die Pflegekassen, welche diese gemäß § 45 Absatz 2 selbst durchführen oder geeignete andere Einrichtungen mit der Durchführung beauftragt haben. Die gemäß Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 aufzunehmenden Angebote zur Unterstützung im Alltag melden die für die

Anerkennung gemäß § 45a Absatz 1 Satz 3 zuständigen Behörden. Die in Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 genannten stationären Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, dem Informationsportal ab dem 1. Oktober ~~2024~~ 2025 tagesaktuell die Angaben zu den bei ihnen frei verfügbaren Kapazitäten (Plätze) zu übermitteln, für ambulante Pflegeeinrichtungen gilt eine wochenaktuelle Meldefrist frei verfügbarer Kapazitäten (Plätze und Angebote, einschließlich gesondert ausgewiesen Hilfen bei der Haushaltsführung).

(5) Für die Übermittlung der Daten nach Absatz 4 Satz 2 sind ausschließlich elektronische Verfahren zu nutzen. Die Landesverbände der Pflegekassen legen Einzelheiten zum Meldeverfahren und zum Aufbau des Informationsportals im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Landesebene bis zum 31. März 2024 fest. Diese beinhalten Maßgaben bei Nichteinhaltung der Meldepflichten nach Absatz 4 und deren Sanktionierung. Dabei ist auch die Nutzbarkeit des Portals für Sozialdienste in Krankenhäusern im Sinne des Entlassmanagements zu ermöglichen. Bei dem Aufbau des Informationsportals sind zudem die auf Länderebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen sowie deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu beteiligen. Bestimmen die Landesverbände gemäß Absatz 3 ein gemeinsames Informationsportal für alle Länder, erfolgt die Festlegung im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen und den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen und deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden auf Bundesebene.

(6) [...]"

Zu Nr. 5: Verlängerung des Förderprogramms zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf (§ 8 Abs. 7 Satz 1 SGB XI) und des Zuschusses im Bereich digitaler Anwendungen (§ 8 Abs. 8 SGB XI)

Die avisierten Änderungen erscheinen aus Sicht des BKK Dachverbandes nachvollziehbar und sachgerecht. Bezüglich des formulierten einmaligen Zuschusses (Nr. 5 b, aa) sollte, um Missverständnissen vorzubeugen, auch vor dem Hintergrund des neuen Fördertatbestands (Nr. 5 b, bb) klargestellt werden, dass weiterhin grundsätzlich nur eine einmalige Förderung möglich ist. Die Frist zu Anpassung der Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen und zum Verfahren (Nr. 5 b, cc) ist vor dem Hintergrund des voraussichtlichen Inkrafttretens des Gesetzes nicht realistisch. Angemessen wäre in diesem Zusammenhang eine Frist von xx Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes.

Zu Nr. 10b: Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen (§ 17 SGB XI)

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

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

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 2 Nr. 10b wird wie folgt geändert:

Folgender Absatz 1c wird angefügt:

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

- 1. allgemeine Verhaltensgrundsätze für alle unter der Verantwortung der Medizinischen Dienste am Begutachtungsverfahren Beteiligten,*
- 2. die Pflicht der Medizinischen Dienste zur individuellen und umfassenden Information des Versicherten über das Begutachtungsverfahren, insbesondere über den Ablauf, die Rechtsgrundlagen und Beschwerdemöglichkeiten,*

3. die regelhafte Durchführung von Versichertenbefragungen und
4. ein einheitliches Verfahren zum Umgang mit Beschwerden, die das Verhalten der Mitarbeiter der Medizinischen Dienste oder das Verfahren bei der Begutachtung betreffen und,-
5. Maßgaben zur bundesweit einheitlichen Durchführung der Begutachtungen und hierzu speziell zur Zusammenarbeit mit den Pflegekassen."

Zu Nr. 12: Beauftragung der Begutachtung (§§ 18 bis 18e SGB XI)

Zu begrüßen ist ausdrücklich die Neustrukturierung und Ordnung der gesetzlichen Grundlagen zur Pflegebegutachtung und in diesem Kontext der Entscheidung über den zugrunde liegenden Antrag auf Pflegeleistungen. Dies schafft eine gute Übersicht für alle Beteiligten und Klarheit bzgl. des Verfahrens.

Allerdings muss in diesem Zusammenhang aus Sicht der Pflegekassen auf einige Regelungen hingewiesen werden, die auch im Hinblick auf das gesetzgeberische Ziel als wenig praktikabel und sinnstiftend eingestuft werden müssen:

So ist bspw. die in § 18 Absatz 1 definierte Frist von drei Arbeitstagen bei einer Anwendung gesicherter elektronischer Datenwege plausibel und zudem dahingehend hilfreich, dass die Versicherten und Medizinischen Dienste (MD) eine zügige Bearbeitung bzw. Beauftragung erwarten dürfen. Sofern allerdings übergangsweise noch analoge Wege der Auftragsübermittlung genutzt werden müssen, ist diese Frist nicht zu halten.

Ferner ist die Verpflichtung der Pflegekassen in § 18 Absatz 3, in bestimmten Fallkonstellationen drei unabhängige Gutachter benennen zu müssen, für die Pflegekassen schlicht nicht realisierbar. Damit sind zusätzlich die diversen Regelungen, welche auf die betreffenden Gutachter abstellen, in den §§ 18 ff. gleichwohl ad absurdum geführt. Denn der – durchaus nachvollziehbare – Wille des Gesetzgebers, dass sich ein System von 'unabhängigen' Gutachter etabliert, hat sich in der Praxis niemals durchgesetzt. Im Gegenteil sorgt die aktuelle und allgemein bekannte Pflegefachkräftesituation auch bei den MD u.a. dazu, dass das stetig ansteigende Auftragsvolumen bei den Pflegebegutachtungen immer häufiger nicht zu bewältigen ist und auch dazu, dass etwaige vakante Stellen in den Begutachtungsteams nicht adäquat besetzen werden können. Perspektivisch wird sich diese Situation auch nicht verbessern, weshalb es auch sachgerecht ist, mit § 18e Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung auf den Weg zu bringen. Allerdings kann

auf dieser Grundlage den Pflegekassen eben nicht auferlegt werden, solche Gutachter (außerhalb der Strukturen der MD) benennen oder beauftragen zu müssen, wenn diese real nicht existieren und die Pflegekassen im Übrigen auch keine Handhabe dazu haben, an diesem Zustand etwas zu ändern. Deshalb besteht für die Pflegekasse – mit Blick auf die gesetzlich normierte 25-Arbeitstagefrist gem. § 18 Absatz 5 – keine Möglichkeit, dem dargelegte Mangel durch eine Alternativbeauftragung zu begegnen. Insofern plädiert der BKK Dachverband nachdrücklich dafür, alle Regelungen zu streichen, welche auf 'unabhängige' Gutachter rekurrieren.

Die angesprochene Situation, nach welcher die MD vielfach das hohe Begutachtungsaufkommen nur schwer bewältigen können, ist mittlerweile ein länger währendes und augenscheinlich nicht kurzfristig zu bewältigendes Phänomen. Die Ursachen sind gesamtgesellschaftlicher Natur und finden ihren Ursprung insbesondere in der demografischen Entwicklung und im oben genannten Pflegefachkräftemangel. In dieser Gemengelage bedarf die mit §18c Absatz 1 normierte 25 Arbeitstage-Frist und die hieraus mit § 18c Absatz 5 normierte Strafzahlung aus Sicht der Pflegekassen einer Neubewertung. Nachvollziehbar ist – nach wie vor - der Wille des Gesetzgebers, dass versicherten Pflegebedürftigen zeitnah die ihnen zustehenden Leitungen von den Pflegekassen beschieden werden, um sie auf der entsprechenden sozialrechtlichen Grundlage in Anspruch nehmen zu können. Die Pflegekassen haben auf dieser Grundlage ihre Verwaltungsverfahren auch entsprechend optimiert und Ihnen ist es deshalb möglich, auf der Grundlage der entsprechend nach §18 beauftragten und dann erledigten MD-Gutachten die Entscheidung der Pflegekasse umgehend schriftlich mitzuteilen. Allerdings sind die Pflegekassen – auf der Grundlage der rechtlich normierten Pflicht zur Beauftragung der entsprechenden Gutachten bei gleichzeitiger Nichtexistenz von 'unabhängigen' Gutachter – auf Dritte (die MD) angewiesen, die normierten Fristen einhalten zu können. Insofern erscheint es mittlerweile absurd, dass die Pflegekassen für die Nichteinhaltung einer Frist, welche sie nicht nachhaltig selbst zusätzlich positiv beeinflussen können, nachhaltig sanktioniert werden und diese Sanktionierung mit dem Referentenentwurf sogar noch verschärft wird. Diese sind insofern auch dem Ziel des Gesetzgebers (einer zügigen Begutachtung) nicht zuträglich, da wie beschrieben für die Pflegekassen keine Einflussmöglichkeit auf die Dauer der Begutachtung durch den MD besteht und zusätzlich in der Konsequenz, durch die Belastung des Verwaltungsbudgets in den Kassen, Ressourcen für notwendige versichertenbezogene Aufgaben fehlen. Daher plädiert der BKK Dachverband dafür, die betreffende Sanktionierung in § 18 Absatz 5 entweder aufzuheben, diese abzusenken oder aber die MD ihrerseits für die Bearbeitung der Gutachten mit einer entsprechend eingebetteten Frist zu versehen und die Nichteinhaltung dieser Frist zu sanktionieren. Hierfür spricht, dass mit §18 Absatz 1 die oben genannte Frist von 3 Arbeitstagen konkretisierend eingeführt wird, nach welcher die Pflegekassen verpflichtet sind, die Begutachtungsaufträge an die MD zu übermitteln.

Unterstützt wird in diesem Zusammenhang grundsätzlich die Konkretisierung bestimmter Unterbrechungs- bzw. Hemmungstatbestände bzgl. der Laufzeit der 25-Arbeitstagefrist und deren Hemmung beispielsweise bei einem Aufenthalt der versicherten Person im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung. Dies trifft auch für den Hemmungstatbestand gem. § 18c Absatz 6 zu, nach welchem für den Fall, dass der Pflegekasse noch Unterlagen fehlen, die für die Beauftragung des Medizinischen Dienstes oder anderer unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unerlässlich sind, die antragstellende Person zur Beibringung dieser Unterlagen aufgefordert wird. Allerdings bleibt in dieser Systematik offen, ob in den Fällen, in denen die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat, die Fristhemmung mit der Kenntnis des Verzögerungsgrundes durch die Pflegekasse zu laufen beginnt oder mit dem Eintritt des entsprechend zugrundeliegenden Tatbestandes, also beispielsweise mit der Aufnahme ins Krankenhaus. Gleiches gilt für das Ende der Unterbrechung. Auch hier ist die Pflegekasse zwingend darauf angewiesen, Kenntnis über das Ende der Unterbrechung zu erlangen (hier bspw. Krankenhausentlassung), um die Nachholung der Begutachtung veranlassen zu können. Zudem ist auch die Fallkonstellation häufig anzutreffen, dass die Antragsteller aus persönlichen Gründen nicht zur Begutachtung zur Verfügung steht oder gleichwohl wann der private Hinderungsgrund beendet ist. Auch hier besteht eine Informationsasymmetrie für die Pflegekasse, da in diesem Fall eine Information der Antragsteller nicht immer taggleich erfolgt, sondern erst dann, wenn die Antragstellende die Pflegekasse bestenfalls konkret informiert. Insoweit sollten der Beginn und das Ende des Zeitraumes der Fristhemmung die jeweilige Kenntnisnahme des Hemmungsgrundes durch die Pflegekasse bedingen. Dies sollte in § 18c SGB XI ergänzend klargestellt werden. In diesem Zusammenhang wäre es außerdem zielführend, die Mitwirkung des Versicherten dahingehend konkret zu definieren, dass er die Beendigung des Unterbrechungstatbestandes der Pflegekassen unverzüglich mitteilen muss.

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

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 2 Nr. 12 wird wie folgt geändert:

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

„§ 18

Beauftragung der Begutachtung

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

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

~~(3) Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter zur Auswahl zu benennen,~~

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

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

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

(4) (3) Die Pflege- und Krankenkassen sowie die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachtern die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Die Pflegekassen haben die Unterlagen in gesicherter elektronischer Form weiterzuleiten; eine davon abweichende Form der Weiterleitung der Unterlagen ist bis einschließlich [einsetzen: Datum des letzten Tages des fünften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] möglich. § 276 Absatz 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(5) Erteilt der Versicherte nicht sein Einverständnis, vom Medizinischen Dienst oder von den von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachtern in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Hinsichtlich der Grenzen der Mitwirkung des Versicherten und der Folgen fehlender Mitwirkung gelten die §§ 65, 66 des Ersten Buches.

[...]

§ 18b

Gutachten

(1) Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter haben der Pflegekasse das Ergebnis ihrer Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch Übersendung des vollständigen Gutachtens in gesicherter elektronischer Form unverzüglich, jedoch spätestens 20 Arbeitstage nach Eingang des Auftrags nach § 18 Absatz 1, mitzuteilen; eine davon abweichende Form der Übermittlung ist bis einschließlich [einsetzen: Datum des letzten Tages des fünften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] möglich. [...]"

Ferner sollte für die Einhaltung der Frist der MD zur abschließenden Übermittlung der Gutachten eine geeignete Sanktionierung implementiert werden, welche die Pflegekassen und mithin die Versichertengemeinschaft nicht zusätzlich belastet.

"[...] § 18c

Entscheidung über den Antrag

[...]

*(5) Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in § 18a Absatz 5 und 6 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich **80 70** Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat, **der Medizinische Dienst die Frist nach § 18b Absatz 1 überschritten hat** oder wenn sich der Antragsteller in vollstationärer Pflege befindet und bereits bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt sind. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Liegt ein Verzögerungsgrund nach Satz 2 Alternative 1 vor, ist der Lauf der Frist bis zur Beendigung der Verzögerung unterbrochen. Danach läuft die Frist weiter; der Zeitraum der Unterbrechung wird in die Frist nicht eingerechnet. Der Antragsteller ist von der Pflegekasse darauf hinzuweisen, dass er das Ende der Verzögerung nach Satz 2 Alternative 1 Die Frist nach Satz 1 beginnt mit Antragstellung gemäß § 33 Absatz 1. Der Lauf der Frist nach Satz 1 Alternative 1 bleibt von einer Entscheidung nach Absatz 1 Satz 2 unberührt. Die Pflegekasse hat den Antragsteller auf die Fristen nach Absatz 1 und die Folgen der Nichteinhaltung hinzuweisen.*

(6) [...]

Zu Nr. 21: Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung

Nr. 21b) Beitragssatzerhöhung: allgemein um 0,35 Beitragssatzpunkte auf 3,4 Prozent

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen braucht es eine solide und langfristige Sicherung der Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung, welche systemisch die strukturellen und demografischen Limitierungen berücksichtigt. Eine solche grundlegende Fortentwicklung der SPV lässt der vorliegende Referentenentwurf vermissen. Hingegen wird der avisierten Regelung, den Beitragssatz zukünftig per Rechtsverordnung und damit ohne Zustimmung des Bundestages und des Bundesrates anpassen zu können, wenn der Mittelbestand der SPV das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagesoll zu unterschreiten droht, ein Grundsatz der Rechtsstaatlichkeit unterminiert. Denn einerseits trägt die Begründung einer "zu langen Vorlaufzeit" für gesetzliche Änderungen nicht, denn gerade die SARS-Cov-2-Pandemie hat gezeigt, dass gerade eine gestraffte Gesetzgebung im Kontext der pflegerischen Versorgung in sehr kurzer Zeit möglich sind. Andererseits besteht - gerade im Unterschied zu den sich aufgrund des pandemischen Geschehens tatsächlich sehr kurzfristig ergebenden gesetzgeberischen Notwendigkeiten bzgl. eines möglichen zusätzlichen Finanzbedarfs in der SPV aufgrund des hierzu laufenden Monitorings des BAS und mithin des BMG selbst kein nachvollziehbar begründbarer Handlungsbedarf für eine rechtsstaatlich solch einschneidende Normierung. Auch wenn die avisierte Verordnungsermächtigung es ermöglichen würde, eine im oben genannten Sinn erforderliche Beitragssatzanhebung in kurzer Frist umzusetzen, sollte – im Sinne der Rechtsstaatlichkeit - auf eine solche Regelung verzichtet werden.

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

Regelhafter Bundeszuschuss per Rechtsverordnung

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die vorgesehene Entlastung Kinderreicher in der Pflegeversicherung. Die notwendige Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 wird dabei eine zentrale Aufgabe aller Beteiligten im zweiten Halbjahr des laufenden Jahres und darüber hinaus werden. Erfahrungsgemäß werden die Softwareänderungen bei allen Beteiligten nicht vor dem Jahreswechsel abgeschlossen sein, was ab Beginn des kommenden Jahres umfangreiche Rückrechnungen und Beitragserstattungen zur Folge haben wird.

Die vom Bundesverfassungsgericht geforderte Differenzierung anhand der Anzahl der Kinder stellt alle beitragsabführenden Stellen (z. B. Arbeitgeber, Zahlstellen für Versorgungsbezüge) vor erhebliche Herausforderungen. Ähnliche Problemlagen ergaben sich bereits mit der Einführung des sogenannten Kinderlosenzuschlags in der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2005. Weder die beitragsabführenden Stellen noch die Träger der sozialen Sicherung verfügen derzeit über detaillierte Informationen bzw. Nachweise dahingehend, wie viele Kinder von jedem einzelnen Mitglied im Laufe des Lebens erzogen wurden oder aktuell erzogen werden. Dies bringt aufwendige Verwaltungsverfahren mit sich, die mit konzentrierten und gezielten Anschriften nicht ihr Ende finden werden.

Es erscheint zudem zweifelhaft, dass jede adressierte Person bis zum Jahresende belastbare Nachweise zur konkreten Anzahl der Kinder beibringen kann, die von der beitragsabführenden Stelle bzw. von der Pflegekasse ausgewertet werden müssen. Im Zweifelsfall wäre in Widerspruchs- und Klageverfahren die konkrete Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder zu ermitteln. **Insofern schlagen die Betriebskrankenkassen eine Verlängerung des Rückwirkungszeitraums bis zum 31. März 2024 vor.**

Aufgrund der Regelung zur Nachwirkung eingereicherter Nachweise muss gerade im ersten Quartal des Jahres 2024 mit umfangreichen Nachbearbeitungen gerechnet werden. Dies betrifft nicht nur die beitragsabführenden Stellen, sondern auch die gesetzlichen Pflegekassen. Von den Beitragsabschlägen profitierende sogenannte Selbstzahler werden bis zur administrativen Umsetzung der Entlastung zu hohe Pflegeversicherungsbeiträge zahlen, die sodann als zu Unrecht entrichtet zu erstatten sind. Insofern weisen die Betriebskrankenkassen im Übrigen darauf hin, dass die im Rahmen der Einkommensteuerveranlagung nach dem Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung bis Ende Februar des Folgejahres abzusetzenden Meldungen der Krankenkassen an die Finanzverwaltung über die Höhe der im vergangenen Steuerjahr gezahlten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge Verzerrungen bewirken werden. Zu Unrecht entrichtete Pflegeversicherungsbeiträge werden im Kalenderjahr 2023 zunächst steuerreduzierend wirken, die Differenz zwischen dem in 2023

tatsächlich gezahlten (u.U. zu hohen) Pflegeversicherungsbeitrag und dem ggf. dann deutlich reduzierten Pflegeversicherungsbeitrag wirkt allerdings im Kalenderjahr 2024 erhöhend. Auch hier ist mit einem erheblichen zusätzlichen Beratungsaufwand der gesetzlichen Pflegekassen zu rechnen.

Soweit Betroffene aufgrund des zeitlichen Verzuges in der Umsetzung zunächst zu hohe Pflegeversicherungsbeiträge zahlen und ihnen diese zu erstatten sind, ist das Thema Verzinsung in den Blick zu nehmen. Ein Anspruch auf Verzinsung besteht nach Ablauf eines Monats nach Eingang des vollständigen Erstattungsantrages bei der Krankenkasse, wenn die Erstattung bis dahin noch nicht durchgeführt wurde. Die Betriebskrankenkassen werden nach Eingang der vollständigen Nachweise im Interesse ihrer Versicherten unverzüglich handeln. Dennoch ist nicht auszuschließen, dass jeder der in großer Vielzahl erwarteten Erstattungsanträge rechtzeitig bearbeitet werden kann. Gerade auch vor dem Hintergrund der Kurzfristigkeit des Gesetzesentwurfs ist daher die Frage nach der Statthaftigkeit dieser Zinslast für die Krankenkassen zu stellen und ob es nicht vielmehr sachgerecht wäre, **einen Verzinsungsausschluss festzulegen**, ähnlich wie dies bereits bei dem GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetzes erfolgte.

Artikel 2 Nummer 21 Buchstabe c Doppelbuchstabe c

Für Mitglieder mit unterschiedlichen beitragspflichtigen Einnahmen (z. B. Rente und selbstständige Tätigkeit oder Rente und abhängige Beschäftigung) entrichten mehrere beitragsabführende Stellen und unter Umständen auch das Mitglied selbst die Beiträge gegenüber der Krankenkasse. In diesen Fällen werden die Betroffenen aller Voraussicht nach auf verschiedenen Wegen um Nachweise gebeten. Diese „Mehrfachklärungen“ zur Anzahl der Kinder ließen sich nur verhindern, wenn die beteiligten Stellen ihre Erkenntnisse teilten. Auch bei einem Wechsel der beitragsabführenden Stelle (z. B. Arbeitgeberwechsel, Ende der Beschäftigung durch Rentenbeginn) werden die seinerzeit bereits eingereichten Nachweise erneut eingereicht werden müssen. Derartige Redundanzen ließen sich über eine Ergänzung des § 28a SGB IV und der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung dahingehend vermeiden, dass die Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder Bestandteil der jeweiligen Sozialversicherungsmeldung wird. Über diese Erweiterung des Meldeverfahrens würde sich langfristig ein gesicherter Bestand bei den Krankenkassen aufbauen. Die hier generierten Erkenntnisse müssten allerdings an die jeweils anmeldende beitragsabführende Stelle transportiert werden. Es könnte mit der elektronischen Rückmeldung zu einer

Mitgliedschaft anlässlich der Anmeldung erfolgen (vgl. § 175 Absatz 3 Satz 3 SGB V). Über die Rückmeldung der Krankenkasse nach Eingang der Anmeldung wäre die beitragsabführende Stelle in der Lage, den korrekten Zuschlag- bzw. Abschlag anzusetzen.

Darüber hinaus erscheint es aus Sicht der Betriebskrankenkassen empfehlenswert, mittels Ergänzung der Verordnung über die Berechnung, Zahlung, Weiterleitung, Abrechnung und Prüfung des Gesamtsozialversicherungsbeitrages (Beitragsverfahrensordnung) klarzustellen, dass neben Nachweisen hinsichtlich der Elterneigenschaft auch Nachweise bezüglich der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder Teil der Entgeltunterlagen sind.

Information der Betroffenen

Aus der Bezifferung des Erfüllungsaufwands der Verwaltung unter c) „Sozialversicherung“ ergibt sich die Erwartung des Bundesministeriums für Gesundheit, dass die Pflegekassen alle Mitglieder über eine etwaige Entlastung mit einem individuellen Anschreiben informieren. Eine derart weitreichende und kostenintensive Informationskampagne ist atypisch in der Sozialversicherung und würde Mehrkosten in Höhe von ca. 60 Mio. Euro verursachen, insbesondere bei einer gesetzlichen Anhebung bzw. Absenkung der Beitragssätze zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung (mit Ausnahme des kassenindividuellen Zusatzbeitrags). Insoweit verweisen die Betriebskrankenkassen auf die Erwägungen im Zusammenhang mit der Einführung der Regelung des § 175 Absatz 4a SGB V durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz und plädieren für eine Streichung. Für selbstzahlende Mitglieder ergibt sich die Informationspflicht bereits aus der praktischen Notwendigkeit, die Mitglieder mittels Beitragsbescheid zu informieren. Darüber hinaus werden die Krankenkassen ihre Kunden sicherlich in geeigneter Weise über gesetzliche Neuerungen informieren (z. B. Mitgliederzeitschrift, Internet). Das Erfordernis einer gesonderten Informationspflicht bei Mitgliedern, bei denen eine beitragsabführende Stelle vorhanden ist, ergibt sich nach Auffassung der Betriebskrankenkassen nicht. Würde dies gleichwohl als unerlässlich angesehen, bedürfte es einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung der Pflegekassen. Darüber ist eine finanzielle Kompensation der aus Sicht der Betriebskrankenkassen nicht erforderlichen Informationskampagne durch den Bund vorzusehen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 wird um eine weitere Nummer ergänzt.

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

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

Artikel 2 Nummer 21 Buchstabe c Doppelbuchstabe c wird geändert

Der bisherige Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Elterneigenschaft sowie die Anzahl der Kinder sind in geeigneter Form gegenüber der beitragsabführenden Stelle, von Selbstzahlern bei Fehlen einer beitragsabführenden Stelle gegenüber der Pflegekasse, nachzuweisen, sofern diesen die Angaben nicht bereits aus anderen Gründen bekannt sind.“

Artikel 2 Nummer 21 Buchstabe c Doppelbuchstabe d wird geändert

Der bisherige Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Nachweise für vor dem 1. Juli 2023 geborene Kinder, die bis zum 31. Dezember 2023 31. März 2024 erbracht werden, wirken vom 1. Juli 2023 an; bis zum 31. Dezember 2024 ist § 27 Absatz 1 des Vierten Buches nicht anzuwenden.“

Drei weitere Artikel werden ergänzt

Artikel 3a Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

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

Die Meldungen enthalten für jeden Versicherten insbesondere

10. Die Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder im Sinne des § 55 Absatz 3 des Elften Buches.

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

§ 12 Absatz 1 wird wie folgt ergänzt:

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

Artikel 3c Änderung der Verordnung über die Berechnung, Zahlung, Weiterleitung, Abrechnung und Prüfung des Gesamtsozialversicherungsbeitrages

§ 8 Absatz 2 Satz 1 Nummer 11 wird wie folgt ergänzt:

Folgende dem Arbeitgeber elektronisch zur Verfügung zu stellende Unterlagen sind in elektronischer Form zu den Entgeltunterlagen zu nehmen;

*11. den Nachweis der Elterneigenschaft **und der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder** nach § 55 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch,*

Zu Nr. 27: Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung (§ 75 Absatz 1 und 2)

Die vorgesehene Regelung, dass die Landesverbände der Pflegekassen die Landesrahmenverträge zu veröffentlichen haben, wird unterstützt, denn dies dient der Transparenz.

Die mit Artikel 2 Nummer 27b angedachte gesetzliche Klarstellung zur Refinanzierung von Aufwendungen der Personalbeschaffung (im In- oder Ausland), wie sie konkretisierend der Gesetzesbegründung zu entnehmen ist, ist nachvollziehbar vor dem Hintergrund der bislang offenen Fragestellung, ob Aspekte der Personalbeschaffung und deren Aufwände grundsätzlich von der SPV – und damit von der Gemeinschaft der Versicherten und der Leistungsempfänger – zu refinanzieren sind.

Allerdings dürfte die angedachte Regelung über eine Festlegung von geeigneten Nachweisen zur Darlegung von Personal- und Sachkosten in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI nicht die Klarheit schaffen, an welcher bis dato etwaige Vergütungsvereinbarungen gescheitert sind, denn die Entscheidung hierüber wird letztlich nur auf die Landesebenen verlagert, anstatt sie eindeutig zu normieren. Inhaltlich gesehen handelt es sich bei der Pflegevergütung zudem um die konkrete – zu vereinbarende – Abgeltung für die allgemeinen Pflegeleistungen, weshalb es auch definitorisch fraglich ist, ob die Kosten für die Personalanwerbung und Personalgewinnung direkt in diesem Kontext der Erbringung von Pflegeleistungen anzusiedeln sind. Folglich ist die angedachte Zuordnung zu den pflegebedingten Aufwendungen nach Ansicht des BKK Dachverbandes nur schwerlich nachvollziehbar, denn etwaige Personalgewinnungskosten sind der Gewährleistung der pflegerischen Infrastruktur zuzuordnen. Damit liegen diese eher in der Finanzierungsverantwortung der Länder. Folglich wäre in diesem Sinne eine entsprechende und damit eindeutige Rechtsgrundlage zu schaffen, um Klarheit für alle Beteiligten auf Landesebene zu schaffen.

Ergänzend darf an dieser Stelle darauf verwiesen werden, dass die Richtlinienkompetenz des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zu den Pflegevergütungs-Richtlinien nicht in § 82c Absatz 3 SGB XI, sondern im dortigen Absatz 4 normiert wurde, weshalb eine entsprechende Korrektur erfolgen sollte.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 2 Nr. 27b wird wie folgt geändert:

"Absatz 2 Satz 1 Nummer 11 wird wie folgt gefasst:

„11. 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 3 4 umfasst. Aufwendungen der Personalbeschaffung sind dabei nicht den pflegebedingten Aufwendungen zuzuordnen.

Zu Nr. 35: Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen (§ 113c SGB XI)

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

Als Problem bei der Umsetzung wird lt. Gesetzesbegründung (richtigerweise) insbesondere die erschwerte Akquise von Personal mit landesrechtlich geregelten Helfer- und Assistenzbildungen identifiziert. Hierzu müssen - nach Zusage der Länder - die Ausbildungskapazitäten bedarfsgerecht angepasst werden, was jedoch allenfalls stark zeitversetzt die gewünschten Effekte zeigen wird. Um die entsprechenden Personalanhaltswerte dennoch zu erreichen, werden diverse (zum Teil zeitlich begrenzte) Öffnungen bei der Anerkennung der Qualifikationen ermöglicht. Weiterhin werden die Länder faktisch 'ermuntert', ganz auf Berufsabschlüsse im Helfer- oder Assistenzbereich zu verzichten, die berufspraktischen Erfahrung bei der berufsqualifizierenden Prüfung sehr flexibel zu handhaben und gar komplett auf die schulische Ausbildung zu verzichten.

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

So entsteht an dieser Stelle der Eindruck, dass kompensatorisch die entsprechenden Personalanhaltswerte und der damit verbundene und wissenschaftlich ermittelte Qualifikationsmix gewahrt werden soll. Dies faktisch allerdings unter Inkaufnahme einer (bestenfalls) zeitlich begrenzten Dequalifizierung. Insofern muss an dieser Stelle ausdrücklich davor gewarnt werden, den methodisch Ansatz des Personalmixes aus der PeBeM-Studie, welcher Grundlage für die Personalanhaltswerte nach § 113c Absatz 1 SGB XI ist, sukzessive zu unterminieren. Angesichts der derzeitigen Personalsituation insbesondere auch im Pflegehelfer- und Assistenzbereich können die mit dem Referentenentwurf vorgesehenen zeitlich

begrenzten Personalsubstitutionsmöglichkeiten als kurzfristig umzusetzende Intervention nachvollzogen werden. Auf das Signal an die Länder, die Anforderungen mittels Landesgesetzgebung dauerhaft abzusenken, sollte jedoch verzichtet werden. So würde das Signal gesetzt, dass der methodisch entwickelte Personalmix (auf der Grundlage von PeBeM) der langfristige Maßstab für die Personalbemessung ist und bleibt. Ergänzend ist auch die Möglichkeit für Personal mit langjähriger Berufserfahrung in der Pflege bereits vor Ausbildungsbeginn als Pflegeassistent zugeordnet zu werden, zumindest als kurzfristige Maßnahme ein effektiver Ansatz. Allerdings dürfte es einleuchten, dass nicht nur praktische Kenntnisse eine qualitative Pflege bewirken, sondern gleichwohl theoretische Grundlagen hinsichtlich der Qualifikation des Personals maßgeblich sind. Insofern ist es angeraten, den Zeitpunkt bis zum Start der berufsbegleitenden Ausbildung zur Pflegeassistent deutlich zu verkürzen. Naheliegend ist es deshalb, den bislang gültigen Übergangszeitraum im Verfahren nach § 85 Absatz 9 SGB XI hier zu implementieren und mithin eine Begrenzung von zwei Jahre für einen Übergangszeitraum zu berücksichtigen.

Ergänzend spricht sich der BKK Dachverband an dieser Stelle aufgrund der nur begrenzt vorhandenen Personalressourcen in der stationären Versorgung dafür aus, flankierend dringend schon jetzt bezüglich der in Artikel 2 Nummer 39 bzw. §123 SGB XI (neu) genannten Themen zu handeln. Dies betrifft sämtliche sozialstaatlichen Bemühungen, damit pflegebedürftige bzw. von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen so lange wie möglich in Ihrer eigenen Häuslichkeit leben können, beispielsweise durch eine Forcierung und Schaffung von Anreizen zur Bewältigung der informellen (nachbarschaftlichen) selbst beschaffte Unterstützungs- und Pflegestrukturen. Durch die Hebung von Effizienzpotenzialen in der medizinisch-pflegerischen Versorgung und Vermeidung von Krisensituationen in der Häuslichkeit durch APN (Advance practice Nursing) bzw. "Kommunale pflegerische Versorgungszentren"

(https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Positionspapiere/Kommunale_pflegerische_Versorgungszentren__KpVZ___002_.pdf) und einer entsprechend begleitenden Berufsgesetzgebung für APN (in Bezug auf die Kompetenzen auf internationalem Niveau – und nicht 'nur' den Kompetenzen der Community Health Nurse aus den Modellprojekten der Robert-Bosch-Stiftung).

Zu Nr. 37: Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Pflegeeinrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht (§ 114c SGB XI)

Die Notwendigkeit einer Regelung gemäß Artikel 2 Nummer 37b zur Informationspflicht der Landesverbände der Pflegekassen gegenüber denjenigen Pflegeeinrichtungen, welche in den Genuss eines verlängerten Prüfrhythmus auf der Grundlage der entsprechenden Richtlinien kommen, erschließt sich auch im Lichte der Gesetzesbegründung nicht. So liegen den 'betroffenen' Pflegeeinrichtungen die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen und der eigenen Indikatorenerhebungen regelhaft vor und die Kriterien der "Feststellung eines hohen Qualitätsniveaus" sind im Rahmen der Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 bekannt – es besteht also mithin kein Informationsdefizit. Zudem konnotiert die Gesetzesbegründung, dass die Qualitätsprüfungen als 'Strafmaßnahme' zu sehen sind und allein die Verlängerung des Prüfrhythmus einen Anreiz dazu setzt, ein hohes Qualifikationsniveau zu erreichen. Es ist noch immer das Verständnis des BKK Dachverbandes und der BKK Landesverbände, dass es die intrinsische Motivation der Pflegeeinrichtungen ist, ein hohes Qualitätsniveau zu erreichen und dass in diesem Kontext gerade die Systematik der 'neuen' Qualitätsprüfungen im stationären Setting als unterstützendes und beratendes Instrument anzusehen ist. Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nr. 37b wird gestrichen.

Zu Nr. 39: Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und –strukturen vor Ort und im Quartier, Verordnungsermächtigung (§ 123 SGB XI neu); Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der gemeinsamen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und –strukturen vor Ort und im Quartier (§ 124 XI neu)

Der BKK Dachverband begrüßt ausdrücklich die avisierten Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen im Quartier. Da sich jedoch die demografische Entwicklung nach den gängigen Prognosen bis mindestens 2035 weiter zuspitzen dürfte, wird angeregt, eine direkte Weiterführung 'wirksamer Projekte' – falls durch die Pflegekassen und kommunalen Gebietskörperschaften gewünscht – im Rahmen einer dem §140a SGB V nachempfundenen Regelung und einer paritätischen Finanzierung mit dem jeweiligen Bundesland oder den kommunalen Gebietskörperschaften über 2028 hinaus zu ermöglichen.

Den Modellprojekten kommt gerade vor dem Hintergrund immer knapperer Ressourcen an professionellen Pflegenden und gleichzeitig steigenden Pflegebedarfen eine hohe Bedeutung zu. Deshalb wäre es zielführend, sämtliche Zwischen- und Abschlussberichte auf der Homepage des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zu veröffentlichen und die 'learnings' der Projekte der interessierten Öffentlichkeit direkt zugänglich zu machen.

Anzumerken ist hierbei allerdings auch, dass auf der Grundlage der Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege aus dem Jahr 2014 mit dem PSG III Modellvorhaben zur kommunalen Beratung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen ermöglicht werden sollten, um eben eine entsprechendes Empowerment der Kommunen im Kontext der pflegerischen Versorgung zu erreichen. Allerdings mit dem Ergebnis, dass bis dato keine solchen 'Modellkommunen' modellhaft erprobt wurde. Daher darf hier die Frage gestellt werden, ob ein gleich gelagerter systemischer Ansatz zielführend ist oder andere Wege eingeschlagen werden sollten? Zum Beispiel sollten die hier inhaltlich angedachten innovationsgeleiteten Projekten auf die regionalen Gegebenheiten vor Ort aufbauen, damit auch ein effektiver Prozess zielgerichtet - aber eben regional ausgerichtet - initiiert werden kann. Auf Grundlage dieser Fragestellung muss folglich überdacht werden, ob nicht besser die konkreten Bestimmungen bzgl. der Bedingungen und den Voraussetzungen für die Teilnahme an solchen Projekten auf Landesebene bzw. regionalbezogen erfolgen müssten, während die grundlegenden Rahmenseetzungen auf bundesrechtlicher Ebene zwar normiert werden, dabei aber offen gestaltet die regionalen Gegebenheiten, Ansätze und Umsetzungsmöglichkeiten berücksichtigen. Ziel muss nach Ansicht des BKK Dachverbandes der Abbau etwaiger Hürden bereits in der bundesrechtlichen Konstruktion sein.

Artikel 3 Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nr. 6: Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (37 SGB XI)

Das Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen wird von einer Vielzahl von pflegebedürftigen Menschen in Anspruch genommen, um die Unterstützung zumeist von Angehörigen anzuerkennen. Insofern ist die anvisierte Anhebung der Leistungsbeträge grundsätzlich sachgerecht. Die zugrundeliegenden Leistungsbeträge wurden allerdings mit dem PSG II zuletzt zum 01.01.2017 angepasst und durch die jetzt geplante Erhöhung der Leistungsbe-

träge werden die in den vergangenen Jahren gestiegenen (pflegerischen) Kosten nicht adäquat berücksichtigt. Daneben ist die Zielsetzung des Koalitionsvertrags, das Pflegegeld ab 2022 regelhaft zu dynamisieren, bereits im Status quo im dreijährlichen Turnus faktisch gesetzgeberisch gegeben. Allerdings hätte die gesetzlich vorgesehene Anpassung des Pflegegelds zum Jahresbeginn 2021 erfolgen sollen. Damit erfahren die Bezieher:innen des ausschließlichen Pflegegeldes eine fortwährende Entwertung der geleisteten Unterstützung und dies unterminiert die sozialrechtliche Konstruktion der SPV, nach welcher diese vorrangig die häusliche Pflege unterstützten soll. Für den Erhalt bzw. gesamtgesellschaftlich erforderliche Stärkung der informellen Pflege wäre deshalb nach Ansicht des BKK Dachverbandes eine Erhöhung der zugrundeliegenden Geldleistung sachgerecht, welche eine Anpassung um 10 % berücksichtigen würde. Zur Gegenfinanzierung sei auch an dieser Stelle auf die Vereinbarungen im Koalitionsvertrag verwiesen, die Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige (als versicherungsfremden Leistung) dauerhaft mit Mitteln des Bundes (Steuermittel) auszugleichen.

Zu Nr. 10: Gemeinsamer Jahresbetrag (§ 42a SGB XI neu)

Die angedachte Bildung eines gemeinsamen Jahresbetrags für die Leistungen der Verhinderungspflege und die Leistungen der Kurzzeitpflege ist nachvollziehbar, da Leistungsberechtigte die Leistungsbeträge flexibler als bisher für beide Leistungen einsetzen können. Der BKK Dachverband hatte eine solche Budget-Regelung in der Vergangenheit gleichwohl vorgeschlagen. Auch die mit der Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags verbundenen Folgeänderungen in den weiteren Regelungen (in erster Linie §§ 39 und 42 SGB XI) sind folgerichtig und sachgerecht. Unterstützt werden in diesem Zusammenhang auch die Regelungen zur Abrechnung der Leistungen durch die Pflegeeinrichtung sowie deren Verpflichtung zur Information der pflegebedürftigen Person über die Abrechnungsbeträge mit Bezug zum Jahresbetrag (Absatz 2 und 3). Somit besteht zu den verbleibenden Leistungsbeträgen Transparenz.

Differenziert ist in diesem Zusammenhang jedoch die Regelung des § 39c SGB V zu bewerten. Bei der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V handelt es sich demnach auch um einen Teilleistungsanspruch, weshalb § 39c SGB V auf den Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB XI verweist. Insofern würde die Änderung des § 42a SGB XI auf die Leistungshöhe der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V auswirken, dies wäre jedoch nicht sachgerecht. Der Leistungsanspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V besteht speziell nur dann, wenn andere Leistungsansprüche den speziellen Bedarf der Versicherten (bei schwerer Krankheit etc.) nicht abdecken und ein Versorgungsbedarf rund um die Uhr – auch

nachts – besteht oder jederzeit eintreten kann und die entsprechende Versorgung nur im stationären Kontext ausreichend sichergestellt werden kann. Die Intention des Gemeinsame Leistungsbetrags nach dem SGB XI ist jedoch, dass in Situationen, in denen zum einen eine Ersatzpflege schnell zu organisieren ist oder die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im notwendigen Umfang erbracht werden kann und auch teilstationäre Pflege nicht ausreicht, diese Leistungen in Anspruch genommen werden können. Aus der vorgelegten gesetzlichen Konstruktion ist an dieser Stelle nicht erkennbar, dass mit der Einführung des § 42 SGB XI auch eine Leistungsausweitung im Bereich der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V beabsichtigt ist – es handelt sich wie ausgeführt auch unterschiedliche Zielsetzungen und Anwendungsbereiche der Leistungen, die nicht vergleichbar sind. Daher sollte der Hinweis auf § 42 gestrichen und der Leistungsanspruch vollständig in § 39c SGB V geregelt werden.

Zu Nr. 15: Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen (§ 43c SGB XI)

Die anvisierte Anpassung der Zuschüsse zur Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile ist nachvollziehbar, wenngleich konstatiert werden muss, dass die SPV insgesamt einer grundsätzlichen Reformanstrengung bedarf, welche gleichermaßen die leistungs- und vertragsrechtlichen Bestimmungen und mithin die gesamte Finanzierungssystematik der SPV auf den Prüfstand stellt, um den Herausforderungen (und nicht nur den steigenden Eigenanteilen) zukunftsweisend zu begegnen. Im praktischen Verwaltungshandeln der Pflegekassen in der Umsetzung des § 43c SGB XI sorgen vor allem kurze Unterbrechungstatbestände (bspw. bei Krankenhausaufenthalten etc.) für einen unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwand. Dies zum einen für die Leistungserbringer, die je nach Fallkonstellation mehrmals im Monat eine Korrekturrechnung erstellen müssen und zum anderen für die Pflegekassen, welche diese im Rahmen eines separaten Korrekturvorgangs verarbeiten müssen. Insofern schlägt der BKK Dachverband im Sinne einer Verwaltungsvereinfachung vor, gesetzlich zu regeln, dass lediglich Unterbrechungstatbestände, die über einen Monat hinweg andauern, zu einer entsprechenden Rechnungskorrektur führen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 3 Nr. 15 wird sinngemäß wie folgt ergänzt:

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

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

Nr. 19: Übersicht über die in Anspruch genommenen Leistungen durch Kasse auf Wunsch

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

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

einer Durchschrift der eingegangenen Abrechnungsunterlagen in der Praxis unmöglich ist. Die Regelung ist daher zu streichen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 3 Nr. 19a wird wie folgt gefasst:

"§ 108 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Auf Wunsch wird den Versicherten regelmäßig jedes Kalenderhalbjahr eine Übersicht über die Leistungen, die sie in Anspruch genommen haben, und deren Kosten übermittelt. Auf Anforderung erhalten Versicherte von den Pflegekassen Auskunft darüber, welche Leistungsbestandteile im Einzelnen durch Leistungserbringende in Bezug auf die Versicherten zur Abrechnung bei der Pflegekasse eingereicht worden sind; die Informationen sind in für die Versicherten verständlicher Form aufzubereiten. Auf Wunsch erhalten Versicherte eine Durchschrift der von Leistungserbringern bei der Pflegekasse eingereichten Abrechnungsunterlagen.“

Weitere Änderungsbedarfe:

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

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

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

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

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

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

Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen (§ 82c SGB XI)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vergütungskürzung (§ 115 Absatz 3a SGB XI)

Mit den Regelungen des § 115 Absatz 3 SGB XI zur Kürzung der Pflegevergütung wollte der Gesetzgeber zunächst die Sanktionsmöglichkeiten bei Feststellung von Qualitätsmängeln differenzierter ausgestalten. https://beck-online.beck.de/?vpath=bib-data/komm/BeckOGK_1_BandSGBXI/SGB_XI/cont/BECKOGK.SGB_XI.P115.gIG.htm Deshalb ist bei Nichteinhaltung gesetzlicher oder vertraglicher Verpflichtungen eine Kürzung – möglichst im Einvernehmen der Vertragsparteien – https://beck-online.beck.de/?typ=reference&y=100&q=SGB_XI&p=85&x=2 vorgeschrieben. Konkretisiert werden diese Grundregeln nunmehr durch Absatz 3a bei Nichtbezahlung der nach § 82c zugrunde gelegten Gehälter und Entlohnung. Anstelle dieser retrospektiven Malusregelung sollte nach Ansicht des BKK Dachverbandes allerdings eine prospektive Regelung zur Rückzahlung bei Nicht-Einhalt der Tariftreue gesetzlich verankert werden – bspw. in Form einer Verrechnungsposition im Pflegesatz bzw. in der Pflegevergütung https://beck-online.beck.de/?vpath=bib-data/komm/BeckOGK_1_BandSGBXI/SGB_XI/cont/BECKOGK.SGB_XI.P115.gIG.htm https://beck-online.beck.de/?typ=reference&y=100&q=SGB_XI&p=85&x=2 – denn die aktuellen Regelungen sind nicht praxistauglich, da sie:

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

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

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

Dies betrifft ganz konkret die Zielstellung eines solchen Verzeichnisses. Aus Sicht des BKK Dachverbandes ist ein umfassendes Beschäftigtenverzeichnis für sämtliche beschäftigte

Pflegende im Gesundheitssystem (neben, Abrechnung und Verifikation der Qualifikationen) geeignet, um versorgungspolitisch gezielt zu handeln, die Wirksamkeit gesetzgeberischer Initiativen zu evaluieren, Transparenz bzgl. der Qualifikation und der Quantität sowie den Settings, in denen Pflegende arbeiten und Migrationsbewegungen in und aus der Pflege erstmals auf einer validen Datengrundlage darzustellen. Es kann somit eines der wichtigsten Grundlagen für die in den nächsten Jahren notwendigen politischen Entscheidungen im Zusammenhang mit den immer drängender werdenden Frage von ausreichendem und qualifizierten Personal in der Pflege werden

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

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

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



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit
Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege
(Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz –PUEG)

vom 20.02.2023

Berlin, 06.03.2023

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs.....	3
2. Stellungnahme im Einzelnen.....	3
Begutachtungsverfahren.....	3
Artikel 2 Nr. 12 (§ 18a Abs. 10 S. 2 SGB XI).....	3
Artikel 2 Nr. 12 (§ 18a Abs. 11 S. 3 SGB XI)	3
Einrichtung eines Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege.....	4
Artikel 2 Nr. 40 (§ 125b SGB XI-E)	4

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

Die gesetzliche Pflegeversicherung als individuelle Teilkaskoversicherung des Risikos der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit leistet einen wesentlichen Beitrag zur Bewältigung der demographischen Risiken des Alters. In dem vorliegenden Referentenentwurf werden finanzierungs- und leistungsstrukturelle Verbesserungen berücksichtigt. Insbesondere sollen die häusliche Pflege gestärkt und pflegebedürftige Menschen mit ihren An- und Zugehörigen sowie andere Pflegepersonen entlastet werden. Zudem sollen die Arbeitsbedingungen für professionell Pflegende weiter verbessert sowie die Potentiale der Digitalisierung für Pflegebedürftige und für Pflegende besser nutzbar gemacht werden.

Die Bundesärztekammer konzentriert sich in dieser Stellungnahme auf diejenigen Aspekte, die unmittelbare Berührungspunkte mit der ärztlichen Tätigkeit haben. Insbesondere fordert sie ihre Aufnahme in den Beirat des vorgesehenen Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege.

2. Stellungnahme im Einzelnen

Begutachtungsverfahren

Artikel 2 Nr. 12 (§ 18a Abs. 10 S. 2 SGB XI-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im neu gefassten § 18a Abs. 10 SGB XI wird die Begrifflichkeit „Kinderärztin oder Kinderarzt“ verwendet.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Gemäß der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 der Bundesärztekammer sollten die dort verwendeten Titel „Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin (Kinder- und Jugendarzt/Kinder- und Jugendärztin)“ genutzt werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

§ 18a Abs. 10 S.2 SGB XI sollte wie folgt gefasst werden:

„Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachterinnen und Gutachter mit einer Qualifikation als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann, als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als ~~Kinderärztin oder Kinderarzt~~ Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin vorzunehmen.“

Artikel 2 Nr. 12 (§ 18a Abs. 11 S. 3 SGB XI-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im neu gefassten § 18a Abs. 11 S. 3 SGB XI soll aufgenommen werden, dass für den Medizinischen Dienst tätige unabhängige Gutachterinnen und Gutachter nicht berechtigt sind, in die ärztliche Behandlung und pflegerische Versorgung der Versicherten einzugreifen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Regelung wird damit begründet, dass das für die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes nach § 275 Abs. 5 SGB V geltende Verbot, in die ärztliche

Behandlung und pflegerische Versorgung der Versicherten einzugreifen, in Bezug auf andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter in Absatz 11 Satz 3 klarstellend aufgenommen werden soll.

§ 275 Abs. 5 SGB V bestimmt allerdings abweichend und damit weitergehend, dass die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes nicht berechtigt sind, in jegliche Behandlung der Versicherten einzugreifen; sie dürfen auch nicht in eine nicht-ärztliche Behandlung eingreifen.

Die Bundesärztekammer tritt für ein vollständige Gleichbehandlung aller Gutachterinnen und Gutachter ein. Auch die unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter sollten nicht berechtigt sein, in die Behandlung z. B. durch Heilmittelerbringer einzugreifen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

§ 18a Abs. 10 S.2 SGB XI sollte wie folgt geändert werden:

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

Einrichtung eines Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege

Artikel 2 Nr. 40 (§ 125b SGB XI-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Referentenentwurf sieht die Einrichtung eines Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen vor.

Zu den Aufgaben des Kompetenzzentrums gehören u. a. die „Entwicklung von konkreten Empfehlungen, insbesondere für Leistungserbringer, (...), mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Digitalisierung in der Langzeitpflege“.

Gemäß Abs. 5 richtet der Spitzenverband Bund der Pflegekassen einen Beirat zur Begleitung der Arbeit des Kompetenzzentrums ein. In diesem sind, neben den Ländern und Bundesministerien, eine Reihe von Institutionen auf kommunaler Ebene, der Pflege, der IT-Industrie etc. vertreten.

Die Bundesärztekammer ist im Beirat nicht vertreten.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer ist in den Beirat des Kompetenzzentrums aufzunehmen.

Für die Aufnahme der Bundesärztekammer sprechen mehrere Punkte:

- In der Bewertung der Defizite in der Kooperation zwischen Ärztinnen und Ärzten und Pflegenden wird häufig mangelnde Abstimmung zwischen den Professionen identifiziert. Daher sollte die Möglichkeit genutzt werden, bei der Entwicklung von Empfehlungen für Leistungserbringer mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Digitalisierung in der Langzeitpflege beide Perspektiven in die Erarbeitung einfließen zu lassen.
- Bei der Versorgung von Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld und in Einrichtungen der Langzeitpflege wird zukünftig auf die Nutzung digitaler Anwendungen nicht verzichtet werden können. Tools in den Bereichen „Patientenmonitoring“ und „Ambient Assistent Living“ werden die Pflegenden und

Ärztinnen und Ärzte, näher und kontinuierlicher an den zu Pflegenden heranzuführen. Eine gute Abstimmung zwischen den Professionen wird mit zunehmendem Digitalisierungsgrad daher an Bedeutung gewinnen.

- Dass der spezifische Sachverstand der Bundesärztekammer in der Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege gefragt ist, zeigt der aktuelle Austausch zum Medikationsplan mit der Gematik im Rahmen eines Modellprojektes mit Pflegeeinrichtungen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die in § 125b Abs. 5 S. 2 SGB XI-E enthaltene Aufzählung der Organisationen, die Vertreterinnen und Vertreter in den Beirat des Kompetenzzentrums entsenden, wird um die Bundesärztekammer ergänzt.



BAGFW-Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz – PUEG) vom 20.02.2023

Einleitung und Zusammenfassung

Die in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zusammengeschlossenen Spitzenverbände bedanken sich für die Möglichkeit zum Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums „Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz – PUEG)“ Stellung zu nehmen und geben dazu eine gemeinsame Stellungnahme ab. Angesichts der kurzen Stellungnahmefrist kann dies aber nur eine vorläufige Bewertung des Gesetzentwurfs sein.

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

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

Um diese Herausforderungen meistern zu können, hätte es dringend Bundesmittel für die Pflegeversicherung gebraucht: Entgegen den Versprechungen des Koalitionsvertrags fehlen allein 5,5 Mrd. Euro, um die pandemiebedingten Kosten zu decken, die bis heute noch nicht vom Bund erstattet sind. Des Weiteren hat die Bundesregierung auch nicht die im Koalitionsvertrag vereinbarten Kosten für die Rentenbeiträge pflegender Angehöriger zur Verfügung gestellt. Diese würden die Pflegeversicherung um 3,2 Mrd. Euro entlasten.

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

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

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

1. Die dringend erforderlichen Leistungsverbesserungen in der häuslichen und stationären Pflege erfolgen mit dem 01.01.2024 zu spät und mit 5 Prozent zu gering, um wenigstens die Inflationsrate auszugleichen. Darüber hinaus werden nur das Pflegegeld, die Pflegesachleistungen und die prozentualen Zuschüsse zu den Eigenanteilen nach § 43c SGB XI zum 01.01.2024 angehoben und nicht alle Leistungen der Pflegeversicherung. Nicht hinnehmbar ist insbesondere, dass der Entlastungsbetrag für Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 nicht angehoben wird.
2. Kritisiert wird darüber hinaus, dass auch die vorgesehene Dynamisierung in den Jahren 2025 und 2028 nur anhand der Kerninflationsrate erfolgt, sodass die Preissteigerungen für die gegenwärtigen Preistreiber Energiekosten und Lebensmittel unberücksichtigt bleiben. Das Problem einer andauernden Unterfinanzierung löst zudem eine Dynamisierung nicht.
3. Die BAGFW anerkennt und begrüßt nachdrücklich das Bestreben des Gesetzgebers, durch Einführung eines gemeinsamen Jahresbetrags für die Kurzzeit- und Verhinderungspflege, der Streichung der Wartefristen in der Verhinderungspflege sowie durch die Gewährung eines jährlichen Pflegeunterstützungsgelds im Umfang von 10 Arbeitstagen analog zum Kinderkrankengeld. Jedoch auch hier verhindert der zu knapp bemessene Finanzrahmen der Pflegeversicherung notwendige Reformschritte. Auch ist der Gesetzgeber gefordert, wie im Koalitionsvertrag angekündigt, Rechtssicherheit für die so genannten „Live-ins“ zu schaffen.

4. Die Entlastung der Pflegebedürftigen von den Eigenanteilen kommt mit den im Gesetzentwurf beabsichtigten Leistungsverbesserungen nicht entscheidend voran. Wir brauchen eine Finanzierung der Pflegeleistungen, mit der das Problem der Eigenanteilsbelastung gelöst wird und mit der die Pflegeversicherung wieder ihrer Funktion gerecht werden kann. Dazu gehört auch, dass die Kosten für die medizinische Behandlungspflege aus dem SGB V refinanziert werden und die Pflegebedürftigen von der Ausbildungskostenumlage entlastet werden. Des Weiteren sollten nicht alle Bestandteile der Investitionskosten der Einrichtungen zu Lasten der Pflegebedürftigen gehen, weshalb eine verpflichtende Finanzierung über die Länder und in allen Ländern zu regeln ist.
5. Mit den ergänzenden Regelungen zur Personalbemessung nach § 113c SGB XI können zunächst die bisher fehlenden Pflegeassistenzkräfte mit dem Qualifikationsniveau 3 angemessen mit vorhandenen und geeigneten Mitarbeiter*innen in einem begrenzten Zeitraum substituiert werden. Dies entspricht unserer begründeten Forderung, für fehlende Assistenzkräfte des Qualifikationsniveaus 3 eine gesetzlich verankerte, verantwortungsvolle und fachlich abgesicherte Übergangslösung zu schaffen und wird daher ausdrücklich begrüßt. Die explizite Aufnahme zur Anerkennung von bestandenen „Externenprüfungen“ werten wir als Signal an die Bundesländer, dort die entsprechenden Verfahren schnell zu befördern. Im Gesetzesentwurf wird die weitere Umsetzung der Personalbemessung etwas mehr konkretisiert, es bleibt aber weiterhin offen, wie es nach der aktuellen Ausbaustufe weitergeht. Wir vertreten nach derzeitiger Faktenlage die Auffassung, dass perspektivisch die Ergebnisse aus PeBeM und somit der Algorithmus 1.0 zu 100 % umgesetzt werden müssen. Die aus Gründen der Kohärenz beabsichtigte bundeseinheitliche Festlegung von Zielwerten für eine mindestens zu vereinbarenden personelle Ausstattung, welche dem Grunde nach mit weiteren Ausbaustufen korrespondieren müssten, ist inhaltlich nachvollziehbar, stellt aber eine Herausforderung dar. Hier ist darauf zu achten, dass das Vorgehen wegen der benötigten Daten nicht zu einem Bürokratiemonster ausartet, das vollstationäre Pflegeeinrichtungen ausbaden müssen. Größere Sorgen bereitet den in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege weiterhin die Auswirkungen des § 113 Absatz 6 SGB XI. Solange diese Entwicklung nicht durch eine entsprechende Kompensation der Eigenanteile eintritt, fordern wir die ersatzlose Streichung von § 113c Absatz 6 SGB XI.
6. Die Verlängerung der Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 8 Absatz 7 SGB XI sowie die Entfristung der Anschubfinanzierung zur Digitalisierung nach § 8 Absatz 8 SGB XI werden ausdrücklich begrüßt. Sehr praxisnah ist die Einführung der Möglichkeit, auch WLAN und IT förderfähig zu machen. Gleichzeitig steht den Fördermöglichkeiten häufig der hohe Eigenanteil und fehlende Flexibilität in der Inanspruchnahme der Fördermittel entgegen; diese Hürden sollten gesenkt werden.
7. Grundsätzlich positiv bewertet werden die Ansätze zur Innovation in diesem Referentenentwurf: Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände messen Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen im Quartier eine hohe Bedeutung bei und sehen hier Handlungsbedarf, der von den Vorschlägen des Gesetzesentwurfs abweicht bzw. diesen konkretisiert.
8. Nach wie vor fehlt eine bundesweite Strategie zur Digitalisierung in der Pflege, wie sie von den in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege seit längerem gefordert wird. Diese muss die Grundlagen für die

Einrichtung eines Kompetenzzentrums festlegen. Den im Gesetzesentwurf genannten Aufgaben des zu gründenden Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege misst die BAGFW eine hohe Relevanz bei. Die Kernfunktionen eines solchen Zentrums sollen die Erarbeitung eines Roadmap Prozesses und die Unterstützung der Digitalisierung in der Praxis der beruflich Pflegenden, der Einrichtungen und Dienste, aber auch der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Familien sein. Allerdings sehen wir die Ansiedelung einer solchen Institution beim GKV-Spitzenverband äußerst kritisch, da dieser keine Kernkompetenz auf diesem Gebiet hat. Ein wirkungsvolles Kompetenzzentrum muss an neutraler Stelle angesiedelt werden. Deutlich kritisiert wird seitens der in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege die Frist zur verpflichtenden Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI), die aus unserer Sicht zum derzeitigen Umsetzungsgrad der TI in der Pflege nicht umsetzbar ist. Es wird eine begrüßenswerte Neustrukturierung des Begutachtungsverfahrens vorgenommen. Darüber hinaus bedarf es dringend gesetzlicher Maßnahmen, die den gegenwärtigen Fristüberschreitungen und Begutachtungsdauern von sechs bis neun Monaten entgegenwirken und den Rechtsanspruch des Versicherten auf einen Bescheid nach 25 Arbeitstagen sicherstellen.

9. Der vorgelegte Gesetzentwurf beinhaltet nur isolierte Einzelmaßnahmen, stellt keine ganzheitliche Systemverbesserung dar und auch die Versorgungssicherheit wird durch diese Reform nicht verbessert (weiter Unterfinanzierung der Pflegeleistungen, Pflegekräfte fehlen, weiter Überlastung des Systems der Pflegeversicherung und der Selbstverwaltung, Bewohnende rutschen in Sozialhilfe). Weiterhin verstärken Verbesserungen der Arbeitsbedingungen in der Pflege (insbesondere Lohnerhöhungen) direkt die finanzielle Krise der pflegebedürftigen Menschen und ihrer An- und Zugehörigen. So sind keine grundlegenden Verbesserungen in den Einrichtungen möglich.
10. Anstatt die Pflegeeinrichtungen und deren Beschäftigte von Bürokratie zu entlasten, werden eine Vielzahl an neuen bürokratischen Regelungen eingeführt, wie z. B. die Meldepflichten zum neuen Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten nach § 7d SGB XI oder die sehr komplexen doppelten Anzeige- bzw. Informationspflichten beim Gemeinsamen Jahresbetrag nach § 42a SGB XI.

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

Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

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

Für ambulante Pflegedienste, die sich bislang um eine fristgerechte Anbindung bemühen, werden bereits zum jetzigen Zeitpunkt eine Vielzahl an Hürden offenbar, die die Frist 01.01.2024 bzw. neu 01.07.2024 aus Sicht der in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege stark in Frage stellt. Ein schwerwiegender Grund, der Einrichtungen der Pflege mit einem Anschluss noch zögern lässt, stellt die geplante Neuausrichtung nach der TI 2.0 dar. Mit dieser soll es ab 2025 möglich sein, ganz ohne die Verwendung von Hardwarekomponenten auf die TI zugreifen zu können. Mit Blick auf einen ressourcenschonenden Mitteleinsatz ist aus Sicht der Verbände der BAGFW eine Anbindung an die TI nach der bisherigen Methode daher nicht mehr sinnvoll und zielführend. Nicht nur der geringere Arbeits- und Implementierungsaufwand, sondern auch die kostenwirksame Einsparung von Hardware sprechen deutlich für eine Anbindung an die Telematikinfrastruktur nach den Möglichkeiten der TI 2.0. Des Weiteren wurden mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz die Finanzierungsmodalitäten zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur neu geregelt. Die bestehenden TI-Pauschalen werden auf Monatspauschalen umgestellt. Da zunächst die Vereinbarung im vertragsärztlichen Bereich (Bundesmantelvertrag) geschlossen werden muss, um die Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und Bundesvereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen entsprechend abzuschließen, ist nicht mit einer Auszahlung der neu vereinbarten Pauschalen vor Juli 2023 zu rechnen. Dies führt zu Unsicherheit und nachvollziehbarem Abwarten seitens der Pflegeeinrichtungen, denn bislang sind nicht alle vorausgesetzten Bestandteile zur Anbindung an die TI ausreichend über die bisherige TI-Finanzierungsvereinbarung abgedeckt, wie z. B. die Refinanzierung von elektronischen Heilberufausweisen. Darüber hinaus sind die datenschutz- sowie haftungsrechtlichen Unsicherheiten im Zusammenhang mit dem eHBA rechtssicher für Leistungserbringer in der Pflege zu klären. Perspektivisch ist aus Sicht der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege für eine sichere Nutzung der TI in der Pflege für

jede Pflegefachkraft ein refinanzierter eHBA erforderlich. Die bislang parallellaufenden Prozesse müssen für einen unkomplizierten Anschluss an die TI sowie eine gewinnbringende Nutzung der TI aus Sicht der in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege dringend synchronisiert werden. Erforderliche Vorarbeiten als Voraussetzung für eine Anbindung müssen zwingend erledigt sein, um nicht Gefahr zu laufen, Motivation und Bereitschaft sowie die Möglichkeit zur Nutzung der TI in der Pflege bereits im Registrierungsprozess zunichtezumachen. Ferner scheint die mit dem Gesetzesentwurf genannte Frist vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen aus dem Modellprogramm nach § 125 SGB XI, den derzeit aus der Praxis geschilderten Wartezeiten bei der Beantragung der Zugangskarten (SMC-B-Pflege, e-HBA; 3-4 Monate Wartezeit für eine Karte) sowie den Erfahrungen im Zusammenhang mit der Registrierung zu einer lebenslangen Beschäftigtennummer (LBNR nach § 293 Abs. 8 SGB V) ohnehin nicht realistisch umsetzbar zu sein.

Wir fordern daher den Gesetzgeber auf, die Frist der verbindlichen Anbindung an die TI sowohl für ambulante als auch für stationäre Pflegeeinrichtungen frühestens auf Mitte 2025 festzusetzen und gleichzeitig mit der Maßgabe zu verbinden, dass ein Anschluss über TI 2.0 ermöglicht wird. Eine verpflichtende Anbindung ergibt aus unserer Sicht erst dann Sinn, wenn auch alle anderen Akteure im Gesundheitswesen – insbesondere Arztpraxen – verpflichtend KIM umsetzen. Ferner sind sämtliche Prozesse rund um die Telematikinfrastruktur so zu synchronisieren, dass eine reibungslose Anbindung an die TI sowie eine sich anschließende gewinnbringende Nutzung der TI gewährleistet sind. Dies schließt aus Sicht der in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege ebenso eine Synchronisation des Beschäftigtenverzeichnis nach § 293 Abs. 8 SGB V mit der TI ein. Ein einheitlicher und unkomplizierter Registrierungsprozess, der z. B. eine Stapelverarbeitung für Träger mehrerer Dienste zulässt, muss über die TI ermöglicht werden. Bislang verhindern parallellaufende Prozesse Bürokratieabbau und Entlastung in diesem Bereich.

Änderungsbedarf:

§ 341 Abs. 8 wird wie folgt gefasst:

„(8) Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch haben bis zum 01. Juli 2025 alle Voraussetzungen zu erfüllen, um den Zugriff auf die elektronische Patientenakte und den Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 306 umzusetzen. Hierfür ist die Möglichkeit des Anschlusses nach der TI 2.0 als Voraussetzung für eine verpflichtende Anbindung zu schaffen.“

§ 360 Abs. 8 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Um Verordnungen von häuslicher Krankenpflege nach § 37 sowie Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nach § 37c elektronisch abrufen zu können, haben sich Erbringer von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 sowie der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c bis zum 01. Juli 2025 [...] an die Telematikinfrastruktur nach § 306 anzuschließen. Hierfür ist die Möglichkeit des Anschlusses nach der TI 2.0 als Voraussetzung für eine verpflichtende Anbindung zu schaffen“.

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

Die Erbringer von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 sowie der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c sind ab dem 01. Juli 2025 verpflichtet, die Leistungen unter Nutzung der Dienste und Komponenten nach Absatz 1 auch auf der Grundlage einer elektronischen Verordnung nach Satz 1 zu erbringen. Die Verpflichtung nach Satz 3 gilt nicht, wenn der elektronische Abruf der Verordnung aus technischen Gründen im Einzelfall nicht möglich ist.

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

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

1. der ambulanten Leistungserbringer, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 Satz 1 abgeschlossen haben, oder bei denen es sich um zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches oder bei denen es sich um Leistungserbringer nach § 132d SGB V bzw. 132i SGB V handelt,
2. der Personen, die durch die in Nummer 1 genannten Leistungserbringer beschäftigt sind und häusliche Krankenpflege nach § 37, spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b, außerklinische Intensivpflege nach § 37c oder Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 Absatz 1 des Elften Buches erbringen sowie
3. der Pflegekräfte, mit denen die Pflegekassen Verträge nach § 77 Absatz 1 des Elften Buches abgeschlossen haben.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte legt hierbei für jede in das Verzeichnis aufzunehmende Person nach Satz 1 Nummer 2 und Pflegekraft nach Satz 1 Nummer 3 eine Beschäftigtennummer fest. Dabei schafft das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte einen Registrierungsprozess, der dem Prinzip der Entbürokratisierung und einem aufwandsarmen Prozess für Leistungserbringer Rechnung trägt. Die Beschäftigtennummer folgt in ihrer Struktur der Arztnummer nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1. Das Verzeichnis nach Satz 1 enthält für die Personen nach Satz 1 Nummer 2 und für die Pflegekräfte nach Satz 1 Nummer 3 folgende Angaben:

1. die Beschäftigtennummer (unverschlüsselt),
2. den Vornamen und den Namen,
3. das Geburtsdatum,
4. die Bezeichnung der abgeschlossenen Berufsausbildungen und das Datum des jeweiligen Abschlusses sowie
5. die Bezeichnung abgeschlossener Zusatzqualifikationen und das Datum des jeweiligen Abschlusses.

Für die Personen nach Satz 1 Nummer 2 enthält das Verzeichnis zusätzlich zu den Angaben nach Satz 4

1. das Kennzeichen des Arbeitgebers oder des Trägers des Leistungserbringers nach Satz 1 Nummer 1,

2. das Kennzeichen des Leistungserbringers nach Satz 1 Nummer 1, in dem die Person beschäftigt ist, oder, wenn ein solches nicht vorhanden ist, ersatzweise die Anschrift des Leistungserbringers, bei dem die Person beschäftigt ist und
3. den Beginn und das Ende der Tätigkeit beim Leistungserbringer nach Nummer 2.

Für die Pflegekräfte nach Satz 1 Nummer 3 enthält das Verzeichnis zusätzlich zu den Angaben nach Satz 4

1. die Anschrift der Pflegekraft und

2. den Beginn und das Ende des mit der Pflegekasse geschlossenen Vertrages.

Die Leistungserbringer, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 Satz 1 oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Verträge nach § 132l Absatz 5 abgeschlossen haben oder bei denen es sich um zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches handelt, und die Pflegekräfte nach Satz 1 Nummer 3 sind verpflichtet, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ab dem 1. August 2022 die Angaben nach Satz 4 Nummer 2 bis 5 und den Sätzen 5 und 6 zu übermitteln sowie unverzüglich jede Veränderung dieser Angaben mitzuteilen. Die Kosten für die Führung des Verzeichnisses trägt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte stellt den Kranken- und Pflegekassen die zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach diesem und nach dem Elften Buch erforderlichen Angaben aus dem Verzeichnis zur Verfügung; für andere Zwecke dürfen die Angaben nicht verwendet werden. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte stellt den in Satz 7 genannten Leistungserbringern und den Pflegekräften nach Satz 1 Nummer 3 die Beschäftigtennummer zur Verfügung. Die Beschäftigtennummer ist spätestens ab dem 1. Januar 2023 für die Abrechnung der von der Person nach Satz 1 Nummer 2 oder der Pflegekraft nach Satz 1 Nummer 3 erbrachten Leistungen zu verwenden.

Artikel 2: Änderung des Elften Buches Gesetzbuch

§ 7b: Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine

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

- kommunale örtliche Beratungsstellen,
- Beratungsstellen der Betroffenenverbände, der Verbraucherzentralen oder der Sozialverbände,

- Kranken- und Pflegekassen,
- Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste oder
- Pflegestützpunkte

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

Änderungsbedarf:

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

„Der Versicherte kann dabei zwischen der Beratung durch die Pflegekasse und dem Beratungsgutschein wählen.“

§ 7d Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten

Versicherte und ihre An- und Zugehörigen können durch ein einheitliches barrierefreies elektronisches Portal bei der Suche nach stationären Pflegeeinrichtungen einschließlich der Kurzzeitpflege sowie nach ambulanten Pflegediensten unterstützt werden. Allerdings halten die Pflegekassen solche Portale bereits vor. Über eine Vereinheitlichung kann an dieser Stelle nachgedacht werden.

Eine Information über die Beratungsangebote nach § 7c und über Pflegekurse nach § 45 SGB XI könnte hilfreich sein. Für nicht sachgerecht gehalten wird, dass die Anbieter von Unterstützungsangeboten im Alltag nach § 45a und von Angeboten von Gruppen ehrenamtlich tätiger nach § 45c Absatz 4 nur „auf Antrag“ in das Informationsportal aufgenommen werden müssen. Gerade in Bezug auf die Angebote nach § 45a haben die Versicherten und ihre Familien häufig keinerlei Informationen und keine Übersicht. Das Gleiche gilt in Bezug auf die Angebote zur Hilfe zur Pflege und zu den Angeboten der Altenhilfe.

Die geplante Meldepflicht freier Plätze und Kapazitäten für ein solches Portal verursacht aber vor Ort einen nicht hinnehmbaren Aufwand, der in keinem Verhältnis zu einem erwartbaren Nutzen steht. Freie Plätze in Pflegeheimen sind ggf. sofort wieder vergeben, weil bspw. Wartelisten existieren und die Einträge schneller veralten als sie aktualisiert werden könnten. In der ambulanten Pflege sind freie Kapazitäten darüber hinaus nicht zu generalisieren, da sie von verschiedenen Faktoren, wie Wohnort oder Art und Dauer der gewünschten Leistung abhängen und nur individuell geklärt werden können. Die geplante Meldepflicht ist damit vor Ort nicht praktikabel. Am Ende besteht die Gefahr, dass das gut gemeinte Portal bei allen Beteiligten zu mehr Verärgerung führt, als dass es bei der Suche nach Pflegeeinrichtungen hilft. Die Meldung freier Plätze und Kapazitäten in einem solchen Portal, kann daher nicht verpflichtend sein, sondern höchstens auf freiwilliger Basis erfolgen.

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

Die Verbände der BAGFW begrüßen, dass die Förderung der Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf bis 2030 verlängert wird, da die Mittel aufgrund der Belastungen der Einrichtungen während der Corona-Pandemie nicht ausgegeben werden konnten. Wir weisen darauf hin, dass die Summe von insgesamt 15.000 Euro jährlich nicht ausreichend sein wird, wenn damit beispielsweise der Ausbau von Kinderbetreuungsmöglichkeiten in trägereigenen Strukturen gefördert werden soll. Es sollte daher eine flexible Verwendung der Fördermittel in Höhe von jährlich 7.500 Euro über den gesamten Förderzeitraum von fünf Jahren vorgesehen werden können. Darüber hinaus weisen wir darauf hin, dass alle investiven Ausgaben, z. B. für die Angebote der Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen, nicht im Pflegegesetz geltend gemacht werden können. Daher bleibt die Ko-Finanzierung von 50 Prozent, die von den Einrichtungen aufzubringen ist, ungeklärt. Es ist zu befürchten, dass die Fördermöglichkeiten im investiven Bereich darum nicht in Anspruch genommen werden.

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

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

Eine große Hürde beseitigt der Gesetzentwurf allerdings weiterhin nicht: Gefördert werden können nach wie vor nur 40 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. Die restlichen 60 Prozent sind nicht förderfähig und gehen daher zu Lasten der Investitionskosten und letztlich der Eigenanteile der Versicherten. Das war auch in der Vergangenheit einer der wesentlichen Gründe für die Zurückhaltung der Einrichtungen, hier zu investieren. Diese Hürde sollte mit diesem Gesetzentwurf beseitigt werden. Des Weiteren berücksichtigt die pauschale Fördersumme von 12.000 Euro auch keine Skalierung nach Einrichtungsgröße: So hat eine große stationäre Einrichtung mit 300 Plätzen andere Bedarfe als eine kleine stationäre Einrichtung mit 20 Plätzen. Es sollte des Weiteren möglich sein, die Fördersumme von bis zu 12.000 Euro auch durch mehrere, unterschiedliche Anträge ausschöpfen zu können, auch wenn es beim hier vorgesehenen prozentualen Eigenanteil bleiben sollte. Das Förderprogramm nach § 8 Absatz 8 SGB XI trat zum 01.01.2019 in Kraft. Verschiedene Pflegeeinrichtungen haben bereits die einmalige Fördersumme von

12.000 € in Anspruch genommen. Wir halten es für erforderlich, dass diese Pflegeeinrichtungen mit Inkrafttreten des PUEG einen nochmaligen Förderanspruch erhalten. Im Übrigen weisen wir darauf hin, dass sowohl die Fördermaßnahmen nach § 8 Absatz 7 als auch nach § 8 Absatz 8 Maßnahmen der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf Aufgaben darstellen, von denen die gesamte Gesellschaft profitiert und die daher nicht von den Beitragszahlenden, sondern aus einem Bundeszuschuss in die Pflegeversicherung refinanziert werden sollten.

Änderungsbedarf:

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

Die prozentuale Höhe des Eigenanteils von 60 Prozent ist zu überdenken. Vorgeschlagen wird eine Reduzierung des Eigenanteils auf 20 Prozent.

Änderung von Satz 5: Erhöhung der Förderung von bis zu 40 Prozent der von der Einrichtung verausgabten Mittel auf 80 Prozent.

Satz 3 RefE ist wie folgt zu formulieren:

„Förderfähig sind auch die Aus-, Fort- und Weiterbildungen zu digitalen Kompetenzen von ~~Pflegebedürftigen~~ und Pflegekräften in der Langzeitpflege sowie von Schulungen für die Pflegebedürftigen“.

§ 18-18e: Begutachtung

Die Neugliederung der Kapitel zur Begutachtung im SGB XI ist zu begrüßen, da sie mehr Übersichtlichkeit schafft und das Pflegeverständnis des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Pflegeberatung umsetzt.

Allerdings finden die Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG hier noch nicht genügend Berücksichtigung. Die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs kann demnach nur durch Pflegefachmänner und -frauen erfolgen. Hierauf ist in den nachfolgenden Paragraphen bei der Qualifikation sowohl der Prüfenden der MD u. a. Prüfdienste als auch bei den unabhängigen Gutachter*innen an den jeweiligen Stellen, analog § 18a Absatz 10, hinzuweisen.

§ 18: Beauftragung der Begutachtung

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege bewerten es als positiv, dass in Absatz 1 künftig eine konkrete Frist von drei Arbeitstagen genannt wird, in der die Pflegekassen dem MD den Auftrag zur Begutachtung übermitteln müssen sowie dass der Auftrag elektronisch übermittelt werden muss. Bislang wurden Aufträge teilweise immer noch postalisch übermittelt, sodass wertvolle Zeit bis zur Begutachtung aufgrund des Postwegs verstrich. Positiv zu bewerten ist auch, dass künftig in Richtlinien des MD nach § 17 Absatz 1 konkret zu regeln ist, welche prüffähigen Angaben benötigt werden, um die Begutachtung durchzuführen.

Nach § 18 Absatz 3 neu ist die Pflegekasse verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen oder wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist. Dies ist unseres Erachtens nicht ausreichend, Angesichts von Begutachtungsdauern von 6 bis 9 Monaten bei Höherstufungsanträgen muss die Pflegekasse auch verpflichtet werden bei Überschreiten der 25 Tage-Frist nach § 18c Absatz 1 neu dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter zu benennen.

Änderungsbedarf:

§ 18 Absatz 3 Satz 1 neu ist wie folgt zu formulieren:

(3) Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter zur Auswahl zu benennen,

1. soweit nach Absatz 1 unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen oder
2. wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist oder
3. wenn nicht spätestens innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags dem Antragsteller bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitgeteilt wurde.

§ 18a: Begutachtungsverfahren

In Absatz 2 Satz 1 bis 3 werden Grundsätze der Begutachtung formuliert. Die Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich ist ein wesentlicher Grundsatz sowohl für in stationären Pflegeeinrichtungen lebenden Menschen als auch für Menschen, die noch in ihrer eigenen Häuslichkeit wohnen. Eine persönliche Begutachtung vor Ort wird im häuslichen Bereich als stets erforderlich angesehen. Im Rahmen von Höherstufungen im stationären Bereich werden Begutachtungen nach Aktenlage bei eindeutiger Sachlage im Zusammenhang mit einer Beschleunigung des Bearbeitungszeitraumes als sinnvoll angesehen, auch wenn dadurch Aufgaben der Prüfdienste in den Bereich der Einrichtungen verlagert werden. In diesem Zusammenhang ist es aus unserer Sicht erforderlich, den Begriff der "eindeutigen Aktenlage" zu definieren.

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

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

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

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

Änderungsbedarf:

In Absatz 2 ist wie folgt zu formulieren:

“Der Versicherte ist in seinem Wohnbereich zu untersuchen. **In stationären Einrichtungen besteht die Möglichkeit, dass eine Untersuchung im Wohnbereich bei Höherstufungsanträgen unterbleibt, sofern die Aktenlage eindeutig ist.**

In Absatz 7 Satz 3 wird die Angabe “10” durch “5” ersetzt. Folgender Satz wird ergänzt: “Sofern die Kurzzeitpflege vor Ablauf von 10 Arbeitstagen beendet wurde, hat die Begutachtung spätestens am zehnten Arbeitstag seit Beginn der Kurzzeitpflege in der Häuslichkeit des Versicherten stattzufinden”.

§ 18b: Gutachten

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege bewerten es als positiv, dass in Absatz 1 geregelt wird, dass auch das Gutachten vom MD an die Pflegekasse elektronisch in gesicherter Form zu übermitteln ist. Damit gilt für Antrag und Gutachten der elektronische Übermittlungsweg, der geeignet ist, das Verfahren erheblich zu verkürzen, was sehr zu begrüßen ist.

Positiv zu bewerten sind ferner die Konkretisierungen, welche die Gutachter in den Bereichen Prävention und Rehabilitation vorzunehmen haben: So werden jetzt neben den Hilfs- und Pflegehilfsmitteln auch konkret Empfehlungen zu Heilmitteln und anderen therapeutischen Maßnahmen, wohnumfeldverbessernden Maßnahmen, edukativen Maßnahmen und für eine Beratung hinsichtlich von Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Absatz 5 SGB V neu erwähnt.

§ 18c: Entscheidung über den Antrag

Nicht nur der Antragstellerin bzw. dem Antragsteller - sondern auch der Einrichtung - sollte spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags nach § 33 Absatz 1 Satz 1 bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitgeteilt werden, zumal diese ihre Personalkapazitäten entsprechend vorhält.

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

Die in Absatz 5 formulierten Sanktionszahlungen bei Fristüberschreitung bei nicht erteiltem Bescheid innerhalb von 25 Arbeitstagen, sehen wir nicht als adäquates Steuerungsinstrument an. Vielmehr sollte der Versicherte das Recht erhalten, dass die Pflegekasse nach Fristsäumnis automatisch drei unabhängige Gutachter nennen muss, um die Begutachtung einzuleiten (siehe § 18 Absatz 3 neu). Zudem lehnen wir auch aus ordnungspolitischen Gründen eine Finanzierung der Strafzahlung durch den Beitragszahler ab. Sollte der Gesetzgeber jedoch an der Strafzahlung von 80 Euro festhalten, ist deren Anwendungsbereich nicht nur auf Versicherte in der eigenen Häuslichkeit zu begrenzen, sondern auch auf Antragsteller aus dem vollstationären Pflegeeinrichtungen auszuweiten.

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

Änderungsbedarf:

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

§ 18e: Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung

Ausdrücklich begrüßt wird durch die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege die Beauftragung des MD Bund, im Rahmen eines Modellvorhabens nach § 18e Absatz 2 das während der Coronapandemie erprobten Verfahrens zum Einsatz telefonischer oder digitaler Kommunikationsmittel für die Begutachtung wissenschaftlich zu validieren, einschließlich des Ansatzes, ob eine solche Datenerhebung ersatzweise oder nur ergänzend zur Anwendung kommen kann, ohne dass sich das einschränkend auf die Begutachtungsinhalte, die Pflegegradeinstufung oder die Abgabe der Empfehlungen zu Hilfs- und Pflegehilfsmitteln, Heilmitteln, zur Rehabilitationsempfehlung oder zu Präventionsempfehlungen negativ auswirkt. Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege hatten 2021 vielfältige Problemanzeigen erhalten, die insbesondere eine zu niedrige Einstufung anbelangten, wenn die Versicherten nicht in ihrer eigenen Häuslichkeit untersucht wurden.

§ 30: Dynamisierung

Der Gesetzentwurf formuliert keine regelhafte Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung, hebt aber den Auftrag des bisherigen § 30 SGB XI auf, alle drei Jahre lediglich eine Erhöhung der Leistungen zu prüfen. Insoweit wird die jetzt vorgesehene Erhöhung der Leistungsbeträge zum 01.01.2025 um 5 Prozent und zum 01.01.2028 der Intention des Paragraphen eher gerecht, wenngleich sie nicht ausreichend ist. Zudem darf die Anpassung nicht an die Kerninflationsrate erfolgen, denn diese lässt bestimmte Kostenarten wie Lebensmittel und Energiepreise außen vor. Genau diese sind aber in Folge des Angriffskrieges auf die Ukraine die Kostentreiber gewesen. Ein weiterer Faktor sind die Personalkosten. Mit dem Tarifreuegesetz

wurde die notwendige Verbesserung zur Entlohnung von Pflegekräften erreicht – jedoch war auch ein sprunghafter Anstieg der Pflegekosten die Folge. Eine Anpassung muss somit sowohl die Inflationsrate als auch die Lohnentwicklung berücksichtigen. Um einer weiteren Entwertung der Leistungen in der Zukunft entgegenzuwirken, muss jedoch nach Auffassung der in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege mindestens eine regelhafte Dynamisierung vorgesehen werden, das Problem einer andauernden Unterfinanzierung löst eine Dynamisierung nicht. Dies setzt eine nachhaltige Finanzierungsgrundlage für die Pflegeversicherung voraus, die die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege einfordert.

§ 40a Absatz 2 i.V. mit § 78a Absatz 4: Höhe der Vergütung für digitale Pflegeanwendungen

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege haben bereits im Rahmen des Stellungnahmen zum Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPGM) darauf hingewiesen, dass der Leistungsbetrag für Unterstützungsleistungen beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen in Höhe von 50 Euro nicht ausreichen dürfte. Es ist daher zu begrüßen, dass die Pflegekassen mit dem neuen Absatz 2 verpflichtet werden, die Versicherten über eventuelle Mehrkosten auch im Rahmen der Unterstützungsleistungen vorab zu informieren. Es sollte ergänzt werden, dass die Information in verständlicher Form und barrierefrei erfolgen muss.

§ 40b: Transparenz der Versicherten über Mehrkosten für Unterstützungsleistungen beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen

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

Änderungsbedarf:

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

§ 55: Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung

Die moderate Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes zum 1. Juli 2023 um nur 0,35 Prozentsatzpunkte ist zu gering, um die Leistungen der Pflegeversicherung im notwendigen Umfang zu erhöhen und die Finanzsituation zu stabilisieren. Wie prekär die finanzielle Lage der Pflegekassen ist, zeigt die in Satz 2 vorgesehene Verordnungsermächtigung der Bundesregierung, den Beitragssatz jederzeit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats anzupassen, wenn der Mittelbestand der SPV absehbar das gesetzliche Betriebsmittel und Rücklagensoll der Pflegeversicherung zu unterschreiten droht. Das ist nicht hinnehmbar (s. dazu insgesamt Kommentierung in der Einleitung).

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

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

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

§ 75: Veröffentlichung der Landesrahmenverträge

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

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

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

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

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

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

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

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

Das Anliegen wird von den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege unterstützt.

§ 113 Absatz 8: Jährliche Berichtspflicht des Qualitätsausschusses gegenüber dem BMG

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

Änderungsvorschlag:

Streichung des § 114c Abs. 3:

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

§ 114a Absatz 7, analog Absatz 2a:

~~(7) Die Vertragsparteien nach § 113 beschließen Der Medizinische Dienst Bund beschließt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zur verfahrensrechtlichen Konkretisierung Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich. In den Richtlinien sind die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 zu berücksichtigen. [...] Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Der Medizinische Dienst Bund hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. ...~~

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

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

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

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

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

§ 113c: Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

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

Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a wird um die Doppelbuchstaben bb erweitert, nach denen Personen als Pflegefachkräfte mit dem Qualifikationsniveau 4 berücksichtigt werden können, die mit ausländischen Berufsabschlüssen einen entsprechenden Anpassungslehrgang zur Anerkennung als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann berufsbegleitend durchlaufen.

Die bisherige Regelung nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe a, nach der Pflegehilfskraftpersonal bereits auf den Stellen von Pflegeassistentenpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege (Qualifikationsniveau 3) anerkannt werden kann, wenn berufsbegleitend eine entsprechende Ausbildung absolviert wird, wird durch Absatz 3 Satz 3 ergänzt, so dass diese landesrechtlich geregelte Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege spätestens bis zum 30. Juni 2028 begonnen werden muss und das entsprechende Pflegehilfskraftpersonal

bei Abschluss der Vereinbarung mindestens fünf Jahre mit im Jahresdurchschnitt mindestens hälftiger Vollzeitbeschäftigung in der Pflege tätig war. Mit dieser Regelung kann zuvörderst ein Teil der bisher fehlenden Pflegehilfskräfte mit dem Qualifikationsniveau 3 angemessen mit vorhandenen, rechnerisch überhängigen und unter Bestandsschutz stehenden sowie geeigneten Mitarbeiter*innen des Qualifikationsniveaus 1 und 2 in einem begrenzten Zeitraum substituiert werden. Dies entspricht unserer begründeten Forderung, für das derzeit vorhandene massive Problem fehlender Hilfskräfte des Qualifikationsniveaus 3, eine gesetzlich verankerte Übergangslösung zu schaffen, was ausdrücklich begrüßt wird.

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

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

Wir begrüßen ebenfalls, dass angestrebt wird, dass sich die individuell vereinbarte personelle Ausstattung in allen vollstationären Pflegeeinrichtungen in Richtung der

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

Die zur Umsetzung von Absatz 7 und 8 erforderlichen bundeslandbezogenen Zahlen, Daten und Fakten sollen insbesondere durch eine neue Berichtspflicht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (ebenfalls in Absatz 8) eingeführt werden. Dieser Bericht soll in zweijährigem Intervall Hinweise liefern, ob Zielwerte für eine personelle Mindestausstattung von den vollstationären Pflegeeinrichtungen angesichts der Situation am Arbeitsmarkt eingehalten werden könnten. Darüber hinaus soll die Berichtspflicht Hinweise liefern, welche Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung zu erwarten wären, sollten die angestrebten Zielwerte nicht von allen Pflegeeinrichtungen vollumfänglich erfüllt werden können. Wir bitten zu prüfen, ob konkretisiert werden kann, dass die Grundlagen zur Erstellung des Berichts maßgeblich aus den vorhandenen und den Pflegekassen vorliegenden Vertragsdaten und sonstigen herkömmlichen Personalmeldungen oder -abgleichen entnommen werden. Andernfalls fürchten wir ein weiteres Bürokratiemonster bis hin zum tagesaktuellen Personalabgleich.

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

Änderungsbedarf:

§ 113c Absatz 6 SGB XI wird ersatzlos gestrichen.

§§ 123, 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

Der neue § 123 ersetzt die Regelung des alten § 123 zur Durchführung von Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen. Nach Kenntnis der in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege hat sich keine eigenständige Beratungslandschaft durch Übernahme der Aufgaben der Pflegekassen zur Pflegeberatung nach den §§ 7a-c, § 37 Absatz 3 und Pflegekursen entwickelt.

Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sehen im neuen Modellvorhaben zur Entwicklung regionalspezifischer Modellvorhaben für innovative Unterstützungskonzepte vor Ort und im Quartier großes Potenzial. Aus Perspektive der in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sind vielfältige Formen der Förderung, wie die Erprobung von Konzepten wie Buurtzorg im deutschen Kontext, präventive Hausbesuche, verbunden mit Schulungen, Beratungen und Trainings zur Gesundheitsförderung von pflegebedürftigen Menschen im Haushalt, die Einführung neuer Versorgungsformen und/ oder die Einführung neuer Wohnformen, wie bspw. Altenwohnheime für Menschen mit geringem Pflegebedarf oder die Erprobung von Öffnungsklauseln in Landesrahmenverträgen zur Ermöglichung von Kurzzeitpflege in anderen als vollstationären Settings, denk- und umsetzbar. Insbesondere könnte auch die Verzahnung von medizinischen und pflegerischen Angeboten und Hilfen, bspw. in Gesundheitskiosken, mit vorhandenen Beratungsangeboten (Pflegestützpunkte) umgesetzt und erprobt werden. Darüber hinaus ist die Entwicklung und Stärkung präventiver Angebote und Strukturen wie auch die bessere Verzahnung der Sektoren innerhalb des SGB XI sehr zu begrüßen.

Wichtig ist es den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege, dass die Erprobung stets mit dem Fokus einer möglichen Übernahme in die Regelversorgung erfolgt und dabei vorhandene lokale und regionale Angebote und Strukturen (bspw. niedrigschwellige Beratungs-, Versorgungs- und Unterstützungsangebote im Quartier/Stadtteil) wie auch die umsetzenden Akteure, in die Entwicklung und Umsetzung solcher Modellprojekte integriert werden. Auch sollte bedacht werden, dass in der gegenwärtigen Situation innovative Ansätze realistisch nur dann erfolgreich erprobt werden, wenn die knappen Personalressourcen aufgrund des grassierenden Fachkräftemangels mit Augenmaß eingesetzt werden können. Daher sollten innovative Projekte möglichst auf bestehenden Strukturen und Angeboten aufgebaut und von dort aus weiterentwickelt werden.

Als sachgerecht wird eine Verteilung der Mittel über den Königsteiner Schlüssel gesehen. Hilfreich ist auch, dass die Kommunen ihren hälftigen Anteil an der Förderung auch über Personal- und Sachmittel einbringen können, sofern der Förderzweck erfüllt wird. Sehr wichtig ist aus Perspektive der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege die in § 124 vorgesehene wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben, die die Prüfung der Übernahme in eine flächendeckende Regelversorgung und deren positive oder negative Folgen einschließlich der Formulierung entsprechender Rechtsgrundlagen vorsieht.

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

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

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

§ 7c SGB XI gibt den Kommunen ein Initiativrecht zur Etablierung von Pflegestützpunkten an die Hand und zwar mit Co-Finanzierung der Pflegekassen. Die Kommunen müssen sich lediglich mit 20 % beteiligen. Zudem bot das PSG III (und bietet es weiterhin) vieles mehr, von dem zu oft kein Gebrauch gemacht wird: So z.B. das Thema Planungsverpflichtung (mit allen negativen Wechselwirkungen, s.o.). Davon machen heute nur Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz. und Baden-Württemberg Gebrauch. Damit haben Kommunen zumindest dort Planungs- und Steuerungskompetenz für die regionale Pflegestruktur übernommen. In Brandenburg hat das zuständige Ministerium im Rahmen des Pflegepakts ein Pflegedossier zu allen 103 Kommunen erstellt. Die Daten sind Routinedaten einer etablierten Datenbank, die auch die Pflegekassen für Dossiers nutzen könnten. Mit dem Prinzip ZDF (Zahlen, Daten, Fakten) arbeitet auch das Landesamt für Pflege in Bayern. Hier finden allerdings zusätzlich Erhebungen und Auswertungen statt. Das Ziel sind regionalisierte Daten zur Planung und Planungsverpflichtung. Die Beispiele zeigen, im SGB XI Regelungen zur Erstellung und Verfügungstellung von notwendigen Planungsdaten getroffen werden sollten, welche die Kommunen in die Lage versetzen zu handeln. Es geht um die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (vor Ort über den Landespflegeplan) mit der Herausarbeitung der Schnittstellen zu kommunalen Aufgaben und die Definition der „Gemeinsamen Verantwortung“. Schlussendlich muss die Altenhilfe aus Perspektive der BAGFW wieder Pflichtaufgabe der Kommunen werden (§ 71 SGB XII). Wie vor Einführung der Pflegeversicherung auch, können Träger der Freien Wohlfahrtspflege den Bedarf abseits der Leistungen des SGB XI und der Hilfe zur Pflege regelhaft im Sinne von Sorgearbeit und anderen niedrigschwelligen Angeboten übernehmen, wenn „offene Seniorenarbeit“ überall wieder gefördert würde und eine Rolle spielte. Dies ist jedoch eine Frage der Daseinsvorsorge der Kommunen im Bereich der Altenhilfe.

§ 125b SGB XI: Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

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

Zu den Aufgaben des Kompetenzzentrums:

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

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

- „Die Erarbeitung von konkreten Handlungsempfehlungen zur Digitalisierung in der Langzeitpflege insbesondere für die Leistungserbringer, die Pflegekassen und die Digitalwirtschaft.
- Der Wissenstransfer durch die Umsetzung zielgruppengerechter Aufbereitung von Themen der Digitalisierung in der Langzeitpflege in geeigneten Formaten für pflegebedürftige Menschen, pflegende An- und Zugehörige, beruflich Pflegenden und Pflegeberatende (z. B. Broschüren, Erklärfilme, (Online-)Veranstaltungen wie

Werkstattgespräche, Podcasts etc.) einschließlich eines Überblicks über bestehende praxisorientierte Experimentierräume und Laboratorien in Deutschland, in denen digitale Anwendungen erprobt werden können.

- Darauf aufbauend Beratung und ggf. Entwicklung von konkreten Handlungsempfehlungen zur Umsetzung digitaler Anwendungen insbesondere für Leistungserbringer, Pflegekassen und die Digitalwirtschaft (z. B. zu Themen wie Telematikinfrastruktur, Interoperabilität, Standards, Bürokratieabbau, etc.). Insbesondere für die Pflegeberatungsstellen sollen adäquate Schulungen entwickelt und durchgeführt werden, damit die Beratung zu digitalen Anwendungen in der Pflege stets auf dem aktuellen Stand ist.
- Entwicklung und Kommunikation von Qualifizierungskonzepten für Fachkräfte, um die praxisorientierte Umsetzung der bereits existierenden und noch entstehenden digitalen Anwendungen zu unterstützen (wie bspw. die Fortbildung zu „Digitaltechnischen Assistenten“), sowie von innovativen Bildungskonzepten zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften unter Nutzung digitaler Technologien.
- Erarbeitung von bundeseinheitlichen Schulungsmaterialien zur Schulung von Multiplikatoren für Pflege und Telematikinfrastruktur.
- Entwicklung von Unterstützungskonzepten für ehrenamtlich in der Pflege Engagierte.
- Die Bereitstellung fachlicher Expertise als Brücke zwischen Praxis und Gesetzgebung.
- Die Förderung des fachlichen Austauschs – insbesondere von best practice Beispielen – zwischen Digitalwirtschaft, Pflegekassen, privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, Leistungserbringern und Pflegekräften in der Langzeitpflege und den anderen Sektoren im Gesundheitswesen. Identifizierung und Bewertung von neuen, innovativen Entwicklungen („Thinktank“-Funktion).“

Verortung des Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege:

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

Änderungsbedarf:

§ 125b Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

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

1. ~~Regelmäßige Analyse und Evaluation der Umsetzung digitaler Potentiale im Bereich der Langzeitpflege, die Erarbeitung eines Roadmap-Prozesses für teilweise parallellaufende und nicht immer abgestimmte Prozesse von Gesetzgebungsverfahren, Modellprojekten und Aktivitäten der unterschiedlichen Akteure~~
2. Entwicklung von konkreten Empfehlungen insbesondere für Leistungserbringer, Pflegekassen, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege sowie für Pflegeberatungsstellen, mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Digitalisierung in der Langzeitpflege,
3. Unterstützung des Wissenstransfers bei Themen der Digitalisierung in der Langzeitpflege für pflegebedürftige Menschen, pflegende An- und Zugehörige, beruflich Pflegende und Pflegeberatende mit geeigneten Maßnahmen.
4. Sowie die weiteren Aufgaben:
 - „Die Erarbeitung von konkreten Handlungsempfehlungen zur Digitalisierung in der Langzeitpflege insbesondere für die Leistungserbringer, die Pflegekassen und die Digitalwirtschaft.
 - Der Wissenstransfer durch die Umsetzung zielgruppengerechter Aufbereitung von Themen der Digitalisierung in der Langzeitpflege in geeigneten Formaten für pflegebedürftige Menschen, pflegende An- und Zugehörige, beruflich Pflegende und Pflegeberatende (z. B. Broschüren, Erklärfilme, (Online-)Veranstaltungen wie Werkstattgespräche, Podcasts etc.) einschließlich eines Überblicks über bestehende praxisorientierte Experimentierräume und Laboratorien in Deutschland, in denen digitale Anwendungen erprobt werden können.
 - Darauf aufbauend Beratung und ggf. Entwicklung von konkreten Handlungsempfehlungen zur Umsetzung digitaler Anwendungen insbesondere für Leistungserbringer, Pflegekassen und die Digitalwirtschaft (z. B. zu Themen wie Telematikinfrastruktur, Interoperabilität, Standards, Bürokratieabbau, etc.). Insbesondere für die Pflegeberatungsstellen sollen adäquate Schulungen entwickelt und durchgeführt werden, damit die Beratung zu digitalen Anwendungen in der Pflege stets auf dem aktuellen Stand ist.
 - Entwicklung und Kommunikation von Qualifizierungskonzepten für Fachkräfte, um die praxisorientierte Umsetzung der bereits existierenden und noch entstehenden digitalen Anwendungen zu unterstützen (wie bspw. die Fortbildung zu „Digital-technischen Assistenten“), sowie von innovativen Bildungskonzepten zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften unter Nutzung digitaler Technologien.
 - Erarbeitung von bundeseinheitlichen Schulungsmaterialien zur Schulung von Multiplikatoren für Pflege und Telematikinfrastruktur.
 - Entwicklung von Unterstützungskonzepten für ehrenamtlich in der Pflege Engagierte.
 - Die Bereitstellung fachlicher Expertise als Brücke zwischen Praxis und Gesetzgebung.
 - Die Förderung des fachlichen Austauschs – insbesondere von best practice Beispielen – zwischen Digitalwirtschaft, Pflegekassen, privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, Leistungserbringern und Pflegekräften in der Langzeitpflege und den anderen Sektoren im Gesundheitswesen. Identifizierung und Bewertung von neuen, innovativen Entwicklungen („Thinktank“-Funktion).“

(2) Für die Einrichtung des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung 10 Millionen Euro im Zeitraum von 2023 bis 2027 zur Verfügung gestellt. Das Kompetenzzentrum Pflege und Digitalisierung ~~Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen~~ verfolgt die Aufgaben nach Absatz 1 und bestimmt demnach Ziele, Inhalte, Planung und Durchführung des Kompetenzzentrums im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und im Benehmen mit den Verbänden der Pflegekassen, den Ländern, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, dem Deutschen Pflegerat, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie mit der Gesellschaft für Telematik und – soweit vorhanden – mit Kompetenzzentren auf Bundes- und Landesebene. Die Gesellschaft für Telematik soll insbesondere aufgrund eventuell möglicher Schnittstellen bei der Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur beteiligt werden. Für die Förderung gilt § 8 Absatz 3 Satz 5, 8 und 12 entsprechend.

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

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

(5) Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege ~~Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen~~ richtet einen Beirat zur Begleitung der Arbeit des Kompetenzzentrums im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit ein. Der Beirat besteht aus Vertreterinnen und Vertretern des GKV-SV, der Länder, der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene, der Verbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, dem Deutschen Pflegerat, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Gesellschaft für Telematik, der Wissenschaft sowie des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, des Bundesministeriums für Gesundheit und der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung.

(6) Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege ~~Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen~~ informiert regelmäßig und aktuell über die Aktivitäten und Ergebnisse

des Kompetenzzentrums im Hinblick auf Veranstaltungen, Empfehlungen, auf einer eigens dafür eingerichteten Internetpräsenz und stellt Handreichungen und Umsetzungstools zur Verfügung.

Artikel 3: Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 36: Anhebung der Pflegesachleistung

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

§ 37: Anhebung des Pflegegelds

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

§ 38: Fortgewährung des anteiligen Pflegegelds während Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Die Erhöhung der Höchstdauer für die Fortgewährung des hälftigen Pflegegelds während einer Verhinderungspflege von sechs auf acht Wochen als Folgeänderung zur Verbesserung des Entlastungsbudgets nach § 42a SGB XI wird ausdrücklich begrüßt. Gleichzeitig haben sich die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege stets für eine volle statt nur einer hälftigen Höhe des Betrags, der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleistet wurde, eingesetzt und erneuern diese Forderung.

§ 39: Verhinderungspflege

Es ist sachgerecht, den Anspruch auf die Leistung entsprechend der jahrelang geübten Praxis als „Verhinderungspflege“ zu bezeichnen. Entsprechend sollte jedoch auch der in den einzelnen Absätzen weiterhin verwendete Begriff der „Ersatzpflege“ durch den Begriff der „Verhinderungspflege“ ersetzt werden. Mit der Streichung der Wartezeit von sechs Monaten für die Inanspruchnahme der Leistung wird einer langjährigen

Forderung der in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege Rechnung getragen. Der Wegfall der Wartefrist ermöglicht die in der Praxis so häufig erforderlich sofortige Inanspruchnahme der Verhinderungspflege mit Eintritt der Pflegebedürftigkeit. Durch den Wegfall des Antragserfordernisses wird eine weitere Hürde gesenkt, die bei Versicherten häufig zu Unsicherheiten geführt hat. Der Wegfall dieser beiden Hürden wird von den in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege nachdrücklich begrüßt.

Aufgrund immer wieder auftretenden Praxisproblemen bei der stundenweisen Inanspruchnahme der Verhinderungspflege wiederholen wir erneut unsere Forderung nach gesetzlicher Klarstellung. Es bestehen weiterhin hohe bürokratische Hürden bei der stundenweisen Inanspruchnahme von Verhinderungspflege: Diese wird von den Pflegekassen häufig abgelehnt. Es soll daher gesetzlich klargestellt werden, dass bei stundenweiser Inanspruchnahme von Verhinderungspflege unter acht Stunden am Tag keine Anrechnung auf die Höchstdauer für die Inanspruchnahme pro Kalenderjahr erfolgt. Es sollte weiterhin gelten, dass das Pflegegeld bei stundenweiser Inanspruchnahme nicht gekürzt wird. Des Weiteren sollte in der Gesetzesbegründung auch die Möglichkeit der Entlastung der pflegenden Angehörigen durch Einbeziehung regelmäßiger geplanter Termine (z. B. Sport- und Entspannungskurse) hingewiesen werden. Darüber hinaus sind auch die Leistungsbeträge für die Verhinderungspflege bzw. der gemeinsame Jahresbetrag nach § 42a anzuheben.

Änderungsbedarf:

In Absatz 1 Satz 1 sind nach „Kalenderjahr“ die Wörter „bei einer tagesweisen Inanspruchnahme zu ergänzen“, um zwischen einer tagesweisen und stundenweisen Inanspruchnahme unterscheiden zu können.

Es soll explizit klargestellt werden, dass bei stundenweiser Inanspruchnahme von unter acht Stunden pro Tag keine Anrechnung auf die Höchstdauer der Inanspruchnahme erfolgt. In Absatz 1 sind nach Satz 5 folgende Sätze einzufügen:

„Die Verhinderungspflege kann darüber hinaus auch stundenweise in Anspruch genommen werden. Bei einer stundenweisen Inanspruchnahme von Ersatzpflege unter acht Stunden pro Tag erfolgt keine Anrechnung auf die Höchstdauer der Inanspruchnahme an Tagen pro Kalenderjahr. Bei stundenweiser Inanspruchnahme ist das Pflegegeld nicht zu kürzen.“

§ 42: Kurzzeitpflege

Es wird nachdrücklich begrüßt, dass Kurzzeitpflege nicht länger auf Krisensituationen beschränkt wird, in denen häusliche Pflege oder Tagespflege vorübergehend nicht möglich ist, sondern auf andere Situationen und Settings ausgeweitet wird. Eine Anhebung der Leistungen wäre dringend notwendig bzw. es ist der Gemeinsame Jahresbetrag nach § 42a SGB XI anzuheben.

§ 42a: Gemeinsamer Jahresbetrag

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen nachdrücklich, dass der bisherige Jahresbetrag von 1.774 Euro für die Kurzzeitpflege und von 1.612 Euro für die Verhinderungspflege zu einem Gemeinsamen Jahresbetrag von 3.386 im Kalenderjahr zusammengefasst werden, der von den Pflegebedürftigen flexibel und passgenau im Kalenderjahr eingesetzt

werden können. Wir schlagen weitergehend vor, in ein solches Entlastungsbudget auch den Entlastungsbetrag nach § 45b einzubeziehen, denn auch dies sind klassische Entlastungsleistungen pflegender An- und Zugehöriger, ebenso wie die Verhinderungs- und Kurzzeitpflege. Das hätte den Vorteil einer größeren Flexibilität für Pflegebedürftige beim Einsatz der Leistungen der Pflegeversicherung. Davon profitieren würden insbesondere auch Familien mit Kindern mit Behinderung, die einen hohen Bedarf an stundenweiser Entlastung haben.

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

Die in Absatz 3 den Leistungserbringenden auferlegte Informationspflicht gegenüber den Versicherten, im Anschluss an die Leistungserbringung unverzüglich eine schriftliche Übersicht über die angefallenen Aufwendungen zu übermitteln, wird ebenfalls abgelehnt, denn den Versicherten liegt diese Information im Rahmen der Rechnungsstellung bereits vor. Des Weiteren kann das mit der Informationspflicht verbundene Transparenzziel nicht erreicht werden, wenn An- oder Zugehörige die Verhinderungspflege erbringen. Ein sinnvolles Instrument zur Erzielung von Transparenz wäre hingegen eine Verpflichtung der Pflegekassen, ihren Versicherten im Falle der Inanspruchnahme von Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege einen Überblick über die verbrauchten und noch zur Verfügung stehenden Leistungsbeträge zu geben. Darüber hinaus ist auch der Gemeinsame Jahresbetrag anzuheben.

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

Die prozentuale Reduzierung der Eigenanteile im stationären Bereich erfolgt, gestaffelt nach Aufenthaltsdauer in der stationären Pflegeeinrichtung ebenfalls um 5 Prozent, ausgenommen der Personenkreis, der bis zu 12 Monaten in einer Einrichtung

lebt, erfährt eine Entlastung von 10 Prozent. Allerdings reichen die Beträge, bundesdurchschnittlich betrachtet, bei weitem nicht aus, um den steten Zuwachs an Eigenanteil zu begrenzen. Anders als im Koalitionsvertrag vorgesehen, ist weder die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege aus dem SGB V vorgesehen noch die Übernahme der Ausbildungskostenumlage. Beide Maßnahmen könnten die Eigenanteile für pflegebedürftige Menschen erheblich senken. Generell problematisieren die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, dass der prozentuale Weg der Begrenzung der Eigenanteile konzeptionell zur Lösung des Problems nicht ausreichen wird, denn es gilt nicht nur, die Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal zu kompensieren, sondern auch die zusätzlichen Kosten durch den Personalaufwuchs in Folge der Einführung des Personalbemessungssystems, insbesondere, wenn die zusätzlichen Pflegefachkräfte nach § 8 Absatz 6 und die zusätzlichen Pflegeassistentenkräfte nach § 84 Absatz 9 i.V. mit § 85 Absätze 9 bis 11 ab Juli 2023 in das reguläre Pflegesatzverfahren überführt werden müssen.

§ 44: Ausweitung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld

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

§ 108: Auskünfte an Versicherte

Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen die Ausweitung der Auskunftspflichten der Pflegekassen über in Anspruch genommene Leistungen (s. auch Kommentierung zu § 42a). Allerdings sollten diese Informationspflichten nicht nur „auf Wunsch“ des Versicherten erfolgen und auch nicht nur kalenderhalbjährlich, sondern insbesondere dann, wenn der Gemeinsame Jahresbetrag nach § 42a teilweise in Anspruch genommen wird, unmittelbar im Nachgang zur Leistungserbringung. Dabei sollten die Versicherten grundsätzlich die in Satz 3 genannten Aufschlüsselungen über die einzelnen Leistungsbestandteile erhalten und nicht nur „auf Anforderung“. Vielfältig sind die Versicherten über ihre Informationsrechte nicht informiert. Die Informationen sollten zudem nicht nur in verständlicher Form, sondern auch grundsätzlich barrierefrei zur Verfügung gestellt werden.

Änderungsbedarf:

In Satz 2 werden die Wörter „Auf Wunsch“ gestrichen.

In Satz 3 werden die Wörter „Auf Aufforderung“ gestrichen und nach dem Semikolon werden nach den Wörtern „in verständlicher“ die Wörter „und barrierefreier“ eingefügt.

In Satz 4 werden die Wörter „Auf Wunsch“ gestrichen.

Ergänzender Handlungsbedarf

Zeitvergütung in der ambulanten Pflege

Im Pflegeverständnis des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach § 14 SGB XI gilt es die Selbstbestimmung und Selbstständigkeit von pflegebedürftigen Menschen zu erhalten und zu fördern. Dabei stehen individuelle Problemkonstellationen und deren Lösung im Vordergrund, was eine Abkehr vom Verrichtungsbezug in der Pflege bedeutet. In diesem Sinne stellt die Zeitvergütung in der ambulanten Pflege, bei der die zu erbringende Leistung im Rahmen des SGB XI zwischen Pflegebedürftigen und ambulanten Dienst individuell hinsichtlich des Pflegebedarfs vereinbart wird, die dem Pflegebedürftigkeitsbegriff am besten entsprechende Vergütungsform dar.

In den §§ 89 und 120 sind daher die entsprechenden Weichen für diese Form der Zeitvergütung zu stellen und die Vergütungsform zu ermöglichen.

Generalistische Pflegeausbildung

Im Rahmen der Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. -fachmann werden im zweiten und dritten Ausbildungsjahr so genannte Wertschöpfungsanteile geltend gemacht. D.h., dass diese Auszubildenden anteilig auf die Personalschlüssel angerechnet werden. Auch wenn Auszubildende in der Pflege mit jedem Ausbildungsjahr lernen, selbstständiger tätig zu werden, befinden sie sich immer noch drei Jahre lang in der Ausbildung und können in keinem der Jahre als vollwertige Pflegefachpersonen gelten und sind damit, auch nicht anteilig, auf die Personalschlüssel anzurechnen. Vielmehr sind sie auch im letzten Ausbildungsjahr noch Lernende, die Anleitung und Aufsichtigung benötigen. Dies bedingt Ausbildungsaufwand und keine Wertschöpfung im Sinne Personaleinsparungsmöglichkeiten. Auch widerspricht dies dem Algorithmus der Personalbemessung nach § 113c, der den Bedarf von Personalmenge und -qualifikation anhand des Pflegebedarf der Bewohner*innen von Pflegeheimen ermittelt. Eine Qualifikation "Auszubildender" ist hier nicht vorgesehen. Der Regelung zum Wertschöpfungsanteil ist daher abzuschaffen.

Bundeseinheitliche generalistische Assistenzausbildung

Mit der Einführung der Personalbemessung nach § 113c steigt der Bedarf an Assistenzkräften des Qualifikationsniveaus deutlich an. Weder auf Landesebene noch auf Bundesebene wird diesem steigenden Bedarf bisher nennenswert Rechnung getragen. So fehlt es überall an den Kapazitäten entsprechende Ausbildungsplätze, deren Finanzierung und Regelungen zur Praxisanleitung.

Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sehen daher dringenden Handlungsbedarf aus Bundesebene und fordern, die im Koalitionsvertrag vereinbarte Einführung einer bundeseinheitlichen, generalistischen Assistenzausbildung zeitnah auf den Weg zu bringen.

Arbeitsbedingungen, Betriebliche Gesundheitsförderung, Arbeitsschutz

Maßnahmen gegen Leiharbeit, zur verlässlichen Dienstplangestaltung, Springermodele und zur betrieblichen Gesundheitsförderung sowie zum Arbeitsschutz etc. fordern mehr Personalressourcen und teilweise auch mehr Sachmittel und sind in den

derzeit bis zum 30.06.2023 stationären Landesrahmenverträgen sowie auch ambulant und nachfolgend in den Pflegesätzen bzw. in den Vergütungsvereinbarungen vollständig zu berücksichtigen (Maßnahmen aus der AG 2 der KAP).

Tariftreueregelungen

Nach § 72 Absatz 3e haben die Pflegeeinrichtungen, die im Sinne von Absatz 3a an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen bis zum Ablauf des 31. August jeden Jahres die § 72 Absatz 3e Satz 1 Ziffer 1 und 2 aufgeführten Meldepflichten mitzuteilen. Dabei muss sich die Entlohnung der Mitarbeitenden auf den Stichtag 01. August des jeweiligen Jahres beziehen. Die Meldepflicht stellt für die tarifgebundenen bzw. für die an die kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen eine hohe zusätzliche Belastung innerhalb der kurzen Zeitspanne von einem Monat in der Sommerzeit dar. Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege halten es für erforderlich, dass das Portal zur Meldung mindestens 2 Monate geöffnet ist und dadurch die Belastung für die Pflegeeinrichtungen etwas reduziert werden kann. Deshalb ist in § 72 Absatz 3e Satz 1 Nr.2 SGB XI der Stichtag vom 01.08. auf den 01.07. vorzuverlegen.

Änderungsbedarf:

In § 72 Absatz 3e Satz 1 Nr.2 SGB XI ist der "1. August des Jahres" durch den "1. Juli des Jahres" zu ersetzen.

§ 28 SGB XI: Leistungen bei Pflegegrad 1

Der vorliegende Gesetzesentwurf nimmt zwar redaktionelle Änderungen in § 28a vor, sieht aber keine Leistungsverbesserungen für den Pflegegrad 1 vor.

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege kritisieren scharf, dass Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 leer ausgehen, da der Entlastungsbetrag nach § 45b nicht erhöht wird. Dies ist nicht hinnehmbar.

Zur Stärkung des häuslichen Pflegearrangements schlagen wir darüber hinaus vor, auch die Verhinderungspflege und das Entlastungsbudget als Leistung für den Pflegegrad 1 zu statuieren.

§ 37 SGB XI: Entfristung der Möglichkeit der Videoberatung

Mit dem Gesetz zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (PfleBoG) vom 01.07.2022 wurden u.a. die folgenden Ergänzungen bei den Beratungsbesuchen in § 37 Absatz 3 SGB XI vorgenommen: „Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person erfolgt im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 30. Juni 2024 jede zweite Beratung abweichend von den Sätzen 1 bis 3 per Videokonferenz. Bei der Durchführung der Videokonferenz sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten.“ Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege hatten sich für eine Verstetigung der sich während Pandemie bewährten digitalen Beratungsbesuche eingesetzt und die Befristung bis Juni 2024 schon damals nicht nachvollziehen können. Dieser Referentenentwurf verfolgt die Zielsetzung die Potentiale der Digitalisierung für Pflegebedürftige in der Langzeitpflege zu stärken. Vor diesem Hintergrund halten wir es für erforderlich auch in § 37 Absatz 3 Satz 4 die Befristung aufzuheben.

Änderungsbedarf:

§ 37 Absatz 3 Satz 4 ist wie folgt zu formulieren:

Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person erfolgt ~~im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 30. Juni 2024~~ jede zweite Beratung abweichend von den Sätzen 1 bis 3 per Videokonferenz.

§ 38a SGB XI: Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

Ambulant betreute Wohngruppen sind eine vielversprechende Alternative für pflegebedürftige Menschen, die nicht mehr in ihrer eigenen Häuslichkeit verbleiben können, aber nicht in eine stationäre Pflegeeinrichtung einziehen wollen und müssen. Die Kosten in einer Wohngemeinschaft liegen in der Regel in vergleichbarer Höhe mit denen einer stationären Pflegeeinrichtung. Der Eigenanteil setzt sich aus den Kosten für die Koordination, die konkreten Betreuungsleistungen, Miete und Mietnebenkosten und Lebensmittel zusammen. Diese sind in der Regel unabhängig vom Pflegegrad und liegen bei 2.000 bis 2.800,- Euro pro Monat für die Pflegebedürftigen. Pflegebedürftige in Wohngemeinschaften erhalten monatlich einen pauschalen Zuschlag von 214,-€ zur Finanzierung der Präsenzkraft. Dieser Leistungsbetrag wurde seit 2017 nicht erhöht. Aufgrund der gestiegenen Kosten stehen viele ambulant betreute Wohngruppen vor dem Aus.

Daher bedarf es einer deutlichen Erhöhung des pauschalen Zuschlags nach § 38a.

§ 41 SGB XI: Tagespflege und Nachtpflege

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände unterstreichen nochmals, dass der Ausbau der Tages- und Nachtpflege zu einer eigenständigen Leistung nachdrücklich zu begrüßen ist. Wir verweisen in diesem Zusammenhang jedoch auf ein Praxisproblem: Es zeigt sich, dass die Höhe der Beförderungskosten bislang oft nicht ausreichend refinanziert wird. Zu berücksichtigen ist nämlich u.a., dass v.a. für gerontopsychiatrisch veränderte Menschen oftmals eine zweite Person zur Betreuung während der Fahrt oder für die Abholung aus der Wohnung erforderlich ist. Dieser Umstand verhindert entscheidend den weiteren Aufbau von Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen und damit den Ausbau dringend benötigter und stark nachgefragter teilstationärer Strukturen, die entscheidend zur Stärkung der häuslichen Pflege und Entlastung pflegender Angehöriger beitragen können.

Darüber hinaus sind auch die Leistungsbeträge für die Tages- und Nachtpflege anzuheben.

Änderungsbedarf:

In § 41 Absatz 1 Satz 2 SGB XI wird klargestellt, dass die Beförderung auch eine zweite Begleitperson erfordern kann. Daher sollen in Satz 2 vor das Wort „notwendige“ die Wörter „im jeweiligen Umfang“ ergänzt werden.

§ 45 SGB XI: Pflegekurse und Schulungen in der Häuslichkeit

Bei den Kursangeboten für pflegende Angehörige und Schulungen in der Häuslichkeit gem. § 45 SGB XI ist eine Beendigung des bestehenden Flickenteppichs und die Sicherstellung eines flächendeckenden niedrighwelligen Zugangs zum unterstützenden Leistungsangebot mittels Vereinheitlichung vertraglicher Regelungen der Pflegekassen mit den Leistungserbringern (inkl. Kontrahierungszwang der Pflegekassen bei vorliegenden qualitätsgesicherten Angeboten) dringend erforderlich. Dies stellt sicher, dass es ein flächendeckendes Angebot von allen Pflegekassen gibt und schafft Transparenz für die Versicherten. Es bietet den ambulanten Pflegediensten die Möglichkeit ein entsprechendes Angebot aufzubauen und dient der Entbürokratisierung, da Verhandlungen bzw. Bewerbungen auf Vergabeverfahren mit einzelnen Pflegekassen und Beitrittsverfahren sowie Listenführungen entfallen.

Die Möglichkeit zur Teilnahme an einem Pflegekurs / Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen für pflegende Angehörige darf nicht länger davon abhängen, dass die einzelne Pflegekasse einen Rahmenvertrag mit den Leistungserbringerverbänden geschlossen hat. Die Vertragsregelung, die überdies eine "Kann"-Regelung darstellt, ist durch einen individuellen Rechtsanspruch zu ersetzen. Die Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierten Personen können einen qualifizierten Anbieter wählen.

Änderungsbedarf:

(1) ~~Die Pflegekassen haben für~~ Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen haben Anspruch auf unentgeltliche Schulungskurse, die die Pflegekassen durchzuführen, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt. § 114a Absatz 3a gilt entsprechend. Die Pflegekassen sollen auch digitale Pflegekurse anbieten; die Pflicht der Pflegekassen zur Durchführung von Schulungskursen nach Satz 1 vor Ort bleibt unberührt.

(2) ... (unverändert)

(3) Über die einheitliche Durchführung sowie über die inhaltliche Ausgestaltung der Kurse und Schulung in der Häuslichkeit können haben die Spitzen- oder Landesverbände der Pflegekassen Rahmenvereinbarungen mit den Trägern der Einrichtungen zu schließen, die die Pflegekurse durchführen.

Pflegezeitgesetz/Familienpflegezeitgesetz:

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände fordern die Bundesregierung auf, zeitnah einen Entwurf zur Einführung einer Lohnersatzleistung in Höhe des Elterngelds im Rahmen der angekündigten Reform der Familienpflegezeit auf den Weg zu bringen, um wenigstens die erwerbstätigen pflegenden Angehörigen zu entlasten.

Berlin, 06.03.2023

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.
Dr. Gerhard Timm
Geschäftsführer

Kontakt:

Claus Bölicke, AWO (claus.boelicke@awo.org)

Dr. Elisabeth Fix, DCV (elisabeth.fix@caritas.de)

Erika Stempfle, Diakonie Deutschland (erika.stempfle@diakonie.de)

Thorsten Mittag, Der Paritätische (altenhilfe@paritaet.org)

Benjamin Fehrecke-Harpke, DRK (b.fehrecke@drk.de)

Patrick Wollbold, ZWST (p.wollbold@jg-ffm.de)

Bonn, **06.03.2023**

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

Vorbemerkung

Der o.g. Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums sieht Maßnahmen vor, die insbesondere die häusliche Pflege stärken, die Arbeitsbedingungen in der professionellen Pflege weiter verbessern sowie die Potenziale der Digitalisierung für Pflegebedürftige und für Pflegende noch besser nutzbar machen sollen. Im Folgenden nimmt die BAGSO im Hinblick auf die Kürze der zur Verfügung gestellten Zeit lediglich zu ausgewählten Punkten des Referentenentwurfs Stellung. Trotz einiger begrüßenswerter Maßnahmen stellt die BAGSO mit großer Enttäuschung fest, dass die längst überfällige Gesamtreform der Pflegeversicherung einschließlich einer stabilen und sozialverträglichen Finanzierung der Kosten der pflegerischen Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung von der Bundesregierung abermals vertagt wurde. Nach knapp drei Jahrzehnten seit Einführung der Pflegeversicherung, in denen bereits etliche Reformen bzw. Reformversuche unternommen wurden, die die bestehenden wesentlichen Probleme jedoch nicht gelöst haben, wiegt die Enttäuschung über den erneut versäumten Pflege-Fortschritt der „Fortschrittskoalition“ besonders schwer.

Bewertung der Maßnahmen

Verbesserung der Einnahmensituation der Pflegeversicherung

Als Maßnahme zur Verbesserung der Einnahmensituation der sozialen Pflegeversicherung und zur Umsetzung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts zum Beitragsrecht vom 7. April 2022 ist eine Anhebung der Beitragssätze für Kinderlose um

0,35 Prozentpunkte vorgesehen. Zugleich sollen die zum 1. Januar 2022 eingeführten Leistungszuschläge in der vollstationären Pflege ab dem 1. Januar 2024 um 5 bis 10 Prozentpunkte erhöht werden, um den stetig steigenden Eigenanteilen entgegenzuwirken.

Gute Pflege braucht eine ausreichende und verlässliche Finanzierung. Insofern sieht auch die BAGSO Bedarf, Maßnahmen zur Verbesserung der Einnahmensituation der Pflegeversicherung zu ergreifen. Die BAGSO bedauert jedoch, dass eine Beitragserhöhung als einzige Option angesehen wird, während andere konkrete Vereinbarungen aus dem Koalitionsvertrag unberücksichtigt bleiben:

- die Herausnahme der Ausbildungskosten aus den Eigenanteilen und
- die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen wie die Rentenbeiträge von pflegenden Angehörigen aus Steuermitteln.

Ergänzend fordert die BAGSO

- die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen durch die Krankenkassen.

Darüber hinaus vermisst die BAGSO

- eine strikte Einbeziehung der Bundesländer, denen gemäß §9 SGB XI die Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen obliegt, die dieser Aufgabe aber nicht bzw. nicht umfänglich nachkommen.¹

Mit Blick auf das im Pflegeversicherungsgesetz angestrebte Ziel der Schaffung auskömmlicher und bundesweit einheitlicher Lebensverhältnisse für pflegebedürftige Menschen müssen die Länder verpflichtet werden, nicht nur die Investitionskosten von vollstationären Pflegeeinrichtungen, sondern – anders als bisher – auch von teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen zu übernehmen. Durch die Aufnahme von Grundsätzen zu Art und Umfang der Förderung in das Gesetzesvorhaben kann den derzeit zu verzeichnenden strukturellen Unterschieden in den Bundesländern entgegenwirkt werden.

¹ Die Vorschrift des § 9 SGB XI hat in der Rechtssetzung wie in der daraus folgenden Praxis der Investitionskostenförderung der Pflegeeinrichtungen durch die Länder zu einem Flickenteppich unterschiedlicher Fördermodalitäten und damit der finanziellen Entlastungen für Pflegebedürftige bis hin in Teilen zur Nichtbeachtung dieser Regelung durch die Länder geführt. So haben zwar manche Länder ein Pflegewohngeld eingeführt, das zunächst bewirkte, dass viele Pflegebedürftige in Einrichtungen nicht auf Sozialhilfe angewiesen waren. Diese Förderung durch die Länder wurde jedoch in den Folgejahren z.B. aus Gründen von Einsparungen im Landeshaushalt schrittweise verringert oder entfiel zum Teil auch ganz.

Bereits kurz nach der Einführung der Leistungszuschläge zu den Eigenanteilen bei stationärer Betreuung zeigte sich – nicht nur infolge der steigenden Inflation und der Energiekrise – dass diese nicht zu nachhaltigen Entlastungseffekten geführt haben, v.a. nicht bei Pflegebedürftigen mit kurzer Verweildauer in den Einrichtungen.² Um die Eigenanteile für die Betroffenen wirkungsvoll und dauerhaft zu begrenzen, braucht es auch Sicht der BAGSO eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung über die nun vorgelegten Teilmaßnahmen hinaus.

In diesem Zusammenhang weist die BAGSO außerdem deutlich darauf hin, dass sich Pflege zunehmend zu einem lukrativen Markt entwickelt hat, in dem Wirtschaftlichkeitsaspekte und Renditeerwarten der Investoren immer stärker die entscheidende Rolle spielen. Die BAGSO sieht mit großer Sorge, dass auf diese Weise Pflegeversicherungsbeiträge und Fördermittel nicht den Pflegebedürftigen zur Sicherung ihrer Lebens- und Pflegequalität zugutekommen, sondern in falsche Kanäle fließen. Sie vermisst bei diesem Reformvorhaben die notwendigen gesetzlichen Schranken, um diesen Fehlentwicklungen entgegen zu wirken. Hier ist unbedingt und konsequent nachzubessern.

Stärkung der häuslichen Pflege

Um die häusliche Pflege zu stärken, sieht der Referentenentwurf vor, das Pflegegeld und die ambulanten Sachleistungsbeträge zum 1. Januar 2024 um jeweils 5 Prozent zu erhöhen. Zum 1. Januar 2025 und zum 1. Januar 2028 sollen die Geld- und Sachleistungen regelhaft in Anlehnung an die Preisentwicklung dynamisiert werden. Der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld soll auch künftig ausgeweitet werden, für bis zu zehn Arbeitstage pro Kalenderjahr je pflegebedürftiger Person. Die bisher separat in § 39 und § 42 SGB XI vorgesehenen Leistungsbeträge für Leistungen der Verhinderungspflege und für Leistungen der Kurzzeitpflege sollen zum 1. Januar 2024 in einem neuen Gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege zusammengeführt werden.

Die BAGSO anerkennt das im Referentenentwurf zum Ausdruck kommende Bemühen, die häusliche Pflege zu stärken und auch dortigen Kostensteigerungen entgegenzuwirken. Damit werden Forderungen aufgegriffen, die die BAGSO u.a. auch in ihrem Positionspapier „Zukunft der Hilfe und Pflege zuhause“ gestellt hat (vgl.

² Vgl. Vdek, 2022: <https://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2022/eigenanteile-pflege-leistungszuschlag-entlastung.html>

Positionspapier). Gleichwohl hält sie angesichts der erheblichen allgemeinen Kostensteigerungen die vorgesehenen Maßnahmen für nicht ausreichend - insbesondere die marginalen Erhöhungen zur Kompensation der Mehrkosten - und kritisiert, dass die Pflegesettings in ambulant betreuten Wohngemeinschaften unberücksichtigt bleiben. Insgesamt fordert die BAGSO Altenhilfe und Pflege grundlegend „neu zu denken“ und die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sowie die damit einhergehenden Fragen der Finanzierung auf den Prüfstand zu stellen. Zentral erscheint ihr dabei eine verbindliche Gestaltungs- und Steuerungsverantwortung der Kommunen für Altenhilfe und Pflege.

Personalentwicklung in der stationären Pflege

Die BAGSO begrüßt den Grundsatz, dass die Umsetzung des für die stationäre Pflege entwickelten Personalbemessungsverfahrens beschleunigt werden und die Förderung von guten Arbeitsbedingungen in der Pflege, insbesondere zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, ausgebaut werden soll. Wichtig sind jedoch belastbare Zahlen zum derzeitigen und zukünftigen Personalbedarf in allen Pflegesettings, mittel- und langfristig wirksame Schritte zur Erfüllung dieses Personalbedarfs sowie kurzfristig darüberhinausgehende Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs, wie z.B. erweiterte Verantwortlichkeiten durch Übernahme bestimmter delegierbarer ärztlicher Aufgaben.

Die BAGSO appelliert außerdem an den Gesetzgeber, dass auch die Personalgewinnung und -haltung in der ambulanten Pflege eine sehr viel größere Beachtung finden muss. Die Arbeitsbedingungen dort haben in den letzten Jahren dafür gesorgt, dass (qualifizierte) Pflegekräfte zunehmend in den stationären Sektor abgewandert sind. So ist es nicht unüblich, dass Pflegedienste mit Ablehnung von Anfragen, Reduzierung der Dienstleistungen, Verkleinerung der Pflegedienste und kurzfristigen Kündigungen von Verträgen reagieren, die zu einer gefährlichen Unterversorgung in der häuslichen Pflege führen können.

Förderung von Innovationen in der Pflege

Die BAGSO begrüßt zunächst, dass innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige vor Ort durch ein neu geschaffenes Förderbudget von Pflegeversicherung, Länder und Kommunen für entsprechende regionalspezifische Modellvorhaben gefördert werden sollen. Vor dem Hintergrund, dass diese Förderung „der Erleichterung der Situation der Pflegebedürftigen und deren Pflegepersonen

sowie der Schaffung von Transparenz und der Verbesserung des Zugangs zu den vorhandenen Hilfemöglichkeiten“ dienen soll, ist jedoch nicht nachvollziehbar, warum die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen vor Beschließung der Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel nur angehört werden sollen.³ Echte Innovationen für Pflegebedürftige und deren Angehörige sind nur dann zu erwarten, wenn den Betroffenen bzw. deren Vertretungen Mitbestimmung eingeräumt wird, um eine zielgruppen- und bedarfsgerechte Gestaltung und Akzeptanz der entwickelten Maßnahmen und Strukturen sicherzustellen. Deshalb fordert die BAGSO eine gleichberechtigte Beteiligung der Betroffenenvertretungen.

Digitalisierung

Um die Möglichkeiten der Digitalisierung in der Langzeitpflege besser nutzbar zu machen, sieht der Referentenentwurf verschiedene Maßnahmen vor: die Einrichtung eines Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege, die Erweiterung und Entfristung des Förderprogramms nach § 8 Absatz 8 SGB XI für digitale und technische Anschaffungen in Pflegeeinrichtungen, eine Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen zur Anbindung an die Telematikinfrastuktur (TI) und den Aufbau eines elektronischen Informationsportals für Pflegebedürftige, Angehörige und weitere Akteure.

Die BAGSO sieht in der Digitalisierung ein Potenzial, die medizinische und pflegerische Versorgung zu verbessern. Die Erwartungen beziehen sich dabei auf drei Bereiche: Entlastung und Unterstützung der Pflegenden, Verbesserungen der Vernetzung und des Informationsflusses in der Versorgung, Erhöhung der Versorgungssicherheit und -qualität. Mit Erschrecken hat sie folglich die Erkenntnisse des Achten Altersberichts (2020) wahrgenommen, dass der Verbreitungsgrad digitaler Technologien in der Pflege insgesamt gering ist, dass Fragen zur Effektivität und Effizienz wenig untersucht sind und ethische Fragestellungen sowie die Nutzerorientierung in Forschung und Entwicklung häufig vernachlässigt werden. Vor diesem Hintergrund ist die Einrichtung

³ Verantwortlich für die Erstellung der Empfehlungen sollen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. sein. Die Beschlussfassenden sollen zu dem Vorbringen der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen zur Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen Stellung nehmen. Die Stellungnahme ist dem BMG im Rahmen des Zustimmungsverfahrens zuzuleiten.

eines „Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege“⁴, welches die Potentiale zur Verbesserung und Stärkung der pflegerischen Versorgung sowohl für die Betroffenen als auch die Pflegenden identifizieren und verbreiten soll, zu begrüßen. Völlig unverständlich ist jedoch, warum Betroffenenvertretungen wie die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen pflegebedürftiger und behinderter Menschen nicht in den begleitenden Beirat zum Kompetenzzentrum nach §125b Abs. 5 SGB XI einbezogen werden sollen. Hier fordert die BAGSO dringend und ausdrücklich eine explizite Ergänzung, um sicherzustellen, dass Pflegebedürftige und Pflegendе als Expertinnen und Experten in eigener Sache einbezogen werden und eine zielgruppen- und bedarfsgerechte Umsetzung erfolgt.

Die BAGSO begrüßt außerordentlich, dass das bestehende Förderprogramm nach § 8 Absatz 8 SGB XI für digitale und technische Anschaffungen in Pflegeeinrichtungen entfristet und dessen Zielrichtung ausgeweitet werden soll, um auch digitale Anwendungen zu fördern, die „eine stärkere Beteiligung der Pflegebedürftigen“ zum Ziel haben. Insbesondere die vorgesehene explizite Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften wird begrüßt. Die BAGSO kritisiert jedoch, dass eine digitale Grundausstattung (Internet-/WLAN-Zugang) für die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen nicht explizit als förderfähig genannt wird, obgleich in der Begründung des Referentenentwurfs (S. 66) auf die Problematik hingewiesen wird, dass nur wenige Pflegeeinrichtungen WLAN für Bewohnerinnen und Bewohner vorhalten.⁵ Eine Umfrage der BAGSO unter Pflegeeinrichtungen zu dem Förderprogramm nach § 8 Absatz 8 SGB XI hatte Hinweise auf eine mögliche eingeschränkte Bedarfsgerechtigkeit des Programms geliefert, z.B. dass Installationen insbesondere in älteren Einrichtungen deutlich mehr Kosten veranschlagen. Insgesamt verweist die BAGSO auf ihre fünf zentralen Forderungen zur Sicherstellung einer digitalen Grundausstattung in allen Pflegeeinrichtungen (vgl. Stellungnahme).

4 Laut Referentenentwurf sollen die Aufgaben dieses Kompetenzzentrums die regelmäßige Analyse und Evaluation der Umsetzung digitaler Potentiale im Bereich der Langzeitpflege, die Entwicklung von Empfehlungen für Akteure in der Pflege und die Unterstützung des Wissenstransfers bei Themen der Digitalisierung für Pflegebedürftige und Pflegendе sein.

5 „Förderfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen, die beispielsweise die Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur, Investitionen in die IT- und Cybersicherheit, das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren und die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen unterstützen. Förderfähig sind auch die Aus-, Fort- und Weiterbildungen zu digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften in der Langzeitpflege.“

Darüber hinaus schlägt die BAGSO vor, in allen Pflegeeinrichtungen eine/n „Digitalisierungsbeauftragte/n“ zu berufen, dessen Aufgabe es ist, die Pflegekräfte und die Bewohnerinnen und Bewohner bei der Anwendung digitaler Technologien zu unterstützen. Die Berufung neutraler Ombudspersonen kann aus ihrer Sicht bei der Auflösung von Konflikten zum Einsatz von Technologien und zu ethischen Fragen hilfreich sein.

Die BAGSO begrüßt die vorgesehene Verpflichtung der Anbindung ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur (TI), wodurch auch der Zugriff auf die elektronische Patientenakte ermöglicht wird. Nur mit der Anbindung aller relevanten Akteure kann die TI ihren erwarteten Nutzen für die pflegerische Versorgung entfalten. Dies erfordert aus Sicht der BAGSO jedoch auch, dass gleichzeitig Maßnahmen zur Verbreitung der elektronischen Patientenakte unter der älteren Bevölkerung ergriffen werden.

Vor dem Hintergrund der in Nordrhein-Westfalen gemachten Erfahrungen mit der App „Heimfinder“ sieht die BAGSO die Einführung eines Informationsportals zu Pflege- und Betreuungsangeboten, einschließlich der Möglichkeit zur tagesaktuellen Auskunftsabfrage über freie Kapazitäten (Plätze und Angebote), skeptisch. So wurde beispielsweise mehrfach von Nutzerinnen und Nutzern kritisiert, dass die darin bereitgestellte Übersicht über freie Pflegeplätze veraltet ist. Die BAGSO bedauert zudem, dass wieder einmal nicht Rechnung getragen wird, dass über acht Millionen ältere Menschen über 65 Jahre Offliner sind und weitere Millionen Ältere nur eingeschränkte digitale Kompetenzen besitzen, um ein solches Portal effektiv nutzen zu können. Für diese Gruppen braucht es vielmehr analoge Informationsangebote, z.B. in den Geschäftsstellen der Pflegekassen oder per Telefonauskunft. Gleichzeitig verweist die BAGSO wiederholt auf den immensen Bedarf lokaler Interneterfahrungsorte mit qualifizierter Lernbegleitung in allen Kommunen, der Förderung von Internetzugängen in allen Wohnformen Älterer und digitaler Kompetenzen der Fachkräfte in allen für ältere Menschen relevanten Berufsgruppen.

Transparenz für Verbraucherinnen und Verbraucher

Die BAGSO begrüßt die vorgesehene Verpflichtung der Landesverbände der Pflegekassen zur Veröffentlichung der Landesrahmenverträge zur pflegerischen Versorgung. Sie hält jedoch die bewusste technologieoffene Formulierung, nach der Pflegebedürftige automatisch einmal jährlich eine Übersicht über die von ihnen bezogenen Leistungen und deren Kosten nach § 108 Absatz 1 Satz 1 SGB XI erhalten

sollen, für problematisch und aus Perspektive der Teilhabemöglichkeiten älterer Menschen für nicht ausreichend. Zwar erkennt der Bundesgesetzgeber im Begründungsteil des Referentenentwurfs, dass Versicherte, die digitale Varianten wie eine App der Pflegekasse und eine elektronische Übermittlung nicht nutzen können oder wollen, auch eine ausgedruckte Form der Übersicht erhalten können sollen. In der Praxis wird eine fehlende Verpflichtung der Pflegekassen zur Bereitstellung einer kostenlosen analogen Form jedoch voraussichtlich dazu führen, dass insbesondere Versicherte ohne Zugriff auf digitale Medien und solche mit eingeschränkten digitalen Kompetenzen ihren Anspruch aus eigener Tasche zahlen müssen. Deshalb fordert die BAGSO ergänzend einen Anspruch auf eine kostenlose analoge Alternative der Leistungsübersicht.

Betroffenenvertretung im Qualitätsausschuss Pflege

Die BAGSO begrüßt ausdrücklich die vorgesehenen verpflichtenden Maßnahmen für mehr Transparenz der Arbeit des Qualitätsausschusses Pflege und insbesondere die von ihr und anderen Verbänden seit langem geforderte Stärkung der Arbeit der Betroffenenvertretungen nach § 118 SGB XI durch Einrichtung einer Referenten- bzw. Referentinnenstelle. Gleichzeitig verweist sie auf die von den Verbänden nach § 118 SGB XI formulierten weitergehenden Forderungen zu mehr Mitbestimmung in der Pflege, v.a. ein Stimmrecht in Verfahrensfragen vor dem Qualitätsausschuss Pflege und die Berufung eines ständigen unparteiischen Vorsitzenden für den Qualitätsausschuss, die/der vom Bundesministerium für Gesundheit benannt wird, vgl. [Forderungspapier](#). Diese Forderungen werden weiterhin aufrechterhalten.



Kontakt

BAGSO

Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V.

Anna Brückner

0228 / 24 99 93 26

brueckner@bagso.de





Die BAGSO – Stimme der Älteren

Die BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen vertritt die Interessen der älteren Generationen in Deutschland. Sie setzt sich für ein aktives, selbstbestimmtes und möglichst gesundes Älterwerden in sozialer Sicherheit ein. In der BAGSO sind mehr als 120 Vereine und Verbände der Zivilgesellschaft zusammengeschlossen, die von älteren Menschen getragen werden oder die sich für die Belange Älterer engagieren.

Köln, den 06.03.2023

Stellungnahme
der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger
der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe (BAGüS)
zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) vom 20.02.2023

I. Vorbemerkung

Der Referentenentwurf greift wesentliche Punkte einer dringend notwendigen weiteren Pflegereform auf, was sehr begrüßt wird.

Die jüngste Vergangenheit war von historisch hohen allgemeinen Preissteigerungen und insbesondere in der Pflege von erheblichen Kostensteigerungen geprägt. So erhöhte sich der Eigenanteil ohne Berücksichtigung der Leistungszuschläge in stationären Pflegeeinrichtungen im Bundesdurchschnitt in nur einem halben Jahr um 9,8 %.

Daher ist von besonderer Bedeutung, dass bei der Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils durch eine Prozentpunkterhöhung nachgesteuert wird. Die Erhöhung von 10 bzw. 5 % erst zum 01.01.2024 wird in Höhe und Zeitpunkt der gestiegenen finanziellen Belastung nicht gerecht.

Auch die erst in den Jahren 2025 und 2028 vorgesehene Steigerung der Leistungsbeiträge um 5 % bzw. in Orientierung an der Preisentwicklung ist keine gleichmäßige Dynamisierung und nicht ausgewogen, da die Entlastung nicht alle Pflegebedürftigen über den Zeitraum erreicht und eine Wellenbewegung in der Finanzierungslast und damit in der Sozialhilfebedürftigkeit auslöst.

Mit den gesetzlich vorgesehenen Änderungen erfüllt die Soziale Pflegeversicherung als eigenständige Säule des Absicherungssystems der Sozialversicherung weiterhin nicht ihre Verantwortung, die Pflegebedürftigen weitestgehend unabhängig von Sozialhilfe zu machen. Diese Finanzierungsverantwortung bezieht sich auf die gesamten pflegebedingten Aufwendungen. Der Konsens aus der Konzierten Aktion Pflege war, dass weitere Kostensteigerungen wie durch eine stärkere Tarifbindung und eine erhöhte Personalausstattung nicht zu Lasten der Pflegebedürftigen gehen dürfen. Dem

wird der Entwurf in keiner Weise gerecht, zumal mit der in Aussicht gestellten „Dynamisierung“ im Jahr 2028 ein sehr langer Zeitraum für eine grundlegende Reform eingeplant zu sein scheint.

Eine echte Reform mit einer Begrenzung und Planbarkeit der Aufwendungen für die Pflegebedürftigen mit der Übernahme der weiteren Pflegekosten durch die Pflegeversicherung („Sockel-Spitze-Tausch“) ist dringend geboten.

Eine seit Jahren von der BAGüS, der Selbsthilfe und vielen Verbänden geforderte Überwindung des § 43a SGB XI und der damit verbundenen Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe in der Pflegeversicherung wird in dem Gesetzentwurf mit keinem Wort erwähnt. Dies kann nicht akzeptiert werden. Eine Reform, die diesen Namen verdient, darf eine Überwindung des § 43a SGB XI nicht ausblenden und muss im Kontext des Koalitionsvertrages zumindest eine Perspektive aufzeigen. Mindestens erwartet die BAGüS eine Steigerung der Leistungen der Pflegeversicherung nicht nur für die Sach- und Geldleistungen an pflegebedürftige Menschen außerhalb besonderer Wohnformen, sondern auch für eine Übergangszeit (bis zur Modifizierung von § 43a SGB XI) eine Einbeziehung der Beitragszahler in den besonderen Wohnformen in die Leistungsverbesserungen durch eine angemessene Erhöhung ihrer Leistungsansprüche. Denn auch in den besonderen Wohnformen sind die Kosten für Pflegepersonal in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Die in § 43a SGB XI bestehende Begrenzung auf 266 Euro pro Monat existiert in dieser Höhe bereits seit 2015 und wurde seitdem nicht angepasst. Die BAGüS wird an der Forderung nach Überwindung des § 43a SGB XI, einer Vorschrift, die spätestens seit Geltung des Bundesteilhabegesetzes weder fachlich noch rechtssystematisch zeitgemäß ist, auch in Zukunft festhalten.

Aufgrund der Tatsache, dass der Koalitionsvertrag Erwartungen an Verbesserungen in der Pflege formuliert und die Notwendigkeit einer weiteren Pflegereform lange bekannt ist und vorbereitet wurde, wird die Frist von 10 Kalendertagen für eine Stellungnahme der Bedeutung der Reform in keiner Weise gerecht. Es ist zu bedauern, dass konstruktiven Stellungnahmen so wenig Raum eingeräumt wird.

II. Stellungnahme

Zu Artikel 2 (Änderung SGB XI)

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

Die Schaffung eines zentralen Portals zum erleichterten Auffinden von Pflege- und Beratungsangeboten, einschließlich freier Pflegeplätze wird im Ziel sehr begrüßt. Erfasst werden sollen auch Angebote der Sozialhilfeträger und der Altenhilfe. Damit kann die oft verwirrende Vielfalt von Informationsangeboten klarer strukturiert werden, da nur dieses Portal gesetzlich verbindlich ist. Die Struktur sollte in allen Ländern gleich sein. Es könnte der vorhandene Bedarf an der Information über verfügbare Angebote schnell

gedeckt werden. Die Formulierung legt einen begrenzten Nutzerkreis nahe, was zu erklären wäre. Dennoch stellt das sinnhafte tägliche Melden von freien Plätzen in Pflegeeinrichtungen bzw. Kapazitäten von ambulanten Pflegediensten eine besondere Herausforderung dar. Aktuell schränken vor allem die Personalprobleme die Angebote und Kapazitäten ein. Um als Anbieter dauerhaft präsent zu sein und für die Meldung wenig Aufwand zu betreiben, besteht nach bisherigen Erfahrungen die Gefahr, dass immer ein Platz als frei gemeldet wird, der jedoch auf konkrete Nachfrage bzw. im Tagesverlauf schon belegt ist. Andernfalls könnte dieser Platz künstlich freigehalten werden, wodurch Ressourcen ungenutzt blieben. Insoweit ist es richtig, den Erfolg der Maßnahme regelmäßig zu überprüfen.

Nr. 5 (§ 8 – Verlängerung der Mittel für digitale Unterstützung)

Die Verlängerung der Mittelbereitstellung bis zum Jahr 2030 aus dem Ausgleichsfond wird begrüßt, um durch digitale Anwendungen die Arbeitsprozesse der Pflegeeinrichtungen investiv zu unterstützen.

Nr. 10 und 12 (§§ 17 bis 18e Neustrukturierung des Begutachtungsverfahrens)

Die Absicht, das Begutachtungsverfahren zu vereinheitlichen und die Regelungen hierzu übersichtlicher zu strukturieren, wird grundsätzlich begrüßt.

Nr. 15 (§ 30 - Dynamisierung)

Zwar sind einige Entlastungen im Jahr 2024 vorgesehen, statt wie bislang geplant bereits für das Jahr 2023. Die erst in den Jahren 2025 und 2028 vorgesehene Steigerung der Leistungsbeträge erfüllen die Anforderungen an eine mit der Preisentwicklung gleichmäßig mithaltenden Entlastung nicht. Sie löst eine Wellenbewegung in der Belastung und damit in der Sozialhilfebedürftigkeit aus. Dies führt jeweils zu einem kontinuierlichen Anstieg und dann wieder teilweisen Ausstieg aus der Sozialhilfe. Der dadurch ausgelöste Verwaltungsaufwand ist für alle Beteiligten sehr hoch und bindet ohnehin knappe Ressourcen,.. Auch für die Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen ist die Belastung, insbesondere bis zum 01.01.2028 nicht planbar, es können nur die Ausgabensteigerungen prognostiziert werden, ohne dass eine entsprechende bzw. gleichmäßige Entlastung erfolgt. Mit der kumulierten Berücksichtigung der Kerninflation werden die Bewohner zum 01.01.2028 und deutlich verspätet überproportional entlastet. Notwendig ist eine jährliche und damit gleichmäßige Steigerung der Leistungsbeträge, also eine echte Dynamisierung, die sich an den spezifischen Kostensteigerungen der Pflege orientiert. Insoweit bedarf es dringend der weiteren Vorschläge, die bereits vor dem Jahr 2028 greifen müssen.

Nr. 21 (§ 55- Beitragssatzsteigerung und Verordnungsermächtigung)

Eine Beitragssteigerung, die nach der Rechtsprechung des BVerfG differenzierter nach dem Erziehungsaufwand bzw. der Anzahl der Kinder ausgestaltet werden muss, wird begrüßt. Eine kurzfristige Anpassung des Beitragssatzes durch eine Rechtsverordnung der Bundesregierung wird kritisch und als zu unbestimmt formuliert gesehen, da wesentliche Sozialabgabepflichten dem Gesetzgeber vorbehalten bleiben sollten. Um weitere Steigerungen der Sozialabgaben zu vermeiden, sollte dringend der Bundeszuschuss zu den Leistungen der Pflegeversicherung erhöht werden. Zugleich ist die Pflegeversicherung bei der Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen z.B. im Bereich der medizinischen Behandlungspflege und im Bereich der Vorsorgeaufwendungen für Pflegepersonen zu Lasten der zuständigen Sicherungssysteme zu entlasten.

Nr. 27 (§ 75 - Nachweispflichten)

Dass § 75 Abs. 2 Nr. 11 vorrangig auf die schon in der Richtlinie nach § 82c Abs. 3 enthaltenen Angaben verweist, ist sachgerecht und kann Aufwand reduzieren bzw. Doppelaufwand vermeiden.

Nr. 28 (§ 78a – Verbindlichkeit der Vergütungsbeträge)

Klarstellung der Verbindlichkeit des im Einvernehmen mit der BAGÜS vereinbarten Vergütungsbetrages hat sich in den bisherigen Verhandlungen als notwendig erwiesen, was ausschließt, dass die Hersteller wie bislang geplant einen Differenzbetrag gelten machen können.

Nr. 33 (§ 113a – Streichung der Regelungen zu Expertenstandards)

Die Streichung von § 113a mit dem aufwendigen Verfahren zur Implementierung von verbindlichen Expertenstandards wird als nachvollziehbare Konsequenz aus der bisherigen Verfahrensweise begrüßt. Die versuchte Einführung des ersten und einzigen Expertenstandards Mobilität, der sich aufgrund fehlender Wirksamkeitsnachweise nur begrenzt eignete, verbindlich umgesetzt zu werden, zieht sich bereits über viele Jahre. Es konnte bislang in mehreren Stufen nur die Einführung empfohlen werden.

Nr. 34 (§ 113b – Öffentlichkeit des Qualitätsausschuss Pflege)

Eine Differenzierung in öffentliche und nicht öffentliche Sitzungen des Qualitätsausschusses Pflege, wie sie in § 113b Abs. 3a vorgesehen ist, wird abgelehnt. Die Differenzierung birgt neues Streitpotential. Die Vorberatungen in den Arbeitsgruppen oder Steuerungskreisen bleibt auch richtiger Weise weiterhin vertraulich. Im Qualitätsausschuss Pflege bedarf es bei guter Vorbereitung in der Regel keiner Aussprache mehr. Der Unterhaltungswert für die Öffentlichkeit dürfte gering sein, die Beschlüsse werden in der Regel ohnehin veröffentlicht. Zudem muss es weiterhin die Möglichkeit der schriftlichen Beschlussfassungen geben, um zeitliche Verzögerungen zu vermeiden. Die nur einmal im Jahr vorgesehene Berichtspflicht dürfte den Abstimmungsbedarfen nicht gerecht werden. Vielmehr sollte es bei den anlassbezogenen Informationen und Beteiligungen bleiben. Ein Jahresbericht wird ohnehin erstellt.

Nr. 35 (§ 113c - Personalausstattung)

Die Klarstellung in § 113c, dass zusätzlich zur Mindestausstattung, welche auch im „heimrechtlichen Sinne“ verstanden werden muss, Personal beschäftigt werden kann, welches zum Qualifikationsniveau 3 ausgebildet wird, greift eine Forderung der Empfehlungspartner auf und wird begrüßt. Die Gleichstellung von Ausbildungsbeginn und beabsichtigter Ausbildung bei geringer Berufserfahrung kann nur eine vorübergehende Lösung sein. Die Ausbildung wird aber insgesamt dadurch gefördert. Damit wird aber auch klargestellt, dass es keine Substitution des Qualifikationsniveaus 3 durch geringer qualifizierte Kräfte ohne Prüfung gibt. Dem Landesrecht bleiben die weitergehenden Regelungen vorbehalten. Dies führt zwar zu Flexibilität in den Ländern, aber auch zu Ungleichbehandlungen bei bedarfsgerechter Weise bundeseinheitlichen Qualifikationsanforderungen.

In den Landerahmenverträgen sollen künftig Regelungen zur Übernahme der Aufwendungen zur Anwerbung von Personal aus dem Ausland aufgenommen werden. Dies ist zur Vereinheitlichung zu begrüßen, erhöht jedoch wiederum die Pflegesätze.

Bei Personal der Erfüllung der Mindestanforderung mit höherer Qualifikation erfolgt die Vergütung richtiger Weise tätigkeitsbezogen.

Die Überprüfung der Anpassung der Personalanhaltswerte durch das BMG ist eine konsequente Begleitung der Vereinbarungspartner, denen es obliegt, die vertraglichen Vorgaben auszugestalten. Von den Berichten werden vertiefende Erkenntnisse erwartet.

Es wird grundsätzlich begrüßt, dass als Ausfluss der Ergebnisse der Konzertierten Aktion Pflege mit den beteiligten Akteuren Zielwerte für eine bundeseinheitliche, mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung festgelegt werden, um im Hinblick auf die tatsächlichen Möglichkeiten am Arbeitsmarkt eine einheitliche Verdichtung in der neuen Systematik zu erreichen. Allerdings ist die BAGüS nur zu den festzulegenden

Zielwerten der Personalausstattung anzuhören (§ 113c Abs. 8 neu). Die Personalausstattung ist jedoch der wichtigste inhaltliche und auch finanzielle Faktor der Vertragsverhandlungen über Pflegeleistungen. Da die überörtlichen und örtlichen Träger der Sozialhilfe Vertragspartner der Landesrahmenverträge und der Pflegesatzvereinbarung sind, wird es als angemessen angesehen, ihre Position auch im Vorfeld bzw. der Vorgaben zur Personalausstattung insgesamt zu stärken.

Nr. 37 (§ 114c – Prüfrhythmus)

Die standardisierten, nur zeitlich regelmäßigen Prüfungen mit dem Blick auf die potentiellen Bedarfe zu ergänzen wird grundsätzlich begrüßt, wobei die Festlegungen klare Kriterien zur Gleich- bzw. Ungleichbehandlung enthalten müssen.

Nr. 39 (§§ 123 – Modellvorhaben zur Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen und wissenschaftliche Begleitung)

Die Förderung von Projekten zur Unterstützung der Infrastruktur vor Ort wird ausdrücklich begrüßt. Allerdings setzt die vorgesehene Anteilsfinanzierung voraus, dass die Anteile durch die Länder oder kommunalen Gebietskörperschaften erbracht werden können, was bei freiwilligen Mitteln nicht als gesichert angesehen werden kann. Dies gilt insbesondere für struktur- und finanzschwachen Regionen, in denen die Etablierung von Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen aber umso notwendiger ist. Eventuell wäre eine Kannvorschrift zur Aufstockung hilfreicher, ohne dass der Ansatz von 50 Mio. € ausgedehnt werden müsste. Auch die Abstimmung im Förderprozess wäre einfacher. Die Möglichkeit, von Vorschriften des SGB XI abzuweichen ist sehr vage formuliert. Die Anforderung, lediglich die Vorgaben des Grundgesetzes zu beachten dürfte nicht streitfrei sein. Wenn es bei der Anteilsfinanzierung durch Länder und Kommunen bleibt, wäre die Beteiligung der sie vertretenden Organisationen auf Bundesebene für die Empfehlungen zwingend. Zumal die wissenschaftliche Begleitung der Modellprojekte zu Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort ohne BAGÜS erfolgen soll.

Nr. 40 (§ 125b – Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege)

Es wird ein neues Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege geschaffen, welches die Nutzung der digitalen Potentiale untersuchen und verbessern soll, was begrüßt wird. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Inhalte, Planung und Durchführung des Kompetenzzentrums im Einvernehmen mit u.a. der BAGÜS. Im Beirat ist die BAGÜS jedoch nicht vertreten. Hier möchten wir eine entsprechende Beteiligung anregen.

Art. 3 (Weitere Änderungen des SGB XI)

Nr. 1 bis 10 (§§ 39 ff. – Verhinderungs- und Kurzzeitpflege, gemeinsamer Jahresbetrag)

Die Neustrukturierung und die Möglichkeit, den Gesamtbetrag für die Verhinderungs- und Kurzzeitpflege zu nutzen, wird begrüßt. Dies erhöht die Flexibilität. Allerdings trägt die lediglich erfolgende Zusammenführung der Beträge in unveränderter Höhe den Empfehlungen zum § 88a SGB XI zur Verbesserung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in der Kurzzeitpflege nicht Rechnung. Eine verbesserte wirtschaftliche Ausgestaltung der Kurzzeitpflege wird vielmehr dazu führen, dass die Möglichkeit der finanzierten Inanspruchnahme sich verringert, was konträr zur Zielsetzung der Reform ist, die Angebote zu stärken und die Pflegebedürftigen sowie die An- und Zugehörigen zu entlasten.

Nr. 15 (§ 43c – Erhöhung der Leistungszuschlagsprozentsätze)

Die Systematik, insbesondere bei den pflegebedingten Aufwendungen die Pflegekassen stärker zu beteiligen, ist richtig. Die Pflegeversicherung wurde geschaffen, um weitestgehend unabhängig von Sozialhilfe zu machen. Hieran muss sie sich messen lassen. Nach den jüngsten Untersuchungen liegt der Anteil von Sozialhilfeempfängern bei über 30 % und nimmt jährlich etwa um einen Prozentpunkt zu. Es kann nicht sein, dass ein Drittel der stationär versorgten Pflegebedürftigen trotz eines eigenen Versicherungszweiges von Sozialhilfe abhängig ist. Die Erhöhung der Prozentsätze für die Leistungszuschläge zur Entlastung der pflegebedingten Aufwendungen ist als Übergangslösung richtig und notwendig. Prof. Rothgang, Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen, Februar 2023, S. 31: „Die Reform hat also deutliche Effekte hervorgerufen, kann allerdings das Ziel, die Sozialhilfequote dauerhaft zu begrenzen nicht erfüllen und bedarf der Ergänzung durch weitere politische Maßnahmen... Die – gleichwohl notwendigen – ausgabensteigernden Elemente der Reform überkompensieren bereits in kurzer Zeit die entlastenden Effekte der Leistungszuschläge zu den Eigenanteilen gemäß § 43c SGB XI.“

Die weitergehenden Maßnahmen fallen mit 10 bzw. 5 % sowie zum 01.01.2024 aber im Verhältnis zu den schon derzeit gestiegenen Kosten zu niedrig und zu spät aus. Die dringend erforderliche Anpassung noch im Jahr 2023 dadurch zu ersetzen, ist nicht sachgerecht. Insbesondere zum 01.07.2023 ist durch die gesetzlich eingeleitete Erhöhung der Personalausstattung und die Integration der bisher ausschließlich von den Pflegekassen finanzierten Stellen nach § 8 Abs. 6 und § 85 Abs. 9 SGB XI in die normale Vergütung (§ 113c Abs. 6 SGB XI) mit einem weiteren deutlichen Anstieg der pflegebedingten Kosten und der Zunahmen von Sozialhilfebedürftigkeit zu rechnen. Eine noch stärkere Erhöhung und Gewichtung zu Gunsten der ersten 12 Monate ist jetzt schon notwendig.

Zudem muss die im Koalitionsvertrag verabredete Finanzierung der Ausbildungskosten außerhalb der Entgelte nach dem SGB XI umgesetzt werden.

Nr. 19 (§ 108 – Leistungsinformation)

Eine Leistungsübersicht zu erstellen, dürfte mit den üblichen Verfahren gut möglich sein und hilft den gesetzlich Versicherten, einen berechtigten Informationsbedarf zu decken, zumal dies nur auf Wunsch erfolgt.

BAR - Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
Solmsstraße 18 · 60486 Frankfurt am Main

Bundesministerium für Gesundheit
Herrn Nils Dahl, Ref. 421
Rochusstraße 1
53123 Bonn

Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation e.V.
Solmsstraße 18
Gebäude E
60486 Frankfurt am Main

Telefon 069.60 50 18-0
Telefax 069.60 50 18-29
info@bar-frankfurt.de
www.bar-frankfurt.de

Die Geschäftsführerin

Ihr Zeichen	Ihr Schreiben vom	Unser Zeichen	Ansprechpartner/in	Durchwahl	Frankfurt am Main
	24.2.2023		Dr. Thomas Stähler Peter Norz	-19 -45	06.03.2023

Gesetz zur Unterstützung Entlastung in der Pflege (PUEG) - Referentenentwurf Stellungnahme der BAR e.V.

Sehr geehrter Herr Dahl,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Möglichkeit der Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes (PUEG-RefE).

Unsere Stellungnahme erfolgt aus der Perspektive der gesetzlichen und satzungsmäßigen trägerübergreifenden Aufgabenstellung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR):

Das vorgesehene Gesetz kann aus unserer Sicht Teil einer notwendigen Entwicklung sein, die Teilhabe von pflegebedürftigen Menschen zu verbessern. Insbesondere sorgen die Neuregelungen insgesamt für eine bessere Transparenz des Leistungsgeschehens für alle Beteiligten, nicht zuletzt in partizipativer Hinsicht für die pflegebedürftigen Menschen selbst, aber auch die pflegenden Menschen im häuslichen Umfeld des/der Pflegebedürftigen.

In dem Zusammenhang begrüßen wir ausdrücklich das nach § 7d SGB XI-RefE neu vorgeschriebene gemeinsame Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten, insbesondere der bei diesem vorgesehene barrierefreie und damit verbundene erleichterte Informationszugang für Pflegebedürftige und pflegende Personen. Sinnvoll dürfte hierbei allerdings sein, auf bereits bestehende Informationsportale einzelner Pflegekassen zurückzugreifen bzw. diese - ggfs. auch unter Einbezug weiterer schon vorhandener Serviceplattformen „Pflege“ - zusammenzuführen.

Zugleich möchten wir an dieser Stelle ergänzend auf das Ansprechstellenverzeichnis (siehe unter <https://www.ansprechstellen.de/suche.html>) aufmerksam machen, das auch (teils regionale) Kontaktdaten zur Pflegeversicherung erfasst und auf das daher u.E. in der Gesetzesbegründung zum PUEG noch geeignet hingewiesen werden sollte. Für Leistungsberechtigte, Arbeitgeber:innen und Rehabilitationsträger vermitteln die Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe barrierefreie Informationsangebote.

Auch sehen wir in der allgemein vorgesehenen Auftrags- wie weiteren Datenübermittlung in gesicherter elektronischer Form unter dem Gesichtspunkt der Digitalisierung durchaus einen Vorteil, sofern hierbei Datenschutz und Datensicherheit gem. DSGVO, SGB X und den bereichsspezifischen Regelungen des Sozialgesetzbuches gewahrt bleiben.

Schließlich dient es sicherlich auch besserer Klarheit und Transparenz, wenn bislang noch an verschiedenen Stellen des SGB XI zu findende Informations- und Zustimmungserfordernisse im künftigen § 18 Abs. 8 SGB XI (RefE) gebündelt werden sollen. Ebenso begrüßen wir die klarstellend im künftigen Abs. 11 vorgesehene Übernahme der Regelung des § 275 Abs. 5 SGB V zu den Befugnissen der Gutachter:innen des Medizinischen Dienstes.

Im Kontext von Rehabilitation und Teilhabe stellen sich für uns dennoch einige klärungsbedürftige Fragen, insbesondere bezogen auf die vorgesehenen Neuregelungen in §§ 18 ff. SGB XI (RefE):

(1) Unter dem Gesichtspunkt des Vorrangs von Rehabilitation vor Pflege (§ 5 Abs. 4 SGB XI) und der Vermeidung von Doppelbegutachtungen (§ 17 SGB IX) halten wir in der vorgesehenen Regelung des § 18b Abs. 3 SGB XI (RefE) eine Klarstellung für wünschenswert, dass die in der Pflegebegutachtung getroffenen Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf für den Reha-Träger soweit auch in deren Bedarfsermittlung und Leistungsentscheidung mit einfließen. Hiermit konform ist auch die Bestimmung des § 9 Abs. 3 Satz 2 SGB IX, auf die in der Gesetzesbegründung zum PUEG daher auch Bezug genommen werden sollte.

Für eine entsprechende Klarstellung spricht u.E., dass die Regelung des § 18b Abs. 3 SGB XI ansonsten unscharf bliebe und in der Praxis weitere Rechtsfragen aufwerfen würde. Denn bei bisheriger Formulierung münden einerseits die Feststellungen des Pflegegutachtens in eine „Rehabilitationsempfehlung“, andererseits wird am Ende ausgeführt, dass die begutachtete Person bei entsprechenden Feststellungen durch den Pflegegutachter einen Anspruch gegen den Rehabilitationsträger auf Leistungen hat. Eine Möglichkeit, diese Unschärfe aufzulösen, könnte darin bestehen, ggfs. auch in der Gesetzesbegründung darauf hinzuweisen, dass hier ein Anspruch

dem Grunde nach besteht, dem Reha-Träger aber das Auswahlermessen für die Leistung u.a. auch auf Basis der Feststellungen im Pflegegutachten verbleibt. Als wesentlich erscheint uns hierbei aber auch klarzustellen, dass vor allem das Fehlen einer Aussage des Pflegegutachters/der Pflegebegutachterin zu einem Reha-Bedarf und oder auch die Feststellung eines ggfs. fehlenden Reha-Bedarfs zum Zeitpunkt der Begutachtung stets auch nur für diesen konkreten Zeitpunkt, nicht aber darüber hinaus gelten kann.

Ferner ist zu bemerken, dass im Gesetzestext und bislang in den Pflege-Begutachtungsrichtlinien (BRi, Stand Mai 2021, https://www.medizinischerdienst.de/fileadmin/MD-zentraler-Ordner/Downloads/01_Pflegebegutachtung/21_05_17_BRi_Pflegebeduerftigkeit.pdf) einschließlich Anlage 3 (Optimierter Begutachtungsstandard (OBS) zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in der Pflegebegutachtung) keine näheren Ausführungen zum Umfang der Prüfung des Rehabilitationsbedarfs enthalten sind. Es bleibt daher unklar, ob hier auch der Reha-Bedarf zur Sicherung/Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit (§§ 10, 15 SGB VI, 42 ff. SGB IX) von der Begutachtung mitumfasst sein soll. Eine entsprechende Klarstellung wäre auch vor dem Hintergrund wichtig, dass in den nach § 17 Abs. 1 SGB XI erlassenen Begutachtungsrichtlinien als Rehabilitationsbedarf zwar allgemein die Verbesserung der Teilhabe genannt ist (BRi, S. 13). Als Rehabilitationsziele bzw. zu berücksichtigende relevante Kontextfaktoren (ICF) konkret genannt werden dann allerdings „nur“ zum Beispiel Erlernen, Verbesserung oder Erhalt des Gehens, Transfer, Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Kommunikation, Krankheitsbewältigung, Stärkung des Selbstwertgefühls und des Selbstvertrauens, krankheitsspezifische Schulung unter Einbeziehung der Eltern (BRi, S.150, 151).

Wir schlagen insgesamt hierzu daher vor, jedenfalls in der Gesetzesbegründung eine Bezugnahme zu ergänzen auf die insoweit einschlägigen Regelungen des SGB IX, hier insbesondere §§ 13 und 17, sowie auch die Gemeinsamen Empfehlungen (siehe hierzu auch § 26 Abs. 4 Satz 2 SGB IX), namentlich GE „Reha-Prozess“ und GE „Begutachtung“ (beide abrufbar unter <https://www.bar-frankfurt.de/service/publikationen/reha-vereinbarungen.html>); diesbezüglich weisen wir darauf hin, dass gem. § 26 Abs. 4 Satz 2 SGB IX die gesetzlichen Pflegekassen über den GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Pflegekassen ebenfalls Vereinbarungspartner der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ sind.

(2) Hinsichtlich § 18c Abs. 4 SGB XI-RefE könnte u.E. das dort geregelte Verfahren möglicherweise etwas gestrafft und zugleich stärker auf eine frühzeitige gemeinsame Abstimmung aller relevanten Beteiligten ausgerichtet werden. Das bezieht sich z.B. auf die doppelte Gatekeeper-

Rolle der Pflegekasse und die vergleichsweise späte Einbeziehung von Ärzt:innen und Angehörigen.

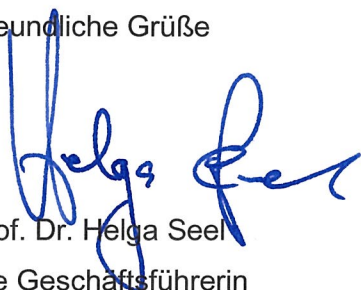
Wir regen insoweit an, hier Elemente des SGB IX vorgesehenen Teilhabeplanverfahrens (§§ 19 ff. SGB IX) mit aufzunehmen.

(3) Die Neuregelung zur Berichtspflicht in § 18d Abs. 3 SGB XI ist grundsätzlich begrüßenswert. Darüber hinaus möchten wir allerdings noch anregen, gesetzlich auch eine entsprechende Evaluation der Rehabilitationsempfehlungen bzw. der Rehabilitationsanträge nach § 18c Abs. 4 vorzusehen, damit daraus Rückschlüsse für die Praxis gezogen werden können.

Abschließend möchten wir gerne noch folgenden Hinweis bzw. folgende Anregung geben: Es scheint uns im vorliegenden Referentenentwurf noch nicht ausreichend hinterlegt, dass ausweislich des Koalitionsvertrags gesetzgeberische Zielsetzung gerade auch die Entlastung der pflegenden Personen im Rahmen häuslicher Pflege sein soll. Im Sinne der ICF stellt dieser Umstand bzw. das soziale Netz der pflegebedürftigen Person überhaupt einen wesentlichen Kontextfaktor dar. Die Feststellung etwaigen Reha-Bedarfs einer Pflegeperson und die Erbringung erforderlicher Reha-Leistungen für diese können ebenso wie andere häusliche Umfeldverbesserungen zumindest dann mittelbar auch zu einer Entlastung und Stärkung der zu pflegenden Person selbst führen. Wir regen dementsprechend an, in dem geplanten PUEG ebenso diesen entscheidenden Aspekt noch mehr in den Fokus zu rücken.

Über eine entsprechende Berücksichtigung unserer vorstehenden Anregungen und Hinweise im Zuge des Weiteren Gesetzgebungsprozesses würden wir uns freuen.

Freundliche Grüße



Prof. Dr. Helga Seel
Die Geschäftsführerin

**Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V.
(BAH)**

Stellungnahme zum

Referentenentwurf

des

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

Berlin, 03. September 2023

Stellungnahme zum Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz – PUEG

Vorbemerkung

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V. (BAH)** vertritt als maßgebliche Spitzenorganisation von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen die Interessen ihrer Mitgliedseinrichtungen auf Landes- und Bundesebene.

Aufgrund des sehr kurz gesetzten Frist beschränken wir die vorliegende Stellungnahme auf den für die weitere Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit Pflegeleistungen insbesondere der ambulanten Häuslichen Pflege wesentlichen Punkt der Anpassung der Pflegesachleistungen gemäß § 36 SGB XI und der Dynamisierung der Leistungsbeträge gemäß § 30 SGB XI in neuer Fassung des vorliegenden Referentenentwurfs.

Zur geplanten Anpassung der ambulanten Sachleistungsbeträge und zur Regelung einer zukünftigen Dynamisierung der Leistungsbeträge im Einzelnen:

§ 36 Abs. 3 SGB XI und § 30 SGB XI

a.) Beabsichtigte Regelung

Die Sachleistungsbudgets der Häuslichen Pflege für die Pflegegrade 2–5 sollen mit Wirkung zum 01.01.2024 um 5 % angehoben werden.

Zum 01.01.2025 erfolgt eine Steigerung der Leistungsbeträge des 4. Kapitels des SGB XI – damit auch der ambulanten Sachleistungsbudgets gemäß § 36 Abs. 3 SGB XI – um weitere 5 %. Zum 01.01.2028 sollen die Leistungsbeträge um die kumulierten Kerninflationsraten der Jahre 2025–2027, maximal jedoch um den Anstieg der Brutto- und Gehaltssumme je abhängigen beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum angehoben werden.

b.) Stellungnahme

aa.) Anpassung der ambulanten Sachleistungsbudgets gemäß § 36 Abs. 3 SGB XI

Die im vorliegenden Referentenentwurf vorgesehene Anhebung der ambulanten Sachleistungsbudgets um jeweils 5 % zum 01.01.2024 und zum 01.01.2025 muss in Kurzform bewertet werden als „**zu spät und zu wenig**“!

In den vergangenen Jahren waren teils arbeitsmarktbedingte, größtenteils aber auch durch gesetzliche Vorgaben forcierte, erhebliche Lohnsteigerungen bei den in der häuslichen Pflege eingesetzten Pflegekräften zu verzeichnen. Zuletzt bekanntlich durch die Umsetzung der GVWG-Tariftreuerregelungen zum 01.09.2022 mit nochmaliger Steigerung der Löhne zum 01.02.2023.

Diese enormen Lohnsteigerungen, die gemäß den einschlägigen Statistiken z. B. der Bundesagentur für Arbeit deutlich über den Lohnanpassungen in nahezu allen anderen Branchen liegen, führen und führten zwangsläufig zu steigenden Kosten bei Pflegeunternehmen, zu deren Refinanzierung für eine wirtschaftliche Leistungserbringung erheblich höhere Vergütungssätze für Pflegeleistungen mit den Pflegekassen vereinbart werden mussten.

Im Teilkaskosystem der Pflegeversicherung mit den gedeckelten Sachleistungsbeträgen zwingt dies die Pflegeversicherten bereits seit Jahren zu immer höheren Zuzahlungen bzw. zur Leistung von höheren Eigenanteilen, um eine angemessene pflegerische Versorgung zu erhalten bzw. das bisherige Niveau zu halten.

Viele Pflegebedürftige geraten so weiterhin – vor allem in Regionen mit niedrigerem Einkommens- und Rentenniveau – an die Grenze ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit und sind schon darüber hinaus belastet. Dies führt in vielen Fällen zur Reduzierung der Leistungsansprüche und zur pflegerischen Unterversorgung.

Die Möglichkeit, in dieser Situation Leistungen der Hilfe zur Pflege als Sozialhilfeleistung gemäß §§ 61 ff. SGB XII in Anspruch zu nehmen, stellt in dieser Situation ebenfalls keine zufriedenstellende Lösung dar. Schließlich war es ein Ziel der Einführung der Pflegeversicherung, die Abhängigkeit Pflegebedürftiger von der Sozialhilfe und dem damit verbundenen Fürsorgeprinzip mit Bedürftigkeitsprüfung zu vermindern. Im Übrigen ist gerade für ländliche Regionen festzustellen, dass viele Pflegebedürftige vor der notwendigen Inanspruchnahme der Leistungen der Hilfe zur Pflege als Sozialhilfe zurückschrecken und eine pflegerische Unter- oder Mangelversorgung in Kauf nehmen.

Die geplante gestaffelte Erhöhung der ambulanten Sachleistungsbeträge um jeweils 5 % zum 01.01.2024 und zum 01.01.2025 ist vor diesem Hintergrund völlig unzureichend, da nicht einmal die anhand volkswirtschaftlicher Kennzahlen wie der Inflationsrate oder der Grundlohnsummenveränderungsrate allgemein feststellbaren Teuerungsraten ausgeglichen werden, geschweige denn die in den letzten Jahren durch Vergütungsanpassungen bei den ambulanten Pflegeleistungen tatsächlich erfolgte Kaufkraftentwertung der Sachleistungsbudgets.

Mit der geplanten Anpassung würden die ambulanten Sachleistungsbudgets im Zeitraum von 2018–2025 kumuliert um 15,76 % gesteigert werden:

Zeitraum	Steigerung	Gesetzesgrundlage
01.01.2018 –01.01.2022	5%	GVWG: 01.01.2022
01.01.2024	5%	PUEG
01.01.2025	5%	PUEG
	15,76%	kumulierte Steigerung 2018 bis 2025

Dem gegenüber lässt sich im selben Zeitraum eine kumulierte Steigerung der Inflationsraten um 29,64 % (inklusive aktueller Prognosen für 2023–2025), der Grundlohnsummenveränderungsrate gemäß § 72 SGB V in Höhe von 18,88 % (zzgl. voraussichtlich 4–6 % für 2024/2025) und der Pflegemindestlöhne für Pflegekräfte gemäß der Pflegearbeitsbedingungenverordnung von 47,61 % (Ost) bzw. 38,70 % (West) – jeweils zzgl. voraussichtlich 4–6 % für 2024/2025 – feststellen. Sowohl die kumulierte Grundlohnsummenveränderungsrate als auch die Pflegemindestlohnsteigerungen enthalten dabei noch keine Werte für die Jahre 2024 und 2025! Hier wären weitere Steigerungen von voraussichtlich 4–6 % kumuliert für beide Jahre mindestens zu erwarten und zu berücksichtigen.

Pflegemindestlöhne Pflegekräfte				
Jahr	VPI	GLS	Ost	West
2018	1,90%	2,97%	5,79%	3,43%
2019	1,40%	2,65%	4,98%	4,74%
2020	0,50%	3,66%	5,21%	4,97%
2021	3,10%	2,53%	7,15%	3,44%
2022	7,80%	2,29%	14,16%	14,16%
2023	6,50%	3,45%	3,29%	3,29%
2024	3,40%			
2025	2,00%			
Kumuliert:	29,64%	18,88%	47,61%	38,70%

Von den gelisteten Steigerungsraten ist die Entwicklung der Pflegemindestlöhne noch am ehesten aussagekräftig und relevant für die Bewertung der Kaufkraftentwertung der ambulanten Sachleistungsbudgets, da diese einen Maßstab für die Entwicklung der Pflegepersonalkosten darstellen und die Entwicklung der Pflegepersonalkosten der entscheidende Faktor für die Preisadjustierungen im Rahmen der Vergütungsverhandlungen zwischen Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen ist.

Die in den Jahren 2018-2023 vereinbarten, realen Vergütungssteigerungen für die Leistungen der Häuslichen Pflege (Vergütungsvereinbarungen gemäß § 89 SGB XI) dürften mit Schwankungen zwischen den Bundesländern tatsächlich in einem Bereich von durchschnittlich ca. 25–45 % und darüber hinaus liegen.

Den vor diesem Betrachtungszeitraum erfolgten Leistungsausweitungen und Ausgabensteigerungen in der Pflegeversicherung durch Anpassung der Leistungsbeträge im Rahmen des zweiten Pflegestärkungsgesetzes 2017 (PSG II) steht wiederum eine Kaufkraftentwertung der Pflegeleistungen seit Einführung der Pflegeversicherung in gleicher Höhe gegenüber, laut Rothgang bis 2017 ein Wertverlust von ca. 20–25 %. Somit bilden auch die Anpassungen infolge des PSG II keinen „Puffer“ zugunsten der Pflegebedürftigen, aus dem die enormen Preissteigerungen bei den Leistungen der Häuslichen Pflege ab 2018 und insbesondere in 2022 abgedeckt werden konnten.

Bevor eine angemessene Dynamisierungsregelung in § 30 SGB XI greifen kann, müssen die Pflegesachleistungen gemäß § 36 Abs. 3 SGB XI zwingend wieder auf ein Basisniveau gebracht werden, das den erheblichen Wertverlust der letzten Jahre ausgleicht.

Wir schlagen zu diesem Zweck vor, kurzfristig bis 31.05.2023 bei den Pflegekassen und Pflegekassenverbänden bundesweit die durchschnittlichen Preisadjustierungen der Vergütungsvereinbarungen der ambulanten Pflege gemäß § 89 SGB XI im Zeitraum 2018 bis 2023 zu erheben. Die entsprechenden Daten liegen in den Vertragsbereichen Pflege oder in den Controlling- und Revisionsabteilungen der Pflegekassen vor. Gewichtet, z. B. nach Anzahl der pflegebedürftigen Versicherten der jeweiligen Pflegekassen und Pflegekassenverbände, ist dann die bundesweite, durchschnittliche lineare Preissteigerung der ambulanten Sachleistungen zu berechnen.

Die Pflegesachleistungsbudgets gemäß § 36 Abs. 3 SGB XI sind dann um diese durchschnittliche Steigerung einmalig zum 01.07.2023 anzuheben.

bb.) Dynamisierung der Leistungsbeträge gemäß § 30 SGB XI

Für die in § 30 SGB XI zu regelnde weitere Dynamisierung schlagen wir folgende Vorgehensweise vor:

Beginnend ab 01.01.2024 erfolgt eine jährliche lineare Steigerung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung jeweils vorab zum 01.01. des Kalenderjahres um die kumulierten Werte der von der EZB für den Euroraum vorgegebenen Zielinflationsrate (derzeit 2 %) und des gesamtwirtschaftlichen Wachstums der Arbeitsproduktivität (goldene Lohnregel).

Bei den Pflegekassen und Pflegekassenverbänden sind anschließend jeweils bis spätestens zum 3. Quartal des jeweiligen Kalenderjahres die durchschnittlichen Preissteigerungen getrennt nach den Sektoren ambulante, voll- und teilstationäre Versorgung zu erheben.

Zum 01.01. des Folgejahres – erstmalig zum 01.01.2025 – ist dann für die jeweiligen Leistungsbeträge der ambulanten, teil- und vollstationären Versorgung eine Ausgleichsberechnung anhand der tatsächlichen Preissteigerungen in den jeweiligen Bereichen unter Berücksichtigung der Zielinflationsrate und des aktualisierten gesamtwirtschaftlichen Wachstums der Arbeitsproduktivität vorzunehmen. Eine Absenkung der Leistungsbeträge wird ausgeschlossen.

Auf diese Weise kann eine sachgerechte jährliche Dynamisierung anhand von volkswirtschaftlichen Kennzahlen mit korrigierender Anpassung an die reale Kaufkraftentwicklung der Leistungsbeträge erreicht werden, anstatt auf den für die Bewertung des Wertverlustes der Leistungsbeträge nicht geeigneten Parameter einer Kerninflationsrate zurückzugreifen.

Mit der jährlich vorgezogenen Anpassung für das neue Kalenderjahr wird zudem sichergestellt, dass die Pflegebedürftigen bei Preissteigerungen nicht in Vorleistung treten und bei nicht ausreichender eigener finanzieller Leistungsfähigkeit entweder Sozialhilfe in Anspruch nehmen oder auf notwendige Pflegeleistungen verzichten müssen– und dies nach dem aktuellen Referentenentwurf für drei Jahre!

Mit Rückgriff auf die kumulierten Werte der Zielinflationsrate und des Produktivitätswachstums im Sinne der goldenen Lohnregel wird zudem für die pauschale jährliche Vorabsteigerung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung der volkswirtschaftliche verteilungsneutrale Spielraum beachtet.

B.A.H. e. V.

gez. Frank Twardowsky
Geschäftsführer

gez. Thorsten Weilguny
Referent für Bundesangelegenheiten



Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von
Menschen mit Behinderung und chronischer
Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
BAG SELBSTHILFE
Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf
Tel. 0211/31006-0
Fax. 0211/31006-48

Stellungnahme der

**Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE
von Menschen mit Behinderung,
chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
(BAG SELBSTHILFE)**

zum

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

**- Anhörung im Bundesministerium für Gesundheit
am 9. März 2023 -**

Als Dachverband von 123 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und deren Angehörigen sowie von 12 Landesarbeitsgemeinschaften teilt die BAG SELBSTHILFE zwar das Ziel der Bundesregierung, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zu entlasten und hält die vorgesehenen Maßnahmen grundsätzlich auch für begrüßenswert; allerdings hält sie sie

gleichzeitig in keiner Weise für ausreichend. Betroffene und ihre Angehörige haben in stationären Einrichtungen derzeit mit Kostensteigerungen von teilweise über 500 € zu kämpfen. Gegenüber 2018 sind die Kosten für einen **Heimplatz im Schnitt bundesweit von 1.772 auf 2.411 €** gestiegen, ein Plus von 36 Prozent; gegenüber dem letzten Jahr fand eine Erhöhung von 13 Prozent statt. Wie finanziell überlastet die Betroffenen und ihre Angehörigen derzeit sind, zeigt sich auch daran, dass die Zahl der pflegebedürftigen Personen, die in einer stationären Einrichtung auf Sozialhilfe angewiesen sind, steigt und voraussichtlich weiter steigen wird.

Im Koalitionsvertrag wurde festgelegt, dass die **Eigenanteile** begrenzt und berechenbar gemacht werden sollen; dies ist durch die vorgesehene Maßnahme nicht gewährleistet, vielmehr braucht es **dringend einen Sockel-Spitze-Tausch** mindestens auf dem Niveau des Vorjahres, eine **Übernahme (und Kontrolle) der Investitionskosten durch die Länder und eine bessere Kontrolle der Kosten für Unterkunft und Verpflegung.** Ferner würde auch der Ausgleich der medizinischen Behandlungspflege, der im Koalitionsvertrag vorgesehen wurde, dringend umgesetzt werden, um die Pflegebedürftigen und ihre Familien zu entlasten.

Doch auch im **ambulanten Bereich bedarf es dringend entsprechender Erhöhungen über die vorgesehenen Verbesserungen hinaus.** Nach wie vor sind pflegende Angehörige der größte Pflegedienst der Nation, werden aber nicht entlastet, sondern derzeit eher zusätzlich belastet, etwa durch tariflich bedingte Kostensteigerungen bei den Pflegesachleistungen. Hier benötigen die Pflegebedürftigen und ihre Familien dringend eine Erhöhung um mehr als 5 Prozent. Tarifliche Steigerungen und sonstige Erhöhungen führen dazu, dass die Betroffenen immer weniger Leistungen für diese Beträge einkaufen können. Dies ist umso schwieriger, als sie wegen der steigenden Lebenshaltungs- und Energiepreise auch immer weniger eigene Mittel für pflegebedingte Leistungen aufwenden können und so eine Kompensation der fehlenden Leistungen nicht mehr möglich ist, die in der Vergangenheit vielleicht noch in Einzelfällen gelungen ist. Auch hier fordert die BAG SELBSTHILFE eine Erhöhung der Leistungen um 18 Prozent und ab 2024 eine jährliche Dynamisierung, die sich gemischt an Verbraucherpreisen und tatsächlichen Kostensteigerungen im Bereich der Pflegesachleistungen orientiert.

Zudem werden notwendige Verbesserungen für Betroffene und pflegende Angehörige immer wieder nicht umgesetzt: Bereits Ende 2020 hat die Bundesregierung die Erhöhung des Pflegegeldes um 5 Prozent für notwendig erachtet, eine Umsetzung erfolgte jedoch nicht. Zuletzt wurde das **Pflegegeld 2017** angepasst, seitdem hat es Teuerungen unterschiedlichster Art gegeben, zuletzt mit hoher Inflation in dramatischem Ausmaß; insgesamt beinhaltet die Entwicklung der Verbraucherpreise bis heute eine Erhöhung um 17,7 Prozent seit 2017. Hier bedarf es nun endlich einer zeitnahen Erhöhung zum 1. Juli dieses Jahres, die diese hohen Belastungen der Betroffenen und ihren Familien ein Stück weit auffängt; dies hätte aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE längst erfolgen müssen und sollten sich - wie auch die Pflegesachleistungen - an der Verbraucherinflation und den Kostensteigerungen im Bereich der Pflegsachleistungen orientieren sowie jährlich dynamisiert werden.

Ebenfalls kritisch wird die **Erhöhung der Beiträge zur Pflegeversicherung** von der BAG SELBSTHILFE gesehen, zumal diese nicht dazu dient, die vorhandenen strukturellen Probleme der Pflegeversicherung dauerhaft zu lösen; gleichzeitig dürfte es zu der Erhöhung angesichts des Defizites der Pflegeversicherung und der Maßgaben des Bundesverfassungsgerichtes nur wenig Alternativen geben. Die BAG SELBSTHILFE hält allerdings die vorgesehene zukünftige Anpassung ohne parlamentarische Beteiligung für schwierig. Insgesamt wäre zur Abfederung der enormen Kostensteigerungen dringend ein höherer Steuerzuschuss vorzusehen.

Ausdrücklich und uneingeschränkt zu begrüßen ist hingegen die Errichtung einer Stabsstelle für den Bereich der Pflege und die Schaffung von Transparenz im Qualitätsausschuss. Die Komplexität der verschiedenen Aufgaben und Arbeitsgruppen im Qualitätsausschuss bedarf dringend personeller Unterstützung, wie sie ja auch im Gemeinsamen Bundesausschuss bereits seit 2008 - angesichts der Größe des GBA in deutlich größerem Umfang - zur Verfügung steht. Im Bereich der Beteiligungsrechte zur Dienstleistungsrichtlinie wird hingegen noch Nachbesserungsbedarf gesehen: Hier sollte ein Mitberatungsrecht anstatt des vorgesehenen Stimmrechts vorgesehen werden, da es sich bei diesem Thema um ein ureigenstes Thema der Pflegebedürftigenvertretung handelt, zu dem sie über den größten Erfahrungsschatz verfügen.

Begrüßt wird auch die Regelung, dass die Betroffenen in Zukunft eine Übersicht über die von den Pflegebedürftigen in der Vergangenheit bezogenen Leistungen und deren Kosten von den Pflegekassen künftig einmal je Kalenderhalbjahr übersandt. Auch hier gibt es jedoch noch Nachbesserungsbedarf: Zum einen ist in der derzeitigen Regelung enthalten, dass dies nur auf Wunsch zu geschehen hat; hier würden wir eine automatische Übersendung für sinnvoll halten - mit der Möglichkeit, der Übersendung zu widersprechen; denn andernfalls steht zu befürchten, dass viele Betroffene ihre Rechte mangels Kenntnis nicht wahrnehmen werden. Ferner würden wir es auch befürworten, wenn der Restanspruch etwa nach § 42a dort aufgeführt wäre.

Zu den Vorschriften im Einzelnen nimmt die BAG SELBSTHILFE wie folgt Stellung:

1. Schaffung eines Informationsportals (§ 7 d SGB XI RefE)

Grundsätzlich begrüßt die BAG SELBSTHILFE die vorgesehene weitere Unterstützung von pflegebedürftigen Personen, ihren Pflegepersonen bzw. Angehörigen durch Schaffung eines barrierefreien elektronischen Informationsportals; insbesondere die Barrierefreiheit hält die BAG SELBSTHILFE für eine wichtige Anforderung, damit alle Menschen gleichberechtigt im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention Zugang zu Informationen haben. Zudem sind aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE die Landesverbände der Pflegekassen zu verpflichten, dafür zu sorgen, dass mit der Implementierung des Informationsportals der Zugang für alle ermöglicht wird, also auch für Menschen ohne Handy oder PC.

Die umfassende Information der Pflegebedürftigen sollte jedoch dadurch abgesichert werden, dass die Leistungsanbieter gesetzlich verpflichtet sein müssen, offene Angebote zu melden. Insoweit fordert die BAG SELBSTHILFE hierzu noch eine Erweiterung der Regelung.

Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE sollten die Landesverbände der Pflegekassen darüber hinaus in geeigneter Weise dafür Sorge zu tragen haben, dass das Angebot allen Anspruchsgruppen (Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und ehrenamtlich Pflegenden...) auch in nicht digitaler Weise durch Beratungskräfte z.B. in regionalen

Anlaufstellen, zur Verfügung gestellt wird; in der Gesetzesbegründung wird davon offenbar ausgegangen, der Gesetzgeber das Informationsportal auch als Grundlage für die Pflegeberatung nach § 7a ansieht, explizit im Gesetz angesprochen ist dies jedoch nicht.

Ferner sollte eine Rückmeldemöglichkeit von Betroffenen, Angehörige, Selbsthilfe etc. vorgesehen werden, ob die Angebote wirklich vorhanden sind.

Nach Ziffer 3 wird vor der Aufnahme von Angeboten es den Pflegekassen überlassen, nur qualitätsgesicherte Angebote aufzunehmen, ohne dass genau definiert wird, was unter qualitätsgesicherten Angeboten zu verstehen ist. Zu vermuten ist, dass es sich - teilweise - um die nach Landesrecht zugelassenen Angebote handelt, bei denen die BAG SELBSTHILFE immer wieder erhebliche Unterschiede in den jeweiligen Anforderungen der Länder feststellt, die inzwischen einen kaum mehr zu durchschauenden Dschungel darstellen. Um hier zu mehr Einheitlichkeit zu kommen, sollte der Gesetzgeber den Pflegekassen und ihren Verbänden klare Vorgaben dazu machen.

2. Beteiligung der Verbände nach § 118 SGB XI an den Begutachtungsrichtlinien (§ 17 SGB XI RefE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die Maßgabe, dass der MD Bund auf schriftliche Positionierungen der Pflegebedürftigenorganisationen, denen er nicht folgt, reagieren und die Gründe mitteilen muss, weswegen er hier anderer Auffassung ist. Dies ist aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE ein hilfreiches Instrument, um der Auseinandersetzung mit den Argumenten der Pflegebedürftigenvertretung ein zusätzliches Gewicht zu geben.

Die BAG SELBSTHILFE hält es aber nicht für zielführend, dass für die Erstellung der Dienstleistungsrichtlinien offenbar keine Beratungsbeteiligung der Organisationen nach § 118 SGB XI, sondern nur eine Stellungnahmemöglichkeit vorgesehen ist. Gerade im Bereich des - leider oft ungenügend sensiblen - Umgangs mit Pflegebedürftigen haben die Verbände umfangreiche Erfahrungen und ein ureigenstes Interesse an einer Verbesserung; gerade diese Erfahrungen und mögliche

Verbesserungsvorschläge sollten sie im Rahmen einer Beratungsbeteiligung einbringen können; andernfalls besteht das Risiko, dass sich die Richtlinien wiederum im Wesentlichen an den Handlungslogiken der entsprechenden Institutionen orientiert und nicht - wie es an der Stelle besonders offensichtlich ist - notwendigerweise an den Bedarfen der Pflegebedürftigen. Vor diesem Hintergrund wäre hier ein Mitberatungsrecht der Verbände nach § 118 vorzusehen, welches auch die oben angesprochene Maßgabe einer schriftlichen Rückäußerung auf Positionen beinhaltet, denen nicht gefolgt wird.

3. Beauftragung zur Begutachtung (§ 18ff. SGB XI RefE)

Die BAG SELBSTHILFE hält es für sinnvoll, § 18 Abs. 5 zur Verbesserung der Wahlmöglichkeiten der Betroffenen zu erweitern: Sofern die Antragsteller kein Einverständnis in die Begutachtung in seinem Wohnbereich erteilen, aber Ärzte und Pflegekräfte von der Schweigepflicht entbinden, sollte aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE die Möglichkeit eingeräumt werden, dass eine Prüfung unter Beteiligung der behandelnden Ärzte und Pflegedienste bzw. Pflegeeinrichtungen i.S. eines Assessments durchgeführt werden kann.

Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE sollte eine Begutachtung im Wohnbereich zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit der Regelfall bleiben; zwar legt § 18a genau diesen Regelfall auch fest; allerdings steht nach dem Abklingen der Pandemie zu befürchten, dass deutlich mehr Fälle nach Aktenlage beurteilt werden als dies vor der Pandemie der Fall war. Vor diesem Hintergrund wäre es aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE aufgrund der neuen tatsächlichen Lage detaillierter zu klären, wann eine „eindeutige Aktenlage“ anzunehmen ist. Denn auch wenn die „alte“ Regelung beibehalten wurde, kann die zwischenzeitliche Praxis dazu führen, dass dieser Begriff unangemessen extensiv ausgelegt wird.

Die Regelungen des § 18c Abs. 2 werden zwar seitens der BAG SELBSTHILFE begrüßt, allerdings noch ergänzungsbedürftig gehalten: Zum einen sollte das Gutachten in barrierefreier Form übersandt werden; zum anderen sollte § 18 c Abs.2 SGB XI RefE auch eine über die übliche Rechtsbehelfsbelehrung hinausgehende verständliche Belehrung des Antragsstellers über seine Widerspruchsmöglichkeit

vorsehen. Ferner sollte aufgenommen werden, dass in der Entscheidung ausführlich und für den Empfänger verständlich dargelegt wird, worauf sich die Entscheidung detailliert stützt (welche Arztunterlagen wurden herbeigezogen etc.).

Was die Erhöhung der Ausgleichsbetrages einer verspäteten Bearbeitung eines Antrages angeht, so wird diese begrüßt. Allerdings bleibt aus unserer Sicht unklar, ob dieses wirklich geeignet ist, derartige überlange Bearbeitungszeiten zu verhindern. Insoweit wird angeregt, das Bundesamt für soziale Sicherung damit zu beauftragen, zu klären, in welchem Umfang die gesetzlichen Vorgaben der Frist von den Pflegekassen eingehalten werden.

4. Dynamisierung der Leistungen (§ 30 SGB XI RefE)

Seit der letzten Erhöhung des Pflegegeldes 2017 sind die Verbraucherpreise bis heute um 17, 7 Prozent gestiegen; für den Bereich der Pflegesachleistungen und der stationären Pflege sind zudem tarifliche Erhöhungen dazu gekommen, die für zusätzliche Belastungen der Pflegebedürftigen sorgten, da diese auf die Eigenanteile oder die eigenfinanzierten Pflegeleistungen durchschlugen, wenn sie im Bereich der ambulanten Pflege überhaupt aufgefangen werden konnten. Auch wenn es im Laufe der letzten Jahre leichte Entlastungen insbesondere im Bereich der stationären Pflege gab, sind diese leider durch die erheblichen Kostensteigerungen infolge der Tarifentlohnung mehr als kompensiert worden. Betroffene berichten über enorme Kostensteigerungen von 500 € und mehr. Ähnliches wird von den Kostensteigerungen in der ambulanten Pflege rückgemeldet, wobei hier die Kostensteigerungen teilweise zu einer zusätzlichen Belastung der pflegenden Angehörigen sorgen, weil diese nicht mehr die gewohnten Leistungen einkaufen können bzw. diese auch nicht selbst finanzieren können.

Insgesamt ist eine Erhöhung von nur 5 Prozent ab 2023 nach der langen Zeit des Verzichts auf Erhöhungen und der hohen Inflation deutlich zu spät und zu niedrig bemessen. Zudem steht sie auch nicht im Einklang mit der Erhöhung der Leistungen der hauptamtlichen Pflege, die ja über die Eigenanteile im stationären Bereich bzw. durch erhöhte Eigenfinanzierung der Pflegesachleistungen im ambulanten Bereich derzeit größtenteils von der Gruppe der Pflegebedürftigen finanziert werden,

da die stattgefundenen Tarifierungen der Pflegekräfte wegen des fehlenden Sockel-Spitze-Tausches fast ausschließlich auf die Eigenanteile der Pflegebedürftigen durchschlagen bzw. im Bereich der ambulanten Pflege durch erhöhte Eigenbeteiligungen oder Verzicht auf Leistungen.

Auch im Koalitionsvertrag war eine regelhafte Dynamisierung des Pflegegeldes bereits ab 2022 vorgesehen; die Bundesregierung hatte eine Erhöhung des Pflegegeldes bereits 2020 um 5 Prozent für notwendig erachtet, die jedoch bis heute nicht umgesetzt wurde. Dies ist umso ärgerlicher, als diese Erhöhungsempfehlung vor dem Hintergrund einer relativ geringen Inflation erfolgte, die sich heute längst komplett anders darstellt.

Vor diesem Hintergrund ist es völlig unverständlich, dass die Leistungen zum 1.1.2024 nur um 5 Prozent erhöht werden sollen, wenn gleichzeitig die Inflation für diesen Zeitraum fast 18 Prozent beträgt und gleichzeitig auch noch Steigerungen hinzukommen, die auf der politisch gewollten Anpassung der Löhne der Pflegekräfte beruhen. Die BAG SELBSTHILFE fordert insoweit zeitnah eine Erhöhung um 18 Prozent, spätestens zum 1.7.2023.

Soweit eine Dynamisierung der Leistungen 2025 und 2028 in § 30 SGB XI-E angepasst an die „Kerninflationsrate“ vorgesehen ist, hält die BAG SELBSTHILFE eine jährliche Dynamisierung angepasst an Inflationsrate und auch tariflich bedingten Erhöhung der Pflegesachleistungen (gemischt) für sachgerechter; es steht zu befürchten, dass die Erhöhung der Kosten der Pflegesachleistungen angesichts des Pflegemangels in Zukunft deutlich über der Inflationsrate liegt, so dass hier eine Einbeziehung der realen Kosten dringend erforderlich ist.

Ferner wird eine jährliche Erhöhung für notwendig gehalten. Denn eine Dynamisierung in längeren Abständen hat für die Betroffenen zur Folge, dass sie den inflationsbedingten Wertverlust in den Jahren selbst kompensieren müssen, in denen keine Erhöhung erfolgt. Dies ist nicht sachgerecht und dürfte auch dazu führen, dass immer mehr Menschen auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sind. Zudem bildet eine „Kerninflationsrate“ weder vollständig die Steigerungen im Verbraucherbereich noch die voraussichtlich hohen Steigerungen der Pflegesachleistungen

ab. Ein Konzept für die Berechnung sollte aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE sehr zeitnah entwickelt werden.

5. Entlastungsbudget, weitere Änderungen zur Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege (§ 42a SGB XI RefE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die Verlängerung der Verhinderungspflege auf acht Wochen und damit eine Angleichung zur Kurzzeitpflege. Auch wird die Schaffung eines gemeinsamen Budgets für Kurzzeit- und Verhinderungspflege nach § 42 a SGB XI RefE positiv gesehen.

Die BAG SELBSTHILFE hält die im Entwurf normierten Regelungen jedoch nicht für ausreichend. Soweit weiterhin der administrative Aufwand auch im Hinblick auf die Leistungen der Verhinderungspflege unverändert bestehen bleibt und die Vorlage von Einzelnachweisen weiterhin gefordert wird, handelt es sich um eine anwender-unfreundliche Regelung, die zu einer zusätzlichen Belastung der Betroffenen und ihren pflegenden Angehörigen führt. Hier fordern wir die Reduktion von administrativem Aufwand und die Möglichkeit einer vollständigen flexiblen Gestaltung.

Ferner fordern wir eine deutliche Erhöhung des nach dem Entwurf genannten Höchstbetrages von 3386 Euro nach § 42 a SGB XI-E; die entsprechenden Beträge der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege sind ebenfalls seit 2017 nicht mehr erhöht worden, so dass das zum Pflegegeld und den Pflegesachleistungen gesagte auch hier gilt. Eine jährliche Anpassung sämtlicher Leistungen ist ferner festzusetzen.

Hinsichtlich der Verhinderungspflege bittet die BAG SELBSTHILFE um Prüfung, ob die summenmäßige Beschränkung der Aufwendungen für eine Ersatzpflegekraft nach § 39 Abs. 3 SGB XI-E gestrichen werden kann. Auch dann, wenn die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird, kann es für pflegende Angehörige hilfreich sein, wenn die vollen Aufwendungen bis zum Höchstbetrag nach § 42 a SGB XI-E getragen werden.

Ferner sollte bereits in § 39 SGB XI RefE und in § 42 a SGB XI RefE bzw. zumindest in der Gesetzesbegründung ausdrücklich normiert werden, dass der Anspruch auf

den Entlastungsbetrag nach § 45 b SGB XI davon unabhängig bestehen bleibt. Die derzeitige Formulierung in § 45 b SGB XI RefE könnte hier zu Missverständnissen einladen.

Zudem fordert die BAG SELBSTHILFE eine flexible Übertragung von nicht verbrauchten Leistungen.

6. Entlastung in der stationären Pflege (§ 43c SGB XI RefE)

Wie bereits dargestellt begrüßt die BAG SELBSTHILFE einerseits die Entlastungen von 5-10 Prozent in der stationären Pflege, hält diese jedoch angesichts der dramatisch steigenden Eigenanteile nicht für ausreichend. Aus ihrer Sicht muss zeitnah eine Pflegereform mit Sockel- Spitze- Tausch, Verpflichtung der Länder zur Zahlung (und Kontrolle) der Investitionskosten und eine stärkere Kontrolle der Kosten für Unterkunft und Verpflegung kommen; denn derzeit tragen die Betroffenen sowohl die tariflich gestiegenen Kosten als auch die erhöhten Energiepreise. Ferner scheint es auch in einigen Fällen Mitnahmeeffekte der Erhöhungen zu geben.

7. Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI RefE)

Die BAG SELBSTHILFE setzt sich dafür ein, dass die Anforderungen für die Angebote, für die der monatlichen Entlastungsbetrag von 125 € eingesetzt werden kann, niedrigschwellig bundeseinheitlich festgelegt werden. Derzeit gibt es enorme Unterschiede zwischen den Bundesländern mit der häufigen Folge, dass der Entlastungsbetrag nicht für nachbarschaftliche und ehrenamtliche Hilfsangebote eingesetzt wird, sondern dass sich Pflegedienste diesen Betrag abtreten lassen- ohne dass immer klar ist, welche Leistungen dafür erbracht werden. Denn nach wie vor fehlen in vielen Bundesländern die Angebote zur Entlastung bzw. werden zu hohe Anforderungen für die Umsetzung an die Dienste gestellt.

Ferner müsste auch dieser Beitrag nun endlich nach dem Prüfbericht der Bundesregierung von 2020 um mindestens 5 Prozent angepasst werden.

8. Beitragssatzerhöhung (§ 55 SGB XI RefE)

Die Erhöhung der Beiträge sieht die BAG SELBSTHILFE kritisch, zumal diese nicht dazu dient, die vorhandenen strukturellen Probleme der Pflegeversicherung dauerhaft zu lösen; die BAG SELBSTHILFE hält zudem die vorgesehene zukünftige Anpassung ohne parlamentarische Beteiligung für schwierig. Die Begründung, dass der Finanzbedarf ggf. kurzfristig zu decken ist, sollte nicht zu außerparlamentarischen Lösungen führen. Zusätzliche finanzielle Belastungen der Versicherten bedürfen der parlamentarischen Debatte und eines parlamentarischen Konsenses.

Insgesamt wäre zudem aus ihrer Sicht zur Abfederung der enormen Kostensteigerungen dringend ein höherer Steuerzuschuss vorzusehen. Dies gilt umso mehr, als hier mit diesem Gesetz (und vorangehenden Gesetzen) Strukturaufgaben wie etwa das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege auf die Sozialversicherungen verlagert werden, die eigentlich dem steuerlichen Bereich zuzuordnen sind.

Auch ein Ausgleich durch andere Sozialleistungsträger für Aufgaben, die die Pflegeversicherung wahrnimmt, sollte erfolgen, etwa die im Koalitionsvertrag versprochene Erstattung der Behandlungspflege.

9. Übersicht über die bisherigen Leistungen (§ 108 SGB XI RefE)

Die BAG SELBSTHILFE sieht es sehr positiv, dass die Betroffenen in Zukunft eine Übersicht über die von den Pflegebedürftigen in der Vergangenheit bezogenen Leistungen und deren Kosten von den Pflegekassen künftig einmal je Kalenderhalbjahr übersandt erhalten. Sie hat allerdings noch zwei Punkte, die aufzunehmen wären:

- Zum einen ist in der derzeitigen Regelung enthalten, dass die Übersicht nur auf Wunsch zu übersenden ist; hier würden wir eine automatische Übersendung für sinnvoll halten - mit der Möglichkeit zu widersprechen. Andernfalls besteht das Risiko, dass viele Betroffene dies mangels Kenntnis nicht wahrnehmen werden.

- Zum anderen würde die BAG SELBSTHILFE es auch befürworten, wenn der Restanspruch - etwa nach § 42a - in der Übersicht aufgeführt werden müsste, da dies die Planung für die Betroffenen erleichtern würde.

10. Qualitätsausschuss (§ 113b SGB XI RefE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt nachdrücklich, dass nunmehr eine Stabsstelle für die Verbände nach § 118 SGB XI beim Qualitätsausschuss geschaffen werden soll - wie sie auch im Gemeinsamen Bundesausschuss besteht. Zu Recht verweist die Gesetzesbegründung darauf, dass die Komplexität der verschiedenen Aufgaben und Arbeitsgruppen im Qualitätsausschuss personeller Unterstützung der Verbände nach § 118 SGB XI, wie sie ja auch im Gemeinsamen Bundesausschuss bereits seit 2008 - angesichts der Größe des GBA in deutlich größerem Umfang - zur Verfügung steht.

Auch die zu schaffende Transparenz durch die Öffentlichkeit der Plenumsitzungen ist ausdrücklich zu begrüßen. Sie entspricht aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE den allgemeinen Transparenzanforderungen, wie sie ja auch für den Gemeinsamen Bundesausschuss gelten; zu Recht muss diese Transparenz hinsichtlich der gesellschaftlich wichtigen Diskussionen zur Pflege gelten. Die Pflegebedürftigenvertretung hatte sich in Vergangenheit für eine stärkere Transparenz des Gremiums eingesetzt, war damals jedoch nicht durchgedrungen.

11. Förderbudget für Modellvorhaben (§ 123 SGB XI RefE)

Das vorgesehene Förderbudget mit einer Pflichtbeteiligung von Ländern und Kommunen mit zusammen 50 Prozent geht leider aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE an der finanziellen Wirklichkeit vieler Kommunen und auch der Länder vorbei. Bisher wurden zudem mit Kofinanzierungen eher schwierige Erfahrungen gemacht.

Um möglichst sinnvolle und für die Umsetzung in den pflegerischen Alltag aussichtsreiche Projekte zu fördern, sollte es nicht darauf ankommen, wo das Projekt ggf. umgesetzt werden sollte, sondern ob ausreichende Aussicht auf Erfolg besteht. In diesem Sinne plädieren wir dafür, Ausnahmen für die finanzielle Beteiligung von

Bundesländern und Kommunen bei exzellent bewerteten Projekten vorzusehen. Ziel des Gesetzes sollte nicht die Zementierung von Ungleichheiten der Förderlandschaften sein, sondern eine möglichst an der wirksamen Umsetzung orientierte Förderung hervorragender Projekte.

Begrüßt wird hingegen die Beteiligung der Verbände der Pflegebedürftigen nach § 118 SGB XI an dem Prozess der Erstellung der Empfehlungen, allerdings erschöpft sich auch dies nach der derzeitigen Fassung nur auf eine Anhörungsbeteiligung; hier sollten die Maßgaben jedoch an die grundsätzlich vorgesehene Beratungsbeteiligung des § 17 und 118 SGB XI orientieren.

12. Kompetenzzentrum Pflege und Digitalisierung (§ 125b SGB XI RefE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die Errichtung eines Kompetenzzentrum zwar, kann es aber nicht nachvollziehen, dass die Verbände der Pflegebedürftigen hier offenbar nicht beteiligt werden sollen. Denn gerade im Bereich der Pflege sind die Betroffenen faktisch ebenso Kostenträger wie die Pflegekassen; gleichzeitig sind sie dabei darauf angewiesen, dass die Prozesse der Digitalisierung so ablaufen, dass sie für eine Erhöhung der Transparenz der Kosten und Leistungen führen und nicht zu einer Verschleierung. Vor diesem Hintergrund sind aus ihrer Sicht die Verbände nach § 118 sowohl bei der Errichtung des Kompetenzzentrums als auch im Beirat mitberatend zu beteiligen; im Gesundheitsbereich ist die Patientenvertretung im Übrigen auch im Beirat der Gematik vertreten, so dass es auch insoweit eine Entsprechung geben sollte.

13. Pflegeunterstützungsgeld (§ 2 PflegeZG)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt, dass nunmehr das Pflegeunterstützungsgeld je pflegebedürftigem nahen Angehörigen nicht mehr - wie bisher - nur einmal für bis zu zehn Arbeitstage gewährt wird. Es sollte jedoch geprüft werden, ob nicht auch eine die Anpassung des Pflegezeitgesetzes auf eine längere Dauer möglich ist, da in der Praxis 10 Tage häufig nicht ausreichend sind.

Die Änderung nimmt die BAG SELBSTHILFE zudem zum Anlass, die Umsetzung der im Koalitionsvertrag vorgesehene Lohnersatzleistung anzumahnen.

Düsseldorf/ Berlin 06.03.2023



Bundesinteressenvertretung für alte
und pflegebetroffene Menschen e.V.

Stellungnahme

**der Bundesinteressenvertretung für alte und
pflegebetroffene Menschen (BIVA-Pflegeschutzbund) e.V.**

zum

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

BIVA-Pflegeschutzbund e.V.
Siebenmorgenweg 6-8
53229 Bonn
Tel.: 0228-909048-0
E-Mail: info@biva.de

Bonn, den 06.03.2023

Vorbemerkungen / Grundsätzliches

Der BIVA-Pflegeschatzbund bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme. Aufgrund der Kürze der Zeit haben wir uns auf unser Hauptbetätigungsfeld im Bereich des SGB XI allgemein konzentriert.

Der vorliegende Entwurf geht nicht weit genug

Vorweg möchten wir betonen, dass die mit dem Entwurf zum Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz vorzunehmenden Weiterentwicklungen keine dauerhafte Lösung für das Problem der Finanzierung der Pflege bringen und die Betroffenenvertreter mit einer gewissen Enttäuschung zurücklassen. Angesichts der Probleme, die mit der demografischen Entwicklung auf unser Land zukommen, kann es nicht die Lösung sein, Betroffene noch stärker zu belasten als ohnehin.

Pflege ist ein gesamtgesellschaftliches Problem und muss auch als solches behandelt und finanziert werden. Eine weitere „Pflegereform light“ kann höchstens einen gewissen Aufschub bieten, aber keine Probleme grundlegend lösen. Es bedarf daher umfassender Strukturveränderungen: Die Pflegeversicherung muss endlich hin zu einer Vollversicherung mit Umkehrung der Leistungslogik reformiert werden, dergestalt, dass die Eigenanteile dauerhaft gedeckelt und die Leistungen der Pflegeversicherung dem Versorgungsbedarf entsprechend dynamisch angepasst werden („Sockel-Spitze-Tausch“).

Die Anhebung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung trifft wieder nur einen bestimmten Personenkreis, mag dieser auch sehr groß sein. Durch das nach wie vor bestehende System der Aufgliederung der Krankenversicherung, der die Pflegeversicherung folgt, und die Nicht-Einbeziehung aller Einkommensarten wird das gesamtgesellschaftliche Problem der Pflegebedürftigkeit anders bei einer Bürgerversicherung nicht solidarisch von der gesamten Gesellschaft getragen.

Hinzu kommt, dass reine Geldzuwendungen in die Pflegeversicherung zwar kurzfristig Abhilfe schaffen mögen, aber langfristig das System weitere Finanzmittel benötigen wird, wenn keine grundsätzliche Neuordnung der Pflege stattfindet. Hier bedarf es grundsätzlicher Neustrukturierungen, auch im Hinblick auf die Verantwortung der Kommunen.

Generelle Bewertung des vorliegenden Entwurfs

Die Anhebung von Pflegegeld und Pflegesachleistungen um jeweils 5 Prozentpunkte 2024 und 2025 ist vom Grunde her zu begrüßen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass diese Steigerung sehr kurzfristig aufgrund allgemeiner Kostensteigerungen wieder aufgebraucht sein wird. Das Gleiche gilt für die Anhebung der Zuschüsse zu den Eigenanteilen der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege. Grundsätzlich begrüßen wir diese weitere Entlastung, es kann aber bei der Entgeltentwicklung der letzten Jahre lediglich eine kurzfristige sein. Mit dem

Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) wurden die Einrichtungen verpflichtet, seit September 2022 Pflegekräfte nach Tarif bzw. angelehnt an Tarife zu bezahlen. Auswirkungen der stark gestiegenen Löhne sind ebenso stark gestiegene Eigenanteile. Um dies aufzufangen, wäre mehr notwendig gewesen als eine zweifache Anhebung um 5 Prozent, etwa eine dynamische Anpassung an die aktuelle Lohnentwicklung der Pflegekräfte. Darüber hinaus bleibt es bei dem Prinzip, dass die Pflegebetroffenen das finanzielle Risiko der pflegerischen Versorgung tragen, obwohl sie keinerlei Einfluss auf die Preisentwicklung haben. Ein Sockel-Spitze-Tausch würde hier Abhilfe schaffen und das Risiko für die Betroffenen kalkulierbar machen.

Hinsichtlich der geplanten Dynamisierung der Geld- und Sachleistungen in Anlehnung an die Preisentwicklung bis 2028 stellt sich die Frage, was danach geschieht. Das System wird fortlaufend Verteuerungen erfahren, im Verhältnis bleibt es bei der hohen Belastung. Die sinkende Zahl an Beitragszahlern steht der immer noch sehr hohen Anzahl der Bezieher von Leistungen gegenüber. Damit wird allenfalls ein Aufschieben des Problems bewirkt, aber keine Abhilfe geschaffen.

In der stationären Dauerpflege tragen noch immer die Pflegebedürftigen die Ausbildungskosten. Auch wenn hier eine gewisse Solidarisierung insofern stattgefunden hat, dass alle Betroffenen an den Ausbildungskosten beteiligt werden und nicht nur die, in deren Heimen ausgebildet wird, so tragen doch immer noch die bereits belasteten Pflegebedürftigen die Kosten der Ausbildung und nicht die Gesamtgesellschaft. Die Ausbildungskosten müssen daher anderweitig finanziert werden.

Ähnliches gilt für die Rentenversicherungsbeiträge der pflegenden Angehörigen. Diese werden aus dem Budget der Pflegeversicherung bestritten, obwohl mit der Versorgung Pflegebedürftiger eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe übernommen wird. Wären diese Beiträge steuerbasiert, würde dies zu einer Entlastung der Pflegeversicherung führen.

Das neugeschaffene Förderbudget für Modellprojekte wird begrüßt. Wichtig ist hier, dass es Praktiken gibt, die erprobten Modelle dann auch in die Fläche zu bringen, da andernfalls zu befürchten ist, dass zwar Modellprojekte entstehen, diese aber einmalige Modelle bleiben. Hier bedarf es einer fortlaufenden Evaluierung hinsichtlich der Tauglichkeit und Umsetzungspotentiale auch in anderen Regionen.

Auch die Förderung der Digitalisierung ist ein Schritt in die richtige Richtung. Hier müsste man zur Etablierung aber nach diesseitiger Sicht noch weiterdenken und das Thema bereits in die Ausbildungsinhalte mit aufnehmen.

Auch die Informationsportale für freie Versorgungskapazitäten sind hilfreich, allerdings muss auch hier das Zusammenwirken mit den Ländern noch stärker forciert werden, indem beispielsweise die Landesrahmenverträge Verpflichtungen enthalten, Pflegebedürftige auch zu versorgen. Noch immer werden

Pflegeverhältnisse nicht eingegangen oder beendet, weil es den Pflegeeinrichtungen über die marktwirtschaftlichen Strukturen ermöglicht wird, die Kunden auszusuchen. Eine entsprechende sanktionierbare Verpflichtung zur Versorgung wäre im Sinne der Verbraucherinnen hilfreich.

Die Neuregelungen zur Transparenz werden ausdrücklich begrüßt.

Im Einzelnen

§ 7d Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten

Die Einführung dieser Regelung ist gut und zweckmäßig im Sinne der Transparenz für die Versicherten. Eine regelmäßige Evaluierung wäre hier sinnvoll, insbesondere hinsichtlich der Aktualität. Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Einführung des Portals nicht die Pflegeberatung nach §§ 7 ff SGB XI an sich ersetzt, sodass nicht technikaffine Betroffene Leistungseinbußen erfahren. Die gewünschten Informationen müssen für diesen Personenkreis auch analog verfügbar sein.

§ 18 Abs. 3 Satz 5

Diese Regelung führt in der Praxis immer wieder dazu, dass Versicherte zu lange auf eine Begutachtung warten müssen. Dies, obwohl sie selbst gar keinen Einfluss oder auch nur eine Kontaktaufnahmemöglichkeit haben. Versicherte können sich allenfalls an ihre Pflegekasse wenden, die dann wiederum auf den Medizinischen Dienst verweist. Insofern wäre hier ein Handlungsoption erforderlich, auch wenn die Ursache der Verzögerung nicht aus der Sphäre der Pflegekasse stammt.

Das Vorgesagte gilt auch für § 18c Abs. 5 Satz 2.

§ 113b Abs. 6

Die Einrichtung einer Referentenstelle zur Unterstützung der nach § 118 maßgeblichen Interessenvertretungen wird ausdrücklich begrüßt. Nach wie vor fehlt es aber an einer vollumfänglichen Beteiligung der Interessenvertretungen durch ein gleichberechtigtes Stimmrecht. Gerade in diesem Gremium, in dem die Grundfragen von Pflegequalität – Definition, Messung und Veröffentlichung für die Verbraucherinnen und Verbraucher – festgelegt werden, müssen die Organisationen der Betroffenen nicht wie bislang nur beratend, sondern stimmberechtigt vertreten sein. Der BIVA-Pflegeschatzbund fordert, die maßgeblichen Interessenvertretungen der Pflegebedürftigen und des Verbraucherschutzes stimmberechtigt am Qualitätsausschuss zu beteiligen.

§ 123 Abs. 5

Die Beschränkung der Modellvorhaben auf fünf Jahre und der Ausschluss einer Weiterförderung sind zu kurz gedacht, wenn die Pflege tatsächlich in den Kommunen weiterentwickelt werden soll. Die Modellvorhaben zur kommunalen Beratung nach §§ 123, 24 geltende Fassung sind bereits an den Voraussetzungen gescheitert, sodass nicht davon ausgegangen werden kann, dass alle Kommunen und Länder sich hier entsprechend beteiligen.

Stellungnahme
des
Bundesverbandes Ambulante Dienste und
Stationäre Einrichtungen e.V.
zum
Referentenentwurf eines
Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege
(Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz - PUEG)
Bearbeitungsstand vom 20.02.2023

Vorbemerkung/ Allgemeines:

Der bad e.V. sieht im Hinblick auf die Änderung des SGB XI erheblichen Handlungsbedarf. Die vielfältigen wirtschaftlichen Belastungen, die in der jüngeren Vergangenheit sowohl die Pflegebedürftigen, als auch die Pflegeeinrichtungen getroffen haben, sind nicht bzw. nicht adäquat kompensiert worden, was die pflegerische Versorgung und die Infrastruktur an pflegerischen Angeboten sowie die Existenz der bislang vorhandenen Pflegeeinrichtungen akut bedroht. Der vorliegende Entwurf eines PUEG vermittelt den Eindruck, dass die Bundesregierung die Wichtigkeit und das Ausmaß des dringenden Gesetzesänderungsbedarfs nicht verstanden hat. Mit Besorgnis stellen wir fest, dass der vorliegende Entwurf stattdessen an vielen Stellen Themen aufgreift und neue Strukturen schaffen will, die unbedeutend oder allenfalls von geringer Bedeutung für die vom SGB XI Betroffenen sind. Für die Erreichung des ausdrücklich formulierte Ziels des PUEG, eine nachhaltige „Verbesserung der Situation in der Pflege“ vornehmen und „insbesondere die häusliche Pflege“ zu „stärken“, sind die Inhalte des Entwurf vollkommen unzureichend. Das unter Punkt B. ausgegebene Ziel, mittels des PUEG „Pflegekräfte in der erforderlichen Anzahl und mit der erforderlichen Qualifikation zu gewinnen und zu halten“, wird mit den Regelungen der Entwurfsfassung jedoch leider absehbar nicht zu erreichen sein. Hierfür bedarf es ergänzender und deutlich umfassenderer Regelungen in erheblichem Ausmaß.

Es bedarf aber vor allem in einem ersten Schritt zunächst einer effektiven Sicherung, Stärkung und vor allem auch einer Weiterentwicklung der bislang vorhandenen Strukturen und Anpassung im Hinblick auf die Tariftreuregelung und die dazu gesetzgeberisch vorgesehenen, aber nicht oder nur rudimentär verwirklichten Finanzierungsregelungen.

Zum einen muss – wie angestrebt - eine ausreichende Finanzierung der Pflegeversicherung sichergestellt sein. Die geplante Beitragsanhebung trägt dem Rechnung und wird insofern vom bad e.V. mitgetragen.

Ebenso muss aber auch eine ausreichende Versorgung der Versicherten und eine eben solche Wirtschaftlichkeit ambulanter Pflegeeinrichtungen sichergestellt werden. Dies ist erforderlich, um das vorhandene Pflegeleistungsniveau und die in demographisch eindeutig absehbar zunehmendem Maße dringend benötigte ambulante Pflege-Infrastruktur nicht zu gefährden. Der bad e.V. hält hierzu insbesondere die sofortige Anpassung der Pflege-Sachleistungsbeträge an die gestiegenen und weiter steigenden Kosten für dringend geboten und längst überfällig.

Dieses ist aus Sicht des bad e.V. mit einer nur 5%-igen Steigerung der Pflege-Sachleistungsbeträge nach § 36 SGB XI, die erst zum 01.01.2024 erfolgen soll, nicht zu erreichen. Dies gilt umso mehr, als dass die ambulanten Pflegeeinrichtungen und mit ihnen die ambulant versorgten Versicherten unter hohen Kostensteigerungen leiden.

Stellungnahme des bad e.V.

Die Personal- und Sachkosten sind zuletzt insbesondere durch die Tariftreuepflicht und die anhaltende Inflation exorbitant gestiegen. Hinzukommen unter anderem die bis dato nicht ausgeglichene Kostenlast für Pflegebedürftige, die infolge der Refinanzierung der generalistischen Pflegeausbildung eingetreten sind und prospektiv zunehmen werden.

Summarisch und länderübergreifend sind die Kosten allein in den vergangenen drei Jahren um weit mehr als 25% gestiegen. Die nunmehr avisierte „Kompensation“ um weitere 5% bleibt damit deutlich hinter der tatsächlichen Kostenentwicklung und Erwartungen zurück. Aus unserer Sicht besteht zudem die konkrete Gefahr, dass dies für viele ambulante Pflegeeinrichtungen, aber auch für viele pflegebedürftige Menschen zu spät kommen würde. Diese Sicht wird durch die deutlich gestiegene Insolvenzantragsquote seit Einführung der Tariftreue gegenüber dem vorherigen Stand sehr deutlich. Aber die Bundesregierung selbst geht davon aus, dass mit der Tariftreue Gehaltssteigerungen um bis zu 30 Prozent erfolgen. Hinzu kommt eine Inflationsrate von 8,7 % im Jahr 2022 und zu erwarten auch in 2023, sodass die Steigerung der Pflegesachleistungen noch nicht einmal geeignet ist, die allgemeine Teuerungsrate auszugleichen, geschweige denn auch nur annähernd einen Teil der gestiegenen Personalkosten zu refinanzieren. Dies widerspricht dem Sinn und Zweck des § 82c SGB XI, der die Refinanzierung gestiegener Personalkosten vorschreibt. Das ist aber, da ansonsten die angefragten Leistungen verringert werden, nur durch eine adäquate Erhöhung der Sachleistungsbeträge denkbar. Ein Satz von 5% kann unter keinen Umständen ausreichend sein.

Hier sieht der bad e.V. deshalb – neben durchaus befürwortenswerten Regelungen im Übrigen – den größten Handlungsbedarf bei der Abänderung des vorliegenden Referentenentwurfs.

Die in dem vorliegenden Referentenentwurf angedachten Änderungen greifen unseres Erachtens bereits zu kurz, um die aktuellen Defizite vollständig auszugleichen.

Darüber hinaus enthält der Referentenentwurf keine Ansätze, die auf eine langfristige Verbesserung aller Versorgungsbereiche schließen lässt. Dabei wäre es dringend geboten die bereits bestehenden professionellen Strukturen im Bereich der Tages- und Nachtpflege, der Verhinderungspflege aber auch der Entlastungsleistungen auszubauen, um pflegenden Angehörige unmittelbar zu entlasten.

So bleibt das Themenfeld „teilstationäre Versorgung (§ 41)“ auch in dieser Reform unerwähnt. Weder ist eine Erhöhung der teilstationären Sachleistungsbeträge vorgesehen noch werden Maßnahmen vorgeschlagen, die zu einer Reduzierung der vom Gast zu tragenden Eigenanteil in der Tages- und Nachtpflege führen.

Die fehlende Anpassung der Sachleistungsbeträge und die zeitgleich Steigenden Vergütungen führt somit in zahlreichen Fällen zu dem Ergebnis, dass die angebotenen Leistungen nur noch in einem geringen Umfang in Anspruch genommen werden. Tatsache ist, dass die Auslastungsquoten insbesondere in Tagespflege abnehmen. Vorhandene Versorgungs-Ressourcen bleiben somit ungenutzt.

Ebenfalls angezeigt wäre eine grundsätzliche Erhöhung der Leistungsbeträge der Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) sowie des Entlastungsbetrages nach § 45b SGB XI.

Stellungnahme des bad e.V.

Im Folgenden wird auf die im Entwurf vorgesehenen Regelungen im Einzelnen eingegangen, wobei sich diese Stellungnahme weitgehend auf diejenigen inhaltlichen Punkte fokussieren wird, in denen der bad e.V. Handlungs- bzw. Abänderungsbedarf sieht.

I. Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu Artikel 1 – SGB V:

- § 132a

Aus Sicht des bad e.V. ist es notwendig, im § 132a Absatz 4 Satz 7 SGB V eine Ergänzung hinsichtlich der Bezahlung von Gehältern auf tariflichem/tarifähnlichem Niveau vorzunehmen. Entsprechend der gesetzlichen Neuregelungen in § 72 Absätze 3a, 3b SGB XI sollte hier eine Harmonisierung der Gesetzbücher des SGB V sowie des SGB XI erfolgen, nicht zuletzt um es beispielsweise Einrichtungen der außerklinischen Intensivpflege, welche über eine Zulassung nach dem SGB XI verfügen und demnach der tariflichen Vergütungspflicht unterliegen, zu ermöglichen die verbindlich einzuhaltenden Personalkosten adäquat und mit einer gesetzlichen Grundlage refinanzieren zu können. Gegenwärtig sind hier insbesondere die Löhne nach den regional üblichen Entgelten nicht (immer) von der Norm des § 132a Absatz 4 Satz 7 SGB V erfasst, was die Einrichtungen bei den (Stundensatz-) Verhandlungen mit den Krankenkassen vor große Hürden stellt. Dies gefährdet aktuell unnötig die Wirtschaftlichkeit der betroffenen Einrichtungen.

Aus diesem Grund schlägt der bad e.V. folgende Formulierung für den § 132a Absatz 4 Satz 7 SGB V vor:

*„Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen **sowie die Zahlung von Entlohnungsbestandteilen nach § 72 Absatz 3b Satz 2 Nummer 1 bis 6 SGB XI für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen,** kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.“*

- § 341

Die Einfügung von § 341 **Absatz 8** wird grundsätzlich befürwortet, weil der bad e.V. die Einführung der elektronischen Patientenakte und den Anschluss an die Telematikinfrastruktur befürwortet und ausdrücklich unterstützt. Die Verpflichtung aus **Satz 1** („Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch haben bis zum 1. Juli 2024 alle Voraussetzungen zu erfüllen, um den Zugriff auf die elektronischen Patientenakte und den Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 306 umzusetzen.“) wird deshalb dem Grunde nach

Stellungnahme des bad e.V.

mitgetragen. Allerdings muss auch dabei die Notwendigkeit der Refinanzierung beachtet werden. § 105 Abs. 2 S. 3 f. SGB XI (n. F. nach dem KHPfIEG) trägt dem zwar insoweit Rechnung, als die Beachtung der wesentlichen Unterschiede erforderlich sein soll. Dies wird indes konterkariert durch die weiterhin vorgesehene Anbindung an die Bundesmantelverträge (§ 105 Abs. 2 S. 2 SGB XI n. F. nach KHPfIEG), die genau diesem Unterschied der Gesundheitseinrichtungen gerade nicht Rechnung trägt. Während in einer Arztpraxis oft nur ein eHBA ausgehändigt werden darf, da nur eine berechnigte Person in der Praxis anwesend ist, wird rahmenvertraglich in allen Ländern der Vorhalt von Pflegefachkräften und damit eHBA-Berechnigten in vielfachem Umfang vorgeschrieben, sodass die Strukturen nicht vergleichbar sind.

Zu berücksichtigen ist jedoch, dass nicht „alle Voraussetzungen“ im Einflussbereich der Pflegeeinrichtungen liegen. Es ist durchaus denkbar, dass die Einrichtungsträger die in ihrem Einflussbereich liegenden Voraussetzungen erfüllen, der Zugriff auf die elektronischen Patientenakte und der Anschluss an die Telematikinfrastruktur zum 1. Juli 2024 jedoch an externen Faktoren scheitert. Die Vergangenheit hat – z. B. beim eRezept und dem BeVaP - gezeigt, dass es zu allgemeinen Verzögerungen in der Einführung neuer Strukturen kommen kann. Hieraus sollte der Gesetzgeber die Konsequenz ziehen und sprachlich im Entwurf klarstellen, dass sich die Pflicht der Pflegeeinrichtungen in Satz 1 auf die „in ihrem Einflussbereich liegenden Voraussetzungen“ beschränkt.

Zu Artikel 2 – SGB XI:

- zu Ziffer 4 – hier § 7d

Grundsätzlich ist es im Interesse aller Betroffenen, die Transparenz von (tatsächlich verfügbaren) Pflegeangeboten zu erhöhen. Auch vor diesem Hintergrund wäre eine Verpflichtung zur Schaffung eines gemeinsamen Informationsportals zu begrüßen.

Allerdings verkennt der Gesetzgeber auch an dieser Stelle die eigentlichen Probleme in der Pflege. Statt sich den dringenden aktuellen Herausforderungen – Fachkräftemangel und Abfederung der steigenden Preise von Pflegeleistungen – zu widmen, wird ein neues „Bürokratiemonster“ für Pflegeeinrichtungen geschaffen, dessen tatsächlicher Mehrwert mehr als fraglich ist. Insbesondere in Zeiten der Coronapandemie waren Pflegeeinrichtungen „gebeutelt“ durch das Führen tagesaktueller Listen. Auch wenn der Sinn dieser Listen außer Frage stand, hat sich gezeigt, dass die Pflegeeinrichtungen in immer stärkerem Maße dazu verpflichtet werden, die begrenzten Zeitpotenziale ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für nicht umsatzrelevante Tätigkeiten einzusetzen und dadurch immer weniger Zeit bleibt die Erbringung von Pflege. Dies gefährdet die Wirtschaftlichkeit und schmälert die Attraktivität der beruflichen Tätigkeit. Man kann auch nicht davon ausgehen, dass durch das Abklingen der pandemischen Lage die täglichen bürokratischen, unternehmerischen und pflegerischen Anforderungen unmittelbar geringer werden.

Stellungnahme des bad e.V.

Denn Pflegeeinrichtungen fehlt schlichtweg das Personal, um „nebenbei“ ein Meldewesen tagesaktuell und gewissenhaft zu pflegen.

Die Tagesaktualität der Meldungen von stationären Pflegeeinrichtungen und die Wochenaktualität der Meldungen von ambulanten Pflegeeinrichtungen gemäß **Absatz 4 Satz 2** („Die in Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 genannten stationären Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, dem Informationsportal ab dem 1. Oktober 2024 tagesaktuell die Angaben zu den bei ihnen frei verfügbaren Kapazitäten (Plätze) zu übermitteln, für ambulante Pflegeeinrichtungen gilt eine wochenaktuelle Meldefrist frei verfügbarer Kapazitäten (Plätze und Angebote, einschließlich gesondert ausgewiesenen Hilfen bei der Haushaltsführung“) verlangt den Pflegeeinrichtungen erneut einen unangemessenen bürokratischen Mehraufwand ab.

Die vorgesehene Meldepflicht erscheint darüber hinaus auch deshalb unverhältnismäßig, weil für Interessenten in der Praxis vorwiegend das „Ob“ freier Pflegeangebote relevant sein wird und nicht die Anzahl an freien Plätzen, die ggf. über den eigenen Bedarf hinaus geht. Die Angabe der Anzahl freier Plätze kann zudem durch den – hinreichend bekannten – Mangel an Pflege(fach)kräften bedingt und beabsichtigt sein und würde die Aspekte rechtskonformen Handelns der Pflegeeinrichtungen nicht Rechnung tragen. Denn die Angabe vieler freier Plätze könnte sich als geschäftsschädigend darstellen, was zudem einen erheblichen Eingriff in die Berufsfreiheit darstellt und erheblichen Bedenken im Hinblick auf die grundrechtlich geschützte Berufsfreiheit begegnet.

Der bad e. V. findet es in Gänze unangemessen die Pflegeeinrichtungen mit weiteren, strengen, bürokratischen Verpflichtungen zu belasten und nicht einmal finanzielle Ressourcen zur Pflege der portalbedingten Mehrkosten bzw. des protalbedingten Mehraufwands in den Einrichtungen zur Verfügung zu stellen. Würden in den Pflegeeinrichtungen ausreichende personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen für weitere bürokratische Verpflichtungen zur Verfügung stehen, wäre die Einführung eines solchen Informationsportals sicherlich diskutabel, obwohl man argumentieren kann, dass es wohl gerade dann auch entbehrlich wäre. In der aktuellen Personal- und Kosten-Situation, in der freie Stellen mangels Bewerber nicht besetzt werden können, in der vermehrte Insolvenzen von Pflegeeinrichtungen und ein zumindest lokaler Kollaps der ambulanten pflegerischen Versorgung zu befürchten ist, sind Verpflichtungen zu zusätzlichen, pflegefremden Tätigkeiten abzulehnen. Mehr Transparenz in der Pflege hilft im Übrigen leider niemandem, wenn weder Personal da ist, um die erforderliche professionelle Pflege zu übernehmen, noch genug Geld im System ist, damit sich die Versicherten eine bedürfnis- und bedarfsgerechte Pflege leisten zu können. Neue Informationsstrukturen zu schaffen, die den arbeitsmarktbedingten Mangel an Pflegeangeboten dokumentieren, ohne diesen Missstand akut und nachhaltig auch inhaltlich anzugehen, würde eine gänzlich verfehlte Priorisierung darstellen.

Darüber hinaus möchte der bad e. V. darauf hinweisen, dass es bereits in einigen Bundesländern, wie z.B. NRW, solche Portale auf Landesebene für Pflegeheimplätze gibt. Diese entpuppten sich bislang in der Praxis aber bereits als nicht

Stellungnahme des bad e.V.

wirklich hilfreich für die Verbraucher, weil sie oftmals nicht die tatsächlich aktuelle Situation widerspiegeln. Die pflegerische Versorgung ist so schnelllebig geworden, dass es in der Praxis fortlaufend zu ständigen Veränderungen der Belegung kommen kann. Das ist praktisch nicht abbildbar. Gemeldete Kapazitäten sind so schnell wieder vergriffen, dass es zu weiteren, abzulehnenden Anfragen kommen würde, die die Arbeitskapazität der Pflegeeinrichtung zusätzlich binden würden. Dies ist weder nennenswert hilfreich, noch ist es den Pflegeeinrichtungen aus Sicht des bad e. V. zuzumuten.

Wenn der Gesetzgeber dennoch von dieser verfehlten Neuregelung festhalten sollte, fordert der bad e. V. hilfsweise zumindest die Änderung der Regelungen wie folgt:

Es sollte davon Abstand genommen werden, Pflegeeinrichtungen gemäß Absatz 3 Satz 1 zur Abgabe von Meldungen rechtsverbindlich zu verpflichten („Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Einrichtungen und Anbieter sind nach Aufnahme in das Informationsportal verpflichtet, Änderungen ihrer dort veröffentlichten Informationen unverzüglich an das Informationsportal zu übermitteln“). Dort, wo die freien Kapazitäten lange genug bestehen, dass sich eine Meldung lohnen würde, ist eine Verpflichtung zur Meldung nicht erforderlich. Vielmehr ist darauf zu vertrauen, dass Pflegeeinrichtungen im Sinne der Kundenakquise auch ohne gesetzlichen Zwang aktiv werden würden.

Sollte dagegen an der gesetzlichen Verpflichtung zur Meldung festgehalten werden, ist unbedingt eine ausdrücklich eine praxistaugliche Regelung zum Stellenumfang für die Portalpflege der Pflegeeinrichtungen sowie zur Refinanzierungsverpflichtung dieses Stellenumfangs zu treffen. Eine Verschlechterung der Wirtschaftlichkeit aufgrund unzureichender (und – wenn überhaupt – dann verzögerter) Kostenberücksichtigung wäre andernfalls vorprogrammiert.

Außerdem sollte in diesem Fall über die Möglichkeit der Einführung eines „Ampelsystems“ anstatt einer konkreten Meldung von Kapazitäten nachgedacht werden. Dies würde denselben Effekt haben, würde die Einrichtungen aber weniger bürokratisch fordern.

Zudem fordert der bad e. V. im Falle der Beibehaltung der Meldepflicht, dass Pflegeeinrichtungen entgegen **Absatz 5 Satz 1** („Für die Übermittlung der Daten nach Absatz 4 Satz 2 sind ausschließlich elektronische Verfahren zu nutzen“) ausdrücklich das Recht eingeräumt wird, in begründeten Ausnahmefällen auch *analoge* Meldungen vorzunehmen, wenn *elektronische* Meldungen von den Portallbetreibern (noch) nicht empfangen bzw. verarbeitet werden können.

Aus unserer Sicht genügt – im Falle der Beibehaltung der Pläne zur Schaffung des Portals - die festgelegte Berichterstattung gemäß **Absatz 6** nicht. Vielmehr muss eine regelmäßige Bewertung der Inhalte dahingehend erfolgen, dass pflegerisch strukturschwache Regionen – mit wenig bis keinen freien Pflegeangeboten – identifiziert werden, um hier gezielt gegensteuern zu können. Die Informationen sollten insofern von Anfang genutzt werden, um zu ermitteln, in welchen Regionen ein wirtschaftlich attraktiveres Umfeld für Pflegeeinrichtungen geschaffen werden

Stellungnahme des bad e.V.

muss, um die (demographiebedingt steigende) Nachfrage nach Pflegeangeboten zumindest mittelbar angemessen befriedigen zu können.

- zu Ziffer 5 – hier § 8

Der bad e.V. begrüßt ausdrücklich die Digitalisierung im Bereich der Pflege und insofern auch die Förderung digitaler Anwendungen gemäß **Absatz 8 Satz 1** („Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird ein einmaliger Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um digitale Anwendungen, insbesondere zur Entlastung der Pflegekräfte, zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowie für eine stärkere Beteiligung der Pflegebedürftigen zu fördern“). Als richtig und wichtig sehen wir hierbei an, u.a. die Entlastung von Pflegekräften durch die digitalen Anwendungen ausdrücklich durch den Gesetzeswortlaut anzustreben. Digitale Anwendungen können und müssen dazu beitragen, die Pflegeberufe attraktiver zu machen. Allerdings muss dies, um Wirkung entfalten zu können, auch mit einem funktionierenden und medienbruchfreien Digitalisierungsangebot einhergehen. Daran fehlt es.

Der bad e.V. begrüßt auch, dass Beispiele für förderfähige Tatbestände ausdrücklich genannt und auch die Förderfähigkeit der Kosten von sachlich relevanten Schulungen, Aus-, Fort- und Weiterbildungen ausdrücklich klargestellt wird in **Satz 2 und 3** („Förderfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen, die beispielsweise die Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur, Investitionen in die IT- und Cybersicherheit, das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren und die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen unterstützen. Förderfähig sind auch die Aus-, Fort- und Weiterbildungen zu digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften in der Langzeitpflege“).

- zu Ziffer 15 – hier § 30

Der bad e.V. fordert einen Paradigmenwechsel. Anerkannt wird, dass der Gesetzgeber der Notwendigkeit weiterer Steigerungen der Pflege-Sachleistungen für das Jahr 2025 und 2028 Rechnung trägt in **Satz 1** („Die im Vierten Kapitel dieses Buches genannten, ab 1. Januar 2024 geltenden Leistungsbeträge steigen zum 1. Januar 2025 um 5 Prozent und zum 1. Januar 2028 in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen, nicht jedoch stärker als der Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum“).

Stellungnahme des bad e.V.

Diese Steigerungen können jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass sie den derzeit sehr akuten Steigerungsbedarf, der durch die vorgesehene Änderung in § 36 nur unzureichend gedeckt wird (siehe unsere Ausführungen unter § 36), nicht zu kompensieren vermögen.

Der Gesetzgeber sieht die Dynamisierung als einen reinen Mechanismus zur Kompensation der Inflation an. Die explosionsartig gestiegenen und weiterhin steigenden Personalkosten im Bereich der Pflege, die sich auf die Pflegevergütungen entsprechend auswirken müssen, bleiben dabei vollkommen unberücksichtigt.

Dies hat regelmäßig zur Folge, dass die Dynamisierung gemäß § 30 jeweils zu spät auf Kostensteigerungen reagiert, die sich zum Zeitpunkt der Dynamisierung der Beträge teilweise bereits seit Jahren auswirken. Statt eine Dynamisierung im Rückblick vorzunehmen, die regelmäßig unzureichend ist, sollte die Dynamisierung prospektiv die Kostensteigerungen antizipieren und aufgrund fachlich fundierter Prognosen die Leistungsansprüche zu dem Zeitpunkt erhöhen, zu dem die Kostensteigerungen entstehen und die Versicherten wirtschaftlich belasten.

- zu Ziffer 27 – hier § 75

Absatz 1:

Die Veröffentlichung der Landesrahmenverträge seitens der Landesverbände der Pflegekassen wird als positive Erweiterung der Transparenz, nicht zuletzt zugunsten des Versichertenkreises, angesehen. Bereits heute stellen einige Landesverbände bzw. Pflegekassen die aktuellen Vertragsdokumente in entsprechenden Online-Portalen zur Verfügung. Da dies jedoch nicht in allen Bundesländern erfolgt, wird die Ergänzung zu § 75 Absatz 1 SGB XI hier für eine verbesserte Informationsbeschaffung sorgen.

Absatz 2 Satz 1 Nummer 11:

Diesbezüglich regt der bad e.V. an, auf die Regelung nach **§ 82c Absatz 4 SGB XI** Bezug zu nehmen, da in diesem die Richtlinien zum Verfahren nach den Absätzen 1 bis 3 und 5 des § 82c SGB XI beschrieben werden.

- zu Ziffer 32 – hier § 113 Abs. 1 Satz 3

Der bad e.V. befürwortet ganz ausdrücklich die Klarstellung in **Satz 3** („Die Anforderungen sind so zu gestalten, dass die Pflegedokumentation in der Regel vollständig in elektronischer Form erfolgen kann“). Die Digitalisierung im Bereich der Pflege ist u.a. im Sinne der Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe weiter voranzutreiben. Sie kann und sollte dazu beitragen, die notwendige und fachlich sinnvolle Pflegedokumentation unbürokratischer und mit geringerem Zeitaufwand

Stellungnahme des bad e.V.

zu ermöglichen. Allerdings muss auch hier, wie oben dargestellt, eine durchgehende Digitalisierung erfolgen, die eine medienbruchfreie und damit sachgerechte und komfortable Dokumentation möglich macht. Hieran fehlt es bisher.

- zu Ziffer 34 – hier § 113b

Der bad e.V. hat im Grundsatz nichts dagegen einzuwenden, die Arbeit des Qualitätsausschusses Pflege transparenter zu gestalten. Um dies zu tun, reicht nach dieser Auffassung die Einführung einer Pflicht zur Veröffentlichung der Protokolle von beschlussfassenden Sitzungen jedoch vollkommen aus.

Die vorgesehene Regelung in **Satz 1** („Die beschlussfassenden Sitzungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses sind in der Regel öffentlich und werden zeitgleich als Live-Video-Übertragung im Internet angeboten sowie in einer Mediathek zum späteren Abruf verfügbar gehalten“) unterstellt zu Unrecht eine Tiefe im öffentlichen Interesse, die so nicht vorhanden ist. Sie erschwert die Arbeit des Qualitätsausschusses dahingehend, dass die Zuschauer, die die Hintergründe der täglichen Arbeit der Ausschussteilnehmer nicht kennen, jeweils zunächst auf einen Wissensstand gebracht werden müssen, aufgrund dessen sie die Erörterung der Tagesordnungspunkte nachvollziehen können. Dies macht die Sitzungen des Qualitätsausschusses aufwendiger und langwieriger. Gleichzeitig erschwert es die bewährte Durchführung von Sitzungen in digitalen Videokonferenzformaten, da die bisherigen Gastgeber der Sitzungen häufig nicht über die notwendige technische Infrastruktur verfügen werden, um den neuen gesetzlichen Anforderungen entsprechen zu können.

Schließlich leben die Sitzungen nicht selten von kontroversen Diskussionen und letztendlich der Erzielung von Kompromissen nach zähem inhaltlichen Ringen, bei denen „offene Worte“ der Kompromissfindung dienlich sind, die nicht immer im Vorfeld auf ihre innerverbandliche Zustimmung überprüft worden sind. In öffentlichen Sitzungen droht insofern ein förmlicher, aber zur Erzielung von Einigungen auch weniger zielführenderer Umgang der Ausschussmitglieder miteinander.

Letztlich sei darauf hingewiesen, dass das Filmen, Aufzeichnen und stetig Bereitstellen der Aufzeichnungen in dieser Weise anderen im SGB XI vorgesehenen Gremien aus den o.g. Gründen ganz bewusst nicht abverlangt wird. Ein sachlicher Grund für eine derartige Ungleichbehandlung ist nicht gerechtfertigt. Dem (bislang geringen) öffentliche Interesse an der Arbeit des Qualitätsausschusses wäre durch eine Veröffentlichung der Protokolle ausreichend Rechnung getragen.

Stellungnahme des bad e.V.

- zu Ziffer 35 – hier § 113c

§ 113c Absatz 3 Satz 1 Nr.2 SGB XI:

Der bad e.V. begrüßt die Anpassungen in diesem Bereich der Personalbemessung ausdrücklich. Dadurch erhalten die Einrichtungen einen deutlich größeren Spielraum, um die Voraussetzungen zu erfüllen. Die Rothgang-Studie hat festgestellt, dass eine fünfstellige Anzahl an Helfer- und Assistenzkräften in vollstationären Pflegeeinrichtungen fehlen wird. Alle Vorgaben zur Personalbemessung machen aber praktisch nur dann Sinn, wenn es auch Möglichkeiten gibt, die Anforderungen einzuhalten.

Mit der Novellierung des § 113 SGB XI trägt der Gesetzgeber diesem Umstand Rechnung. Auch wenn dadurch das Kernproblem des Personalmangels nicht gelöst wird, so schafft es dennoch Flexibilität und nimmt den Einrichtungen den Druck, auf dem ohnehin schon angespannten Stellenmarkt, weiter Personal zu akquirieren und Menschen von einer Pflegeausbildung begeistern zu müssen.

§ 113c Absatz 5 Satz 1 Nr. 3 letzter Satz SGB XI:

Für diesen Passus muss eine Klarstellung erfolgen. Aktuell widerspricht der letzte Satz von Absatz 5 Satz 1 Nr. 3 den Regelungen der Zulassungs-Richtlinien gemäß § 72 Absätze 3a und 3b SGB XI. Dort wird ausdrücklich festgelegt, dass die Einordnung in eine Qualifikationsgruppe aufgrund Qualifikation und nicht der vertraglich vereinbarten Tätigkeit erfolgt.

Insofern müssen die Vorgaben des § 72 Absatz 3b SGB XI mit denen des § 113c Absatz 5 Satz 1 Nr. 3 SGB XI harmonisiert werden. Das Abstellen auf die vertraglich vereinbarte Tätigkeit ist wünschenswert und würde in der Praxis zu Vereinfachungen führen. Aus diesem Grund spricht sich der bad e. V. dafür aus, den Entwurf des § 113c Absatz 5 Satz 1 Nr. 3 letzter Satz SGB XI umzusetzen und die Zulassungs-Richtlinien anzupassen. Dies gilt umso mehr, als dass kein Grund besteht, diesen Grundsatz nur in der vollstationären Pflege umzusetzen. Er sollte vielmehr unabhängig von der Versorgungsform gelten.

In diesem Zusammenhang ist aber sicherzustellen, wie mit aktuell zugeordneten Mitarbeitern nach Qualifikation zu verfahren ist. Hier ist ein Bestandsschutz zwingend gesetzlich zu regeln.

- zu Ziffer 37 – hier § 114c

Der bad e.V. befürwortet ganz ausdrücklich die Steigerung der Verbindlichkeit einer Prüfrhythmusanpassung gemäß **Satz 1** und die Klarstellung zur Transparenz der Anpassung gemäß **Satz 2** („Die Landesverbände der Pflegekassen informieren die betroffenen Einrichtungen entsprechend den Maßgaben eines vom

Stellungnahme des bad e.V.

Spitzenverband Bund der Pflegekassen festgelegten bundeseinheitlichen Informationsverfahrens über die Verlängerung des Prüfrhythmus“).

- zu Ziffer 39 – hier § 123

Der bad e.V. befürwortet ausdrücklich die vorgesehene Förderung von regional-spezifischen Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier. Die Situation der Pflegebedürftigen und deren Pflegepersonen zu erleichtern sowie Transparenz zu schaffen und den Zugang zu den vorhandenen Hilfsmöglichkeiten zu verbessern ist ein wichtiges Anliegen, um ambulante pflegerische Versorgung zu sichern und weiterzuentwickeln.

- zu Ziffer 40 – hier § 125b

Der bad e.V. begrüßt die Schaffung eines – wie die Vergangenheit deutlich zeigt längst überfälligen – „Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege“ und ist gemäß Absatz 5 gerne zur Mitwirkung im Beirat zur Begleitung der Arbeit des Kompetenzzentrums bereit.

Zu Artikel 3 – SGB XI:

- zu Ziffer 5 – hier § 36

Der bad e.V. begrüßt, dass durch die Änderungen die häusliche Pflege gestärkt werden soll. Jedoch ist die geplante Anhebung der Pflege-Sachleistungsbeträge um nur 5% nicht ausreichend.

Bei den entlastenden Gesetzesänderungen der jüngeren Vergangenheit, die sich auf den stationären Bereich beschränkt haben (siehe z.B. § 154 SGB XI und § 43c SGB XI), ist die ambulante Pflege zu Unrecht regelmäßig vernachlässigt worden. Hieraus resultiert nunmehr eine wirtschaftlich überaus angespannte Situation in der ambulanten Pflege, da die Pflegeeinrichtungen hier in den letzten Jahren u.a. durch vielfältige Kostensteigerungen belastet worden sind. Die hohe Inflation traf ambulante Pflegeeinrichtungen ganz direkt (insbesondere im Bereich der Treibstoff- und Energiekosten), aber auch mittelbar durch den Verlust an Kaufkraft bei ihren Kundinnen und Kunden. Letztere mussten immer häufiger aus wirtschaftlichen Gründen von der berechtigten Inanspruchnahme von Pflegeleistungen Abstand nehmen, die sie zuvor noch als „Selbstzahler“ übernehmen konnten. Letzteres geschah vor dem Hintergrund, dass der Pflege-Sachleistungsanspruch nach § 36 SGB XI bereits vor den jüngsten Kostensteigerungen schon regelmäßig nicht zur Deckung des pflegerischen Bedarfs ausgereicht hat und insofern alle zusätzlichen Kostensteigerungen im Bereich der ambulanten Pflegeleistungen unkompensiert

Stellungnahme des bad e.V.

auf die selbstzahlenden Versicherten durchgeschlagen hat. Neben der Inflation schlugen hier besonders stark die Kostensteigerungen zu Buche, die infolge der sog. „Tariftreuepflicht“ nach § 72 SGB XI erfolgt sind, da diese die Personalkosten der ambulanten Pflegeeinrichtungen enorm haben ansteigen lassen. Selbst dort, wo zur Refinanzierung im Bereich des SGB XI adäquate Preissteigerungen mit den Pflegekassen vereinbart werden konnten, was längst nicht in jedem Bundesland gelang, sind regelmäßig ausreichende Kostenkompensationen ausgeblieben, weil ein erheblicher Anteil von Pflegekunden aus wirtschaftlichen Gründen auf benötigte Pflegeleistungen verzichten musste. Verantwortlich hierfür ist insbesondere auch, dass den gestiegenen Kosten für Pflege ein in der Höhe gleichbleibender Anspruch auf Pflege-Sachleistungen gegenüberstand. Ambulant versorgte Versicherte sind somit faktisch oft gezwungen gewesen, weniger Pflegeleistungen in Anspruch zu nehmen, als sie benötigen. Dies ist eine unzumutbare Härte für die pflegebedürftigen Menschen und gleichzeitig führte dies zu Umsatzrückgängen bei den Pflegeeinrichtungen, die deren wirtschaftliches Arbeiten gefährden. Vor diesem Hintergrund war insbesondere eine Erhöhung der Pflegesachleistungen dringend erwartet worden und ist auch zur Durchsetzung des Sinns und Zwecks des § 82c SGB XI zwingend geboten. Anderenfalls ist durch die bestehenden Fachkraftquoten fehlende personelle Reaktion auf ausbleibende Leistungsanfragen nicht aufzufangen.

Steigerungen der Sachleistungsbeträge des § 36 SGB XI von nur 5% vermögen die realen Kostensteigerungen nicht ausreichend zu kompensieren. Der bad e.V. fordert, die prozentuale Steigerung der Pflege-Sachleistungen aus den prozentualen Kostensteigerungen aus dem Bereich der Inflation und der durchschnittlichen Personalkostensteigerungen im Bereich der Pflege abzuleiten, da sich Letztere letztendlich entsprechend auf die Vergütung der Pflegeleistungen auswirken werden, soweit sie es noch nicht bereits getan haben.

Ferner verweise wir auf unsere Ausführungen zu § 30.

- zu Ziffer 6 – hier § 37

Der bad e.V. erachtet das Pflegegeld als eine nicht annähernd ausreichend qualitätsgesicherte Leistung der Pflegeversicherung, die in der Praxis für der Pflegeversicherung sachfremde Zwecke genutzt bzw. zweckentfremdet werden kann, insbesondere auch um finanzielle Defizite in anderen privaten Lebensbereichen zu kompensieren, ohne dass die Qualität der pflegerischen Versorgung sichergestellt ist. Der bad e.V. plädiert vor diesem Hintergrund – wie bereits bei früheren Gesetzesänderungen – für eine Abschaffung des Pflegegeldes und eine Konzentration der Leistungen der Pflegeversicherung auf qualitätsgesicherte Leistungen.

Sofern der Forderung nach einer Abschaffung des Pflegegeldes nicht erfüllt werden sollte, schlägt der bad e.V. hilfsweise den Beibehalt der aktuellen Leistungsbeträge des Pflegegeldes vor. Die Erhöhung der aktuellen Sätze des Pflegegeldes führt, entgegen der Ausführungen in der Gesetzesbegründung, gerade nicht zu einer Stärkung der häuslichen Pflege oder zu einer Kompensation der gestiegenen

Stellungnahme des bad e.V.

Kosten in den zurückliegenden Jahren. Dies ist, wie ebenfalls in der Gesetzesbegründung ausgeführt, zwar für die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI, insbesondere aufgrund der tariflichen Vergütungspflicht, zutreffend. Für den Bezug von Pflegegeld wird jedoch in den allermeisten Fällen gerade kein professioneller Dienstleister mit der Leistungsdurchführung beauftragt, so dass die zu § 36 SGB XI getroffenen Erwägungen für das Pflegegeld nicht zutreffend sind. Denn zumeist werden die pflegerischen Leistungen beim Bezug von Pflegegeld von Angehörigen, dem Lebenspartner oder sonstigen ehrenamtlichen Pflegepersonen durchgeführt, so dass hier finanzielle Anreize zu keiner besseren Versorgung des Versicherten führen würden.

Hinsichtlich der Beratungen nach § 37 Abs. 3 S. 2 SGB XI sollte die Befristung bis einschließlich Juni 2024, in Bezug auf die Möglichkeit der pflegebedürftigen Person jede zweite Beratung per Videokonferenz wahrzunehmen, aufgehoben werden.

- zu Ziffer 10 – hier § 42a

Der bad e.V. befürwortet im Grundsatz die Einführung eines gemeinsamen Jahresbetrags für die verhinderungspflege und die Kurzzeitpflege. Hierdurch werden die Leistungen der Pflegeversicherung flexibilisiert und der Lebenswirklichkeit der Versicherten angepasst.

Dagegen nicht angepasst wurde die Höhe des Leistungsanspruchs in **Absatz 1** („*Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 haben Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege nach Maßgabe des § 39 sowie Leistungen der Kurzzeitpflege nach Maßgabe des § 42 in Höhe eines Gesamtleistungsbetrages von insgesamt bis zu 3 386 Euro je Kalenderjahr (Gemeinsamer Jahresbetrag)*“). Hier hätte angesichts der zuvor bereits dargelegten Kostensteigerungen eine Erhöhung des Leistungsbetrags geregelt werden müssen, damit es bei der Inanspruchnahme von Leistungen nicht zu einer faktischen Absenkung kommt.

Die Einführung der gesetzlichen Anzeigepflichten in **Absatz 2** („*Werden Leistungen der Verhinderungspflege durch Pflegeeinrichtungen erbracht, haben diese der Pflegekasse des Pflegebedürftigen die Leistungserbringung und deren Umfang spätestens bis zum Ende des auf den Monat der Leistungserbringung folgenden Kalendermonats anzuzeigen. Werden Leistungen der Kurzzeitpflege erbracht und wird deren Abrechnung gegenüber der Pflegekasse des Pflegebedürftigen nicht bis zum Ende des auf den Monat der Leistungserbringung folgenden Kalendermonats vorgenommen, ist durch den Leistungserbringer bis zum Ablauf dieses Zeitraums die Leistungserbringung und deren Umfang gegenüber der Pflegekasse anzuzeigen*“) wird abgelehnt. Die Begrenzung der Leistungen auf den im Gesetz geregelten Höchstbetrag wahren die berechtigten Interessen der Kostenträger in ausreichendem Maße.

Ferner werden die bürokratischen Verpflichtungen diesseits als unangemessen angesehen, die vorgesehen sind in **Absatz 3** („*Erbringen Pflegeeinrichtungen Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege oder der Kurzzeitpflege, haben die*

Stellungnahme des bad e.V.

Pflegeeinrichtungen den Pflegebedürftigen im Anschluss an die Leistungserbringung unverzüglich eine schriftliche Übersicht über die dafür angefallenen Aufwendungen zu übermitteln oder auszuhändigen; auf der Übersicht ist deutlich erkennbar auszuweisen, welcher Betrag davon zur Abrechnung über den Gemeinsamen Jahresbetrag vorgesehen ist. Die Übersicht kann mit Zustimmung des Pflegebedürftigen auch in Textform übermittelt werden. Sofern es sich bei den Leistungserbringenden nicht um natürliche Personen handelt, finden die Sätze 1 und 2 auf andere Erbringer von Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege oder der Kurzzeitpflege entsprechende Anwendung“).

Der bad e.V. befürwortet Transparenz, allerdings ist diese in umfassendem Maße unbürokratischer zu erreichen, als im Entwurf vorgesehen. Die Schriftform ist hierfür z.B. entbehrlich. Eine Textform genügt unabhängig von der Zustimmung des Leistungsempfängers. Auch gibt es keine Notwendigkeit, von einer Aufstellung im (Zeit-)Rahmen üblicher Rechnungsstellungen abzurücken. So wie der Entwurf es formuliert, muss der Leistungserbringer dem Leistungsempfänger auch bei regelmäßig wiederkehrenden Leistungen täglich eine Aufstellung vorlegen, was gänzlich unverhältnismäßig erscheint, zumal die Absprache, welche Leistungen erbracht und über welche Leistung der Pflegeversicherung sie abgerechnet werden sollen, in der Praxis regelmäßig vor der Leistungserbringung zwischen den Vertragsparteien geregelt wird und insofern von Anfang an transparent ist. Ein Bedarf an zeitnaher zusätzlicher Transparenz wäre deshalb aus unserer Sicht allenfalls gegeben, wenn von den im Vorfeld geklärten Vorgehen abgewichen werden soll. Die gesetzliche Regelung sollte insofern den Grundsätzen des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes angepasst werden.

- zu Ziffer 15 – hier § 43c

Der bad e.V. befürwortet die vorgesehenen Steigerungen der Prozentsätze in **Satz 1 bis 4**. Hiermit können steigenden Kosten für die Versicherten zumindest teilweise kompensiert werden. Allerdings ist die Aufteilung der Quoten im Hinblick auf die durchschnittlichen Verweildauern nicht sachgerecht. Die Verweildauer der zweiten Stufe wird nur von einem geringen Teil der Bewohnenden erreicht. Die weiteren Quoten werden demzufolge von kaum einem Teil der Bewohnenden erreicht werden können. Eine deutlichere Anhebung im Bereich der kürzeren Laufzeiten zu Lasten der längeren Laufzeiten ist daher angemessen.

Mit Blick auf die durchschnittlichen Versorgungszeiten in vollstationären Pflegeeinrichtungen sollte jedoch insbesondere die Entlastung der Pflegebedürftigen, die bis einschließlich zwölf Monate Leistungen nach § 43 SGB XI beziehen, deutlich höher ausfallen muss, nämlich mindestens 25%.

Darüber hinaus halten wir es für angezeigt, eine derartige Kostenentlastung auch für ambulantisierete Wohnformen („ambulant betreute Wohngemeinschaften“, „Betreutes Wohnen“) vorzusehen. So sollte auch in Versorgungsstrukturen, die im Rahmen der ambulanten Versorgung eine umfassende pflegerische Versorgung sicherstellen, Entlastungsmöglichkeiten für die Nutzerinnen und Nutzer geschaffen

Stellungnahme des bad e.V.

werden. Es ist aus unserer Sicht nicht tragbar, dass die Entscheidung für die eine- und gegen die andere Versorgungsform aus monetären Gründen getroffen wird.

Zu Artikel 4 – Inkrafttreten:

Der bad e.V. fordert das Inkrafttreten von Artikel 3 zum 01. Juli 2023.

Es ist sachlich nicht gerechtfertigt, hinsichtlich der Regelungen in Artikel 3 ein anderes Datum für das Inkrafttreten der Regelungen vorzusehen, als es für Artikel 2 der Fall ist.

Insbesondere dürfen die Anhebungen der Leistungen und hier vor allem die Steigerung der ambulanten Pflege-Sachleistungen nicht weiter verzögert und auf den 01.01.2024 verschoben werden. Dies wäre angesichts der nun schon seit Monaten deutlich gestiegenen Kosten, die es unverzüglich zu kompensieren gilt, unangemessen. Die beschriebenen Mehrkosten gefährden ansonsten die pflegerische Versorgung der Versicherten, aber auch die Wirtschaftlichkeit ambulanter Pflegeeinrichtungen (siehe hierzu auch unsere Ausführungen zu § 36).



Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) vom 20.02.2023

Berlin, den 06.03.2023

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen e.V. (BKSB) hält eine umfassende Reform der Pflegeversicherung unabdingbar, um die Pflege sowohl in finanzieller als auch qualitativer Sicht bestmöglich aufzustellen. Die mit dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege vorgelegten Änderungen sind zu wenig, um eine grundlegende Reform des Pflegeversicherungsrecht herbeizuführen.

Es werden zwar einige wichtige Bestimmungen des Elften Sozialgesetzbuches angepasst, dennoch bleibt der Entwurf weit hinter den Erwartungen einer grundlegenden Strukturreform als auch den Versprechungen aus dem Koalitionsvertrag zurück. Zum wiederholten Male gehen die finanziellen Auswirkungen zu Lasten der Beitragszahlenden und Pflegenden selbst sowie die Komplexität und Bürokratie werden wesentlich erhöht.

Notwendig ist ein Diskussionsprozess mit den Ländern und Verbänden, um Versorgungsbedarf, Finanzierbarkeit und Qualität in Einklang zu bringen. Mit Änderungsgesetzen, die sich auf punktuelle Anpassungen beschränken und mit kurzen Fristen eine effektive Beteiligung unmöglich machen, gelingt keine nachhaltige Reform.

Es bedarf dringend, wie im Koalitionsvertrag vereinbart, der Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen und der pandemiebedingten Zusatzkosten aus Steuermitteln. Auch muss die Ausbildungskostenumlage aus den Eigenanteilen herausgenommen sowie die Behandlungspflege endlich der Krankenversicherung zugeordnet werden.

Ungeachtet dieser grundsätzlichen Bedenken nimmt der BKSB in einer ersten Einschätzung zum Referentenentwurf wie folgt Stellung:



Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuches

Zu § 341 SGB V

Die verstärkte Nutzung der Telematikinfrastuktur für eine schnelle und sichere Kommunikation zwischen den Beteiligten im Gesundheitswesen wird sehr befürwortet. Eine verpflichtende Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastuktur bis zum 01.07.2024 wird allerdings realistischerweise nicht umsetzbar sein. Zum einen können viele IT-Dienstleister aktuell den vielen Aufträgen nicht nachkommen, zum anderen brauchen die Einrichtungen eine angemessene Zeit, um ihre Infrastruktur und Organisationsstruktur entsprechend anzupassen. Die Frist muss daher mindestens bis zum 31.12.2024 verlängert werden.

§ 341 Abs. 8 Satz 1 SGB V RE ist daher wie folgt zu fassen:

*„Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch haben bis zum ~~01. Juli~~ **31. Dezember** 2024 alle Voraussetzungen zu erfüllen, um den Zugriff auf die elektronische Patientenakte und den Anschluss an die Telematikinfrastuktur nach § 306 umzusetzen.“*

Eine Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastuktur ist auch nur dann umsetzbar, wenn die Pflegeeinrichtungen angemessen finanziell unterstützt werden und die technischen Voraussetzungen gegeben sind.

Artikel 2 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuches

Zu § 7d SGB XI Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten

Der Aufbau eines elektronischen Informationsportal zur Unterstützung bei der Suche nach freien Plätzen und Angeboten wohnortnaher ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen sowie flankierender Unterstützungs- und Beratungsangebote auf bundesweiter Ebene ist aus Sicht des BKS B wenig zielführend. Vielmehr sollte in die Pflegeberatung vor Ort investiert werden und die Arbeit der Pflegestützpunkte regional gefördert werden. Angesichts der vielerorts sehr angespannten Personalsituation ist die Meldung von freien Plätzen wenig aussichtsreich. In einigen Bundesländern gibt es bereits entsprechend implementierte Informationsportale zu Pflege- und Betreuungsangeboten, welche die angestrebten Ziele vorwiegend jedoch nicht erreicht konnten.



Zu § 8 SGB XI Gemeinsame Verantwortung

Es ist zu begrüßen, dass das bestehende Förderprogramm für digitale und technische Anschaffungen in Pflegeeinrichtungen um weitere Fördertatbestände ausgeweitet und entfristet werden soll. Die meisten Pflegeeinrichtungen haben das Budget bereits ausgeschöpft und sind dennoch nicht hinreichend ausgestattet, um sich erfolgreich an die Telematikinfrasturktur anzubinden. Daher ist das derzeit zur Verfügung stehende Budget hinreichend aufzustocken. Nur so kann die Digitalisierung in der Pflege erfolgreich umgesetzt werden.

Wie bei den Krankenhäusern bedarf es – im Zusammenwirken mit den Ländern - eines gesonderten Investitionsprogrammes.

Zu § 18 bis 18e SGB XI Verfahren zu Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Berichtspflichten

Das neu strukturierte Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Berichtspflichten mag nun übersichtlicher und adressatengerechter aufbereitet sein, löst aber nicht die eigentlichen Probleme mit dem Medizinischen Dienst vor Ort.

Insbesondere ist in § 18c SGB XI RE eine gesetzliche Klarstellung dahingehend erforderlich, dass Verzögerungen, die der Medizinische Dienst oder andere von der Pflegekasse beauftragte Gutachter und Gutachterinnen zu vertreten haben, der Pflegekasse zuzurechnen sind.

Zu § 30 SGB XI Dynamisierung

Die automatische Dynamisierung und Anhebung der Geld- und Sachleistungen sind zu begrüßen. Es bedarf jedoch zwingend einer jährlichen Dynamisierung der Leistungsbeträge und einer Anhebung entsprechend der Preisentwicklung.

§ 30 SGB XI RE ist daher wie folgt zu fassen:

*„Die im Vierten Kapitel dieses Buches genannten, ab 1. Januar 2024 geltenden Leistungsbeträge steigen zum 1. Januar ~~2025~~ **2024 jährlich um 5 Prozent** und zum ~~1. Januar 2028~~ in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen, nicht jedoch stärker als der Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum. Die neuen Leistungsbeträge werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Bundesanzeiger bekannt gemacht.“*



Zu § 55 SGB XI Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung

Wie einleitend dargelegt bedarf es einer grundlegenden Strukturreform der Pflegeversicherung und nicht einer regelmäßigen Beitragserhöhung, die zudem keine Entspannung der finanziellen Situation der Pflegeversicherung herbeiführen wird.

Vor diesem Hintergrund und insbesondere aufgrund verfassungsrechtlicher Bedenken ist die mit dem Entwurf eingebrachte Verordnungsermächtigung für die Bundesregierung strikt abzulehnen.

Zu § 113 a SGB XI Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

Die vollständige Aufhebung der gesetzlich verbindlichen Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege ist zu begrüßen, da das formale Anerkennungsverfahren im Qualitätsausschuss ins Leere lief und auch nicht erforderlich ist. Die Aufhebung stärkt die Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Pflegeeinrichtungen. Pflegeeinrichtungen sind ohnehin gesetzlich verpflichtet, nach dem anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu pflegen. Die Qualität der Pflege ist auf Grundlage pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse zu Expertenstandards insbesondere im Rahmen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements zu verankern.

Mit der geplanten Aufhebung des § 113a SGB XI ist jedoch eine grundlegende Überarbeitung der Prüfroutine des Medizinischen Dienstes (und auf Länderebene der Heimaufsicht) erforderlich.

Grundlegend ist zum elften Kapitel des SGB XI, Qualitätssicherung, Sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen Folgendes zu ergänzen:

Den Pflegeeinrichtungen muss für die Sicherung der Qualität mehr Organisationsfreiheit gegeben werden. Insbesondere die Vorschriften sowie die Heimgesetze der Länder bedürfen dahingehend dringend einer Überarbeitung. Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet ein Versorgungskonzept vorzulegen, das nur bei offensichtlicher Ungeeignetheit abgelehnt werden sollte.

Die Kontrolle und Beratung von Pflegeheimen, die vom Medizinischen Dienst geprüft werden, dürfen nur noch auf Antrag des Pflegeheimträgers oder bei Vorliegen eines konkreten Anlasses (z. B. Beschwerde eines Bewohners) bzw. begründeten Verdacht erfolgen. Zudem sollte zwingend die Kontrolle von der Beratung getrennt werden.



Entscheidend sind die (subjektive) Zufriedenheit der Bewohner/innen und die (objektive) materielle Versorgungsqualität, nicht (formale) Struktur und Abläufe. Anforderungen an Strukturen und Abläufe dürfen nur dann gestellt werden, wenn die Ergebnisqualität nicht gegeben ist.

Im vorgelegten Referentenentwurf bleibt leider der Misstand der sog. Leiharbeit in der Pflege unerwähnt. Leiharbeit gefährdet die Qualität in der Pflege und muss daher entweder über eine entsprechende Zulassungsregelung im SGB XI (§ 72 Abs. 3) oder mit einer Änderung des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes verboten werden. Leiharbeit gefährdet funktionierende Pflegeteams und schafft eine Zwei-Klassen-Gesellschaft der Pflegenden. Und schließlich führen die enormen Kosten für Leiharbeitskräfte zu einem immensen Anstieg der Heimentgelte.

Zu § 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Die vorgelegten Anpassungen zur Ermöglichung einer besseren Umsetzung der bundeseinheitlichen Personalanhaltswerte sind sehr zu begrüßen. Insbesondere die Regelungen zum Pflegehilfskraftpersonal sind dringend erforderlich gewesen. Der BKSb fordert darüber hinaus eine größtmögliche Flexibilität bei der Anerkennung von Berufsabschlüssen. Die Gewinnung von Personal aus dem Ausland muss dringend erleichtert und entbürokratisiert werden.

Zudem sind die im Koalitionsvertrag vereinbarten bundeseinheitlichen Berufsgesetze für die Pflegeassistenten möglichst zeitnah umzusetzen. Dabei ist auch die Einführung einer Zwischenprüfung im Rahmen der Pflegefachkraftausbildung zur Anerkennung als Pflegehilfskraft zu regeln. In diesem Zusammenhang ist auch ein dringender Appell an die Bundesagentur für Arbeit zur umfangreichen Förderung der einjährigen Ausbildung zu richten.

Der Bundesgesetzgeber muss darüber hinaus verbindlich anordnen, dass für SGB-XI-Pflegeheime ordnungsrechtliche Personalregelungen der Länder nicht gelten („Bundesrecht bricht Landesrecht“, Art. 31 GG). In der Anlage zu den Bundesempfehlungen wurde diese Notwendigkeit bereits betont.



Zu § 123 SGB XI Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier

Das neu geschaffene Förderbudget für Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier, um die Situation von Pflegebedürftigen zu erleichtern, mehr Transparenz zu schaffen und den Zugang zu vorhandenen Hilfemöglichkeiten zu verbessern ist zu begrüßen, auch wenn eine Anpassung des § 72 SGB XI im Sinne einer grundlegenden Strukturreform wesentlich zielführender wäre. Mit der Förderung von den in § 123 SGB XI angedachten Modellvorhaben können auch sektorenverbindende Gesamtversorgungs-/Quartierskonzepte gezielt nach vorne gebracht werden. Gesamtversorgungs-/Quartierskonzepte sind dafür prädestiniert, Sektorenverbindungen, auch in Übertragung auf den ländlichen Bereich, beispielhaft voranzubringen.

Insbesondere sind auch Seniorenpolitische Gesamtkonzepte bzw. Pflegebedarfspläne in kommunaler Trägerschaft verstärkt zu fördern. Die Kommunen sollten lokale und regionale Altenhilfepläne erstellen, so dass für die gesamte Bevölkerung eine große Bandbreite an Unterstützung im Alter garantiert wird.

Diese verbindliche Planung muss aber einhergehen mit der Wiedereinführung der Investitionsförderung. Die staatliche Finanzierung von Investitionen ist wieder dauerhaft und mit einem ausreichenden und bedarfsgerechten Haushaltsansatz wieder einzuführen. Die Länder sind bei Investitionskostenförderung in die Pflicht zu nehmen. Hierfür muss der Bundesgesetzgeber eine verbindliche Rechtsgrundlage schaffen.

Zu § 125b SGB XI Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

Die befristete Errichtung eines Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege zur Identifizierung und Verbreitung der Potentiale zur Verbesserung und Stärkung der pflegerischen Versorgung sowohl für die Betroffenen als auch die Pflegenden ist aus Sicht des BKS B abzulehnen. Vielmehr sollte auf bereits bestehende Modellprojekte zurückgegriffen und die Synergieeffekte genutzt werden.

Der Förderung von Pflegepraxiszentren vor Ort ist dabei ein wesentlicher Aspekt.



Artikel 3 Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuches

Zu § 39 Verhinderungspflege

Die Verbesserungen des § 39 SGB XI im Zusammenhang mit der Einführung des gemeinsamen Jahresbetrags sind positiv zu bewerten. Zum einen der Verzicht auf die Vorpflegezeit von mindestens sechs Monaten, zum anderen die Verlängerung der möglichen Dauer der Leistung von sechs auf acht Wochen.

Zu § 42a SGB XI Gemeinsamer Jahresbetrag

Die Einführung eines gemeinsamen Jahresbetrags ist grundsätzlich zu begrüßen und war längst überfällig. Es bedarf jedoch nicht nur einer Zusammenführung der Beträge, sondern auch einer Erhöhung der Beträge. Mit der Umsetzung der (unmittelbar geltenden) Bundesempfehlungen zu § 88a SGB XI ist eine Erhöhung der Kurzzeitpflegebeiträge bis zu 40 Prozent zu erwarten.

Vor diesem Hintergrund ist der gemeinsame Jahresbetrag in § 42a Abs.1 SGB XI RE zwingend auf mindestens 5.000 Euro zu erhöhen.

Des Weiteren ist § 42 a Absatz 3 RE dahingehend anzupassen, dass die Pflegekassen den Pflegeeinrichtungen gegenüber rechtzeitig die Beträge zur Leistungsabrechnung mitteilen müssen.

Folgende Fassung des § 42a Absatz 3 wird vorgeschlagen:

*„Erbringen Pflegeeinrichtungen Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege oder der Kurzzeitpflege, haben die Pflegeeinrichtungen **nach Mitteilung durch die Pflegekassen** den Pflegebedürftigen im Anschluss an die Leistungserbringung unverzüglich eine schriftliche Übersicht über die dafür angefallenen Aufwendungen zu übermitteln oder auszuhändigen; auf der Übersicht ist deutlich erkennbar auszuweisen, welcher Betrag davon zur Abrechnung über den Gemeinsamen Jahresbetrag vorgesehen ist. Die Übersicht kann mit Zustimmung des Pflegebedürftigen auch in Textform übermittelt werden. Sofern es sich bei den Leistungserbringenden nicht um natürliche Personen handelt, finden die Sätze 1 und 2 auf andere Erbringer von Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege oder der Kurzzeitpflege entsprechende Anwendung.“*



Zu § 43c SGB XI Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen

Die Erhöhung der Leistungen für die stationäre Pflege sind grundsätzlich zu begrüßen. Im stationären Bereich mindert eine Erhöhung der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI von 5 % bis 10 % zwar die Höhe der Eigenanteile. Die zu erwartenden Entgeltsteigerungen aufgrund Tariftreuerregelungen sowie des Personalbemessungsverfahrens werden die erhöhten Leistungszuschläge jedoch deutlich übersteigen. Vor allem in den ersten beiden Jahren des stationären Aufenthaltes ist eine höhere Entlastung notwendig. Mit der geplanten Steigerung von 10 % im 1. Jahr und 5 % im 2. Jahr werden die Fallaufkommen der örtlichen Sozialhilfeträger weiterhin steigen.

Der BKSb fordert daher weiterhin zur Finanzierbarkeit von Heimentgelten die Einführung fester Zuzahlungsbeträge für Pflegebedürftige, den sogenannten „Sockel-Spitze-Tausch“. Die steigenden Eigenanteile würden damit wirklich begrenzt werden und die finanzielle Belastung berechenbar gemacht werden. Es würde deutlicher Beitrag zur Entbürokratisierung der Pflegeversicherung. Denn mit der Einführung des § 43c SGB XI wurde ein enormer bürokratischer Mehraufwand insbesondere im Rahmen der Sozialhilfeberechnung geschaffen.

Notwendige Anpassung des § 87a SGB XI

§ 87a SGB XI regelt die Berechnung und Zahlung des Heimentgelts durch die Pflegeeinrichtungen. Die Voraussetzungen für die Beendigung des Heimvertrags und der damit einhergehenden Beendigung der Zahlungspflicht müssen dringend dahingehend angepasst werden, dass das Vertragsende entsprechend den zivilrechtlichen Regelungen mit einer Willenserklärung und nicht mit einer Handlung enden. Der Begriff der „Entlassung“ mag in anderen Lebensbereichen passend sein, im Pflegeheim ist er es nicht!

Im Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) ist die Beendigung des Heimvertrages geregelt, wengleich es zum Schutz der Pflegeheime angemessener Kündigungsfristen bedarf. Im Todesfall bedarf es ebenfalls einer angemessenen Beendigungsfrist, damit Angehörige in Würde von Verstorbenen Abschied nehmen können und nicht in einem vertragslosen Zustand agieren müssen. § 87a SGB XI und das WBVG haben nicht die Aufgabe, Erben zu schützen!

§ 87a Abs. 1 Satz 2 SGB XI ist wie folgt zu fassen:

Die Zahlungspflicht der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger endet mit dem Ende des Heimvertrages.



06.03.2023

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

Das SGB XI regelt bereits die regelhafte Pflicht bei einer Pflegebegutachtung Empfehlungen zu Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zu dokumentieren und darauf stützend mit Einwilligung des Versicherten ein Antragsverfahren zur medizinischen Rehabilitation einzuleiten. Dieses Verfahren wird im Gesetzentwurf weiterhin vorgesehen, was aus unserer Sicht einen wichtigen und richtigen Ansatz darstellt. Feststellbar ist aber auch, dass seit Einführung dieser Pflicht im Begutachtungsverfahren die Anzahl der Pflegebedürftigen weiter rapide ansteigt und die Leistungen der GKV zur medizinischen Rehabilitation weiterhin nahezu auf dem gleichen Niveau verbleiben. Viele Versicherte wollen im Rahmen der Pflegebegutachtung eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation nicht (mehr) und verweigern ihre Einwilligung (s.u.). Aus unserer Sicht müssen Maßnahmen wie die medizinische Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit wesentlich früher erfolgen als erst im Rahmen der Pflegebegutachtung.

Mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) wurde bereits das Genehmigungsverfahren für geriatrische Rehabilitationsleistungen vereinfacht. Regelungen zur Erleichterung und Entbürokratisierung des Genehmigungsverfahrens und zur Beschleunigung des Zugangs sind dringend erforderlich. Dies ist essenziell, um dem stetig ansteigenden Pflegebedarf entgegenzuwirken. Notwendig ist dabei, die medizinische Überprüfung der ärztlichen Verordnung und nicht nur der Erforderlichkeit generell bei Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit entfallen zu lassen. Denn auch Rehabilitationsleistungen in den Indikationen Kardiologie, Orthopädie, Neurologie und Onkologie richten sich an ältere, von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen und vermeiden Pflegebedürftigkeit. Ein ausschließlicher Fokus auf die geriatrische Rehabilitation kann dazu führen, dass die verordnenden Ärzte die teurere geriatrische Rehabilitation verordnen, obwohl diese nicht immer notwendig ist. Auch § 18 SGB XI beschränkt sich nicht auf geriatrische Leistungen, denn indikationsspezifische Reha-Leistungen zielen aufgrund des ganzheitlichen Rehabilitationsansatzes ebenfalls auf Pflegevermeidung ab. Insofern sollte für alle verordneten oder vom Krankenhaus beantragten Reha-Maßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit auf Grundlage geeigneter Abschätzungsinstrumente (rehabilitationsmedizinischen Assessments) die Überprüfung durch die Krankenkassen entfallen und eine Direkteinleitung der Rehabilitationsmaßnahme erfolgen.

Wichtig ist, dass die generelle Überprüfung der Erforderlichkeit durch die Krankenkassen entfällt, denn es gibt zahlreiche Bescheide der Krankenkassen, in denen die Rehabilitationsfähigkeit abgesprochen wird, obwohl der behandelnde Arzt die Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose festgestellt hatte. Es muss klargestellt sein, dass die Krankenkasse nur noch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen prüfen kann.

Ein schneller Zugang zur Rehabilitation ist insbesondere auch bei Leistungen der Anschlussrehabilitation wichtig. Zwar ist im § 40 Abs. 3 SGB V vorgesehen, dass der G-BA in Richtlinien Fälle festlegen soll, in denen die Anschlussrehabilitation ohne vorherige Überprüfung erbracht werden können. Der G-BA hat aber in der Richtlinie lediglich Fälle festgelegt, in denen keine Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit erfolgen soll und dies auch nur in ausgewählten Indikationen. Dadurch wird ein schnelles und unbürokratisches Direktleitungsverfahren verhindert, obwohl dies der Wille des Gesetzgebers war. Insofern bedarf es einer ausdrücklichen Regelung, dass alle Anschlussrehabilitationsmaßnahmen direkt vom Krankenhaus eingeleitet werden dürfen, ohne dass es einer vorherigen Genehmigung bedarf.

Änderungsvorschlag

§ 40 Abs. 3 Sätze 2 bis 4 SGB V werden wie folgt geändert und ein weiterer Satz eingefügt:

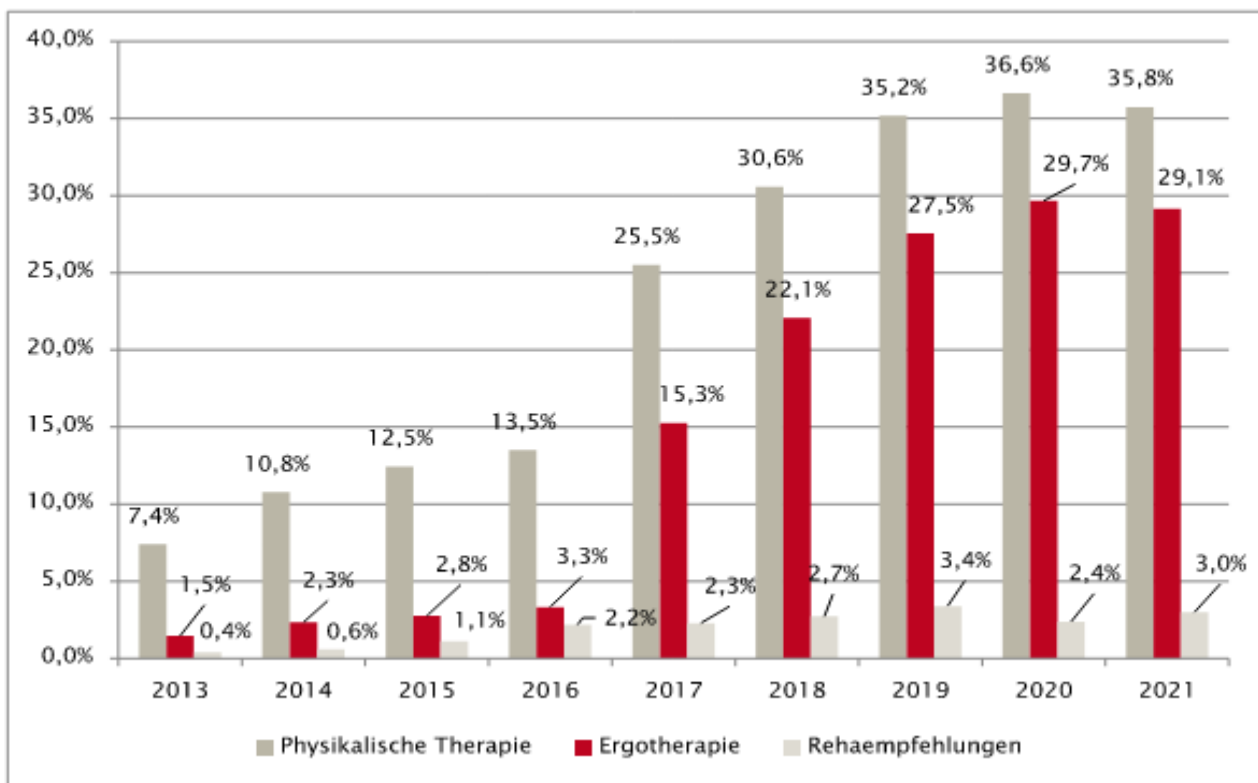
„Von der Krankenkasse wird bei einer vertragsärztlich verordneten **geriatrischen** Rehabilitation **zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit** nicht überprüft, ob diese **medizinisch** erforderlich ist, sofern die **geriatrische Indikation drohende Pflegebedürftigkeit** durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente vertragsärztlich überprüft wurde. Bei der Übermittlung der Verordnung an die Krankenkasse ist die Anwendung der geeigneten Abschätzungsinstrumente nachzuweisen und das Ergebnis der Abschätzung beizufügen. **Eine Anschlussrehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt kann vom Krankenhausarzt auf Grundlage eines Indikationskatalogs direkt eingeleitet werden, ohne dass es einer vorherigen Genehmigung bedarf.** Von der vertragsärztlichen Verordnung anderer Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 darf die Krankenkasse hinsichtlich der **medizinischen** Erforderlichkeit nur dann abweichen, wenn eine von der Verordnung abweichende gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes vorliegt.“

Quellen:

Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18a Abs. 3 SGB XI über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten unabhängigen Gutachter zur medizinischen

Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit – Berichtsjahr 2021, Seite 6:

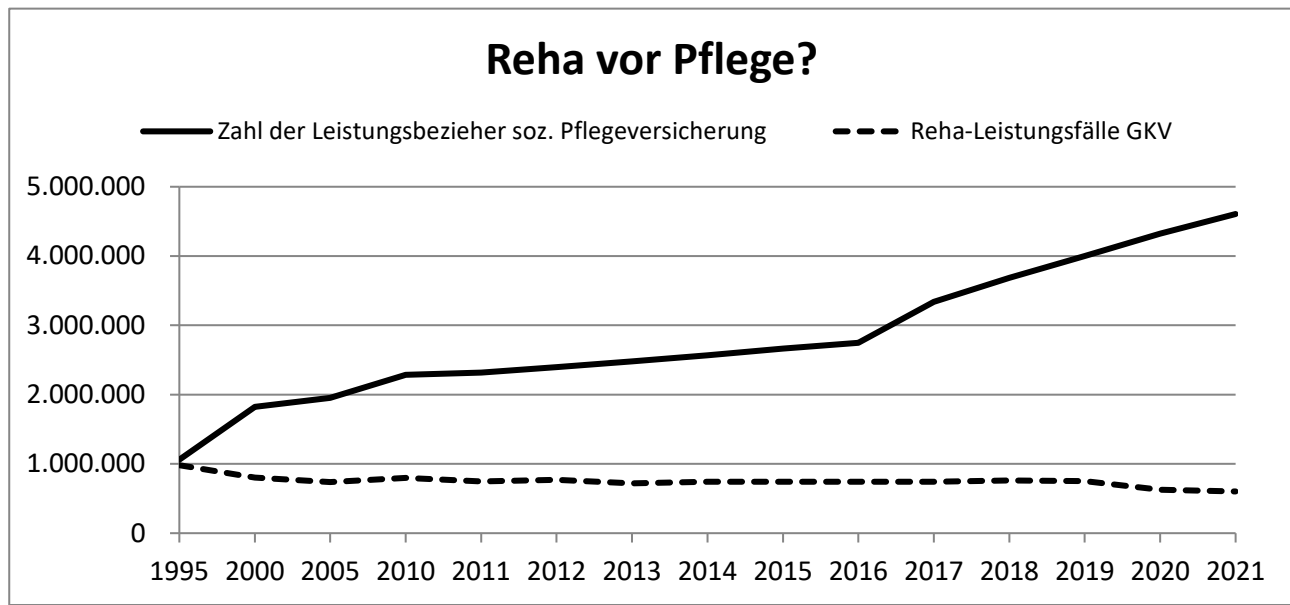
Abbildung 4-2: Empfehlungsquoten weiterer Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung



Einer positiven Rehabilitationsempfehlung des MD im Rahmen der Pflegebegutachtung folgt nicht in allen Fällen eine Einwilligung des Versicherten zu deren Weiterleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger und in die damit ausgelöste Antragstellung nach § 14 SGB IX (vgl. §§ 31 Abs. 3, 18a Abs. 1 Satz 2 SGB XI). Von den ca. 69.800 Rehabilitationsempfehlungen mündeten rd. 20.200 in einen Antrag nach § 31 Abs. 3 SGB XI i. V. m. § 14 SGB IX. Somit wurde in 29 Prozent der Fälle mit einer Rehabilitationsindikation eine Einwilligung zu deren Weiterleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger durch den Pflege-Antragsteller erklärt.³ Somit ist die Einwilligungsquote im Vergleich zum ersten Corona-Jahr 2020, bezogen auf die erteilten Rehabilitationsempfehlungen, noch einmal gesunken. Sie lag im Jahr 2020 bei 33 Prozent (siehe Abbildung 4-3).



Anzahl der Leistungsbezieher soziale Pflegeversicherung und Anzahl der Leistungen medizinischen Rehabilitation der GKV (Quelle: BMG, eigene Darstellung)



Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) vertritt seit über 70 Jahren die Interessen von mehr als 1.000 Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft. Als deutschlandweit agierender Spitzenverband setzt er sich für eine qualitativ hochwertige, innovative und wirtschaftliche Patientenversorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken ein.



Bundesverband für
häusliche Betreuung
und Pflege e.V.

• VHBP e.V. · Unter den Linden 21 · 10117 Berlin · www.vhbp.de •

Bundesministerium für Gesundheit
Herrn Ministerialdirektor
Dr. Martin Schölkopf
11055 Berlin

Unter den Linden 21
10117 Berlin

Telefon: 030-20659-427
Fax: 030-20659-200
E-Mail: info@vhbp.de

Vereinsregisternummer:
VR Bonn 9810

Bankverbindung:
IBAN DE29 3705 0299 0045 0512 50
Kreissparkasse KölnBonn

Berlin, 4.3.2023

**Stellungnahme
zum**

Referentenentwurf

für ein

**Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege
(Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz - PUEG)**



Betreuung in häuslicher Gemeinschaft als Pflegeunterstützung und -entlastung

1. Der Koalitionsvertrag „Mehr Fortschritt wagen“ verspricht auf S. 81: „*Wir gestalten eine rechtssichere Grundlage für die 24-Stunden-Betreuung im familiären Bereich.*“ Dieser Gestaltungsauftrag ist durch das PUEG immerhin teilweise erfüllbar. Dabei geht es nicht um die offenen arbeits-/gewerberechtlichen Fragen, wie sie in Österreich, Frankreich, Italien oder der Schweiz gelöst sind. Stattdessen geht es um die Anschlußfähigkeit der Betreuung in häuslicher Gemeinschaft als dritte Säule der pflegerischen Versorgung.
2. Derzeit werden rund 300.000 alte und kranke Menschen durch Betreuungspersonen in häuslicher Gemeinschaft versorgt. Bei statistisch rund 2,3 Betreuungspersonen pro Versorgungsfall reisen also im Laufe eines Jahres rund 700.000 v.a. Frauen aus Osteuropa nach Deutschland ein und wieder aus. Fehlten sie, bräuchte es 30 % mehr stationäre Pflegeplätze, also 1,2 Millionen statt bisher 900.000.
3. Der Bundesverband für häusliche Betreuung und Pflege e.V. (VHBP) ist die Mitglieder-stärkste Vereinigung von Dienstleistern zur Vermittlung von Betreuungspersonen in häuslicher Gemeinschaft, sowie betroffener Familien. Im Einklang mit der Zusage im Koalitionsvertrag setzt sich der VHBP für die Bekämpfung illegaler Beschäftigung und Schaffung von Rechtssicherheit ein.

Zusammenfassung der Stellungnahme

Ergänzungsvorschlag 1 (rot, kursiv) § 7 d Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB XI

„3. auf Antrag der jeweiligen Anbieter Informationen über Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a, zu weiteren Angeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind, insbesondere für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen in Betracht kommende gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative und sonstige medizinische sowie pflegerische und soziale Hilfs- und Unterstützungsangebote, **Vermittlungsangebote für mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft lebende erwerbsmäßig tätige Ersatzpflegepersonen im Sinne des § 39 Abs. 3 Satz 1**, Angebote der für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe sowie Angebote von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen im Sinne des § 45c Absatz 4 aufzunehmen.“

Ergänzungsvorschlag 2 (rot, kursiv) § 45 a Abs. 1 Satz 5 SGB XI

„In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger oder vergleichbar nahestehender Pflegepersonen im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen **und von in häuslicher Gemeinschaft lebenden erwerbsmäßig tätigen Ersatzpflegepersonen**, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.“



Begründung

Ergänzungsvorschlag 1 (rot, kursiv) § 7 d Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB XI

„3. auf Antrag der jeweiligen Anbieter Informationen über Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a, zu weiteren Angeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind, insbesondere für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen in Betracht kommende gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative und sonstige medizinische sowie pflegerische und soziale Hilfs- und Unterstützungsangebote, **Vermittlungsangebote für mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft lebende erwerbsmäßig tätige Ersatzpflegepersonen im Sinne des § 39 Abs. 3 Satz 1**, Angebote der für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe sowie Angebote von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen im Sinne des § 45c Absatz 4 aufzunehmen.“

Begründung:

Für das neue Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten werden „insbesondere“ solche Angebote aufgezählt, die nicht nur die Pflegebedürftigen und ihre Pflegepersonen entlasten. Sondern diese Angebote sollen auch die beruflich Pflegenden entlasten. Eine solche wesentliche Entlastungswirkung haben die in häuslicher Gemeinschaft lebenden erwerbsmäßig tätigen Ersatzpflegepersonen. Sie entlasten die Pflegepersonen für mehrere Stunden am Tag, damit diese überhaupt ihrer Erwerbs- oder Erziehungsarbeit nachgehen oder sich von der Pflege- und Betreuungsarbeit erholen können. Darüberhinaus entlasten die Ersatzpflegepersonen die beruflich Pflegenden ambulanter Dienste durch vor- und nachbereitende Tätigkeiten.

Die ausdrückliche Erwähnung in § 7 d Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB XI stellt sicher, daß die zuständigen Landesverbände der Pflegekassen die entsprechenden Vermittlungsangebote auch tatsächlich in das Informationsportal aufnehmen. Angesichts immer noch vereinzelt bestehender Vorbehalte gegen Betreuung in häuslicher Gemeinschaft ist es für die Anbieter von Vermittlung wichtig, sich bei der Antragstellung auf den Gesetzeswortlaut berufen zu können. Voraussetzung auch für diese Angebote ist, daß sie im Sinne des § 7 d Abs. 1 Satz 5 zweiter Halbsatz SGB XI qualitätsgesichert sind.

Die Berücksichtigung der Angebote zur Vermittlung von Betreuung in häuslicher Gemeinschaft entspricht der ausdrücklichen Absicht, Ressourcen-intensive Kurzzeitpflege zu vermeiden: „Dies bietet erweiterte Möglichkeiten, auch andere Ersatzpflegende einzusetzen“ (S. 104 erster Absatz Referentenentwurf).



Ergänzungsvorschlag 2 (rot, kursiv)

§ 45 a Abs. 1 Satz 5 SGB XI

„In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger oder vergleichbar nahestehender Pflegepersonen im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen **und von in häuslicher Gemeinschaft lebenden erwerbsmäßig tätigen Ersatzpflegepersonen**, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.“

Begründung:

- Angebote zur Unterstützung im Alltag sollen Pflegepersonen entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben. Zu diesen Angeboten zählt die Vermittlung von in häuslicher Gemeinschaft lebenden erwerbsmäßig tätigen Ersatzpflegepersonen. Sie verhindern die ohne sie erforderliche stationäre Versorgung der Pflegebedürftigen. Nur wegen dieser Ersatzpflegepersonen können viele Pflegebedürftige in ihrer häuslichen Umgebung bleiben, wie es § 45 a Abs. 1 S. 1 SGB XI ausdrücklich als Absicht formuliert. Darüberhinaus entlasten die Ersatzpflegepersonen durch solche Tätigkeiten, die die Pflegepersonen wegen Erschöpfung, Zeitmangel und eigener Erwerbs- oder Erziehungsarbeit nicht alleine leisten können.
 - Die ausdrückliche Erwähnung in § 45 a Abs. 1 Satz 5 SGB XI stellt sicher, daß die zuständigen kommunalen Behörden auch diese Angebote grundsätzlich anerkennen. Dies ist deshalb wichtig, weil derzeit Behörden in einzelnen Bundesländern die Anerkennung der Vermittlung von in häuslicher Gemeinschaft lebenden erwerbsmäßig tätigen Ersatzpflegepersonen als Angebot i.S. des § 45 a Abs. 1 Satz 5 SGB XI aufgrund landespolitischer Vorgaben ablehnen. Diese Verwaltungspraxis widerspricht schon jetzt Wortlaut, Sinn und Zweck des SGB XI. Aber durch die o.g. Ergänzung würde sie eindeutig als gesetzeswidrig erkennbar. Kommunale Anerkennungsbehörden haben den Willen des Bundesgesetzgebers umzusetzen, um Pflegepersonen so wirkungsvoll wie möglich zu entlasten. Politische Motive auf Landesebene haben dahinter zurückzutreten.
- Voraussetzung für die Anerkennung auch der o.g. Angebote ist, daß sie im Sinne des § 45 a Abs. 3 SGB XI qualitätsgesichert sind.

Stellungnahme des Bundesverbandes für körper- und mehrfachbehinderte Menschen zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)

I. Vorbemerkung

Im Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm) sind 280 regionale Selbsthilfeorganisationen zusammengeschlossen, in denen etwa 28.000 Mitgliedsfamilien organisiert sind. Der überwiegende Teil der vertretenen Menschen ist von einer frühkindlichen cerebralen Bewegungsstörung betroffen. Dabei handelt es sich sowohl um körperbehinderte Menschen, deren Leben sich kaum von dem nichtbehinderter Menschen unterscheidet, als auch um Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen, die ein Leben lang auf Pflege und Unterstützung angewiesen sind.

Als Selbsthilfe- und Fachverband für Menschen mit Behinderung bedanken wir uns für die Möglichkeit, zum vorgelegten Referentenentwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) Stellung nehmen zu können, kritisieren jedoch die hierfür gesetzte, äußerst kurze Stellungnahmefrist von lediglich 5 Arbeitstagen. Es wird deshalb darauf hingewiesen, dass sich die Stellungnahme auf einige wesentliche Punkte beschränken muss und als nicht abschließend zu betrachten ist.

Begrüßen möchte der bvkm zunächst grundsätzlich folgende Regelungen, die das PUEG vorsieht:

- **die Erhöhung des Pflegegelds**
- **die Anhebung der ambulanten Pflegesachleistungen**
- **die Einführung eines Gemeinsamen Jahresbetrages für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege, der frei und flexibel für Leistungen der Verhinderungspflege einsetzbar ist**
- **die regelhafte Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung**
- **die Ausweitung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld**
- **die Verpflichtung des Qualitätsausschusses zu mehr Transparenz und zur Einrichtung einer Referent:innenstelle zur Unterstützung der Betroffenenorganisationen**

Insgesamt greift der Gesetzentwurf aber leider zu kurz. Hinter dem vielversprechenden Titel Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz verbergen sich leider zu wenige wirksame Entlastungsleistungen für pflegende Eltern. Der bvkm stellt seiner Stellungnahme daher zunächst grundsätzliche Bemerkungen zur Unterstützung und Entlastung pflegender Eltern vorweg.

Den vorgelegten Gesetzentwurf möchte der bvkm außerdem zum Anlass nehmen, um

- **die Reform des § 43a SGB XI anzumahnen und**
- **auf drohende Versorgungsdefizite bei Patient:innen mit Intensivpflegebedarf hinzuweisen.**

II. Grundsätzliche Bemerkungen zur Unterstützung und Entlastung pflegender Eltern

Die Unterstützung der Familien von Menschen mit Behinderung ist dem bvkm ein besonderes Anliegen. Eltern sind wichtige Impulsgeber für die Arbeit des bvkm. Ihre Herausforderungen sind in allen Bereichen und Phasen des Lebens besonders groß. Der bvkm setzt sich dafür ein, dass Eltern Unterstützung und Entlastung erhalten, denn nur dann können sie gut für sich und ihre Kinder sorgen. Von besonderer Bedeutung für Eltern behinderter Kinder ist daher die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI, da sie den Eltern mit ihren flexiblen Einsatzmöglichkeiten wirksam Entlastung von der kraft- und zeitraubenden Pflege verschaffen kann.

Die mit dem PUEG avisierte Einführung eines Gemeinsamen Jahresbetrages für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege in Höhe von jährlich 3.386 Euro, der flexibel und ohne Einschränkungen für Leistungen der Verhinderungspflege einsetzbar ist, entspricht einer langjährigen Forderung des bvkm und ist deshalb sehr zu begrüßen.

Nichtsdestotrotz darf hierüber aber nicht der Ausbau von speziellen Angeboten der Kurzzeitpflege für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Behinderung vernachlässigt werden. Eltern behinderter Kinder sind in besonderem Maße auf solche Angebote angewiesen, damit sie selbst gesund bleiben und in die Lage versetzt werden, die häusliche Pflege ihrer Kinder auf Dauer sicherzustellen.

1. Kurzzeitpflege als wichtige Auszeit für pflegende Eltern und zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Die meisten Kinder, Jugendlichen und junge Erwachsene mit Behinderung leben in einem Familienverband. Insbesondere bei Menschen mit komplexer Behinderung und hohem Pflegebedarf ist die ganze Familie über viele Jahre durch die extremen Pflegezeiten am Tag und in der Nacht sowie durch Klinikaufenthalte des Menschen mit Behinderung hohen Belastungen ausgesetzt. Gerade nichtbehinderte Geschwisterkinder kommen in dieser Situation häufig zu kurz und benötigen für ihre psychische Stabilität Zeiten der vollen Aufmerksamkeit ihrer Eltern ohne Pflegealltag und Pflegeverantwortung. Um der Familie eine Auszeit zu ermöglichen und Eltern ebenso wie nichtbehinderten Geschwisterkindern die für sie notwendige Erholung zu

verschaffen, benötigen Menschen mit Behinderung oft kurzfristig, häufiger und über viele Jahre einen in Wohnortnähe gelegenen Platz für die Kurzzeitpflege.

Auch dient die Kurzzeitpflege der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Viele Errungenschaften der letzten Jahre, wie die zuverlässige Nachmittags- und Ferienbetreuung von Schulkindern, die für viele berufstätige Eltern heute selbstverständlich sind, bleiben behinderten Kindern häufig versagt. Gerade die Ferienzeit bedeutet deshalb für Eltern behinderter Kinder, insbesondere wenn die Eltern alleinerziehend sind, Stress und hohe Belastung. Der Urlaubsanspruch der Eltern reicht nicht aus, um die Schulferien abzudecken. Kurzzeitpflege kann hier Entlastung verschaffen, weil sie die Betreuung des Kindes zumindest während eines Teils der Schulferien ermöglicht.

2. Forderungen des bvkm zum Ausbau von Angeboten der Kurzzeitpflege

Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit komplexer Behinderung benötigen besondere Angebote der Kurzzeitpflege. Da behinderungsbedingte Einschränkungen vielfältig sein können, bedarf es auch einer vielfältigen Angebotsstruktur, die den unterschiedlichen Bedarfen der Menschen mit Behinderung gerecht wird. Motorisch sehr mobile aber kognitiv stark beeinträchtigte Kinder benötigen andere Angebote als Kinder mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, wie er z. B. bei dauerhaft beatmeten Kindern oder bei Kindern mit therapieresistenten Anfallsleiden vorliegt. Junge Menschen brauchen zudem eine andere Umgebung und eine andere Ansprache als alte Menschen.

Trotz der in rechtlicher Hinsicht durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) vom 28.5.2008 verbesserten Zugangsmöglichkeiten zur Kurzzeitpflege in Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderung, scheitert die Verwirklichung des Anspruchs auf Kurzzeitpflege für viele Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Behinderung nach wie vor an den tatsächlichen Gegebenheiten. Festzustellen ist nämlich, dass in Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderung bundesweit nicht genügend Plätze für die Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen. Gerade in den Schulferien, wenn insbesondere berufstätige Eltern die Plätze dringend benötigen, gibt es für Kinder mit Behinderung nicht genügend Unterbringungsmöglichkeiten. Die wenigen vorhandenen Plätze für die Kurzzeitpflege werden oft schon ein Jahr im Voraus vergeben. Spontan steht in der Regel kein Platz zur Verfügung. Das engt die Familien extrem ein und ist ein großer Nachteil bei Notfällen, wenn rasch ein Platz benötigt wird.

Wohnortferne Angebote der Kurzzeitpflege haben zudem den Nachteil, dass für Kinder mit Behinderung der Besuch der Schule nicht sichergestellt werden kann, wenn die Kurzzeitpflege während der Unterrichtszeit, also außerhalb der Schulferien stattfindet. Auch für erwachsene Menschen mit Behinderung sind Kurzzeitpflegeangebote in Wohnortnähe erforderlich, um ihnen die Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder in der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) oder den Besuch einer Tagesförderstätte zu ermöglichen. Gerade während der Kurzzeitpflege, in der Menschen mit Behinderung außerhalb ihres vertrauten Wohnumfeldes versorgt werden, sind diese verlässlichen Strukturen immens wichtig.

Der bvkm fordert deshalb:

- **Es müssen spezielle Angebote der Kurzzeitpflege für Kinder, Jugendliche und junge erwachsene Menschen mit Behinderung geschaffen werden.**
- **Kurzzeitpflege muss in Wohnortnähe stattfinden. Lange Anreisen zur Kurzzeitpflege sind für Eltern und Menschen mit Behinderung unzumutbar. Auch ist es von zentraler Bedeutung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Komplexer Behinderung, dass Eltern in Notfällen schnell erreichbar und räumlich greifbar sind. Durch wohnortnahe Kurzzeitpflege kann zudem der Besuch von Schulen und Tagesförderstätten sowie die Arbeit in der WfbM sichergestellt werden.**
- **Jeder Landkreis und jede kreisfreie Stadt muss gemessen an der Bevölkerungszahl eine ausreichende Anzahl an Kurzzeitplätzen für Menschen mit Behinderung vorhalten.**
- **Der Sicherstellungsauftrag ist so zu konkretisieren, dass Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen, Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 3 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nr. 3 SGB XI und Pflegekassen dem in § 8 Absatz 1 und 2 SGB XI formulierten gesetzlichen Auftrag nachkommen, gemeinsam die notwendigen pflegerischen Versorgungsstrukturen insbesondere auch mit Blick auf die Kurzzeitpflege auszubauen und nachhaltig zu gewährleisten.**
- **Es muss auf die Länder hingewirkt werden, ihrem gesetzlichen Auftrag aus § 9 SGB XI nachzukommen und den Ausbau der Kurzzeitpflegeangebote stärker zu fördern. Konzeptionell ist hierbei der besonderen Zielgruppe und den Bedarfen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Komplexer Behinderung Rechnung zu tragen**

3. Forderungen des bvkm zur wirtschaftlichen Vergütung der Kurzzeitpflege

Solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie Kurzzeitpflegeplätze in Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderung sowie in Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 3 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nr. 3 SGB XI können häufig nicht wirtschaftlich betrieben werden. Gründe hierfür sind, dass Kurzzeitpflegegäste häufig wechseln, meist einen höheren Pflegebedarf sowie einen höheren behandlungspflegerischen Aufwand aufweisen, die Auslastung schwankt und dass die Leistungen unzureichend vergütet werden. Die Kurzzeitpflege muss deshalb dringend durch die Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung gestärkt werden.

Der bvkm fordert deshalb:

- **Bei Kurzzeitpflegeplätzen sollten die Vergütungssätze einheitlich und unabhängig vom individuellen Versorgungsbedarf den Vergütungssätzen des Pflegegrades 4 vergleichbarer vollstationärer Pflegeeinrichtungen entsprechen.**
- **Das Risiko von zeitweilig unbelegten Plätzen ist in der Vergütung zu berücksichtigen. Insoweit wird ein Auslastungsgrad von maximal 70 Prozent als kalkulatorische Grundlage für die Pflegesatzverhandlungen als erforderlich angesehen.**
- **Zur Finanzierung der Vorhaltung von Kapazitäten und des erhöhten Aufwands ist für die Kurzzeitpflege zusätzlich ein von den Pflegekassen zu tragender Vergütungszuschlag vorzusehen.**

III. Zu den Regelungen im Einzelnen

Zu einzelnen besonders bedeutsamen Regelungen des Referentenentwurfs für ein Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) nimmt der bvkm wie folgt Stellung:

1. Artikel 1 PUEG-RefE: Änderung des SGB V

In Artikel 1 PUEG-RefE sind Änderungen im Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) vorgesehen. Den vorgelegten Gesetzentwurf nimmt der bvkm deshalb zum Anlass, um auf drohende Versorgungsdefizite bei Patient:innen mit Intensivpflegebedarf hinzuweisen.

Hintergrund ist, dass am 31.10.2023 Art. 2 des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) und damit eine Neufassung von § 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V in Kraft tritt, die zur Folge hat, dass Menschen mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege ab diesem Zeitpunkt grundsätzlich keinen Anspruch mehr auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 SGB V haben. Ab diesem Zeitpunkt besteht dann für diesen Personenkreis nur noch ein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V.

Für beatmete und trachealkanülierte Versicherte darf die außerklinische Intensivpflege dann ab diesem Zeitpunkt nur noch durch einen kleinen Kreis von Fachärzt:innen verordnet werden. Hausärzt:innen sind ab dem 31.10.2023 nur noch verordnungsbefugt, wenn eine entsprechende Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung vorliegt und sie Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten nachgewiesen haben. Zudem muss grundsätzlich bei beatmeten und trachealkanülierten Versicherten mit jeder Verordnung ein etwaiges Entwöhnungspotenzial ermittelt werden. Der hierzu befugte Kreis an Fachärzt:innen ist sogar noch eingeschränkter und bedarf ebenfalls einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung.

Die beteiligten Akteure im Gesundheitswesen arbeiten zwar derzeit mit Hochdruck daran, dass bis zum 31.10.2023 ausreichend Fach- oder Hausärzt:innen über entsprechende Genehmigungen verfügen, um die Weiterversorgung von Patient:innen mit Intensivpflegebedarf zu gewährleisten, doch steht zu befürchten, dass es nicht gelingen wird, bis zu dem besagten Stichtag geeignete Strukturen flächendeckend aufzubauen. Dies gilt im Besonderen für Kinder und Jugendliche in pädiatrischer Versorgung. Die Suche im Nationalen Gesundheitsportal (<https://gesund.bund.de/suchen/aerztinnen-und-aerzte>) nach entsprechend qualifizierten Ärzt:innen läuft bislang ins Leere und auch gezielte Nachfragen bei Kassenärztlichen Vereinigungen verlaufen häufig ergebnislos. Patient:innen mit Intensivpflegebedarf und ihre Angehörigen sind deshalb in großer Sorge darüber, wie sie ihre medizinische Versorgung ab dem 31.10.2023 sicherstellen sollen.

Wegen der hohen Eilbedürftigkeit in dieser Sache appelliert der bvkm deshalb dringend an den Gesetzgeber, das PUEG zu nutzen, um die in Art. 5 Absatz 2 GKV-IPReG festgelegte Frist für das Inkrafttreten von Artikel 2 GKV-IPReG zu verschieben, bis geeignete Strukturen für die Versorgung von Patient:innen mit Intensivpflegebedarf aufgebaut sind, zumindest aber, die dort festgelegte Frist um mindestens ein Jahr zu verlängern.

2. Artikel 2 PUEG-RefE: Änderung des SGB XI

In Artikel 2 PUEG-RefE sind Änderungen im Recht der Gesetzlichen Pflegeversicherung (SGB XI) vorgesehen.

a) § 18 SGB XI: Beauftragung der Begutachtung

Der bvkm weist darauf hin, dass die Neufassung von § 18 Absatz 2 SGB XI Irritationen auslösen kann. Hier geht es um die Kostenabgrenzung von behandlungspflegerischen Leistungen und Leistungen der häuslichen Pflegehilfe, wenn beide Leistungen durch dieselbe Pflegekraft erbracht werden. Die Neufassung von § 18 Absatz 2 SGB XI, aus der sich ergibt, dass ambulant versorgte Pflegebedürftige mit einem besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen entweder Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 SGB V *oder* Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V beziehen, ist vermutlich der Tatsache geschuldet, dass zurzeit noch übergangsweise, zumindest bis zum 31.10.2023 (im Falle der vom bvkm geforderten Fristverlängerung – siehe oben - sogar noch länger) beide Ansprüche parallel gelten. Die Formulierung löst jedoch in Anbetracht der neuen Regelungssystematik, die für Leistungen der außerklinische Intensivpflege nach Ablauf der Übergangsfrist gilt, Irritationen aus.

Der bvkm regt an, insoweit einen erläuternden Hinweis in die Gesetzesbegründung aufzunehmen. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass das Übergangsrecht möglicherweise noch länger gilt, wäre ein solcher Hinweis hilfreich.

b) § 30 SGB XI: Dynamisierung

In § 30 SGB XI ist vorgesehen, die Beträge für die Leistungen der Pflegeversicherung ab 2025 zu dynamisieren.

Der bvkm begrüßt grundsätzlich die vorgesehene allgemeine Leistungsdynamisierung, bedauert aber, dass die Bundesregierung hinter ihrer Ankündigung im Koalitionsvertrag 2021 -2025 zurückgeblieben ist, das Pflegegeld bereits ab 2022 regelhaft zu dynamisieren.

c) § 113b SGB XI: Qualitätsausschuss

In § 113b Absatz 3a SGB XI (NEU) ist vorgesehen, dass die beschlussfassenden Sitzungen des Qualitätsausschusses zukünftig öffentlich sein sollen. Zudem wird dem Qualitätsausschuss aufgegeben, für einen späteren Abruf alle Beiträge in einer Mediathek im Internetangebot des Qualitätsausschusses zur Verfügung zu stellen.

Die Betroffenenorganisationen wirken gemäß § 118 SGB XI an den Entscheidungen des Qualitätsausschusses beratend mit und haben zudem das Recht, Anträge zu stellen. Hinsichtlich der Geschäftsordnung besitzen sie Stimmrecht. Die Vertragsparteien sollen nunmehr in § 113b Absatz 6 verpflichtet werden, ab dem 1.9.2023 dauerhaft zusätzlich eine Referent:innenstelle einzurichten, die die Betroffenenorganisationen bei der Wahrnehmung dieser Rechte inhaltlich und organisatorisch unterstützt.

Der bvkm begrüßt, dass die Betroffenenorganisationen durch die Schaffung einer Referent:innenstelle bei der Wahrnehmung ihrer Rechte besser unterstützt werden sollen und dass in Bezug auf die Arbeitsweise des Qualitätsausschusses und des Beteiligungsverfahrens mehr Transparenz geschaffen werden soll.

3. Artikel 3 PUEG-RefE: Weitere Änderung des SGB XI

In Artikel 3 PUEG-RefE sind weitere Änderungen im Recht der Gesetzlichen Pflegeversicherung (SGB XI) vorgesehen.

a) § 36 SGB XI: Pflegesachleistung

Laut Referentenentwurf sollen die Leistungsbeträge für ambulante Pflegesachleistungen zum 1.1.2024 um 5 Prozent angehoben werden, um die häusliche Pflege zu stärken und die gestiegenen Kosten infolge der verpflichtenden tariflichen Entlohnung zu berücksichtigen.

Seit dem 1.9.2022 gilt das Tariftreue-Gesetz in der Pflege. Es beinhaltet, dass Pflegeeinrichtungen nur noch dann eine Zulassung nach dem SGB XI erhalten, wenn sie ihren Mitarbeitenden Tariftlöhne zahlen. Der bvkm begrüßt dies als einen wichtigen Schritt, um die Qualität der Pflegeleistungen zu verbessern und den Pflegeberuf attraktiver zu machen. Mit dieser Verbesserung müssen aber auch adäquate Leistungssteigerungen bei den Pflegesachleistungen einhergehen, da den Betroffenen ansonsten die Armutsfalle droht. Dem bvkm sind Fälle bekannt, in denen bei den Betroffenen der monatliche Eigenanteil an den Pflegekosten aufgrund des Tariftreue-Gesetzes von bisher durchschnittlich etwa 500 Euro auf über 1.200 Euro gestiegen ist und sich damit mehr als verdoppelt hat.

Der bvkm fordert daher eine stärkere Anhebung der Pflegesachleistungen, mindestens aber einen Anstieg um 10 Prozent.

b) § 37 SGB XI: Pflegegeld

Laut Referentenentwurf sollen die Leistungsbeträge für das Pflegegeld zum 1.1.2024 um 5 Prozent angehoben werden, um die häusliche Pflege zu stärken und die gestiegenen Kosten der letzten Jahre zu berücksichtigen.

Der bvkm kritisiert die geringe Höhe und den späten Zeitpunkt des Anstiegs. Während die Pflegesachleistungen seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 1.1.2017 bereits einmal – nämlich zum 1.1.2022 - um 5 Prozent erhöht wurden, sind die Leistungsbeträge für das Pflegegeld seit 2017 unverändert geblieben. Die Ankündigung der Bundesregierung im Koalitionsvertrag 2021 -2025, das Pflegegeld ab 2022 regelhaft zu dynamisieren, wurde ebenfalls nicht umgesetzt. Bezüglich der avisierten Höhe des Anstiegs weist der bvkm darauf hin, dass nach den Angaben des Statistischen Bundesamts vom 1.3.2023 die Inflationsrate in Deutschland im Februar 2023 voraussichtlich +8,7 % beträgt. Eltern von Kindern, die seit Geburt oder frühester Kindheit pflegebedürftig sind, sind nicht nur über Jahre, sondern regelmäßig über Jahrzehnte Pflegepersonen für ihr Kind. Aufgrund ihrer reduzierten Erwerbseinnahmen sind sie dringend auf regelmäßige Anpassungen des Pflegegelds angewiesen, die einen Inflationsausgleich gewährleisten.

Der bvkm fordert vor diesem Hintergrund eine stärkere Anhebung des Pflegegeldes, mindestens aber einen Anstieg um 10 Prozent. Diese sollte auch umgehend erfolgen und nicht auf das Jahr 2024 verschoben werden.

c) § 39 SGB XI: Verhinderungspflege

In § 39 SGB XI und in § 42a SGB XI (NEU) sind verschiedene Änderungen in Bezug auf die Verhinderungspflege vorgesehen. Aufgrund ihrer flexiblen Einsatzmöglichkeiten ist die Verhinderungspflege die wichtigste Entlastungsleistung im Recht der Pflegeversicherung für Eltern behinderter Kinder.

Der bvkm begrüßt,

- dass es künftig einen Gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege in Höhe von 3.386 Euro geben soll, der in voller Höhe für Leistungen der Verhinderungspflege einsetzbar ist,
- dass die Vorpflegezeit von 6 Monaten, die derzeit gilt, bevor Leistungen der Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden können, abgeschafft werden soll,
- dass gesetzlich klargestellt wird, dass es keiner vorherigen Antragstellung auf Verhinderungspflege bedarf und
- dass die Überschrift der Regelung entsprechend der seit vielen Jahren geübten Praxis an die Bezeichnung der Leistung als „Verhinderungspflege“ angepasst werden soll.

Um die Verhinderungspflege flexibler zu gestalten, sollten zudem steuerrechtliche Vorschriften angepasst werden. Der bvkm weist insoweit darauf hin, dass nach der aktuellen Rechtslage steuerrechtliche und damit letztlich auch bürokratische Hürden einer flexiblen Inanspruchnahme der Verhinderungspflege entgegenstehen. Steuerfrei sind Einnahmen bis zur Höhe des Pflegegeldes für die Pflege nämlich nach § 3 Nr. 36 EStG nur dann, wenn die Pflege von Angehörigen des Pflegebedürftigen oder von anderen Personen, die damit eine sittliche

Pflicht im Sinne des § 33 Absatz 2 EStG gegenüber dem Pflegebedürftigen erfüllen, erbracht wird. Eine sittliche Pflicht, eine Person zu pflegen, wird angenommen, wenn zwischen dem Pflegebedürftigen und der Pflegeperson eine enge persönliche Beziehung besteht (vgl. Urteil des Bundesfinanzhofs vom 29.8.1996, Az. III R 4/95). Wird die Verhinderungspflege also von Nachbarn, entfernteren Freunden oder gar Bekannten geleistet, sind die Einnahmen hieraus von den Pflegenden zu versteuern. Eine solche Steuerpflicht sollte vermieden werden, um die Pflegebereitschaft der betreffenden Personen zu erhöhen und die Verhinderungspflege zu vereinfachen.

Der bvkm fordert deshalb, dass steuerrechtliche Hindernisse, die einer flexiblen Inanspruchnahme der Verhinderungspflege entgegenstehen, beseitigt werden.

d) § 42 SGB XI: Kurzzeitpflege

In § 42 SGB XI sind vor allem verschiedene Folgeänderungen wegen der avisierten Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege vorgesehen. Nach Auffassung des bvkm sollte das PUEG zum Anlass genommen werden, den Wortlaut von § 42 Absatz 3 SGB XI an die neue Rechtslage anzupassen, die seit dem 1.1.2020 aufgrund des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) gilt.

Durch das BTHG wurde die Eingliederungshilfe zum 1.1.2020 in Teil 2 des SGB IX überführt und personenzentriert ausgestaltet. Dies hat zur Folge, dass im Eingliederungshilferecht nicht mehr nach ambulanten, stationären und teilstationären Leistungen differenziert wird. Die bisherige Anknüpfung des § 43a SGB XI daran, dass die Leistung in einer (vollstationären) „Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen“ erbracht wird, ist damit im Bereich der Versorgung erwachsener Menschen mit Behinderung weggefallen. Lediglich in Bezug auf die Versorgung minderjähriger Menschen mit Behinderung bleibt der Einrichtungsbegriff als Anknüpfungspunkt für bestimmte Leistungen der Pflegeversicherung nach wie vor relevant.

An die Stelle des Begriffs der (vollstationären) „Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen“ ist dagegen zum 1.1.2020 für pflegebedürftige erwachsene Menschen in § 43a SGB XI der Begriff der „Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 3 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 des SGB XI“ getreten. Da sich § 42 Absatz 3 SGB XI an den Begriff der „Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen“, wie er bislang in § 43a SGB XI verwendet wurde, anlehnt, ist eine Anpassung der Vorschrift an den neuen Wortlaut des § 43a SGB XI erforderlich, um die bisherige Rechtswirkung der Norm aufrechtzuerhalten.

Der bvkm fordert deshalb, § 42 Absatz 3 Satz 1 SGB XI wie folgt zu fassen:

Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für ~~behinderte~~ Menschen mit Behinderungen und anderen geeigneten Einrichtungen oder geeigneten Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 3 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.

e) § 42a SGB XI (neu): Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege

Nach der derzeitigen Rechtslage kann die Kurzzeitpflege gemäß § 42 Absatz 3 Satz 3 SGB XI um den vollen Betrag der Verhinderungspflege erhöht werden. Umgekehrt kann die Verhinderungspflege gemäß § 39 Absatz 2 Satz 1 SGB XI aber nur um den halben Betrag der Kurzzeitpflege aufgestockt werden. Mangels ausreichender und passgenauer Angebote der Kurzzeitpflege für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit komplexer Behinderung wirkt sich dies für Menschen mit Behinderung und deren Angehörige nachteilig aus. Seit vielen Jahren fordert der bvkm deshalb, dass die Verhinderungspflege um den vollen Betrag der Kurzzeitpflege erhöht werden kann. Mit der in § 42a SGB XI (NEU) vorgesehenen Einführung eines Gemeinsamen Jahresbetrages für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in Höhe von 3.386 Euro wird dieser Forderung Rechnung getragen.

Die Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrages, der flexibel für beide Leistungsarten eingesetzt werden kann, wird deshalb vom bvkm nachdrücklich begrüßt.

In dem Umstand, dass der Gemeinsame Jahresbetrag für alle Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 gleich hoch ist, sieht der bvkm aber eine Benachteiligung von Pflegebedürftigen mit höheren Pflegegraden, bei denen – wie im Falle von Pflegegrad 4 und 5 - *schwerste* Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten vorliegen. Ebenso wie bei der Pflegesachleistung und beim Pflegegeld muss das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit nach Auffassung des bvkm auch bei den Entlastungsleistungen der Pflegeversicherung Berücksichtigung finden.

Hierdurch könnte der Tatsache Rechnung getragen werden, dass mit zunehmendem Pflegegrad der zeitliche Pflegeaufwand und damit auch der Bedarf an Entlastung steigen. Hinzu kommt, dass für die Pflege von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit komplexer Behinderung häufig besondere Fachkenntnisse erforderlich sind, weil die Betroffenen z.B. über eine Sonde ernährt werden oder eine hohe Anfallsbereitschaft haben. Dadurch kostet die Pflege mehr als bei Betroffenen mit einem niedrigen Pflegegrad. Während bei pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung, die den Pflegegrad 2 oder 3 haben, in der Regel ungelernete Kräfte, wie z. B. Studierende die Verhinderungspflege zum Preis von etwa 20 Euro die Stunde übernehmen können, kommen bei pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung, die den Pflegegrad 4 oder 5 haben, häufig Pflegefachkräfte, wie z.B. Krankenschwestern zum Einsatz, die mit etwa 60 Euro pro Stunde vergütet werden. Ein für alle Pflegebedürftigen gleich hoher Gemeinsamer Jahresbetrag benachteiligt somit Familien, deren Kinder in hohem Maße auf Unterstützung angewiesen sind. Ihnen stehen im Ergebnis für die Entlastung von der Pflege weniger Tage zur Verfügung, weil das für diese Leistungen vorgesehene Budget aufgrund der höheren Kosten für die fachlich qualifizierte Pflege rascher aufgebraucht ist.

Der bvkm fordert deshalb, dass der Gemeinsame Jahresbetrag nach § 42a SGB XI (NEU) der Höhe nach entsprechend den Pflegegraden abzustufen ist.

f) § 44a SGB XI: Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

Nach geltender Rechtslage wird das Pflegeunterstützungsgeld je pflegebedürftigem nahen Angehörigen nur einmal für bis zu zehn Arbeitstage gewährt. Künftig soll sich der Anspruch auf bis zu zehn Arbeitstage *je Kalenderjahr* belaufen und kann daher in Bezug auf denselben pflegebedürftigen Angehörigen mehrfach gewährt werden.

Der bvkm begrüßt die mit der Änderung des § 44a SGB XI verbundene Verbesserung bei der Entlastung für Beschäftigte, die sich neben ihrer Beschäftigung um pflegebedürftige nahe Angehörige kümmern.

g) § 108 SGB XI: Auskünfte an Versicherte

Mit der Änderung des § 108 SGB XI soll der Anspruch auf die Erteilung von Auskünften verbessert werden. Um für Versicherte, die eine regelmäßige Übersicht über die von ihnen bezogenen Leistungen der Pflegeversicherung und deren Kosten wünschen, das Verfahren zu vereinfachen, wird in dem neuen Satz 2 geregelt, dass eine Übersicht regelmäßig jedes Kalenderhalbjahr übermittelt wird, wenn die Versicherten dies wünschen. Die Übersichten, die von der Pflegekasse übermittelt werden, sollen leicht verständlich und für die Versicherten übersichtlich gestaltet werden, sodass eine einfache und schnelle Information ermöglicht wird.

Der bvkm begrüßt die vorgesehenen Änderungen, weil die Versicherten und ihre Familien hierdurch regelmäßig über den Umfang der bereits von ihnen ausgeschöpften Leistungen informiert werden und ihnen damit die weitere Hilfeplanung erleichtert wird.

IV. Reform des § 43a SGB XI

Im Koalitionsvertrag 2021-2025 heißt es: „Wir werden das Verhältnis von Eingliederungshilfe und Pflege klären mit dem Ziel, dass für die betroffenen Menschen keine Lücken in der optimalen Versorgung entstehen.“ Den vorgelegten Gesetzentwurf nimmt der bvkm deshalb zum Anlass, um eine Nachfolgeregelung zu § 43a SGB XI und eine Änderung des mit dieser Vorschrift eng verknüpften § 103 Absatz 1 Satz 2 SGB IX zu fordern.

Bereits seit vielen Jahren fordert der bvkm die Abschaffung der in § 43a SGB XI vorgesehenen Leistungsbeschränkung. Mit dieser Regelung werden Leistungen der Pflegeversicherung für pflegebedürftige Menschen mit Behinderung, die in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe leben und mindestens den Pflegegrad 2 haben, auf 266 Euro im Monat begrenzt. Die betroffenen Versicherten werden dadurch erheblich benachteiligt, wie der Vergleich zu den Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege zeigt. Während nämlich z.B. ein pflegebedürftiger Mensch mit Pflegegrad 5, der häuslich gepflegt wird, monatlich bis zu 2.095 Euro an Pflegesachleistungen erhält, kann ein pflegebedürftiger Mensch mit Pflegegrad 5, der in einer besonderen Wohnform lebt, lediglich 266 Euro und damit 1.829 Euro weniger im Monat beanspruchen.

Der bvkm fordert deshalb sicherzustellen, dass die Bewohner:innen der besonderen Wohnformen den vollen Zugang zu allen Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege erhalten.

Gleichzeitig spricht sich der bvkm für eine Reform der mit § 43a SGB XI eng verknüpften Regelung in § 103 Absatz 1 Satz 2 SGB IX aus. Diese Vorschrift kann bei steigendem Pflegebedarf der Bewohner:innen (z.B. wegen fortschreitenden Alterungsprozesses und des Hinzutretens dementieller Erkrankungen) dazu führen, dass der Träger der besonderen Wohnform feststellt, dass der Mensch mit Behinderung so pflegebedürftig geworden ist, dass die Pflege in der besonderen Wohnform nicht mehr sichergestellt werden kann. In einem solchen Fall vereinbaren der Träger der Eingliederungshilfe und die zuständige Pflegekasse mit dem Träger der besonderen Wohnform, dass die Leistung bei einem anderen Leistungserbringer erbracht wird (§ 103 Absatz 1 Satz 2 SGB IX). Für einen Menschen mit Behinderung, der den größten Teil seines Lebens in einer besonderen Wohnform der Eingliederungshilfe verbracht hat, kann dies bedeuten, dass er in ein Pflegeheim umziehen muss. Das Zusammenwirken von § 43a SGB XI und § 103 Absatz 1 Satz 2 SGB IX begründet deshalb nach Auffassung des bvkm einen Verstoß gegen das Recht auf Freizügigkeit nach Art. 11 Absatz 1 GG. Auch stehen die Regelungen nicht im Einklang mit Art. 19 der UN-Behindertenrechtskonvention.

Der bvkm fordert deshalb sicherzustellen, dass kein Mensch mit Behinderung gegen seinen Willen in ein Pflegeheim ziehen muss.

Im Übrigen steht die einrichtungsbezogene Betrachtungsweise, die der Definition von „Räumlichkeiten“ im Sinne der §§ 43a, 71 Absatz 4 Nr. 3 SGB XI zugrunde liegt, der personenbezogenen Betrachtung des BTHG diametral entgegen. Die Vorschriften laufen damit dem Grundgedanken des BTHG zuwider, dass Leistungen personenzentriert und unabhängig von der jeweiligen Organisationsform erbracht werden. Nach Auffassung des bvkm ist es deshalb nunmehr an der Zeit für eine Reform des § 43a SGB XI.

Düsseldorf, 6. März 2023

bvitg-Stellungnahme

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit
für ein Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege
(Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)

Kontakt:

Martin Saß
Referent

Digitale Gesundheitsversorgung
martin.sass@bvitg.de



Der Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V., als Vertretung der führenden IT-Anbieter im Gesundheitswesen, bedankt sich für die Gelegenheit zur Kommentierung des Referentenentwurfs des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) zum Bearbeitungsstand 20.02.2023 und nimmt wie folgt Stellung:

Allgemein

Die Pflege in Deutschland ist eine wesentliche Säule unserer sozialen Gesellschaft, welche durch die seit Jahren bekannten Probleme des Personalmangels, der zeitraubenden Bürokratie, den Überregulierungen, der knappen Finanzierung und des demografischen Wandels immer wieder ins Schwanken geraten ist. Der Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V. begrüßt die Bemühungen des Bundesministeriums für Gesundheit, die Pflegeenden und zu Pflegenden zu unterstützen und zu entlasten und dass dabei die Digitalisierung mit in den Fokus genommen wurde. Inwieweit pflegerelevante Themen und Probleme mit diesem Referentenentwurf aufgearbeitet und gelöst werden können, mögen Pflegeverbände und -institutionen beurteilen. Jedoch sieht der bvitg e. V., dass bereits bei den enthaltenen Regelungen zur Digitalisierung der Pflege noch Verbesserungen nötig sind.

Zu § 341 SGB V neuer Absatz 8

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

Die Verpflichtung, dass neben den ambulanten auch die stationären Pflegeeinrichtungen nach SGB XI den Zugriff auf die elektronische Patientenakte (ePA) und die Telematikinfrastruktur (TI) umsetzen sollen ist folgerichtig, jedoch müssen in diesem Fall über 16.000 stationäre Pflegeeinrichtungen angeschlossen werden und der zeitliche Vorlauf bis 2024 ist hierfür angesichts des zeitlichen Rahmens, der den ambulanten Pflegeeinrichtungen zur Anbindung zur Verfügung stand, nicht nachvollziehbar. Hier sollte zwar die Verpflichtung bis 2024 beibehalten, die Umsetzung jedoch sanktionsfrei als Übergangszeit um mindestens ein Jahr auf den 01. Juli 2025 festgelegt werden.

Des Weiteren müsste vor Umsetzung die Ratifizierung des Staatsvertrages zum elektronischen Gesundheitsberufsausweis (eGBA) erfolgt sein, da der Ausweis notwendig für den Anschluss ist und allen Pflegekräften zur Nutzung der TI zur Verfügung stehen muss.

Der Zugriff auf die ePA und die Anbindung an die TI ist jedoch für die Leistungserbringer:innen nur dann nützlich, wenn die Einführung der ePA über eine Opt-out-Regelung verpflichtend wird. Diese würde den aufgezeigten Erfüllungsaufwänden Rechnung tragen, da den wirtschaftlichen Kosten ein spürbarer Effekt auf und für die Versicherten gegenüberstehen würde.

Als bvitg e. V. empfehlen wir daher abseits des Referentenentwurfes, die Einführung einer entsprechenden Opt-out-Regelung bzw. eine aufschiebende Bedingung einzufügen.

Zu § 7d Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten

„(4) Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Einrichtungen und Anbieter sind nach Aufnahme in das Informationsportal verpflichtet, Änderungen ihrer dort veröffentlichten Informationen unverzüglich an das Informationsportal zu übermitteln [...].“

Information, Aufklärung und Beratung der oder des Versicherten obliegt entsprechend §§ 13 - 15 SGB I den Kranken- und Pflegeversicherungen. Ein Informationsportal ist ein guter Ansatz, muss sich aber in der Qualität an den bereits bestehenden Angeboten messen und die Kosten hierfür nachvollziehbar machen.

Da jedoch bei den Landesverbänden der Pflegekassen neben der zugewiesenen Kompetenz keine informationstechnische Expertise vorliegt und die Landesverbände keinen Einblick in die regionale Struktur besitzen, bitten wir dringend davon abzusehen, die Errichtung des Informationsportals den Landesverbänden der Pflegekassen zu überlassen.

Wir empfehlen zusätzlich die Informationsportale auf regionaler Ebene zu beschränken, da die Leistungsbereiche und Anbieterstrukturen und somit die notwendigen Informationen qualitativ, hochwertig und umfassend nur vor Ort zur Verfügung stehen. Darüber hinaus bittet der bvitg e. V. die Industrie und deren Expertise in der Erarbeitung der Spezifikationen für die Meldungen der verfügbaren Plätze einzubinden, um die technische Machbarkeit einer Umsetzung sicherstellen zu können.

Zu § 8 Gemeinsame Verantwortung

„(8aa) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird ein einmaliger Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um digitale Anwendungen, insbesondere zur Entlastung der Pflegekräfte, zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowie für eine stärkere Beteiligung der Pflegebedürftigen zu fördern [...].“

Der bvitg e. V. begrüßt die Verlängerung des Förderzeitraumes bis zum Jahr 2030. Jedoch ist nicht ersichtlich, wie dies bei einer gleichbleibenden Fördersumme in Höhe von 12 000 EURO pro Pflegeeinrichtung nach § 8 Abs. 8 SGB XI bis zum Ende des Jahrzehntes, insbesondere vor dem Hintergrund bereits geflossener Mittel und der Erweiterung der Fördertatbestände, einen dauerhaften Mehrwert schaffen kann.

Hier müssen auch die Mittel entsprechend der Verlängerung der Frist erhöht werden. Der bvitg e. V. empfiehlt, vergleichbar zum Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) für den akut-stationären Bereich, eine Förderung der digitalen Strukturen in ambulanten und stationären Langzeitpflegeeinrichtungen.

Die Pflegevergütung lässt insbesondere durch die regelbasierte Finanzierung, Anschaffungen und Betrieb digitaler oder technischer Ausrüstung nicht zu. Darüber hinaus anfallende Investitionskosten tragen zum überwiegenden Teil die zu Pflegenden bzw. die Sozialhilfeträger.

Die zusätzliche Förderfähigkeit zum Aufbau digitaler Kompetenzen bei Pflegekräften und Pflegebedürftigen ist zu begrüßen, greift aber zu kurz. Der bvitg e. V. hält es für dringend erforderlich, die ambulanten Versorgungsbereiche nach § 36 SGB XI sowie nach den §§ 37, 37a, 37b und 37c SGB V mit einzubeziehen, da hoch komplexe Prozesse digital abgebildet werden müssen. Darüber hinaus rät der bvitg e. V. dringlich dazu, neben den Pflegebedürftigen die An- und Zugehörigen zu berücksichtigen.

Um einen nachhaltigen Aufbau digitaler Kompetenz bei den Pflegekräften sicherzustellen, ist es unerlässlich, dass die digitalen Kompetenzen nach dem Pflegeberufegesetz erweitert werden und eine Verpflichtung besteht, mindestens eine/r Pflegeinformatiker:in im Einrichtungsmanagement jeder ambulanten und stationären Pflegeeinrichtung vorzuhalten.

Aus Sicht des bvitg e. V. sollte zu dieser Fördererweiterung ein gesondertes Programm mit eigenen und ausreichenden finanziellen Mitteln aufgesetzt werden.

Die Fristsetzung hält der bvitg e.V. nicht für realistisch, da so bis zum 31. März 2023 die Richtlinien zum Förderverfahren beschlossen sein müssen. Dies läge dann noch vor dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes. Der bvitg e. V. empfiehlt eine Formulierung, die eine Halbjahresfrist nach Inkrafttreten festschreibt.

[Zu § 125b Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege Gemeinsame Verantwortung](#)

Die vorgesehene gesetzliche Einführung eines Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege ist zu begrüßen und wurde auch durch den bvitg e. V. und weiteren Verbänden der Pflege und Industrie, allerdings in einer anderen Ausgestaltung, gefordert.

Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege sollte anstatt an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen an das Bundesministerium für Gesundheit angebunden sein. Sonst bestünde die Gefahr, dass die benötigte Neutralität nicht gewahrt werden kann, da die Pflegekassen u. a. Einfluss auf die Versorgung mit der Pflegeberatung nach § 7a sowie im Zusammenhang mit dem Verfahren zur Begutachtung nach § 18 neu vorgesehen § 18a nehmen könnten. Eine solche Struktur darf nicht per Gesetz ermöglicht werden.

Abschließend ist für den bvitg e. V. die Einschränkung bei dem vorliegenden Entwurf zum Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege auf die Langzeitpflege nicht nachzuvollziehen. Berufliche Pflege findet in allen Settings der Gesundheitsversorgung statt. Neben der Langzeitpflege existieren u. a. die teilstationäre Pflege, die ambulante Pflege, die häusliche Krankenpflege sowie die ambulante Palliativ- und Intensivpflege – und natürlich die Akutpflege. Der Referentenentwurf bezieht sich zwar auf SGB XI, aber eine Fortführung der Trennung auch im Bildungsbereich ist konträr zur generalistischen Pflegeausbildung und widerspricht dem Gedanken einer interoperablen Digitalisierung. Ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege sollte sich mit allen Pflegeleistungsarten beschäftigen, da die Notwendigkeit einer digitalen Umsetzung für alle Teile gleichermaßen notwendig ist und die Leistungsbereiche miteinander vernetzt sind.

BHDU, c/o Casa Blanka, Postfach 105505, 40046 Düsseldorf

Dr. Martin Schölkopf
Ministerialdirektor
Leiter der Abteilung 4
Pflegeversicherung und -stärkung
Mauerstraße 29
10117 Berlin
-per E-Mail an: Pflegereformgesetz-Verbaende@bmg.bund.de

Ihr Kontakt **Ilka Mildner**
Telefon 0171/9740616
E-Mail i.mildner@bhdu.de

Datum **06.03.2023**

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz)

Sehr geehrter Herr Dr. Schölkopf,

bitte beachten Sie die angehängte schriftliche Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz).

Mit freundlichen Grüßen,



Ilka Mildner
Vorstandsmitglied BHDU

BHDU, c/o Casa Blanka, Postfach 105505, 40046 Düsseldorf

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und - entlastungsgesetz)

**Anhebung des Budgets für Entlastungsleistungen nach
§ 45 SGB XI zwingend erforderlich!**

Dortmund, den 06.03.2023

Ansprechpartnerin:

BHDU

Ilka Mildner, Vorstandsmitglied BHDU

BHDU, c/o Casa Blanka, Postfach 105505, 40046 Düsseldorf

Mehr als jeder 4. pflegebedürftige Mensch in Deutschland wird zu Hause versorgt. Sie und ihre pflegenden Angehörigen werden neben den ambulanten Pflegediensten durch Unternehmen unterstützt, die Entlastungsleistungen im hauswirtschaftlichen Bereich und in der Alltagsbetreuung anbieten. Die Hilfe und Unterstützung im Haushalt ist hierbei ein wesentlicher Bestandteil, um die Versorgung in der Häuslichkeit zu gewährleisten.

In dem Gesetzentwurf werden die Verhinderungspflege, das Pflegegeld sowie die Sachleistungen leicht erhöht sowie dynamisiert. Eine Steigerung von 5% für die beiden letztgenannten wird beschrieben. Doch sind die Kosten für Pflegebedürftige seit September 2022 durch die Einführung des Tariftreuegesetzes und die im letzten Jahr massiv gestiegene Inflationsrate um ca. 20-25% angestiegen. Ohne eine vermutliche weitere Kostensteigerung in 2023 zu berücksichtigen, liegt somit bereits jetzt eine Delta von 15-20% zur Finanzierung der Kosten vor.

Pflegende Angehörige sind der größte Pflegedienst Deutschlands und benötigen dringend weitere Entlastung in der Versorgung ihrer Pflegebedürftigen. Ohne sie ist die ambulante Versorgung in Deutschland nicht gewährleistet. Hier stellen die Entlastungsleistungen eine wichtige Säule dar. Die Hilfe im Haushalt ist ein wesentliches Bedürfnis vieler alter und pflegebedürftiger Menschen. Die Stundensätze für Entlastungsleistungen sind in den letzten Jahren notwendigerweise nach oben angepasst worden, da ansonsten die Dienstleister für Alltagshilfe nicht mehr wirtschaftlich existieren könnten. (Steigerung des Mindestlohns auf 12€/ Stunde sowie massive Steigerung der weiteren betrieblichen Aufwendungen). Die Stundensätze liegen derzeit bei einer Spanne von 35,-€/Std. bis teilweise zu 60€ zzgl. einer Anfahrtspauschale.

Dem hingegen wurde der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI seit seiner Einführung vor 7 Jahren nicht angehoben und beträgt noch immer maximal 125,00 Euro pro Monat. Dafür konnte vor einigen Jahren ein pflegebedürftiger Mensch 5 Stunden pro Monat hauswirtschaftliche Unterstützung und Betreuung erhalten. Dem Prinzip „ambulant vor stationär“ folgend, ist eine Anhebung des Entlastungsbetrages für die häusliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen zwingend notwendig und längst überfällig. Auch die Angehörigen von Menschen mit Pflegegrad I sind mit der Betreuung und häuslichen Pflege extrem belastet und brauchen unbedingt mehr Unterstützung. Dies ist jedoch in dem Gesetzentwurf nicht berücksichtigt.

Wir fordern daher unbedingt eine Anhebung des monatlichen Betrages für Entlastungsleistung nach §45 SGBXI und aller weiteren Budgets angelehnt an die Kostensteigerung und Inflationsrate.



Ilka Mildner
Vorstandsmitglied BHDU

Bundesministerium für Gesundheit
Abteilung 4 – Pflegeversicherung und -Stärkung
Mauerstraße 29
10117 Berlin

Per E-Mail: Pflegereformgesetz-Verbaende@bmg.bund.de

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

Berlin, 6. März 2023

BVMed-Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz - PUEG)

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung	2
II. Zusammenfassung	2
III. Änderungen im Referentenentwurf	4
1. Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	4
2. Artikel 2: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	4

I. Einleitung

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

Der BVMed ist aber insbesondere maßgeblicher Spitzenverband der Hilfsmittelleistungserbringer und Homecare-Versorger auf Bundesebene und vertritt die Gruppe der sogenannten Leistungserbringer nach § 127 SGB V, die Patienten ambulant mit Hilfsmitteln, mit Verbandmitteln und enteraler Ernährung (§ 31 SGB V) sowie den zugehörigen Dienstleistungen versorgen. Dies erfolgt eng zusammen mit Pflegefachkräften.

II. Zusammenfassung

Der Referentenentwurf des Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) zielt auf eine Verbesserung der Situation der Pflege ab. Dieses Vorhaben wird vom BVMed grundsätzlich begrüßt. Es fehlt jedoch noch an verschiedentlichen Weiterentwicklungsoptionen und Flexibilisierungen, um vollumfänglich Nutzenpotentiale für die Pflege bzw. für die zu Pflegenden und deren Angehörige ausschöpfen zu können und dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Hier bieten die Medizintechnik und die sonstigen Leistungserbringer aus der Homecare-Hilfsmittelversorgung Lösungsansätze, diese Nutzenpotentiale besser und schneller erschließen zu können.

Rolle der Pflege | Unterstützung der Versorgungsstrukturen durch Homecare

Beruflich Pflegenden und Angehörige bzw. das Ehrenamt, leisten in der Versorgung von Pflegebedürftigen einen bedeutsamen und enorm hohen Beitrag zur Gesundheitsversorgung in Deutschland. Dieser Beitrag bedarf einer größeren Wertschätzung und eine Verbesserung durch die Flexibilisierung sowie der Einbeziehung weiterer qualifizierter Personengruppen, z. B. aus der Homecare-Hilfsmittelversorgung und der stärkeren Nutzung von digitalen Möglichkeiten der Medizintechnologie. Der Koalitionsvertrag sieht eine Attraktivitätssteigerung des Berufsbildes Pflege vor, um dem Fachkräftemangel zu begegnen. Demnach sollen „schnell und spürbar die Arbeitsbedingungen verbessert“ werden. Hierbei können die Medizintechnologien und die Homecare- und Hilfsmittel-Leistungserbringer unterstützen und so zu einer Entlastung in der Pflege und den zielgerichteten Ressourceneinsatz zur optimalen Versorgungsqualität führen.

Es gilt, vorhandene bzw. kurz- und mittelfristig mobilisierbare Möglichkeiten sinnvoll einzubinden. Dazu gehört zum Beispiel die schon vorhandene Homecare-Versorgung. Ein zu erwartender Rückgang an Pflegemöglichkeiten im familiären Umfeld aufgrund gesellschaftlichen Wandels und auch der politisch vorangetriebene Ausbau pflegeintensiver, ambulanter Leistungen steigern den Bedarf an Pflegepersonal. Diese Entwicklungen schüren das Nachwuchsproblem, mit dem sich der Berufsstand nicht erst seit der Corona-Pandemie konfrontiert sieht. In der klinischen Versorgung werden in Deutschland bis zum Jahr 2035 voraussichtlich rund 300.000 beruflich Pflegenden fehlen. Bei ambulanten Pflegediensten gab es bereits im Jahr 2019 16.000 offene Stellen. Die drastischen Folgen für das Gesundheitswesen sind unübersehbar. Die Versorgung im Homecare-Bereich ist gut geeignet, Pflegefachkräfte im Beruf zu halten und die ambulante Versorgung zu stärken. Durch diese sonstigen Leistungserbringer werden Patienten ambulant mit Hilfsmitteln, Verbandmitteln und enteraler Ernährung versorgt und das in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften.

Entlastung der Pflege durch Medizintechnologien und Daten

Auch technologiegestützte Maßnahmen können in den ambulanten sowie den stationären Bereichen eingeführt werden und erstrecken sich über alle pflegerischen Situationen – Pflegefachkräfte, pflegende Angehörige, Hilfsmittel- und Homecare-Leistungserbringer – und pflegerische Versorgungsbereiche. Diese Maßnahmen können die Prozessgestaltung verbessern und bieten höhere Sicherheit und besseren Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz sowie dienen der Weiterentwicklung des Berufsbildes der Pflege.

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

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

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

Unterstützung der Versorgungsstrukturen durch Digitalisierung

Im Referentenentwurf ist geplant, insbesondere die Digitalisierung zukünftig umfangreicher zu nutzen, um beruflich Pflegende bei der Dokumentation und ihren Aufgaben merklich zu entlasten und die dort anfallenden Informationen schneller über die Telematikinfrastruktur allen beteiligten Fachkreisen zugänglich zu machen. Die Impulse des Koalitionsvertrages sollten auch in der Pflege-Reform aufgenommen werden, um Wege aufzuzeigen, wie Technologiemöglichkeiten umfassender genutzt werden können. Pflegende können damit entlastet und in ihrer Tätigkeit gestärkt werden. Medizinprodukte und digitale medizintechnologische Lösungen können dabei helfen, Arbeitsprozesse zu verbessern, Ressourcen zu schonen und Arbeitsrisiken zu reduzieren. Dabei ist eine Erweiterung der Kompetenz- und Tätigkeitsbereiche in der Pflege möglich. Beruflich Pflegende haben einen umfassenden Mehrwert aus der Anwendung von Medizintechnologien. Das Berufsbild Pflege kann auch dadurch attraktiver gestaltet werden.

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

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

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

Finanzierung Pflege

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

Alle Leistungen in Deutschland unterliegen aktuell einer erheblichen Kostensteigerung angesichts der Inflation durch gestiegene Energie- und Transportkosten, gestiegene Rohstoffpreise, gestiegene Lohnkosten und teilweise gestörte Lieferketten. Nicht nachvollziehbar ist deshalb eine Anpassung erst im Jahr 2025. Hier muss früher eine Lösung für alle Leistungsbereiche gefunden werden. Dies betrifft auch zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel.

Geplante Modellvorhaben gemäß § 123 SGB XI geplante Fassung

Die Ambulantisierung ist zu fördern und neue Versorgungsformen müssen ausprobiert werden. Hierbei sollte der Kreis derjenigen, die diese Modellvorhaben durchführen, sehr weit gefasst werden, um das Innovationspotential voll auszuschöpfen. Deshalb begrüßen wir grundsätzlich die Einführung solcher Modellvorhaben im geplanten § 123 SGB XI. Diese Modellvorhaben sollten so angelegt sein, dass neue Versorgungsformen auch abweichend von starren Vorgaben des SGB V /SGB XI bzw. der G-BA-Regelungen ermöglicht werden, wenn dadurch ein Nutzen für die Pflegebedürftigen und das Sozialversicherungssystem zu erwarten ist.

III. Änderungen im Referentenentwurf

1. Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

1.1 Nummer 2 des Referentenentwurfs: Dem § 341 wird folgender Absatz 8 angefügt:

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

Begründung:

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

2. Artikel 2: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

2.1 Nummer 4 des Referentenentwurfs: Nach § 7c wird folgender § 7d eingefügt:

„§ 7d Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten

(1) Zur Unterstützung von pflegebedürftigen Personen, ihren Pflegepersonen, weiteren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden, Mitarbeitenden in Sozialdiensten in Krankenhäusern, *sowie* in Beratungseinrichtungen *sowie Pflegefachkräften und Organisationen, die Pflegeberatungen durchführen* haben die Landesverbände der Pflegekassen ab dem 1. April 2024 für ihr jeweiliges Land ein barrierefreies elektronisches Informationsportal zu betreiben, zu pflegen und für die Nutzung im Internet öffentlich zur Verfügung zu stellen. In dem Informationsportal sind verständlich und übersichtlich allgemeine Informationen zur Pflegeversicherung für pflegebedürftige Personen, ihre Pflegepersonen, weitere Angehörige und vergleichbar Nahestehende, Sozialdienste in Krankenhäusern und für Mitarbeitende in Beratungseinrichtungen *wie Pflegefachkräfte, die Pflegeberatungen durchführen* sowie [...]“

Begründung:

Im SGB V ist die Erbringung der Leistungen der Häuslichen Krankenpflege (HKP) nicht an Institutionen des SGB XI, sondern an der Eignung der Pflegekräfte festgelegt. Somit muss bei der Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) sichergestellt werden, dass allen geeigneten Pflegefachkräften und Institutionen unabhängig vom SGB XI im Bedarfsfall die Anbindung an die TI ermöglicht werden.

Dies gilt nicht nur für einzelne Organisationen, die nicht unmittelbar dem SGB XI zuzuordnen sind, wie bspw. sonstige Leistungserbringer, sondern auch für einzelne Pflegefachkräfte, soweit und sofern sie z. B. Pflegeberatungen durchführen dürfen. Denn das Informationsportal soll außerdem eine gute Infor-

mationsgrundlage für die Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a und die Arbeit der Pflegestützpunkte nach § 7c sowie für die Beratung im Rahmen des Versorgungsmanagements, insbesondere nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nach § 11 Absatz 4 SGB V liefern.

Aus diesem Grund sind diese zuvor erwähnten Personen-/Unternehmenskreise auch im Informationsportal zur Pflegebetreuung und für die Betreuungsangebote entsprechend aufzunehmen und über ihre Angebote im Rahmen des Entlassmanagements zu berücksichtigen.

2.2 Nummer 17 des Referentenentwurfs: § 40a Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

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

Begründung:

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

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

2.3 Nummer 39 des Referentenentwurfs: Die §§ 123 und 124 werden durch die folgenden §§ 123 und 124 ersetzt:

„§ 123 Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier, Verordnungsermächtigung

(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die in Absatz 1 genannten Zwecke. *Dabei sind die Empfehlungen so am Nutzen für Pflegebedürftige auszurichten, dass diese neue Versorgungsformen oder neue Leistungserbringer unabhängig von den Regelungen des SGB V und SGB XI ausdrücklich mit einbeziehen.* In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, welchen Anforderungen die Einbringung von Zuschüssen der kommunalen Gebietskörperschaften als Personal- oder Sachmittel genügen muss und dass jeweils im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der in Absatz 1 genannten Zwecke Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit unter Beteiligung der Länder. Sie sind dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2023 vorzulegen. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen.“

Begründung:

Um insbesondere die Ambulantisierung zu fördern und neue Versorgungsformen auszuprobieren, sollten die hier unter § 123 SGB XI geplanten Modellvorhaben am Nutzen für die Pflegebedürftigen ausgerichtet werden und auch von dem Regelungsrahmen des SGB V abweichen können. Das heißt, dass beispielsweise der Kreis der Leistungserbringer oder der Umfang der HKP-Leistung im Fall der Modelle des § 123 SGB XI abweichend zu den bestehenden Regelungen und Vorgaben vereinbart werden darf.

Durch eine größtmögliche Leistungsflexibilisierung müssen unter Beachtung bestehender Qualitätsanforderungen auch neue Versorgungsformen für eine frühzeitige Überleitung aus dem Krankenhaus und in die Anschlussversorgung nach dem Krankenhaus ermöglicht werden.

Grund dafür sind beispielsweise Programme wie das „Hip-in-a-Day“-Programm, das aus einem sogenannten „Ultra-Fast-Track-Pfad“ besteht. In diesem Programm können Patienten nach einem Hüftendoprothetik-Eingriff noch am selben Tag des operativen Eingriffs in die ambulante Nachsorge entlassen werden. Sie kommen dann in ein gut vorbereitetes und explizit ausgewähltes Betreuungsprogramm, bestehend aus einer maximal intensiven und interdisziplinären Betreuung.

Weitere Programme, wie zum Beispiel „Hospital at Home“ stellen eine Erweiterung der gängigen Homecare-Versorgung dar. Patienten mit einer Erkrankung, die üblicherweise einen längeren Krankenhausaufenthalt erfordert, werden nach definierten Kriterien frühzeitig im häuslichen Umfeld therapiert.

Ein solches Versorgungsmodell senkt die Kosten, verbessert die Ergebnisse und die Erfahrungen der Patienten und stärkt den Wunsch zur ambulanten Versorgung in der Häuslichkeit.

Solche zuvor genannten Konzepte – „Hip in a day“ und „Hospital at Home“ – sind in der Praxis nur dann qualitätsorientiert umsetzbar, wenn weitere, darauf spezialisierte ambulante Leistungserbringer z. B. aus dem Homecare-Bereich einbezogen werden. Sie müssen über geplanten Modellvorhaben regional erprobt werden können. Aus diesem Grunde halten wir die vorgeschlagene Anpassung für erforderlich.

2.4 Nummer 40 des Referentenentwurfs: Nach § 125a wird folgender § 125b eingefügt:

„§ 125b Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

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

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

Begründung:

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

Gesetzesentwurf zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz – PUEG)

Stellungnahme des Bundesverbands Pflegemanagement.

Der Bundesverband Pflegemanagement hat die enttäuschende Veröffentlichung des Referentenentwurfs zum PUEG in einem Online-Meeting diskutiert. Teilgenommen an dem Austausch haben Pflegefachpersonen sowie Führungskräfte des mittleren und oberen Pflegemanagements des SGB XI und IX.

Im Mittelpunkt der Diskussion stand neben der fehlenden Größe und damit zu erwartenden Wirkung der angekündigten Reform erneut die nicht vorhandene Berücksichtigung der Expertise der Profession Pflege in den gesetzgebenden Gremien. Folgende Positionen und Forderungen an die Politik sind Ergebnis des Austausches.

Konsequenzen und Gefahren der angekündigten Maßnahmen

Die ohnehin mehr als angespannte Situation der beruflich Pflegenden wird sich durch die geplanten Maßnahmen nicht im erforderlichen Maß verbessern und damit zu einer weiteren Verschärfung des Personalnotstands sowie der wirtschaftlichen Situation der pflegebedürftigen Menschen führen.

- Im Vordergrund steht die Sicherung der wirtschaftlichen Basis der Sozialen Pflegeversicherung (SPV). Dabei wird lediglich auf die bekannte Mechanik der Beitragssatzerhöhung unter Berücksichtigung der Vorgaben des BVG-Urteils vom 07.04.2022 zur Berücksichtigung des Erziehungsaufwandes von Eltern zurückgegriffen. Die seit langem geforderte grundlegende Finanzierungsreform bleibt jedoch erneut aus.
- Die ab 01.01.2024 geplante Anhebung des Leistungszuschlages für Menschen, die in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden, sowie die geplante Dynamisierung von Geld- und Sachleistungen werden durch das Tariftrueugesetz, die Anhebung des Mindestlohns und die seit 2022 enorm gestiegenen Sachkosten aufgezehrt. Da davon auszugehen ist, dass sich die Preissteigerung 2023 fortsetzt, wird es auch in der Folge zu keiner effektiven Entlastung der Betroffenen kommen. Bestenfalls kann der Anstieg moderat und vorübergehend abgemildert werden.
- Als weitere Maßnahmen zur Schließung der Finanzlücke in der SPV ist vorgesehen, die jährliche Zuführung an den Pflegevorsorgefonds auf 2024 zu verschieben. Dadurch entstehen obzwar im Jahr 2023 Minderausgaben von 1,7 Milliarden Euro, gleichzeitig jedoch Mehrausgaben in gleicher Höhe im Jahr 2024.
- Die Rückzahlung des in 2022 vom Bund gewährten Darlehens in Höhe von einer Milliarde Euro soll mit dem PUEG von Ende 2023 auf 2028 verschoben werden. Was zwar kurz- bis mittelfristig für Entspannung sorgt, am Ende allerdings einer Verlagerung der Problematik in eine ungewisse Zukunft entspricht.
- Zur Kompensation zukünftiger Liquiditätsbedarfe soll die Bundesregierung ermächtigt werden, den allgemeinen Beitragssatz im Wege einer Rechtsverordnung anzuheben. Diese Verordnungsermächtigung sowie die Nichteinhaltung von Vereinbarungen des Koalitionsvertrags zur Erhöhung des Einsatzes von Steuermitteln lassen befürchten, dass demokratische Entscheidungsprozesse umgangen werden und der Bund sich seiner Finanzverantwortung entziehen will.
- Über die SPV sollen jährlich 50 Millionen Euro für ein Förderbudget der Länder und Kommunen bereitgestellt werden, um innovative Modellvorhaben für neue Pflegestrukturen vor Ort zu realisieren. Voraussetzung ist, dass die Länder bzw. Kommunen sich hälftig an den Kosten beteiligen. Vom Grundsatz gut gedacht, doch derzeit erscheint die Finanzierung unmöglich, ohne in der aktuellen Versorgung Abstriche zu machen.
- Das Thema Übernahme der Behandlungspflege in den stationären Einrichtungen ist ein weiteres Mal nicht berücksichtigt worden. Seit Einführung der Pflegeversicherung erbringen die Pflegeheime Leistungen der Behandlungspflege, ohne dass diese vergütet werden.

- Bei der Digitalisierung in der Langzeitpflege hat sich in den vergangenen Jahren einiges bewegt und viele Einrichtungen sind auf einem guten Weg. Dass die Förderprogramme fortgeführt werden sollen, ist zu begrüßen. So sollen ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen verpflichtet werden, sich der Telematikinfrastruktur anzuschließen. Zudem soll ein Onlineportal aufgesetzt werden, das tages- oder wochenaktuelle Informationen über freie Kapazitäten der ambulanten und stationären Pflege angezeigt.
- Auch die Schaffung einer Referent*Innenstelle im Qualitätsausschuss Pflege nach § 118 SGB XI ist zu begrüßen.
- Ebenso die öffentlichen Sitzungen des QA (§113b, 3a) sind im Sinne von mehr Transparenz im System ein Schritt in die richtige Richtung.
- Das Programm zur Förderung von guten Arbeitsbedingungen in der Pflege soll über 2024 hinaus bis 2030 verlängert werden. Für dieses Programm stellt die SPV pro Jahr 100 Millionen Euro zur Verfügung.

Forderungen des Pflegemanagement

Der Bundesverband Pflegemanagement sowie alle Beteiligten der Diskussion fordern daher:

- Eine grundlegende Reform des Finanzierungsmodells, das nicht nur auf den Schultern der Beitragszahlenden lastet.
- Eine Ergänzung des Entwurfs um die Übernahme der Behandlungspflege in den stationären Einrichtungen.
- Der Bund muss die Finanzierungsverantwortung übernehmen und darf durch Verordnungsermächtigungen nicht den Eindruck von Willkür vermitteln.
- Es ist geboten, einen stabilen und dynamisierten Steuerzuschuss in die SPV zu gewähren. Der Zuschuss könnte regelgebunden z. B. als Anteil der Leistungsausgaben ausgestaltet werden, der im Gleichtakt mit den SPV-Ausgaben steigt.
- Zudem sollte die Private Pflegeversicherung (PPV) am Solidarausgleich der SPV beteiligt werden. Der Finanzausgleich könnte die SPV um bis zu zwei Milliarden Euro jährlich entlasten.
- Die Mechanik des § 43c könnte für die ambulanten Sachleistungen herangezogen werden, so dass Pflegebedürftige sich mehr Leistungen einkaufen können und der ambulante Sektor gestärkt wird.
- Dringend geboten ist eine Vereinfachung des Systems statt einer weiteren Zunahme von Komplexität und Intransparenz.
- Wünschenswert ist ein Modellprojekt zur Heilkundeübertragung ins SGB XI.
- Ergänzung um das Thema einer einheitlichen Pflegehelferausbildung (QN 3) sowie deren gesetzlich gesicherten Finanzierung.

Berlin, 14. März 2023

Kontakt

Bundesverband Pflegemanagement e.V.
Sabrina Roßius
Geschäftsführerin
Tel. 030 44 03 76 93
sabrina.rossius@bv-pflegemanagement.de
www.bv-pflegemanagement.de

Der **Bundesverband Pflegemanagement e.V.** ist eine aktive Interessenvertretung der Profession Pflege und insbesondere des Pflegemanagements in Politik und Öffentlichkeit. Der Verband ist bereits seit 1974 aktiv. Die heutige Struktur mit Bundesvorstand und Landesgruppen für einen maximalen Einfluss in Politik und Öffentlichkeit besteht seit 2005. Der Bundesverband Pflegemanagement ist Gründungsmitglied und aktives Mitglied des Deutschen Pflegerats. Durch seine Managementkompetenz, sein starkes Netzwerk und eine klare Organisationsstruktur wird der Verband heute als einer der Hauptansprechpartner unter den Pflegemanagement-Verbänden gehört und ist auf Bundes- wie Landesebene in die Gestaltung von Gesetzesvorlagen involviert und in Gremien engagiert. Vorstandsvorsitzende ist Sarah Lukuc.

**Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e.V. (bpa)**

Stellungnahme

zum

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

für ein

**Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege
(Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)**

Berlin, 06. März 2023

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
Zusammenfassung	3
• Keine neue Bürokratie	5
• Mehrkosten in Leistungsbeträgen angemessen abbilden	5
• Umsetzung der Personalbemessung ermöglichen	6
I.) Stellungnahme zum Referentenentwurf	3
§ 341 Abs. 8 SGB V – ePA und Telematikinfrastruktur	8
§ 7d SGB XI – Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten	10
§ 8 Abs. 7 SGB XI – Verlängerung des Förderprogramms zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf	13
§ 8 Abs. 8 SGB XI – Entfristung Digitalisierungszuschuss	16
§§ 18 bis 18e SGB XI – Begutachtung	18
§ 30 SGB XI – Dynamisierung	20
§ 36 SGB XI – Erhöhung der ambulanten Sachleistungen	24
§ 39 SGB XI – Verhinderungspflege	25
§ 42a SGB XI – Gemeinsamer Jahresbetrag	27
§ 43c SGB XI – Erhöhung vollstationäre Leistungszuschläge	30
§ 55 SGB XI – Beitragssatz	32
§ 72 Abs. 3 Nr. 4 SGB XI – Expertenstandards	33
§ 75 Abs. 1 SGB XI – Veröffentlichung der Rahmenverträge	34
§ 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 11 – Anforderungen an die geeigneten Nachweise	35
§ 108 SGB XI – Auskünfte an die Versicherten	37
§ 113 SGB XI – elektronische Pflegedokumentation	38
§ 113a SGB XI – Expertenstandards	39
§ 113b Abs. 3a SGB XI – öffentliche Sitzungen des Qualitätsausschusses	40
§ 113b Abs. 6 SGB XI – zusätzliche Referentenstelle Qualitätsausschuss	41
§ 113c SGB XI – Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen	42
§ 114c Abs. 1 SGB XI – Prüfrhythmus	46
§ 123 SGB XI – Modellvorhaben	47
§ 125b SGB XI – Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege	48
II.) Weitere Reformvorschläge des bpa	49
1.) Angemessene Berücksichtigung von unternehmerischem Wagnis und der Möglichkeit der Gewinnerzielung	49
2.) Entgeltverhandlungen vereinfachen	50

I.) Stellungnahme zum Referentenentwurf Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)** bildet mit mehr als 13.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-)stationären Pflege, der Behindertenhilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind systemrelevanter Teil der Daseinsvorsorge. Als gutes Beispiel für Public-private-Partnership tragen die Mitglieder des bpa die Verantwortung für rund 395.000 Arbeitsplätze und circa 29.000 Ausbildungsplätze. Die Investitionen in die pflegerische Infrastruktur liegen bei etwa 31 Milliarden Euro. Mit rund 6.700 Pflegediensten, die circa 300.000 Patienten betreuen, und 6.300 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 370.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

Zusammenfassung

Viele ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen befinden sich in einer schwierigen wirtschaftlichen Lage und es mehren sich Berichte über Insolvenzen und Betriebsschließungen aus den verschiedensten Trägerbereichen, aus dem Bereich der freien Wohlfahrtspflege, der Familienunternehmen und größerer Träger. Es werden keine Einzelfälle bleiben: 68 Prozent der bpa-Mitgliedseinrichtungen haben in einer aktuellen Befragung mitgeteilt, dass sie Sorgen um ihre wirtschaftliche Existenz in naher Zukunft haben. Mehr als 77 Prozent haben in den letzten drei Monaten signifikante negative Veränderungen Ihres Betriebsergebnisses festgestellt. Das ist beängstigend – vor allem für Pflegebedürftige und deren Familien.

Die Gründe sind fast immer gleich: Die Kombination aus extremen personellen Engpässen und damit einhergehenden Erlöseinbrüchen, Pandemiefolgen, nicht oder nur unzureichend refinanzierter Mehrkosten aus der Tariftreueregelung, einer fehlenden Vergütung des Unternehmerrisikos, steigenden Kraftstoff-, Energie- und Lebensmittelkosten und der ohnehin bestehenden massiven Belastung der Pflegeeinrichtungen führt zu einer toxischen Mischung, die die Einrichtungen zunehmend in die Knie zwingt und in ihrer wirtschaftlichen Existenz gefährdet. Die Auswirkungen auf die pflegerische Infrastruktur sind offenkundig. Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen müssen wegen fehlenden Personals ihre Angebote drastisch einschränken oder ihren Betrieb einstellen.

Die enormen Belastungen und der extrem hohe Druck, mit dem Pflegeeinrichtungen zu kämpfen haben, führen jedoch nicht nur zu einem versorgungspolitischen, sondern auch zu einem gesamtgesellschaftlichen Problem. Die Versorgung der weiter stark wachsenden Zahl pflegebedürftiger Menschen und die dafür notwendigen Milliardeninvestitionen sind nur zu gewährleisten, wenn sich viele Unternehmerinnen und Unternehmer mit der Pflege identifizieren, eigenes Risiko für neue Angebote eingehen und immer neue Arbeitsplätze schaffen. Das aber tun sie nur, wenn sie Rahmenbedingungen vorfinden, in denen es sich planbar und nachhaltig wirtschaften lässt. Wenn dies zunehmend nicht mehr gelingt und sich eine Unterversorgung in der Langzeitpflege verstetigt, hat dies ebenfalls unmittelbare Auswirkungen auf unsere Volkswirtschaft und die Wohlstandssicherung in unserer Gesellschaft:

Wer für die Pflege seiner Angehörigen auf keine professionelle Unterstützung zurückgreifen kann, ist nicht in der Lage mit seiner Arbeitskraft zur Wertschöpfung beizutragen.

Ein Angebotsmangel in der Pflege verschärft somit den Fachkräftemangel in allen anderen Wirtschaftsbranchen. Damit diese Entwicklung sich nicht weiter verschärft, **brauchen die Pflegeeinrichtungen ein Sofortpaket zur wirtschaftlichen Absicherung und Unterstützung.**

Der vorliegende Referentenentwurf wird diesen aktuellen Herausforderungen in der Pflege in keiner Weise gerecht. Er gibt keinerlei Antworten auf die existenziellen wirtschaftlichen Bedrohungen. Stattdessen wird mit weiteren bürokratischen Anforderungen sogar noch an der Belastungsschraube gedreht. Es sind daher umfängliche Überarbeitungen erforderlich.

Dazu zählt dringend auch eine gesetzliche Klarstellung zur Refinanzierung der Anwerbekosten für ausländische Pflegekräfte. Hierzu hat das Bundesministerium für Gesundheit eine begrüßenswerte Rechtsauffassung mitgeteilt, deren Umsetzung die Pflegekassen aber verweigern. Der bpa fordert daher den Gesetzgeber auf, im vorliegenden Gesetzentwurf eindeutig festzulegen, dass diese Kosten in den Pflegesatzverhandlungen zu berücksichtigen sind. Andernfalls dürfte sich die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung erheblich erschweren, weil die Pflegeeinrichtungen enorme Anwerbe- und Integrationsaufgaben übernehmen müssten, deren Kosten sie nicht refinanziert bekommen.

Darüber hinaus muss der Gesetzgeber die weiteren, im Koalitionsvertrag bereits vereinbarten Maßnahmen, unverzüglich angehen. Hierzu gehören die

- Herausnahme der Ausbildungskosten aus den Eigenanteilen,
- die Finanzierung der Kosten der medizinischen Behandlungspflege in den Pflegeheimen durch die Krankenkassen und
- die Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen (wie die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige) aus Steuermitteln.

Keine neue Bürokratie

Der Bürokratieabbau in der Pflege ist ein seit Jahren verfolgtes politisches Ziel, welches mit jeder Gesetzesreform bedauerlicherweise einen weiteren Rückschritt erfährt. Die nun vorgesehenen Regelungen sorgen erneut für zusätzliche Belastungen, die ohne jeden Mehrwert für die Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftigen sind:

- Es wird eine Pflicht für den Anschluss an die Telematikinfrastruktur eingeführt, obwohl die technischen und organisatorischen Voraussetzungen dafür nicht gewährleistet sind. Anstatt für die notwendigen Rahmenbedingungen bei der Digitalisierung der Pflege zu sorgen wie nachhaltige und auskömmliche Finanzierungsmittel zur digitalen Ausstattung in den Einrichtungen wird lediglich ein „Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege“ geschaffen mit Finanzierungsmitteln beim GKV-Spitzenverband – fern von den Bedarfen und Notwendigkeiten in den Pflegeeinrichtungen.
- Stationäre Pflegeeinrichtungen sollen freie Plätze tagesaktuell und Pflegedienste wöchentlich freie Kapazitäten an ein neues Internetportal melden – obwohl beispielsweise eine solche Regelung in Nordrhein-Westfalen bereits eingeführt und sich in der Praxis nicht bewährt hat.
- Leistungserbringer von Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege müssen den Pflegekassen die Leistungserbringung anzeigen und dem Pflegebedürftigen eine Leistungsübersicht übermitteln, obwohl sowohl den Kassen als auch den Pflegebedürftigen auch bisher bereits die entsprechenden Angaben vorliegen.

Mehrkosten in Leistungsbeträgen angemessen abbilden

Der bpa bewertet die vorgesehenen Erhöhungen der ambulanten und stationären Sachleistungsbeträge als deutlich zu gering. Das gilt auch angesichts der Tatsachen, dass die ambulanten Sachleistungen nach § 36 SGB XI zusätzlich zum 1. Januar 2024 um 5% erhöht und die Leistungszuschläge nach § 43 c SGB XI erhöht werden sollen.

Die vorgesehenen Erhöhungen verkennen, wie stark sich die Preise in den vergangenen Jahren erhöht haben und welchen zusätzlichen

Kostenbelastungen die Pflegebedürftigen und Pflegeeinrichtungen ausgesetzt sind. Ausbildungsumlagen, Investitionskosten fehlende Refinanzierung der Behandlungspflege im stationären Sektor, ebenso wie Rentenbeiträge für pflegende Angehörige. Nach teuren vorangegangenen Gesetzen wie dem GVWG sind die für die Pflegebedürftigen finanzierbaren Leistungen zusammengeschrumpft. Die jetzt vorgeschlagenen Leistungserhöhungen reichen nicht aus, um hier echte Entlastungen zu schaffen.

In einem relativ kurzen Zeitraum von fünf Jahren sind die Eigenbeiträge für ambulant versorgte Pflegebedürftige um über 50% gestiegen. Das bedeutet, dass die Mehrkosten von vielen Pflegebedürftigen aus ihren Renten oder Vermögen ganz überwiegend nicht mehr getragen werden können. Was im vollstationären Sektor den Gesetzgeber zur Absenkung der Eigenanteile für Langzeitpflegebedürftige veranlasst hat, genau dieses Mechanismus bedarf es auch für ambulant versorgte Pflegebedürftige. Die zum 01.01.2024 geplante Entlastung durch die Anhebung der Sachleistungsbudgets um 5 % wird bei der derzeitigen Entwicklung in der Tariflandschaft lediglich die zum gleichen Zeitpunkt erwartbare weitere deutliche Preissteigerung etwas abfedern. Eine tatsächliche Entlastung wird nicht erreicht. Die schon heute für viele Pflegebedürftigen prekäre Situation wird durch eine solche viel zu geringe Anpassung der Sachleistungsbeträge überhaupt nicht verbessert. Bereits heute bestehende Probleme werden nicht gelöst.

Auch wenn die Anhebung der vollstationären Leistungszuschläge nicht ausreicht, wird sie vom bpa als Schritt in die richtige Richtung begrüßt. Sie wird gleichwohl nicht verhindern, dass der Eigenanteil weiter steigt, u.a. aufgrund erheblich steigender Löhne, der belastenden Inflationsrate und der gesetzlich normierten Mehrpersonalisierung. Ebenso wie in der stationären Pflege bedarf es auch in der ambulanten Pflege entsprechender Regelungen zur Anerkennung von ausländischen Fachkräften. Diese müssen auch schon während ihres Anerkennungsverfahrens entsprechend eingesetzt werden können. Die Möglichkeit zur Aufstiegsqualifizierung sowie die Einsetzbarkeit in der Behandlungspflege sind in den Regelungen für den ambulanten Bereich zu berücksichtigen.

Umsetzung der Personalbemessung ermöglichen

Die vorgesehenen Neuregelungen zur Besetzung von Stellen in den Pflegeheimen, sind ein sehr guter erster Schritt, der vom bpa ausdrücklich begrüßt wird.

Mindestens einjährig qualifizierte Pflegehilfs- und -assistenzkkräfte gibt es in keinem Bundesland in auch nur annähernd der Anzahl, die entsprechend des neuen Personalbemessungssystems erforderlich wäre. Damit dennoch

in den Pflegeheimen mit der Umsetzung der neuen Systematik eines qualifikationsgerechten Personaleinsatzes begonnen werden kann, bedarf es deshalb praxistauglicher Lösungen, die gleichzeitig die Beibehaltung einer hohen Versorgungsqualität sicherstellen.

Die auf den Weg gebrachten Möglichkeiten werden einen Umstieg in die Umsetzung der Personalbemessung überhaupt erst flächendeckend zulassen. Die Maßnahmen ersetzen gleichwohl nicht das Erfordernis struktureller Maßnahmen zur Steigerung der Ausbildungszahlen, dem Erschließen des Beschäftigungspotentials sowie dem erheblichen Ausbau der Anwerbung ausländischer Fachkräfte.

Zu den Vorschriften im Einzelnen

Artikel 1, Nr. 2

§ 341 Abs. 8 SGB V – ePA und Telematikinfrastruktur

Vorgeschlagene Neuregelung

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen haben bis zum 1. Juli 2024 alle Voraussetzungen zu erfüllen, um den Zugriff auf die elektronische Patientenakte und den Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 306 umzusetzen.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt es, wenn die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen schnellstmöglich an die Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen sind und Zugriff auf die elektronische Patientenakte haben. Die Pflegeeinrichtungen sind im Gegensatz zu anderen Leistungserbringern nicht diejenigen, die bei der Digitalisierung auf der Bremse stehen. Das verkennt der Gesetzentwurf leider. In der Begründung heißt es, dass die Frist zur Anbindung gesetzt wurde, um zeitnah alle Pflegeeinrichtungen an TI anzuschließen. Das klingt so, als hinge der Anschluss alleine von der Frist ab. Dem ist aber nicht so. Vielmehr besteht das Problem darin, dass den Pflegediensten und Pflegeheimen weitere Verpflichtungen auferlegt werden sollen, obwohl die technischen und organisatorischen Voraussetzungen dafür nicht gewährleistet sind. Die Anwendungen mit besonderem Nutzen für die Pflegeeinrichtungen, wie das vollelektronische Rezept oder ärztliche Verordnungen, fehlen weiterhin. Die laufenden Modelprojekte zur Erprobung der Telematikinfrastruktur für die Pflegeeinrichtungen verzögern sich und haben bisher keine belastbaren Ergebnisse geliefert. Zudem ist an vielen Stellen die technische Umsetzung unklar, weil sich die Spezifikationen fortlaufend ändern und aktuell zudem keine mobilen Konnektoren etabliert sind. Beim elektronischen Heilberufsausweis für Pflegekräfte fehlt eine gesicherte Refinanzierung der erheblichen Kosten.

Bevor diese elementaren Voraussetzungen nicht geschaffen wurden, darf es keine Verpflichtung für die ambulanten Pflegedienste und die teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen geben, sich verpflichtend an die Telematikinfrastruktur anbinden zu müssen.

In den Gesetzgebungsverfahren zum Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) und dem Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) sprach der Gesetzgeber stets davon, dass Pflegeeinrichtungen sich künftig freiwillig an die Telematikinfrastruktur anbinden könnten. Das ist aus Sicht des bpa

grundsätzlich auch nach wie vor der richtige Weg. Es darf daher keine kurzfristige starre Einführungsfrist geben.

Der Gesetzgeber ist gefordert, auf dem Weg zur fortschreitenden Digitalisierung in der Pflege zunächst die bürokratischen Hemmnisse und die Störfaktoren zu beseitigen und die notwendigen technischen Voraussetzungen zu schaffen. Davon unabhängig haben die Pflegeeinrichtungen ein hohes Eigeninteresse, die digitalen Möglichkeiten so weit wie möglich auszuschöpfen. Viele haben sich schon auf den Weg gemacht und nutzen die digitalen Möglichkeiten – soweit dieses heute schon möglich ist. Die Digitalisierung in der Pflege wird nicht an den Pflegeeinrichtungen scheitern. Einer kurzfristigen Pflicht zur Anbindung an ePA und die Telematikinfrastruktur bedarf es daher nicht.

Änderungsvorschläge

In § 341 Abs. 8 SGB V wird wie folgt gefasst:

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch **sollten haben** bis zum 1. Juli 2024, **spätestens aber zum 1. Januar 2026** alle Voraussetzungen **zu** erfüllen, um den Zugriff auf die elektronische Patientenakte und den Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 306 umzusetzen. § 360 Absatz 8 gilt unverändert.

§ 360 Abs. 8 SGB V wird wie folgt geändert:

Um Verordnungen nach den Absätzen 5, 6 oder Absatz 7 elektronisch abrufen zu können, **haben sollten** sich Erbringer von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 sowie der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c bis zum 1. Januar 2024, **spätestens aber zum 1. Januar 2026**, Erbringer von Leistungen der Soziotherapie nach § 37a bis zum 1. Januar 2025, **spätestens aber zum 1. Januar 2026** → Heil- und Hilfsmittelerbringer sowie Erbringer der weiteren in Absatz 7 Satz 1 genannten Leistungen bis zum 1. Januar 2026 an die Telematikinfrastruktur nach § 306 anzuschließen.

Artikel 2, Nr. 4

§ 7d SGB XI – Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten

Vorgeschlagene Neuregelung

Die Landesverbände der Pflegekassen haben ab dem 1. April 2024 für ihr jeweiliges Land ein barrierefreies elektronisches Informationsportal zu betreiben und im Internet öffentlich zur Verfügung zu stellen. Darin sind auch Informationen zu frei verfügbaren Angeboten von allen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie ambulanten Betreuungsdiensten aufzunehmen. Stationäre Pflegeeinrichtungen müssen ab 1. Oktober 2024 freie Plätze in ihren Einrichtungen tagesaktuell melden. Pflegedienste müssen freie Kapazitäten wöchentlich melden.

Stellungnahme

Was auf den ersten Blick als begrüßenswertes Ziel erscheint, wird in der Praxis zu erheblichen Problemen führen, wenn es als Verpflichtung für die Einrichtungen formuliert wird. Der bpa lehnt deshalb die Meldepflichten entschieden ab. Dies führt zu einem erheblichen bürokratischen Mehraufwand für die Pflegedienste, Einrichtungen der Tagespflege und Pflegeheime – in einer sich verfestigenden Situation der Unterversorgung, in der alle Pflegeeinrichtungen unter einem erheblichen Personalmangel leiden und deswegen allerorten ihre Kapazitäten reduzieren.

Es bedeutet einen enormen Aufwand für die Einrichtungen, eine solche Datenbank zu pflegen. Ohne erkennbaren Nutzen in einer sich verstetigenden Mangellage an Versorgungsangeboten. Es ist in der Praxis selten der Fall, dass z.B. ein Platz in einem Pflegeheim frei wird und der erste Anrufer/die erste Anruferin diesen bekommt. Oft werden zunächst Besichtigungstermine vereinbart, das Zimmer wird zunächst reserviert und steht damit nicht zur Verfügung. Nach der Besichtigung entscheiden sich die Angehörigen gegen dieses Zimmer – es wird wieder verfügbar. Nun hat die Einrichtung jedoch einen Interessenten auf der Warteliste, den sie zurzeit telefonisch nicht erreicht, sie muss das Zimmer also wieder in der Datenbank melden. Dann erreicht sie den Interessenten, ein neuer Besichtigungstermin steht an usw. usw. Bis das Zimmer also neu vergeben ist, wechselt der Platz mehrmals zwischen dem Status verfügbar und belegt. Eine dauernde Änderung der Datenbank wäre notwendig. Meldet die Einrichtung einen freien Platz gar nicht, weil sie bereits eine Warteliste hat und der Platz „so gut wie“ wieder belegt ist, könnte ein „pfiffiger Bürger“, der die Neubelegung ohne zwischenzeitliche Meldung freier Kapazitäten bemerkt, die Einrichtung angreifen und ihr vorwerfen, sich nicht an das Recht zu halten, um sich auf dieser Basis selbst (oder einen Angehörigen) in den Platz „einzuklagen“.

Andersherum wird es Anrufer geben, die bei gemeldeten freien Plätzen anrufen und dann mitgeteilt bekommen, dass der Platz bereits wieder vergeben ist. Eine absolut zeitnahe Berichtigung in der Datenbank wird nämlich schon deshalb nicht möglich sein, weil es z.B. nur die Verwaltungsmitarbeiterin macht, die eine halbe Stelle hat und nur vormittags da ist. Diese Anrufer werden verärgert sein und sich fragen, was dann diese Datenbank überhaupt soll.

Da zudem in einigen Bundesländer (z.B. Nordrhein-Westfalen, vgl. § 23 Abs. 4 WTG DVO) bereits ähnliche Verpflichtungen bestehen, würden Doppelstrukturen geschaffen. Die Erfahrungen in Nordrhein-Westfalen zeigen, dass diese Meldungen keinen wirklichen Nutzen haben. Als frei gemeldete Plätze sind häufig bereits „wieder vergeben“ – nur die Verträge dafür sind häufig noch nicht unterschrieben o.ä. Häufig sind es auch Doppelzimmer-Plätze für Männer, die für die meisten Interessentinnen nicht in Frage kommen. Mitarbeiter der Einrichtungen haben viel Arbeit damit, die Anrufer abzuweisen und die Gründe zu erläutern. Die Pflegeheime in Nordrhein-Westfalen beklagen dabei den administrativen Aufwand, der in keinem Verhältnis zum vermuteten Nutzen steht. Hinzu kommt, dass die Heimaufsichten die Pflegeheime auf die Pflicht zur tagesaktuellen Meldung in Form der täglichen Meldung hinweisen, es entsteht also erheblicher zusätzlicher bürokratischer Aufwand, ohne dass den Pflegebedürftigen, die einen Heimplatz suchen, geholfen wäre.

Angesichts der extremen Belastungen der Einrichtungen und unzähliger sonstiger Meldepflichten sowie des sehr fragwürdigen Nutzens appelliert der bpa nachdrücklich an den Gesetzgeber, die vorgesehene Meldepflicht umzuwandeln in eine freiwillige Meldemöglichkeit. Damit würde die Möglichkeit geschaffen, dass interessierte Einrichtungen freie Kapazitäten melden können, ohne dass für alle anderen eine neue Verpflichtung geschaffen würde.

Besonders kritisch bewertet der bpa beim Vorschlag insbesondere die für Pflegeheime vorgesehene „tagesaktuelle“ Übermittlungspflicht. Das würde bedeuten, dass vollstationäre Einrichtungen jeden Tag – auch jeden Samstag, jeden Sonntag, Heiligabend wie Ostermontag – ihre freien Kapazitäten melden müssten. Das ist völlig realitätsfern. Gerade in kleineren Einrichtungen ändert sich die Belegung nicht so häufig, dass sich eine tägliche Meldepflicht rechtfertigen würde. Da zudem am Wochenende keine Verwaltungskraft anwesend ist, würde das womöglich eine zusätzliche Belastung für Pflegekräfte bedeuten, die am Wochenende und an Feiertagen eine zusätzliche bürokratische Aufgabe übernehmen müssten. Während den Pflegekassen bei der Begutachtung als Frist drei „Arbeitstage“ zugestanden werden, will der Gesetzgeber beim Informationsportal Pflegeheime und ihre Mitarbeitenden mit einer „tagesaktuellen“ Verpflichtung belasten. Das ist nicht akzeptabel und steht in keinem Verhältnis zum Nutzen der Regelung.

Zudem weist der bpa die beim Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft (Seite 46) behauptete „Einsparung“ zurück. Der Gesetzgeber behauptet, dass „die Pflegeeinrichtungen gezielt entsprechend ihrer freien Kapazitäten kontaktiert und Aufwände zur Gewinnung von Kundinnen und Kunden reduziert werden können“. Durch zielgerichtete Anrufe bei freien Einrichtungen würde sich der Aufwand reduzieren. Eine solche Annahme ist durch nichts belegt. Es wird auch weiterhin Pflegebedürftige und Angehörige geben, die entweder das Portal gar nicht nutzen, oder aber auch bei Einrichtungen anfragen, die keine freien Kapazitäten gemeldet haben, weil diese die naheliegendsten sind und geprüft werden soll, ob nicht vielleicht doch noch eine Leistungsaufnahme erfolgen könnte.

Änderungsvorschläge

§ 7d SGB XI wird wie folgt geändert:

(1) Zur Unterstützung von pflegebedürftigen Personen, ihren Pflegepersonen, weiteren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden, Mitarbeitenden in Sozialdiensten in Krankenhäusern sowie in Beratungseinrichtungen haben die Landesverbände der Pflegekassen ab dem 1. April 2024 für ihr jeweiliges Land ein barrierefreies elektronisches Informationsportal zu betreiben, zu pflegen und für die Nutzung im Internet öffentlich zur Verfügung zu stellen. In dem Informationsportal sind verständlich und übersichtlich allgemeine Informationen zur Pflegeversicherung für pflegebedürftige Personen, ihre Pflegepersonen, weitere Angehörige und vergleichbar Nahestehende, Sozialdienste in Krankenhäusern und für Mitarbeitende in Beratungseinrichtungen sowie

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

...

(4) Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Einrichtungen und Anbieter ~~sind können~~ nach Aufnahme in das Informationsportal ~~verpflichtet~~, Änderungen ihrer dort veröffentlichten Informationen ~~unverzüglich~~ an das Informationsportal ~~zu~~ übermitteln. ~~Die in Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 genannten stationären Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, dem Informationsportal ab dem 1. Oktober 2024 tagesaktuell die Angaben zu den bei ihnen frei verfügbaren Kapazitäten (Plätze) zu übermitteln, für ambulante Pflegeeinrichtungen gilt eine wochenaktuelle Meldefrist frei verfügbarer Kapazitäten (Plätze und Angebote, einschließlich gesondert ausgewiesener Hilfen bei der Haushaltsführung).~~

Artikel 2, Nr. 5a

§ 8 Abs. 7 SGB XI – Verlängerung des Förderprogramms zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf

Vorgesehene Neuregelung

Das Förderprogramm für Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf soll bis 2030 verlängert werden.

Stellungnahme

Um die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für die Beschäftigten in den Pflegeeinrichtungen zu erleichtern, hat der Gesetzgeber mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz ein entsprechendes Förderprogramm eingeführt. Der bpa hat in seiner damaligen Stellungnahme das Ziel des Gesetzgebers ausdrücklich begrüßt. Gleichwohl wurde bereits damals festgestellt, dass das vorliegende Förderinstrument absehbar keine nachhaltigen Verbesserungen bewirken könne. 7.500 Euro im Jahr als fünfzigprozentiger Zuschuss genügen zur Finanzierung von Schulungs- und Weiterbildungsangeboten. Es kann hingegen nicht erwartet werden, dass die tatsächlich effektiven Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf damit auch nur im Ansatz gegenfinanziert werden können.

Die Realität hat diese Befürchtungen allzu deutlich bestätigt. Knapp 1% der jährlichen Fördersumme wird überhaupt nur in Anspruch genommen. Und selbst hier verteilt sich ein erheblicher Teil ausschließlich auf ausgewählte Coaching-Angebote, die spezifisch zur Nutzung der Fördergelder geschaffen wurden. Wenn an dem Förderprogramm festgehalten werden soll, ist eine erhebliche Überarbeitung erforderlich. Die in der Begründung aufgeführten Ausführungen zur Erarbeitung einer Orientierungshilfe mit der Hoffnung auf bessere Nutzung des Programms ist irreführend. Diese existieren bereits seit fast drei Jahren und haben keinerlei messbare Steigerung der Antragszahlen bedeutet. Eine schlichte Verlängerung des Förderprogramms hilft niemandem und kann das gesetzgeberische Ziel einer besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf erwiesenermaßen nicht erfüllen.

In Anbetracht der bisher verschwindend geringen Wahrnehmung des Programms sollten die Förderbeträge signifikant erhöht werden. Es bietet sich mindestens eine Verdoppelung auf 15.000 € pro Pflegeeinrichtung pro Jahr an. Um die Teilnahme zu fördern, sollte zudem der zu erbringende Eigenanteil auf 10 Prozent gesenkt werden. Dieser Betrag kann als Grundsumme zur Verfügung gestellt werden, die bspw. für Schulungen oder Konzeptentwicklung jederzeit bereitsteht.

Darüber hinaus sollte es jedoch auch eine zweite Anspruchskategorie geben, die die Förderung ausgewählter zusätzlicher Maßnahmen ermöglicht. Bestes Beispiel hierfür sind **Springerdienste**. Diese haben das ausgesprochene Potential einen ausdrücklichen Beitrag zu arbeitnehmerorientierten Arbeitszeiten, gesicherten Dienstplänen und einer Reduzierung der Belastungen zu sorgen. Erste Modellprojekte haben dies eindrücklich bestätigt. Gleichzeitig tragen sie dazu bei, das in der Konzertierte Aktion Pflege vereinbarte Ziel einer signifikanten Reduzierung der Notwendigkeit der Inanspruchnahme von Leiharbeit zu erreichen. Damit aber eine umfassendere Nutzung in der Fläche möglich ist, bedarf es zusätzlicher Finanzierung. In einem Pflegeheim mit 75 Plätzen kann von einem Bedarf von mindestens 3 Springern in Vollzeit ausgegangen werden. Dies entspricht der in Bayern derzeit bevorstehenden Umsetzung. Bei dabei angenommen Personalkosten von bis zu 75.000 € pro Person entstehende erhebliche Kosten, die von den Pflegebedürftigen zu tragen sind. Die Orientierungshilfen für das Förderprogramm nach § 8 Abs. 7 SGB XI benennen Springerdienste ausdrücklich als förderfähig. In Anbetracht der Mitteldiskrepanz ist jedoch offenkundig, dass dies unter den derzeitigen Bedingungen ausgeschlossen ist. Es bedarf daher der zusätzlichen Fördermöglichkeit einer Komplettfinanzierung einer Maßnahme auf Antrag. Für die Pflegeversicherung bedeutet dies keine Mehrkosten, da die insgesamt zur Verfügung stehenden Mittel weiterhin durch § 8 Abs. 7 Satz 1 SGB XI in ihrer Höhe begrenzt sind. Es kann somit kostenneutral ein deutlicher Mehrwert erreicht werden.

Die modellhafte Förderung von Springerdiensten über Förderprogramme kann gleichwohl nur ein Einstieg in die flächendeckende Umsetzung darstellen. Es braucht daher zeitnah eine Regelfinanzierung unter Einbeziehung der Kosten für die Zeitarbeit.

Änderungsvorschläge

§ 8 Abs. 7 SGB XI wird wie folgt geändert:

(7) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden in den Jahren 2019 bis 2030 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt, um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zu fördern, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern. Förderfähig sind

1. individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind,
2. die Entwicklung von Konzepten für mitarbeiterorientierte und lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung,

3. die Entwicklung von Konzepten zur Rückgewinnung von Pflege- und Betreuungspersonal und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung und
4. Schulungen und Weiterbildungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf sowie zu den Zielen, zu denen nach den Nummern 2 und 3 Konzepte zu entwickeln sind.

Gefördert werden bis zu **50 90** Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein jährlicher Förderzuschuss von ~~7.500~~ **15.000** Euro möglich. **Abweichend von Satz 3 ist auf Antrag auch eine Komplettfinanzierung einer Maßnahme möglich.** Die Landesverbände der Pflegekassen stellen die sachgerechte Verteilung der Mittel sicher. Der in Satz 1 genannte Betrag soll unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen auf die Länder aufgeteilt werden. Antrag und Nachweis sollen einfach ausgestaltet sein. Pflegeeinrichtungen können in einem Antrag die Förderung von zeitlich und sachlich unterschiedlichen Maßnahmen beantragen. Soweit eine Pflegeeinrichtung den Förderhöchstbetrag nach Satz 4 innerhalb eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommen hat und die für das Land, in dem die Pflegeeinrichtung ihren Sitz hat, in diesem Kalenderjahr bereitgestellte Gesamtfördersumme noch nicht ausgeschöpft ist, erhöht sich der mögliche Förderhöchstbetrag für diese Pflegeeinrichtung im nachfolgenden Kalenderjahr um den aus dem Vorjahr durch die Pflegeeinrichtung nicht in Anspruch genommenen Betrag. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene, erstmals bis zum 31. März 2019, Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel durch eine Pflegekasse. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 12 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.

Artikel 2, Nr. 5b

§ 8 Abs. 8 SGB XI – Entfristung Digitalisierungszuschuss

Vorgeschlagene Neuregelung

Der Digitalisierungszuschuss wird entfristet und um weitere Förderbereiche ergänzt.

Stellungnahme

Die Digitalisierung der Pflege kann enorme Vorteile für die pflegebedürftigen Menschen, ihre Angehörigen und die Pflegekräfte mit sich bringen. Hierzu sind jedoch umfassende sowie konstante Investitionen in die technische Ausstattung sowie die Schulung der Beschäftigten erforderlich. Die Pflegeeinrichtungen können dies nicht allein stemmen. Dies hat auch der Gesetzgeber erkannt und deshalb mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz einen Digitalisierungszuschuss in § 8 Absatz 8 SGB XI geschaffen. Die Einführung des Zuschusses wurde vom bpa ausdrücklich begrüßt. Gleichwohl hat sich in der Praxis gezeigt, dass verschiedene Anpassungen notwendig sind.

Die Inanspruchnahme der Mittel ist weiterhin nicht flächendeckend. Als problematisch haben sich neben der nur zu 40% erfolgenden Finanzierung auch die engmaschigen Fördervorgaben erwiesen. Es ist deshalb zu begrüßen, dass der Gesetzgeber diese nun erweitern möchte.

Der in der Begründung stehende Verweis auf ein häufig fehlendes WLAN in stationären Pflegeeinrichtungen verwundert. So ist in der Orientierungshilfe des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Anwendung des Digitalisierungszuschusses die Finanzierung eines WLANs für Bewohner sogar explizit ausgeschlossen:

„Eine Förderung ist ausgeschlossen soweit das W-LAN Netz ausschließlich für Bewohner und/oder Angehörige in stationären Pflegeeinrichtungen zur Verfügung steht.“

Der bpa hat bei der Überarbeitung der Orientierungshilfe, als diese Formulierung aufgenommen wurde, ausdrücklich widersprochen und der Orientierungshilfe nicht seine Zustimmung erteilt. Es ist zu begrüßen, sollte das BMG nun seine Einschätzung zur Förderfähigkeit korrigiert haben.

Der zu tragende Eigenmittelanteil von 60 Prozent ist für viele Einrichtungen nicht darstellbar und sollte radikal reduziert werden. Der bpa schlägt vor, dass künftig 25 Prozent durch die Pflegeeinrichtung und 75 Prozent durch den Zuschuss finanziert werden. Die maximale Förderhöhe sollte auf 24.000 Euro gehoben werden. Digitalisierung ist eine Daueraufgabe.

Der Zuschuss jedoch nur einmalig. Dieser Widerspruch muss aufgelöst werden. Es sollte daher ein jährlicher Zuschuss etabliert werden.

Die im Gesetz beispielhaft aufgezählten Fördergegenstände und Herausforderungen in der Digitalisierung offenbaren sehr deutlich, dass die Aufgaben für die Pflegeeinrichtungen erheblich sind. Auch im hier vorliegenden Referentenentwurf kommen mit der verpflichtenden Telematikanbindung oder verschiedenen Meldepflichten neue Aufgaben hinzu. Die Pflegeeinrichtungen sind bei der Sicherung der dauerhaften Refinanzierung jedoch auf sich gestellt. Der Gesetzgeber ist daher gefordert neben Zuschüssen, die insbesondere kleinere Projekte ermöglichen, auch Regelungen zur Gewährleistung der weiteren Kosten, beispielsweise für Investitionen oder IT-Personal, zu schaffen.

Die Frist zur Erarbeitung neuer Richtlinien nach Satz 6 bis 31. März 2023 ist in Anbetracht des laufenden Gesetzgebungsverfahrens offenkundig nicht zu erfüllen und muss korrigiert werden. Die Frist sollte mindestens 8 Wochen nach Inkrafttreten des Gesetzes betragen.

Änderungsvorschläge

§ 8 Absatz 8 Sätze 1-6 SGB XI wird wie folgt geändert:

Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird ein **einmaliger jährlicher** Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um digitale Anwendungen, insbesondere zur Entlastung der Pflegekräfte, zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowie für eine stärkere Beteiligung der Pflegebedürftigen zu fördern. Förderfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen, die beispielsweise die Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastuktur, Investitionen in die IT- und Cybersicherheit, das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren und die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen unterstützen. Förderfähig sind auch die Aus-, Fort- und Weiterbildungen zu digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften in der Langzeitpflege. Gefördert werden bis zu **40 75** Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein einmaliger Zuschuss in Höhe von **12 24 000** Euro möglich. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum **31. März 2023 [einsetzen, acht Wochen nach Inkrafttreten]** Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses, der durch eine Pflegekasse ausgezahlt wird.

Artikel 2, Nr. 12 **§§ 18 bis 18e SGB XI – Begutachtung**

Vorgeschlagene Neuregelung

Die Regelungen zur Begutachtung werden umstrukturiert.

Stellungnahme

In der Begründung zu § 18a Abs. 5 SGB XI wird ausgeführt, dass Begutachtungen nicht im Krankenhaus vorgesehen sind. Dem entsprechend wird im bisherigen Gesetzestext das Wort „dort“, das sich auf das Krankenhaus bezog gestrichen.

Begründet wird dieses unter Bezugnahme auf Ziffer 6.1.3 der Begutachtungs-Richtlinien. Aus pflegefachlicher Sicht könne der konkrete Pflegegrad einer Person könne nur in deren Wohnbereich festgestellt werden. Der bpa teilt diese Einschätzung nicht. In Einzelfällen muss es auch weiterhin möglich sein, eine Begutachtung im Krankenhaus durchzuführen, um eine schnelle und reibungslose pflegerische Anschlussversorgung gewährleisten zu können.

Darüber hinaus sollte das Gutachten mit dem Ergebnis der Begutachtung nicht nur dem Versicherten, sondern auch der Pflegeeinrichtung zur Verfügung gestellt werden, wenn der Versicherte dem zustimmt. Für die Pflegeeinrichtung enthält das Gutachten wesentliche Angaben, die die Grundlage für die Leistungserbringung darstellen. Insofern sollte zur Entlastung der Einrichtungen auch eine in der Regel automatische Weiterleitung erfolgen an den pflegerischen Leistungserbringer vorgesehen werden.

Änderungsvorschläge

§ 18a Abs. 5 SGB XI wird wie folgt geändert:

Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und

1. liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
2. wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder
3. wurde mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart,

ist die Begutachtung **dort** unverzüglich, spätestens am fünften Arbeitstag nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

§ 18c Abs. 2 SGB XI wird wie folgt geändert:

Dem Antragsteller wird zusammen mit dem Bescheid das Gutachten übersandt, sofern er der Übersendung des Gutachtens nicht widerspricht. Mit dem Bescheid ist zugleich das Ergebnis des Gutachtens transparent darzustellen und dem Antragsteller verständlich zu erläutern. Der Medizinische Dienst Bund konkretisiert im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens. Die Pflegekasse hat den Antragsteller ebenfalls auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens im Sinne des § 18a Absatz 8 Satz 1 hinzuweisen. Der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen. Die Pflegekasse hat den Antragsteller auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich an die Ombudsperson nach § 278 Absatz 3 des Fünften Buches zu wenden. **Der vom Versicherten gewählten Pflegeeinrichtung nach § 71 wird das Gutachten übersendet, sofern der Versicherte dem nicht widerspricht.**

Artikel 2, Nr. 15 **§ 30 SGB XI – Dynamisierung**

Vorgeschlagene Neuregelungen

Die Beträge für Leistungen nach §§ 28 bis 45 SGB XI, also auch die ambulanten und stationären Sachleistungsbeträge, werden zum 1. Januar 2025 um 5% erhöht. Zum 1. Januar 2028 erfolgt eine weitere Anhebung in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, nicht jedoch stärker als der Anstieg der Brutto Lohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum.

Stellungnahme

Der bpa bewertet die vorgesehenen Erhöhungen der ambulanten und stationären Sachleistungsbeträge als deutlich zu gering. Das gilt auch angesichts der Tatsachen, dass die ambulanten Sachleistungen nach § 36 SGB XI zusätzlich zum 1. Januar 2024 um 5% erhöht werden sollen und die vollstationären Leistungszuschläge um 5 bzw. 10% angehoben werden sollen.

Die vorgesehenen Erhöhungen verkennen, wie stark sich die Preise in den vergangenen Jahren erhöht haben und welchen zusätzlichen Kostenbelastungen die Pflegebedürftigen und Pflegeeinrichtungen ausgesetzt sind: Ausbildungsumlagen, Investitionskosten, fehlende Refinanzierung der Behandlungspflege im stationären Sektor ebenso wie Rentenbeiträge für pflegende Angehörige.

In einem relativ kurzen Zeitraum von fünf Jahren sind die Eigenbeiträge für ambulant versorgte Pflegebedürftige um über 50% gestiegen. Das bedeutet, dass die Mehrkosten von vielen Pflegebedürftigen aus ihren Renten oder Vermögen ganz überwiegend nicht mehr getragen werden können. Den Mechanismus, den der Gesetzgeber im vollstationären Sektor zur Absenkung der Eigenanteile für Langzeitpflegebedürftige verankert hat, bedarf es auch für ambulant versorgte Pflegebedürftige.

Um die Situation zu verdeutlichen, werden nachfolgend die Kostensteigerung in der ambulanten Pflege am Beispiel der Preisentwicklung in Mecklenburg-Vorpommern aufgezeigt:

In den letzten fünf Jahren sind dort die Preise für ambulante Pflegeleistungen nach § 36 SGB XI – wesentlich aufgrund der politisch und gesellschaftlich geforderten stetigen Gehaltssteigerungen – um mehr als 56 % gestiegen. An einem konkreten Beispiel aus Mecklenburg-Vorpommern wird erkennbar, dass der maßgebliche Punktwert im Oktober 2017 im

mathematischen Mittel bei 0,0422 Euro lag. Im Januar 2023 beträgt dieser 0,0660 Euro.

Im Jahr 2017 kostete eine Ganzkörperpflege 13,08 Euro, aktuell liegt der Preis bei 20,46 Euro.

Im gleichen Zeitraum sind die Sachleistungsbudgets für ambulante Pflegeleistungen nach § 36 SGB XI jedoch nur um 5% gestiegen.

In einem relativ kurzen Zeitraum von fünf Jahren sind die Eigenbeiträge für ambulant versorgte Pflegebedürftige damit um über 50% gestiegen. Das bedeutet, dass die Mehrkosten von vielen Pflegebedürftigen aus ihren Renten oder Vermögen ganz überwiegend nicht mehr getragen werden können. Die zum 01.01.2024 geplante Entlastung durch die Anhebung der Sachleistungsbudgets um 5 % wird bei der derzeitigen Entwicklung in der Tariflandschaft lediglich die zum gleichen Zeitpunkt erwartbare weitere deutliche Preissteigerung etwas abfedern. Die zusätzliche Belastung der Pflegebedürftigen beträgt dann vermutlich nicht 8% oder 10%, sondern dann 3 oder 5 Prozent. Eine tatsächliche Entlastung wird nicht erreicht. Die schon heute für viele Pflegebedürftigen prekäre Situation wird durch eine solche viel zu geringe Anpassung der Sachleistungsbeträge überhaupt nicht verbessert. Bereits heute in der ambulanten Pflege bestehende Probleme werden erneut nicht gelöst, sondern im Gegenteil durch den Gesetzesentwurf extrem verschärft. Denn auch die erforderlichen personellen Entlastungen, analog dem vollstationären Bereich, fehlen komplett. Dazu gehört insbesondere die erleichterte Zuwanderung von Fachkräften und deren Leistungsermöglichung im Anerkennungsverfahren oder die Flexibilisierung der Qualifizierung sowie die Einsetzbarkeit von z. B. QN 3-Kräften im Behandlungspflegebereich.

Besonders kritisch bewertet der bpa auch, dass die für das Jahr 2024 vorgesehene Erhöhung auf 2025 verschoben werden soll. Im Gesetzesentwurf wird diese Verschiebung sogar als Maßnahme aufgeführt, um die Kosten an anderer Stelle zu finanzieren: „In 2024 entstehen einmalige Minderausgaben in Höhe von 3,2 Milliarden Euro aufgrund der Verschiebung der Leistungsdynamisierung um ein Jahr“ (Seite 43). Das bedeutet, dass die Bundesregierung in einem Jahr, in dem nach aktueller Gesetzeslage eine Überprüfung der Sachleistungsbeträge ansteht und in dem die Eigenanteile der Pflegebedürftigen massiv gestiegen sind, die für den 1. Januar 2024 anstehende Erhöhung durch eine Gesetzesanpassung aussetzen will. Das ist genau das falsche Signal – viele Pflegebedürftige und ihre Angehörigen werden mit ihren gestiegenen Kosten weitgehend alleine gelassen. Das ursprüngliche Ziel der Pflegeversicherung – die Abhängigkeit von Sozialhilfe bei Pflegebedürftigkeit zu vermeiden – wird so gefährdet.

Unverständlich ist zudem, dass künftig die turnusmäßige Prüfung, ob die Leistungen der Pflegeversicherung erhöht werden müssen, entfallen soll.

Es bleibt das Geheimnis der Bundesregierung, warum durch zwei einmalige Erhöhungen in den Jahren 2025 und 2028 die Leistungsanpassungen „regelmäßig erfolgen“ und eine regelgebundene, unbefristete Leistungsdynamisierung offensichtlich als nicht erforderlich betrachtet wird. Der bpa setzt sich schon seit vielen Jahren dafür ein, dass es eine vom Gesetzgeber unabhängig festgelegte, regelmäßige Dynamisierung gibt. Dem wird der vorgelegte Vorschlag in keiner Weise gerecht.

Kritisch bewertet der bpa auch die Begrenzung der für den 1. Januar 2028 vorgesehenen Erhöhung. Diese soll angehoben werden in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, nicht jedoch stärker als der Anstieg der Brutto Lohn- und Gehaltssumme. Das heißt, dass die Erhöhung letzten Endes immer maximal begrenzt wird auf die Erhöhung der Personalkosten. Auch wenn es insbesondere durch das GVWG bedingte besonders starke Erhöhungen der Personalkosten gab, zeigen die gestiegenen Energiekosten in Folge des russischen Angriffskriegs auf die Ukraine auch, dass solche Sachkostensteigerungen in nie gekannter Form möglich sind. Der Gesetzgeber wäre gut beraten gewesen, die hohen Inflationsraten anzuerkennen und bei der Dynamisierung nicht auszuschließen.

Insbesondere wenn die Steigerungen von Personalkosten und Sachkosten kumulieren, dann ist das Problem – wie jetzt – besonders extrem. Tatsächliche Kostensteigerungen werden dabei nicht kompensiert. Gleichzeitig erhalten die Einrichtungen keinerlei ausreichende Möglichkeiten, Risikozuschläge zu verhandeln. Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige sollen offensichtlich bewusst auf diesen Kosten sitzen bleiben. Sehenden Auges wird der Sozialhilfeträger belastet und die Einrichtungen in der Existenz bedroht sowie die Sicherstellung der zukünftigen Versorgung gefährdet.

Denn letzten Endes bedeutet die vorgesehene Regelung, dass tatsächliche Kosten bei der Dynamisierung ausgeschlossen werden. In der Begründung wird behauptet, dass sich dadurch ein kontinuierlicherer Verlauf der Dynamisierungsschritte ergebe, weil kurzfristige starke Schwankungen im Bereich der Lebensmittel- und Energiepreise nicht berücksichtigt werden. Diese Argumentation erstaunt. Denn bei der Dynamisierung kann es aus Sicht des bpa kein politisches Ziel sein, dass es einen „kontinuierlicheren Verlauf“, sondern die Dynamisierung soll die Pflegebedürftigen vor einer schleichenden Entwertung ihrer Sachleistungsansprüche durch die Inflation vermeiden und vor Sozialhilfebedürftigkeit schützen.

Die Dynamisierung soll dazu beitragen, dass die finanziellen Belastungen für die Pflegebedürftigen begrenzt werden. Die Erhöhung der Sachleistungen ist dabei aber nur ein Aspekt. Der bpa weist darauf hin, dass für die Pflegebedürftigen weitere Belastungen durch Preisanstiege in den Bereichen von Unterkunft und Verpflegung, Investitionskosten und

Ausbildungskosten entstehen. Deshalb begrüßt es der bpa, dass die Koalitionsfraktionen beschlossen haben, die Ausbildungskosten aus den Eigenanteilen herauszunehmen. Der bpa fordert, dass mit diesem Gesetzentwurf die Pflegebedürftigen entlastet werden, so wie es der Koalitionsvertrag versprochen hat. Zu den aufgezeigten erforderlichen Änderungen bedarf es höherer Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI als sie bisher vorgesehen sind.

Änderungsvorschläge

Die Leistungsbeträge werden zum 1. Januar 2025 nicht um 5 %, sondern um 10% erhöht. Außerdem wird eine Regelung für eine jährliche regelgebundene automatische Dynamisierung zur Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung ab 1. Januar 2026 eingeführt. Dabei ist der bisherige Kaufkraftverlust seit Einführung der Pflegeversicherung zu berücksichtigen. Diese kann jedoch nicht allein an die allgemeine Lohn- oder Preisentwicklung angeknüpft sein, sondern muss die spezifischen, von den politisch gewünschten Gehaltssteigerungen und Personalausweitungen getriebenen Kostenentwicklungen der Pflege berücksichtigen. Daneben ist die gleichwertige Entlastung der ambulant und teilstationär versorgten Pflegebedürftigen, analog dem vollstationären Sektor, ins Gesetz aufzunehmen.

Artikel 3, Nr. 5

§ 36 SGB XI – Erhöhung der ambulanten Sachleistungen

Vorgesehene Neuregelung

Die ambulanten Sachleistungen sollen zum 1. Januar 2024 um 5% erhöht werden.

Stellungnahme

Die vorgesehene Erhöhung der ambulanten Sachleistungen ist viel zu gering. Dazu wird auf die Ausführungen oben zur Dynamisierung verwiesen (s. Seite 20). Das dort geschilderte Beispiel aus Mecklenburg-Vorpommern verdeutlicht eindrücklich die Steigerung der Eigenanteile in der ambulanten Pflege um über 50% in den letzten fünf Jahren.

Zudem kritisiert der bpa, dass zum 1. Januar 2024 nur die ambulanten Sachleistungsbeträge angehoben werden sollen, aber die Beträge für die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI, den Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI, die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI, die Tagespflege nach § 41 SGB XI, die Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI usw., nicht erhöht werden sollen. Zur Verhinderungspflege wird auf die Ausführungen auf Seite 25 verwiesen.

Änderungsvorschläge

Die ambulanten Sachleistungsbeträge werden zum 1. Januar 2024 um 10% erhöht. Dementsprechend wird § 36 Abs. 3 SGB XI wie folgt gefasst:

In § 36 Absatz 3 wird in Nummer 1 die Angabe „724“ durch die Angabe „~~761~~–800“, in Nummer 2 die Angabe „1 363“ durch die Angabe „~~1~~–432 1500“, in Nummer 3 die Angabe „1 693“ durch die Angabe „~~1~~–778 1860“ und in Nummer 4 die Angabe „2 095“ durch die Angabe „~~2~~–200 2300“ ersetzt.

Artikel 3, Nr. 8

§ 39 SGB XI – Verhinderungspflege

Vorgesehene Neuregelung

Der bisher in § 39 SGB XI vorgesehene Leistungsbetrag für Leistungen der Verhinderungspflege wird zusammen mit dem Leistungsbetrag für Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI Bestandteil des gemeinsamen Jahresbetrages nach § 42a SGB XI. Deswegen wird in § 39 SGB XI kein separater Leistungsbetrag mehr genannt. Neu ist, dass die Voraussetzung, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat, wegfällt.

Stellungnahme

Der bpa lehnt den gemeinsamen Jahresbetrag nach § 42a SGB XI (zur Begründung siehe Seite 27) ab. Dementsprechend ist in § 39 SGB XI weiterhin ein Leistungsbetrag zu nennen. Dieser sollte – ebenso wie der Leistungsbetrag zur Kurzzeitpflege verdoppelt werden.

Der bpa begrüßt den Wegfall der Vorpflegezeit. Damit entspricht der Gesetzgeber einer langjährigen Forderung des bpa (vgl. die Stellungnahme des bpa zum Zweiten Pflegestärkungsgesetz – PSG II vom 28. September 2015, Seite 50). Die Inanspruchnahme von Verhinderungspflege wird erleichtert und der Anspruch auf Verhinderungspflege ist bereits unmittelbar ab Vorliegen des Pflegegrades 2 nutzbar.

Änderungsvorschlag

§ 39 SGB XI wird wie folgt gefasst:

(1) 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 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 und 3.

(2) Wird die Ersatzpflege durch andere Personen sichergestellt als solche, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen sich die Aufwendungen der Pflegekasse für die Ersatzpflegekosten je

Kalenderjahr höchstens bis auf **3.224 Euro die Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a** belaufen.

(3) Wird die Ersatzpflege durch Ersatzpflegepersonen sichergestellt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen sich die Aufwendungen der Pflegekasse je Kalenderjahr höchstens bis auf **3.224 Euro die Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a** belaufen, wenn die Ersatzpflege von diesen Personen erwerbsmäßig ausgeübt wird. Wird die Ersatzpflege von diesen Personen nicht erwerbsmäßig ausgeübt, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse im Kalenderjahr regelmäßig den für den Pflegegrad des Pflegebedürftigen geltenden Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu zwei Monate nicht überschreiten. Auf Nachweis können von der Pflegekasse bei einer Ersatzpflege nach Satz 2 notwendige Aufwendungen, die der Ersatzpflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, auch über diesen Betrag hinaus übernommen werden. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 2 und 3 zusammen dürfen im Kalenderjahr **3.224 Euro den Gemeinsamen Jahresbetrag nach § 42a** nicht übersteigen.

Artikel 3, Nr. 10

§ 42a SGB XI – Gemeinsamer Jahresbetrag

Vorgesehene Neuregelung

Die bisher separat in § 39 SGB XI und § 42 SGB XI vorgesehenen Leistungsbeträge für Leistungen der Verhinderungspflege und für Leistungen der Kurzzeitpflege werden in dem neuen Gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege zusammengeführt. Der gemeinsame Jahresbetrag in Höhe von 3.386 Euro entspricht in der Höhe der Summe aus den bisherigen Beträgen für die Verhinderungspflege (1.612 €) und für die Kurzzeitpflege (1.774 €). Leistungserbringer müssen den Pflegekassen die Leistungserbringung anzeigen und dem Pflegebedürftigen eine Leistungsübersicht übermitteln.

Stellungnahme

Der bpa lehnt den gemeinsamen Jahresbetrag ab. Damit bestünde die Gefahr, dass der politisch gewollte Ausbau der Kurzzeitpflege gefährdet wäre. Denn durch die völlige Flexibilität könnte der komplette Jahresbetrag für die Verhinderungspflege verwendet werden. Für die Kurzzeitpflege bestünde dann kein Budget mehr. Da sich solche Fälle nicht ausschließen lassen, befürchtet der bpa negative Effekte für die Kurzzeitpflege. Der Gesetzgeber hat es sich zum Ziel gesetzt, die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege zu erhöhen. Deswegen wurde durch das GVWG die Regelungen zu einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung für Kurzzeitpflege in 88a SGB XI eingefügt. Diese hat der bpa ausdrücklich begrüßt; allerdings werden diese auch dazu führen, dass sich die Leistungen der Kurzzeitpflege verteuern werden. Umso dringender wäre es gewesen, dass der Gesetzgeber den Sachleistungsanspruch deutlich erhöht. Die Kurzzeitpflege ist eine wichtige Versorgungsform, die vielen Pflegebedürftigen hilft und Angehörige entlastet. Deswegen ist es richtig, die Strukturen für die Inanspruchnahme zu verbessern und es ist notwendig, die Leistungsbeträge deutlich zu erhöhen. Der bpa schlägt daher eine Verdopplung des bisherigen Betrags vor. Die Notwendigkeit zeigt ein Rechenbeispiel:

Der Gesetzgeber sieht eine maximale Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege von acht Kalenderwochen vor (§ 42 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Bei einem derzeitigen Leistungsbetrag von 1.774 € pro Kalenderjahr und einem mittleren Preisniveau von 163 Euro Platzkosten pro Tag genügen die Mittel nur für 20 Tage. Mit Umsetzung der Empfehlungen zur wirtschaftlich tragfähigen Vergütung werden sich die Pflegesätze noch einmal signifikant erhöhen. Aus den 20 Tagen werden in dem Fall eher 15 Tage. Der gesetzliche Acht-Wochen-Anspruch kann nicht annähernd erfüllt werden. Um jedoch zumindest eine Annäherung zu erlauben.

Ebenso wie sich der bpa für eine Stärkung der Kurzzeitpflege einsetzt, fordert er auch eine Aufwertung der Verhinderungspflege, indem die Leistungsbeträge verdoppelt werden (s. Seite 25). Je dramatischer sich der Personalmangel in der Langzeitpflege verfestigt, umso wichtiger ist die Stabilisierung der häuslichen Versorgung. Die Belastung der pflegenden Angehörigen nimmt weiter zu – daher sind sowohl die Verhinderungspflege als auch die Kurzzeitpflege in einem ausreichenden bedarfsgerechten Umfang so bedeutsam. Deswegen setzt sich der bpa für die Verdoppelung der Leistungsbeträge ein. Denn ansonsten droht angesichts absehbar steigender Preise in der Kurzzeitpflege und angesichts der bereits erheblich gestiegenen Preise in der ambulanten Pflege eine erhebliche Leistungsverkürzung in beiden Versorgungsbereichen – obwohl genau das Gegenteil notwendig wäre. Wenn die Belastungen steigen, ist der Gesetzgeber gefragt, Leistungsverkürzungen zu vermeiden.

Zur Umsetzung seiner Vorschläge setzt sich der bpa für eine Streichung des geplanten § 42a SGB XI ein. Sofern der Gesetzgeber dem nicht nachkommt, besteht nachfolgender Änderungsbedarf.

Der bpa lehnt die in § 42a SGB XI vorgesehenen umfassenden zusätzlichen Meldepflichten für die Leistungserbringer ab. Es gibt keinen Grund, eine zusätzliche Anzeigepflicht gegenüber den Pflegekassen im Gesetz zu verankern oder die Pflegeeinrichtungen zu verpflichten, den Pflegebedürftigen unverzüglich eine schriftliche Übersicht über die angefallenen Aufwendungen zu übermitteln. Die Pflegeeinrichtung erstellt dem Pflegebedürftigen bzw. dem Angehörigen im Vorwege einen Kostenvoranschlag, so dass klar ist, welche Leistungen welche Kosten bedeuten und welcher Anteil davon von der Pflegeversicherung gedeckt ist. Durch die Rechnung an den Pflegebedürftigen hat dieser eine genaue Übersicht über die in Anspruch genommenen Leistungen. Da dieser die Rechnung dann für die Kostenerstattung bei der Pflegekasse einreicht, weiß das dann auch die Pflegekasse. Für zusätzliche Bürokratie und doppelte Meldepflichten besteht kein Anlass. Der Gesetzgeber sollte die Inanspruchnahme des gemeinsamen Jahresbetrags nicht unnötige Erschwernisse für die Leistungserbringer belasten. Die Absätze 2 und 3 sollten daher gestrichen werden.

Änderungsvorschläge

§ 42a SGB XI wird nicht eingefügt. Sofern der Gesetzgeber an § 42a SGB XI festhält, sind zumindest die Absätze 2 und 3 zu streichen.

§ 42 Abs. 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

(2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von ~~1.774~~ **3.548** Euro im Kalenderjahr. Der Leistungsbetrag nach Satz 2 kann um bis zu ~~1.612~~ **3.224** Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 auf insgesamt bis zu ~~3.386~~ **6.772** Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 angerechnet.

Artikel 3, Nr. 15

§ 43c SGB XI – Leistungszuschläge

Vorgesehene Neuregelung

Die Leistungszuschläge für die Eigenanteile an den pflegebedingten Aufwendungen in der stationären Pflege sollen ab 1. Januar 2024 erhöht werden:

- für Pflegebedürftige, die bis zu einem Jahr Leistungen erhalten, von 5 % auf 15 %,
- für Pflegebedürftige, die länger als ein Jahr Leistungen erhalten, von 25 % auf 30 %,
- für Pflegebedürftige, die länger als zwei Jahre Leistungen erhalten, von 45 % auf 50 %,
- für Pflegebedürftige, die länger als drei Jahre Leistungen erhalten, von 70 % auf 75 %.

Stellungnahme

Der seit dem 1. Januar 2022 in den Pflegeheimen geltende Leistungszuschlag hat sich als sinnvolles Mittel der Entlastung erwiesen. Insbesondere Menschen, die länger in einer vollstationären Einrichtung leben profitieren und müssen somit seltener Hilfe zur Pflege in Anspruch nehmen. Der Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege ist deshalb zunächst zurückgegangen.

Die politisch gewünschten Kostenentwicklungen seit Einführung des Leistungszuschlags führen gleichwohl dazu, dass für viele Bewohnende die Entlastung des Zuschlags nach und nach komplett negiert wird. Dies gilt insbesondere für diejenigen, die erst seit kurzer Zeit im Pflegeheim wohnen. Die hier vorgesehenen Erhöhungen des Leistungszuschlags werden vom bpa daher ausdrücklich begrüßt. Sie können dazu beitragen, die Kostenentwicklungen zu begrenzen. Sie werden gleichwohl nicht verhindern, dass der, u.a. aufgrund erheblich steigender Löhne, der belastenden Inflationsrate und der politisch vorgegebenen Mehrpersonalisierung, insgesamt zu tragende Eigenanteil weiter steigt. Neben den pflegerischen Aufwendungen sind auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in den letzten Jahren signifikant gestiegen; allein seit 2018 um 20 Prozent. Der Gesetzgeber muss daher einerseits die Leistungszuschläge stärker erhöhen und andererseits die weiteren, im Koalitionsvertrag bereits vereinbarten Maßnahmen, unverzüglich angehen. Dazu zählt insbesondere die Herausnahme der Ausbildungskosten aus den Eigenanteilen. Beispielhaft sei hier auf Nordrhein-Westfalen verwiesen. Dort zahlen die teil- und vollstationären Bewohner/Gäste durchschnittlich 5,08 EUR pro Tag bzw. 154,53 EUR monatlich. Diese Kosten kommen zu den einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen hinzu. Damit werden die Erhöhungen bei den

Leistungszuschlägen nicht einmal annähernd der Höhe nach den Ausbildungskosten entsprechen.

Wie bereits oben ausgeführt sieht der bpa eine ähnliche Belastungssituation bei ambulant versorgten pflegebedürftigen Menschen. Auch bei diesen bedarf es dringend einer Entlastungsregelung analog § 43c SGB XI.

Änderungsvorschläge

§ 43c wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird die Angabe „5 Prozent“ durch die Angabe „**15 20** Prozent“ ersetzt.
- b) In Satz 2 wird die Angabe „25 Prozent“ durch die Angabe „**30 35** Prozent“ ersetzt.
- c) In Satz 3 wird die Angabe „45 Prozent“ durch die Angabe „**50 55** Prozent“ ersetzt.
- d) In Satz 4 wird die Angabe „70 Prozent“ durch die Angabe „**75 80** Prozent“ ersetzt.

Zur Entlastung der Bewohnenden in Pflegeheimen werden die im Koalitionsvertrag vereinbarten Maßnahmen zur Übernahme der Ausbildungskosten sowie zur systemadäquaten Finanzierung der Kosten der medizinischen Behandlungspflege durch die Krankenversicherung umgesetzt.

Artikel 2, Nr. 21 **§ 55 SGB XI – Beitragssatz**

Vorgesehene Neuregelung

In der sozialen Pflegeversicherung soll der allgemeine Beitragssatz zum 1. Juli 2023 um 0,35 auf dann 3,4 Prozentpunkte angehoben werden. Der Beitragszuschlag für Kinderlose soll von 0,35 % auf 0,6 % steigen.

Stellungnahme

Der bpa weist darauf hin, dass mit dieser Reform viele Vorhaben, die im Koalitionsvertrag der Regierungsfractionen für die Pflege angekündigt sind, nicht umgesetzt werden und mit den hier vorgesehenen Beitragssatzerhöhungen auch nicht realisiert werden können. Im Koalitionsvertrag heißt es:

„Die Ausbildungskostenumlage werden wir aus den Eigenanteilen herausnehmen und versicherungsfremde Leistungen wie die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige und die pandemiebedingten Zusatzkosten aus Steuermitteln finanzieren, sowie die Behandlungspflege in der stationären Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung übertragen und pauschal ausgleichen. Den Beitrag zur Sozialen Pflegeversicherung (SPV) heben wir moderat an.“

Wenn der Gesetzgeber diese Vorhaben umsetzen will, muss er sie entsprechend bei der Finanzierung berücksichtigen. Der bpa begrüßt die im Koalitionsvertrag geplanten Maßnahmen, weil sie einen wirksamen Beitrag leisten könnten, um die Eigenanteile der Pflegebedürftigen zu begrenzen. Der bpa setzt sich für eine zeitnahe Umsetzung der angekündigten Vorhaben ein.

Änderungsvorschläge

Keine.

Artikel 2, Nr. 26

§ 72 Abs. 3 Nr. 4 SGB XI – Expertenstandards

Vorgesehene Neuregelung

Die Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen, die Expertenstandards nach § 113a SGB XI umzusetzen, wird als Voraussetzung für den Abschluss eines Versorgungsvertrags gestrichen.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung. Die verpflichtende Einführung der Expertenstandards hat sich in der Praxis nicht bewährt – hier teilt der bpa die Einschätzung des Gesetzgebers. Zugleich weist der bpa darauf hin, dass mit dieser Gesetzesänderung die Expertenstandards nicht insgesamt abgeschafft werden. Sie gelten weiterhin als wissenschaftliche Orientierungsstandards, können freiwillig angewendet werden und der Medizinische Dienst wird sie bei den Qualitätsprüfungen weiterhin berücksichtigen.

Änderungsvorschläge

Keine.

Artikel 2, Nr. 27a

§ 75 Abs. 1 SGB XI – Veröffentlichung der Rahmenverträge

Vorgesehene Neuregelung

Die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI müssen von den Landesverbänden der Pflegekassen veröffentlicht werden.

Stellungnahme

Der bpa nimmt zur Kenntnis, dass der Gesetzgeber davon ausgeht, dass es in allen Bundesländern Rahmenverträge nach § 75 SGB XI für alle Versorgungsformen gibt und diese nicht bereits veröffentlicht wurden. Diesen Eindruck kann der bpa nicht bestätigen. Denn es liegen nicht in allen Bundesländern alle Rahmenverträge vor. Daher begrüßt der bpa die mit der Veröffentlichungspflicht einhergehende Transparenz für Rahmenverträge auf Landesebene.

Gegen eine Veröffentlichung spricht nichts. Allerdings geht der bpa davon aus, dass alle bestehenden Rahmenverträge auch bisher schon öffentlich zugänglich waren.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2, Nr. 27b**§ 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 11 SGB XI – Nachweise zur Darlegung der prospektiven Sach- und Personalaufwendungen bei den Vergütungsverhandlungen****Vorgesehene Neuregelung**

In den Landesrahmenverträgen sind 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 3 umfasst, zu regeln. Laut Begründung sollen dabei insbesondere auch solche Aufwendungen für die Beschaffung von inländisch oder im Ausland angeworbenem Personal umfasst sein.

Stellungnahme

In den Vergütungs- und Pflegesatzverhandlungen kommt es bisher regelmäßig dazu, dass seitens der Kostenträger berechnete Forderungen zur Refinanzierung von Aufwendungen für die Anwerbung von Personal aus dem In- oder Ausland nicht oder nicht in angemessenem Umfang abgelehnt werden. Hinsichtlich der Anwerbekosten ausländischer Pflegekräfte wurden zuletzt seitens der Pflegekassen auf Landes- und Bundesebene auch entsprechende handlungsleitende Hinweise des Bundesministeriums für Gesundheit schlicht abgelehnt. Die dringend notwendigen Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen für die Personalsicherung konnten somit bisher zu häufig nicht in dem Maße erfolgen, wie es für die langfristigen Anforderungen erforderlich wäre.

Vor diesem Hintergrund kann der hier vorgesehene Regelungsauftrag an die Vertragspartner auf Landesebene einen positiven Beitrag leisten.

Der im Referentenentwurf erfolgte Verweis auf die Richtlinien nach § 82c Abs. 3 SGB XI erschließt sich weder formell noch fachlich. Absatz 3 enthält zunächst keine Richtlinie. Sollte Absatz 4 gemeint sein, so muss darauf hingewiesen werden, dass in der dortigen Richtlinie keine Regelungskompetenz für die Vorlage der hier benannten Unterlagen besteht. Eine Regelung der Nachweise im Rahmen einer einseitig vom GKV-Spitzenverband festgelegten Richtlinie, die die Regelungskompetenz der Rahmenvertragspartner einschränkt, wäre nicht akzeptabel. Die verhältnismäßige Ausgestaltung der Informationspflichten zur Erfüllung der Plausibilisierungslast einer Vergütungsforderung ist eine klassische Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung und so auch bisher verortet. Bisher werden die verfahrensrechtlichen Grundsätze für die Pflegesatz- und Pflegevergütungsverhandlungen typischerweise in gemeinsamen Verfahrensvereinbarungen der Pflegesatz- oder Pflegevergütungskommissionen

nach § 86 Abs. 3 SGB XI festgelegt. Diese Regelungen enthalten regelmäßig Vorgaben zur Pflegesatz- oder Pflegevergütungskalkulation und gelegentlich auch zur Plausibilisierungslast. Eine weitere Aushöhlung der gemeinsamen Selbstverwaltung ist abzulehnen. Der Verweis ist daher zu streichen.

Änderungsvorschläge

§ 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 11 SGB XI wird wie folgt geändert:

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 3 umfasst.~~

In § 89 SGB XI wird folgender Absatz 4 neu hinzugefügt:

In den Vergütungen sind Aufwendungen für die Anwerbung von inländisch oder im Ausland angeworbenem Personal zu berücksichtigen.

Artikel 3, Nr. 19 § 108 SGB XI – Auskünfte an die Versicherten

Vorgesehene Neuregelung

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

Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Änderung. In der Begründung dazu heißt es:

„Es wird hier Klarheit hergestellt, inwieweit der Jahresleistungsbetrag hierfür bereits ausgeschöpft ist und inwieweit die Leistungen im Jahresverlauf noch zur Verfügung stehen. Ähnliches gilt in Bezug darauf, inwieweit Kostenerstattungsansprüche bereits ausgeschöpft worden sind oder welche Leistungsbeträge noch verfügbar sind.“

Aus Sicht des bpa ist diese Intention im Gesetzestext selbst nicht eindeutig genug. Es sollte im Gesetzestext festgelegt werden, dass in der Information enthalten ist, inwieweit Ansprüche ausgeschöpft sind.

Änderungsvorschlag

In § 108 SGB XI werden nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt:

Auf Wunsch wird den Versicherten regelmäßig jedes Kalenderhalbjahr eine Übersicht über die Leistungen, die sie in Anspruch genommen haben, und deren Kosten übermittelt. **Anzugeben ist dabei auch, für welche Leistungen der Jahresleistungsbetrag bereits ausgeschöpft ist und für welche Leistungen im Jahresverlauf noch welche Leistungsbeträge zur Verfügung stehen.** Auf Anforderung erhalten Versicherte von den Pflegekassen Auskunft darüber, welche Leistungsbestandteile im Einzelnen durch Leistungserbringende in Bezug auf die Versicherten zur Abrechnung bei der Pflegekasse eingereicht worden sind; die Informationen sind in für die Versicherten verständlicher Form aufzubereiten. Auf Wunsch erhalten Versicherte eine Durchschrift der von Leistungserbringern bei der Pflegekasse eingereichten Abrechnungsunterlagen.

Artikel 2, Nr. 32

§ 113 SGB XI – elektronische Pflegedokumentation

Vorgesehene Neuregelung

In den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung in der ambulanten, teilstationären, vollstationären und Kurzzeitpflege nach § 113 SGB XI wird aufgenommen, dass die Pflegedokumentation in der Regel vollständig in elektronischer Form erfolgen kann.

Stellungnahme

In der Begründung wird zu dieser Maßnahme ausgeführt:

„Die Ergänzung soll sicherstellen, dass alle zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland auch im Bereich der Pflegedokumentation in der Regel von den Möglichkeiten der Digitalisierung profitieren können. Eine vollständig elektronische Dokumentation hat das Potential, im Alltag der Pflegekräfte für optimierte Abläufe und Arbeits erleichterungen zu sorgen.“

Der bpa teilt diese Einschätzung und begrüßt die vorgesehene Regelung ausdrücklich.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2, Nr. 33 **§ 113a SGB XI – Expertenstandards**

Vorgesehene Neuregelung

Die Verpflichtung für die Vertragspartner nach § 113 SGB XI, wissenschaftlich fundierte und fachlich abgestimmte Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege zu entwickeln, wird gestrichen

Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung. Die verpflichtende Einführung der Expertenstandards hat sich in der Praxis nicht bewährt – hier teilt der bpa die Einschätzung des Gesetzgebers. Zugleich weist der bpa darauf hin, dass mit dieser Gesetzesänderung die Expertenstandards nicht insgesamt abgeschafft werden. Sie sind weiterhin zu berücksichtigen und der Medizinische Dienst wird sie bei den Qualitätsprüfungen weiterhin anwenden.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2, Nr. 34

§ 113b Abs. 3a SGB XI – öffentliche Sitzungen des Qualitätsausschusses

Vorgesehene Neuregelung

Die beschlussfassenden Sitzungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses sind in der Regel öffentlich und werden zeitgleich als Live-Video-Übertragung im Internet angeboten sowie in einer Mediathek zum späteren Abruf verfügbar gehalten.

Stellungnahme

Der bpa lehnt die beabsichtigte Änderung in dieser Form ab. Die Sitzungen des Qualitätsausschusses sind nicht für ein Live-Streaming geeignet, weil dort Beratungsgegenstände behandelt werden, die der begrenzten Vertraulichkeit bedürfen. Insgesamt sind im Qualitätsausschuss – wie vom Gesetzgeber vorgesehen – alle relevanten Akteure mit Sitz beteiligt. Als Kostenträger sind neben dem GKV-Spitzenverband die Spitzenverbände der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) und die Sozialhilfeträger vertreten. Außerdem sind der Medizinische Dienst (MD) und die Betroffenenvertreter nach § 118 SGB XI sowie alle Verbände der Leistungserbringer beteiligt. Eine Fachöffentlichkeit ist somit immer gewährleistet. Um dem Ansinnen des Gesetzgebers nach mehr Transparenz dennoch nachzukommen, schlägt der bpa vor, dass die Sitzungen in der Regel vertraulich sind, aber der Qualitätsausschuss beschließen kann, diese öffentlich zu machen.

Änderungsvorschlag

§ 113b Abs. 3a SGB XI wird wie folgt gefasst:

Die beschlussfassenden Sitzungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses sind in der Regel **vertraulich; der Qualitätsausschuss kann mit Mehrheit beschließen diese im Einzelfall öffentlich durchzuführen; und die Sitzungen können dabei werden** zeitgleich als Live-Video-Übertragung im Internet angeboten sowie in einer Mediathek zum späteren Abruf verfügbar gehalten **werden**. Die nichtöffentlichen Beratungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses, insbesondere auch die Beratungen in den vorbereitenden Gremien, sind einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften vertraulich.

Artikel 2, Nr. 34

§ 113b Abs. 6 SGB XI – zusätzliche Referentenstelle Qualitätsausschuss

Vorgesehene Neuregelung

Der Qualitätsausschuss soll ab dem 1. September 2023 dauerhaft eine zusätzliche Referentenstelle zur Unterstützung der Interessensvertretungen der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen einrichten. Die Interessensvertretungen sollen das Recht haben, die Stelle zu besetzen und den Arbeitsort in Abstimmung mit der Geschäftsstelle zu bestimmen.

Stellungnahme

Die im Zusammenhang mit der Tätigkeit im Qualitätsausschuss Pflege (QAP) entstehenden Aufwendungen der beteiligten Akteure werden entweder aus den Mitteln der Pflegeversicherung (GKV, PKV und MD) oder im Rahmen von Aufwandsentschädigungen für die Patientenvertreter aus dem Budget der Pflegeversicherung refinanziert. Die Sozialhilfevertreter finanzieren die Belastungen aus Haushalts- und damit Steuermitteln. Die Trägerverbände als wesentlicher Bestandteil des Gremiums müssen die Kosten selbst tragen bzw. aus Mitgliedsbeitragsmitteln bestreiten. Es erschließt sich nicht, weshalb eine der beteiligten Gruppen nunmehr ihre ureigene Aufgabe, die Patientenvertretung, an eine/n zusätzliche/n Referenten/in, die obendrein aus Mitteln der Pflegeversicherung finanziert und als freischwebender Satellit der Geschäftsstelle des QAP fungiert, geschaffen werden soll. Die arbeitsrechtliche Ansiedlung sowie die Erfüllung damit verbundener Pflichten, ohne das die Träger der Geschäftsstelle Einfluss auf Auswahl der Person, dessen Arbeitsort usw. nehmen soll, erscheint weltfremd.. Das bisher weitgehend ausgewogene und filigrane Verhältnis der unterschiedlichsten Interessensvertreter sowie die unbelastete und bisher erfolgreiche Zusammenarbeit der Beteiligten und des ehrenamtlichen Vorstandes des Trägers der Geschäftsstelle der im Bereich der Qualität der pflegerischen Verantwortung tragenden Akteure wird hierdurch gefährdet.

Änderungsvorschlag

§ 113b Abs. 6 SGB XI wird nicht geändert.

Artikel 2, Nr. 35**§ 113c SGB XI – Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen****Vorgesehene Neuregelung**

Der Gesetzgeber will die Umsetzung der vollstationären Personalbemessung beschleunigen. Hierzu werden Maßnahmen zur Erleichterung der Besetzung der zusätzlichen Stellen, insbesondere bei den mindestens einjährig qualifizierten Hilfs- und Assistenzkräften, sowie zur Weiterentwicklung der Personalbemessung vorgesehen.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt das Ziel eines qualifikationsgerechten Personaleinsatzes in den Pflegeeinrichtungen. Um die Umsetzung der bisherigen Vorgaben des § 113c SGB XI zu ermöglichen, fanden im letzten Jahr umfangreiche Gespräche auf Bundesebene statt, die im Ergebnis zu [den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 113c Absatz 4 SGB XI](#) führten. Parallel verhandeln die Landesrahmenvertragspartner über die jeweilige Umsetzung im Land. Im Kern müssen dabei stets die tatsächliche Umsetzbarkeit sowie die Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung stehen. Niemandem ist geholfen, wenn durch allzu strikte Vorgaben ein Abwerbewettbewerb zwischen den Versorgungsbereichen in der Pflege befeuert oder Versorgungsangebote aufgrund nicht erfüllbarer Personalschlüssel reduziert werden müssen. Bis zu einer möglichst weitgehenden Umsetzung der vollstationären Personalbemessung sind zudem erhebliche strukturelle Maßnahmen erforderlich, die in Verantwortung von Bund und Ländern stehen. Als Anlage zu den zuvor genannten Gemeinsamen Empfehlungen gibt es daher eine gemeinsame Erklärung aller Verhandlungspartner über die notwendigen flankierenden politischen Maßnahmen. Diese umfassen:

- Ausbildungskapazitäten absichern und schaffen
- Anerkennung internationaler Berufsabschlüsse stärken
- Beschäftigungspotential erschließen
- ordnungsrechtlichen Rahmen in den Ländern anpassen
- Finanzierung nachhaltig absichern

§ 113c Abs. 3 und 5 SGB XI – Maßnahmen zur Stellenbesetzung

Die hier vorliegenden Neuregelungen zur Besetzung von Stellen, sind ein sehr guter erster Schritt, der vom bpa ausdrücklich begrüßt wird. Die auf den Weg gebrachten Möglichkeiten werden einen Umstieg in die Umsetzung der Personalbemessung zulassen. Sie können gleichwohl allenfalls vorübergehend eine teilweise Erleichterung bieten. Sie ersetzen nicht das Erfordernis der zuvor benannten strukturellen Maßnahmen.

Mindestens einjährig qualifizierte Pflegehilfs- und -assistenzkräfte gibt es in keinem Bundesland in auch nur annähernd der Anzahl, die entsprechend des neuen Personalbemessungssystems erforderlich wäre. Damit dennoch in den Pflegeheimen mit der Umsetzung der neuen Systematik eines qualifikationsgerechten Personaleinsatzes begonnen werden kann, bedarf es deshalb praxistauglicher Lösungen, die gleichzeitig die Beibehaltung einer hohen Versorgungsqualität sicherstellen. **Die Ermöglichung langjährig berufserfahrenes Pflegepersonal auf die Stellenschlüssel für mindestens einjährig qualifizierte Pflegehilfs- und -assistenzkräfte anzurechnen, überzeugt.** Die dabei anfallenden Aufgaben werden bereits von eben diesem Personal ausgeübt. Der Übergangszeitraum bis zum 30.06.2028 als spätester Beginn einer entsprechenden mindestens einjährigen Ausbildung ist angemessen. Dies gibt den Ländern die Möglichkeit, die bis dato nicht annähernd ausreichenden Ausbildungsstrukturen auszubauen.

Die Zulassung von Pflegehilfskräften, die eine sogenannte „**Externenprüfung**“ bestanden haben, ist ein wichtiger Schritt zur Eröffnung neuer Beschäftigtenpotentiale. Sie ist gleichzeitig Ausdruck einer verantwortungsvollen Sozial- und Arbeitsmarktpolitik, da sie Menschen, die unter Umständen eine unterbrochene Schul- und Arbeitsbiographie haben, eine Aufstiegschance bietet. Die Länder sind nun gefordert entsprechende Prüfungen anzubieten.

Die Anrechnung ausländischer Fachkräfte, die sich im Anerkennungsverfahren befinden, auf den Fachkraftschlüssel ist eine sinnvolle Maßnahme. Dies ermöglicht dem Personal einen ihrer Qualifikation angemessenen Einsatz und kann weiter dazu beitragen, Anwerbung attraktiver zu gestalten. Gleichwohl muss gefragt werden, wieso es insbesondere für akademisch qualifiziertes Pflegepersonal aus dem Ausland überhaupt derlei Anerkennungsverfahren bedarf. Konsequenterweise sollten diese bei einer mindestens dreijährigen akademischen Ausbildung in einem Pflegeberuf nicht notwendig sein. Im derzeitigen Stellungnahmeverfahren zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Fachkräfteeinwanderung hat der bpa entsprechende Regelungsvorschläge unterbreitet.

§ 113c Abs. 7 und 8 SGB XI – Weiterentwicklung Personalbemessung

Der bpa versteht das im Koalitionsvertrag angelegte Ziel einer Weiterentwicklung der vollstationären Personalbemessung als Auftrag, die Erkenntnisse aus der Umsetzung in den Ländern, den Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung – insbesondere hinsichtlich der Aufrechterhaltung von Kapazitäten, dem Modellprojekt nach § 8 Abs. 3b SGB XI sowie den strukturellen Gegebenheiten des Arbeits- und Ausbildungsmarkts zusammenzutragen und darauf aufbauend erforderliche Anpassungen vorzunehmen. Dieser Prozess muss ergebnisoffen ausgestaltet sein und muss

eine zentrale Frage beantworten: Käme es durch eine Anpassung der Vorgaben zu einem Abbau an Versorgungsangeboten?

Dies droht stets dann, wenn durch eine Erhöhung der Mindestvorgaben der Personalanhaltswerte nicht länger alle vorzuhaltenden Stellen auch besetzt werden können. Ist dies nicht der Fall, müssen die Träger Plätze abbauen. Dies führt nicht nur zu einer Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz der jeweiligen Einrichtung, sondern insbesondere auch zu einer Rationierung der Pflegeheimplätze.

In den Ländern werden dementsprechend derzeit Mindestpersonalvorgaben verhandelt, die die jeweilige Situation (bestehende Personalschlüsse, vorhandenes Personal, Ausbildungskapazitäten) vor Ort in den Blick nehmen und darauf basierend Vorgaben festlegen. In einem föderalen System mit teils sehr unterschiedlichen Strukturen wird es dabei zwangsläufig zu unterschiedlichen Werten kommen. In Anbetracht, dass diese neuen Mindestvorgaben erst ab dem 1. Juli 2023 gelten, ist es nicht nachvollziehbar, wieso das Bundesministerium für Gesundheit bereits zum Jahresende 2023 neue (Ziel-)Werte festlegen soll. Soweit diese höher liegen als im jeweiligen Land vorgesehen, wären nicht nur jeweils neue Pflegegesetzvereinbarungen erforderlich, sondern auch eine Mehrpersonalisierung, die die Selbstverwaltung aus gutem Grund nicht immer im gleichen Maße wird vorgesehen haben.

Gleiches gilt für die Möglichkeit der verbindlichen Festsetzung von neuen Minimal- und Maximalschlüsseln mit dem Ziel einer Konvergenz der Bundesländer und der möglichst vollständigen Ergebnisse der Studie zum Personalbemessungsverfahren. Zwar ist der Wunsch nachvollziehbar, doch ist die Realität in den Ländern eine andere. Es sollte daher zunächst auf Verschärfungen verzichtet werden, bis die Landesregierungen ihren jeweiligen Verpflichtungen zur Schaffung der strukturellen Voraussetzungen erfüllt und Bund und Länder die Anwerbung ausländischer Pflegekräfte erheblich erleichtert haben.

Vergütungszuschläge belassen

Ab dem 1. Juli 2023 sollen keine Anträge für Vergütungszuschläge für zusätzliche Hilfs- und Fachkräfte mehr gestellt werden können. Bestehende Zuschläge sollen bis spätestens 31. Dezember 2025 in den Pflegesatz überführt werden. Für die Pflegebedürftigen bedeutet dies eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung. Insbesondere die Einführung der zusätzlichen Fachkraftstellen nach § 8 Abs. 6 SGB XI war vom Gesetzgeber explizit mit der Verknüpfung des Einstiegs in eine Refinanzierung von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege durch die Krankenversicherung verbunden. Das damalige Ziel des Gesetzgebers ist jedoch – trotz einer entsprechenden Vereinbarung im Koalitionsvertrag – weiterhin nicht erfüllt. Statt der angekündigten Entlastung von diesen Kosten, sollen die Pflegebedürftigen nun vielmehr erneut zusätzlich belastet werden. Der bpa

fordert deshalb die Fortführung der Vergütungszuschläge und die Streichung des § 113c Abs. 6 SGB XI.

Änderungsvorschlag

§ 113c Abs. 6, 7 und 8 SGB XI werden gestrichen.

Artikel 2, Nr. 37
§ 114c Abs. 1 SGB XI – Prüfrhythmus

Vorgesehene Neuregelung

Bisher „kann“ der Prüfrhythmus verlängert werden, wenn die vollstationäre Einrichtung ein hohes Qualitätsniveau nachweist (§ 114c SGB XI). Der Referentenentwurf sieht nun vor, das Ermessen der Pflegekassen einzuschränken, indem aus dem „kann“ ein „soll“ wird. Im Regelfall ist dann eine Prüfung nur noch alle zwei Jahre vorzunehmen.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Änderung. Wenn die vollstationäre Pflegeeinrichtung das hohe Qualitätsniveau nachweist, gibt es keinen Grund für die Pflegekassen, den längeren Prüfrhythmus nicht zu gewähren.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2, Nr. 39 § 123 SGB XI – Modellvorhaben

Vorgesehene Neuregelung

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 50 Millionen Euro je Kalenderjahr im Zeitraum von 2024 bis 2028 regionalspezifische Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier fördern. Die Förderung soll der Erleichterung der Situation der Pflegebedürftigen und deren Pflegepersonen sowie der Schaffung von Transparenz und der Verbesserung des Zugangs zu den vorhandenen Hilfemöglichkeiten dienen. Das Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft muss das Modellvorhaben in gleicher Höhe fördern wie der Spitzenverband Bund der Pflegekassen.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung. Damit können die Kommunen und die Länder unter Beweis stellen, was ihnen die Entwicklung von innovativen Projekten im Quartier wert ist.

Der bpa fordert, dass bei diesen Modellvorhaben die Trägerneutralität beachtet wird, um das Selbstbestimmungsrecht der Pflegebedürftigen gem. § 2 Abs. 2 SGB XI sowie das Gebot der Trägervielfalt nach § 11 Abs. 2 SGB XI zu gewährleisten.

Änderungsvorschlag

In § 123 Abs. 5 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Bei der Durchführung der Modellvorhaben sind die Vielfalt der Träger von Pflegeeinrichtungen zu wahren sowie deren Selbständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit zu achten. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann von den Regelungen des Vierten, des Siebten und des Achten Kapitels abgewichen werden, soweit dies zur Erreichung der Ziele eines Modellvorhabens zwingend erforderlich ist. Eine Förderung kommt nur für Modellvorhaben in Betracht, die die Vorgaben des Grundgesetzes beachten und auch bei einer Übernahme in eine Regelversorgung im Rahmen der Pflegeversicherung verfassungsgemäß wären.

Artikel 2, Nr. 40

§ 125b SGB XI – Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

Vorgesehene Neuregelung

Beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege eingerichtet werden. Es soll u.a. konkrete Empfehlungen insbesondere für Leistungserbringer und Pflegekassen für die Digitalisierung in der Langzeitpflege entwickeln und beim Wissenstransfer zu Themen der Digitalisierung in der Langzeitpflege unterstützen. Für die Einrichtung des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung 10 Millionen Euro im Zeitraum von 2023 bis 2027 zur Verfügung gestellt.

Stellungnahme

Der bpa lehnt die Einführung eines solchen Kompetenzzentrums entschieden ab. Der Gesetzgeber verkennt damit die Handlungsnotwendigkeit bei der Digitalisierung in der Pflege. Es bedarf keiner neuer Gremien und Empfehlungen, sondern der Gesetzgeber muss dafür sorgen, dass die Rahmenbedingungen und Voraussetzungen geschaffen werden und die entsprechende Finanzierung gesichert ist. Mit diesem Kompetenzzentrum werden übergeordnete Strukturen beim GKV-Spitzenverband aufgebaut und finanziert. Das ist genau der falsche Weg. Die Strukturen müssen an der Basis, bei den Pflegediensten, Tagespflegen und in den Pflegeheimen vor Ort entstehen, und sie müssen dort finanziert werden. Auf die Einführung des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege sollte daher verzichtet werden und die Finanzmittel den Pflegeeinrichtungen zum strukturellen Ausbau und zur Absicherung von Digitalisierungsprozessen zur Verfügung gestellt werden.

Änderungsvorschlag

Der vorgeschlagene § 125b SGB XI wird nicht eingefügt.

II.) Weitere Reformvorschläge des bpa

Entscheidend für die langfristige Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung und den Erhalt der qualitativ hochwertigen Versorgung ist deren wettbewerbliche Ausgestaltung. Der politisch gewollte Wettbewerb hat pflegebedürftige Menschen und Sozialhilfeträger vor ungebremsten Kostensteigerungen bewahrt und gleichzeitig einen Wettbewerb um Qualität und Innovationen gefördert. **Wer Markt und Wettbewerb in der Pflege in Frage stellt, verschärft die Probleme weiter.**

Dies gilt umso mehr, als bis 2040 allein in stationären Einrichtungen bis zu 109 Milliarden Euro investiert werden müssen. Die Pflegeversicherung finanziert keine pflegerische Infrastruktur und die Länder haben sich aus der Finanzierungsverantwortung längst herausgezogen. Investitionen der privaten Träger sichern ein flächen- und bedarfsdeckendes Angebot.

Dafür schlägt der bpa folgende Maßnahmen vor:

1.) Angemessene Berücksichtigung von unternehmerischem Wagnis und der Möglichkeit der Gewinnerzielung

Durch die Möglichkeit einer angemessenen Berücksichtigung des Unternehmerrisikos wird überhaupt erst die Grundlage geschaffen, dass das Risiko des Betriebs einer Pflegeeinrichtung übernommen wird. Ohne eine wirtschaftliche Perspektive ist dem unternehmerischen Handeln der Boden entzogen. Dies würde nicht nur die Existenzgrundlage der privaten, sondern auch der freigemeinnützigen Träger zerstören. Der bpa hat die Mindestanforderungen mit je einer Studie für stationäre und ambulante Einrichtungen herleiten und beziffern lassen. In einem ersten Schritt müssen alle Pflegeeinrichtungen und Dienste in die Lage versetzt werden, ihre Versorgungsaufträge zu erfüllen und die absehbaren Gestehungskosten inklusive der damit verbundenen Risiken finanzieren zu können, ohne absehbar Verluste zu erwirtschaften. Damit ist eine Nulllinie definiert. Für die ambulanten Dienste sind die spezifischen Risiken des Einzelleistungssystems zu berücksichtigen. Daneben und zusätzlich sind die angemessene Finanzierung des Unternehmerrisikos und damit die Möglichkeit der Gewinnerzielung zu vereinbaren. Nur so wird die Investitionsfähigkeit der Pflegeeinrichtungen und Dienste erhalten, eine Finanzierung durch Banken ermöglicht und die Versorgung gesichert. Politische Entscheidungen dürfen künftig das Finanzierungsrisiko der pflegerischen Grundversorgung nicht erhöhen, sondern müssen dieses senken.

2.) Entgeltverhandlungen vereinfachen

Um den ins Uferlose steigenden Verhandlungsaufwand wirksam zu begrenzen, werden klarstellende gesetzliche Regelungen benötigt. Hierbei ist deutlich zu machen, dass Entgelte in der Pflege grundsätzlich weiterhin auf zwei Wegen verhandelt und vereinbart werden können. Sowohl reine Preisverhandlungen müssen eindeutig legitimiert bleiben als auch die offenen Fragen beantwortet werden in Zusammenhang mit Verhandlungen, in denen eine kleinteilige Bewertung einzelner Kosten verbunden werden muss mit einer darauf aufbauenden Berücksichtigung des Anteils für Wagnis und Gewinn. Wir benötigen demnach

- sowohl die Möglichkeit der reinen Preisverhandlung ohne detaillierte Nachweisforderungen bis zur Höhe des durchschnittlichen Entgelts
- als alternativ auch die Vereinbarung auf der Grundlage vereinbarter Gehälter mit entsprechenden Nachweispflichten („...die Pflegesätze auf Grundlage der Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbart wurden...“)

Für beide Verhandlungsalternativen muss der Zugang zur Schiedsstelle möglich sein. **Sehr hilfreich wäre aus verhandlungsökonomischer Sicht die ausdrückliche Ermächtigung der Landespflegesatzkommissionen, angemessene Entgelte für eine Musterpflegeeinrichtung zu verhandeln, vereinbaren und fortschreiben zu können, welche dann über ein bloßes Beitrittsverfahren für diejenigen Pflegeeinrichtungen gelten, die keine darüber hinausgehenden Steigerungen begehren. Auch dieses Verfahren muss schiedsstellenfähig ausgestaltet werden.** In einem einfachen Verfahren müssen alle Pflegeeinrichtungen zumindest das durchschnittliche Entgelt ohne weitere Nachweisanforderungen vereinbaren können.

Um die Pflegesatz- und Vergütungsverhandlungen im SGB XI und SGB V auf Landesebene zu vereinfachen und zu entbürokratisieren, soll gesetzlich klargestellt werden, dass Entgelte auch kollektiv auf Landesebene entsprechend der spezifischen Kostenentwicklung vereinbart und pauschal fortgeschrieben oder im Streitfall einer gemeinsamen Schiedsentscheidung zugeführt werden können.

Um Entgeltverhandlungen führen zu können, bedarf es einer Klarstellung in § 85 Abs. 7 SGB XI. Dazu muss bei Veränderungen der Voraussetzungen zur Erfüllung der sog. Tariftreueregelung und der damit zusammenhängenden Gehaltsanpassungen der Pflegeeinrichtung immer die

Anwendung von § 85 Abs. 7 SGB XI auch während der Laufzeit der Vergütungsvereinbarung ermöglicht werden.

Der bpa schlägt zur Umsetzung folgende Gesetzesänderungen vor:

§ 84 Bemessungsgrundsätze

(2) ¹Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. ²Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, entsprechend den fünf Pflegegraden einzuteilen. ³Davon ausgehend sind bei vollstationärer Pflege nach § 43 für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln; dies gilt auch bei Änderungen der Leistungsbeträge. ⁴Die Pflegesätze müssen ~~einem dem jeweiligen Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung~~ ermöglichen, ~~unter Berücksichtigung auch der betrieblich-spezifischen Einzelwagnisse~~ seine Aufwendungen ~~nach § 82c Absatz 1 oder Absatz 2 und seine bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehenden weiteren pflegesatzerheblichen Aufwendungen~~ zu finanzieren, ~~und~~ seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen ~~und eine angemessene Vergütung seines allgemeinen Unternehmerrisikos zu erzielen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos~~. ⁵Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen. ~~⁶Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten.~~ ⁷Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können die ~~weiteren pflegesatzerheblichen Aufwendungen nach Satz 4~~ **Pflegesätze** derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach Art und Größe sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, angemessen berücksichtigt werden; **die Kostenträger haben hierfür alle notwendigen Informationen zur Verfügung zu stellen.**

§ 85 Pflegesatzverfahren

(3a) Abweichend von Absatz 3 Satz 2 bis 5 sind auf Verlangen des Pflegeheims die von der Pflegesatzkommission nach § 86 Absatz 2a Satz 1 empfohlenen pauschalen Veränderungen oder die nach § 86 Absatz 2a Satz 2 empfohlenen Pflegesätze zu vereinbaren. Die Verpflichtung des Pflegeheims zur Vorlage der schriftlichen Stellungnahme der nach heimrechtlichen Vorschriften vorgesehenen Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner bleibt unberührt.

(4) Die Pflegesatzvereinbarung kommt durch Einigung zwischen dem Träger des Pflegeheimes und der Mehrheit der Kostenträger nach Absatz 2 Satz 1 zustande, die an der Pflegesatzverhandlung teilgenommen haben. Sie ist **unverzüglich** schriftlich abzuschließen. Soweit Vertragsparteien sich bei den Pflegesatzverhandlungen durch Dritte vertreten lassen, haben diese vor Verhandlungsbeginn den übrigen Vertragsparteien eine schriftliche Verhandlungs- und Abschlussvollmacht vorzulegen.

§ 86 Pflegesatzkommission

(2a) Die Pflegesatzkommission kann für einen zukünftigen Zeitraum (Pflegesatzzeitraum) pauschale Veränderungen vereinbarter Pflegesätze in angemessener Höhe empfehlen. Für Pflegeheime in einer Region im Sinne von § 82c Absatz 2, für die derselbe Tarifvertrag oder dieselbe kirchliche Arbeitsrechtsregelung nach § 72 Absatz 3a oder 3d bindend oder maßgebend ist, empfiehlt die Pflegesatzkommission auf Antrag einer beteiligten Organisation nach Absatz 1 Satz 1 einheitliche Pflegesätze. Die Empfehlungen erfolgen gemeinsam und einheitlich mit Zustimmung der Mehrheit der beteiligten Kostenträger. § 85 Absatz 5 gilt entsprechend.

(3) Die Pflegesatzkommission oder die Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 können auch Rahmenvereinbarungen abschließen, die insbesondere ihre Rechte und Pflichten, die Vorbereitung, den Beginn und das Verfahren der Pflegesatzverhandlungen sowie Art, Umfang und Zeitpunkt der vom Pflegeheim vorzulegenden Leistungsnachweise und sonstigen Verhandlungunterlagen näher bestimmen. **Absatz 2a Satz 2 und 3 gilt entsprechend.** Satz 1 gilt nicht, soweit für das Pflegeheim verbindliche Regelungen nach § 75 getroffen worden sind.

§ 87 SGB XI Unterkunft und Verpflegung

¹Die als Pflegesatzparteien betroffenen Leistungsträger (§ 85 Abs. 2) vereinbaren mit dem Träger des Pflegeheimes die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Entgelte für die Unterkunft und für die Verpflegung jeweils getrennt. ²Die Entgelte müssen in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen. ³§ 84 Abs. ~~3~~ **und 2 bis** 4 und die §§ 85 und 86 gelten entsprechend; § 88 bleibt unberührt.

§ 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung

(1) ¹Die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe und der ergänzenden Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. ²Sie muss leistungsgerecht sein. ³Die Vergütung muss ~~einem dem jeweiligen~~ Pflegedienst ~~bei wirtschaftlicher Betriebsführung~~ ermöglichen, ~~unter Berücksichtigung auch der betrieblich-spezifischen Einzelwagnisse~~ seine Aufwendungen nach § 82c Absatz 1 oder Absatz 2 und seine ~~bei wirtschaftlicher Betriebsführung~~ entstehenden weiteren pflegesatzerheblichen Aufwendungen zu finanzieren, und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen ~~unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerisches~~ und eine angemessene Vergütung seines allgemeinen

Unternehmerrisikos zu erzielen. ⁴Eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

(3a) Abweichend von Absatz 2 Satz 2 kann die Vergütung oder eine Vergütungserhöhung mit Zustimmung der betroffenen Pflegedienste einheitlich für Pflegedienste in einer Region im Sinne von § 82c Absatz 2 sowie für die Pflegedienste, für die derselbe Tarifvertrag oder dieselbe kirchliche Arbeitsrechtsregelung nach § 72 Absatz 3a oder 3d bindend oder maßgebend ist, zwischen einer vertretungsberechtigten Vereinigung gleicher Träger und den Kostenträgern nach Absatz 2 vereinbart werden. Absatz 3 Sätze 1 bis 3 erster Halbsatz, § 84 Absatz 4 Satz 2 und Absatz 7, § 85 Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 bis 7 gelten entsprechend. § 85 Absatz 3a und § 86 bleiben unberührt.



**Bundesverband
Selbsthilfe
Körperbehinderter e.V.**

Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. · Kurfürstenstr. 131 · 10785 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Abteilung 4

**Referentin für Gesundheits-
und Sozialpolitik**

Simone Siebert

Büro Berlin

Kurfürstenstr. 131
Nebeneingang links
10785 Berlin

Tel.: 030 8 14 52 68 -51

Fax: 030 8 14 52 68 -59

E-Mail: simone.siebert@bsk-ev.org

Sitz des Verbandes

Altkrautheimer Straße 20
74238 Krautheim

Tel.: 06294 4281-0

Fax: 06294 4281-79

www.bsk-ev.org

Per E-Mail: Pflegereformgesetz-Verbaende@bmg.bund.de

2. März 2023

Stellungnahme des Bundesverbandes Selbsthilfe Körperbehinderter zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz - PUEG)

Sehr geehrter Herr Dr. Schölkopf,

der Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. (BSK) bedankt sich für die Möglichkeit zum Referentenentwurf (RefE) eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege Stellung nehmen zu können.

Der BSK e.V. vertritt seit mehr als 60 Jahren vorrangig Menschen mit Körperbehinderung und setzt sich für deren Rechte ein.

Spendenkonto:

Bank für Sozialwirtschaft
IBAN DE76 6012 0500 0007 7021 00
BIC BFSWDE33STG

Geschäftskonto:

Sparkasse Neckartal-Odenwald
IBAN DE89 6745 0048 0004 0707 51
BIC SOLADES1MOS

Gemeinnützigkeit:

Gemeinnützigkeit
zuerkannt durch das
Finanzamt Öhringen
Steuer-Nr.: 76001/30101

**Der
BSK
trägt
das:**



Der BSK ist Mitglied bei:



Zu den einzelnen Regelungen nehmen wir - wie folgt – Stellung:

§ 7 d) SGB XI

Wir begrüßen die Aufnahme eines barrierefreien Informationsportals nach § 7 d) SGB XI neben der Pflegeberatung und den Pflegestützpunkten. Die Barrierefreiheit wird hier explizit benannt. Im Gegensatz zu anderen Stellen des RefE, bei denen die Barrierefreiheit nicht gebührend aufgegriffen wird.

Sehen wir aber gleichzeitig einen zusätzlichen bürokratischen Aufwand, der schlimmstenfalls wegen mangelnder Nutzung ins Leere laufen könnte,

§ 17 SGB XI.

Insbesondere begrüßen wir die ausdrückliche Beteiligung der für die Wahrnehmung der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen bei den Richtlinien des medizinischen Dienstes und der Pflegekassen nach § 17 SGB X.

Der Funktion der Organisationen der Selbsthilfe von pflegebedürftigen und behinderten Menschen wird durch die Beteiligungsmöglichkeit damit ein gänzlich anderes Gewicht eingeräumt. Es geht nicht mehr um eine beratende Funktion, sondern vielmehr um Beteiligung. Ziel dieser Veränderung ist es, die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten und damit auch unsere Mitglieder zu stärken.

Dies begrüßt der BSK e.V. ausdrücklich, denn damit wird den Betroffenen ein Sprachrohr verliehen.

Überdies ist für den Fall, dass dem schriftlichen Anliegen der Selbsthilfeorganisationen nicht gefolgt worden ist, auf Verlangen dies zu begründen.

Hierdurch wird den Belangen der vertretenen Personen Rechnung gezollt. Wünschenswert ist aus unserer Sicht ein Stimmrecht der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen.

§ 18 ff. SGB XI Beauftragung der Begutachtung

Wird in der Begründung des RefE darauf verwiesen, dass dem Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bislang die Komplexität und Unübersichtlichkeit der geltenden Vorschrift zu Verständnisschwierigkeiten, Auslegungsfragen und Unsicherheiten geführt haben, so mangelt es in den aktuellen Ausführungen im RefE an dem barrierefreien Zugang. Zudem widerspricht er den Aussagen des Koalitionsvertrages, in dem ein barrierefreies und inklusives Gesundheitswesen angekündigt wurde. Insgesamt sollte der Begutachtung der §§ 18 ff SGB Xi die Barrierefreiheit vorangestellt werden. Auch hier sollte bei den Versicherten auf einen barrierefreien Zugang eingegangen werden.

§ 30 SGB XI Dynamisierung

Als Maßnahme zur Stabilisierung der Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung ist im vorliegenden RefE die Dynamisierung der Beitragssätze anzusehen.

So soll der gesetzliche Beitragssatz bereits zum 1. Juli 2023 von derzeit 3,05 Prozent auf 3,4 Prozent steigen, der für Kinderlose von 3,4 auf 4,0 Prozent. Eltern mit mehr als einem Kind werden laut Entwurf weniger belastet: Ihr Beitrag würde ab dem zweiten Kind wieder um 0,15 Prozentpunkte pro Kind gesenkt, die Entlastung aber auf maximal 0,6 Prozentpunkte begrenzt. Damit setzt das Ministerium ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts um.

Sollte die Liquidität der SPV kurzfristig gefährdet sein, soll die Bundesregierung künftig ohne Zustimmung des Bundesrates den Beitragssatz per Rechtsverordnung anpassen dürfen.

Im Gegenzug sieht der RefE Leistungserhöhungen vor. Das Pflegegeld steigt demnach ab 2024 um fünf Prozent. 2025 und 2028 sollen die Geld- und Sachleistungen entsprechend der Preisentwicklung weiter angepasst werden. Verhinderungs- und Kurzzeitpflege in der ambulanten Pflege würden ab 2024 in einen Jahresbetrag zusammengeführt, den Pflegebedürftige für ihre Zwecke flexibel einsetzen dürften. Arbeitnehmer, die wegen einer akut auftretenden Pflegesituation eines Angehörigen nicht arbeiten können, hätten künftig nicht nur pro Kalenderjahr insgesamt bis zu zehn Arbeitstage Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld, sondern je pflegebedürftiger Person. Um Pflegebedürftige in Heimen zu entlasten, sollen 2024 die Zuschüsse zu den Eigenanteilen um fünf bis zehn Prozentpunkte steigen.

Ein dauerhafter Steuerzuschuss zur SPV ähnlich wie in der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht vorgesehen. Dies wird angesichts der desolaten Situation der sozialen Pflegeversicherung sehr kritisch gesehen.

Die Anpassung des Pflegegeldes um fünf Prozent reicht bei den gegenwärtigen Preissteigerungen vorne und hinten nicht. Viele verzichten auf dringend notwendige

Leistungen, weil sie es sich schlicht nicht leisten können. Die Preissteigerungen können nach Ansicht des BSK e.V. damit nicht abgedeckt werden

Zusammenlegung von Verhinderungspflege nach §39 und Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI

Hingegen sind geplante Leistungsverbesserungen wie durch die Zusammenlegung der Budgets von Kurzzeit- und Verhinderungspflege sinnvoll. Sie entsprechen der Lebensrealität der Pflegebedürftigen und verbessern daher die Situation der Betroffenen.

§ 123 SGB XI Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsvorhaben und -strukturen vor Ort und im Quartier

Generell zu begrüßen ist das neu gesetzlich verankerte Modellvorhaben des § 123 SGB XI, da es sich auf lokale Projekte bezieht und damit schon der Diversität der Bundesrepublik Rechnung trägt. Die Pflegeversicherung soll hierfür 50 Millionen Euro pro Jahr bereitstellen, wenn sich das jeweilige Bundesland beziehungsweise die jeweilige Kommune daran zur Hälfte beteiligt.

Insbesondere hat zunächst eine Anhörung der Organisationen der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Organisationen für die Empfehlung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung voranzugehen.

Dies begrüßen wir ausdrücklich in diesem Zusammenhang.

§ 125 b SGB XI Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

Ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege soll Potenziale zur Stärkung der pflegerischen Versorgung sowohl für die Betroffenen als auch die Pflegenden heben. Das bereits laufende Förderprogramm für digitale und technische Anschaffungen in Pflegeeinrichtungen zur Entlastung des Pflegepersonals wird ausgebaut. Aus-, Fort- und Weiterbildungen zu digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften in der Langzeitpflege sollen künftig auch förderfähig sein.

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sollen spätestens ab 1. Juli 2024 an die Telematikinfrastruktur angebunden sein sowie Zugriff auf die elektronische Patientenakte (ePA) bekommen.

Der BSK e.V. würde begrüßen bei diesem Kompetenzzentrum gemäß § 125 b SGB XI analog § 123 Abs. 7 S. 1 SGB XI beteiligt zu werden.

Wir bedanken uns für die Möglichkeit in diesem Rahmen unsere Positionen darlegen zu können und freuen uns auf die weitere Einbindung in diesen Prozess.
Gerne stehen wir Ihnen mit unserer Expertise für ein Gespräch zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Simone Siebert
Referentin für Gesundheits- und Sozialpolitik



Verena Gotzes
Bundesvorsitzende

Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie e. V.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

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

6. März 2023

Auf der Basis von im Koalitionsvertrag für diese Legislaturperiode vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in der Pflege sollen mit dem vorliegendem Gesetzentwurf Anpassungen in der Pflegeversicherung vorgenommen werden. Insbesondere sollen die häusliche Pflege gestärkt und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sowie andere Pflegepersonen entlastet, die Arbeitsbedingungen für professionell Pflegenden weiter verbessert sowie die Potentiale der Digitalisierung für Pflegebedürftige und für Pflegenden noch besser nutzbar gemacht werden. Auch zielen die geplanten Neuregelungen darauf ab, die ökonomischen Rahmenbedingungen sowie die finanzielle Lage der Pflegeversicherung zu verbessern.

Der Bundesverband Geriatrie begrüßt die Zielrichtung des vorgelegten Referentenentwurfes. Die zukünftig vermehrt in den Blickwinkel rückenden Aspekte der Ausschöpfung von Rehabilitationspotentialen pflegebedürftiger Menschen sowie die hieraus langfristig zu verbessernden Bereiche der Lebensqualität, aber auch der finanziellen Belastung der Pflegekassen sind vom Bundesverband Geriatrie bereits häufig angesprochen worden.

Zur ökonomischen und finanziellen Verbesserung der Lage der Pflegeversicherung sollte mit dem vorliegendem Gesetzentwurf insbesondere der Grundsatz „Rehabilitation vor und bei Pflege“ gesetzgeberisch weiter gestärkt werden, da Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation einen entscheidenden Beitrag dazu beitragen, die aktuell bestehenden Schwierigkeiten im Bereich der bisherigen pflegerischen Versorgung zu verbessern. Insbesondere die geriatrische Versorgung, die speziell auf die Bedürfnisse betagter und hochbetagter Menschen abgestimmt ist, führt neben einer Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen gleichzeitig zu einer Reduzierung der Ausgaben der Pflegeversicherung und schöpft somit große Wirtschaftlichkeitspotenziale für die Gesellschaft.

Konkret ist der Genehmigungsvorbehalt von geriatrischen Rehabilitationsleitungen nach der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in der Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst aufzuheben. Zusätzlich sollten Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in der Geriatrie gesetzgeberisch gestärkt werden.

Der Bundesverband Geriatrie e. V. nimmt zum Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz wie folgt Stellung:

Abschaffung des Genehmigungsvorbehaltes der Rehabilitationsträger für Leistungen der geriatrischen Rehabilitation nach Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in der Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst

Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Deutschland gehen bei mittlerer Steigerung der Lebenserwartung von einem Anstieg der Anzahl Pflegebedürftiger um 62 % von 2020 bis zum Jahr 2050 aus. Dies bedeutet eine Steigerung auf rund 7,5 Mio. Pflegebedürftige im Jahr 2050. Bis zum Jahr 2030 soll die Pflegebedürftigkeit auf rund 5,9 Mio. Menschen steigen.

Durch den gesetzlichen Grundsatz „Rehabilitation vor und bei Pflege“ kann, nach Meinungen vieler Experten, einer solch überproportionalen Zunahme pflegebedürftiger Menschen gezielt gegengesteuert werden. Gutachter stellen eine deutliche Verzögerung der Pflegebedürftigkeit infolge einer zielgerichtet eingesetzten Rehabilitation fest. Im Pflegereport der Barmer (2014) wurde unter anderem ein dämpfender Effekt der geriatrischen Rehabilitation auf die Wahrscheinlichkeit des Pflegeeintritts festgestellt.

Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz aus dem Jahr 2008 wurde daher u.a. der Grundsatz „Rehabilitation vor und bei Pflege“ gestärkt. Der Vorrang von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe ist im SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) festgelegt. Im SGB XI ist geregelt, dass im Falle drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit regelmäßig die Notwendigkeit präventiver oder rehabilitativer Leistungen, insbesondere die Notwendigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zu prüfen ist. Mit den Regelungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ist seither in jedem Einzelfall im Rahmen der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit zu prüfen, ob eine Indikation für diese Leistung besteht, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu beseitigen oder zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten (§ 18 Abs. 1 und 6 SGB XI, § 9 Abs. 1 und 3 SGB IX). Die Pflegekasse informiert unverzüglich die versicherte Person und mit deren Einwilligung die behandelnde Ärztin beziehungsweise den behandelnden Arzt und leitet mit Einwilligung der antragstellenden Person die entsprechende Mitteilung dem zuständigen Reha-Träger zu (§ 31 Abs. 3 SGB XI). In diesen Fällen ist ein gesonderter Antrag der antragstellenden Person oder eine Verordnung durch die Vertragsärztin beziehungsweise den Vertragsarzt mit Muster 61 im Weiteren nicht erforderlich (§ 31 Abs. 3 SGB XI).

Die Verordnungsfähigkeit von Leistungen zur Vorsorge- und Rehabilitation durch den Medizinischen Dienst ist, aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie ausdrücklich zu begrüßen. Insbesondere die Geriatrie mit ihrem besonderen ganzheitlichen Ansatz kann zur Eindämmung der Gesundheitsausgaben in der Pflegeversicherung einen positiven Beitrag leisten. In geriatrischen Therapien ist ein erhebliches Rehabilitationspotenzial zu erkennen, sodass Pflegekosten gemäß dem Effekt „Rehabilitation vor und bei Pflege“ auch in angrenzenden Sektoren eingedämmt werden können. Im Minimalszenario von Verhinderung und Minderung der Pflege um jeweils 10 % ergibt sich auf der Grundlage einer Berechnung des Bundesverbandes Geriatrie eine Einsparung der Pflegekosten um rund 869 Mio. € für den Zeitraum von einem Jahr – auch nach Beseitigung der strukturellen Unterfinanzierung im Bereich der Rehabilitation. Dem gegenüber steht eine durchschnittliche einmalige Ausgabengröße von rund 646 Mio. € für die stationäre geriatrische Behandlung dieser Patientinnen und Patienten in einem Krankenhaus

Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie e. V. zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege

Bundesverband Geriatrie e. V.
Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin

oder einer Rehabilitationsklinik. Hierdurch könnten in einem Jahr durch Verhinderung und Minderung von Pflegebedürftigkeit rund 223 Mio. € bei der betrachteten Patientengruppe eingespart werden.

Mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) aus September 2020 wurden in § 40 SGB V zuletzt Erleichterungen zum Zugang zur geriatrischen Rehabilitation verankert. Gemäß § 40 Absatz 2 SGB V können niedergelassene Ärzte die Notwendigkeit einer geriatrischen Rehabilitation feststellen und diese verordnen. Die Krankenkassen sind an diese Feststellung gebunden. Die Überprüfung der geriatrischen Indikation mittels geeigneter Abschätzungsinstrumente durch einen Vertragsarzt ist laut Gesetz ausreichend. Bei der Übermittlung der Verordnung an die Krankenkasse ist die Anwendung der geeigneten Abschätzungsinstrumente nachzuweisen und das Ergebnis der Abschätzung beizufügen. Von der vertragsärztlichen Verordnung darf die Krankenkasse hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur dann abweichen, wenn eine von der Verordnung abweichende gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes vorliegt. Außerdem hat der G-BA in Richtlinien Fälle festgelegt, in denen Anschlussrehabilitationen nach einem Krankenhausaufenthalt ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können. Gemäß der Rehabilitationsrichtlinie können seither auch geriatriespezifische Anschlussrehabilitationen ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden.

Diese gesetzgeberischen Regelungen sind aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie ausdrücklich zu begrüßen und zur finanziellen Stabilisierung der Pflegekassen analog auf die Verordnungsfähigkeit von Leistungen zur Vorsorge- und Rehabilitation durch den Medizinischen Dienst zu übertragen. Konkret schlägt der Bundesverband Geriatrie nachfolgende gesetzgeberische Änderung vor:

§ 31 Abs. 3 SGB XI wird um einen neuen Satz 4 ergänzt:

(3) Wenn eine Pflegekasse durch die gutachterlichen Feststellungen des Medizinischen Dienstes (§ 18 Abs. 6) oder auf sonstige Weise feststellt, dass im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, informiert sie schriftlich oder elektronisch unverzüglich den Versicherten sowie mit dessen Einwilligung schriftlich oder elektronisch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt sowie Angehörige, Personen des Vertrauens der Versicherten oder Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die den Versicherten versorgen, und leitet mit Einwilligung des Versicherten eine entsprechende Mitteilung dem zuständigen Rehabilitationsträger zu. Die Pflegekasse weist den Versicherten gleichzeitig auf seine Eigenverantwortung und Mitwirkungspflicht hin. Soweit der Versicherte eingewilligt hat, gilt die Mitteilung an den Rehabilitationsträger als Antragstellung für das Verfahren nach § 14 des Neunten Buches. Von dem Rehabilitationsträger wird bei einer durch die Pflegekasse verordneten geriatrischen Rehabilitation nicht überprüft, ob diese medizinisch erforderlich ist. Die Pflegekasse ist über die Leistungsentscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers unverzüglich zu informieren. Sie prüft in einem angemessenen zeitlichen Abstand, ob entsprechende Maßnahmen durchgeführt worden sind; soweit erforderlich, hat sie vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 32 Abs. 1 zu erbringen.

Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie e. V. zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege

Bundesverband Geriatrie e. V.
Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin

Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Geriatrie

Prävention und Gesundheitsförderung sind insbesondere in einer alternden Gesellschaft wichtige Instrumente des Gesundheitswesens. Die individuelle Gesundheit sowie Teilhabe wird gefördert, gleichzeitig können durch die Vermeidung oder Stabilisierung von Krankheits- oder Pflegeaufwendungen wirtschaftliche Einsparungen im Gesundheitssystem erreicht werden. Sowohl betagte und hochbetagte als auch bereits pflegebedürftige Menschen profitieren im erheblichen Umfang von Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung. Ein wesentliches Ziel der Prävention im Alter besteht darin, Risikofaktoren für körperliche und psychische Erkrankungen, Hinweise auf Fehl- oder Mangelernährung oder Suchtverhalten zu erkennen und zu beeinflussen. Im Mittelpunkt stehen hierbei besonders jene Einflussgrößen, die für die Gesundheit im Alter zentral und einer Veränderung zugänglich sind. Auch bei Personen mit erheblichen körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen sind durch geeignete Maßnahmen wie der geriatrischen (Früh)Rehabilitation inklusive der aktivierend therapeutischen Pflege präventive gesundheitliche Effekte möglich. Insbesondere Maßnahmen der Sekundär- und Tertiärprävention kommen betagten und hochbetagten Menschen eine besondere Bedeutung zu.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 17. Juli 2015 wurden in Deutschland die strukturellen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Gesundheitsförderung und Prävention in jedem Lebensalter und in allen Lebensbereichen als gemeinsame Aufgabe der Sozialversicherungsträger unter Beteiligung der Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung unterstützt werden. Zudem wurde ein Rahmen für die Verbesserung der Zusammenarbeit der Akteure auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene gesetzt. Mit dem § 20 Absatz 1 SGB V haben die Krankenkassen den gesetzlichen Auftrag erhalten, Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten weiter auszubauen. Die gesetzlichen Regelungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung der Krankenkassen sind in den §§ 20, 20a, 20b und 20c SGB V verankert.

In § 20 Absatz 3 Nr. 7 SGB V wurde unter anderem das „gesunde altern“ als ein Gesundheitsziel im Bereich der Gesundheitsförderung und der Prävention gesetzlich normiert. Da Leistungen zur Prävention auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit einzusetzen sind, um die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern, haben die Pflegekassen mit dem § 5 SGB XI zudem den Auftrag erhalten, Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung auch in der stationären Langzeit- und Kurzzeitpflege zu erbringen. Der GKV-Spitzenverband hat in diesem Zusammenhang zwei Leitfäden zur Prävention publiziert: Diese legen die Kriterien für die Leistungen der Kranken- und Pflegekassen zur Prävention und Gesundheitsförderung fest.

Mit dem Zweiten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) wurden die Pflegeversicherung und die pflegerische Versorgung durch einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsinstrument zuletzt auf eine neue pflegfachliche Grundlage gestellt. In Folge des § 5 SGB XI wird im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit seither geprüft, ob und ggf. welche Maßnahmen der Primärprävention zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten geeignet, notwendig und zumutbar sind.

Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie e. V. zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege

Bundesverband Geriatrie e. V.
Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin

Trotz diesen gesetzlichen Initiativen haben sich für Betagte- und Hochbetagte bisher keine regelhaften und flächendeckend etablierten geriatricspezifischen Präventionsansätze entwickelt. Oft werden diesbezüglich die individuellen Chancen bzw. die bestehenden Bedarfe nicht erkannt, sodass die Einführung von regelhaften Früherkennungsuntersuchungen im Alter sinnvoll ist. Chronische Erkrankungen und Multimorbidität können besonders im höheren Alter die Alltagskompetenz und Selbstständigkeit gefährden, weshalb fachspezifische Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung für Menschen mit geriatrischen Behandlungsbedarf von besonderer Bedeutung sind.

Kinder haben gemäß § 26 SGB V bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psychosoziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V, die sich altersentsprechend an das Kind oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann. In Analogie zu den gesetzlich verankerten Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche besteht ebenfalls ein Bedarf an geriatricspezifischen Ü-Untersuchungen (z. B. „Ü-70“, Ü-80“). Für Betagte und Hochbetagte muss daher ein gesetzlicher Anspruch auf geriatricspezifische Gesundheitsuntersuchungen normiert werden. Konkret schlägt der Bundesverband Geriatrie nachfolgende gesetzgeberische Änderung vor:

§ 25 SGB V wird um einen neuen Absatz 3 ergänzt:

(1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung, einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus im Hinblick auf die Empfehlungen der Ständigen Impfkommision nach § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. Sie informiert über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und kann auch auf andere Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention hinweisen wie beispielsweise auf die vom Deutschen Olympischen Sportbund e. V. und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen oder auf sonstige qualitätsgesicherte Bewegungsangebote in Sport- oder Fitnessstudios sowie auf Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung.

(2) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen.

(3) Versicherte haben ab dem 70. Lebensjahr Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre Gesundheit in nicht geringfügigem Maße gefährden. Ein wesentliches Ziel der Früherkennungsuntersuchungen im Alter besteht u.a. darin, Risikofaktoren für Erkrankungen, Hinweise auf Fehl- oder Mangelernährung oder Suchtverhalten zu erkennen und zu beeinflussen. Im Mittelpunkt stehen hierbei besonders jene Einflussgrößen, die für die Gesundheit im Alter zentral und einer Veränderung zugänglich sind.

(4) Voraussetzung für die Untersuchung nach den Absätzen 1 bis 3 ist, dass es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können oder um zu erfassende gesundheitliche Risiken und Belastungen, die durch geeignete Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention

Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie e. V. zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege

Bundesverband Geriatrie e. V.
Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin

nach § 20 Absatz 5 vermieden, beseitigt oder vermindert werden können. Die im Rahmen der Untersuchungen erbrachten Maßnahmen zur Früherkennung setzen ferner voraus, dass

1. das Vor- und Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist,
2. die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind,
3. genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eindeutig zu diagnostizieren und zu behandeln.

Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss bei seinen Beratungen über eine Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1 fest, dass notwendige Erkenntnisse fehlen, kann er eine Richtlinie zur Erprobung der geeigneten inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchung beschließen. § 137e gilt entsprechend.

(5) Die Untersuchungen nach [Absatz 1 bis 3](#) sollen, soweit berufsrechtlich zulässig, zusammen angeboten werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über Inhalt, Art und Umfang der Untersuchungen sowie die Erfüllung der Voraussetzungen nach [Absatz 4](#). Ferner bestimmt er für die Untersuchungen die Zielgruppen, Altersgrenzen und die Häufigkeit der Untersuchungen. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt erstmals bis zum 31. Juli 2016 in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung nach Absatz 1 Satz 2. Im Übrigen beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss erstmals bis zum 31. Juli 2018 in Richtlinien nach § 92 das Nähere über die Gesundheitsuntersuchungen nach Absatz 1 zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen sowie eine Anpassung der Richtlinie im Hinblick auf Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten. Die Frist nach Satz 5 verlängert sich in dem Fall einer Erprobung nach Absatz 3 Satz 3 um zwei Jahre.

Stellungnahme

des Bundesverbands der Arzneimittel-Hersteller e.V. (BAH)

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

vom 20. Februar 2023

Der Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V. (BAH) vertritt die Interessen der Arzneimittel- und Medizinprodukteindustrie sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene gegenüber Politik, Behörden und Institutionen im Gesundheitswesen. Die rund 400 Mitgliedsunternehmen und ihre ca. 80.000 Beschäftigten tragen maßgeblich dazu bei, die Arzneimittel- und Medizinprodukteversorgung in Deutschland und weltweit zu sichern. Der BAH ist der mitgliederstärkste Verband im Arzneimittel- und Medizinproduktebereich. Die politische Interessenvertretung und die Betreuung der Mitglieder erstrecken sich auf das Gebiet der verschreibungspflichtigen und nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel sowie der Medizinprodukte, insbesondere stofflicher Medizinprodukte, Medical Apps und digitaler Gesundheitsanwendungen.

Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personen- oder Berufsbezeichnungen die maskuline Form verwendet. Jedoch gelten sämtliche Bezeichnungen gleichermaßen für alle Geschlechter.

Analyse und Vorschläge des BAH

Mit dem geplanten Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) werden Verbesserungen im Rahmen der Pflege mittels Anpassungen der Pflegeversicherung vorgenommen werden. Einen Schwerpunkt nehmen dabei Digitalisierungsmaßnahmen, die insbesondere Mehrwerte in der Langzeitpflege haben sollen. Hierzu zählt u.a. die Anbindung der stationären und ambulanten Pflege an die Telematikinfrastruktur, die gesondert gefördert werden sollen. Neben der damit entstehenden Möglichkeit, Informationen der Pflegenden perspektivisch in die elektronische Patientenakte zu übertragen, wird ein neues elektronisches Informationsportal eingeführt, das bei der Suche nach freien Plätzen und Angeboten wohnortnaher ambulanter und stationärer Pflege helfen soll. Der BAH unterstützt die Intention des Bundesministeriums für Gesundheit, Pflegebedürftige sowie ambulante und stationäre Pflege mittels digitaler Maßnahmen zu entlasten. Zusätzlich schlägt der BAH folgende Anpassungen und Änderungen vor:

Zu Artikel 2 Nummer 4

Nach § 7c wird folgender § 7d eingefügt:

„§ 7d

Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten

(1) Zur Unterstützung von pflegebedürftigen Personen, ihren Pflegepersonen, weiteren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden, Mitarbeitenden in Sozialdiensten in Krankenhäusern sowie in Beratungseinrichtungen haben die Landesverbände der Pflegekassen ab dem 1. April 2024 für ihr jeweiliges Land ein barrierefreies elektronisches Informationsportal zu betreiben, zu pflegen und für die Nutzung im Internet öffentlich zur Verfügung zu stellen. In dem Informationsportal sind verständlich und übersichtlich allgemeine Informationen zur Pflegeversicherung für pflegebedürftige Personen, ihre Pflegepersonen, weitere Angehörige und vergleichbar Nahestehende, Sozialdienste in Krankenhäusern und für

Mitarbeitende in Beratungseinrichtungen sowie

1. tages- oder wochenaktuelle Informationen zu frei verfügbaren Angeboten von allen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie ambulanten Betreuungsdiensten im Sinne des § 71,
2. Informationen über Beratungsangebote nach § 7c und Pflegekurse nach § 45,
3. auf Antrag der jeweiligen Anbieter Informationen über Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a, zu weiteren Angeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind, insbesondere für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen in Betracht kommende gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative und sonstige medizinische sowie pflegerische und soziale Hilfs- und Unterstützungsangebote, Angebote der für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe sowie Angebote von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen im Sinne des § 45c Absatz 4 aufzunehmen.

Die Landesverbände der Pflegekassen sind verpflichtet, die Anbieter nach Satz 2 Nummer 3 über die Möglichkeit zur Aufnahme in das Informationsportal zu informieren. Die Stellen nach Satz 2 Nummer 3 können bei den jeweiligen Landesverbänden der Pflegekassen die Aufnahme in das Informationsportal beantragen. Über die Aufnahme entscheiden die jeweiligen Landesverbände der Pflegekassen; der Aufnahme ist zuzustimmen, wenn es sich um qualitätsgesicherte Angebote handelt. Über die Aufnahme von Angeboten, die im Zuständigkeitsbereich mehrerer Landesverbände der Pflegekassen oder die ausschließlich im Internet angeboten werden, entscheidet der Landesverband der Pflegekassen des Sitzlandes des jeweiligen Anbieters.

(2) Das Informationsportal enthält Name, postalische Adresse, Internetadresse, Zeiten der Erreichbarkeit und Telefonnummer der in Absatz 1 genannten Einrichtungen und Anbieter sowie weitergehende Informationen zu den jeweiligen Angeboten; bei den Pflegeeinrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 auch die Information zu frei verfügbaren Kapazitäten, bei ambulanten Pflegeeinrichtungen einschließlich gesondert ausgewiesener freier Kapazitäten für Hilfen bei der Haushaltsführung. Das Informationsportal soll eine Umkreissuche nach

Wohnort und Postleitzahl mit einem individuell einstellbaren Radius ermöglichen.

(3) Die Landesverbände der Pflegekassen können zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 gemeinsame Informationsportale oder ein gemeinsames Informationsportal für alle Länder bestimmen. Das Informationsportal oder die Informationsportale sind so zu gestalten, dass darüber auch die weiteren Informationen, zu deren Veröffentlichung im Internet die Landesverbände der Pflegekassen gemäß diesem Buch verpflichtet sind, erreichbar sind.

(4) Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Einrichtungen und Anbieter sind nach Aufnahme in das Informationsportal verpflichtet, Änderungen ihrer dort veröffentlichten Informationen unverzüglich an das Informationsportal zu übermitteln. Die in Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 genannten stationären Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, dem Informationsportal ab dem 1. Oktober 2024 tagesaktuell die Angaben zu den bei ihnen frei verfügbaren Kapazitäten (Plätze) zu übermitteln, für ambulante Pflegeeinrichtungen gilt eine wochenaktuelle Meldefrist frei verfügbarer Kapazitäten (Plätze und Angebote, einschließlich gesondert ausgewiesener Hilfen bei der Haushaltsführung).

(5) Für die Übermittlung der Daten nach Absatz 4 Satz 2 sind ausschließlich elektronische Verfahren zu nutzen. Die Landesverbände der Pflegekassen legen Einzelheiten zum Meldeverfahren und zum Aufbau des Informationsportals im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Landesebene bis zum 31. März 2024 fest. Dabei ist auch die Nutzbarkeit des Portals für Sozialdienste in Krankenhäusern im Sinne des Entlassmanagements zu ermöglichen. Bei dem Aufbau des Informationsportals sind zudem die auf Länderebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen sowie deren Angehörigen und vergleichbarer Nahestehenden zu beteiligen. Bestimmen die Landesverbände gemäß Absatz 3 ein gemeinsames Informationsportal für alle Länder, erfolgt die Festlegung im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen und den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen und deren Angehörigen und vergleichbarer Nahestehenden auf Bundesebene.

(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit

alle zwei Jahre, erstmals zum 1. Juli 2025, einen Bericht vor. Der Bericht enthält Informationen über den Aufbau und aktuellen Stand des Informationsportals oder der Informationsportale, dessen oder deren Inanspruchnahme und Wirkungen so-wie Vorschläge zur Weiterentwicklung des Informationsportals oder der Informations-portale. Das Bundesministerium für Gesundheit leitet den Bericht an den Deutschen Bundestag weiter.“

Der BAH befürwortet die Einrichtung eines barrierefreien Informationsportals. Pflegebedürftigen Personen, ihren Pflegepersonen, weiteren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden, Mitarbeitenden in Sozialdiensten, in Krankenhäusern sowie in Beratungseinrichtungen nutzen unterschiedlichste Quellen, um sich über Pflege- und Betreuungsangebote zu informieren. Landesspezifische Informationsportale sollten aus Sicht des BAH und im Interesse der Wiedererkennbarkeit ein einheitliches bundesweites Layout besitzen. Mit dem DVPMG wurde zudem das Leistungsspektrum in der Pflege um digitale Pflegeanwendungen erweitert, welche in einem eigenen Verzeichnis beim BfArM gelistet werden. Der BAH schlägt im Sinne der Vereinheitlichung vor, grundsätzlich über die Angebote digitaler Pflegeanwendungen im Informationsportal, mindestens per Link auf die BfArM-Seite, zu informieren.

Der BAH schlägt daher folgende Ergänzung vor:

4) § 7d Absatz 1 Satz 2 folgende Nummer 4 zu ergänzen:

4. Informationen zu digitalen Pflegeanwendungen, mindestens einen Link auf das Verzeichnis nach § 78a Absatz 3.

Zu Artikel 2 Nummer 17 und 28

Nach § 7c wird folgender § 7d eingefügt:

17. § 40a Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 8 werden nach dem Wort „hinausgehen“ die Wörter „oder deren Kosten die Vergütungsbeträge nach § 78a Absatz 1 Satz 1 übersteigen“ gestrichen.

b) Satz 9 wird aufgehoben.

18. § 40b wird wie folgt geändert:

a) Der Wortlaut wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Über die von den Pflegebedürftigen für ergänzende Unterstützungsleistungen und digitale Pflegeanwendungen selbst zu tragenden Kosten einschließlich der Mehrkosten nach § 40a Absatz 2 Satz 8 sind die Pflegebedürftigen von den Pflegekassen vorab in schriftlicher Form oder elektronisch zu informieren.“

28. § 78a wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Die nach Absatz 1 vereinbarten Vergütungsbeträge sind für den Hersteller und gegenüber den Pflegebedürftigen bindend.“

Die Einführung der digitalen Pflegeanwendungen nach dem Vorbild der digitalen Gesundheitsanwendungen schließt die Verhandlung sog. Vergütungsbeträge als Erstattungshöchstgrenzen ein. Entgegen dem im SGB V geltenden Sachleistungsprinzip von digitalen Pflegeanwendungen gilt im SGB XI das Prinzip der Kostenerstattung. Kombiniert mit einer pauschalen Deckelung des Anspruches auch 50 Euro pro Monat für digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen nach § 40b des Pflegebedürftigen, werden in der Praxis eine Vielzahl von Kostenerstattungskonstellationen

auftreten, die die reibungslose Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen gefährdet. Der BAH schlägt daher eine klarstellende Trennung der Höhe des Anspruchs auf ergänzende Unterstützungsleistungen sowie digitale Pflegeanwendungen vor.

Die vom Referentenentwurf intendierte Klarstellung der Bindungswirkung des Vergütungsbetrages hält der BAH für sinnvoll, jedoch wird darüberhinausgehend keine Lösung für die kommenden Probleme in der Abrechnung adressiert. Die bisherigen Verhandlungen zur Rahmenvereinbarung nach § 78a Absatz 2 haben gezeigt, dass insbesondere eine Preisregelung für die ersten drei Monate bis zur Geltung des Vergütungsbetrages nach § 78a fehlt. Zudem plädiert der BAH für eine explizite Möglichkeit zur Abtretung der anspruchsberechtigten Person gegenüber der Pflegekasse an den Hersteller. Dies würde den Verwaltungsprozess der Abrechnung erheblich vereinfachen und den Pflegebedürftigen erheblich entlasten.

Der BAH schlägt daher folgende Änderung vor:

In § 40a Absatz 3 wird folgender Satz 2 ergänzt:

Pflegebedürftige haben die Möglichkeit zur Abtretung der Erstattungsansprüche gegenüber der Pflegekasse an den Hersteller digitaler Pflegeanwendungen.

§ 40b Absatz 1 wird wie folgt geändert:

*(1) Bewilligt die Pflegekasse die Versorgung mit einer digitalen Pflegeanwendung, hat die pflegebedürftige Person Anspruch auf die Erstattung von Aufwendungen für **jede** digitale Pflegeanwendungen nach § 40a **von bis zu 50 Euro im Monat** sowie auf Leistungen für die Inanspruchnahme von ergänzenden Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen nach § 39a bis zur Höhe von ~~insgesamt~~ **50 Euro im Monat**.*

§ 78a Absatz 1 wird folgender Satz 7 ergänzt:

Bis zum Abschluss der Vereinbarung nach Satz 1 gilt ein pauschaler Abrechnungsbetrag von 50 Euro für die digitale Pflegeanwendung.

Der BAH bittet, die vorgeschlagenen Änderungs- und Ergänzungsvorschläge im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses zu berücksichtigen, damit Pflegebedürftige reale Mehrwerte digitaler Versorgung erfahren und ein komplexer Bewilligungs- und Abrechnungsprozess zugunsten dringend benötigter Ressourcen in der Pflege vereinfacht wird.

Bonn/Berlin, 28. Februar 2023

Finanzprobleme der Pflegeversicherung werden zu Lasten der Beitragszahlenden weiter massiv verschärft, Entwurf ist Bürokratiemonster für Arbeitgeber

BDA-Stellungnahme zum Referentenentwurf zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (PUEG)

6. März 2023

Zusammenfassung

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf werden die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung massiv erhöht und sowohl die Mehrheit der Versicherten als auch die Arbeitgeber finanziell stark belastet. Zugleich werden die Leistungen der Pflegeversicherung ausgeweitet und damit die Finanzierungsprobleme auch für die Zukunft weiter verschärft. Mit der Verordnungsermächtigung für zukünftige kurzfristige Beitragserhöhungen wird das Demokratieprinzip geschwächt. Der Referentenentwurf lässt jeglichen echten Reformwillen vermissen. Notwendige und nachhaltige Strukturreformen, die dafür sorgen, dass die soziale Pflegeversicherung auch zukünftig finanzierbar bleibt, sind ausgespart. Von Seiten der Arbeitgeber liegen Vorschläge für eine notwendige [Pflegereform 2023](#) vor.

Ohne grundlegende Strukturreformen, die auch eine Weiterentwicklung der Pflegefinanzierung und der Pflegeinfrastruktur umfassen müssen, droht die Belastung der Arbeitskosten durch Pflegeversicherungsbeiträge in den kommenden Jahren erheblich weiter zu steigen. Die im Entwurf vorgesehenen Maßnahmen treiben die Sozialbeiträge auf über 41 %, bei Pflegeversicherten ohne Kinder sogar auf 41,4 %. Noch höhere Lohnzusatzkosten als heute schwächen die Wettbewerbsposition des Wirtschaftsstandorts Deutschlands und gefährden Investitionen, Wachstumschancen und Arbeitsplätze. Zudem belasten sie in Zeiten steigender Inflation und hoher Kosten durch die Energiekrise die Beschäftigten besonders. Darüber hinaus ist eine solche Steigerung der Abgabenbelastung nicht generationengerecht, weil sie die jüngeren Generationen massiv belastet, während die älteren Generationen, die selbst sehr viel weniger Beiträge geleistet haben, massiv profitieren.

Die im Referentenentwurf vorgesehenen Anpassungen zur Berücksichtigung des Kindererziehungsaufwandes in der Pflegeversicherung führen zu hohen bürokratischen Aufwänden bei den Arbeitgebern und gehen zu Lasten der Beitragszahlenden über die geforderte reine Beseitigung von Ungerechtigkeiten hinaus. Hier sind dringend Nachbesserungen erforderlich. Insbesondere ist auch eine Umsetzung zum 1. Juli 2023 keinesfalls für die Arbeitgeber leistbar. Zum einen, weil die notwendigen detaillierten Informationen zur Elterneigenschaft bei den Arbeitgebern grundsätzlich nicht vorliegen, da sie für die Abwicklung des Arbeitsverhältnisses unerheblich sind. Zum anderen, weil zur Umsetzung noch umfassende Softwareanpassungen erforderlich sind.



Im Einzelnen

I Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Beitragsanhebung belastet massiv - nicht moderat

In dem Referentenentwurf wird von einer moderaten Beitragsanhebung (Artikel 21b – § 55 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) gesprochen. Dies entspricht nicht den Tatsachen. Die gleichzeitige Umsetzung des BVerfG-Beschlusses zur Berücksichtigung der Kinderanzahl verschleiern, dass die Beiträge für alle Versicherten mit weniger als vier Kindern und alle Arbeitgeber erheblich ansteigen und damit für die weit überwiegende Mehrheit der Beitragszahlenden eine massive Belastung darstellt. Die Anhebung des Beitragssatzes um 0,35 Prozent (um 0,6 Prozent für Kinderlose) ist unverhältnismäßig. Selbst für Eltern mit drei Kindern führt die Reform - trotz Abschlags - insgesamt zu einer Anhebung des Beitragssatzes auf 3,1 Prozent (bisher 3,05 Prozent). Eine Entlastung für Eltern mit mehreren Kindern, wie es das BVerfG vorgesehen hat, ist damit nicht erreicht. Vielmehr werden auch Familien mit mehreren Kindern zusätzlich belastet.

Die ohnehin extrem hohe Abgabenbelastung auf Löhne und Gehälter in Deutschland (vgl. OECD, Taxing Wages) darf nicht noch weiter nach oben getrieben werden. In kaum einem anderen Land bleibt den Beschäftigten so wenig von ihrem erwirtschafteten Einkommen wie in Deutschland. Vor allem die hohen Sozialbeiträge sind bei Durchschnittsverdienenden für einen Großteil der Abgabenlast auf Löhne und Gehälter verantwortlich. Gerade in der aktuellen Phase der wirtschaftlichen Unsicherheit, in der Wirtschaft und Bürgerinnen und Bürger massiv unter Preissteigerungen leiden, darf es keine zusätzlichen Belastungen durch höhere Sozialbeiträge geben. Der demografisch bedingte immer stärker werdende Fach- und Arbeitskräftemangel darf nicht auch noch mit steigenden Lohnzusatzkosten einhergehen. Nur durch eine dauerhafte und verlässliche Begrenzung der Steuer- und Abgabenbelastung des Faktors Arbeit wird der Wirtschaftsstandort Deutschland attraktiv bleiben.

Verordnungsermächtigung für weitere Beitragsanhebungen schwächt Demokratieprinzip

Die im Referentenentwurf vorgesehene Rechtsverordnungsermächtigung für die Bundesregierung zur Anpassung des Beitragssatzes für Fälle eines kurzfristigen Liquiditätsbedarfs (Artikel 21b - §55 Abs.1 Satz 1 SGB XI) schwächt das Demokratieprinzip und ist abzulehnen. Dem Bundesgesundheitsministerium wäre es damit möglich, ohne jegliche Anhörung von Verbänden und ohne Einbeziehung von Bundestag und Bundesrat kurzfristig die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung zu erhöhen und die Verschuldung des Umlagesystems zu Lasten der jüngeren Generationen am Parlament vorbei zu erhöhen. Die Möglichkeit zum „unauffälligen“ Erhöhen der Beiträge unterbindet die notwendige politische Debatte und verringert zugleich den Reformdruck. Statt die Beiträge immer weiter zu erhöhen ist es notwendig, die seit langem überfälligen Strukturreformen in der Pflegeversicherung anzugehen.

Bei gleichzeitigen (unzureichend gegenfinanzierten) Leistungsausweitungen, einer (demografisch bedingt) wachsenden Zahl von Pflegebedürftigen und fehlenden Reformen, ist es mehr als absehbar, dass die Bundesregierung von der Verordnungsermächtigung in Zukunft mehrfach Gebrauch machen wird.

Verglichen mit den Regelungen in der Rentenversicherung würde die jetzt vorgesehene Verordnungsermächtigung zur Erhöhung der Pflegeversicherungsbeiträge dem Bundesgesundheitsministerium auch deutlich weitergehende Befugnisse einräumen. Zum einen ist eine Veränderung der Beitragssätze zur Rentenversicherung von der Zustimmung des Bundesrats abhängig, was für die Pflegeversicherung nicht vorgesehen ist. Zum anderen



bezieht sich die Verordnungsermächtigung in der Rentenversicherung auf die Bundesregierung und ausdrücklich nicht auf das zuständige Bundesministerium selbst. Darüber hinaus orientieren sich Beitragssatzanpassungen in der Rentenversicherung an strengen formalen Regeln. So ist der Beitragssatz in der Rente dann anzupassen, wenn die Mittel der Nachhaltigkeitsrücklage absehbar das 0,2fache der durchschnittlichen Ausgaben zu eigenen Lasten der Träger der allgemeinen Rentenversicherung für einen Kalendermonat (Mindestrücklage) voraussichtlich unterschreiten oder das 1,5fache dieser Ausgaben für einen Kalendermonat (Höchstnachhaltigkeitsrücklage) voraussichtlich übersteigen. Solche strengen formalen Regeln fehlen für die Verordnungsermächtigung nach dem Referentenentwurf für die Pflegeversicherung komplett. Das Bundesgesundheitsministerium hätte nach den vorliegenden Plänen in der Pflege vielmehr nahezu freie Hand, Finanzbedarfen ungezügelt per Verordnung mit immer weiteren Beitragssatzanhebungen zu begegnen.

Die im Referentenentwurf vorgesehene Verordnungsermächtigung ist auch nicht vergleichbar mit der Verordnungsermächtigung zur Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Festlegung der tatsächlichen Zusatzbeiträge der einzelnen Krankenkassen erfolgt individuell durch die Selbstverwaltung der Krankenkassen, so dass die Beitragszahlenden über die Verwaltungsräte der Krankenkassen an der Festlegung der Höhe der Beiträge beteiligt sind.

Leistungsausweitungen ungenügend gegenfinanziert und langfristig nicht finanzierbar

Der Referentenentwurf zum Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz sieht verschiedene Leistungsausweitungen vor. Die undifferenzierten Leistungsausweitungen gehen zu Lasten der jüngeren Generationen und lassen die Menschen profitieren, die sich Eigenanteile in der Pflege leisten können und werden die Finanzierung der Pflegeversicherung weiter in Schieflage bringen.

Zudem sind die im Referentenentwurf vorgesehenen Maßnahmen nur unzureichend gegenfinanziert. Die laufenden Defizite der Pflegeversicherung werden nicht berücksichtigt, ebenso wie die steigende Anzahl der Pflegebedürftigen und die Dynamik der Pflegekosten. Rechnet man alle diese Faktoren mit ein, werden die Finanzen der Pflegeversicherung bereits im Jahr 2024 wieder im Minus sein. Ab dem Jahr 2025 könnten die Defizite um 6 Mrd. € pro Jahr höher ausfallen, als laut Angaben im Referentenentwurf ermittelt.

Erhebliche Ausgabensteigerungen entstehen auch durch die Wirkung der Zuschläge für die stationäre Pflege (§43c SGB XI). Diese Leistungsausweitung ist im Koalitionsvertrag jedoch überhaupt nicht vorgesehen und ist daher abzulehnen. Sie birgt hohe Kostenrisiken und bahnt den Weg in Richtung Vollversicherung. Die soziale Pflegeversicherung ist jedoch richtigerweise als Teilleistungsversicherung konzipiert, bei der ein Teil der tatsächlich anfallenden Pflegekosten von den Pflegebedürftigen selbst getragen werden muss. Ein Übergang zu einer gesetzlichen Vollversicherung für die Pflegekosten und selbst eine regelmäßige Anpassung der jetzigen Pflegeleistungen mit der Wachstumsrate der (Brutto-)Löhne ist angesichts der demografischen Alterung nicht finanzierbar. Eine Anpassung der Pflegeleistungen muss mit Augenmaß erfolgen, damit die demografisch bedingte Zunahme der Anzahl der Pflegebedürftigen für die Pflegeversicherung weiterhin finanzierbar bleibt und gleichzeitig ein gutes Sicherungsniveau für das Pflegebedürftigkeitsrisiko gegeben ist. Hierzu braucht es endlich Vorschläge für eine nachhaltige und zukunftsfeste Finanzierungssystematik. Daher sollte endlich die im Koalitionsvertrag auch vorgesehene Regierungskommission eingesetzt werden, die entsprechende Vorschläge für eine generationengerechte Pflegeversicherung vorlegt



Vom Bundesverfassungsgerichtsurteils geforderte kinderzahlbezogene Differenzierung muss ordnungspolitisch korrekt durch Steuern gegenfinanziert werden

Die Sozialversicherung eignet sich nicht als generelles Instrument für familienpolitische Umverteilung, denn nicht alle Bürger sind in die Sozialversicherung einbezogen und zahlen in sie ein. Ordnungspolitisch korrekt sollte daher die vom Bundesverfassungsgericht angemahnte kinderzahlbezogene Differenzierung von Eltern im Beitragsrecht durch Steuermittel gegenfinanziert werden. Der im gesamtgesellschaftlichen Interesse liegende Familienleistungsausgleich darf nicht systemwidrig innerhalb des Beitragssystems finanziert werden. Durch die vorgesehene Neuausrichtung der Pflegeversicherungsbeiträge im Referentenentwurf besteht die Gefahr, dass die Mehreinnahmen nicht den Kindererziehenden zugutekommen, sondern – wie auch der bisherige Kinderlosenzuschlag – der Geldbeschaffung für die Pflegekassen dienen und damit einer weiteren Vertagung überfälliger nachhaltiger Strukturreformen Vorschub leisten.

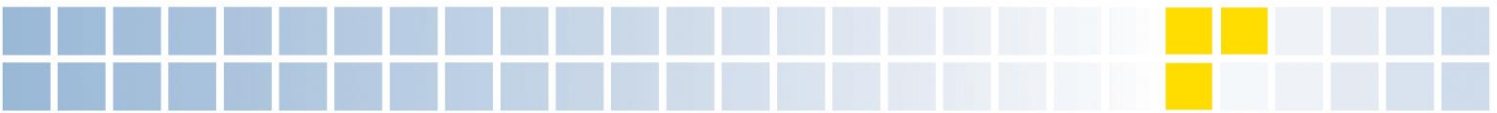
Die aktuell im Gesetzentwurf vorgesehenen Anpassungen beschränken sich aber nicht auf die geforderte Beseitigung von Ungerechtigkeiten. Vielmehr werden sie für eine insgesamt deutlich höhere Belastung der Beitragszahlenden genutzt. Von 57,6 Mio. Beitragszahlenden sind 28,5 % kinderlos. Eine tatsächliche Beitragsentlastung in der Pflege erfolgt laut Referentenentwurf für Beschäftigte erst ab einer Anzahl von 3 Kindern und mehr und beim Gesamtbeitrag sogar erst ab einer Anzahl von 4 Kindern und mehr. Damit hätten nur etwa 3 % der Familien eine marginale und angesichts der Beitragsdynamik auch nur kurzfristige Entlastung. 97 % der Beitragszahlenden würden hingegen stärker belastet.

Bei Umsetzung über Pflegeversicherungsbeiträge bürokratiearme Lösung vorsehen

Die Umsetzung der Beitragsdifferenzierung nach Kindern muss so bürokratiearm wie möglich erfolgen und darf die Arbeitgeber nicht noch weiter belasten. Die Arbeitgeber leisten bereits unentgeltlich umfangreiche, ständig weiterwachsende und mit einem hohen Kostenaufwand verbundene Verwaltungsarbeit für die Sozialversicherung. Das komplexe Melde- und Beitragsrecht verursacht bei den Arbeitgebern schon heute einen hohen Bürokratie- und Kostenaufwand. Die automatisierten Meldungen im Bereich der sozialen Sicherung stellen mit rund 400 Mio. Meldevorgängen im Jahr eines der größten und komplexesten Datenübermittlungsverfahren zwischen den Arbeitgebern und öffentlichen Stellen dar. Rund 1,5 Mrd. € kostet die Arbeitgeber die Ermittlung und Zahlung der Sozialversicherungsbeiträge im Jahr. Eine weiter steigende bürokratische Belastung muss daher vermieden werden. Auch das BVerfG hat darauf hingewiesen, dass die Berücksichtigung der Kinderzahl nicht zu einem unverhältnismäßigen Verwaltungsaufwand bei den Arbeitgebern führen darf.

Die Arbeitgeber werden mit dem Referentenentwurf jedoch massiv weiter bürokratisch belastet. Arbeitgeber verfügen in der Regel nicht über detaillierte Informationen zur Elterneigenschaft, da diese Informationen für die Abwicklung des Arbeitsverhältnisses unerheblich sind. Die wenigsten Unternehmen verfügen bereits über entsprechende Datensätze zur Kinderanzahl der Beschäftigten. Sie müssten diese Informationen somit bei ihren Arbeitnehmern abfragen. Die bisher geübte unbürokratische Praxis der Berücksichtigung der maschinellen Meldungen eines Kinderfreibetrages über ELStAM für die Berechnung der Pflegebeiträge ist zur differenzierten Erfassung der Anzahl der Kinder ungeeignet und scheidet daher in Zukunft aus. Die Erfassung und fortlaufende Aktualisierung dieser Daten würden die Arbeitgeber daher mit zusätzlicher Bürokratie belasten.

Vorzugswürdig wäre es gewesen, die Abwicklung einer nach der Anzahl der Kinder differenzierten Beitragszahlung in der Pflegeversicherung – auch aus Datenschutzgründen – über die Stellen, die bereits über Informationen zur Elterneigenschaft, sowie zur Anzahl und zum



Alter der Kinder verfügen (Finanzverwaltung, Familienkasse, Rentenversicherung) vorzusehen oder zumindest diese Stellen zu verpflichten, diese Informationen per Datenabruf zur Verfügung zu stellen.

Der im Referentenentwurf angegebene einmalige Erfüllungsaufwand von rund 100 Mio. € für Arbeitgeber mit 34,5 Mio. Pflichtmitgliedern ist zudem zu gering bemessen:

- Der Zeitaufwand zur Aufzeichnung der Kinderanzahl pro Vater und Mutter mit jeweils 5 Minuten ist zu gering bemessen. Der Zeitaufwand ist abhängig von der Anzahl der Kinder und beispielsweise auch von einer eventuellen ausländischen Herkunft der Kinder. In diesen Fällen müssen z. B. Nachweise besonders geprüft und übersetzt werden, was zu deutlich höherem Zeitaufwand führt. Neben der Erfassung im System entsteht mitunter ein erheblicher Rechercheaufwand, ob die eingereichten Dokumente berücksichtigt werden dürfen. Ferner entstehen pro verscanntem Dokument in der Personalakte Kosten durch die Speicherung. Auch muss ein entsprechender Support durch die Arbeitgeber zur Verfügung gestellt werden.
- Bei Betriebsrentenbeziehenden müssen zusätzlich die vor 1940 Geborenen berücksichtigt werden, die bisher vom Pflegezuschlag ausgeschlossen waren. Auch dieser Personenkreis kann zukünftig durch Nachweis einen Beitragsabschlag geltend machen. Diese Information bei den Beschäftigten und Betriebsrentenbeziehenden abzufragen und in die Abrechnungssysteme einzugeben, ist mit erheblichem Verwaltungsaufwand verbunden.
- Das Update der Entgeltabrechnungsprogramme ist mit deutlichem Erfüllungsaufwand bei den Arbeitgebern verbunden. Die Softwarehersteller müssen das entsprechende Basismodul komplett anpassen. Die Änderungen des Referentenentwurfs haben zudem Auswirkungen auf Entgeltersatzleistungen. Die entsprechenden Programme müssen daher ebenfalls angepasst werden. Die Änderungen sind insgesamt kostspielig und zeitaufwendig und entsprechen somit gerade nicht einem gewöhnlichen Update, das "üblicherweise Teil des Service-Pakets ist".

Um die Arbeitgeber möglichst wenig zu belasten, sollte daher bei der Erfassung der Kinderanzahl eine unterschriebene Selbstauskunft der Beschäftigten mit Anzahl der Kinder, Namen und Geburtsdatum je Kind ausreichend sein. Diese könnte dann zu den Personalunterlagen genommen werden. Auch wäre diese Lösung für die Beschäftigten aufwandsärmer, da dann ein Nachweis ausreicht, der beim Arbeitgeber eingereicht werden muss.

Zudem ist die Haftung der Arbeitgeber bei fehlendem bzw. falschem Nachweis der Elterneigenschaft durch die Beschäftigten auszuschließen. Es ist sicherzustellen, dass Beschäftigte, die ihre Elterneigenschaft trotz Aufforderung des Arbeitgebers nicht nachweisen, nicht im Nachhinein eine Beitragsrückerstattung zu Lasten der Arbeitgeber verlangen dürfen.

Darüber hinaus muss die öffentliche Verwaltung sicherstellen, dass sich die Beschäftigten, sofern kein Nachweis der Elterneigenschaft vorhanden ist, innerhalb kürzester Zeit bei den zuständigen Behörden und Ämtern einen aktuellen Nachweis nach Information durch die Pflegekassen ausstellen lassen können. Hier ist nicht nur mit einem Ansturm auf Standesämter etc. zu rechnen, sondern es ist aufgrund langer Wartezeiten in einigen Bundesländern auch gar nicht möglich, kurzfristig den geforderten Nachweis zu erhalten, um diesen dann dem Arbeitgeber fristgerecht vorlegen zu können.



Umsetzungsfrist realistisch setzen und ausreichend Vorlaufzeit einräumen

Eine Umstellung zum 1. Juli 2023, wie im Referentenentwurf vorgesehen, ist in der Kürze der Zeit nicht realisierbar. Eine digitale Umsetzung muss ohne unverhältnismäßig hohen bürokratischen Aufwand ermöglicht werden. Nach aller Erfahrung bedarf es eines Zeitraums von einem halben Jahr nach Beschlussfassung eines Gesetzes, bis die zur Umsetzung von gesetzlichen Änderungen erforderliche Entgeltabrechnungssoftware den Arbeitgebern zur Verfügung steht. Ein solcher zeitlicher Vorlauf ist auch sinnvoll, weil nur dann sichergestellt ist, dass die Programme auf einem hohen Qualitätsniveau angepasst werden, sie rechtzeitig auf alle Arbeitgeber bzw. Abrechnungsstellen verteilt werden können und von Anfang an stabil laufen. Auf diesen Vorlauf-Zeitraum haben die Arbeitgeber auch keinen Einfluss, weil sie von Gesetzes wegen auf gesondert zertifizierte Entgeltabrechnungssysteme angewiesen sind und die IT-technisch erforderlichen Anpassungen damit nicht selbst vornehmen können. Zudem ist zu berücksichtigen, dass Updates der Entgeltabrechnungsprogramme in festen Zyklen jeweils zum 1. Januar und zum 1. Juli eines jeden Jahres erfolgen und unterjährige Änderungen in den Entgeltabrechnungsprogrammen stets zu höherem Aufwand und finanziellen Lasten führen. Für die Umsetzung dieses neuen gestaffelten Beitragsverfahrens im Kalenderjahr 2023 müssten Unternehmen zusätzlich Arbeitskräfte vorübergehend einstellen, da dies mit dem bestehenden Personalmitarbeitenden nicht umsetzbar ist. Dies bedarf auch eines zeitlichen Vorlaufs. Die Softwareanbieter müssten die Berechnung der aktualisierten Pflegeversicherungsbeiträge erst programmieren und an ihre Kunden/ Unternehmen ausliefern. Diese wiederum benötigen Zeit, um es in ihr System einzuspielen und erst dann können die notwendigen Informationen durch Angaben der Beschäftigten hinterlegt und ausgefüllt werden. Auch dies benötigt ausreichend zeitlichen Vorlauf.

Das BVerfG hat dem Gesetzgeber aufgegeben, bis spätestens zum 31. Juli 2023 einen verfassungsgemäßen Zustand zu schaffen. Allerdings sollte der Gesetzgeber den Stellen, die für die Umsetzung herangezogen werden, auch genügend Zeit einräumen. Es ist nicht nachvollziehbar, warum der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts der seit dem 7. April 2022 vorliegt und dem Gesetzgeber eine Frist zur Neuregelung bis zum 31. Juli 2023 einräumt aufgrund von Verschleppungen in der Politik nun im Endspurt zu Lasten der beitragsführenden Stellen und hier insbesondere der Arbeitgeber umgesetzt werden soll. Vielfach wird die Feststellung der Zahl, der bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigenden Kinder nicht rechtzeitig erfolgen können und eine rückwirkende Korrektur von überzahlten Beiträgen erfordern. Weitere zeitliche Verzögerungen können sogar dazu führen, dass Arbeitgeber selbst dann abrechnungstechnisch nicht in der Lage sind, die Beiträge entsprechend der Fristvorgabe des Bundesverfassungsgerichts zu berechnen, wenn die Zahl der Kinder bereits festgestellt ist. Dies käme einer nicht rechtmäßigen Beitragsbemessung gleich.



II Weiterer Änderungsbedarf

Aktualisierung und Anpassung der Beitragsverfahrensverordnung (BVV) erforderlich

Die Verordnung über die Berechnung, Zahlung, Weiterleitung, Abrechnung und Prüfung des Gesamtsozialversicherungsbeitrages muss im Hinblick auf die neue Berechnung des Pflegeversicherungsbeitrages, § 2 Abs. 1 Satz 4 BVV (fehlende Begrifflichkeit des „Beitragsabschlag“) und § 8 Abs. 2 Nr. 11 (Nachweis der Elterneigenschaft) nachgeschärft und aktualisiert werden.

Anpassungen im Einkommensteuergesetz vornehmen

Es sind in diesem Zusammenhang sowohl eine Veränderung zur Anwendung der Vorsorgepauschale (§ 39b EStG) als auch im maschinellen Lohnsteuerjahresausgleich (§ 42b EStG) erforderlich.

Auswirkung der Änderung der Pflegeversicherungsbeiträge im Datenaustausch zwischen Arbeitgebern und der Gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigen

Eine Veränderung der Pflegeversicherungsbeiträge hat nicht nur Auswirkungen auf die korrekte Beitragsabführung an die Einzugsstellen, sondern muss auch in den Entgeltabrechnungsprogrammen für weiterführende notwendige Meldungen der Arbeitgeber, wie z.B. bei Entgeltersatzleistungen (Krankengeld, Übergangsgeld etc.) berücksichtigt werden. Dies erfordert u.a. eine rechtzeitige Anpassung der Gemeinsamen Grundsätze für die Erstattung der Mitteilungen im Rahmen des Datenaustausches Entgeltersatzleistungen (§ 107 SGB IV) und die Grundsätze für den Datenaustausch Entgeltersatzleistungen der Bundesagentur für Arbeit nach § 108 Abs.1 SGB IV (BA BEA), rvBEA und euBP um rückwirkende Korrekturen zu vermeiden.

Dringend notwendige Strukturreformen angehen

Der vorliegende Referentenentwurf zum Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz setzt lediglich darauf, Beiträge zu erhöhen und Leistungen auszuweiten, anstatt notwendige und nachhaltige Strukturreformen endlich anzugehen und damit dafür zu sorgen, dass die soziale Pflegeversicherung auch zukünftig finanzierbar bleibt.

Um die Zeit zu überbrücken, bis echte Strukturreformen im Pflegebereich wirken, müssen zeitnah Maßnahmen ergriffen werden, damit die Beitragssätze in der Pflegeversicherung konstant gehalten werden können. Vorrangig sollten zwei im Koalitionsvertrag dem Grundsatz nach vereinbarte Vorhaben umgesetzt werden:

- **Finanzierung der Rentenbeiträge für pflegende Angehörige durch den Bund** (ca. 2,4 Mrd. €). Durch die Zahlung von Beiträgen in die gesetzliche Rentenversicherung für pflegende Angehörige durch die Pflegekassen soll Sorgearbeit honoriert werden, indem pflegende Angehörige ohne eigene Beiträge einen Rentenanspruch erwerben können. Dabei handelt es sich um eine versicherungsfremde Leistung, die entsprechend – wie bei den Rentenbeiträgen für Kindererziehungszeiten – aus Bundesmitteln zu finanzieren ist.
- **Ausgleich der pandemiebedingten Zusatzkosten** durch den Bund (ca. 4 Mrd. €), damit die Pflegekassen die Mittel zurückerhalten, die sie aufgrund von gesetzlichen Vorgaben pandemiebedingt zusätzlich aufgewendet haben.



Langfristig sind insbesondere folgende Maßnahmen dringend zur Sicherung der Finanzierbarkeit und Leistungsfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung anzugehen:

▪ **Nachhaltigkeitsfaktor einführen**

Die soziale Pflegeversicherung ist richtigerweise als Teilleistungsversicherung konzipiert, bei der ein Teil der tatsächlich anfallenden Pflegekosten von den Pflegebedürftigen selbst getragen werden muss. Ein Übergang zu einer gesetzlichen Vollversicherung für die Pflegekosten und selbst eine regelmäßige Anpassung der jetzigen Pflegeleistungen mit der Wachstumsrate der (Brutto-)Löhne ist angesichts der demografischen Alterung nicht finanzierbar. Andererseits ist auch ein Verzicht auf eine Anpassung der Pflegeleistungen keine Alternative, weil dadurch das Sicherungsniveau für das Pflegebedürftigkeitsrisiko mit der Zeit stark sinken würde.

Um hier zu einem Ausgleich zu kommen, sollte in Anlehnung an den Stabilisierungsmechanismus in der gesetzlichen Rentenversicherung auch in der Sozialen Pflegeversicherung ein „Nachhaltigkeitsfaktor“ eingeführt werden, wie ihn auch die BDA-Kommission „Zukunft der Sozialversicherung“ vorschlägt¹. Ein solcher Mechanismus würde die Anpassungen der Pflegeleistungen dämpfen, wenn die Anzahl der Pflegebedürftigen stärker steigt als die der Beitragszahlenden, und damit das Leistungsniveau, aber nicht die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung senken. Damit wäre eine systematische und regelgebundene Anpassung der Pflegeleistungen, die die finanzielle Belastung des Systems berücksichtigt und den Beitragssatz nicht zu sehr unter Druck setzt, möglich.

Der so genannte „Sockel-Spitze-Tausch“, bei dem die pflegebedingten Eigenanteile pauschal und zeitlich begrenzt festgeschrieben werden (Modell einer Versicherung mit einem absoluten gedeckelten Selbstbehalt), hingegen ist abzulehnen. Durch einen „Sockel-Spitze-Tausch“ würde die Versicherungspflicht ausgeweitet und im Zeitverlauf immer umfangreicher. Dadurch würde sich die Pflegeversicherung immer weiter in Richtung einer Vollkostenversicherung entwickeln. Dies ist angesichts der Altersstrukturverschiebung kein gangbarer Weg und würde den jüngeren Generationen in unfairer Weise alle Lasten aufbürden.

▪ **Eigenverantwortung ausbauen**

Der selbst zu finanzierende Anteil an den Pflegekosten ist seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung kontinuierlich gestiegen und eine Überforderung der Versicherten wird von der Politik befürchtet. Zudem ist aktuell nicht klar, in welchem Umfang zusätzlich individuell privat vorgesorgt werden muss, um eine mögliche Überforderung zu vermeiden. Denn die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung werden nicht automatisch an die Pflegekostenentwicklung angepasst und entsprechend besteht das Risiko, dass die Versicherung in Zukunft einen geringeren Teil an den tatsächlichen Pflegekosten abdeckt als heute.

Um diesem Problem zu begegnen, sollte die private kapitalgedeckte Vorsorge ausgebaut werden. Der nötige Umfang solcher Versicherungen ist – anders als unter geltendem Recht - bei Einführung einer klaren Anpassungsregel für die gesetzlichen Leistungen („Nachhaltigkeitsfaktor“) wie oben vorgeschlagen auch besser abschätzbar. Mit einem Ausbau der privaten kapitalgedeckten Vorsorge wird auch mehr Generationengerechtigkeit erreicht, denn die geburtenstarken Jahrgänge 1957 bis 1969 werden auch noch selbst an den hohen Pflegeausgaben ihrer Generation beteiligt. Zwar nähern sie sich allmählich der Rente,

¹ Werding et al. (2020): Bericht der BDA-Kommission Zukunft der Sozialversicherungen: Beitragsbelastung dauerhaft begrenzen vom 29.07.2020, S. 74. https://arbeitgeber.de/wp-content/uploads/2020/12/bda-arbeitgeber-broschuere-zukunft_der_sozialversicherung-2020_07.pdf (letzter Abruf 26. Oktober 2022).



der Großteil der Pflegeleistungen fällt aber erst 15 bis 20 Jahre nach Renteneintritt an. Deshalb kann diese Altersgruppe – im Gegensatz zur Rente – auch noch wirksam für das eigene Pflegerisiko vorsorgen.

▪ **Digitalisierung vorantreiben**

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen besitzt das Potenzial, Prozesse effizienter zu gestalten und die Versorgung im Gesundheitswesen und in der Pflege zu verbessern. Die jetzt vorgesehene Schaffung eines „Kompetenzzentrums Digitalisierung in der Pflege“ sowie die Einrichtung eines Informationsportals zur Identifikation freier Plätze in Pflegeeinrichtungen gehen in die richtige Richtung. Die elektronische Patientenakte (ePA) und digitale Gesundheitsanwendungen können darüber hinaus einen Beitrag leisten. Um auch diese Vorteile nutzen zu können, müssen alle Leistungserbringenden an die Telematikinfrastruktur (TI) angebunden werden und die ePA nutzen. Nur so kann die Zahl der Versicherten mit einer ePA erheblich vergrößert und mithilfe der ePA die Versorgungsprozesse effizienter gestaltet und die Qualität der Versorgung verbessert werden.

▪ **Vertragsspielräume für die Pflegekassen schaffen**

In der sozialen Pflegeversicherung müssen der Kosten-, Preis- und Qualitätswettbewerb zur Erzielung kostengünstiger, qualitativ hochwertiger und leistungsfähiger Versorgungsstrukturen verstärkt werden. Daher benötigen die Pflegekassen größere vertragliche Gestaltungsspielräume mit den Leistungsanbietern. Statt einheitlichem und gemeinsamem Handeln aller Pflegekassen muss Vertragsfreiheit gelten. Die Leistungsbedingungen in der ambulanten und stationären Pflege dürfen nicht länger das Ergebnis eines Monopols der Pflegekassen sein, sondern müssen von jeder Pflegekasse frei mit den Leistungsanbietern – Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen – ausgehandelt werden können. Um Preissenkungsspielräume konsequent zu erschließen, sollten die einzelnen Pflegekassen künftig zudem nicht mehr nur über feste Leistungssätze (bzw. Festpreise für Einzelleistungen) mit den Leistungsanbietern verhandeln können, sondern auch über den Gesamtpreis der zu erbringenden Pflegeleistungen.

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER

Bundesvereinigung der
Deutschen Arbeitgeberverbände

Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

soziale.sicherung@arbeitgeber.de

Die BDA organisiert als Spitzenverband die sozial- und wirtschaftspolitischen Interessen der gesamten deutschen Wirtschaft. Wir bündeln die Interessen von einer Million Betrieben mit rund 30,5 Millionen Beschäftigten. Diese Betriebe sind der BDA durch freiwillige Mitgliedschaft in Arbeitgeberverbänden verbunden.

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände



Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

7.3.2023

Bundesministerium für Gesundheit
Herr Ministerialdirektor Dr. Martin Schölkopf
11055 Berlin

Bearbeitet von

Dr. Irene Vorholz (DLT)

Telefon: 030 590097-341

E-Mail: irene.vorholz@landkreistag.de

per Mail: pflegereformgesetz-verbaende@bmg.bund.de

Az.: IV-431-01/1.5

Referentenentwurf eines Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes

Sehr geehrter Herr Dr. Schölkopf,

für die Übersendung des Referentenentwurfs für ein Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (PUEG) und die Gelegenheit zur Stellungnahme sagen wir besten Dank. Nach Einbeziehung unserer Mitglieder nehmen wir wie folgt Stellung:

Zusammenfassung

- **Es bedarf einer echten, grundsätzlichen Reform der Pflegeversicherung, um die Pflege zukunftsfest zu machen, sowohl was die Finanzierung betrifft als auch mit Blick auf das Personal und die Unterstützung der häuslichen Pflege. Ein Pflegenotstand ist bereits in wenigen Jahren nicht ausgeschlossen.**
- **Der Entwurf enthält viele kleine Reparaturschritte. Sie sind richtig, werden aber wie bereits die Änderungen durch das GVWG nur zu kurzzeitigen und punktuellen Entlastungen führen. Der Entwurf bleibt zugleich hinter den Verabredungen im Koalitionsvertrag von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP zurück. Schon in den nächsten Jahren werden erneute Änderungen erforderlich sein.**
- **Die Anhebung der stationären und ambulanten Leistungssätze sowie die Dynamisierung tragen nicht einmal der Preisentwicklung Rechnung und müssen deutlich weiter gehen und früher kommen.**
- **Zu hinterfragen ist der beschleunigte Ausbau der Personalanhaltswerte in stationären Pflegeeinrichtungen. Es ist nicht ersichtlich, dass ausreichend Pflege-, Assistenz- und Hilfskräfte zur Verfügung stehen werden. Durch die Vorgabe weiterer Ausbaustufen sind zugleich neue Belastungen der Pflegebedürftigen und der Sozialhilfe vorprogrammiert.**
- **Die Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier müssen kommunaltauglich ausgestaltet werden, damit sie nicht, wie bereits die Modellkommunen Pflege, zum Scheitern verurteilt sind.**

I. Grundlegende Bemerkungen

Die mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) zum 1.1.2022 erfolgte Einführung der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI zur Begrenzung der Eigenanteile an den pflegebedürftigen Aufwendungen in der vollstationären Pflege war ein richtiger und wichtiger Schritt. Er war aber bei Weitem nicht ausreichend und führte nur zu kurzzeitigen punktuellen Entlastungen. Mittlerweile liegt die bundesdurchschnittliche Belastung der der Pflegebedürftigen in Einrichtungen im ersten Jahr bei monatlich 2.400 €. Die unlängst von Prof. Rothgang im Auftrag der DAK-Gesundheit vorgelegte Expertise „Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen“ zeigt, dass die Zahl der Sozialhilfe angewiesenen Pflegebedürftigen bereits im Jahr 2026 wieder auf 36 % angestiegen sein wird.

Wir erinnern an die Zusage der Bundesregierung in der Konzertierte(n) Aktion Pflege, dass eine finanzielle Überlastung der Pflegebedürftigen durch steigende Anteile verhindert wird. Dies ist bislang nicht erfolgt. Es bedarf daher dringend weiterer Leistungen der Pflegekassen zur Unterstützung der Pflegebedürftigen im stationären Bereich.

Zugleich muss dringend der ambulante Bereich stärker in den Fokus genommen werden. Nach wie vor werden ca. 80 % der Pflegebedürftigen zu Hause von ihren Angehörigen und/oder ambulanten Diensten betreut. Dies gilt es nicht nur zu erhalten, sondern auch zu stärken. Die Anhebung der Pflegesachleistung und des Pflegegeldes führt nicht dazu, dass ausreichend ambulante Anbieter zur Verfügung stehen bzw. Pflegedienste dafür gewonnen werden können, sowohl schwierige, aufwändige als auch einfache, vermeintlich nicht so lohnende Pflegesituationen zu übernehmen. Bereits heute ist die Versorgungssicherheit vielerorts nur noch eingeschränkt gewährleistet.

Vor diesem Hintergrund begrüßen wir einerseits, dass mit dem vorliegenden Referentenentwurf einige der richtigen Verabredungen aus dem Koalitionsvertrag von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP, die kommunale Forderungen aufgreifen, umgesetzt werden. Sie gehen allerdings weder von der Höhe weit genug noch sind sie vom Zeitpunkt her rechtzeitig vorgesehen.

Andererseits ist zu kritisieren, dass mehrere wichtige Verabredungen des Koalitionsvertrags (noch) nicht umgesetzt werden. Dazu gehören insbesondere die Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege, die Einbeziehung neuer Wohnformen in die Pflegeversicherung, die Übernahme der medizinischen Behandlungspflege durch die Krankenversicherung und die Herausnahme der Ausbildungskostenumlage aus den Eigenanteilen. Wir sprechen uns dafür aus, auch diese Punkte zügig umzusetzen und in den Referentenentwurf aufzunehmen.

Zu hinterfragen ist die Darstellung der finanziellen Auswirkungen des Entwurfs für die Träger der Sozialhilfe. Die Begründung suggeriert, sie würden durch die Anhebung der Leistungszuschläge gemäß § 43c SGB XI um 200 Mio. € entlastet. Wenn überhaupt, dann würde lediglich die ungebrochene Steigerung der Ausgaben in der Hilfe zur Pflege gemindert. Tatsächlich aber enthält der Entwurf Änderungen, z. B. die Vorgabe weiterer Ausbaustufen zur Beschleunigung der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens, die zu weiteren Belastungen der Pflegebedürftigen und damit auch der Sozialhilfe führen. Wir bitten darum, dies bei den finanziellen Auswirkungen im Gesetzentwurf zu ergänzen.

Zuletzt sei angemerkt, dass die zur Verfügung stehende Stellungnahmefrist von einer guten Woche nicht der Bedeutung des Gesetzentwurfs entspricht und eine vernünftige Befassung der kommunalen Praxis mit den vorgesehenen Regelungen ausschließt. Wir bitten dringend darum, die in der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien verankerte Anhörung der kommunalen Spitzenverbände durch Fristen zu wahren, die eine Prüfung und Beratung der geplanten Änderungen erlauben. Das Vertrauen unserer Mitglieder in die Sinnhaftigkeit des Beteiligungsverfahrens sollte nicht aufs Spiel gesetzt werden.

II. Im Einzelnen

1. Zu Artikel 2, Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

- Zu § 7d SGB XI-E, Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten

Ein Informationsportal, das verlässlich freie Plätze in der voll- und teilstationären Pflege und vor allem auch freie Angebote in der ambulanten Pflege abbildet, ist von großem Nutzen für die Pflegebedürftigen und ihre Familien. Es sollte klargestellt werden, dass auch Tagespflegen und ihre freien Plätze erfasst werden.

Viele Landkreise und Städte haben solche Tools (Pflegebörse, Pflegeplatzfinder, digitale Heimplatzsuche etc.) bereits in eigener Verantwortung entwickelt, finanziert und installiert. Um unnötige Verwirrung sowie Doppelstrukturen zu vermeiden, sollte die Möglichkeit einer Verlinkung geschaffen werden. Keinesfalls dürfen die vor Ort etablierten und vielfach von betroffenen Bürgerinnen und Bürgern genutzten Portale gefährdet werden.

Die Erfahrung der kommunalen Pflegebörsen zeigt, dass nicht alle Einrichtungen bereit sind, freie Plätze zu melden. Die meisten Einrichtungen haben Wartelisten, die sie bedienen, sobald ein Platz frei wird. Es sollte daher eine Verpflichtung der Einrichtungen überlegt werden, freie Plätze in das Informationsportal einzuspeisen. Allerdings muss sichergestellt sein, dass die Plätze auch tatsächlich belegbar sind und nicht wegen Personalmangels nicht belegt werden können.

- Zu § 30 SGB XI-E, Dynamisierung

Die automatische und regehaftere Dynamisierung der Leistungen in der stationären und ambulanten Pflege ist eine langjährige kommunale Forderung. Insofern ist die vorgesehene Dynamisierung richtig und zu befürworten. Sie kommt allerdings mit den vorgesehenen Zeitpunkten 1.1.2025 und 1.1.2028 viel zu spät und bleibt sogar hinter den Verabredungen im Koalitionsvertrag zurück, der eine Dynamisierung ab dem Jahr 2022 vorsieht.

Zugleich ist der Abstand zwischen den beiden Dynamisierungen zu groß. Die Dynamisierung sollte jährlich erfolgen. Nur dann kann sie der Preisentwicklung einigermaßen Rechnung tragen.

- Zu § 113b SGB XI-E, Sitzungen des Qualitätsausschusses Pflege

Die vorgesehene Live-Übertragung von Sitzungen des Qualitätsausschusses Pflege im Internet und insbesondere die Bereithaltung zum späteren Abruf in einer Mediathek lehnen wir ab. Eine auf Knopfdruck weltweite Verfügbarkeit würde die Konsensfindung bei schwierigen Prozessen unmöglich machen und obendrein unverhältnismäßig stark in die Persönlichkeitsrechte der Mitglieder des Qualitätsausschusses eingreifen. Sie sind keine Politiker, die an Auftritte in der Öffentlichkeit gewohnt sind, sondern sind als Vertreter eines Verbandes tätig. Es besteht die Gefahr, dass im Internet Einfluss genommen und Druck ausgeübt wird. Dies muss ausgeschlossen bleiben. Wir halten es für ausreichend, die Protokolle der Sitzungen des Qualitätsausschusses zu veröffentlichen.

- Zu § 113c SGB XI-E, Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Eine adäquate Personalausstattung in den Pflegeheimen ist zweifellos wünschenswert. Ob aber eine Beschleunigung des Personalaufbaus in der aktuellen Arbeitsmarktsituation der richtige Weg ist, ist fraglich. Schon jetzt ist es vielen Leistungserbringern nur eingeschränkt möglich, die Vorgaben hinsichtlich Personalausstattung und Personalzusammensetzung zu erfüllen. Wegen des bestehenden Personalmangels kommt es zu immer mehr Beschränkungen

beim Angebot oder es muss auf überteuertes Personal von Leiharbeitsfirmen zurückgegriffen werden, was in der Refinanzierung nicht darstellbar ist.

Der Fachkräftemangel und seine Folgen werden nicht kurzfristig zu beheben sein, auch mit Blick auf die Beschränkungen in der Nachwuchsgewinnung. Es ist nicht ersichtlich, woher das zusätzliche Personal an Pflege-, Assistenz- und Hilfskräften kommen soll.

Deswegen wäre bereits viel damit gewonnen, den Status quo auf sichere und finanzierbare Füße zu stellen, bevor eine weitere Umstrukturierung und ein Aufbau an Personal gelingen kann. Ein weitere Beschleunigung der Umsetzung bedeutet auch einen rascheren Kostenanstieg, der sich direkt auf die pflegebedürftigen Betroffenen und auf die Sozialhilfe auswirkt.

- Zu §§ 123, 124 SGB XI-E Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier

Ohne dass die Begründung dies erklärt, streicht der Entwurf die Vorschriften über die Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen. Dies verwundert angesichts der langjährigen Diskussionen und der wiederholten Formulierungsvorschläge des Bundesrates hierzu. Die lange Entstehungsgeschichte der sog. Modellkommunen Pflege und das Festhalten des Bundesgesetzgebers an der nicht praxistauglichen und für Kommunen nachteiligen Ausgestaltung der §§ 123, 124 SGB XI zeigten damals, dass der Bund kein wirkliches Interesse an einer stärkeren Rolle der Kommunen in der Pflege hatte. Wegen der kommunalnachteiligen Ausgestaltung der Modellvorhaben hat die ganz überwiegende Zahl der Länder nach Abfrage bei den potenziell Antragsberechtigten im Land davon abgesehen, die landesrechtlichen Vorschriften zu schaffen. Von den angedachten 60 Modellkommunen ist keine einzige an den Start gegangen. Da mittlerweile alle Fristen verstrichen sind, ist es folgerichtig, die Vorschriften aufzuheben.

Stattdessen ist nun die Einführung eines Förderbudgets für „Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier“ vorgesehen. Es steht erneut eine kommunalnachteilige Ausgestaltung zu befürchten, was angesichts der Erfahrungen bei den Modellkommunen Pflege befremdet. Was genau an „innovativen Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen“ gefördert werden soll, wird im Gesetz nicht ausgeführt, sondern soll ausgerechnet vom GKV-Spitzenverband bestimmt werden, der bereits die Modellkommunen Pflege abgelehnt hatte. Damit wird ist das Scheitern auch der neuen Modellvorhaben angelegt.

Wenn dem Bund an einem Gelingen liegt, dann darf er weder die Modellvorhaben in die Regie des GKV-Spitzenverbandes legen noch den Pflegekassen eine Veto-Position zugestehen, wie sie z. B. in Abs. 4 vorgesehen ist, wonach kommunale Zuschüsse als Personal- oder Sachmittel nur im Einvernehmen mit *allen* Fördermittelgebers möglich sein sollen.

Ohnehin erschließt sich nicht, warum Kommunen etwas finanzieren sollten, wofür sie bislang nicht verantwortlich sind. Insoweit ist auch die hälftige Kofinanzierung durch Länder und Kommunen zu hinterfragen. Sinnvoller wäre es, die auf die Länder verteilten Mittel der Pflegeversicherung allein durch das Land bewirtschaften zu lassen. Das Land sollte dann je nach Bedarfen im Land über die Verteilung auf die Kommunen entscheiden. Dies wäre sachgerecht, da das Land die jeweilige Situation im Land am besten kennt. Zugleich ist nur so eine wechselseitige Abstimmung mit den in einigen Ländern bestehenden Förderprogrammen möglich.

2. Zu Artikel 3, Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

- Zu §§ 36, 37 SGB XI-E, Pflegesachleistung bei häuslicher Pflege und Pflegegeld

Die vorgesehene Erhöhung der Leistungen bei häuslicher Pflege – Pflegesachleistung sowie Pflegegeld – um 5 % ab 1.1.2024 ist richtig, aber deutlich zu gering bemessen. Die Anhebung sollte zumindest die Inflationsrate abdecken, die nach den Zahlen des Bundesamtes für Statistik im Februar 2023 bei 8,7 % im Vergleich zum Vorjahresmonat lag. Da die häusliche Pflege, vor allem wenn sie durch Angehörige erfolgt, gestärkt werden muss, wären darüber hinausgehende Erhöhungen erforderlich.

- Zu § 42a SGB XI-E, Gemeinsames Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege

Der vorgesehene Jahresbetrag ist positiv zu bewerten. Dadurch können die Leistungen leichter abgerufen und besser eingesetzt werden.

Allerdings sollte angesichts der gestiegenen und steigenden Kosten auch hier eine auskömmliche Finanzierung und Dynamisierung angestrebt werden.

- Zu § 43c SGB XI-E, Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen

Dass die gestaffelten Leistungszuschläge in der stationären Pflege im ersten Jahr um 10 Prozentpunkte und in den folgenden Jahren um jeweils 5 Prozentpunkte erhöht werden sollen, ist zu begrüßen, allerdings wiederum viel zu wenig. Die Eigenanteile in stationären Einrichtungen sind überproportional angestiegen, nach den Zahlen des vdek 2022 durchschnittlich um 13 %. Die Anhebung der Leistungszuschläge fängt also nicht einmal diese Kostensteigerungen auf und nimmt damit zusätzliche Belastungen der Pflegebedürftigen in Kauf.

Zugleich werden die pflegebedingten Aufwendungen weiter steigen. Bereits der Referentenentwurf des PUEG enthält neue Belastungen für die Pflegebedürftigen, z. B. durch den beschleunigten Ausbau des Personalanhaltswerte. Diese Belastungen werden bislang in keiner Weise kompensiert, sie gehen vollständig zu Lasten der Pflegebedürftigen und der kommunalen Sozialhilfe. Auch ist die Anhebung erst am 1.1.2024 vorgesehen. Dies ist zu spät.

Wir sprechen uns daher für eine deutlich stärkere und frühere Anhebung der Leistungszuschläge aus.

3. Noch aufzugreifende Änderungsbedarfe

Über den Referentenentwurf hinaus gibt es weitere Änderungsbedarfe, die wir bitten aufzugreifen.

Der Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € gemäß § 45b SGB XI ist seit Jahren nicht erhöht worden. Er sollte in die Anhebung und Dynamisierung einbezogen werden.

Die Verabredung im Koalitionsvertrag der Regierungskoalition, die Ausbildungskostenumlage aus den Eigenanteilen an den pflegebedingten Aufwendungen herauszunehmen und über die Steuer zu finanzieren, ist richtig und muss umgesetzt werden. Eine Finanzierung über die Hilfe zur Pflege ist dabei auszuschließen.

Auch dass die medizinische Behandlungspflege in Einrichtungen von der Krankenversicherung übernommen wird und nicht mehr systemfremd auf die Pflegebedürftigen und die

kommunale Hilfe zur Pflege abgewälzt wird, greift eine kommunale Forderung auf. Diese Vereinbarung aus dem Koalitionsvertrag muss gleichfalls dringend umgesetzt werden.

Die Vereinbarung im Koalitionsvertrag, dass im Rahmen der Versorgungsverträge der Pflegekassen verbindliche kommunale Mitgestaltungsmöglichkeiten eingeräumt werden, greift die langjährige kommunale Forderung auf, die Kreispflegeplanung wirkungsvoller zu machen. Nur so kann eine sozialräumlich orientierte Pflegeinfrastruktur erreicht werden, die auf dem Land anders aussehen muss als in der Stadt. Eine solche Vereinbarung enthielt allerdings bereits der Koalitionsvertrag von CDU und SPD für die 19. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages und ist seinerzeit mangels Interesse des Bundesgesundheitsministeriums nicht umgesetzt worden. Es ist augenfällig, dass die Vereinbarung auch vorliegend fehlt. Gleiches gilt für die Berücksichtigung neuer Wohnformen.

Des Weiteren werden nach wie vor pflegebedürftige Menschen diskriminiert, wenn sie in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, indem §§ 13 Abs. 3, 43a SGB XI ihnen lediglich einen beschränkten Pauschalbetrag zugestehen, maximal 266 €. Diese Beschränkung muss endlich aufgehoben werden. Versicherte Pflegebedürftige mit Behinderungen müssen unabhängig von ihrem Wohnort dieselben vollständigen Leistungen erhalten wie versicherte Pflegebedürftige ohne Behinderungen.

Schließlich verweisen wir auf folgende kleinere Änderungsbedarfe, die wir bereits an das BMG herangetragen haben:

Mit dem Pflegebonusgesetz ist in § 72 Abs. 3d SGB XI der vormalige Satz 2 („Änderungen der Angaben gemäß Satz 1 nach Abschluss des Versorgungsvertrags sind unverzüglich mitzuteilen“) entfallen. Er sollte wieder aufgenommen werden, damit die Pflegeeinrichtungen die entsprechenden Informationen liefern.

Daneben sollte bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 SGB XI eine Information der zuständigen Sozialhilfeträger über das Prüfergebnis vorgesehen werden, wie es bei Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI der Fall ist, damit die Sozialhilfeträger bei ihren Prüfungen nach § 76a Abs. 2 SGB XII Kenntnis davon haben.

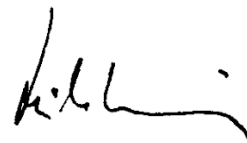
Mit freundlichen Grüßen



Stefan Hahn
Beigeordneter
Deutscher Städtetag



Dr. Irene Vorholz
Beigeordnete
Deutscher Landkreistag



Uwe Lübking
Beigeordneter
Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Stellungnahme der Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.

Zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit:

Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) vom 20.02.2023

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe setzt sich seit über 60 Jahren als Selbsthilfevereinigung, Eltern- und Fachverband für Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Familien ein. In fast 500 Orts- und Kreisvereinigungen, 16 Landesverbänden und rund 4.500 Diensten und Einrichtungen der Lebenshilfe sind knapp 120.000 Mitglieder aktiv. Die Ziele der Lebenshilfe sind umfassende Teilhabe und Inklusion sowie die Umsetzung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen in Deutschland.

A. Vorbemerkung

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. bedankt sich für die Möglichkeit, zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege Stellung zu nehmen. Angesichts der kurzen Stellungnahmefrist kann im Folgenden nur auf die für Menschen mit Behinderung zentralen Punkte der geplanten Änderungen eingegangen werden.

Aus Sicht der Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. ist vor allem die Einführung des sog. Gemeinsamen Jahresbetrags zu begrüßen. Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen werden damit erstmalig in die Lage versetzt, das Budget der Kurzzeitpflege vollständig auszuschöpfen. Bis dato ist das Budget der Kurzzeitpflege nur teilweise auf die Verhinderungspflege übertragbar. Der Restbetrag der Kurzzeitpflege verfällt regelmäßig zum Jahreswechsel, weil es zu wenige Kurzzeitpflegeplätze gibt und Eltern von Kleinkindern die Kurzzeitpflege nicht sinnvoll nutzen können. Die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. und die anderen Fachverbände für Menschen mit Behinderung fordern deshalb schon lange ein sog. Entlastungsbudget, das nun mit dem Gemeinsamen Jahresbetrag eingeführt werden soll.

Positiv hervorzuheben sind auch die Leistungserhöhungen und die Einführung einer Dynamisierung der Leistungen - obgleich die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. anmerkt, dass der Entwurf mit dem geplanten Inkrafttreten der Dynamisierung zum 01.01.2025 weit hinter der im Koalitionsvertrag angekündigten Dynamisierung des Pflegegeldes bereits ab 2022 zurückbleibt.

Die Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts zur Beitragsregelung ist ebenfalls zu begrüßen. Familien mit mehreren Kindern werden dadurch entlastet. In diesem Zusammenhang fällt jedoch einmal mehr auf, dass eine Gruppe von meist kinderlosen Versicherten von den Leistungen der Pflegeversicherung weiterhin weitestgehend unberücksichtigt bleiben soll und auch von den dynamisierten Leistungen nicht profitieren wird. Das sind die Pflegebedürftigen mit den Pflegegraden 2 bis 5, die in Räumlichkeiten nach § 43a i. V. m. § 71 Abs.4 SGB XI leben.

Für diese ca. 140.000 Menschen mit Behinderung lässt der Entwurf aus nicht nachvollziehbaren und diskriminierenden Gründen jede Leistungsverbesserung vermissen. Die seit Jahrzehnten geforderte Neuregelung des § 43a SGB XI fehlt gänzlich. Die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. fordert daher dringend eine entsprechende Nachbesserung an diesem Gesetz, die es Menschen mit Behinderung ermöglicht, die Leistungen der häuslichen Pflege unabhängig von ihrem Wohnort zu erhalten.

Schließlich fordert die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V., dass die im Koalitionsvertrag angekündigte Lohnersatzleistung für eine pflegebedingte Auszeit eingeführt wird, damit angehörige Pflegepersonen (in der Regel Frauen) trotz ihrer Pflegearbeit finanziell abgesichert sind. Es darf nicht länger übersehen werden, dass diese Leistungen die professionelle Pflege enorm entlasten und ihrerseits finanzielle Unterstützung erfordern.

B. Stellungnahme im Einzelnen

1. Erfordernis einer Neuregelung des § 43a SGB XI

Nicht hinnehmbar ist, dass der Entwurf keine Neuregelung des § 43a SGB XI und damit keine Verbesserung für die Bewohner*innen von Wohnformen nach § 43a i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI vorsieht. Seit Jahren fordert die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. hierfür eine Neuregelung. Nach der aktuellen Regelung beschränken sich die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung für Menschen ab dem Pflegegrad 2, die in einer Räumlichkeit nach § 43a i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI leben, auf einen pauschalen Höchstbetrag in Höhe von 266 Euro monatlich. Andere Versicherte erhalten Pflegegeld zwischen 316 und 901 Euro oder Pflegesachleistung zwischen 724 und 2.095 Euro.

Die Pauschale nach § 43a SGB XI ist mit den personenzentrierten Leistungen der Eingliederungshilfe nicht kompatibel. Beide Systeme müssen harmonisiert und die Regelung des § 43a SGB XI so verändert werden, dass Menschen mit Behinderung in Räumlichkeiten nach § 71 Abs. 4 SGB XI dadurch nicht gehindert werden, selbst zu entscheiden, ob sie Pflegegeld, Pflegsachleistung oder eine kombinierte Leistung von Eingliederungshilfe und Pflege beanspruchen möchten.

Der Forderung der Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. liegt das Ziel der Gleichbehandlung zugrunde. Menschen mit Behinderung in Räumlichkeiten nach § 43a i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI sollen nicht schlechter gestellt werden als andere Versicherte, sondern Anspruch auf die gleichen Leistungen aus der Pflegeversicherung haben.

Ein zweites Ziel hinter der Forderung ist: Niemand soll gegen seinen Willen in ein Pflegeheim ziehen müssen. Daher muss bei einem veränderten § 43a SGB XI auch § 103 Abs. 1 S. 2 und 3 SGB IX gestrichen werden. Denn Menschen, die in Räumlichkeiten nach § 43a i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI leben, sollen bei hohem Pflegebedarf die pflegerischen Leistungen in der eigenen Häuslichkeit, respektive der Räumlichkeit nach § 43a i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI erhalten können. Eine Verabredung

von Leistungserbringer und Leistungsträger für einen Umzug ins Pflegeheim bei zu hohem Pflegebedarf darf es nicht geben.

Schließlich muss eine Veränderung des § 43a SGB XI dazu führen, dass nicht nur aktuelle Standards gehalten werden können, sondern dass höhere Leistungen seitens der Pflegeversicherung auch zu besseren Leistungen bei den Leistungsberechtigten führen.

Im Koalitionsvertrag 2021-2025 heißt es dazu: „Wir werden das Verhältnis von Eingliederungshilfe und Pflege klären mit dem Ziel, dass für die betroffenen Menschen keine Lücken in der optimalen Versorgung entstehen.“ Da der aktuelle Entwurf keinerlei diesbezügliche Regelung enthält, sollten hier nun sehr zeitnah Nachbesserungen am vorliegenden Gesetzesentwurf erfolgen, damit der Auftrag aus dem Koalitionsvertrag noch umgesetzt werden kann.

Die Kostenfolgen einer solchen Regelung würden sich für die rund 140.000 Leistungsberechtigten aus Sicht der Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. auf ca. 400 Millionen Euro (bei Bezug von Pflegegeld) bzw. 1,5 Mrd. Euro (bei Bezug von Pflegesachleistungen in der bis zum 31.12.2021 geltenden Höhe) belaufen. Die derzeitigen monatlichen Leistungen der Pflegeversicherung i. H. v. maximal 266 Euro pro Leistungsberechtigtem sind hierbei schon berücksichtigt.

2. Verhinderungspflege, § 39 SGB XI-E

Begrüßenswert ist insbesondere, dass das Budget der Kurzzeitpflege zukünftig in voller Höhe für die Leistung der Verhinderungspflege verwendbar sein soll. Damit kommt es de facto zu einer Leistungserhöhung.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. kritisiert jedoch, dass für nicht erwerbsmäßige Ersatzpflege durch Angehörige und Personen, die mit dem pflegebedürftigen Menschen in einer häuslichen Gemeinschaft leben, nach wie vor nur ein deutlich reduziertes und am Pflegegeld ausgerichtetes Budget zur Verfügung steht, vgl. § 39 Abs. 3 S. 2 SGB XI-E. Nur unter bestimmten Voraussetzungen können darüber hinaus ggf. noch notwendige Aufwendungen zusätzlich finanziert werden.

Diese mit der Neuregelung des § 39 SGB XI-E beibehaltene Differenzierung der Vergütung für die Ersatzpflegekraft wird daher nicht dazu führen, dass Angehörige, die nicht üblicherweise die Pflegeperson sind, es sich in Zukunft eher leisten können, ihre Angehörigen zu pflegen als bisher. Vielmehr wird beim Ausfall der Pflegeperson weiterhin zunächst auf externe Pflegekräfte zurückgegriffen werden. Angesichts fehlender Kapazitäten von Pflegediensten gilt es aber, die Angehörigen- bzw.

Laienpflege zu fördern und zu unterstützen. Es sollten daher für sie monetäre Anreize geschaffen werden, damit auch bei der Ersatzpflege vermehrt weitere Angehörige die Pflege Tätigkeit übernehmen. Die verlangte Flexibilität, die häufig mit einem vorübergehenden Einzug in die Wohnung einhergeht, in der die pflegebedürftige Person lebt, muss in anderen Größenordnungen honoriert werden.

Solange die nach dem Vorbild des Elterngeldes geforderte Lohnersatzleistung für die Pflege Tätigkeit von Angehörigen bzw. nahestehenden Personen nicht existiert, sind diesen Ersatzpflegekräften übergangsweise höhere Leistungen für ihren Einsatz zu gewähren. Alternativ wird eine Art Bonuszahlung für die die Ersatzpflege erbringenden Angehörigen angeregt, zusätzlich zu dem Pflegegeld.

Auch der Wegfall der bisherigen sechsmonatigen Vorpflegezeit sowie die Verlängerung der zeitlichen Dauer der Verhinderungspflege von bisher sechs auf zukünftig acht Wochen ist erfreulich, vgl. § 39 Abs. 1 S. 1 Hs. 1 SGB XI-E.

Die mit § 39 Abs. 1 S. 2 SGB XI-E beabsichtigte Klarstellung der bisher schon gelebten Praxis, wonach ein Antrag auf Gewährung der Verhinderungspflege nicht erforderlich ist, trägt den Bedürfnissen von Menschen mit Behinderung an einer flexiblen und v. a. auch kurzfristig nutzbaren Ersatzpflege Rechnung.

3. Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege, § 42a SGB XI-E

Die schon seit Langem geforderte Einführung eines sog. Entlastungsbudgets, das nun mit dem Gemeinsamen Jahresbetrag gem. § 42a SGB XI-E realisiert wird, begrüßt die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. uneingeschränkt. Eltern von Kindern mit Behinderung werden dadurch in die Lage versetzt, die Leistungen der Verhinderungspflege um 100 % zu den Leistungen der Kurzzeitpflege aufzustocken. Bisher dürfen nur 806 Euro der Kurzzeitpflege zusätzlich zu dem Budget der Verhinderungspflege genutzt werden, vgl. § 39 Abs. 2 SGB XI. Der Restbetrag der Kurzzeitpflege verfällt derzeit häufig zum Ende des Kalenderjahres - in Ermangelung von bedarfsgerechten Kurzzeitpflegeplätzen und weil insbesondere Eltern von Kleinkindern diese nicht in einer stationären Einrichtung über Nacht betreuen lassen möchten.

Dennoch wirft der Gesetzesentwurf in verschiedener Hinsicht Fragen auf: Wünschenswert wäre die Einbindung der Leistungen für die Tages- und Nachtpflege gem. § 41 SGB XI in den Gemeinsamen Jahresbetrag nach § 42a SGB XI-E. Denn auch das Budget der Tages- und Nachtpflege können die wenigsten Familien mit Kindern mit

Behinderung nutzen. Es verfällt damit ebenfalls regelmäßig zum Ende des Kalenderjahres.

Dazu kommt, dass der Jahresbetrag weiterhin nicht ins Folgejahr übertragbar sein soll, obwohl es sich in den verschiedenen Regionen des Bundesgebietes immer schwieriger gestaltet, Leistungserbringer mit freien Kapazitäten zu finden. Infolgedessen bleiben finanzielle Mittel mitunter ungenutzt. Dies darf aber nicht zu Lasten der Leistungsberechtigten gehen. Deshalb müssen sie die Möglichkeit erhalten, das Jahresbudget in das folgende Kalenderjahr zu übertragen oder zumindest bis zum 30.06. des Folgejahres nutzen zu dürfen (in Anlehnung an die Regelung des § 45b Abs. 1 S. 5 HS.2 SGB XI).

Zum anderen wäre es sinnvoll, bei der Verhinderungspflege die - gemessen an dem Pflegegrad der pflegebedürftigen Person - unterschiedlichen Belastungssituationen der pflegenden Angehörigen zu berücksichtigen. Eine gestaffelte Anpassung des Gemeinsamen Jahresbetrags an die Pflegegrade der Leistungsberechtigten wäre daher sachgerecht.

4. Weitere Leistungen für die Pflege, §§ 36 ff. SGB XI-E

Die Anhebungen der Beträge der Pflegesachleistung, des Pflegegeldes, des Entlastungsbetrages gem. § 45b SGB XI sowie der Kurzzeitpflege sind grundsätzlich zu begrüßen - in Anbetracht der allgemeinen Kostensteigerungen jedoch unzureichend. Sie werden kaum dazu führen, pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen spürbar zu entlasten. Eine deutlichere Erhöhung der Leistungen ist nach Auffassung der Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. angezeigt.

Insbesondere für eine Erhöhung des Pflegegeldes spricht, dass es bislang keine finanzielle Lohnersatzleistung nach dem Vorbild des Elterngeldes für die Pflege Tätigkeit von Angehörigen im Erwerbsalter gibt. Unter diesen Umständen müssen zumindest höhere Beträge in Form des Pflegegeldes zur Verfügung gestellt werden. Auch die Anhebung des Entlastungsbetrages um 10 Euro, mithin von 125 Euro auf 135 Euro, ist zu gering und nicht bedarfsgerecht.

Die längere Zahlung des anteiligen Pflegegeldes bei gleichzeitiger Nutzung der Verhinderungspflege ist positiv (bisher sechs Wochen; nach § 37 Abs. 2 S. 2 SGB XI-E künftig acht Wochen). Darüber hinaus ist zu begrüßen, dass die Kurzzeitpflege in Zukunft nicht nur in Krisensituationen, sondern ab 01.01.2024 fortan auch „in sonstigen Situationen“ abrufbar sein soll.

Im Übrigen ist auch die Erhöhung des Zuschusses für den Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen nach § 43c SGB XI-E zu begrüßen, wenn auch in diesem Kontext die konkreten Entlastungen unzureichend sein dürften.

5. Dynamisierung, § 30 SGB XI-E

Die Einführung einer Dynamisierung ist überfällig und zu begrüßen. Erfreulich ist auch, dass der Gemeinsame Jahresbetrag ebenfalls der Dynamisierung unterliegt.

6. Ausweitung des Pflegeunterstützungsgelds, § 44a Abs. 3 SGB XI-E

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. begrüßt, dass ein Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld im Hinblick auf denselben pflegebedürftigen Angehörigen erneut in Betracht kommt, wenn die Voraussetzungen des § 2 Pflegezeitgesetz ein weiteres Mal vorliegen und das Recht auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung von dem oder der Beschäftigten genutzt wird.

7. Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, §§ 18 ff. SGB XI-E

Die §§ 18 ff. SGB XI werden mit dem Entwurf neu strukturiert. Den Erfahrungen der Corona-Krise dürfte die Einführung von Regelungen zur Begutachtung in Krisensituationen geschuldet sein, vgl. § 18a Abs. 2 SGB XI-E. In diesem Zusammenhang sollen die Richtlinien nach § 17 Abs. 1 SGB XI überarbeitet werden. Dabei werden auch die besonderen Belange von Menschen mit Behinderung zu berücksichtigen sein.

Erfreulich ist die in § 18c Abs. 5 S. 1 SGB XI-E vorgesehene Erhöhung des von der Pflegeversicherung an den Versicherten zu zahlenden Betrags von 70 Euro auf 80 Euro, wenn der Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen beschieden wurde. Die Pflegeversicherung muss die Verzögerung zu vertreten haben.

8. Modellvorhaben, §§ 123 f. SGB XI-E

Die avisierten Regelungen für Modellvorhaben sind erfreulich. Zu beachten ist, dass Barrierefreiheit von Anfang an mitgedacht wird. In diesem Zusammenhang sollen neue Empfehlungen herausgegeben werden, vgl. § 123 Abs. 7 SGB XI-E. Die Bundesvereinigung Lebenshilfe sieht ihrer Einbeziehung nach Maßgabe des § 123 Abs. 7 S. 1 SGB XI-E entgegen. Darüber hinaus sind die Fristen für die

Empfehlungen – Abgabe zum 30.06.2023 beim Bundesministerium für Gesundheit – zu wahren, vgl. § 123 Abs. 7 S. 3 SGB XI-E, damit die Modellvorhaben möglichst zeitnah realisiert werden können.

9. Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege, § 125b SGB XI-E

Die Einrichtung eines Kompetenzzentrums ist ebenfalls zu begrüßen. Positiv fällt im Übrigen auf, dass der vorzulegende Bericht über die Arbeit barrierefrei zu sein hat, vgl. § 125b Abs. 4 S. 3 SGB XI-E.

Kontakt:

Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.

Bundesgeschäftsstelle

Hermann-Blankenstein-Str. 30

10249 Berlin

Bundesvereinigung@Lebenshilfe.de

www.lebenshilfe.de



dbb
beamtenbund
und tarifunion

Stellungnahme

des dbb beamtenbund und tarifunion

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

Berlin, 2. März 2023



Wohl in keinem anderen Zweig der sozialen Sicherung ist der Handlungsdruck derzeit so hoch wie in der Pflegeversicherung. Der dbb ist sich darüber im Klaren, dass die 1995 eingeführte soziale Pflegeversicherung als Teilversicherung konzipiert wurde und dass dieser Grundsatz auch weiterhin Bestand hat. So gilt es bei Forderungen nach Leistungsausweitungen auch immer, den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten. Auch würden bei einer Vollversicherung Anreize für die Leistungserbringenden bestehen, ihre Leistungen über den eigentlichen Bedarf auszuweiten. Aus diesem Grund hatte sich der dbb seinerzeit beispielsweise gegen das Modell eines Sockel-Spitze-Tausches ausgesprochen und stattdessen eine anteilige Deckelung der pflegebedingten stationären Eigenanteile gefordert. In eine ähnliche Richtung gehen letztlich auch die mit dem Gesundheitsversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz eingeführten Zuschüsse zu den genannten Eigenanteilen, auch wenn diese aus Sicht des dbb aufgrund der zeitlichen Staffelung an den realen Bedarfen vorbeigehen.

Mit dem vorgelegten Gesetzentwurf sind nun zahlreiche - aus Sicht des dbb längst überfällige - Verbesserungen wie etwa die Anhebung der Leistungsbeträge des Pflegegeldes und der ambulanten Sachleistung sowie die Zusammenfassung der Beträge der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege und die erhöhten Zuschüsse zu den pflegebezogenen Eigenanteilen bei stationärer Pflege vorgesehen. Dennoch bleiben die Entlastungen deutlich hinter den Erwartungen zurück, zumal sie zu einem großen Teil durch Beitragssatzsteigerungen oder die Verschiebung der Zuführung zum Pflegevorsorgefonds bzw. Verschiebung der Leistungsdynamisierung jeweils um ein Jahr finanziert werden. Trotz der vielen begrüßenswerten Einzelmaßnahmen kann der dbb nicht den angekündigten „großen Wurf“ erkennen.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu Artikel 2: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 7d SGB XI Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten

Der dbb begrüßt ausdrücklich die in § 7d SGB XI vorgesehene Einrichtung eines barrierefreien Onlineportals zur Unterstützung pflegebedürftiger Personen, ihrer Angehörigen sowie weiteren mit der Pflege betrauten Personen. Gerade die Suche nach einem Kurzzeitpflegeplatz oder nach Einrichtungen, die Tages- bzw. Nachtpflege im Angebot haben, gestaltet sich derzeit schwierig und regional sehr unterschiedlich. Die vorgesehene Bereitstellung von tages- oder wochenaktuellen Informationen über entsprechende freie Plätze wäre eine enorme Erleichterung – auch vor dem Hintergrund des knappen Angebots. So könnte sichergestellt werden, dass keine Kapazitäten ungenutzt bleiben. Dennoch bleibt das Grundproblem bestehen, dass es Versorgungslücken gibt. Hier könnte das in § 123 SGB XI neu vorgesehene Förderbudget in Höhe von 50 Millionen Euro pro Jahr für Unterstüt-



zungsmaßnahmen vor Ort und im Quartier zumindest teilweise Entlastung bringen und Länder sowie Kommunen dazu bewegen, mehr in entsprechende Versorgungs-Infrastruktur zu investieren.

§ 8 Abs. 7 SGB XI Förderung guter Arbeitsbedingungen in der Pflege

Die Verlängerung des ursprünglich 2024 auslaufenden Förderprogramms nach § 8 Abs. 7 SGB XI zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege auf das Jahr 2030 wird ausdrücklich begrüßt. Die 100 Millionen Euro jährlich sind aus Sicht des dbb gut angelegt, da sie den überwiegend von Frauen ausgeübten Pflegeberuf aufwerten, ihn im Sinne der Nachwuchsgewinnung attraktiver gestalten und Fluktuation und das Abwandern in andere Berufe vermeiden.

§ 18a SGB XI Begutachtungsverfahren

Auch wenn die Rückmeldungen zu den während der Pandemie erfolgten digitalen Begutachtungen nicht durchweg positiv waren, ist die gesetzliche Regelung dieser Möglichkeit als Ausnahmeregelung für nationale Krisen erforderlich. So kann eine Begutachtung auch dann durchgeführt werden und die Betroffenen erhalten die ihnen zustehenden Leistungen zeitnah. Möglichen künftigen Tendenzen, Begutachtungen grundsätzlich nicht mehr persönlich am Wohnort durchzuführen, etwa um Kosten oder Personalressourcen zu sparen, erteilt der dbb eine klare Absage.

§ 30 SGB XI Leistungsdynamisierung

Die in § 30 SGB XI neu vorgesehene gesetzlich fixierte, regelmäßige Leistungsdynamisierung und deren Bemessung an der Kerninflationsrate entspricht einer zentralen Forderung des dbb und wird ausdrücklich begrüßt. Die Verschiebung der turnusmäßigen Anhebung der Leistungsbeträge um fünf Prozent auf den 1. Januar 2025 führt in Verbindung mit der Drei-Jahressystematik jedoch dazu, dass die nächste dann folgende Dynamisierung erst zum 1. Januar 2028 erfolgen wird. Die derzeitige Entwicklung der Inflationsrate wird über die nächsten Jahre dazu führen, dass die Eigenbeträge sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich immer stärker steigen werden. Der dbb fordert bis zum Einsetzen der regelmäßigen Dynamisierung zumindest eine im Gleichklang mit der Inflation erfolgende, überbrückende Leistungsanhebung.

§ 55 SGB XI Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird der allgemeine Beitragssatz zur Pflegeversicherung zum 1. Juli 2023 um 0,35 Prozentpunkte auf künftig 3,4 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen angehoben.

Grundsätzlich verschließt sich der dbb einer Beitragssatzanpassung nicht, plädiert dennoch für ein ausgewogenes Verhältnis von Beitragssatzstabilität und notwendigen Leistungsanpassungen.



Die ebenfalls geregelte Anhebung des Beitragszuschlags von derzeit 0,35 auf künftig 0,6 Prozent für Kinderlose sowie die Staffelung der Abschläge für Eltern mit mehreren Kindern trägt der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 Rechnung.

Der Argumentation, dass eine lebenslange Gewährung des Beitragsabschlags für kinderreiche Familien beispielsweise aufgrund von entgangenen Karrierechancen sachgerecht ist, könnte sich der dbb nur dann anschließen, wenn auch Familien mit einem Kind von entsprechenden Abschlägen profitieren würden. Der dbb sieht hier eine nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung.

Kritisch sieht der dbb die ebenfalls in § 55 SGB XI vorgesehene Ermächtigung der Bundesregierung, künftig per Rechtsverordnung den Beitragssatz ohne Zustimmungserfordernis des Bundesrates anzupassen, sobald der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung absehbar das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagensoll zu unterschreiten droht. Situationen wie die Finanzkrise oder die letzten drei Pandemiejahre haben gezeigt, dass kurzfristige Rechtsetzung durch den Gesetzgeber möglich ist und es nicht zwingend einer entsprechenden Verordnungsermächtigung bedarf. Wenn es um so wesentliche Punkte wie den Beitragssatz geht, spricht sich der dbb auch bei akutem Regelungsbedarf ausdrücklich dafür aus, diese Entscheidungen dem Gesetzgeber vorzubehalten.

§ 123 SGB XI Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen vor Ort und im Quartier

Die Förderung innovativer Modellvorhaben, etwa zur besseren Verzahnung von Versorgungsangeboten auf regionaler Ebene, ist ein wirkungsvolles Instrument, nachhaltige Stabilisierungskonzepte für die Pflegeversicherung zu entwickeln und zu erproben. Demografischer Wandel und Fachkräftemangel werden neue Versorgungsformen erforderlich machen, die nicht nur nach „ambulanz“ und „stationär“ unterscheiden, sondern die das Beste aus beiden Welten kombinieren und die hilfebedürftige Menschen wohnortnah versorgen.

Der dbb begrüßt, dass die Förderung nicht per Gießkannenprinzip erfolgt, sondern eine 50-prozentige Kostenbeteiligung der Länder bzw. Kommunen erfordert. So kann sichergestellt werden, dass Mittel nur für vielversprechende Projekte abgerufen werden.

Die Kostenbeteiligung der privaten Versicherungsunternehmen ist aus Sicht des dbb sachgerecht.



Zu Artikel 3: Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Der dbb begrüßt die mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen Anhebungen der Leistungsbeträge für die ambulante Pflegesachleistung (§ 36 Abs. 3 SGB XI) sowie des Pflegegelds (§ 37 SGB XI) zum 1. Januar 2024 um jeweils fünf Prozent.

Auch die Anhebung der Zuschüsse zu den pflegebezogenen Eigenanteilen in der stationären Pflege in § 43c SGB XI ist aus Sicht des dbb überfällig. Dies gilt insbesondere für den derzeit noch geltenden fünfprozentigen Zuschlag im ersten Jahr der stationären Unterbringung. Entsprechend ist die mit zehn Prozentpunkten vergleichsweise stärkste Anhebung in diesem Zeitabschnitt sachgerecht, wenn auch aus Sicht des dbb immer noch zu gering bemessen. Die jeweils fünfprozentige Anhebung der übrigen Sätze geht konform mit den Leistungsanhebungen der ambulanten Sachleistung und des Pflegegeldes.

§ 42a SGB XI Gemeinsamer Jahresbetrag

Die vorgesehene Zusammenlegung der Leistungsbeträge der Kurzzeit- und Verhinderungspflege ist eine langjährige Forderung des dbb und wird ausdrücklich begrüßt. Sie dient der flexibleren und einfacheren Inanspruchnahme und macht das Leistungsangebot der Pflegeversicherung transparenter.

Im Zusammenhang mit der Bildung eines entsprechenden Budgets erfolgen notwendige Folgeänderungen wie etwa die Angleichung der Höchstdauer auf acht Wochen in § 34 Abs. 3 SGB XI, in der die Verhinderungspflege bei gleichzeitigem Bezug der regulären Pflegeleistungen in Anspruch genommen werden kann.

Gleiches gilt für die Regelung in § 38 Satz 4 SGB XI, die die Bezugsdauer des hälftigen Pflegegeldes bei gleichzeitiger Inanspruchnahme von Kurzzeit- oder Verhinderungspflege auf nunmehr acht Wochen vereinheitlicht.

Entsprechend entfällt auch die in § 39 Abs. 1 SGB XI geregelte Voraussetzung, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt haben muss. Mit dem Wegfall der entsprechenden Karenzzeit wird eine wesentliche Hürde gerade zu Beginn der Pflegebedürftigkeit genommen.

§ 44a SGB XI Pflegeunterstützungsgeld

Die Möglichkeit, das Pflegeunterstützungsgeld für maximal zehn Tage bei akut eintretender Pflegesituation in Anspruch nehmen zu können, sofern keine tarifliche Regelung besteht, soll gemäß § 44a Abs. 3 SGB XI künftig auf zehn Arbeitstage pro Kalenderjahr erweitert werden. Der dbb begrüßt die Regelung ausdrücklich, bildet das Pflegeunterstützungsgeld doch gerade in akuten Problemsituationen eine wirkungsvolle Hilfe.



§ 108 SGB XI Leistungsübersicht

Die derzeitige Regelung, dass Pflegebedürftige auf Antrag darüber unterrichtet werden, welche Leistungen durch die Pflegeversicherung in den letzten 18 Monaten erbracht wurden, wird in § 108 Abs. 1 Satz 2 SGB XI erweitert. Künftig haben Versicherte auf Wunsch die Möglichkeit, entsprechende Informationen regelmäßig mindestens alle sechs Monate übermittelt zu bekommen. Die Regelung findet die Zustimmung des dbb. Mit Hilfe der regelmäßig zur Verfügung gestellten Leistungsübersichten lässt sich die weitere Versorgung besser planen und gegebenenfalls optimieren.

Fazit:

Mit dem Gesetzentwurf werden auf der Leistungsseite zahlreiche, überfällige Verbesserungen vorgenommen. Mit der Zusammenfassung der Kurzzeit- und Verhinderungspflege wird ein für den dbb zentrales Vorhaben aus dem Koalitionsvertrag angegangen. Auch wenn die Entlastungen im Bereich der stationären Pflege deutlicher hätten ausfallen können und die Leistungsdynamisierung um ein Jahr aufgeschoben wird, ist es dennoch ein gutes Signal, dass die Koppelung an die Kerninflationsrate gesetzlich festgeschrieben werden soll.

Darüber hinaus wird der Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Altenpflege Rechnung getragen. Dies ist ein wichtiger Schritt, die Attraktivität des Berufsbildes zu steigern und dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken.

Die Anhebung des allgemeinen und des Kinderlosenbeitragssatzes könnte aus Sicht des dbb geringer ausfallen, hätte man das Gesetz zum Anlass genommen, die versicherungsfremden Leistungen (wie im Koalitionsvertrag vorgesehen) aus Steuermitteln zu finanzieren. Zu nennen sind hier beispielsweise die pandemisch bedingten Sonderbelastungen oder die Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige, die es ohnehin auszubauen gilt. Eine nachhaltige und auskömmliche Finanzierung der Rentenanwartschaften ist aus Sicht des dbb und der dbb bundesfrauenvertretung zwingend, um die Sorgearbeit-Leistenden, zu denen überwiegend Frauen zählen, vor Altersarmut zu schützen. Der dbb regt an, eine entsprechende gesetzliche Regelung spätestens gemeinsam mit der Reform der Familienpflegezeit und der damit verbundenen steuerfinanzierten Entgeltersatzleistung für pflegende Angehörige, umzusetzen.



Stellungnahme zum Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) (Stand 20. Februar 2023)

Einleitung

Wir bedanken uns für die Möglichkeit der Stellungnahme zum vorliegenden Referentenentwurf. Dieser entspricht bedauerlicherweise in keiner Weise den Erwartungen der 1,8 Millionen Menschen mit Demenz und ihrer An- und Zugehörigen in Deutschland.

Die dringend benötigte große Systemreform, um die Pflegeversicherung zukunftsfest und nachhaltig zu gestalten bleibt aus. Dem Entwurf fehlt eine Vision für die Gestaltung einer Pflege- und Versorgungsstruktur, die den Bedürfnissen der Betroffenen und ihrer An- und Zugehörigen gerecht wird. Die Versorgung

pflegebedürftiger Menschen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und darf nicht ausschließlich zulasten der betroffenen Familien gehen. Eine Finanzierung des demographischen Wandels kann an dieser Stelle nicht ausschließlich aus Versicherungsbeiträgen stattfinden, sie müssen aus Mitteln des Bundeshaushaltes ergänzt werden.

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. nimmt zum vorliegenden Referentenentwurf wie folgt Stellung:

Zu Artikel 2 Nr. 15

§ 30 SGB XI Dynamisierung der Leistungen im ambulanten Bereich

Rund zwei Drittel der Menschen mit Demenz wird von An- und Zugehörigen zu Hause unterstützt und gepflegt. Die vorgesehenen Erhöhungen des Pflegegelds und der ambulanten Sachleistungen sind zwar grundsätzlich zu begrüßen, sie sind aber nicht ausreichend, um die Preisentwicklung und die Inflation der letzten Jahre auszugleichen. Bereits im Jahr 2020 heißt es im Bericht der Bundesregierung über die Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung (Drucksache 19/25283): „aus Sicht der Bundesregierung [erscheint] ein Anstieg der Leistungsbeträge um 5 Prozent angemessen“. Fast drei Jahre später und nach einer Inflationsrate von 7,9 Prozent alleine im Jahr 2022 sind nun weiterhin nur 5 Prozent vorgesehen. Dies führt zu einem realen Einkommensverlust bei den Pflegebedürftigen und ist daher eindeutig unzureichend. Für 2026 und 2027 sind gar keine Anpassungen vorgesehen. Aber bereits heute müssen Familien große Abstriche in der Versorgung hinnehmen, weil die Kosten einer am Bedarf orientierten Versorgung explodieren.

Notwendig ist sofortige Dynamisierung der Leistungen, die sich an den Kostensteigerungen orientiert. Laut Koalitionsvertrag sollte diese Dynamisierung bereits 2022 erfolgen.

Zu Artikel 2 Nummer 34

§ 113b Qualitätsausschuss

Die vorgesehene Referenten- bzw. Referentinnenstelle zur Unterstützung der nach § 118 SGB XI maßgeblichen Interessensvertretungen in der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege begrüßen wir ausdrücklich, zumal es sich um eine langjährige Forderung der Patientenvertretungen handelt. Gleiches gilt für die in Absatz 3a vorgesehene verbesserte Transparenz des Qualitätsausschusses.

Artikel 2 Nummer 39

§ 123 SGB XI Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier, Verordnungsermächtigung

Seit vielen Jahren arbeiten Alzheimer-Gesellschaften und weitere Akteure daran, Menschen mit Demenz in der vertrauten Umgebung ein selbstbestimmtes Leben trotz Pflegebedarf zu ermöglichen. Wir begrüßen die finanzielle Förderung von innovativen Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier. Es braucht aber keine Vielzahl an weiteren Modellvorhaben, denn wir haben keinen Erkenntnisnotstand was angesichts der steigenden Zahlen von Pflegebedürftigen gemacht werden kann und muss. Es gibt bereits vielfältige, vor Ort gut etablierte und evaluierte Angebote, die aufgrund fehlender Finanzierung nicht flächendeckend umgesetzt werden können. Hierfür müssten Mittel zur Verfügung gestellt werden. Zudem bezweifeln wir angesichts der immer wieder von Ländern und Kommunen proklamierten prekären Haushaltslage, dass die im Gesetz vorgesehenen Modellvorhaben bei einer zwingenden paritätischen Finanzierung überhaupt in größerem Ausmaß umgesetzt werden.

Zu Artikel 2 Nummer 40

§ 125b SGB XI Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

Eine Verbesserung der Digitalisierung in der Pflege ist grundsätzlich begrüßenswert, solange die Digitalisierung – auch mittelbar - zu einer Verbesserung der Versorgung der Pflegebedürftigen beiträgt. Nicht nachvollziehbar ist allerdings, dass sich die Aufgaben des vorgesehenen Kompetenzzentrums ausschließlich auf die stationäre Langzeitpflege beziehen soll. Aus Sicht der Deutschen Alzheimer Gesellschaft gibt es auch im ambulanten Bereich große digitale Potenziale, die genutzt werden sollten. Es befremdet uns allerdings, dass in dem einzurichtenden Beirat zur Begleitung des Kompetenzzentrums keine Betroffenenvertreterinnen oder -vertreter vorgesehen sind.

Zu Artikel 3 Nummern 8 bis 10

§ 39 Verhinderungspflege, § 42 Kurzzeitpflege, § 42a Gemeinsamer Jahresbetrag

Die Zusammenlegung der Leistungen nach §§ 39 und 42 SGB XI zu einem Gemeinsamen Jahresbetrag ist ein positiver Schritt in Richtung eines umfassenden flexiblen Entlastungsbudgets, es darf aber nicht der letzte sein. Zu begrüßen ist der Abbau an Bürokratie für die Betroffenen durch den Wegfall der vorherigen Antragstellung und des Nachweises einer Vorpflegezeit. Durch die Zusammenfassung der Leistungen und die Angleichung der zeitlichen Gewährung für maximal acht Wochen ist diese Regelung gegenüber der bisherigen Kombinationsmöglichkeit der Leistungen für die Pflegebedürftigen deutlich übersichtlicher. Was fehlt ist eine Anhebung des Gesamtbetrags zum Ausgleich der Inflation. Dies bedeutet wiederum, dass die reale Entlastung für die Angehörigen verringert wird. An dieser Stelle sei erwähnt, dass auch die Leistungsbeträge für die Tages- und Nachtpflege (§ 41) sowie der Entlastungsbetrag nach § 45b dringend erhöht werden müssten.

Nicht eindeutig formuliert ist, ob der Gemeinsame Jahresbetrag nach § 42a auch für die stundenweise Entlastung gemäß § 45a verwendet werden kann. Hier bitten wir um eine entsprechende Klarstellung im Gesetzestext.

Zu Artikel 3 Nr. 15

§ 43c SGB XI Leistungszuschläge für Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Die weitere Erhöhung der Leistungszuschläge für Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings zeigt die Erfahrung des letzten Jahres, dass die finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen trotz des Leistungszuschlags größer geworden sind. Der Leistungszuschlag hat die Erhöhungen im Bereich der pflegebedingten Aufwendungen nicht ausgleichen können. Zusätzlich steigen die Kosten im Bereich von Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten, die von den Pflegebedürftigen alleine zu tragen sind, weiter deutlich an. Ob die geplante Erhöhung hier Abhilfe schafft, ist fraglich.

Zudem verschärft sie eine seit dem Inkrafttreten des GVWG bestehende Problematik für ambulant betreute Wohngemeinschaften: Da der zusätzliche Leistungszuschlag nur für stationäre Pflegeeinrichtungen gewährt wird, nicht aber für ambulante Wohngemeinschaften, in denen Menschen ebenfalls langfristig gepflegt werden, entsteht eine Ungleichbehandlung. Angesichts der insgesamt hohen Pflegekosten sind Pflegebedürftige und ihre Familien gezwungen, sich bei der Entscheidung für eine Wohnform nicht nur an den Bedürfnissen der gepflegten Person, sondern auch

an den Kosten zu orientieren. Durch die gesetzlichen Regelungen wird die stationäre Pflege hier bevorteilt – was dem Grundgedanken des Pflegeversicherungsgesetzes „ambulant vor stationär“ widerspricht. Die Sozialhilfefähigkeit von ambulant betreuten Wohngemeinschaften wird bereits heute von Sozialhilfeträgern mit Verweis auf die Leistungszuschläge infrage gestellt. Wenn immer weniger Menschen sich diese Wohnform leisten können, besteht die Gefahr, dass keine weiteren Wohngemeinschaften entstehen, bestehende Angebote wegfallen und so die Vielfalt der bedarfsgerechten Versorgungsmöglichkeiten abnimmt.

Gerade für Menschen mit Demenz und ihre Familien sind Wohngemeinschaften eine gute und den Bedürfnissen entsprechende Wohnform. Mit ihrer Familienorientierung, ihrer zivilgesellschaftlichen Einbettung, der Quartiersnähe, den vertraglich gesicherten Mitbestimmungs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten von An- und Zugehörigen stehen ambulant betreute Wohngemeinschaften für Aufbruch und Neuausrichtung - weg von klassischen, institutionalisierten Versorgungsstrukturen hin zu gemeinschaftlich verantworteten Pflege- und Sorgestrukturen. Eine Stärkung der stationären gegenüber der ambulanten Versorgung widerspricht auch der in der UN-Behindertenrechtskonvention vorgesehenen Deinstitutionalisierung, die auch bezogen auf Menschen mit Demenz einschlägig ist.

Zu Artikel 3 Nummer 19 § 108 SGB XI Auskünfte an Versicherte

Schon heute ist es für Empfänger von Pflegeleistungen oft schwierig, den Überblick über die zur Finanzierung zur Verfügung stehenden Töpfe zu bewahren. Um zu verhindern, dass pflegebedürftige Menschen auf Kosten sitzen bleiben, braucht es regelmäßige Information über bezogene Leistungen und deren Kosten. Daher begrüßen wir die mit dieser Änderung einhergehende Verbesserung der Transparenz für die Versicherten. Allerdings sollte die Versicherten nicht nur auf Wunsch, sondern automatisch einmal im Kalenderhalbjahr über ihre bezogenen Leistungen und deren Kosten schriftlich informiert werden.

Zu Artikel 4 Inkrafttreten

Nicht nachvollziehbar ist für uns, dass die Betragssatzerhöhungen bereits zum 1. Juli 2023 in Kraft treten, die – wenigen – vorgesehenen Leistungserhöhungen jedoch erst zum 1. Januar 2024.

Schlussbemerkungen

Der vorgelegte Gesetzesentwurf ist insgesamt enttäuschend. Er bringt für die Pflegebedürftigen und ihre An- und Zugehörigen keine spürbaren Entlastungen oder Verbesserungen. Zudem werden diverse Vereinbarungen des Koalitionsvertrags der Bundesregierung nicht erwähnt. Beispielhaft genannt seien hier:

- die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen wie die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige aus Steuermitteln,
- die Übertragung der Kosten für die Behandlungspflege in der stationären Versorgung auf die gesetzliche Krankenversicherung,
- die rechtssichere Gestaltung der 24-Stunden-Betreuung im familiären Bereich.

Wir erwarten, dass hier nachgebessert wird und dazu kurzfristig konkrete Vorschläge vorgelegt werden.

Berlin, 6. März 2023

Herausgeber

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
Selbsthilfe Demenz

Friedrichstraße 236
10969 Berlin
Tel: 030 - 259 37 95 0
Fax: 030 - 259 37 95 29
www.deutsche-alzheimer.de
info@deutsche-alzheimer.de

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft engagiert sich für ein besseres Leben mit Demenz. Sie unterstützt und berät Menschen mit Demenz und ihre Familien. Sie informiert die Öffentlichkeit über die Erkrankung und ist ein unabhängiger Ansprechpartner für Medien, Fachverbände und Forschung. In ihren Veröffentlichungen und in der Beratung bündelt sie das Erfahrungswissen der Angehörigen und das Expertenwissen aus Forschung und Praxis. Als Bundesverband von mehr als 130 Alzheimer-Gesellschaften unterstützt sie die Selbsthilfe vor Ort. Gegenüber der Politik vertritt sie die Interessen der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Die DAzG setzt sich ein für bessere Diagnose und Behandlung, mehr kompetente Beratung vor Ort, eine gute Betreuung und Pflege sowie eine demenzfreundliche Gesellschaft.



Stellungnahme

der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management zur Verbändebeteiligung des BMG am 06.03.2023

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

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) e.V.

Geschäftsstelle

c/o FH Münster / SW

Friesenring 32

48147 Münster

I. Gesamtbewertung

Die Terminierung des vorgesehenen Inkrafttretens wird durch die Notwendigkeit des Bundesverfassungsgerichtsurteils zur Berücksichtigung der Kinderzahl der Versicherten bei der Beitragsbemessung "diktiert" – 01.07.2023.

Der Gesetzesentwurf lässt nicht wirklich erkennen, dass die in der Koalitionsvereinbarung der Ampelregierung zum Thema Pflege niedergelegten Vorhaben konsequent aufgegriffen und umgesetzt werden. Das ist bedauerlich. Besteht doch ein ausgesprochen hoher Handlungsbedarf, insbesondere mit Blick auf die Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements zu der Care und Case Management-Strukturen ganz wesentlich beitragen können resp. beitragen sollten. Insofern kann das PUEG nur ein erster Schritt einer größer angelegten Pflegereform sein.

Es wird weiterhin bedauert, dass das nach jüngsten Allensbach-Studien von der Bevölkerung als vornehmliches und zu lösendes Problem der nicht mehr sichergestellten Pflege, - nicht zuletzt mangels ausreichenden Personals -, von der Bundesregierung in seiner Bedeutung nicht erkannt, sondern eher dilatorisch behandelt wird. Es ist kein gutes Zeichen für das Systemvertrauen der Bevölkerung, wenn Themen, die von der Gesellschaft als höchst relevant angesehen werden, von der Bundesregierung angesichts nicht ausgestandener Streitpunkte in der Finanzierung der Pflegeversicherung, wenn überhaupt dilatorisch und zur Überwindung der Zahlungsunfähigkeit der Pflegekassen, Gegenstand einer Pflegereform werden.

Auch wird festgestellt, dass wieder die Finanzierung der stationären langzeitpflege fiskalisch im Vordergrund steht – eine aus Sicht der DGCC dramatische falsche Versorgungspolitische Weichenstellung. Die DGCC würdigt in einer Gesamtschau gleichwohl, dass Leistungsverbesserungen für den häuslichen Bereich vorgesehen werden.

Dabei zielt der Gesetzesentwurf jedoch nur auf eine strukturelle Weiterentwicklung von Beratungs-, Unterstützungs- und Sorgestrukturen vor Ort. Allerdings misslingt deren Ausgestaltung zum Teil grundlegend. Auf bisher systematisch ausgewerteten und vorliegenden Erkenntnissen des Care und Case Managements und der DGCC wurde, zumindest bei der Erarbeitung des Referentenentwurfes, nicht zurückgegriffen.

Zu kritisieren ist, dass mit der moderaten Anhebung des Beitragssatzes eine dauerhafte Stabilisierung der Pflegeversicherung nicht gewährleistet wird. Auch ist in dem Referentenentwurf nichts von dem in der Koalitionsvereinbarung niedergelegten Anliegen zu erkennen, versicherungsfremde Leistungen über einem Steuer- oder Bundeszuschuss zu finanzieren. Hingegen werden versicherungsfremde Leistungen zulasten der Pflegekassen ausgebaut. Das ist nicht überzeugend und gefährdet die ohnehin schon ausgesprochen fragile Finanzierung der Pflegeversicherung.

Ob die Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils zum 01.07.2023 auf der Grundlage der im Gesetzesentwurf vorgesehenen Regelung realistisch ist, wird bezweifelt.

Der Referentenentwurf zum PUEG befindet sich schon lange in der Vorbereitung. Es war bekannt, dass das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes umgesetzt werden musste. So kann keinerlei Verständnis dafür aufgebracht werden, dass der Referentenentwurf erst Ende

Februar 2023 vorgelegt wurde und dann mit einer Stellungsfrist für die Verbände von nicht einmal einer Woche. Das ist aus Sicht der Verbände und nicht nur der DGCC keine seriöse Form der Beteiligung und Anhörung der Verbände.

Das ist

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungskomplexen des Referentenentwurfs

Die DGCC nimmt vor dem Hintergrund ihrer Fachexpertise und ihres satzungsgemäßen Auftrages zu ausgewählten Regelungskomplexen nachfolgend Stellung.

1. Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und Care und Case Management gem. §§ 7a ff. SGB XI

Von der Konzeption der Pflegeversicherung sieht die DGCC in dem in den §§ 7a ff. SGB XI vorgelegten Ansatz eines miteinander verwobenen Care und Case Managements eine exemplarische Aufnahme von Care und Case Management-Ansätzen und -Erfahrungen in das Leistungsrecht der Pflegeversicherung. Nur kann die Praxis des Care und Case Management, der Pflegeberatung und der Arbeiten der Pflegestützpunkte keineswegs in jeder Hinsicht überzeugen. Zwar reflektiert der Gesetzesentwurf die Notwendigkeit, die Unterstützungs- und Beratungsangebote für Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen zu verbessern. Die hierzu formulierten Vorschläge und Neuregulierungen sind allerdings nur zum Teil zielführend. Zunächst ist festzustellen, dass die Praxis der Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI nach Pflegekassen, aber auch Regionen höchst unterschiedlich und in keinsten Weise überall überzeugend ist. Insofern bestehen weiterhin zum Teil eklatante Vollzugsdefizite im Bereich der Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI. Diese Vollzugsdefizite werden mit keinem Wort in dem Gesetzesentwurf, aber auch in der Gesetzesbegründung reflektiert. Dies mag auch damit zu tun haben, dass die vom GKV-Spitzenverband beauftragte Evaluation der Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI mit der Zielrichtung erfolgte, eine kritische Auseinandersetzung mit der Praxis der Pflegeberatung zu vermeiden. Schon die Anlage des dann ausgeschriebenen Evaluationsauftrages wich zentralen Fragestellungen der Umsetzungsprobleme der Pflegeberatung aus. Die DGCC fordert eindringlich, dass (endlich) dem GKV-Spitzenverband die Kompetenz für die Evaluation der Pflegeberatung, die in den Händen der Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes liegt, entzogen wird. Es fehlt hier jede Unabhängigkeit. Der Evaluationsauftrag hat durch das Bundesgesundheitsministerium selbst zu erfolgen. Entsprechend sollte § 7a Abs. 9 SGB XI geändert werden. Das Bundesministerium für Gesundheit vergibt alle drei Jahre einen Evaluationsauftrag zu den Erfahrungen und Wirkungen der Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI.

Das vorgesehene Informationsportal zu Pflege und Betreuungsangeboten gem. § 7d SGB XI liegt voll im Trend des Ausbaus von digitalisierten Beratungsangeboten. Nun ist aus jüngst vorgelegten Studien zur Beratung von Pflegebedürftigen deutlich geworden, dass maßgeblich die persönliche, ggf. sogar die aufsuchende Beratung von Pflegebedürftigen und ihren An- und Zugehörigen wichtig ist. Das vorgesehene Informationsportal kann allenfalls eine flankierende Bedeutung haben. Nicht in Anspruch genommene Beratung und Pflegeberatung im engeren Sinne gem. § 7a SGB XI verhindert die Nutzung von Leistungen der Pflegeversicherung und örtlich vorhandener Unterstützungsangebote und führt nachweislich zu massiven Belastungen in den zumeist von An- und Zugehörigen verantworteten Pflegearrangements. Die vorgesehene Regelung des § 7d SGB XI darf nicht von diesen etwa durch die VdK-Studie eindrucksvoll belegten Befund hinweggehen.

Begrüßenswert ist der Ansatz, dass die Begutachtung des Medizinischen Dienstes verbindlicher verknüpft werden soll mit Versorgungsplänen gem. § 7a SGB XI. Dabei wird seitens der DGCC allerdings darauf hingewiesen, dass die Praxis der Versorgungspläne den Anforderungen an ein fundiertes Care und Case Management in aller Regel nicht gerecht wird. Die bis jetzt vorgesehene Aufstellung eines Pflegeplans in § 18 SGB XI wurde schon länger nicht praktiziert, kann aber nicht durch einen Verweis auf die Erstellung von Versorgungsplänen gem. § 7a SGB XI ersetzt werden. Bei dem Pflegeplan handelte es sich zunächst um ein pflegfachliches Instrument im Sinne der Steuerung des Pflegeprozesses resp. einer entsprechenden Vorbereitung eines solchen. Beim Versorgungsplan gem. § 7a SGB XI geht es um einen Plan der die gesamte Versorgungssituation in den Blick nimmt und mitnichten nur pflegfachliche. Genau dafür steht das Case Management im Sinne des § 7a SGB XI. Die Bezeichnung der Vorschrift § 7a SGB XI mit Pflegeberatung ist fachlich unzutreffend, da es beim dort vorgesehenen Case Management gerade nicht nur um pflegfachliche, sondern auch um andere für die Lebenslage von auf Pflege angewiesenen Menschen maßgebliche Fragen geht, wie etwa die Wohnsituation, Familiendynamiken, Fragen der finanziellen Überforderung, psychosoziale Krisensituationen etc. pp.

2. Aufgabenrevision des Medizinischen Dienstes, §§ 18ff. SGB XI

Wie schon von der vorherigen Bundesregierung vorgesehen, hat der Gesetzesentwurf die bisherigen Regelungen für die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst einer Revision unterzogen und sie neu geordnet. Viele Detailregelungen sind beibehalten worden, andere gestrichen. Nicht hinreichend berücksichtigt, wird nach Ansicht der DGCC § 4 PflBG, die Vorbehaltsaufgaben für Fachpflege. Die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit ist aus Sicht der DGCC und der in der DGCC organisierten Pflegefachkräfte und Pflegewissenschaftler*innen eine den Pflegefachkräften vorzubehaltende Aufgabe, die durch keine andere Berufsgruppe wahrgenommen werden darf. Insofern verstoßen die Regelungen in §§ 18ff. SGB XI, soweit sie etwa auch Ärzt*innen und andere Fachkräfte mit originären Begutachtungsaufgaben im Zusammenhang mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit gem. § 14 SGB XI vorsehen, gegen die vorrangigen berufsrechtlichen Regelungen des § 4 PflBG. Die Feststellung des Pflegebedarfes ist eine explizit Pflegefachkräften vorbehaltenen Vorbehaltsaufgaben. Selbstverständlich sind im Bedarfsfall auch andere Berufsgruppen im Zusammenhang mit der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit einzubeziehen, da es immer auch um die Bewertung von medizinischen Diagnosen, Therapienotwendigkeiten, den Einsatz von medizinischen Hilfsmitteln etc. geht. Auch die Einbeziehung von sozialarbeiterischem Sachverstand kann unabweisbar sein.

Nur die Kernaufgaben der Feststellung der Pflegebedürftigkeit muss Pflegefachkräften vorbehalten werden. Insofern sind die die Regelungen insbesondere in § 18 a Abs. 10 zu ändern. Die Zuweisung von Aufgaben der Begutachtung an Ärzt*innen in § 18a Abs. 10 SGB XI ist in der jetzigen Formulierung mit § 4 PflBG nicht kompatibel.

Das Verhältnis von individueller Pflegeplanung, Erstellung einer Konzeption für die hauswirtschaftliche Versorgung und Versorgungsplan gem. § 7a SGB XI wird zwar einerseits differenziert aufgegriffen, § 18a Abs. 3 SGB XI. Die Regelung ist aber insofern missverständlich, als der Versorgungsplan gem. § 7a SGB XI bei komplexen Fallkonstellationen vorgesehen ist, die individuelle Hilfeplanung aber stets geboten ist.

Die Zuweisung von Aufgaben der Begutachtung an Ärzt*innen in § 18a Abs. 10 SGB XI ist in der jetzigen Formulierung mit § 4 PflBG nicht kompatibel.

Ausdrücklich begrüßt wird seitens der DGCC des § 18e SGB XI, die Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung eröffnen. Die Verschränkung von Pflegebegutachtung und Beratung durch die Pflegekassen, die Aktivierung örtlicher Unterstützungs- und Beratungsangebote bis

hin zum Erwachsenenschutz sind wie zahlreiche Praxisberichte und Modellvorhaben zeigen, von größter Bedeutung. Hier einen beratungsorientierten Ansatz des Medizinischen Dienstes zu unterstützen, etwa im Sinne des vom AOK-Bundesverband geförderten Projektes Subjektorientierte Qualitätssicherung wären ausgesprochen zielführend, um eine bedarfsgerechte und suffiziente beratungs- und Case Management-basierte Unterstützung für Pflegehaushalte zu ermöglichen. Hierdurch würde ein maßgeblicher Beitrag zur qualifizierten Weiterentwicklung ermöglicht.

3. Dynamisierung der Leistungen, §§ 50ff. SGB XI

Die in dem Gesetzesentwurf vorgesehene Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung insb. im Bereich der häuslichen Versorgung wird als Umsetzung der versprochenen Pflegegelderhöhung aus der Koalitionsvereinbarung der Ampelregierung interpretiert. Selbstverständlich sind Leistungsverbesserungen in der häuslichen Pflege wünschenswert. Auch sieht die Bevölkerung nach jüngsten Allensbach-Studien im Pflegegeld eine wesentliche Unterstützung von Pflegehaushalten. Nur ist das Wissen über die Verwendung des Pflegegeldes unzureichend. Die bereits zitierte VdK-Studie weist auf unterschiedliche, lebenslagenabhängige Verwendung des Pflegegeldes hin. Allein durch eine Erhöhung des Pflegegeldes wird nach den Erfahrungen der DGCC das häusliche Pflegearrangement nicht stabilisiert. Hier sind andere Hilfen erforderlich, die allerdings zunächst einmal außer Acht bleiben. Insofern wird die Gefahr gesehen, dass man durch die Erhöhung des Pflegegeldes auf einen kurzfristigen QuickWin pflegepolitischer Art zielt, nicht aber die insb. im Care und Case Management sichtbar werdenden strukturellen Probleme häuslicher Pflegearrangements aufgreift.

4. Gemeinsamer Jahresbetrag, § 42a SGB XI E

Der schön länger diskutierte Jahresbetrag oder ein Entlastungsbudget wurde in dem Gesetzesentwurf aufgenommen. Aus Sicht des Care und Case Managements wird auf der einen Seite ausdrücklich begrüßt, dass das hochkomplizierte und von kaum einem Pflegebedürftigen selbst durchschaubare Leistungsrecht der Pflegeversicherung vereinfacht und flexibilisiert wird. Nur kann die vorgesehene Regelung aus Care und Case Management-Sicht überhaupt nicht überzeugen, da die Kurzzeitpflege in ihrer spezifischen Funktion, nach klinischen Versorgungsarrangements und Krisensituation in der häuslichen Versorgung durch solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen aufzufangen, hier nicht systematisch reflektiert wird. Hier bedarf es vielmehr eines eigenen Leistungstatbestandes für die solitäre Kurzzeitpflege mit definierten Zugangskriterien. Gerade hier bewähren sich, wie etwa das vom Sozialministerium geförderte Projekt "Sektorenübergreifende, Case Management-basierte Kurzzeitpflege" Care und Case Management-Ansätze, um einen fachlich fundierten und präferenzgerechten Übergang aus der klinischen in eine Nachversorgung zu gewährleisten. Auch zeigt sich, dass in dem Fehlen solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen bundesweit das Hauptinfrastrukturdefizit in der Langzeitpflege gesehen wird. Durch einen gemeinsamen Jahresbetrag ändert sich hieran nichts. Insofern wird man ein Entlastungsbudget oder ein Jahresbetrag streng trennen müssen von den Ansprüchen auf solitäre Kurzzeitpflege. Insofern ist der Gesetzesentwurf dringend nachzubessern.

5. Stärkung der kommunalen Unterstützungsstrukturen, §§ 123ff SGB XI E

Ausdrücklich wird begrüßt, dass der Gesetzgeber in dem Gesetzesvorhaben die Bedeutung örtlicher Unterstützungsnetzwerke und -strukturen erkennt, die Rolle der Kommunen würdigt. Sie sind maßgeblich, wenn es um bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen geht. Von den örtlichen Infrastrukturbedingungen aber auch den Sorgestrukturen und -kulturen hängt es ab, ob häusliche Pflegearrangements stabil bleiben können und neue auch jenseits klassischer familienbasierter Care-Arrangements entstehen können. Auch sind die unter dem Stichwort "Strukturentwicklungsbudget oder Innovationsbudget" diskutierten Ansätze zum exemplarischen Aufbau von kommunalen

Unterstützungsstrukturen in 16 Bundesländern von größter Bedeutung, wenn es um die Stärkung der Kommunen und der Planungskompetenz von Ländern und Kommunen geht. Insofern werden die hinter dem § 123f SGB XI stehenden Überlegungen von der DGCC unterstützt. Auch die Finanzierungskonzeption überzeugt. Nur, was für völlig verfehlt gehalten wird, ist die Übertragung der Modellaufgaben auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Die Vorläufervorschriften, die Modellkommunen vorsahen, wurden erfolgreich vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen verhindert. Offenbar hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen keinerlei Interesse daran, die Handlungsfähigkeit der Länder und Kommunen in ihrer Eigenverantwortung zu stärken. Offenbar ist es aber dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen bei der Erstellung des Referentenentwurfes gelungen, sich dort eine strategische Rolle beim Modellvorhaben zu sichern. Würde diese Intervention Bestand haben, würde der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Regiefunktion für die Modellvorhaben übertragen bekommen, wäre das von der DGCC ausdrücklich unterstützte Anliegen, das mit dem § 123f SGB XI E verbunden wird, wiederum zum Scheitern verurteilt. Das kann und darf nicht sein. Insofern wird man auch und gerade die Koordination beim Modellvorhaben, die Vergabe der wissenschaftlichen Begleitforschung den zur Mitfinanzierung verpflichteten Ländern und Kommunen resp. anderen unabhängigen Institutionen übertragen müssen. In der Koalitionsvereinbarung der Ampelregierung wird ausdrücklich von dem Innovationsbedarf auch in der Langzeitpflege gesprochen. Will man diesen Auftrag und das Anliegen ernstnehmen, wird man den Spitzenverband Bund der Pflegekassen nicht weiterhin mit entsprechenden Funktionen versehen dürfen.

6. Qualitätsstandards, Aufhebung § 113a SGB XI

Die DGCC sieht in den Expertenstandards des DNQP eine der zentralen fachwissenschaftlichen Grundlagen für eine am Stand des aktuellen Wissens orientierte Pflegepraxis. Die Arbeit des DNQP ist ausgesprochen wertvoll. Die Verortung der Expertenstandards im SGB XI wurde von der DGCC stets als nicht sachgerecht angesehen. So unterstützt die DGCC den Gesetzesentwurf, der die Streichung des § 113a SGB XI E vorsieht. Die DGCC weist aber ausdrücklich darauf hin, dass die Entwicklung von Expertenstandards in der Pflege einer sicheren Finanzierung und institutionellen sowie personenunabhängigen Unterstützung bedarf. Aus der Sicht der DGCC ist dabei überdies zu gewährleisten, dass die Expertenstandards der Pflege auch von interdisziplinär geprägten Arbeitsfeldern einbezogen resp. insgesamt auf die Institutionalisierung von Qualitätsstandards in einem multidisziplinären Kontext anzustreben ist. Die Expertenstandards, die sich auch und gerade auf Case Management-relevante Prozesse beziehen, etwa zur Entlassung aus dem Krankenhaus, sind für die Fundierung der Case Management-Praxis von großer Bedeutung.

7. § 113c SGB XI E

Auch wenn die DGCC mit Fragen der Personalbemessung in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen weniger befasst ist, ist die DGCC doch immer wieder im Rahmen des Care und Case Management mit Infrastrukturdefiziten konfrontiert, die eine bedarfsgerechte Versorgung erschweren oder regional sogar unmöglich machen. Insofern sieht die DGCC die Notwendigkeit, die vorgesehenen Regelungen in § 113c SGB XI E mit einer bundeseinheitlichen Nomenklatur von Assistenzberufen der Qualifikationsniveaus I bis III zu hinterlegen. Diese sind bislang in den Ausbildungs- und Berufsbildungskonzepten nicht zur Grundlage gemacht worden. Um die in § 113c SGB XI im- und explizit hinterlegten Assistenzberufe der Qualifikationsniveaus I, II, III mit der notwendigen Klarheit und Transparenz zu versehen, sind im Zuge der Weiterentwicklung des § 113c SGB XI bundeseinheitliche Qualifikationskonzepte für Assistenzberufe zu entwickeln. Da für die Assistenzberufe die Länder zuständig sind, bedarf es hier konzertierter Bemühungen, die leider nicht

in der Entschiedenheit zu beobachten sind, wie dies notwendig wäre, um auf die Handlungsbedarfe zu reagieren. Auch wird empfohlen, nicht weiter von Pflegehilfskräften, sondern von Pflegeassistentenkräften zu sprechen. Auch sind andere Assistenzberufe miteinzubeziehen, etwa die der Hauswirtschaft, sowie der Sozialassistenten.

8. Ambulant betreute Wohngemeinschaften, § 38 SGB XI

Die ambulant betreuten Wohngemeinschaften stellen eine wichtige wohnortnahe Versorgungsalternative zur vollstationären und häuslichen Versorgung dar. Sie werden von der Bevölkerung gegenüber stationären Pflegeeinrichtungen präferiert, sie werden allerdings leistungsrechtlich diskriminiert. Sie partizipieren nicht an der für den stationären Bereich vorgesehenen Deckelung der Eigenanteile. Dies führt, so die Erfahrung aus vermittelnden Care und Case Management-Strukturen dazu, dass die häufig geeigneten und auch präferierten Versorgungsoptionen nicht mehr genutzt werden, da aus der Sicht der Pflegeversicherten die Kosten zu hoch sind und überdies die Sozialhilfeträger ankündigen, die Kosten für ambulant betreute Wohngemeinschaften nicht mehr zu übernehmen. Dem Bundesgesundheitsministerium ist der Sachverhalt bekannt. Es wird hier unmittelbarer Handlungsbedarf gesehen, um wohnortnahe Versorgungsstrukturen nicht zu gefährden. Insofern mahnt die DGCC, Regelungen zur Stärkung ambulant betreuter Wohngemeinschaften einerseits durch eine Profilierung des Wohngruppenmanagements gem. § 38a SGB XI und andererseits durch Regelungen zur Deckelung des Eigenanteils zu unterstützen. Dies ist bedauerlicherweise in dem hier zu kommentierenden Gesetzesentwurf nicht geschehen.

Für die DGCC

Prof. Dr. habil. Thomas Klie

6.3.23



Deutsche
Rentenversicherung

Bund

Stellungnahme

der

Deutschen Rentenversicherung Bund

vom 6. März 2023

zum

**Referentenentwurf eines Gesetzes zur Unterstützung
und Entlastung in der Pflege**

(Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz)



A. Vorbemerkung

Der Referentenentwurf zielt auf die Verbesserung der Situation in der Pflege durch umfangreiche Anpassungen in der Pflegeversicherung ab. Im Hinblick auf die ökonomischen Rahmenbedingungen und die finanzielle Lage der Pflegeversicherung sind Maßnahmen zur Verbesserung der Einnahmensituation der sozialen Pflegeversicherung vorgesehen.

Mit § 55 SGB XI-E soll der Beitragssatz zur gesetzlichen Pflegeversicherung angehoben und nach der Anzahl der Kinder der Versicherten differenziert werden. Hiermit soll der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 zu den Aktenzeichen 1 BvL 3/18, 1 BvR 717/16, 1 BvR 2257/16 und 1 BvR 2824/17 umgesetzt werden. Danach ist der Gesetzgeber aufgefordert, bis spätestens zum 31. Juli 2023 das Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung im Hinblick auf die Berücksichtigung des Erziehungsaufwands von Eltern verfassungskonform auszugestalten. Konkret soll dazu nach dem Referentenentwurf der bundeseinheitliche Beitragssatz von derzeit 3,05 Prozent auf 3,4 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten angehoben werden. Zudem soll der Beitragszuschlag für kinderlose Versicherte von derzeit 0,35 Prozentpunkten auf 0,6 Prozentpunkte erhöht werden; der Beitragssatz läge dann für kinderlose Versicherte bei 4,0 Prozent. Für Versicherte mit zwei oder mehr Kindern soll dagegen eine nach der Kinderanzahl gestaffelte Reduktion des Beitragssatzes um maximal 0,6 Prozentpunkte eingeführt werden; für Versicherte mit fünf oder mehr Kindern läge der Beitragssatz damit künftig mit 2,8 Prozent niedriger als der aktuelle Wert.

Aus der vorgesehenen neuen Beitragssatzstruktur würden sich für die Deutsche Rentenversicherung, die den Pflegeversicherungsbeitrag bei den rund 22 Millionen Rentenbeziehenden einzieht, unterschiedlichste, sehr massive Folgewirkungen sowohl im Hinblick auf ihre Sachbearbeitung als auch für die eingesetzten technischen Verfahren ergeben. Vor diesem Hintergrund ist es nicht nachvollziehbar, dass die Deutsche Rentenversicherung erst am Abend des 24. Februar 2023 im Rahmen der Verbändebeteiligung Kenntnis von dem Regelungsvorhaben erhalten hat. In der kurzen Stellungnahmefrist bis zum 6. März 2023 war daher nur eine kurssorische Analyse der betreffenden, im Referentenentwurf vorgesehenen Regelungen möglich. Festzustellen ist aber, dass diese Regelungen für die Deutsche Rentenversicherung als die den Pflegeversicherungsbeitrag einziehende Stelle in der vorliegenden Form aus unterschiedlichsten Gründen, die nachfolgend dargestellt werden, insgesamt nicht umsetzbar sind. **Sollten die im Referentenentwurf vorgesehenen Regelungen zum 1. Juli 2023 trotzdem in Kraft treten, würde dies die Bearbeitung von Rentenanträgen durch die Träger der Rentenversicherung massiv gefährden. Steigende Laufzeiten bei den Alters- und Erwerbsminderungsrenten wären die zwangsläufige Folge.**

B. Zur Umsetzbarkeit bei der Deutschen Rentenversicherung

Die vorgesehenen Regelungen betreffen die Deutsche Rentenversicherung als die den Pflegeversicherungsbeitrag bei Rentenbeziehenden einziehende Stelle und als Rehabilitationsträger insbesondere durch

1. die Anhebung der Beiträge zur Pflegeversicherung
2. die Einführung eines Beitragsabschlages nach Kinderanzahl
sowie
3. die Tragung des zukünftig erhöhten Beitrags zur Pflegeversicherung bei Rehabilitanden (§ 64 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe e) SGB IX)

Die Regelungen sollen jeweils zum 1. Juli 2023 in Kraft treten.

B.1. Nach Kinderanzahl gestaffelte Pflegeversicherungsbeiträge zum 1. Juli 2023 durch die Deutsche Rentenversicherung nicht umsetzbar

Eine Umsetzung des nach Kinderanzahl gestaffelten Pflegeversicherungsbeitrags im Quellenabzugsverfahren bei Rentenbeziehenden durch die Deutsche Rentenversicherung, wie im Entwurf geregelt, ist bis zum 1. Juli 2023 nicht möglich. Sollte das Gesetz zum 1. Juli 2023 in Kraft treten, würde dies dazu führen, dass für 22 Millionen Rentenbeziehende die Pflegeversicherungsbeiträge nicht in der gesetzlich geregelten Höhe abgezogen würden. In der Folgezeit müssten diese Sachverhalte verwaltungsaufwendig neu aufgegriffen und korrigiert werden sowie zu viel abgeführte Pflegeversicherungsbeiträge den Betroffenen erstattet werden. Denn die Deutsche Rentenversicherung verfügt nicht über die erforderlichen Informationen zu den bei der Festsetzung des Pflegeversicherungsbeitrages für Rentenbeziehende zu berücksichtigenden Kindern. Diese sollen deshalb nach dem Referentenentwurf von den Rentenbeziehenden der Deutschen Rentenversicherung mitgeteilt werden, damit diese die entsprechenden Prüfungen vornehmen und Feststellungen hierzu treffen kann.

Sehr hoher Erfüllungsaufwand bei der Feststellung der Kinderanzahl

Ausgehend von den in der Begründung genannten 5 Minuten pro Standardfall, würde die Erfassung der relevanten Kinder pro 1 Millionen Prüfungen mindestens rund 15.000 Personen-



tage Arbeitsaufwand bei der Deutschen Rentenversicherung verursachen. Bei den in der Begründung genannten 17 Millionen Renten würde sich dabei ein Aufwand von mindestens 255.000 Personentagen (= 1.275 Vollzeitäquivalente) ergeben, wenn die Umsetzung innerhalb eines Jahres erfolgen würde. Dies entspräche einem Betrag in Höhe von rund 161 Mio. €. Die Zahl der Vollzeitäquivalente ist allerdings zu vervielfachen, da die Umsetzung schon im Interesse der zu entlastenden Rentenbeziehenden mit mehreren Kindern schneller erfolgen müsste. Bei einer Umsetzung innerhalb eines Zeitraums von einem halben Jahr wäre dementsprechend von 2.550 Vollzeitäquivalenten auszugehen, bei einem Zeitraum von drei Monaten von über 5.000 Vollzeitäquivalenten. Die kurzfristige Einstellung einer entsprechenden Menge Personal wäre, zumal es sich um eine vorübergehende Aufgabe handelt, von den Trägern der Rentenversicherung nicht zu realisieren.

Zudem halten wir sowohl die 17 Millionen Renten als auch die 5 Minuten pro Fall für zu niedrig angesetzt. Aktuell sind nämlich in den Zahldaten der Deutschen Rentenversicherung ca. 22 Mio. Renten mit PV-Abzug ohne Kinderlosenzuschlag enthalten. Hinzu kommen Mehraufwände in der Fallbearbeitung, die sich daraus ergeben, dass Nachfragen bei den Rentenbeziehenden oder anderweitige Recherchen vorgenommen werden müssten, wenn zum Beispiel Urkunden aus dem Ausland oder mit unklaren Personenangaben vorliegen. Hierbei könnten pro Fall erhebliche zusätzliche Arbeitsaufwände entstehen, die bei den angenommenen 5 Minuten pro Fall nicht berücksichtigt sein können.

Im Ergebnis ist damit festzustellen, dass die Ausführungen in der Gesetzesbegründung zum Verwaltungsaufwand bei der Deutschen Rentenversicherung auf fehlerhaften Annahmen beruhen und ein falsches Bild der Umsetzbarkeit vermitteln. Sollte es zu einer Umsetzung wie vorgeschlagen kommen, hätte dies für die Deutsche Rentenversicherung zur Folge, dass die Mitarbeitenden der Sachbearbeitungen der Rentenversicherungsträger diese Sachverhalte über einen Zeitraum vieler Monate prioritär bearbeiten müssten. **Dies würde die Bearbeitung von Rentenanträgen durch die Träger der Rentenversicherung massiv gefährden. Steigende Laufzeiten bei den Alters- und Erwerbsminderungsrenten und damit Versorgungsdefizite für diesen Personenkreis wären die zwangsläufige Folge.**

Im Referentenentwurf gar nicht erwähnt wird der fortlaufende Erfüllungsaufwand, der bei jeder Rentenantragsstellung entstünde, da – neben den bei der Deutschen Rentenversicherung bereits bekannten Kindern – andere Kinder aufgrund des weiten Kinderbegriffs aus § 55 SGB XI, hierzu wir nachfolgend noch ausgeführt, nachzuweisen wären. Notwendig wäre dies, weil es



bislang kein Datenaustauschverfahren zwischen Arbeitgebern, Pflegekassen und der Deutschen Rentenversicherung gibt, mit den Angaben zu Kindern wechselseitig untereinander ausgetauscht werden.

Übermittlung der Kinderanzahl an die Deutsche Rentenversicherung erforderlich

Damit wird deutlich, dass die Angaben zu den für die Bestimmung des Pflegeversicherungsbeitrags relevanten Kindern der Deutschen Rentenversicherung von anderer Stelle zur Verfügung gestellt werden müssen. Aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung kommt hierfür nur eine digitale Übermittlung der Kinderanzahl durch die Pflegeversicherung infrage. Dies wäre auch sachgerecht, da die vom BVerfG geforderte Entlastung von Personen mit mehreren Kindern den Regelungsbereich der Pflegeversicherung betrifft und deshalb von den Trägern der Pflegeversicherung umzusetzen ist. Auf diese Weise würde die Entscheidungen über die zu berücksichtigende Kinderanzahl bei der Pflegeversicherung zentralisiert. Mit einer derartigen Zentralisierung und digitalen Übermittlung würden die Betroffenen von mehrfacher Nachweisführung entlastet sowie wegen des in § 55 SGB XI weiter gefassten Kindbegriffs mögliche unterschiedliche Entscheidungen bei der Berücksichtigung von Kindern durch verschiedene beitragsabführende Stellen vermieden.

Hierfür besteht auch deshalb eine dringende Notwendigkeit, da bei dem weiter gefassten Kindbegriff aus § 55 SGB XI auch eine – ggf. nur kurzzeitige – Betreuung von Adoptiv-, Pflege- und Stiefkindern in bestimmten Konstellationen bereits die Elterneigenschaft für die Pflegebeiträge belegen bzw. zukünftig die Zahl der zu berücksichtigenden Kinder erhöhen kann. Die Gesetzesbegründung suggeriert hingegen, dass der Deutschen Rentenversicherung Informationen zu den für die Bestimmung des Pflegeversicherungsbeitragssatzes relevanten Kindern vorliegen. Insbesondere bei den über 7 Millionen Männern unter den Rentenbeziehern sind Angaben zu leiblichen Kindern nur selten vorhanden, da die Kindererziehungs- und -berücksichtigungszeiten fast ausschließlich den Müttern zugeordnet sind und die Konten von Ehegatten oder Eltern nicht miteinander verknüpft sind. Angaben zu den nach § 55 SGB XI weiter zu berücksichtigenden Kindern (wie etwa nicht leiblichen oder Kindern, die zunächst im Ausland erzogen wurden und für die deshalb keine Kindererziehungszeiten beantragt wurden) liegen der Deutschen Rentenversicherung kaum vor und hätten von ihr aus Gründen des Sozialdatenschutzes in ihren Konten meist mangels Relevanz im Rahmen des SGB VI auch nicht gespeichert werden dürfen.

Zusammenfassend kann also durch einen Rückgriff auf die in den Versichertenkonten der Deutschen Rentenversicherung gespeicherten Kindererziehungs- und Berücksichtigungszeiten die Anzahl der nach § 55 SGB XI relevanten Kinder nicht ermittelt werden, so dass hier eine Vollerhebung durchgeführt werden müsste.

Auswirkungen der Erhebung der Kinderanzahl auf Dritte

Die vorgesehene Erhebung der Kinderanzahl hätte noch weitere Auswirkungen z.B. im Bereich der Kommunen. Denn insbesondere bei nach der Geburt von Kindern geschiedenen Ehegatten wäre zu erwarten, dass in einer Vielzahl von Fällen bei den Standesämtern Geburtsurkunden zum Nachweis der Voraussetzungen für eine PV-Beitragsermäßigung angefordert würden, was auch diese ohnehin sehr belasteten Stellen in deren Funktionsfähigkeit gefährden würde.

Umfangreiche technische Anpassungen für den Beitragsabzug bei der Deutschen Rentenversicherung erforderlich

Selbst dann, wenn die Deutsche Rentenversicherung die für den Beitragsabzug erforderlichen Informationen in maschinell auswertbarer Form kurzfristig erhalten würde, bedürfte es zur Umsetzung einer nach Kinderanzahl gestaffelten Beitragsabführung umfangreicher technischer Vorarbeiten.

Der Referentenentwurf lässt diesen zwingend erforderlichen zeitlichen Vorlauf für die Vornahme der erforderlichen Abstimmungen mit weiteren Beteiligten und für die Programmierung völlig außer Betracht. Stattdessen wird in der Gesetzesbegründung fälschlich davon ausgegangen, dass eine Vielzahl der für die Umsetzung erforderlichen Daten bei der Deutschen Rentenversicherung bereits vorlägen und sich die technische Umsetzung vor allem auf ein „Programmupdate“ beschränke. Diese Bewertung blendet die Komplexität der Umsetzung solch weitreichender Änderungen der Sach- und Rechtslage vollkommen aus.

Eine frühzeitige Einbindung aller Beteiligten hätte diese Komplexität verdeutlicht und allen Beteiligten die Möglichkeit gegeben, ihre Expertise in den Prozess einzubringen, um Wege zur praktischen Umsetzbarkeit aufzuzeigen und diese gemeinsam zu entwickeln.



B.2. Ausschließliche Umsetzung des erhöhten Pflegeversicherungsbeitrages zum 1. Juli 2023 als mögliche Option

Aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung wäre es allenfalls möglich, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass bei Rentenbeziehenden, bei denen in der Pflegeversicherung bislang der Pflegeversicherungsbeitragssatz für Kinderlose anzuwenden ist, ab 1. Juli 2023 der neue Pflegeversicherungsbeitragssatz von 4,0 Prozent (bzw. 2,3 Prozent im Falle einer Beihilfeberechtigung) und bei Rentenbeziehenden, bei denen bislang der Beitragssatz für PV-Versicherte mit einem oder mehreren Kindern anzuwenden ist, ab 1. Juli 2023 der neue Pflegeversicherungsbeitragssatz für PV-Mitglieder mit einem Kind von 3,4 Prozent (bzw. 1,7 Prozent im Falle einer Beihilfeberechtigung) angewendet wird. Dies wäre allerdings **nur möglich, wenn bis spätestens Ende März 2023 für die Deutsche Rentenversicherung verbindlich und unwiderruflich, somit also auch unabhängig vom weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens, durch die Bundesregierung festgelegt wäre**, dass diese (neuen) Pflegeversicherungsbeitragssätze ab 1. Juli 2023 anzuwenden sind, und zwar hinsichtlich aller PV-Mitglieder mit mindestens einem Kind vorerst unabhängig von der tatsächlichen Kinderanzahl. Grund hierfür ist, dass diese Änderung der Pflegeversicherungsbeitragssätze nur unter dieser Voraussetzung noch im Rahmen der Rentenanpassung zum 1. Juli 2023 technisch umgesetzt werden könnte. **Nach Ende März 2023 ist für Rentenbeziehende keinerlei Änderung der Pflegeversicherungsbeitragssätze mehr zum 1. Juli 2023 umsetzbar!**

Bei dem oben beschriebenen Vorgehen, für das es ebenfalls rechtsverbindlicher Vorgaben bedürfte, wäre eine spätere Beitragsnacherhebung der ab 1. Juli 2023 höheren PV-Beiträge für viele Millionen Rentenbeziehende mit den sich hieraus ergebenden weiteren erheblichen personellen Aufwänden nicht erforderlich. In der Folge müssten dann im Rahmen eines weiteren Verfahrensschritts diejenigen zu viel erhobenen Beiträge erstattet werden, bei denen ab 1. Juli 2023 mehr als ein Kind beim Pflegeversicherungsbeitrag zu berücksichtigen ist. Diese Erstattung könnte jedoch nur dann technisch realisiert werden, wenn der Deutschen Rentenversicherung von der Pflegeversicherung die relevante Kinderanzahl gemeldet würde und sich das noch zu schaffende technische Verfahren zur Beitragsfestsetzung im Einsatz befindet (siehe oben!).

B.3. Erforderliche Übergangsregelungen

Die Berücksichtigung der Kinderanzahl für Beitragseinbehalt und -abführung an die Pflegeversicherung setzt, wie oben bereits ausgeführt, die Verfügbarkeit entsprechender Anwendungsprogramme im IT-System der Deutschen Rentenversicherung voraus. Aufgrund der aktuell



laufenden ebenfalls zeitkritischen Umsetzung anderer Aufträge des Gesetzgebers (zum Beispiel Ost-Westangleichung der Renten und EM-Bestandsrentenverbesserungsgesetz zum 1. Juli 2024) kann die ebenfalls mit erheblichem Aufwand verbundene Programmierung zur Berücksichtigung der Kinderanzahl für Beitragseinbehalt und -abführung mit der vorgesehenen neuen Staffelung erst im Jahr 2024 erfolgen. Die hierfür entstehenden Aufwände konnten in der Kürze der verfügbaren Zeit noch nicht abgeschätzt werden.

Insofern ist eine Regelung erforderlich, die für Bestandsrentner sowie Neurentner ab 1. Juli 2023 einen Rechtsanspruch auf (rückwirkende) Berücksichtigung der tatsächlichen Kinderanzahl für die Pflegeversicherung frühestens für Ende 2024 vorsieht und dass bis dahin unabhängig von der Kinderanzahl der Pflegeversicherungsbeitragssatz für Versicherte mit einem Kind gilt.

Sollte die oben unter B.2. beschriebene Option nicht in Erwägung gezogen werden, müsste eine noch weitergehende Übergangsregelung aufgenommen werden. Diese müsste zum einen eine Grundlage dafür schaffen, dass bis zur technischen Umsetzung der neuen Pflegeversicherungsbeitragssätze für kinderlose Versicherte und solche mit einem oder mehr Kindern die bisherigen Beitragssätze weiterhin anzuwenden sind. Zum anderen müsste geregelt werden, wie und bis wann die Beitragsnacherhebungen und Beitragserstattungen bezüglich der rund 25 Millionen gesetzlichen Renten erfolgen soll, die sich aus den ab dem 1. Juli 2023 geltenden neuen Pflegeversicherungsbeitragssätzen ergeben. Dabei ist zu beachten, dass keine Regelungen geschaffen werden, die bei der Deutschen Rentenversicherung zu einem nennenswerten Einsatz personeller Ressourcen führen.

Auf jeden Fall bedürfte es einer Regelung, die einen maschinellen Meldeweg bezüglich der zu berücksichtigenden Kinder von der Pflegeversicherung zu den beitragsabführenden Stellen vorsieht. Dieser Weg müsste in der Folgezeit, gegebenenfalls unter Berücksichtigung der schon vorhandenen Kommunikationswege, aufgebaut werden, wofür ebenfalls ein ausreichender zeitlicher Vorlauf vorzusehen wäre, der auch bei der Frist zur Berücksichtigung der Kinderanzahl Auswirkungen hätte.

C. Auswirkungen im Reha-Bereich

Die ab dem 1. Juli 2023 geplante Staffelung des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung in Abhängigkeit von der Kinderanzahl (§ 55 SGB XI-E = Artikel 2 Nummer 21) betrifft

zudem die Berechnung des Übergangsgeldes (§§ 66, 67 SGB IX) und die Abführung der Beiträge zur Pflegeversicherung aus dem Übergangsgeld (§ 64 SGB IX). Dabei wird das Übergangsgeld selbst in der Regel nach dem im letzten Entgeltabrechnungszeitraum abgerechneten Arbeitsentgelt bemessen (80% des Bruttoarbeitsentgelts, maximal das Nettoarbeitsentgelt). Zwar steht hierfür ein maschineller Datenaustausch zwischen Deutscher Rentenversicherung und den Arbeitgebern zur Verfügung. Jedoch müsste auch dieser Datenaustausch angepasst werden, damit die Daten zu den maßgeblichen Kindern vom Arbeitgeber übernommen werden können. Diese Anpassung benötigt einen angemessenen zeitlichen Vorlauf und eine Abstimmung zwischen allen Beteiligten. Durch die Tragung des erhöhten Pflegeversicherungsbeitrags würden zusätzliche Kosten im Reha-Bereich entstehen.

D. Erfüllungsaufwand und digitale Umsetzbarkeit

Zum Erfüllungsaufwand wurde eingangs bereits Stellung genommen. Im verfügbaren Zeitraum ließen sich weitere Aussagen zum Erfüllungsaufwand nicht ermitteln, so dass es sich um vorläufige Angaben handelt. Ebenfalls konnte wegen der Kürze der Zeit keine detaillierte Bewertung zur digitalen Umsetzbarkeit vorgenommen werden.

E. Sozialpolitische Auswirkungen

E.1. Auswirkungen auf die gesetzliche Rentenversicherung

Wie bereits eingangs angedeutet hat die Anhebung des bundeseinheitlichen Beitragssatzes Folgewirkungen im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung, da dadurch das Sicherungsniveau vor Steuern („Rentenniveau“) beeinflusst wird. Nach § 154 Abs. 3a SGB VI ist das Sicherungsniveau vor Steuern als Verhältniswert der verfügbaren Standardrente und des verfügbaren Durchschnittsentgelts definiert. Die verfügbare Standardrente ist dabei die Standardrente, gemindert um die von den Rentner*innen zu tragenden Sozialversicherungsbeiträge; das verfügbare Durchschnittsentgelt das Durchschnittsentgelt, gemindert um die von den Arbeitnehmer*innen zu tragenden Sozialversicherungsbeiträge. Bezüglich der Beiträge zur Pflegeversicherung ist dabei der bundeseinheitliche Beitragssatz nach § 55 Abs. 1 SGB XI maßgeblich. Da sich die Tragung der Beiträge zur Pflegeversicherung zwischen Arbeitnehmer*innen und Rentner*innen systematisch unterscheidet – bei Beschäftigten zahlt der Arbeitgeber den hälftigen Beitragssatz, Rentner*innen zahlen den Beitrag zur Pflegeversicherung in vollem Umfang selbst –, hat jede Anhebung des bundeseinheitlichen Beitragssatzes der Pflegeversicherung Auswirkungen auf die Höhe des Rentenniveaus.

Für die Zeit bis 2025 gilt in der gesetzlichen Rentenversicherung eine „Haltelinie“ bezüglich Beitragssatz und Rentenniveau; das Rentenniveau darf danach den Wert von 48 Prozent („Mindestsicherungsniveau“) nicht unterschreiten. Wird dieser Wert bei Anwendung der „normalen“ Rentenanpassungsformel nach § 68 SGB VI unterschritten, ist nach § 255e Abs. 2 SGB VI eine (stärkere) Anhebung des aktuellen Rentenwertes vorzunehmen, mit der das Mindestsicherungsniveau sichergestellt wird. Dies hat entsprechende Mehrausgaben der Rentenversicherung zur Folge. Mit der im Referentenentwurf vorgesehenen Anhebung des bundeseinheitlichen Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung wird dies der Fall sein.

Konkret hätte die im Referentenentwurf vorgesehene Anhebung des bundeseinheitlichen Beitragssatzes nach § 55 Abs. 1 SGB XI um 0,35 Prozentpunkte zum 1. Juli 2023 zur Folge, dass das Rentenniveau 2023 im Vergleich zum geltenden Recht um 0,04 Prozentpunkte geringer ausfallen würde (Finanzschätzung Februar 2023); die Haltelinie Rentenniveau würde 2024 und damit ein Jahr früher greifen. Um das Mindestsicherungsniveau von 48 Prozent in den Jahren 2024 und 2025 zu erreichen, müssten die Rentenanpassungen in beiden Jahren höher ausfallen. Dadurch lägen die Rentenausgaben dauerhaft in jedem Jahr höher – im Jahr 2024 um rund 0,1 Milliarden Euro und in den Jahren 2025 bis 2030 durchschnittlich jeweils um rund 0,5 Milliarden Euro. In der Betrachtung bis 2030 würde der Beitragssatz zur gesetzlichen Rentenversicherung 2027 um 0,1 Prozentpunkte höher liegen im Vergleich zur aktuellen Finanzschätzung nach geltendem Recht.

Vor diesem Hintergrund ist auch zu beachten, dass nach dem Referentenentwurf die Bundesregierung ermächtigt werden soll, eine Erhöhung des Beitragssatzes der sozialen Pflegeversicherung im Rahmen einer Verordnung ohne Zustimmung des Bundesrates vorzunehmen. Bislang ist dafür eine gesetzliche Grundlage erforderlich. Da wie dargestellt Veränderungen des Beitragssatzes der sozialen Pflegeversicherung Auswirkungen auf das Rentenniveau und – im Zusammenwirken mit der Regelung zur Einhaltung des Mindestsicherungsniveaus – auf die Höhe von aktuellem Rentenwert und Rentenausgaben haben, führt dies zu zusätzlichen Unwägbarkeiten bei der Abschätzung der künftigen Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung der Rentenversicherung.

E.2. Verteilungspolitische Auswirkungen auf Rentenbeziehende

Die beschriebenen Zusammenhänge zwischen dem Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung und Rentenniveau sowie Rentenanpassung haben auch verteilungspolitische Auswirkungen für die Bezieher*innen von Renten der gesetzlichen Rentenversicherung. Die gesetzlichen Regelungen zur Ermittlung des Rentenniveaus gehen bezüglich der von Versicherten und



Rentner*innen zu tragenden Pflegeversicherungsbeiträge von dem bundeseinheitlichen Beitragssatz nach § 55 Abs. 1 SGB XI aus. Führt eine Anhebung dieses Satzes zum Absinken des Rentenniveaus unter den Mindestwert von 48 Prozent, wird der aktuelle Rentenwert nach § 255e Abs. 2 SGB VI so angehoben, dass dieses Mindestsicherungsniveau wieder erreicht wird. Für die Rentner*innen wird so die Anhebung des Pflegeversicherungsbeitrags durch eine entsprechend höhere Rentenanpassung zumindest teilweise kompensiert.

Die Rentner*innen sind wegen des differenzierten Beitragssatzes der sozialen Pflegeversicherung allerdings nicht in einheitlicher Weise von der Anhebung des Beitragssatzes betroffen. Für kinderlose Rentenbezieher*innen wird der Beitrag um 0,6 Prozentpunkte erhöht, für Rentenbezieher*innen mit Kindern dagegen um maximal 0,35 Prozentpunkte – für Rentenbezieher*innen mit vier oder mehr Kindern sinkt der Beitrag zur Pflegeversicherung sogar gegenüber dem heutigen Wert. Bei der als Folge der Anhebung des Pflegeversicherungsbeitrags erforderlichen Anwendung des § 255e Abs. 2 SGB VI bei der Rentenanpassung wird die sich als „Kompensation“ ergebende stärkere Erhöhung des aktuellen Rentenwertes dagegen für alle Rentnerinnen und Rentner in gleicher Weise ausfallen. Im Ergebnis würde die Anhebung des Beitragssatzes der sozialen Pflegeversicherung damit für die Rentenbezieher*innen in unterschiedlichem Ausmaß durch die stärkere Erhöhung der Rente kompensiert.



Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)

Inhalt

1. Vorbemerkungen	3
2. Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG Artikel 2 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	5
2.1. Nr. 21 zu § 55 SGB XI – Beitragsatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung	5
2.1.1. Referentenentwurf	5
2.1.2. Stellungnahme	5
2.1.3. Änderungsvorschlag	6
3. Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG Artikel 2 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	6
3.1. Nr. 15 zu § 30 SGB XI - Dynamisierung	6
3.1.1. Referentenentwurf	6
3.1.2. Stellungnahme	7
3.1.3. Änderungsvorschlag	8
4. Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG Artikel 3 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	8
4.1. Nr. 5 zu § 36 SGB XI – Pflegesachleistung	8
4.1.1. Referentenentwurf	8
4.1.2. Stellungnahme	9
4.1.3. Änderungsvorschlag	9
4.2. Nr. 6 zu § 37 SGB XI – Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfe	9
4.2.1. Referentenentwurf	9
4.2.2. Stellungnahme	9

Impressum

Patientenschutz Info-Dienst wird verlegt von der Deutschen Stiftung Patientenschutz
Redaktion: Christine Eberle, Hanna Giesen, Berit Leinwand, Annette Simon,
Elke Simon, Dr. Stephan Terhorst, Vorstand: Eugen Brysch (V. i. S. d. P.)
Informationsbüro Berlin: Telefon 030 28444840, Telefax 030 28444841
info@stiftung-patientenschutz.de, www.stiftung-patientenschutz.de

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz ist eine Stiftung bürgerlichen Rechts. Sie ist vom Finanzamt Dortmund-Ost
mit Steuerbescheid vom 27.05.2020, 31759413835, als gemeinnützige und mildtätige Körperschaft anerkannt.



4.2.3. Änderungsvorschlag	9
4.3. Nr. 10 zu § 42a SGB XI – Gemeinsamer Jahresbetrag	10
4.3.1. Referentenentwurf	10
4.3.2. Stellungnahme	10
4.3.3. Änderungsvorschlag	11
4.4. Nr. 15 zu § 43c SGB XI – Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen.....	11
4.4.1. Referentenentwurf	11
4.4.2. Stellungnahme.....	11
4.4.3. Änderungsvorschlag	12

1. Vorbemerkungen

Mit dem Entwurf des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes will der Gesetzgeber die Situation von fast fünf Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland in der ambulanten und stationären Altenpflege sowie für deren Angehörigen verbessern. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz begrüßt die längst überfällige Pflegereform. Denn schon lange warten die Betroffenen auf spürbare Verbesserungen und Entlastungen. Die moderate Anhebung des Beitragssatzes, die Zusammenführung und flexible Handhabung der Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie der Versuch einer Dynamisierung der Leistungsbeiträge sind überfällige Maßnahmen. Jedoch bleibt der Referentenentwurf weit hinter den Erwartungen des Koalitionsvertrags zurück. Dementsprechend sieht die Deutsche Stiftung Patientenschutz weitergehenden Verbesserungsbedarf.

Erwartungen aus Koalitionsvertrag nicht erfüllt

Die Ampel-Koalition hat sich mit Regierungsantritt 2021 viel vorgenommen. Im Koalitionsvertrag ist die Rede von einem „Aufbruch in eine moderne sektorübergreifende Gesundheits- und Pflegepolitik“.¹ Es schien, als hätte die Bundesregierung die Situation in der Altenpflege erkannt. Doch bei genauerem betrachten des Referentenentwurfs ist festzustellen, dass von den Vorhaben wenig übriggeblieben ist. Die gesetzlich vorgesehene Dynamisierung des Pflegegeldes wurde beispielsweise von 2017 auf zunächst 2022 und jetzt auf 2025 verschoben. Auch folgen der Absicht, die Ausbildungskosten aus den Eigenanteilen der stationären Pflegekosten zu streichen, keine Taten. Statt Pflegeheimbewohner² schnell zu entlasten, sind 100 Millionen Euro für Modellvorhaben für „innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier“ im Referentenentwurf vorgesehen. Doch es fehlt nicht an Modellen, sondern an der Implementierung in die Breite des Pflegesystems.

Zukunftssichere und bezahlbare Pflege

Die Finanzierung der Altenpflege ist alles andere als nachhaltig. Seit Jahren explodieren hier die Kosten und die Löcher in der Pflegekasse werden größer. Zudem müssen Pflegebedürftige immer tiefer in die eigene Tasche greifen, um ihre Pflege bezahlen zu können. Jedes Jahr steigt die Zahl der Menschen, die „Hilfe zur Pflege“ beantragen und erhalten. Nun reagiert der Gesetzgeber mit einer moderaten Erhöhung der Beitragssätze, ohne jedoch ein langfristiges und nachhaltiges Finanzierungskonzept vorzulegen. Auch müssen die sechs Milliarden Euro, die für Corona-Maßnahmen ausgegeben wurden, in die Pflegeversicherung zurückgeführt werden. Denn diese wurden durch die Beitragszahler finanziert. Doch der Infektionsschutz in der

¹ Vgl. Koalitionsvertrag Mehr Fortschritt Wagen S. 80

² Hinweis: Sofern bei Personenbezeichnungen nur die männliche Form gewählt wurde, beziehen sich die Angaben jeweils auf Angehörige aller Geschlechter.

Pandemie ist gesetzliche Aufgabe des Staates. Es darf nicht den Pflegeversicherten in Rechnung gestellt werden, sondern muss aus Steuermitteln getragen werden.

Dynamisierung von Pflegegeld und ambulanten Pflegesachleistungen

Im Koalitionsvertrag haben sich die regierungstragenden Parteien geeinigt, das Pflegegeld regelmäßig wieder ab dem Jahr 2022 zu dynamisieren. Tatsächlich ist seit 2017, also seit mehr als sechs Jahren, keine Erhöhung des Pflegegeldes erfolgt. Der nun vorliegende Referentenentwurf sieht eine Dynamisierung um 5 Prozent ab dem Jahr 2025 vor. Ganze acht Jahre werden dann Pflegebedürftige und deren Angehörige hingehalten, ehe ihnen finanziell unter die Arme gegriffen wird. Das ist mehr als die durchschnittliche Pflegedauer eines Menschen von fast sieben Jahren.³ Auch wie es nach 2028 weitergeht, beantwortet die Bundesregierung nicht. Aber genau diese Planungssicherheit benötigen Beitragszahler und Pflegebedürftige jetzt. Außerdem ist aktuell geltende Dynamisierung gesetzlich für alle Leistungen der Pflegeversicherung vorgesehen. Dies unterschlagen die Regierungsparteien vollkommen, wenn sie die Dynamisierung nur auf Teilbereiche begrenzen.

Erhöhung von Pflegegeld und ambulanten Pflegesachleistungen

Ambulante und stationäre Altenpflege haben in den letzten fünf Jahren eine Kostenexplosion um 40 Prozent erfahren. Eine sofortige Entlastung für die rund 4,1 Millionen daheim versorgten Menschen ist jedoch nicht in Sicht. Stattdessen lässt die Bundesregierung ein weiteres Jahr ins Land ziehen, ehe sie handelt. 2024 sollen Betroffene ein Plus von 5 Prozent beim Pflegegeld und ambulanten Sachleistungen erhalten. Aber die Pflegebedürftigen brauchen schon heute eine monatliche Unterstützung von 300 Euro zusätzlich.

Mogelpackung gemeinsamer Jahresbetrag

Bereits heute haben Pflegebedürftige die Möglichkeit, Leistungen aus der Kurzzeit- und Verhinderungspflege unter bestimmten Voraussetzungen zu kombinieren. So kann der Betrag für die Kurzzeitpflege von 1.774 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege um 1.612 Euro pro Jahr auf 3.386 Euro erhöht werden. Auch wenn die im Referentenentwurf vorgesehenen Zugangserleichterungen zu dem neuen Leistungsbereich zu unterstützen sind, stellen diese Maßnahmen gegenüber der derzeitigen Gesetzeslage keine finanzielle Verbesserung dar. Ein echtes Entlastungspaket für Pflegebedürftige und deren Angehörige wäre es darüber hinaus erst, wenn ein Rechtsanspruch auf Kurzzeitpflege bestünde und Tages- und Nachtpflege in die Budgetierung inkludiert würden.

Finanzierung der Altenpflege neu ausrichten

Seit Jahren steigen die Eigenanteile in der stationären Altenpflege. Zum 1. Januar 2022 hat der Gesetzgeber darauf reagiert und Leistungszuschläge zur Reduzierung der Kostenanteile für

³ Barmer-Pflegereport 2015



Pflegeheimbewohner eingeführt. Je nach Aufenthaltsdauer verringert sich somit der Eigenanteil an den Pflegekosten. Doch nur die Wenigsten profitieren von diesen Entlastungsmaßnahmen.

Unberücksichtigt bleibt auch die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen. Während für daheim versorgte Menschen die Krankenkassen dafür aufkommen, springt diese bei Heimbewohnern nur im Falle eines hohen Versorgungsbedarfes ein. Das muss sich ändern. Die Krankenkassen haben auch die medizinische Behandlungspflege für Pflegeheimbewohner zu übernehmen.

Auch fehlen weiterhin zusätzliche Leistungsansprüche für Pflegeheimbewohner zur Verbesserung ihrer palliativen und hospizlichen Begleitung am Lebensende. Ebenso bleibt in der Praxis der Weg ins Hospiz wegen der restriktiven Regelung des § 39 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit der Rahmenvereinbarung meist versperrt. Daher braucht es einen Rechtsanspruch für Hospizleistungen auch für Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen. Diese werden gewährt, wenn der Pflegeheimbewohner die gleichen Voraussetzungen erfüllt, wie bei der Versorgung im stationären Hospiz.

Grundsätzlich gilt es, die Finanzierung der Altenpflege komplett anders aufzustellen. Die Pflegeversicherung muss künftig die reinen Pflegekosten übernehmen. Für alle weiteren anfallenden Ausgaben, wie Unterkunft und Verpflegung, hat der Pflegebedürftige selbst aufzukommen. Das schafft Planbarkeit und Generationengerechtigkeit für die Menschen.

2. Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG Artikel 2 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

2.1. Nr. 21 zu § 55 SGB XI – Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung

2.1.1. Referentenentwurf

Um die soziale Pflegeversicherung finanziell zu stabilisieren, plant die Bundesregierung die Beitragssätze zum 1. Juli 2023 um 0,35 Prozentpunkte anzuheben.⁴ Dabei findet der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 Beachtung zur Berücksichtigung des Erziehungsaufwands von Eltern im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung.

2.1.2. Stellungnahme

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz hält die geplante Anhebung für moderat. Diese zusätzlichen Mittel werden benötigt, um die bestehenden Ansprüche auf Pflegeleistungen und die

⁴ Referentenentwurf PUEG S. 23

anstehenden Leistungsanpassungen zu finanzieren. In der Pflege sind zudem weitere Kostensteigerungen absehbar, beispielsweise durch die Tarifierhöhungen für Pflegekräfte oder durch die hohe Inflationsrate. Mehrbelastungen dürfen jedoch nicht allein den pflegebedürftigen Menschen auf die Schultern geladen werden. Allein die rund 800.000 in Pflegeheimen lebenden Menschen sind seit Jahren dem permanenten Anstieg des Eigenanteils schutzlos ausgeliefert. Auch die ca. 4,1 Millionen daheim versorgten Pflegebedürftigen leiden unter den stetig steigenden Kosten.⁵

Um die Pflege zukunftssicher und vor allem bezahlbar zu gestalten, braucht es eine grundlegende Finanzreform der Altenpflege. Hier gilt es, die Pflegeversicherung auf eine breite Basis zu stellen. Dazu bedarf es Steuerzuschüsse. Derzeit ist die Pflegeversicherung nicht mal eine Teilkaskoversicherung, da sie allein Festbeträge zahlt. Die Höhe der tatsächlichen Kosten spielt dabei keine Rolle. Was an Pflegekosten über die Festzuschüsse hinausgeht, zahlen die Pflegebedürftigen selbst. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz tritt dafür ein, die reinen Pflegekosten künftig vollständig aus der Pflegeversicherung zu finanzieren. Ausgaben für Lebenshaltung und Nebenkosten tragen die Pflegebedürftigen dann weiterhin selbst. Nur ein solcher Systemwechsel ermöglicht Planungs- und Finanzierungssicherheit für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Ebenso muss ausgeschlossen werden, dass Pflegebedürftige an den Ausbildungskosten beteiligt werden.

2.1.3. Änderungsvorschlag

Das Bundesministerium für Gesundheit wird beauftragt, noch in dieser Legislaturperiode ein Konzept für die vollständige Finanzierung der Pflegeleistungen durch die Pflegekassen zu erarbeiten. Hierbei ist unabhängiger wissenschaftlicher und praktischer Sachverstand mit einzubeziehen.

3. Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG Artikel 2 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

3.1. Nr. 15 zu § 30 SGB XI - Dynamisierung

3.1.1. Referentenentwurf

Der Entwurf sieht vor, dass bestimmte Leistungsbeträge, das heißt ambulante Geld- und Sachleistungsbeträge sowie Leistungszuschläge im stationären Bereich nach § 43c SGB XI, zum 1. Januar 2024 angehoben werden. Daher wird die in § 30 SGB XI festgelegte Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung um ein Jahr auf den 1. Januar 2025 verschoben. Die Höhe dieser Dynamisierung wird auf 5 Prozent festgelegt. Eine weitere Anpassung ist zum 1. Januar

⁵ Statistisches Bundesamt, Dezember 2022

2028 vorgesehen. Diese Anhebung soll „in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen, nicht jedoch stärker als der Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum“⁶ erfolgen. Eine regelhafte Dynamisierung über das Jahr 2028 hinaus entfällt. Für die langfristige Leistungsdynamisierung wird auf eine künftige Regelung verwiesen.

3.1.2. Stellungnahme

Die Bundesregierungen haben seit Jahren die Bedürfnisse der fast fünf Millionen Pflegebedürftigen und deren Angehörigen nicht berücksichtigt. Der Referentenentwurf gibt vor, Leistungsbeträge erhöhen zu wollen. Angesichts der anhaltend hohen Inflationsrate und der Preissteigerungen in der Pflege wäre dies auch dringend erforderlich. Allerdings darf das Vorhaben der Bundesregierung nicht darüber hinwegtäuschen, dass bereits eine gesetzliche Dynamisierung vorgeschrieben ist.⁷ Diese wurde in den vergangenen Jahren aber vielfach ausgesetzt und sporadisch durch individuell festgelegte Erhöhungen ersetzt.

Eine lückenhafte Erhöhung ist auch aktuell vorgesehen. Sie übersieht aber, dass die Dynamisierung des § 30 SGB XI aus gutem Grund alle Leistungen der Pflegeversicherung einschließt. Hierzu gehören neben den ambulanten Geld- und Sachleistungen auch essentielle Leistungen wie die Tages- und Nachtpflege, die Kurzzeit- und Verhinderungspflege. Schließlich machen allgemeine Preissteigerungen nicht vor einzelnen Pflegeversicherungsleistungen halt. Die Verschiebung der Dynamisierung bedeutet schlicht, dass zum Beispiel die Tages- und Nachtpflege erneut ganz ohne Erhöhungen bleiben. Diese rechtsaushöhlende Praxis wird seit 2017 ausgeübt.

Auch ist seit 2017 das Pflegegeld nicht gestiegen. Die jetzt auf 2025 verschobene Dynamisierung von 5 Prozent bleibt zudem noch unter der Inflationsrate von 7,9 Prozent allein im Jahr 2022. Hier hilft auch die im Referentenentwurf für Januar 2024 vorgesehene Erhöhung der Geldleistungen um 5 Prozent wenig. Auch die einzig für 2028 vorgesehene Dynamisierung reicht nicht.

Gleiches gilt für die ambulanten Pflegesachleistungen. Auch hier fand keine tatsächliche Dynamisierung statt. Zum Januar 2022 wurde lediglich eine Erhöhung der Leistungen um 5 Prozent vorgenommen. Damit wurde den in den vergangenen Jahren gestiegenen Kosten nicht ansatzweise Rechnung getragen. Auch mit Blick auf 2023 werden Pflegebedürftige mit den Mehrkosten alleingelassen.

Schließlich errechnet die Bundesregierung durch die aufgeschobene Dynamisierung selbst eine Einsparung in Höhe von 3,2 Milliarden Euro für das Jahr 2024. Dem stehen jährliche Mehrausgaben für die Bereiche Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie Leistungszuschüsse zu stationärer Altenpflege in Höhe von nur 2,1 Milliarden Euro gegenüber.

⁶ Referentenentwurf PUEG S. 22

⁷ § 30 SGB XI

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert die Bundesregierung auf, gesetzliche Bestimmungen einzuhalten und eine echte Dynamisierung der Leistungsbeträge vorzunehmen, so wie sie in § 30 SGB XI festgeschrieben ist. Das heißt auch, dass sich die Dynamisierung an der „kumulierten Preisentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahren“⁸ ausrichten muss und nicht, wie nun vorgesehen, an der „Kerninflationrate“⁹. Schließlich hilft es den Pflegebedürftigen angesichts hoher Energiepreise und Inflation wenig, wenn diese Mehrkosten für die Dynamisierung unberücksichtigt bleiben.

Verbunden damit ist die Forderung des Vorziehens der im Referentenentwurf vorgesehenen Dynamisierung auf den 1. Januar 2024. Um Planungs- und Finanzierungssicherheit für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zu schaffen, braucht es eine jährliche, automatische Dynamisierung der Leistungsbeträge und keine willkürliche Erhöhung.

3.1.3. Änderungsvorschlag

Artikel 2, § 30 Abs. 1 SGB XI – Dynamisierung – wird wie folgt geändert:

Die Bundesregierung passt ~~jährlich alle drei Jahre, erneut~~ nächstmalig zum 01. Januar 2024, ~~im Jahre 2020~~, die Leistungen der Pflegeversicherung an. Als ein Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeit dient die kumulierte Preisentwicklung ~~in den letzten drei des~~ abgeschlossenen Kalenderjahres~~n~~; dabei ist sicherzustellen, dass der Anstieg der Leistungsbeträge nicht höher ausfällt als die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum. ~~Bei der Prüfung~~ Dabei können die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mitberücksichtigt werden. ~~Die Bundesregierung legt den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes einen Bericht über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe vor.~~

4. Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG Artikel 3 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

4.1. Nr. 5 zu § 36 SGB XI – Pflegesachleistung

4.1.1. Referentenentwurf

Der vorliegende Referentenentwurf sieht vor, die ambulanten Pflegesachleistungen zum 1. Januar 2024 um 5 Prozent zu erhöhen. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 haben einen Anspruch von bis zu 761 Euro, bei Pflegegrad 3 werden 1.432 Euro gezahlt, bei Pflegegrad 4 bis zu 1.778 Euro abgerechnet und bei Pflegegrad 5 stehen ihnen bis zu 2.200 Euro zu.¹⁰

⁸ § 30 SGB XI

⁹ § 30 SGB XI

¹⁰ Referentenentwurf PUEG S. 33

4.1.2. Stellungnahme

Angesichts steigender Betreuungskosten in der ambulanten Altenpflege erkennt die Deutsche Stiftung Patientenschutz die Bemühungen der Bundesregierung um die Anhebung der ambulanten Pflegesachleistungen an. Es ist Pflegebedürftigen und Angehörigen nicht zuzumuten, alleine für stetig steigenden Kosten aufkommen zu müssen. Doch anstatt sofort zu handeln, will der Bundesgesundheitsminister wieder ein weiteres Jahr verstreichen lassen. Erst dann sollen die Hilfsbedürftigen mit einem Plus von 5 Prozent abgespeist werden. Dieser geringe Betrag wird aufgrund der Inflation kaum etwas nützen. Daher brauchen Pflegebedürftige jetzt eine monatliche Unterstützung von 300 Euro zusätzlich.

4.1.3. Änderungsvorschlag

Um den steigenden Kosten im ambulanten Pflegebereich Rechnung zu tragen, wird in § 36 SGB XI Absatz 3 folgendermaßen geändert:

In § 36 Absatz 3 wird in Nummer 1 die Angabe „724“ durch die Angabe „~~761~~ 1 061“, in Nummer 2 die Angabe „1 363“ durch die Angabe „~~1 432~~ 1 732“, in Nummer 3 die Angabe „1 693“ durch die Angabe „~~1 778~~ 2 078“ und in Nummer 4 die Angabe „2 095“ durch die Angabe „~~2 200~~ 2 500“ ersetzt.

4.2. Nr. 6 zu § 37 SGB XI – Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfe

4.2.1. Referentenentwurf

Analog zu den ambulanten Pflegesachleistungen soll das in § 37, Absatz 1 SGB XI Pflegegeld für selbstbestimmte Pflegehilfen um 5 Prozent erhöht werden. Die Anhebung soll ebenfalls zum 1. Januar 2024 erfolgen. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 erhalten 332 Euro, bei Pflegegrad 3 werden 573 Euro gezahlt, bei Pflegegrad 4 bekommen sie 765 Euro und bei Pflegegrad 5 stehen ihnen 947 Euro zu.¹¹

4.2.2. Stellungnahme

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz begrüßt die Erhöhung des Pflegegelds. Allerdings hätte die Zunahme bereits vor Jahren erfolgen müssen. Seit 2017 warten Pflegebedürftige und ihre Angehörigen darauf. Dementsprechend groß ist die Not bei den betroffenen Menschen. Die geringe Erhöhung um 5 Prozent ist aufgrund der Inflation ein Tropfen auf den heißen Stein. Das Pflegegeld muss jetzt um 300 Euro erhöht werden.

4.2.3. Änderungsvorschlag

Um den steigenden Kosten im ambulanten Pflegebereich Rechnung zu tragen, wird in § 37 SGB XI Absatz 1 Satz 3 folgendermaßen geändert:

¹¹ Referentenentwurf PUEG S. 33

In Absatz 1 Satz 3 wird in Nummer 1 die Angabe „316“ durch die Angabe „~~332~~ 632“, in Nummer 2 die Angabe „545“ durch die Angabe „~~573~~ 873“, in Nummer 3 die Angabe „728“ durch die Angabe „~~765~~ 1 065“ und in Nummer 4 die Angabe „901“ durch die Angabe „~~947~~ 1 247“ ersetzt.

4.3. Nr. 10 zu § 42a SGB XI – Gemeinsamer Jahresbetrag

4.3.1. Referentenentwurf

Mit dem Referentenentwurf sollen die Leistungsansprüche der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege zusammengeführt werden. Demnach sollen Pflegebedürftige eine Gesamtleistung von bis zu 3.386 Euro pro Jahr in Anspruch nehmen können. Der Betrag kann für beide Leistungsarten eingesetzt werden. Zudem wird eine Angleichung der Inanspruchnahme der zeitlichen Höchstdauer der Verhinderungspflege an die Kurzzeitpflege auf acht Wochen vorgenommen. Beabsichtigt ist auch die Vereinfachung des Leistungszugangs. Dies soll durch den Wegfall von Vorpflegetzeit, Wartezeiten und Prüfschritten bei der Verhinderungspflege erreicht werden.¹²

4.3.2. Stellungnahme

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz befürwortet die geplanten vereinfachten Zugänge bei der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege. Schließlich sind dies für pflegende Angehörige zwei zentrale Entlastungsbausteine der Pflegeversicherung. Gerade nach einem Krankenhausaufenthalt schafft die Kurzzeitpflege notwendige Zeit, die Pflege des Angehörigen zu organisieren. Die nun vorgesehene Erhöhung der Verhinderungspflege auf acht Wochen gibt pflegenden Angehörigen die Möglichkeit der Erholung sowie Flexibilität bei Krankheiten. Zudem begrüßt die Deutsche Stiftung Patientenschutz den Wegfall der Vorpflegetzeit von mindestens sechs Monaten, bevor die Verhinderungspflege erstmals genutzt werden darf.

Kritisch anzumerken ist, dass bei der Anhebung der zeitlichen Höchstdauer der Verhinderungspflege auf das Niveau der Kurzzeitpflege der hier zur Verfügung stehende Betrag nicht erhöht wird. Des Weiteren wurde im Jahr 2022 nur der Betrag für die Kurzzeitpflege angehoben, aber nicht der Betrag für die Verhinderungspflege.

Um ein echtes Entlastungsbudget für pflegende Angehörige zu schnüren, sieht die Deutsche Stiftung Patientenschutz dieses Maßnahmenpaket erst als vollständig an, wenn Tages- und Nachtpflege ebenfalls integriert werden.

Die im Referentenentwurf vorgesehenen Maßnahmen und die seitens der Deutschen Stiftung Patientenschutz ergänzenden Forderungen können erst zu erfolgreichen Entlastungsinitiativen werden, wenn ausreichend Plätze in der Tagespflege und Kapazitäten in der Kurzzeitpflege vorhanden sind. Dabei wird es immer schwieriger, eine Unterstützung zu finden. Denn Angebote von Kurzzeit- und Tagespflege wurden stark heruntergefahren. Es bedarf daher des

¹² Referentenentwurf PUEG S. 35

dringenden Ausbaus von Kurzzeit- und Tagespflegeplätzen verbunden mit einem Rechtsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung zur Entlastung der Angehörigen. Denn sonst können diese wichtigen Pflegeleistungen am Ende nicht genutzt werden. So bliebe das bereitgestellte Geld nutzlos liegen.

4.3.3. Änderungsvorschlag

Um die pflegenden Angehörigen zu entlasten, wird § 42a SGB XI folgendermaßen geändert:

Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 haben Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege nach Maßgabe des § 39 **und der Tagespflege und Nachtpflege nach Maßgabe des § 41** sowie Leistungen der Kurzzeitpflege nach Maßgabe des § 42 in Höhe eines Gesamtleistungsbetrages von insgesamt bis zu ~~3 386~~ **5 400 Euro** je Kalenderjahr (Gemeinsamer Jahresbetrag).

4.4. Nr. 15 zu § 43c SGB XI – Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen

4.4.1. Referentenentwurf

Der Referentenentwurf sieht eine Anhebung der Zuschüsse in der stationären Altenpflege ab 2024 vor. „Nachdem zum 1. Januar 2022 Leistungszuschläge zur Reduzierung der von den Pflegebedürftigen zu tragenden Eigenanteile eingeführt wurden, werden diese ab dem 1. Januar 2024 nochmals um 5 bis 10 Prozentpunkte erhöht. Mit dieser Maßnahme wird dem Trend zu steigenden Eigenanteilen noch stärker entgegengewirkt.“¹³

4.4.2. Stellungnahme

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz begrüßt die Anhebung der Zuschüsse in der stationären Altenpflege. Vor allem die Erhöhung für die Pflegeheimbewohner die erst ein Jahr oder weniger dort leben. Jedoch kommt diese Erhöhung eindeutig zu spät und ist nicht ausreichend. Der Eigenanteil in der stationären Altenpflege steigt ungebremst. Daher muss die Anhebung der Zuschüsse bereits im Juli 2023 erfolgen.

Auch muss zur Entlastung der Pflegeheimbewohner die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen endlich von der Krankenkasse übernommen werden. Für Pflegebedürftige, die zu Hause leben, werden diese Leistungen von der Krankenversicherung getragen. Bei Heimbewohnern aber übernimmt die Krankenkassen die Kosten nur, wenn ein besonders hoher Versorgungsbedarf besteht. Darüber hinaus bezuschussen die Krankenkassen die medizinische Behandlungspflege im Heim pauschal mit 640 Millionen. Euro jährlich. Denn grundsätzlich sollen in der stationären Pflege die Kosten mit den pauschalierten Leistungsbeträgen der Pflegekasse abgegolten sein. Doch diese Pauschalen

¹³ Referentenentwurf PUEG S. 38

spiegeln allenfalls den Aufwand der Grundpflege wider. In der Praxis müssen die pflegebedürftigen Menschen in Heimen daher die Behandlungspflege über ihren Eigenanteil an den Pflegekosten fast vollständig selbst tragen. Dies waren pro Bewohner auf Basis von Studien¹⁴ aus dem Jahr 2017 rund 300 Euro pro Monat. Heute dürften es, bedenkt man die Preissteigerungen im Pflegepersonalbereich und die Inflation, 400 Euro im Monat sein.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert daher, die medizinische Behandlungspflege für Heimbewohner künftig vollständig und direkt aus Mitteln der Krankenversicherung zu finanzieren. Dafür erhalten die Pflegeheimbewohner einen zusätzlichen pauschalen Betrag von 400 Euro monatlich¹⁵. Dafür reicht es nicht, jährlich 640 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zu zahlen. Die Transferleistung muss direkt bei den Betroffenen ankommen. Hierfür müssen künftig insgesamt 3,8 Milliarden Euro zur Verfügung stehen.

4.4.3. Änderungsvorschlag

Um den steigenden Eigenanteilen in der stationären Altenpflege entgegenzuwirken muss Artikel 4 Absatz 3 folgendermaßen geändert werden:

- (1) Dieses Gesetz tritt am 1. Juli 2023 in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts anderes bestimmt ist.
- (2) Artikel 1 Nummer 1 und Artikel 2 Nummer 1 Buchstabe a, Nummer 2, 3 Buchstabe a, Nummer 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 19, 20, 29, 38 Buchstabe a und Nummer 41 treten am [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in Kraft.
- (3) Artikel 3 tritt am 1. ~~Januar 2024~~ **Juli 2023** in Kraft.

¹⁴ Vgl. VKAD, Ergebnisbericht, VKAD – Projekt – Datenerhebung zur Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen (2016/2017), 26.04.2017.

¹⁵ Bei besonders hohem Versorgungsbedarf übernehmen die Krankenkassen die Leistungen wie bisher gemäß §37 Abs. 2 S.3 SGB V.

**Stellungnahme der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)
zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege
(Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz)**

Die Zusammenfassung der Pauschalen von Kurzzeit- und Verhinderungspflege in einen gemeinsamen Jahresbetrag wird von der DVSG sehr begrüßt. Ebenso befürwortet die DVSG, dass die Verhinderungspflege bereits unmittelbar gewährt wird, ohne dass die Pflegeperson den bzw. die Pflegebedürftige*n vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Allerdings reicht der in § 42a benannte Jahresbetrag bei weitem nicht aus, um die zur Pflege notwendigen Kosten für den Zeitraum von bis zu 8 Wochen für Kurzzeit- und Verhinderungspflege zu decken. Es bedarf daher einer deutlichen Anpassung der Pauschale für Kurzzeit- und Verhinderungspflege.

Die DVSG fordert, dass die Leistungen zur Verhinderungs- und Kurzzeitpflege nach §§ 39 und 42 auch für Menschen mit Pflegegrad 1 zur Verfügung stehen. Dieser bisherige Ausschluss der Personen mit Pflegegrad 1 ist vor allem im Zuge einer Entlassung aus dem Krankenhaus problematisch. Denn eine nach Krankenhausbehandlung erforderliche Kurzzeitpflege ist mit dem Entlastungsbetrag nach § 45b nicht realisierbar.

Die Einführung von landesweiten Informationsportalen zu Pflege- und Betreuungsangeboten nach § 7d mit der Ausweisung tagesaktueller bzw. wöchentlicher Kapazitäten findet darüber hinaus Zustimmung von der DVSG. Bei dem Prozess ist zwingend auf eine systematische Vernetzung und Kompatibilität der neuen Informationsportale mit den Patientenportalen der Krankenhäuser sicherzustellen. Andernfalls entstehen Doppelstrukturen mit erheblichem Mehraufwand. Zudem ist ein sachorientierter Algorithmus bei der Programmierung zugrunde zu legen.

Die breit angelegte Anschubfinanzierung nach § 8 Absatz 8 durch einen einmaligen Zuschuss aus dem Ausgleichsfond der Pflegeversicherung wird von der DVSG sehr begrüßt. Die Pflegeberatungsstellen nach § 7a sind bei der Anbindung an die Telematikinfrastruktur und der entsprechenden Förderung zu berücksichtigen. Perspektivisch sollte die medienbruchfreie elektronische Kommunikation über Sektorengrenzen hinweg ermöglicht werden. So gilt es auch Gesundheits- und Sozialämter einzubeziehen und entsprechende Regelungen in anderen Sozialgesetzbüchern anzupassen.

Unter Berücksichtigung der demografischen Herausforderungen zeigt der Gesetzentwurf bedauerlicherweise keine grundsätzlich angemessenen Lösungen für die Sicherstellung einer nachhaltigen und tragfähigen pflegerischen Versorgung und ihrer Finanzierung.

Berlin, 06. März 2023

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.

- Stellungnahme -

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

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vom 20.02.2023

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG).

Der DBfK teilt die Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit, dass zur Verbesserung der Situation in der Pflege Anpassungen in der Pflegeversicherung vorgenommen werden müssen, die die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf in der ambulanten und stationären Langzeitpflege stärken und deren an und Zugehörige sowie andere Pflegepersonen entlastet. Im Bereich der Versorgung durch professionell Pflegende sind die Arbeitsbedingungen zu verbessern sowie die Potentiale der Digitalisierung für Pflegebedürftige und für Pflegende noch besser nutzbar zu gestalten. Zudem muss die Finanzierung verbessert werden. Der Gesetzesentwurf sieht dazu eine automatische, regelhafte Anpassung der Geld- und Sachleistungsbeträge in 2025 und 2028 vor sowie eine Anhebung der Versichertenbeiträge zur Pflegeversicherung. Zudem sollen Innovationen gefördert und Unterstützung bereitgestellt werden, um die Inanspruchnahme vor Ort verfügbarer Angebote zu vereinfachen, u.a. durch moderne technische Lösungen.

In konkreten Maßnahmen werden die Versichertenbeiträge sowie die Geld- und Sachleistungsbeiträge angehoben. Zudem wird eine Dynamisierung vorgesehen. Der DBfK sieht dies als einen ersten Schritt des Gesetzgebers in dieser Regierungskoalition hin zu einer gesicherten Finanzierung, wenngleich damit noch keine Lösung für den Ausgleich der langfristig fehlenden Finanzmittel zur Sicherung der Pflegeversicherung erreicht worden ist. Im Wesentlichen werden die bisherigen Regelungen fortgeschrieben. Eine nachhaltige Lösung der Probleme kann dadurch nicht erreicht werden.

Die Erhöhung der Leistungen um 5 % für Pflegesachleistungen und Pflegegeld ist zu gering, um den Kaufkraftverlust durch die Kostensteigerung bei den Sach-, Invest- und Personalkosten auszugleichen und die Finanzierung des Ausbildungsaufschlags auszugleichen. Das gilt auch für die Erhöhung des Leistungszuschlages gem. § 43 c stationär. Dass die anderen Leistungen, wie Tagespflege, Kurzzeitpflege, Entlastungsbetrag, Hilfsmittel aus § 40 nicht erhöht werden ist unakzeptabel (zu den Preissteigerungen siehe z.B. https://www.vdk.de/deutschland/pages/themen/pflege/85959/pflegeleistungen_werden_ebenfalls_deutlich_teurer?dscc=ok). Ob eine Mehrbelastung der Kinderlosen beim Beitragssatz (§ 55) in der Höhe von 0,6 % verfassungskonform ist, muss zumindest hinterfragt werden, denn die Kinderlosen zahlen bereits den höchsten Steuersatz.

Im Bereich der Digitalisierung ist der Anschluss an die Telematikinfrastruktur für die Langzeitpflegeeinrichtungen verpflichtend zum 01.07.2024 vorgesehen. Der DBfK hält diese Zeitplanung für zu kurzfristig. Vermisst werden zudem zusätzliche finanzielle Hilfen für den Aufbau der Digitalen Infrastruktur aus § 8 Abs. 8.

Weiterhin ist zur Unterstützung der Digitalisierung ganz neu ein in der Selbstverwaltung verankertes Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege vorgesehen, was ganz grundsätzlich sehr begrüßt wird. Allerdings auch hier bereits die Frage aufwirft, eine solche Institution nicht für alle Bereiche der Pflege (SGB V, SGB XI und weitere) zu installieren.

Innovative Ansätze wie das Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten oder auch die Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort bergen ein hohes Entwicklungspotential und es ist zu begrüßen, dafür gesetzliche Grundlagen zu schaffen. Die

Herausforderung liegt hier in der Verzahnung der bereits existierenden Angebote, um Doppel- und Parallelstrukturen zu vermeiden. Der bürokratische Aufwand wird durch neue Pflichten, wie die Meldung freier Kapazitäten, die Erstellung einer Übersicht und Berechnung der Restbudgets bei Inanspruchnahme von Kurzzeit- und Verhinderungspflege usw. vermehrt.

Der seit Jahren bestehende eklatante Personalmangel soll durch neugeregelte Beschäftigungsmöglichkeiten für Pflegehilfs- und -assistenzpersonen geregelt werden, auch, um den Anforderungen des Qualifikationsmix nach PeBeM gerecht zu werden. Bei allem Verständnis für die Bemühungen sind die Regelungen zur Anrechnung von Jahren in der Praxis ausgeübter Hilfstätigkeit auf eine berufliche Qualifikation bzw. die Gleichsetzung von in der Praxis ausgeübter Tätigkeit mit einer fachschulisch erfolgreich absolvierten Ausbildung nicht akzeptabel.

Der DBfK als Mitglied des Deutschen Pflegerats e.V. (DPR) trägt dessen Stellungnahme in allen Teilen mit und nimmt hier ergänzend Stellung.

Stellungnahme zu den einzelnen Regelungen:

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Stellungnahme zu Nr. 2 (Änderung § 341)

Die in § 341 (8) vorgesehene Verpflichtung der Anbindung der entsprechenden Leistungserbringer ab dem 1. Juli 2024 an die TI ist zu überdenken und um mindestens 12 Monate zu verlängern.

Rein pragmatisch sind die Voraussetzungen für ein Gelingen nicht gegeben. Die Verfahren in der TI sind mittlerweile technisch stabil, die Anwendung von Verfahren in der TI zur Unterstützung von Versorgungsprozessen nicht oder noch nicht verfügbar. Zudem müssen nahezu alle knapp 32.000 Pflegeeinrichtungen mit Hardware ausgestattet werden (nicht verfügbar am Markt) und durch Softwaredienstleister betreut werden (Kapazitätsproblem). Unklar ist die Auswirkung der Umstellung auf die TI 2.0, die die proprietären Konnektoren obsolet werden lässt, heißt, es wird keine Hardware benötigt. Zum Modellprogramm nach § 125 SGB XI liegen noch keine Ergebnisse vor, sodass unklar ist, wo weitere Schwierigkeiten liegen könnten. Zudem muss jedes Netzwerk von Leistungserbringern rund um die Pflegeeinrichtung (niedergelassene Haus-, Fach- und Zahnärzte, Apotheken etc. pp.) harmonisiert werden in Bezug auf die digital gestützten Prozesse und die Kommunikation. Derzeit existieren Hinweise aus am Modellvorhaben teilnehmenden Einrichtungen aus unterschiedlichen Regionen, dass die Technik verfügbar und einsetzbar ist, die Netzwerke noch nicht aufgebaut sind.

Artikel 2 - Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Stellungnahme zu Nr. 2

§ 7b Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine

Die vorgesehene Erweiterung des Beratungsanspruches greift zu kurz und ersetzt keine Pflege! Das Beratungsangebot der Beratungsstellen nach § 7a ist auszuweiten auf

- die Beratung der Pflegeperson
- alle die Anspruchsvoraussetzungen,
- alle Leistungen aus diesem Gesetz,
- das Ruhen und Erlöschen des Leistungsanspruches
- und ggf. zur Teilnahme am persönlichen Budget

Stellungnahme zu Nr. 4

§ 7d Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten

Die Einführung eines Informationsportals zu Pflege- und Beratungsangeboten durch die Landesverbände der Pflegekassen kann Versicherte dabei unterstützen, zielgerichteter bei

Pflegeeinrichtungen freie Kapazitäten zu finden und weitere Unterstützungs- und Beratungsangebote schnell zu finden. Neben dem technischen Aufbau, Betrieb und Pflege durch die Betreiber wird von entscheidender Bedeutung für den Erfolg sein, vor Ort bzw. regional die entsprechenden Angebote in das Portal einzuspeisen und aktuell zu halten. Zudem wird das Portal in Konkurrenz zu bestehenden Online-Angeboten eingerichtet werden. Konzeptuell müssen auch Angebote nach SGB V und weitere mit dem Informationsportal gekoppelt werden, um den Nutzern möglichst vollständige Informationen zur Verfügung zu stellen.

Es steht infrage, hier Alternativen zu prüfen und statt einer technischen Lösung für die Unübersichtlichkeit der Möglichkeiten die bereits bestehenden Beratungs- und Unterstützungsangebote durch bspw. Pflegestützpunkte und Pflegeberatungsbüros in Verbindung mit weiteren privaten und öffentlichen Initiativen zu bündeln, ggf. für personelle Aufstockung zu sorgen und verbesserte Qualitätsanstrengungen zu unterstützen. Eine rein technische Lösung wird dem in der Regel höchst individuellen Unterstützungsbedarf der Versicherten sicher nicht gerecht werden ohne eine persönliche und situationsgerechte Beratung und Kommunikation mit und durch Fachpersonen.

Über die Informationsportale der Pflegekassenverbände (z.B. AOK Pflegenavigator, Pflegelotse des vdek) und zusätzliche regionale Angebote (z.B. Pflegebörse München) können schon heute alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach Postleitzahl gesucht werden. Ein weiteres Portal ist daher unnötig und Ressourcenverschwendung. An der Tatsache, dass flächendeckend ein Mangel an freien Kapazitäten in allen Versorgungsbereichen besteht, wird dies nichts ändern. Eine Meldepflicht über frei Kapazitäten wie in Abs. 4 vorgesehen lehnen wir ab. Dies schafft nur zusätzliche Bürokratie in den Einrichtungen.

Insbesondere sehen wir dringend Änderungsbedarf in § 7d Absatz 4:

„für ambulante Pflegeeinrichtungen gilt eine wochenaktuelle Meldefrist frei verfügbarer Kapazitäten (Plätze und Angebote, einschließlich gesondert ausgewiesenen Hilfen bei der Haushaltsführung).“ – Diese Regelung geht an der Praxis vorbei. Ambulante Pflegedienste haben in diesem Sinne keine freien Plätze. Es ist ein Unterschied, ob es bei einem neuen Auftrag darum geht, einmal pro Woche Medikamente zu richten oder zweimal täglich bei Körperpflege zu unterstützen. Ferner ergeben sich Änderungen häufig tagesaktuell. Insofern schlagen wir vor, dass ambulante Pflegedienste lediglich wöchentlich melden, ob überhaupt freie Kapazitäten bestehen oder nicht. Eine weiter differenzierte Meldepflicht ist weder möglich noch sinnvoll.

Stellungnahme zu Nr. 5

§ 8 Abs. 8 Gemeinsame Verantwortung

Da sich die Förderhöhe von bis zu 40 % und höchstens ein einmaliger Zuschuss in Höhe von 12.000 Euro nicht erhöht hat und die meisten Einrichtungen dies schon im Hinblick auf die Einführung der Beschäftigtennummer bereits ausgeschöpft haben, nutzt die Erweiterung des Förderbereichs leider nichts. Der Betrag muss für jeden hinzukommenden Bereich wie TI und Digitale Pflege zusätzlich beantragbar sein.

Stellungnahme zu Nr. 10 und 12

Übergreifend zu den Regelungen in § 17 und § 18

Die Sinnhaftigkeit der Trennung von verfahrens- und leistungsrechtlichen Inhalten erschließt sich nicht, da der Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht angepasst wird und die Vorgaben zur Begutachtung unberührt bleiben. Auch ändert die Trennung dies nichts daran, dass die Versicherten und auch die Sozialhilfeträger völlig unabhängig von den im Gutachten festgestellten Kriterien zu den einzelnen Hilfebedarfen die Leistungen, die in Anspruch genommen werden nach den jeweiligen finanziellen Möglichkeiten des eigenen Haushaltes zu planen.

§ 18a Begutachtungsverfahren

In Abs. 10 heißt es: „Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Pflegefachkräfte oder Ärztinnen und Ärzte in enger Zusammenarbeit mit anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen.“ – Die Feststellung des Pflegebedarfs ist eine originäre Pflegeaufgabe. Auch wenn sie die Vorbehaltsaufgabe nach § 4 Pflegeberufegesetz auf die Erhebung des Pflegebedarfs im Zusammenhang mit dem individuellen Pflegeprozess bezieht, so lässt sich aus dieser

berufsrechtlichen Regelung dennoch ableiten, dass Pflegefachpersonen der einzigen Profession angehören, die fachlich geeignet ist, den Pflegebedarf festzustellen. Andere Professionen sind bei Bedarf hinzuzuziehen, aber primär verantwortlich muss eine Pflegefachperson sein. Somit schlagen wir folgende Änderung vor: „Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Pflegefachkräfte in enger Zusammenarbeit mit anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen.“ Es ist nicht mehr zeitgemäß, in der Gesetzgebung davon auszugehen, dass Ärzte Experten für pflegerische Fragestellungen sind.

§ 18b Abs. 4 Gutachten

Die Regelungen zur Empfehlung von Hilfsmitteln im Rahmen des Gutachtens müssen auch für die Empfehlung von Hilfsmitteln gemäß § 40 Abs. 6 gelten. Es ist weder nachvollziehbar noch sinnvoll, dass gemäß § 40 Abs. 6 nur Pflegehilfsmittel und Doppelfunktionale Hilfsmittel empfohlen werden können. Folgende Hilfsmittel können derzeit gemäß § 18 Abs. 4, nicht aber gemäß § 40 Abs. 6 empfohlen werden:

- Adaptionshilfen
- Gehhilfen
- Hilfsmittel gegen Dekubitus
- Aufsaugende Inkontinenzhilfen
- Stehhilfen
- Stomaartikel

In § 40 Abs. 6 ist klarzustellen, dass für die Empfehlung von Hilfsmitteln durch Pflegefachpersonen die Regelungen aus § 18b Abs. 4 gelten und das dies in der Richtlinie nach § 40 Abs. 6 zu berücksichtigen ist.

§ 18e Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung

Der Pflegefachpersonalmangel ist so groß, dass wir schnell ein effizienteres Begutachtungsverfahren benötigen und nicht auf den Abschluss von Modellprojekten warten können. Man sollte eher das gesamte Verfahren dahingehend öffnen, dass bei Höherstufungsanträgen unter bestimmten Bedingungen von der Begutachtung im Hausbesuch abgewichen werden kann. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die fachliche Einschätzung der in der Versorgung tätigen Pflegefachpersonen maßgeblich einbezogen wird. Der MD Bund sollte im Rahmen einer Richtlinie die genaueren Bedingungen festlegen. Insbesondere muss festgelegt werden, dass solch ein Vorgehen begleitend wissenschaftlich unabhängig evaluiert wird.

Stellungnahme zu Nr. 33

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

Seit 2008 ist im SGB XI geregelt, dass die Entwicklung von Expertenstandards in der Pflege durch die Vertragsparteien nach § 113 beauftragt, umgesetzt und aktualisiert werden. Es gibt bisher einen Expertenstandard zum Thema Erhaltung und Förderung der Mobilität, der bisher trotz mehrfacher Überprüfung sowie Aktualisierung nicht in die Regelversorgung übergeben werden konnte. Die gute Absicht des Gesetzgebers, die Finanzierung von Expertenstandards zukünftig finanziell abzusichern, ist nicht erfüllt worden, da es eben nicht zu einem fertigen und rechtsverbindlichen Standard gekommen ist. Daher begrüßen wir die Absicht, den Paragraphen 113a SGB XI ersatzlos aufzuheben. Beim DNQP werden nach wie vor neue Expertenstandards entwickelt und bereits vorliegende in regelmäßigem Turnus aktualisiert. Zudem sind die Expertenstandards für die gesamte Breite pflegerischen Handelns in allen Arbeitsfeldern verfügbar gemacht und nicht auf den Wirkungsbereich SGB XI beschränkt.

Stellungnahme zu Nr. 35

§ 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Es besteht großes Verständnis für den gesetzgeberischen Lösungsansatz, über § 113c stationäre Pflegeeinrichtungen zu unterstützen, möglichst zügig die in den Personalanhaltswerten festgesetzten Personalschlüssel aufzubauen. Und ab dem 1. Juli 2023 in Pflegesatzvereinbarungen zu verhandeln. Das grundlegende Problem, eine nicht verfügbare Anzahl an Beschäftigten in den

Qualifikationsniveaus QN 3 über Beschäftigte im Niveau QN 1 und QN 2 auszugleichen, ist dabei bekannt. Die neuen Regelungen in Abs. 3 lösen die Probleme des Mangels an Pflegefachkräften und Pflegefachhelfern mit staatlich anerkannter Ausbildung nicht.

Zwei Regelungen sind dabei dringend abzulehnen und aus dem Referentenentwurf zu streichen. Die Regelung nach Absatz 3 Nummer 2 Buchstabe b ist zu streichen. Auch wenn es bereits landesrechtliche Regelungen gibt, hat eine berufsqualifizierende Prüfung zu erfolgen im Rahmen einer fachschulischen Ausbildung und nicht über Praxiserfahrungen oder in anderweitigen Qualifizierungen. Zum Pflegeberuf gehört die spezifische und fachlich fundierte Grundlegung sowohl für Pflegehilfs- und -assistentpersonal als auch für Pflegefachpersonen mit fachschulischer oder hochschulischer Ausbildung und erworbener Berufszulassung nach dem Pflegeberufegesetz. Die dann in der Begründung weitergehende Vorstellung, die Möglichkeit zu schaffen, sich nur auf der Basis von Praxiserfahrung zur berufsqualifizierenden Prüfung zu stellen, ist ebenso abzulehnen. Pflegemaßnahmen müssen fachschulisch fundiert beherrscht werden. Dies erfordert zudem die Patientensicherheit, die Pflegequalität und letztendlich auch die Schadens- und Haftungsverantwortung der Einrichtungsträger.

Weiterhin sollte eine Lösung geprüft werden, eine Übergangsphase zu schaffen, die es den Pflegeeinrichtungen ermöglicht, bis 2028 die in den Schlüsseln vereinbarten Pflegepersonalanhaltswerte aufzubauen. Damit besteht nach wie vor ein hoher Druck, für Personalaufwuchs zu sorgen, allerdings wird dazu motiviert, in der gebotenen Güte Qualifizierungen durchzuführen. Es sollte möglich sein, in dieser 5-Jahresperiode genügend einjährig dauernde Qualifizierungen der niedrig qualifizierten Beschäftigten auszuführen. Davon unbenommen würden weiterhin Pflegehelfer- und -assistenten ohne Ausbildung bzw. fachschulische Qualifikation beschäftigt werden.

Stellungnahme zu Nr. 37

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

Die Verlängerung des Prüfrhythmus, die nur für vollstationäre Pflegeeinrichtungen eingeräumt wird, ist auf alle Einrichtungsarten auszuweiten.

Stellungnahme zu Nr. 39

§ 123 Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier, Verordnungsermächtigung

Der im Ansatz von § 123 formulierte politische Wille, mit geeigneten Unterstützungsmaßnahmen und -vorhaben Versicherte durch innovative Maßnahmen zu unterstützen und zu entlasten, ist sehr zu unterstützen. Die Einengung auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen ist nicht zielführend. Zur Finanzierung und Verortung sollte auch der GKV-Spitzenverband genannt werden, da so eher – auch perspektivisch - eine Versorgung organisiert werden kann, die sektorenübergreifend angelegt ist und Leistungen einer erweiterten Primärversorgung in Anspruch genommen werden können.

Eine Verbesserung des Zugangs zu den vorhandenen Hilfemöglichkeiten bedeutet in jedem Fall, dass Hilfemöglichkeiten im Bereich des SGB V (Primärversorgung, erweitert gedacht) in Anspruch genommen werden können. Zur Weiterentwicklung der Primärversorgung zählen als wichtige Bausteine gesundheitsfördernde, präventive, kurative, pflegerische, rehabilitative und palliative Maßnahmen, die – einem gemeindenahen Ansatz folgend – eine multiprofessionelle und integrative Versorgung so nahe wie möglich an die Versicherten bringt. Bestehende Strukturen müssen in jedem Fall weiter erhalten bleiben, wo vorhanden. Doppelstrukturen müssen vermieden werden.

Es sollte überlegt werden, ob die Form von Modellvorhaben der richtige Weg sind oder ob hier nicht mutiger in Richtung Regelversorgung gedacht werden muss. Um die Erkenntnisse aus Modellvorhaben in die Regelversorgung zu bringen, ist mit Blick auf den Diskurs in diesem konkreten Fall bis 2030 und zwei Legislaturperioden auf innovative Ansätze zu warten. Das sollte dringend beschleunigt werden.

Zu prüfen ist zudem das vorgesehene Finanzierungsmodell aus hälftigen Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung und einem Zuschuss aus Land/und oder Kommune. Eine solche Mischfinanzierung scheint rechtlich nicht konform zu sein und fraglich zu realisieren.

Stellungnahme zu Nr. 40

§ 125b Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

Die Einrichtung eines Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege ist sinnvoll, aber viel zu spät. Konsequenterweise müssten die laufenden Vorgaben zur Digitalisierung /Telematik bis nach der Etablierung des Kompetenzzentrums verschoben werden. Ansonsten besteht die Gefahr, dass in Strukturen und Ausstattungen investiert wird, ohne entsprechende Erprobung und Begleitung, die im Nachhinein wieder angepasst werden müssen. Die Herausforderungen bringen vor allem kleinere Dienste an ihre Grenzen. Eine Fristverschiebung und weiterer Bürokratieabbau sind dringend erforderlich.

Zu den anstehenden Erfordernissen, Transformationen im Bereich der Pflege in digitalisierte Unterstützung von Versorgungsprozessen zu gestalten, sind vier Bereiche im Auftrag berücksichtigt: die Strukturen in Pflegeeinrichtungen und deren Beschäftigten, das Netzwerk, in dem Pflegeeinrichtungen interagieren, die Versorgungsprozesse und die Anforderungen von Menschen mit Pflegebedarf sowie der notwendige Aufbau von digitalen Kompetenzen.

Irritierend ist allerdings die Anbindung allein beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen ohne Einbindung des GKV-Spitzenverbands, da Pflegeversorgung in Bereichen nach SGB V und SGB XI leistungsrechtlich geregelt ist. Mehr noch: um eine übergreifende Koordinierung und Steuerung zu realisieren, wäre eine Anbindung an das Bundesministerium für Gesundheit direkt oder als Behörde wünschenswert. In diesem Zuge ist die Quelle der Finanzierung zu hinterfragen, denn das Kompetenzzentrum sollte nicht aus Versicherungsgeldern finanziert werden, sondern als eine gesamtgesellschaftlich sinnvolle und wirksame Institution aus Steuermitteln.

Artikel 3 – Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Stellungnahme zu Nr. 3

Ergänzen: § 28a Leistungen bei Pflegegrad 1

Im Zuge der verbesserten Leistungen beim Pflegegeld und den Pflegesachleistungen in den Pflegegraden 2-5 ist zu empfehlen, auch die seit 2017 nicht angepassten Entlastungsbetrag nach § 28 a (2) bzw. den Zuschuss nach § 28 a (3) von derzeit 125 Euro monatlich für Menschen mit Pflegebedarf mit Pflegegrad 1 umgehend um mindestens die durchschnittliche Preissteigerung 17 Prozent nach Preissteigerung auf Basis der Inflationsraten des Statistischen Bundesamts zu erhöhen.

Stellungnahme zu Nr. 8

§ 39 Verhinderungspflege

Wir möchten auf folgende Problematik aufmerksam machen: Wenn die Pflegeperson stirbt, besteht kein Anspruch auf Verhinderungspflege – jedenfalls wird dies derzeit von vielen Pflegekassen so ausgelegt. In diesem Fall stehen also allenfalls Mittel der Kurzzeitpflege zur Verfügung. Da die Kurzzeitpflege ausschließlich vollstationäre Pflege beinhaltet, stehen in dem benannten Fall keine Mittel aus dem gemeinsamen Budget zur Verfügung, um die Versorgung vorübergehend ambulant sicherzustellen. Insofern ist es unbedingt geboten, in § 39 Abs. 1 klar zu stellen, dass der Tod der Pflegeperson zu den „anderen Gründen“ der Verhinderung gehört.

Stellungnahme zu Nr. 9

§ 42 Neu: Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege

Die Zusammenlegung beider Beträge ist grundsätzlich sinnvoll. Aber die neuen Absätze 2 und 3 schaffen in den Einrichtungen erhebliche Bürokratie und verlagern die Auskunftspflicht der Pflegekassen aus § 108 an die Pflegedienste.

Aber mit den in Abs. 2 neu geregelten Anzeige- und Abrechnungspflichten der Leistungserbringer (bis zum Ende des Folgemonates) wird aus der Erstattungsleistung „Verhinderungspflege“ eine Sachleistung, die die Pflegebedürftigen aus der Verantwortung nimmt.

Abs. 3 bürdet der Pflegeeinrichtung zu Unrecht zusätzliche Pflichten zur unverzüglichen Ermittlung der verbrauchten und noch offenen Leistungsbeträge auf. Andererseits ist die Pflegeeinrichtung aber nicht berechtigt, Daten zum „Kontostand“ der Pflegebedürftigen bei den Pflegekassen anzufordern. § 108 SGB XI sieht auch nach der Reform ausschließlich eine Auskunftspflicht an den Versicherten vor, so dass für die Pflegeeinrichtungen das Risiko bereits verbrauchte Leistungen abrechnen zu wollen bleibt. Von der Problematik ist im Übrigen auch der Leistungsbereich § 45 b betroffen.

Stellungnahme zu Nr. 15

§ 43c Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen

Laut einer Veröffentlichung des Altersinstituts aus 2020 beträgt die durchschnittliche Verweildauer in einem Pflegeheim 24 Monate, also werden die wenigsten Bewohner eine Zuschuss von 50 % oder gar 75 % erreichen (siehe <https://alters-institut.de/wp-content/uploads/2020/08/Alters-Institut-Die-Verweildauern-sinken-2015.pdf>).

Stellungnahme zu Nr. 16

§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

Die Erweiterung des Anspruches auf 10 Tage pro Kalenderjahr und pro Pflegebedürftigen wird aus Sicht der Betroffenen sehr begrüßt!

Die Regelung, dass Pflegeunterstützungsgeld einmal pro Kalenderjahr in Anspruch genommen werden kann, ist sinnvoll, da es auch nach dem ersten Auftreten von Pflegebedürftigkeit Situationen gibt, in denen die Pflege akut neu organisiert werden muss, z. B. bei akuter Verschlechterung nach einem Krankenhausaufenthalt oder bei Tod der Pflegeperson. Allerdings bedarf es hier ergänzend folgender Klarstellung in § 2 Pflegezeitgesetz:

„Beschäftigte haben das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation **oder bei akuter Veränderung der Pflegesituation** eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen.“

Stellungnahme zu Nr. 19

§ 108 Auskünfte an Versicherte

Angesichts der Pflichten der Leistungserbringer aus § 42 ist hier der Abs 2 zu ändern. Es besteht eine Mitteilungspflicht an anfragende Leistungserbringer über die bereits verbrauchten bzw. noch offenen Leistungsanspruch der Versicherten aus § 42 c und § 45 b.

Berlin, 06.03.2023

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Bundesverband e. V.

Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin | Telefon: +49 (0)30-2191570 | E-Mail: dbfk@dbfk.de | www.dbfk.de

Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (PUEG) 06.03.2023

Zusammenfassung

Der Referentenentwurf beinhaltet in Teilen die im Koalitionsvertrag festgelegten Maßnahmen zur finanziellen Entlastung Pflegebedürftiger sowie ihrer An und Zugehörigen und Leistungsausweitungen zur Unterstützung in der ambulanten Pflege. Vor dem Hintergrund der sich stetig verschlechternden finanziellen Bedingungen durch die anhaltend hohe Inflation in Höhe von 8,6 Prozent sowie massiv gestiegenen Energie- und Lebenshaltungskosten sind die im Referentenentwurf vorgeschlagenen Maßnahmen zur Stabilisierung der finanziellen Situation in der Pflege als völlig unzureichend einzuschätzen.

Obwohl mit der letzten Pflegereform erst zu Beginn des vergangenen Jahres finanzielle Entlastungen zur Finanzierung der stationären Pflege in Kraft traten, wurde mit der aktuell veröffentlichten ‚DAK-Studie zum Reformbedarf in der Pflege‘ aufgezeigt, dass die damit verbundenen Effekte bereits wieder durch die Preisentwicklung verpufft sind. Trotz deutlich gesteigener Alterseinkünfte wird demnach der Anteil der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner, die Sozialhilfe in Anspruch nehmen müssen, im Laufe dieses Jahres wieder auf ein Drittel anwachsen.

Erneute Leistungszuschläge zum Eigenanteil stationär Pflegebedürftiger sollen deshalb zum 1.1.2024 um 5-10 Prozent (je nach Dauer der Pflegebedürftigkeit) angehoben werden. Dieser Betrag ist aus Sicht des DGB viel zu gering und wird von der zu erwartenden Lohnentwicklung in der Pflege sowie den steigenden Lebenshaltungskosten umgehend egalisiert. Notwendig ist eine strukturelle Reform mit einer Deckelung der Eigenanteile in einem ersten Schritt und danach die Etablierung einer Pflegebürgervollversicherung, die alle pflegerischen Leistungen zuverlässig übernimmt.

Der DGB erachtet es als zwingend notwendig, die Situation Pflegebedürftiger und Pflegenden rasch zu verbessern und die solidarischen Finanzierungsgrundlagen langfristig durch eine nachhaltige Strukturreform zu stärken. Diese ist jedoch allein mit einer Beitragssatz-Erhöhung in Höhe von 0,35 Prozentpunkten sowie zusätzlich für Kinderlose um 0,25 Prozentpunkte nicht zu stemmen. Obwohl im Koalitionsvertrag vereinbart wurde, die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige sowie die pandemiebedingten Zusatzkosten der Pflegeversicherung aus Steuermitteln zu finanzieren, fehlen diese Regelungen im Referentenentwurf komplett. Um die Pflegeversicherung nicht noch weiter ins Defizit laufen zu lassen – für 2023 wird erneut ein Defizit, diesmal in Höhe von 3 Mrd. Euro erwartet – fordern wir den Gesetzgeber auf, die vereinbarten Bundesmittel zur langfristigen Sicherstellung der pflegerischen Versorgung jetzt zur Verfügung zu stellen.

Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand
Abteilung Sozialpolitik

Henriette-Herz-Platz 2
D – 10178 Berlin
www.dgb.de



Darüber hinaus sollen das Pflegegeld sowie ambulante Sachleistungen ab 1.1.2024 um 5 Prozent angehoben werden. Aus Sicht des DGB ist das viel zu spät und die Anhebung viel zu gering. Die letzte Anpassung erfolgte 2017. Es bedarf einer zeitnahe Anhebung des Pflegegeldes sowie der ambulanten Sachleistungen zum 1. Juli 2023 in dem Umfang, dass die Inflation in den vergangenen fünf Jahren nachvollzogen wird. Da davon auszugehen ist, dass auch im Jahr 2023 die Inflation auf einem relativ hohen Niveau verharrt, ist eine weitere Anpassung zum 1. Juli 2024 nötig.

Der Referenten-Entwurf enthält ferner eine Regelung, wonach die Regierung den Beitrag künftig per Verordnung anpassen kann, wenn die Pflegekassen in finanzielle Schieflage geraten. Der DGB lehnt diesen Vorschlag ab. Stattdessen ist die soziale Pflegeversicherung zu einer Pflegebürgervollversicherung weiterzuentwickeln, die künftig aller pflegerischen Kosten trägt und in die alle Bürger*innen solidarisch entsprechend ihres Einkommens einzahlen (nur für neu ernannte Beamt*innen ab einem definierten Stichtag in der Zukunft). Das Konzept beinhaltet eine Anhebung der Beitragssatzgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung West sowie die Verbeitragung anderer Einkommen wie Kapitaleinkünfte unter Anwendung von Freibeträgen. Der DGB fordert den Gesetzgeber zudem auf, die zugesagte Expert*innenkommission einzusetzen, um Vorschläge zu erarbeiten wie die soziale Pflegeversicherung um eine freiwillige, paritätisch finanzierte Vollversicherung ergänzt werden kann. Laut Koalitionsvertrag soll diese Kommission 2023 konkrete Vorschläge vorlegen.

Zum 1.1.2025 sowie zum 1.1.2028 sollen die Geld- und Sachleistungen regelhaft in Anlehnung an die Preisentwicklung automatisch dynamisiert werden. Aus Sicht des DGB greift diese Regelung – trotz Erhöhung der ambulanten Geld- und Sachleistungsbeträge zum 1.1.2024 – zu spät und lässt die Pflegebedürftigen mit den Auswirkungen der massiv gestiegenen Inflations- und Lebenshaltungskosten allein. Der DGB spricht sich deshalb für die Beibehaltung der regelhaften Dynamisierung auf Basis der kumulierten Inflationsrate der letzten drei Jahre schon ab 2024 und dann wieder 2027 aus.

Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege sollen ab 1.1.2024 flexibel in einem Gesamtleistungsbetrag genutzt werden können. Diese Regelung stand schon im letzten Koalitionsvertrag und ist längst überfällig, um die pflegenden Angehörigen zu entlasten und die informelle Pflege zu entbürokratisieren. Der DGB begrüßt diese Verfahrensvereinfachung, mit der die vorgesehene Wirkung – der Entlastung der pflegenden Angehörigen – noch zielführender umgesetzt wird.

Das Pflegeunterstützungsgeld soll künftig für bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr pro Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden können. Auch diese Regelung ist aus gewerkschaftlicher Sicht ein erster richtiger Schritt, um die häusliche Pflege zu vereinfachen und somit zu stärken. Die im Koalitionsvertrag angekündigte Einführung einer Lohnersatzleistung für pflegende An- und Zugehörige findet im vorliegenden Referentenentwurf leider keinerlei Erwähnung.



Zu den Regelungen im Einzelnen

Beitragssatzanhebung, Kinderlosen-Beiträge, fehlende Steuermittel, Leistungszuschläge

Zur Sicherung der finanziellen Stabilität der sozialen Pflegeversicherung im Sinne einer Absicherung bestehender Leistungsansprüche und im Rahmen dieser Reform vorgesehener Leistungsanpassungen soll der Beitragssatz zum 1. Juli 2023 moderat um 0,35 Prozentpunkte angehoben werden. Ferner wird der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 zur Berücksichtigung des Erziehungsaufwands von Eltern im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung umgesetzt. Hierfür wird der Kinderlosenzuschlag um 0,25 Beitragssatzpunkte auf 0,6 Beitragssatzpunkte angehoben. Mitglieder mit mehreren Kindern werden ab dem zweiten Kind bis zum fünften Kind in Höhe von 0,15 Beitragssatzpunkten je Kind entlastet (ab dem fünften Kind gleichbleibende Entlastung in Höhe eines Abschlags von 0,6 Beitragssatzpunkten). Ab dem 1. Januar 2024 sollen Leistungszuschläge zur Reduzierung der von den Pflegebedürftigen zu tragenden Eigenanteile in der vollstationären pflegerischen Versorgung um 5 bis 10 Prozentpunkte erhöht werden.

Laut dem Verband der Ersatzkassen (vdek) sind die Eigenanteile für einen Platz in einer stationären Pflegeeinrichtung 2022 um durchschnittlich 13 Prozent, in einzelnen Bundesländern sogar um 27 Prozent gestiegen. Hinzu kommen die ebenfalls stark gestiegenen Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen sowie die Kosten für die Ausbildungumlage. All dies lässt sich mit der geplanten Beitragssatzanhebung und den Leistungszuschlägen nicht auffangen, von einer Umsetzung der lange angekündigten und dringend benötigten Strukturreform zur Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung, einmal völlig abgesehen. Das Armutrisiko Pflegebedürftigkeit steigt damit weiter an. Der DGB fordert den Gesetzgeber deshalb auf, wie im Koalitionsvertrag vereinbart, die Ausbildungskostenumlage aus den Eigenanteilen herauszunehmen und versicherungsfremde Leistungen wie die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige sowie die pandemiebedingten Zusatzkosten aus Steuermitteln zu finanzieren. Die Investitionskosten sind dauerhaft durch die Länder zu tragen.

Kurzfristig müssen die Einrichtungseinheitlichen Eigenanteile für pflegebedürftige Menschen, die in stationären Einrichtungen leben, begrenzt werden. Der sog. Sockel-Spitze-Tausch ist hierfür das Mittel der Wahl. In einem zweiten Schritt muss das Pflegerisiko als gesamtgesellschaftliche Aufgabe mit Einführung einer Pflegebürgervollversicherung solidarisch abgesichert werden.

Die finanzielle Ent- und Belastung von Menschen mit und ohne Kinder folgt dem höchstrichterlichen Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes. Der DGB merkt dazu an, dass ein nicht unerheblicher Anteil der Bevölkerung aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage ist Kinder zu bekommen, obwohl der Wunsch besteht. Diese Menschen drohen nun zusätzlich in finanzielle Haftung genommen zu werden, was aus Sicht des DGB zweifelhaft erscheint.

Erhöhung von Pflegegeld und ambulanten Sachleistungen um 5 Prozent



Um die häusliche Pflege weiter zu stärken, soll das Pflegegeld zum 1. Januar 2024 um 5 Prozent erhöht werden. Angesichts lohnbedingt steigender Pflegevergütungen ambulanter Pflegeeinrichtungen sollen die ambulanten Sachleistungsbeträge zum 1. Januar 2024 ebenfalls um 5 Prozent angehoben werden.

Der DGB setzt sich schon lange auch für bessere Bedingungen in der häuslichen Pflege ein. Um die pflegenden Angehörigen bei ihrer schweren Aufgabe angemessen zu unterstützen, muss sichergestellt sein, dass die Sachleistungsbeträge nicht an Wert verlieren und dadurch faktisch ambulante Leistungen nicht mehr abgerufen und erbracht werden können. Dies ist in den letzten Jahren jedoch durch die massiv ansteigende Inflation mehr und mehr der Fall gewesen – allein in den letzten acht Monaten sind die ambulanten Pflegekosten um bis zu 20 Prozent gestiegen. Dies musste von den Angehörigen zusätzlich ‚aufgefangen‘ werden. Auch die bislang fehlende Anpassung des Pflegegeldes an die Inflationsrate hat dazu geführt, dass die entstandenen Aufwände im Pflege- und Betreuungskontext nicht bzw. nur unzureichend abgegolten werden konnten. Die Anhebung des Pflegegeldes erstmals seit 2017 ist damit mehr als überfällig.

Der DGB forderte einer zeitnahe Anhebung des Pflegegeldes sowie der ambulanten Sachleistungen zum 1. Juli 2023 in dem Umfang, der die Inflation in den vergangenen fünf Jahren nachvollzieht. Da davon auszugehen ist, dass auch im Jahr 2023 die Inflation auf einem relativ hohen Niveau verharrt, ist eine weitere Anpassung zum 1. Juli 2024 nötig, um einen adäquaten Ausgleich zu den aktuellen Lebenshaltungskosten herzustellen.

Regelmäßige Dynamisierung von Geld- und Sachleistungen

Zum 1. Januar 2025 und zum 1. Januar 2028 sollen die Geld- und Sachleistungen regelhaft in Anlehnung an die Preisentwicklung automatisch dynamisiert werden.

Aus Sicht des DGB greift diese Regelung – trotz Erhöhung der ambulanten Geld- und Sachleistungsbeträge zum 1.1.2024 – zu spät und lässt die Pflegebedürftigen mit den Auswirkungen der massiv gestiegenen Inflations- und Lebenshaltungskosten allein. Der DGB spricht sich deshalb für die Beibehaltung der regelmäßigen Dynamisierung auf Basis der kumulierten Inflationsrate der letzten drei Jahre schon ab 2024 und dann wieder 2027 aus. Positiv ist anzumerken, dass die Dynamisierung der Leistungen fortan regelhaft, d.h. ohne vorherige Prüfung, stattfinden wird. Damit kommt der Gesetzgeber einer wichtigen Forderung nach, die DGB und Gewerkschaften seit langem erhoben haben.

Regelungen zur Umsetzung Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege

Die Anforderungen an die pflegerische Versorgung steigen. Pflegebedürftige Menschen erwarten zu Recht eine qualitativ hochwertige Versorgung, die sich an ihren individuellen Bedürfnissen ausrichtet. Gleichzeitig setzen die komplexen Anforderungen und die große Verantwortung in der Pflege eine hohe Fachlichkeit der Pflegepersonen voraus. Dafür braucht es ausreichend und vor allem auch gut qualifiziertes Personal. Nach wie vor sind jedoch



schlechte Arbeitsbedingungen und die damit verbundenen hohen Belastungen in der Langzeitpflege aufgrund ungenügender Personalausstattung die Hauptursache für Teilzeitarbeit, überdurchschnittlich hohe Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie das Verlassen des Berufs. Daher ist eine Beschleunigung der Umsetzung der Personalbemessung in der vollstationären Pflege dringend geboten. Dabei ist es von zentraler Bedeutung, dass sich die Personalvorgaben am pflegerischen Bedarf orientieren. Um diese Zielsetzung zu unterstützen, sieht der vorliegende Referentenentwurf angesichts der gegenwärtigen Arbeitsmarktlage Maßnahmen vor, die es Pflegeeinrichtungen ermöglichen sollen, Pflegehilfskraftpersonal vorzuhalten, das berufsbegleitend eine Ausbildung nach landesrechtlicher Regelung oder eine Ausbildung zur Fachkraft nach Pflegeberufegesetz berufsbegleitend durchläuft (ebenfalls auch für diejenigen, die einen Anpassungslehrgang durchlaufen). Auch sollen berufspraktische Erfahrungen in der Pflege berücksichtigt werden. In der Begründung wird ausgeführt, dass damit Anreize geschaffen werden sollen, Pflegehilfskraftpersonal ohne eine solche nach Landesrecht geregelter Ausbildung auszubilden. Die Maßnahmen tangieren die vorzuhaltende Mindestausstattung nicht.

Der Ansatz, ungelernte oder angelernte Pflegehilfskräfte weiterzuqualifizieren, damit sie eine Ausbildung nach Landesrecht abschließen, ist grundsätzlich folgerichtig. Allerdings dürfen Qualifikationsstandards in der Altenpflege – sei es auch nur temporär – nicht noch weiter abgesenkt werden. Doch diesen Weg wählt der vorliegende Referentenentwurf, indem auch Pflegehilfskraftpersonal vorgehalten und auf die Personalanhaltswerte angerechnet werden kann, dass sich gerade in einer berufsbegleitenden Weiterqualifizierung befindet und diese noch nicht abgeschlossen hat. Auch ist der Zeitraum, in dem die Pflegeeinrichtung nachweisen muss, dass die Ausbildung begonnen wird, bis 2028 zu lang und ermöglicht es den Einrichtungen bis dahin, die Standards zu unterlaufen.

Um den Teufelskreis aus Personalnot, schlechten Arbeitsbedingungen, geringer Bezahlung in der Altenpflege und zu wenig Zeit für eine gute Pflege zu durchbrechen, sind spürbare und wirkungsvolle Maßnahmen notwendig. Es sind alle Anstrengungen zu unternehmen, qualifizierte Pflegefachpersonen auszubilden und vorhandene Pflegehilfskräfte darin zu unterstützen, eine berufsbegleitende Ausbildung zur Pflegefachperson anzustreben. Attraktive Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen sind der Schlüssel dafür die Fachkräfte zu gewinnen und im Beruf zu halten.

- zu Punkt 35 b), bb)

Der zweite angefügte Satz sieht einen weiteren Eingriff in die ohnehin missbrauchsanfälligen Regelungen zur sogenannten Bezahlung nach Tarif zu Lasten der Beschäftigten vor: In den Einrichtungen, die einen Tarifvertrag oder kirchliche AVR in Anwendung bringen oder ihre Beschäftigten nach dem jeweiligen durchschnittlichen Entgeltniveau entlohnen (§ 72 Absatz 3b Nummer 1 bis 4), soll die Zuordnung zu einer Qualifikationsgruppe jeweils durch den konkreten Einsatz bestimmt werden und Beschäftigte nicht nach Qualifikation, sondern entsprechend der ausgeübten Tätigkeit entlohnt werden. Damit kann eine examinierte Pflegefachkraft als Assistenzkraft angestellt und entlohnt werden, unabhängig davon, welche



Tätigkeiten sie dann letztlich im Berufsalltag zu verrichten hat. Hier wird Missbrauch durch Arbeitgeber*innen Tür und Tor geöffnet. Diese Regelung lehnt der DGB ab und fordert die ersatzlose Streichung des zweiten Satzes.

- zu Punkt 35 c)

Das Verfahren zur weiteren Umsetzung der einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in vollstationären Einrichtungen nach § 113c soll konkretisiert werden. Um weitere Personal- ausbaustufen in der stationären Langzeitpflege unabhängig vom Vorliegen von Ergebnissen aus den Modellprojekten prüfen zu können, soll das Bundesministerium für Gesundheit be- ginnend im Jahr 2025 alle zwei Jahre eine Anpassung der in § 113c Absatz 1 geregelten Personalanhaltswerte sowie die Grundlagen für die mindestens zu vereinbarende perso- nelle Ausstattung nach Absatz 5 prüfen. Darüber hinaus sollen alle zwei Jahre, erstmals bis zum 31. Dezember 2023, Zielwerte für eine bundeseinheitliche, mindestens zu vereinba- rende personelle Ausstattung festgelegt werden.

Dieses Vorgehen enthält weitere Schritte um eine bedarfsgerechte Personalbemessung zu erreichen, zumal bislang nur 40 Prozent des von Prof. Rothgang für gute Pflege errechneten Stellenaufwuchses gesetzlich abgebildet ist. Aus Sicht des DGB sind jedoch weiterge- hende Maßnahmen erforderlich, um schnellstmöglich eine bedarfsgerechte Personalaus- stattung in den Pflegeeinrichtungen zu erlangen und sicherzustellen, dass die daraus resultierenden Mehrkosten nicht von den Pflegebedürftigen zu tragen sind. Hierzu sind im Gesetz konkrete Zielvorgaben zu definieren. Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die da- raus resultierenden Mehrkosten nicht von den Pflegebedürftigen zu tragen sind.

So schlägt der DGB vor, Vergütungszuschläge zur Finanzierung für zusätzliche Fachkräfte nach § 8 Absatz 6 und zusätzliche Pflegehilfskräfte nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 dauerhaft aus Mitteln des Ausgleichsfonds zu finanzieren und § 113c Absatz 6 zu streichen. Darüber hinaus fordert der DGB, den Pflegevorsorgefonds aufzulö- sen, um somit die nötigen Mittel für die Finanzierung des dringenden benötigten Personals in der Pflege zur Verfügung zu stellen, die Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege zu ver- bessern und die pflegerische Versorgung in der stationären, teilstationären und ambulanten Pflege sicherzustellen.

Die bisherigen Regelungen zur Umsetzung einer neuen Personalbemessung in § 113c set- zen kaum Anreize für Einrichtungen eine bessere personelle Ausstattung anzustreben. Statt Mindeststandards für eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung festzulegen, werden Personalanhaltswerte als Höchstwerte definiert, die nur 40 Prozent des notwendigen Perso- nalaufwuchses darstellen und die nur in begründeten Fällen überschritten werden können. Die Personalanhaltswerte in § 113c sind als Richtwerte zu sehen und deshalb schlägt der DGB vor in § 113c SGB XI Satz 1 das Wort „höchstens“ zu streichen. Eine gute personelle Ausstattung, die eine hohe Fachkraftquote beinhaltet, darf einer Einrichtung niemals zum Nachteil hinsichtlich in der Frage der Refinanzierung gereichen. Überdies sind im Gesetz weitere konkrete Personalausbaustufen zu definieren um in absehbarer Zeit 100 Prozent der berechneten Personalausstattung zu erreichen. Der DGB empfiehlt bei den weiteren



Ausbaustufen die bisherigen Personalanhaltswerte jeweils als neue Werte für die mindestens vorzuhaltende personelle Ausstattung zu übernehmen.

Gesamtleistungsbetrag für Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Die bisher separat in § 39 und § 42 SGB XI vorgesehenen Leistungsbeträge für Leistungen der Verhinderungspflege und für Leistungen der Kurzzeitpflege sollen mit Wirkung zum 1. Januar 2024 in dem neuen gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege zusammengeführt werden. Damit stünde für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege künftig ein Gesamtleistungsbetrag zur Verfügung, den die Anspruchsberechtigten nach ihrer Wahl flexibel für beide Leistungsarten einsetzen können.

Der DGB begrüßt die Regelung, die allerdings schon im letzten Koalitionsvertrag vereinbart wurde, nun jedoch endlich zu Gunsten von Pflegebedürftigen und ihren pflegenden Angehörigen umgesetzt werden soll. Obwohl die jeweiligen Tatbestandsvoraussetzungen, unter denen Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden können, weiterhin separat geregelt werden, kommt es zu einer Angleichung der geltenden Voraussetzungen im Sinne einer niedrigschwelligen Inanspruchnahme zur Entlastung der Pflegepersonen. Zu begrüßen ist ebenfalls, dass die zeitliche Höchstdauer der Verhinderungspflege auf acht Wochen im Kalenderjahr angehoben und damit der zeitlichen Höchstdauer der Kurzzeitpflege angeglichen wird. Gleiches gilt für den Zeitraum der hälftigen Fortzahlung eines bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes sowohl während der Verhinderungspflege als auch während der Kurzzeitpflege. Bei der Verhinderungspflege wird darüber hinaus die bisher erforderliche Vorpflegezeit von mindestens sechs Monaten aufgehoben. Damit wird eine flexible Handhabung ab dem ersten Tag der Pflegebedürftigkeit im Pflegegrad II ermöglicht und erheblicher Druck von Angehörigen und sonstigen Pflegepersonen genommen, die im Falle eines unvorhergesehenen Ereignisses, wie z.B. Krankheit, Unfällen o.Ä. eine erhebliche Absicherung in Anspruch nehmen können.

Ausweitung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld

Der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld soll ausgeweitet werden. Wenn die Voraussetzungen für eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 des Pflegezeitgesetzes vorliegen, soll das Pflegeunterstützungsgeld künftig pro Kalenderjahr für bis zu zehn Arbeitstage je pflegebedürftiger Person in Anspruch genommen werden können.

Der DGB begrüßt die Flexibilisierung und Ausweitung der Regelung zu Gunsten der Angehörigenpflege und verweist auf die massive Zunahme der Pflegebedürftigen über die nächsten Jahre, wenn die sog. Geburtenstarken Jahrgänge die Pflegebedürftigkeit erreichen. Die Regelung ist Anreiz und Wertschätzung zugleich, um die Angehörigenpflege attraktiver zu gestalten und einen längeren Verbleib der pflegebedürftigen Menschen in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen.



Ausweitung des Förderprogrammes zur Digitalisierung in der Langzeitpflege

Mit der Einrichtung eines ‚Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege‘ sollen die Potentiale zur Verbesserung und Stärkung der pflegerischen Versorgung sowohl für die Betroffenen als auch die Pflegenden identifiziert und gehoben werden. Dazu soll das bereits bestehende Förderprogramm nach § 8 Absatz 8 SGB XI für digitale und technische Anschaffungen in Pflegeeinrichtungen zur Entlastung des Pflegepersonals um weitere Förderatbestände erweitert und entfristet werden.

Der DGB begrüßt und unterstützt eine stärkere Förderung der Anbindung der Pflege an die TI zur Unterstützung des Pflegepersonals ins stationären Einrichtungen wie auch bei der ambulanten Pflege vor Ort. Mit der Einrichtung des Kompetenzzentrums zur Digitalisierung in der Langzeitpflege sollen Potentiale erkannt und Effizienzreserven gehoben werden, die standardisiert, aber individuell, d.h. bedarfsgerecht zum Einsatz gebracht werden können. Die bisher weitgehend freiwillige Anbindung der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur wird durch einen verpflichtenden Anschluss der Pflegeeinrichtungen ersetzt. Pflegeeinrichtungen, die das Förderprogramm bisher nicht genutzt haben, wird mit der Entfristung auf Dauer ermöglicht, die Potenziale der Digitalisierung mithilfe der Anteilsfinanzierung in ihrer Einrichtung wirksam werden zu lassen. Damit soll u.a. jede stationäre Pflegeeinrichtung in die Lage versetzt werden, ihren Dokumentationsverpflichtungen komplett digital nachzukommen und dringend benötigte Zeitpotentiale für die Pflege am Menschen zu nutzen. Zudem wird die Zielrichtung des Förderprogramms erweitert. Die Anschaffungen können nun neben der Entlastung der Pflegekräfte auch zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Pflegebedürftigen sowie zur Stärkung ihrer Teilhabe dienen, z.B. um mittels W-LAN digital zu kommunizieren und sich zu informieren.

In der Regelung ist außerdem vorgesehen, dass neue Möglichkeiten geschaffen werden sollen, um über ein elektronisches Informationsportal nach freien Plätzen und Angeboten wohnortnaher ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen sowie flankierender Unterstützungs- und Beratungsangebote zu finden. Der DGB begrüßt die damit geschaffenen Möglichkeiten, zeitnah und möglichst tagesaktuell Informationen nutzen zu können, um den Herausforderungen zumeist plötzlich eintretender Pflegebedürftigkeit im Sinne einer adäquaten pflegerischen Versorgung nach persönlichen Bedarfen gerecht zu werden. Gleichwohl ist anzuraten hier eine bundeweit einheitliche Struktur zu schaffen, statt auf landesindividuelle Lösungen zu setzen.

Wichtig ist aus gewerkschaftlicher Sicht, dass die Versicherten nach wie vor die Möglichkeit haben, neben dem Einsatz von z.B. digitalen Beratungs- und Unterstützungsleistungen auch jederzeit eine Beratung im persönlichen Gespräch zu erhalten. Eine Kompensation im Sinne einer höheren Effizienz von digitalen Anwendungen gegenüber vorzuhaltendem Personal ist in jedem Falle auszuschließen.

Ausbau guter Arbeitsbedingungen, insbesondere zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf



Die Förderung von guten Arbeitsbedingungen in der Pflege, insbesondere zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, soll ausgebaut und das Förderprogramm von 100 Millionen Euro pro Jahr nach § 8 Absatz 7 SGB XI bis zum Ende des Jahrzehnts verlängert werden.

Der DGB begrüßt den Ansatz und die Bereitstellung der Mittel um die Arbeitsbedingungen in der ambulanten und stationären Pflege zu verbessern und somit zur Fachkräftegewinnung bzw. zur Behebung des Fachkräftemangels aktiv beizutragen. Mit der Regelung werden Maßnahmen die Pflegeeinrichtungen gefördert, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern, und somit eine höhere Arbeitszufriedenheit und -planbarkeit zu ermöglichen. Dies kann zum Beispiel die Entwicklung von Konzepten und betriebliche Umsetzung von mitarbeiterorientierten und lebensphasengerechten Arbeitszeitmodellen sein, die auf die Vermeidung geteilter Dienste oder die partnerbezogene Abstimmung von Kinderbetreuungszeiten abzielen. Auch unmittelbar wirkende Maßnahmen wie das Vorhalten von einrichtungseigenen Angeboten zur Kinderbetreuung sind förderfähig.

Der DGB appelliert an die Arbeitgeber, die betriebliche Mitbestimmung auszubauen, bzw. zuzulassen, um die Potentiale innerhalb der Belegschaften für eine höhere Arbeitszufriedenheit im Sinne eines Wettbewerbsvorteils zum Gewinnen von Pflegepersonal nutzen zu können und die gesetzliche Regelung und die mit ihr verbundenen Fördermöglichkeiten voll zur Geltung kommen zu lassen.

Mit einer gesteigerten Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf gewinnt das Berufsbild der Pflege an Attraktivität und es werden beispielsweise Möglichkeiten eröffnet, durch Kinderbetreuung bedingte Berufspausen zu reduzieren. Dies kommt der pflegerischen Versorgung zugute.

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege – PUEG

Der Deutsche Hauswirtschaftsrat hat folgende Punkte als Grundlage für eine Reform der sozialen Pflegeversicherung festgestellt, um die Herausforderungen im Bereich Pflege auch in Zukunft meistern zu können. Die Ziele des vorliegenden Referentenentwurfs teilen wir. Insbesondere die **Stärkung der häuslichen Pflege**, die Bereitstellung von **mehr Unterstützung** für Menschen, die in der Häuslichkeit gepflegt werden sowie die **Entlastung von Personal in Pflegesituationen**, wird vom Deutschen Hauswirtschaftsrat mitgetragen. Wir fordern aber eine deutliche Verbesserung für hauswirtschaftliche Unterstützung und Leistung.

1.) Stärkung der häuslichen Pflege

Wir begrüßen die finanzielle Anhebung des Pflegegelds, halten 5 % aber für nicht ausreichend:

Begründung: Für einen längeren Verbleib in der häuslichen Situation ist insbesondere am Beginn einer Pflegebedürftigkeit die Entlastung im Alltag und die Hilfe bei der Haushaltsführung von besonderer Bedeutung. Das zeigt sich auch in aktuellen Umfragen aus Niedersachsen und Bayern. Hauswirtschaftliche Unterstützung kann die Pflegebedürftigkeit eindeutig hinauszögern. Der Bedarf liegt bei ca. 2 Stunden pro Woche. Dafür ist der derzeitige Entlastungsbetrag von 125 Euro für hauswirtschaftliche Unterstützung nicht ausreichend.

Die Stundensätze für Betreuung und Entlastungsleistungen betragen durchschnittlich zwischen 28 und 35 € plus Fahrtkosten. Dafür können nur ca. 4-5 Std. pro Monat geleistet werden. Ein Entlastungsbetrag muss somit auf das Doppelte angehoben werden.

Wir fordern:

- die Anerkennung der präventiven Wirkung von hauswirtschaftlicher Versorgung und Betreuung und damit eine Verdoppelung des Entlastungsbetrags und dessen laufende Dynamisierung.

2.) Mehr Unterstützung für häuslich gepflegte Menschen

Erweiterter Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld und geändertes Begutachtungsverfahren:

Die Zusammenlegung von Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege erleichtert es betroffenen Personen, die nötige Hilfe zu bekommen. Wir begrüßen, dass damit die Wartezeit von 6 Monaten für Verhinderungspflege entfällt. Ein neuer gemeinsamer Jahresbetrag wird von uns positiv gesehen.

Das erleichterte Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit findet unsere Zustimmung, auch dass die Begutachtung innerhalb kurzer Zeit stattfinden muss.

Wir fordern darüber hinaus, dass die Bedarfe an hauswirtschaftlicher Versorgung und Betreuung auch in die Einstufung der Pflegebedürftigkeit einfließen und nicht nur am Rande betrachtet werden. Die weitgehend selbstständige Haushaltsführung und die Möglichkeit, den Alltag mit Hilfe bewältigen zu können, bedeutet für Betroffene eine selbstbestimmte Lebensführung, die sich ausgesprochen positiv auf die Entwicklung von Pflegedürftigkeit auswirkt.

Förderbudget und Modellvorhaben:

Hier machen wir auf die dringend auszubauende Infrastruktur hauswirtschaftlicher Dienstleistungen aufmerksam. Um Menschen mit Pflegebedarf präventiv und wirksam zu unterstützen, braucht es eine funktionierende hauswirtschaftliche Versorgung, die dazu beiträgt, dass Pflegebedürftigkeit verhindert oder verzögert werden kann. Das Geld muss in professionell aufgestellte Dienste fließen. Ehrenamtliche Versorgung kann nur kurzfristig zuverlässig aushelfen. Die Kostensätze müssen so gestaltet sein, dass sich die Unternehmen finanziell tragen können.

Die gegenwärtig größte Herausforderung in diesem Bereich ist es, Mitarbeitende zu gewinnen. Nur sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze sind attraktiv und tragen zum Personalausbau bei. Hauswirtschaftliche Dienste benötigen mindestens eine hauswirtschaftliche Fachkraft in der Leitung.

Elektronisches Informationsportal:

Regional gibt es bereits eine Reihe von Informationsportalen, die wir für sehr sinnvoll erachten, auch bundesweit ist dies wünschenswert. Leider haben wir bisher nicht gesehen, wie diese Portale aktuell gehalten werden können und wie alle Anbieter im Umfeld von Pflege sich hier einbringen können.

Wir fordern:

- die Einbeziehung hauswirtschaftlicher Bedarfe in die Pflegeeinstufung und die Anerkennung der Wertigkeit von Hilfen im Alltag für Betroffene.

Wir fordern weiterhin die Infrastruktur zur ambulanten Unterstützung durch Hauswirtschaft aktiv zu befördern und aufzubauen.

3.) Entlastung von Personal in Pflegesituationen

Hauswirtschaft in der Pflegeversicherung

Um eine adäquate Versorgung von Menschen mit Hilfebedarf sicherzustellen, muss eine multiprofessionelle Fachkräftebasis einschließlich der Hauswirtschaft aufgestellt werden, bei der die erforderlichen Anforderungen den jeweiligen Kompetenzen zugeordnet werden. Pflege kann und muss durch Hauswirtschaft entlastet werden.

Eine entsprechende Kompetenzpartnerschaft geht nur durch Zusammenarbeit auf gleicher Ebene mit gegenseitigem Nutzen. Deshalb muss neben der Sicherung der Pflege im SGB XI auch die Sicherung der Hauswirtschaft genannt und verankert werden. Hauswirtschaft steht

für die Sicherung des Wohnens und des Alltags mit den Schwerpunkten Lebensqualität, Wohlfühlen und alltagsintegrierte Förderung und Aktivierung.

Wir schlagen vor, die „Arbeitsbedingungen in der Pflege“ in „Arbeitsbedingungen in Pflegesituationen“ umzubenennen, damit auch andere Professionen im Blick bleiben, nicht nur die Profession Pflege. Dies gilt auch für die geplanten Modellvorhaben.

Personelle Ausstattung und Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen, § 113

Analog der verantwortlichen Pflegekraft muss in stationären Einrichtungen eine hauswirtschaftliche Fachkraft verankert werden. Die Hauswirtschaft ist im Personalbemessungssystem aufzunehmen, dabei können unterschiedliche Wohn-, Betreuungs- und Versorgungskonzeptionen berücksichtigt werden.

Wir fordern:

- die Anerkennung des Berufsabschlusses Hauswirtschafter*in als Fachkraft für hauswirtschaftliche Versorgung und hauswirtschaftliche Betreuung und damit als Zulassungskriterium für ambulante hauswirtschaftliche Dienste.

Die Stundensätze von Hauswirtschaft und Betreuung sind anzugleichen, um die Gleichwertigkeit beider Bereiche zu erfassen.

Die Hauswirtschafterin ist als Fachkraft für hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung bundeseinheitlich in das Personalbemessungssystem aufzunehmen.

Weitere Informationen und Positionen des Deutschen Hauswirtschaftsrates finden sich in unserer Expertise zur Reform der Pflegeversicherung vom Oktober 2020

https://www.hauswirtschaftsrat.de/download/2020-10-10-DHWiR_Expertise_PfIV.pdf

Zusammenfassung:

- 1. Neben der Sicherung der Pflege muss im SGB XI in Zukunft auch die Sicherung der Hauswirtschaft genannt und verankert werden.**
- 2. Um eine adäquate Versorgung von Menschen mit Hilfebedarf sicherstellen zu können, muss eine multiprofessionelle Fachkräftebasis einschließlich der Hauswirtschaft aufgestellt werden.**
- 3. Qualität und Mindeststandards sind nicht nur im Bereich Pflege festzulegen, sondern auch in anderen relevanten Bereichen, wie z.B. der hauswirtschaftlichen Betreuung und Versorgung.**
- 4. Eine verantwortliche Hauswirtschaftskraft muss im SGB XI analog der verantwortlichen Pflegekraft verankert werden.**
- 5. Dem eklatanten Mangel an hauswirtschaftlicher ambulanter Versorgung muss entgegengewirkt werden durch abgesicherte Arbeitsplätze und leistungsgerechte Bezahlung.**

Deutscher Hauswirtschaftsrat

Charlottenstraße 16

10117 Berlin

Tel. 0160 93391732

post@hauswirtschaftsrat.de

www.hauswirtschaftsrat.de

Präsidentin: Ursula Schukraft

Informationen zum Deutschen Hauswirtschaftsrat: Der Deutsche Hauswirtschaftsrat ist der Zusammenschluss der Akteure in der Domäne Hauswirtschaft. Er ist die politische Interessenvertretung der Hauswirtschaft, der Ansprechpartner für Politik und Gesellschaft, Partner für die Institutionen der Berufsbildung und für Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Seine Akteure kommen aus den Bereichen Verbände und Organisationen, Schulen und Bildungsträger, Einrichtungen der Jugendhilfe, Altenhilfe, Agenturen für haushaltsnahe Dienstleistungen, Beratungsunternehmen, Betriebe der Außer-Haus-Verpflegung, Industrie und Hochschulen. Der Deutsche Hauswirtschaftsrat vertritt über 500.000 Mitglieder und Mitarbeitende sowie über 100.000 Leser*innen der Verbandszeitschriften.

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR) zum
Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)
„Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege“
(Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz- PUEG)**

Bearbeitungsstand: 20.02.2023

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Zugleich bedankt sich der DPR für diese Gelegenheit, Stellung zum Referentenentwurf „Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG)“ des BMG nehmen zu können.

Der DPR weist darauf hin, dass eine umfassende Bewertung dieses komplexen Gesetzentwurfs innerhalb von fünf Werktagen nicht möglich ist.

Der DPR begrüßt eine Reihe von Gesetzesänderungen, wie die Zusammenführung der Anspruchsberechtigung von Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege für die Versicherten zur Flexibilisierung der Versorgung, die Neustrukturierung des Verfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, die Aufhebung des §113a und die Stärkung der Digitalisierung in der Pflege.

Nachfolgend soll auf die folgenden Positionen zu den geplanten Änderungen im Referentenentwurf (RefE) eingegangen werden:

1. Der RefE dient nur der kurzfristigen Stabilisierung der Finanzen der Pflegeversicherung. Es bedarf weiterer Schritte, um die Finanzierung der Pflegeversicherung zukunftsfest zu machen.
2. Die geplanten Regelveränderungen zur Personalausstattung in der vollstationären Pflege widersprechen den Ergebnissen der Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). Weiterhin fehlen Festlegungen zu der im Koalitionsvertrag festgelegten Harmonisierung der landesrechtlich geregelten Helfer- oder Assistenzbildungen in der Pflege durch ein bundeseinheitliches Berufsgesetz für Pflegeassistenten.
3. Die finanziellen Entlastungen der Pflegebedürftigen in der ambulanten und vollstationären Pflege entsprechen nicht der Inflationshöhe und die Umsetzung kommt zu spät.
4. Der geplante Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld bringt pflegenden An- und Zugehörigen zu wenig Entlastung.
5. Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI berücksichtigt nicht ausreichend die Belastungen von Antragsteller*innen mit Pflegebedarfen und die Vorbehaltsaufgaben von beruflich Pflegenden.

6. Regelungen zur Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit sind auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen.
7. Der RefE berücksichtigt bei der Digitalisierung nur unzureichend die wichtigen Aspekte der Interoperabilität und Telematikinfrastruktur.
8. Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege ist nicht auf die Langzeitpflege nach SGB XI zu begrenzen und kann nicht am Spitzenverband der Pflegekassen verortet werden.
9. Die Finanzierung erforderlicher Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zur Digitalisierung und der wissenschaftlichen Begleitung der Modellvorhaben zur digitalen Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist sicherzustellen.
10. Wesentliche und erforderliche Anreize zum Klimaschutz fehlen im Referentenentwurf.

Zu 1.: Der RefE dient nur der kurzfristigen Stabilisierung der Finanzen der Pflegeversicherung. Es bedarf weiterer Schritte, um die Finanzierung der Pflegeversicherung zukunftsfest zu machen.

Der DPR sieht trotz der Leistungsanpassungen immense Kostensteigerungen für die Pflegebedürftigen, die diese zum Teil nicht auffangen können. Das wird zu großen zusätzlichen Belastungen der Sozialhilfeträger führen.

Zu 2.: Die geplanten Regelveränderungen zur Personalausstattung in der vollstationären Pflege widersprechen den Ergebnissen der Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM).

Weiterhin fehlen Festlegungen zu der im Koalitionsvertrag festgelegten Harmonisierung der landesrechtlich geregelten Helfer- oder Assistenzausbildungen in der Pflege durch ein bundeseinheitliches Berufsgesetz für Pflegeassistenz.

Artikel 2 Nummer 35

a) § 113c SGB XI Absatz 3 - aa) Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b) (RefE, S. 26; 91-92)

Gemäß Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b) soll zukünftig u. a. auch Pflegehilfskraftpersonal ohne Berufsabschluss aber mit langjähriger Berufserfahrung in der Pflege anerkannt werden können, wenn in den Ländern entsprechende Regelungen zur Reduzierung der Ausbildungsmindestdauer getroffen wurden. Damit enthält der RefE entgegengesetzt zu den Vereinbarungen im Koalitionsvertrag (Bundesregierung 2021), eine umfassende Lockerung der beruflichen Qualifikationen für Pflegehilfskraftpersonal bis hin zur Anerkennung von nur berufspraktischen Erfahrungen sowie nicht zu tolerierende Übergangsregelungen (RefE, Nr. 35, S. 91-92). Aus Sicht des DPR ersetzt berufspraktische Erfahrung in keinem Fall eine Ausbildung, weil der theoretische Begründungszusammenhang für das pflegerische Handeln nicht vermittelt und erlernt wurde. Das gefährdet die Versorgungssicherheit und verfehlt das Ziel der Bundesregierung einen bedarfsgerechten Qualifikationsmix zu schaffen. Benötigt wird die Neustrukturierung der Kompetenzen aller Gesundheitsfachberufe ergänzend mit heilkundlichen Tätigkeiten, die in einem allgemeinen Heilberufegesetz (Bundesregierung 2021) verbindlich und bundeseinheitlich reguliert werden.

Änderungsvorschlag: Die Regelung zu Nummer 2 Buchstabe b) ist zu streichen.

Absatz 3 - aa) Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a) bb)

Hier hat sich offensichtlich – auch schon in der aktuell gültigen Fassung des § 113c Absatz 3 Nummer 2 Buchstabe b) – ein Schreibfehler eingeschlichen.

Es kann keine Ausbildung nach § 5 des Pflegeberufgesetzes gemeint sein, sondern eine **Ausbildung nach Artikel 5 des Pflegeberufgesetzes.**

Absatz 3 - bb)

Eine Frist zum Beginn der dort definierten Ausbildung ist völlig unverständlich. Es geht hier um Ausbildungen nach § 12 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes. Aus unserer Sicht dürften die Ausbildungskapazitäten dafür vorhanden sein.

Sollte allerdings geregelt werden, dass es um fehlende Ausbildungskapazitäten für die Pflegehelfer/-assistenz Ausbildung geht, kann es nicht sein, dass die Länder bis 2028 Zeit bekommen, das zu ändern. Überdies sind der Bund und die Länder in der Pflicht, zeitnah die notwendigen Inhalte sowie Ausbildungsstrukturen für den bundeseinheitlichen Pflegeassistentenberuf zu schaffen und die Besetzung der Stellenanteile nach § 113 c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 zu sichern. Ansonsten kann die qualitativ und quantitativ gebotene Einführung des neuen bundeseinheitlichen Personalbemessungsverfahrens nicht gelingen. Dies hat unabsehbare Folgen für die Sicherstellung der Pflege in allen Versorgungsbereichen.

Artikel 2 Nummer 35 c) und d)

§ 113c SGB XI Absätze 7 und neu 8

Die am Projekt zur Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen (PeBeM) beteiligten Pflegewissenschaftler*innen haben pro Bewohner*in einen je nach Pflegegrad unterschiedlichen Stellenanteil an Pflegefachpersonen (QN4/QN4+) definiert, der für den festgestellten Bedarf an fachpflegerische Versorgung erforderlich ist. Eine Stellenbemessung, die diese Erfordernisse außer Acht lässt, setzt die Sicherheit der gepflegten Bewohner*innen aufs Spiel.

Aus den verschiedenen Gründen wird im ersten Umsetzungsschritt des PeBeM mit den in § 113c Absatz 1 Nummer 1., 2. und 3. als Mindestpersonalausstattung ab dem 01.07.2023 festgelegten Stellenanteilen nur ein Teil des insgesamt erforderlichen Pflegepersonalmehrbedarfs aufgebaut. Bezüglich der Stellenanteile der Pflegefachpersonen nach Nummer 3 ist diese Reduzierung, wie begründet, gefährlich. Aus Sicht des DPR ist eine an den wissenschaftlichen Ergebnissen des PeBeM-Projektes orientierte vollumfängliche Umsetzung der Stellenbemessung für die Pflegefachpersonen dringend erforderlich.

Solange die Stellenanteile der Pflegefachpersonen in der gesetzlichen Festlegung nicht den genannten Projektergebnissen folgen, kann das Erfordernis nicht über die im RefE für die Absätze 7 und neu 8 beschriebenen Prüfungen neu definiert und ggf. angepasst werden.

Zu 3.: Die finanziellen Entlastungen der Pflegebedürftigen in der ambulanten und vollstationären Pflege entsprechen nicht der Inflationshöhe und die Umsetzung kommt zu spät.

Artikel 2 Nummer 15

§ 30 SGB XI (RefE S. 22 und S. 35)

Grundsätzlich ist die stufenweise Erhöhung von 5% der Pflegegelder und Sachleistungsbezüge und die automatische Dynamisierung in Anlehnung an die Preisentwicklung sehr zu begrüßen. Der DPR sieht hier jedoch noch Optimierungsbedarf.

Artikel 3 Nummer 5

§ 36 SGB XI (RefE, S. 33)

Zum einen muss zukünftig über die Deckelung der Eigenbedarfsanteile der Personen mit Pflegebedarf auch im ambulanten Sektor gesprochen werden. Seit dem 01. Januar 2022 stehen den Pflegebedürftigen in der vollstationären Langzeitversorgung Leistungszuschläge zur Reduzierung der Eigenanteile zur Verfügung. Um dem Grundsatz aus dem SGB XI „ambulant vor stationär“ nachkommen zu können, müssen auch den Pflegebedürftigen in der ambulanten Langzeitversorgung zur Finanzierung der über die Sachleistungsbeträge hinausgehenden Eigenanteile der fachlich erforderlichen professionellen Pflegeleistungen analog solche Zuschläge zugesichert werden. Im ambulanten Sektor werden schon jetzt die Sozialhilfeträger immer mehr zur Deckung der Eigenanteile angesprochen, nicht zuletzt durch die seit September 2022 geltende Tariftreueverordnung und die dadurch angestoßenen neuen Vergütungsvereinbarungen. Durch nicht gekoppelte Prozesse sind aktuell viele Personen mit Pflegebedarf finanziell überfordert, kürzen benötigte Leistungen oder beantragen die schon eben angesprochene Hilfe zur Pflege.

Die Höhe der Sachleistungsbezüge muss zukünftig direkt an die Kostensteigerungen der Leistungserbringer durch die Inflation und die Tariftreuepflicht für die zu zahlenden Löhne der angestellten Pflegekräfte gekoppelt sein.

Des Weiteren merkt der DPR an, dass die Steigerung der Pflegegelder um 5 % ab 01.01.2024 viel zu spät kommt und nicht der aktuellen Inflationsrate entspricht.

Änderungsvorschlag: Der § 36 ist demgemäß zu ergänzen.

Artikel 3 Nummer 10

§ 42a SGB XI (RefE, S. 35)

Der DPR begrüßt die Zusammenführung der Anspruchsberechtigung von Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege für die Versicherten. Dies wird zu flexibleren Versorgungsoptionen für Personen mit Pflegebedarf führen.

Artikel 3 Nummer 15

§ 43 c SGB XI (RefE S. 35)

Die Erhöhung der Leistungszuschläge zu den Eigenanteilen an den pflegebedingten Aufwendungen in der vollstationären Versorgung wirkt dem Trend zu steigenden Eigenanteilen (RefE, S. 2) keinesfalls stärker entgegen. Wenn überhaupt, ist eine Entlastung erst ab dem 25. Monat des Bezugs von Leistungen nach § 43 mit einem Leistungszuschlag von 50 % spürbar. Das trifft auf die Mehrzahl der Pflegebedürftigen mit einem vollstationären Pflegebedarf und einer „Verweildauer“ unterhalb von 25 Monaten nicht zu.

Bleibt es bei dieser Regelung der Leistungszuschläge für die Eigenanteile an den pflegebedingten Aufwendungen, bei gleichzeitig abzusehenden nicht unerheblichen Kostensteigerungen aller Kostenbestandteile der Pflegesätze, werden die Belastungen für die Sozialhilfeträger durch die Notwendigkeit der teilweisen Kostenübernahmen immens steigen.

Änderungsvorschlag: Der Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen ist vom Beginn der Inanspruchnahme der Pflegeleistungen auf einen festen Betrag zu begrenzen. Ersatzweise ist der prozentuale Leistungszuschlag für die ersten 24 Monate deutlich zu erhöhen.

Zu 4.: Der geplante Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld bringt pflegenden An- und Zugehörigen zu wenig Entlastung.

Artikel 3 Nummer 16

§ 44a Absatz 3 SGB XI a) und b)

Der DPR begrüßt, dass der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld nun pro Kalenderjahr gegeben ist. In Anbetracht zunehmender Pflegesituationen in der Häuslichkeit aufgrund knapper und kostspieliger Pflegeheimplätze wie auch der Dauer von Pflegebedürftigkeit insbesondere auch bei den noch neuen Krankheitsbildern „Post-Covid“ und „Long-Covid“ ist der Anspruch nach § 2 des Pflegezeitgesetzes von Pflegeunterstützungsgeld für bis zu zehn Arbeitstage pro Kalenderjahr aber zu kurz gegriffen (RefE, S. 2).

Zu 5.: Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI berücksichtigt nicht ausreichend die Belastungen von Antragsteller*innen mit Pflegebedarfen und die Vorbehaltsaufgaben von beruflich Pflegenden.

Artikel 2 Nummer 12

§ 18 Absatz 3 Nr. 1-2 SGB XI (RefE, S. 14)

Der DPR begrüßt, dass der Gesetzgeber das Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit neu strukturieren und adressatengerechter gestalten möchte (RefE, S. 3). Die Änderungspläne, dass unabhängige Gutachter*innen benannt werden, wenn die Begutachtungsfrist von 20 Arbeitstagen ab Antragsstellung nicht eingehalten werden kann, wird vom DPR als Verbesserung für die schnellere Bearbeitung gewertet. Jedoch gibt der DPR zu bedenken, dass diese geplante Wahlmöglichkeit für Antragsteller*innen in einer pflegerischen Ausnahmesituation zu einer Überforderung führen kann.

§ 18 Absatz 10 SGB XI (RefE, S. 16)

Zudem hebt der DPR mit aller Deutlichkeit hervor, dass die aufgeführten Ärzt*innen bzw. Kinderärzt*innen nicht über die geeignete Qualifikation bzw. Kompetenz verfügen, um die Pflegebedürftigkeit von Antragsteller*innen festzustellen. Medizinische Gutachter*innen werden im RefE Aufgaben ermöglicht, die die Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG untergraben. Erstellte Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI durch Ärzt*innen bzw. Kinderärzt*innen sind damit nicht rechtssicher.

Im Übrigen löst die Bundesregierung hier ihr Versprechen aus dem Koalitionsvertrag, die Pflegeprofession zu stärken, ebenfalls nicht ein.

§ 18b Absatz 4 SGB XI (RefE, S. 17)

Außerdem weist der DPR darauf hin, dass die Gewährung von empfohlenen Hilfsmitteln, die nach § 40 die pflegerische Versorgung erleichtern und Beschwerden des Pflegebedürftigen lindern, jederzeit und grundsätzlich ohne eine ärztliche Verordnung möglich sein soll. Hier ist der Rahmen nicht nur auf die Beratung nach § 37 Absatz 3 oder im Begutachtungsverfahren nach § 18b zu begrenzen, sondern in den regelhaften Versorgungsalltag zu überführen. Pflegefachpersonen sind im Sinne ihrer Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG kompetent, eigenständig Pflegehilfsmittel zu verordnen. Dies entlastet die pflegerische Versorgung und schont Ressourcen im Sinne des Klimaschutzes durch Bürokratieabbau und die Vermeidung unnötiger Wege, z. B. in Arztpraxen.

Zu 6.: Regelungen zur Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit sind auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen.

Artikel 2 Nummer 12

§ 18d Absatz 1 (RefE, S. 19 und 20)

Der Referentenentwurf verpflichtet die Pflegekassen über die Feststellung von rehabilitativen Bedarfen in der Pflegebegutachtung und ggf. der Genehmigung von dem folgenden Maßnahmen hinaus zur umfassenden jährlichen diesbezüglichen Berichterstattung. Es ist zu beobachten und darauf hinzuwirken, dass die in den Absätzen 2. bis 4. geregelten Datenauswertungen nicht nur statistischen Zwecken dienen, sondern ggf. zur Anpassung von präventiven und rehabilitativen Strukturen genutzt werden, die der Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit dienen.

Artikel 2 Nummer 39

§ 123 Absatz 1-8; § 124 Absatz 1-4 SGB XI (RefE, S. 39)

Die bisherigen Modellvorhaben sind in die Regelversorgung zu überführen. Vor diesem Hintergrund ist zu prüfen, welche weitergehenden Modellvorhaben erforderlich sind. Der § 123 ist daraufhin zu überarbeiten.

Zu 7.: Der RefE berücksichtigt bei der Digitalisierung nur unzureichend die wichtigen Aspekte der Interoperabilität und Telematikinfrastruktur.

Artikel 1 Nummer 2

§ 341 Absatz 8 SGB V (RefE, S. 8)

Im RefE wird die freiwillige Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) in eine zukünftige Verpflichtung zur Teilnahme umformuliert. Die Verpflichtung für ambulante Leistungserbringer ab dem 01.01.2024 ist jedoch bereits § 360 SGB V hinterlegt und die Finanzierung dieser Anbindung ist nach § 106b SGB XI geregelt.

Aus dem RefE wird demnach nicht klar, ob auf die bereits vorhandenen gesetzlichen Grundlagen aufgebaut wird, oder ob eine neue einheitliche Grundlage zur Digitalisierung, Refinanzierung und Anbindung an die TI geschaffen werden soll.

Sollte eine Ausweitung der Refinanzierung erfolgen, muss die Transparenz der refinanzierenden Anteile, z. B. Konnektorenanschluss, Wartung und technische Neuerung, ausgestaltet werden. Nicht ausreichend klar ist die derzeitige Information zur Refinanzierung. Es wird zwar über eine Deckelung von Anschluss- und Wartungskosten gesprochen, jedoch werden zur Nutzung durch die Leistungserbringer ein Institutionsausweis und ein elektronischer Heilberufsausweis (SMC-B, eHBA) benötigt. Offen bleibt, ob die Bundesregierung auch hier eine Deckelung vorsieht und das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege ein Ansprechpartner in Sachen Digitalisierung und TI für die pflegerischen Leistungserbringer sein soll.

Zu bedenken ist, dass die monetäre und bürokratische Belastung der Leistungserbringer nicht mit der Installation und Einrichtung der Konnektoren endet. Es müssen Komponenten bestellt, Mitarbeiter geschult und das System entsprechend gewartet werden. Eine finanzielle Belastung, die bei verpflichtender Umstellung der Subventionierung bedarf.

Zudem müssen für die Umsetzung der geplanten Digitalisierung die Infrastruktur vorhanden sowie die Interoperabilität gewährleistet sein. Dafür können nicht alleine die Pflegekassen sorgen, sondern es sind alle relevanten Akteure einzubeziehen und bei der Rollenbeschreibung zu berücksichtigen: Bürger*innen, Personen mit Pflegebedarf, pflegende An- und Zugehörige, sowie Leistungserbringer (Institutionen und Gesundheitsberufe sowie Gesundheitsdienstleister), Wissenschaft, (Gesundheits-)IT-Branche, Industrie und Kostenträger. Darüber hinaus

hebt der DPR hervor, dass weitere Bereiche der Gesellschaft, wie Arbeit, Soziales, Familie, Umwelt mitgedacht werden müssen.

Artikel 2 Nummer 4

§ 7d Absatz 1 und 4 SGB XI (RefE, S. 10 f.)

Der DPR weist daraufhin, dass mit dem Errichten eines Informationsportals zu Pflege- und Betreuungsangeboten keine Parallelstrukturen (RefE, S. 10f.) aufgebaut werden sollten, sondern die bereits bestehenden QDV-Strukturen nach § 115 Absatz 1a weiterentwickelt bzw. erweitert werden sollten. Des Weiteren ist darauf zu achten, dass die Pflegeeinrichtungen nicht mit ihrer Pflicht zur tagesaktuellen Datenübermittlung von ihrem eigentlichen Auftrag der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung abgehalten werden.

Im Übrigen gilt es, durch eine digitale Verknüpfung aller Versorgungs-Sektoren und -Institutionen die je notwendige pflegerische Versorgung schnellstmöglich sicherzustellen.

Zu 8.: Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege ist nicht auf die Langzeitpflege nach SGB XI zu begrenzen und kann nicht am Spitzenverband der Pflegekassen verortet werden.

Artikel 2 Nummer 40

§ 125b Absatz 1 SGB XI (RefE, S. 31)

Der DPR begrüßt die konkreten Regelungen zum Ausbau zur Digitalisierung in der Langzeitpflege als Teil der gesundheitlichen Gesamtversorgungsstruktur. Auch der Auftrag passt sehr zu den anstehenden Erfordernissen, Transformationen im Bereich der Pflege in digitalisierte Unterstützung von Versorgungsprozessen zu gestalten.

Der DPR begrüßt weiterhin, dass Mittel aus dem Ausgleichsfond für die Digitalisierung zur Entlastung der Pflegenden, zur Verbesserung der Versorgungsqualität und zur stärkeren Beteiligung von Personen mit Unterstützungsbedarf zur Verfügung gestellt werden.

Allerdings ist im Ergebnis der Beratungen der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP), ergänzt durch Arbeitsergebnisse des „Bündnis Digitalisierung in der Pflege“, ein zu errichtendes „Kompetenzzentrum Digitalisierung in der Pflege“ nicht auf die Langzeitpflege begrenzt, sondern in der Verantwortung für die Ausgestaltung und Weiterentwicklung der digitalen Vernetzung der verschiedenen pflegerischen Versorgungsbereiche einschließlich der Entwicklung diesbezüglicher Leitlinien.

Das Kompetenzzentrum kann weder beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen noch beim GKV-Spitzenverband verortet sein, sondern an einer davon unabhängigen oder übergeordneten Stelle (z. B. im BMG).

In den davon betroffenen Sozialgesetzbüchern sind Regelungen zur inhaltlichen Unterstützung und zur jeweiligen Finanzierung der Digitalisierung im Zusammenhang der pflegerischen Versorgung zu verankern.

Änderungsvorschläge:

1. Der § 125b wird umbenannt in „Digitalisierung in der Langzeitpflege“
2. Die Absätze 1. bis 5. werden dementsprechend überarbeitet, mit Regelungen zur Vernetzung im pflegerischen Gesamtversorgungssystem und zur Sicherstellung der erforderlichen Schnittstellen

Zu 9.: Die Finanzierung erforderlicher Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zur Digitalisierung und der wissenschaftlichen Begleitung der Modellvorhaben zur digitalen Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist sicherzustellen.

Artikel 2 Nummer 5

§ 8 SGB XI Absatz 8 b) (RefE, S. 11 und 12)

Des Weiteren sieht der DPR die Verlängerung des § 8 Absatz 8 bis zum Jahr 2030 und dessen inhaltliche Ausweitung beispielsweise auf Aus-, Fort- und Weiterbildung als ersten Schritt in die richtige Richtung. Für eine auskömmlichen (Regel-)Refinanzierung, durch die spürbare Verbesserung möglich werden, sind weitere Schritte notwendig.

Die Mittel zu bb) von förderfähigen Aus-, Fort- und Weiterbildungen (RefE, S. 12) müssen aus Sicht des DPR allerdings ausgeweitet werden, um die digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege aufzubauen.

Der DPR verweist an dieser Stelle auf Erfahrungen und Befunde aus der Implementierung des „Digitalpakts Schule“ (2019-2024), der mit seinen ermöglichten Mittelabrufen deutlich hinter den Erwartungen zurückbleibt. Als Gründe werden hohe bürokratische Hürden und Personalengpässe dafür herangezogen. Aus den Erfahrungen der Umsetzung des Digitalpakts Schule wurden Empfehlungen abgeleitet (WZB, 2022), die für die Entwicklung einer digitalen Infrastruktur und die Förderung digitaler Kompetenzen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflegeberufe richtungsweisend sein sollten: Grundsätzlich bedarf es eines transparenten Monitorings zur digitalen Ausstattung der Ausbildungs- und Versorgungseinrichtungen sowie notwendiger Planungs-, und Entwicklungsprozesse. Neben der Arbeit an digitalen Bildungskonzepten müssen zeitliche, finanzielle und fachliche Ressourcen strukturell bereitgestellt und kontinuierlich abgesichert werden. Versorgungs- und Bildungseinrichtungen benötigen darüber hinaus verlässliche und nachhaltige Support-, Wartungs- und Betriebsstrukturen und eine langfristige Förderung qualifizierter personeller Strukturen u. a. durch entsprechende Fachkraft- und Funktionsstellen.

Artikel 2 Nummer 12

§ 18e Absatz 2 SGB XI (RefE, S. 21)

Zum Modellvorhaben zum ersatzweisen oder ergänzenden Einsatz telefonischer und digitaler Kommunikationsmittel bei der Untersuchung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit auf das Begutachtungsverfahren und das Begutachtungsergebnis, insbesondere im Vergleich zu einer Begutachtung des Versicherten vor Ort weist der DPR daraufhin, dass zur Beurteilung von Pflegebedürftigkeit grundsätzlich alle Sinne (sehen, hören, riechen, spüren) erforderlich sind. Pflegerisches Handeln ist zu einem hohen Maße Interaktionsarbeit. Deshalb ist es wichtig, analoge Begutachtungsprozesse nicht unkritisch in digitale Medien zu übertragen. Digitale Veränderungen, die mit einem Risiko der „Entmenschlichung“ und Deprofessionalisierung der Pflege einhergehen, erfordern eine sorgfältige professionstheoretische, gesellschaftliche und politische Auseinandersetzung von Wirksamkeit und Sicherheit, Akzeptanz, Ethik, Haftung darüber, welche Ziele und Zukunftsszenarien hinsichtlich der (pflegerischen) Versorgung wünschenswert sind, bevor weitere Investitionen in die Entwicklung und Umsetzung unternommen werden (SVR 2023, Nr. 679). Deshalb begrüßt der DPR die wissenschaftliche Begleitung der digitalisierten Möglichkeiten bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Deren vollumfängliche Finanzierung muss sichergestellt werden.

Zu 10.: Wesentliche Anreize zum Klimaschutz fehlen im Referentenentwurf.

Begründung Allgemeiner Teil, VI. Gesetzesfolgen, 2. Nachhaltigkeitsaspekte

Der DPR begrüßt, dass der RefE der deutschen Nachhaltigkeitsstrategie folgt und die Nachhaltigkeitsziele SGD 1 „keine Armut“, SDG 3 „Gesundheit und Wohlbefinden“ und SDG 8 „Menschenwürdige Arbeit und Wohlergehen“ (RefE, S. 41) in den Blick nimmt.

Der RefE versäumt aber, die Rahmenbedingungen nach den Zielen des Klimapakts Gesundheit (BMG 2022) auszurichten, um Pflegeeinrichtungen zu unterstützen, die Versorgung gesundheitsförderlicher und klimafreundlicher zu gestalten. Gesetzlich verankerte Klimaschutzmaßnahmen können langfristig zu einer Reduzierung der Klimaerwärmung und der daraus resultierenden Hitzewellen beitragen (SVR 2023, Nr. 1124-1125). Auch der Sachverständigenrat für Gesundheit und Pflege empfiehlt die Unterstützung und Förderung bei der Reduzierung des ökologischen Fußabdrucks im Gesundheitssystem.

Der RefE verpasst aus Sicht des DPR die Chance langfristige Anpassungen für eine Umsetzung von SDG 13 „Maßnahmen zum Klimaschutz“ und SDG 4 „Hochwertige Bildung“ für Pflegende im RefE vorzunehmen.

Abschließendes Fazit

Abschließend ist zu diesem RefE festzuhalten, dass eine wirkliche, zeitnah erforderliche Strukturreform der Pflegeversicherung nach wie vor aussteht.

Benötigt werden tatsächliche qualitative Verbesserungen der pflegerischen Versorgung und deren Sicherung: Die beruflich Pflegenden müssen gestärkt werden. Die Bedingungen für pflegende Angehörige müssen sich verbessern.

Benötigt wird die Neustrukturierung der Kompetenzen der Gesundheitsfachberufe sowie die Anerkennung der Langzeitpflege als Teil des Gesamtsystems. Dazu muss auch eine sinnvolle Zusammenführung von SGB V- und SGB XI-Leistungen in den Blick genommen werden.

Berlin, 06.03.2023

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt- Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
Fax: + 49 30 / 398 77 304
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de

Quellen

BMG (2022): Gemeinsame Erklärung „Klimapakt Gesundheit“. Im Internet: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheit/Erklaerung_Klimapakt_Gesundheit_A4_barrierefrei.pdf (Zugriff: 01.03.2023).

DPR (2023): Pressemitteilung zum Referentenentwurf zum Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz -PUEG. Nr. 09/2023. (veröffentlicht: 01.03.2023)

DPR (2022): Verbändebündnis Digitalisierung in der Pflege: Entwurf für Aufbau und Aufgaben des Kompetenzzentrums Digitale Pflege. Im Internet: <https://deutscher-pflegerat.de/2022/07/21/verbaendebuendnis-digitalisierung-in-der-pflege-entwurf-fuer-aufbau-und-aufgaben-des-kompenzzentrums-digitale-pflege/> (Zugriff: 05.03.2023)

SVR (2023): Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. Im Internet: <https://www.svr->

gesundheits.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2023/Gesamtgutachten_ePDF_Final.pdf
(Zugriff: 01.03.2023)

Bundesregierung (2021): Koalitionsvertrag 2021-2025 „Mehr Fortschritt Wagen- Bündnis Für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit“ zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90 / Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP). Im Internet: <https://www.bundesregierung.de/re-source/blob/974430/1990812/1f422c60505b6a88f8f3b3b5b8720bd4/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1> (Zugriff: 01.03.2023)

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung [WZB] (2022): Die Umsetzung des Digital-Pakts Schule Perspektiven der schulischen Praxis auf zentrale Steuerungsfragen und -herausforderungen. Im Internet: https://www.uni-hildesheim.de/media/fb1/sozialpaedagogik/Forschung/Umsetzung_des_Digitalpakts_Schule/Projektbericht_DigitalPakt_final.pdf (Zugriff: 01.03.2023)

Abschlussbericht im Projekt „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM)“, SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Institut für Arbeit und Wirtschaft (iaw), Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKS) Bremen, August 2020
Im Internet: https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf (Zugriff 05.03.2023)

Stellungnahme der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)

Stellungnahme der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins (DV 10/23) vom 2. März 2023.

Inhalt

Vorbemerkung	3
Artikel 1 Ref-E (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	4
§ 341 Abs. 8 SGB XI-E Telematikinfrastruktur	4
Artikel 2 Ref-E (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	4
1. § 7d SGB XI-E Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten	4
2. § 8 Abs. 7, 8 SGB XI-E Vereinbarkeit und Digitalisierung	4
3. §§ 18–18e SGB XI-E Neustrukturierung und Systematisierung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	5
4. § 30 SGB XI-E Dynamisierung	6
5. § 55 Abs. 1, 3, 5 SGB XI-E Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung	6
6. § 113c SGB XI-E Personalbemessungsinstrument	7
7. § 123 SGB XI-E Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier, Verordnungsermächtigung	7
8. § 125b SGB XI-E Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege	8
Artikel 3 Ref-E (Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	9
1. §§ 36 und 37 SGB XI-E Erhöhung des Sachleistungsbetrags und des Pflegegeldes	9
2. § 39 SGB XI-E Verhinderungspflege und § 42a SGB XI-E Gemeinsamer Jahresbetrag	9
3. § 43c SGB XI-E Erhöhung der Zuschüsse zu pflegebedingten Eigenanteilen	10
4. § 44a SGB XI-E Pflegeunterstützungsgeld	10

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat am 24. Februar 2023 einen Referentenentwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) vorgelegt. Der Deutsche Verein bedankt sich für die Gelegenheit, hierzu Stellung zu nehmen. Die nachfolgende Stellungnahme zum Referentenentwurf wurde von der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins erarbeitet. Eine Beschlussfassung durch das Präsidium des Deutschen Vereins war aufgrund der kurzen Frist zur Stellungnahme bis zum 6. März 2023 nicht möglich. Wir behalten uns daher vor, ergänzende bzw. weitere Anmerkungen im laufenden Gesetzgebungsverfahren einzubringen.

Vorbemerkung

Mit dem vorliegenden Entwurf soll die häusliche Pflege gestärkt, pflegebedürftige Menschen und ihre Zu- und Angehörigen entlastet, die Arbeitsbedingungen für professionell Pflegende verbessert und die Potenziale der Digitalisierung für Pflegebedürftige und für Pflegende besser nutzbar gemacht werden. Geld- und Sachleistungsbeträge sollen 2025 und 2028 automatisch und regelhaft angepasst werden. Durch Modellvorhaben sollen Innovationen gefördert werden. Um die Einnahmesituation der sozialen Pflegeversicherung zu verbessern, sind Beitragserhöhungen vorgesehen. Außerdem soll die Berücksichtigung des Erziehungsaufwands von Eltern verfassungskonform ausgestaltet werden.

Der Deutsche Verein begrüßt grundsätzlich die genannten Ziele des Entwurfs. Positiv bewertet wird insbesondere die Einführung eines gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege sowie die Ausweitung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld auf bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr. Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins weist aber darauf hin, dass die angestrebten finanziellen Entlastungen für die pflegebedürftigen Menschen mit den im Entwurf anvisierten Fristen zu spät kommen und zu gering ausfallen. Die Kostensteigerungen der letzten Monate werden damit nicht aufgefangen. Um die genannten Ziele zu erreichen, wird eine umfassende Pflegereform, mit der die pflegebedingten Eigenanteile sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich in Höhe und Dauer begrenzt werden, als notwendig angesehen.

Zur Stabilisierung der Einnahmesituation der sozialen Pflegeversicherung sind aus Sicht des Deutschen Vereins Beitragserhöhungen alleine nicht ausreichend. In dem Entwurf fehlen wesentliche Vorschläge zur Verbesserung der Finanzierung der Pflegeversicherung. So sollte die im Koalitionsvertrag vereinbarte Finanzierung der Rentenbeiträge für pflegende Angehörige (3,7 Milliarden Euro) sowie der pandemiebedingten Zusatzkosten der Pflegekassen (5,5 Milliarden Euro) aus Steuermitteln dringend umgesetzt werden. Der Deutsche Verein stellt fest, dass der vorgelegte Referentenentwurf mit Blick auf die finanzielle Entlastung der Pflegebedürftigen und die nachhaltige Stabilisierung der Finanzierung der Pflegeversicherung deutlich hinter den Erwartungen zurückbleibt.

Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins nimmt zu ausgewählten Regelungen Stellung.

Ihre Ansprechpartnerin
im Deutschen Verein:
Dr. Anna Sarah Richter.

Artikel 1 Ref-E (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 341 Abs. 8 SGB XI-E Telematikinfrastuktur

Die Regelung sieht vor, dass die bisher weitgehend freiwillige Anbindung der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastuktur durch einen verpflichtenden Anschluss zum 1. Juli 2024 ersetzt wird.

Bewertung: Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins begrüßt diese Regelung. Eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit unter Nutzung der Potenziale der Digitalisierung kann so flächendeckend ab 1. Juli 2024 greifen. Durch die damit verbundene Möglichkeit, Verordnungen elektronisch abrufen zu können, wird die schnelle und zielgerichtete Versorgung der Pflegebedürftigen gestärkt.

Artikel 2 Ref-E (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

1. § 7d SGB XI-E Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten

Die Landesverbände der Pflegekassen werden verpflichtet, ab dem 1. April 2024 ein barrierefreies elektronisches Informationsportal zu betreiben und zu pflegen, an das Pflegeeinrichtungen und Anbieter weiterer Unterstützungsangebote ihre freien Kapazitäten und Angebote verpflichtend melden. Angehörige und vergleichbar Nahestehende, Mitarbeitende in Sozialdiensten in Krankenhäusern sowie in Beratungseinrichtungen sollen sich hier über wohnortnahe freie Plätze und Angebote informieren können.

Bewertung: Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins begrüßt die Einrichtung eines internetbasierten Informationsportals verbunden mit der verpflichtenden Benennung freier Kapazitäten, in dem sich alle an Pflege beteiligten Personen flächendeckend und tages- bzw. wochenaktuell über wohnortnahe Angebote von Pflegeeinrichtungen und -diensten sowie Unterstützungs- und Beratungsangebote informieren können. Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins weist darauf hin, dass in vielen Kommunen bereits sehr gute Internetseiten mit Übersichten über bestehende Angebote bestehen. Diese gut aufbereiteten Daten sollten genutzt werden. Besonders hervorzuheben ist, dass gemeinsame Informationsportale für mehrere oder alle Länder bestimmt und vorhandene Plattformen genutzt werden können.

2. § 8 Abs. 7, 8 SGB XI-E Vereinbarkeit und Digitalisierung

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz von 2019 wurden Fördermittel bereitgestellt, mit denen zur strukturellen Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen anteilig Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflegeberuf und Familie finanziert werden können. Diese Maßnahmen sollen zur Sicherung der Personalkapazitäten und zur Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe beitragen. Da die Mittel bislang nur zu einem geringen Anteil verwen-

det wurden, ist eine kostenneutrale Verlängerung des Förderprogramms bis 2030 vorgesehen.

In Absatz 8 ist die Ausweitung der Zielrichtung förderfähiger digitaler Anwendungen vorgesehen. Neben der Entlastung der Pflegekräfte können nun auch solche Anwendungen gefördert werden, die der Verbesserung der pflegerischen Versorgung oder der Stärkung der Teilhabe von Pflegebedürftigen dienen. Darüber hinaus soll auch die Aus-, Fort- und Weiterbildung zu digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften förderfähig werden.

Bewertung: Grundsätzlich sind Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflegeberuf und Familie zu begrüßen, es muss aber kritisch gefragt werden, ob allein über eine verbesserte Orientierung über förderfähige Maßnahmen in den Förderrichtlinien eine erhöhte Antragstellung erreicht werden kann. Nach Ansicht der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins werden in der Situation eines sich immer weiter zuspitzenden Personal Mangels keine Anträge geschrieben. Andere Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege sind notwendig.

Die Ausweitung der Zielrichtung förderfähiger digitaler Anwendungen wird von der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins begrüßt. Digitale Kommunikations- und Unterstützungstechnologien sollten in ihrer ganzen Bandbreite eingesetzt werden, damit sie sowohl für Pflegekräfte als auch für die Pflegebedürftigen selbst direkten Nutzen bringen.

3. §§ 18–18e SGB XI-E Neustrukturierung und Systematisierung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die §§ 18 bis 18e strukturieren das Verfahren zur Begutachtung für Pflegebedürftige, deren Zu- und Angehörige, die Pflegekassen und den Medizinischen Dienst zu einem schnelleren, transparenteren und besser verständlichen System in fünf neuen Vorschriften um: § 18 grundlegende Steuerungsaufgaben der Pflegekassen, § 18a Durchführung der Begutachtung, 18b Inhalte des Gutachtens, 18c Verfahren und Fristen zur Bescheiderteilung, § 18d Berichtspflichten der Pflegekassen. § 18e enthält die Grundlagen zur wissenschaftlichen Erprobung von Weiterentwicklungsmöglichkeiten des Pflegebegutachtungsverfahrens.

Bewertung: Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins begrüßt diese Neustrukturierung. Zügige, transparente und gut strukturierte Begutachtungsverfahren bilden die Grundlage für eine schnelle Verfügbarkeit der Leistungen der Pflegeversicherung, was die Versorgung Pflegebedürftiger erleichtert und Zu- und Angehörige gerade in der Anfangsphase einer neu aufgetretenen oder erhöhten Pflegebedürftigkeit entlastet. Die nunmehr neu in § 18e verankerte wissenschaftliche Erprobung von Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Pflegebegutachtung kann grundsätzlich begrüßt werden, soweit diese aber darauf abzielt, Begutachtungen im Wohnbereich durch den Einsatz telefonischer und digitaler Kommunikationsmittel zu ersetzen, muss dies kritisch betrachtet werden. Im häuslichen Umfeld sind die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und bestehende Fähigkeiten am eindeutigsten festzustellen. Auch unter dem Aspekt der Barrierefreiheit ist eine

Begutachtung in der eigenen Häuslichkeit telefonischer und digitaler Kommunikation vorzuziehen.

4. § 30 SGB XI-E Dynamisierung

Die nach geltendem Recht für das Jahr 2024 vorgesehene Leistungsdynamisierung wird auf das Jahr 2025 verschoben. Begründet wird dies mit im Entwurf vorgesehenen Leistungsanhebungen zum 1. Juli 2023 und zum 1. Januar 2024. Die Neuregelung sieht vor, dass zum 1. Januar 2025 und zum 1. Januar 2028 Geld- und Sachleistungen regelhaft in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflation dynamisiert werden. Die jeweils turnusmäßig vorgesehene Prüfung durch die Bundesregierung entfällt damit.

Bewertung: Der Deutsche Verein stellt fest, dass eine regelhafte Dynamisierung der Leistungen ein Weg ist, die pflegebedingten Eigenanteile kurzfristig zu begrenzen. Er weist jedoch darauf hin, dass die Orientierung an der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung der Spezifik der Pflege nicht gerecht wird, da die Kostenentwicklung hier eine weitaus größere Dynamik aufweist. Aus diesem Grund hat der Deutsche Verein bereits 2021 eine jährliche und regelhafte Dynamisierung der Leistungen entsprechend der Preisentwicklung und der Personalkostenentwicklung in der Pflege empfohlen.¹ Die jährliche und regelhafte Dynamisierung wird lediglich als kurzfristige Maßnahme eingeschätzt, die eine umfassende Reform der Pflegeversicherung nicht ersetzen kann. Langfristig wird das Modell des Sockel-Spitze-Tauschs mit der grundlegenden Idee eines festen und damit in der Höhe und ggf. auch in der Dauer begrenzten Eigenanteils als richtungsweisend eingeschätzt.²

5. § 55 Abs. 1, 3, 5 SGB XI-E Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung

Der bundeseinheitliche Beitragssatz wird um 0,35 Prozentpunkte erhöht. Außerdem soll die Bundesregierung mit der Neuregelung ermächtigt werden, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates den Beitragssatz anzupassen, wenn der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung absehbar das gesetzliche Soll zu unterschreiten droht.

Mit den Änderungen in Absatz 3 wird der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 umgesetzt, in dem dieses es als mit dem Grundgesetz nicht vereinbar angesehen hatte, dass beitragspflichtige Eltern in der sozialen Pflegeversicherung unabhängig von der Zahl ihrer Kinder mit gleichen Beträgen belastet werden.

Bewertung: Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins begrüßt, dass mit der vorliegenden Neuregelung der Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung stärker nach der Kinderzahl differenziert und damit der Erziehungsaufwand von Eltern berücksichtigt wird. Zur Frage, inwieweit die konkrete Ausgestaltung der Umsetzung

1 Positionen und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege, NDV 2021, 31 ff.

2 Positionen und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege, NDV 2021, 31 ff.

ausreichend und angemessen ist, kann eine Stellungnahme der Geschäftsstelle derzeit nicht abgegeben werden.

Hinsichtlich der Erhöhung des Beitragssatzes gibt der Deutsche Verein zu bedenken, dass die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung allein über Erhöhung der Beitragssätze in Zukunft nicht ausreichen wird. Die Anpassung des Beitragssatzes durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates wird vor diesem Hintergrund kritisch bewertet. Der Deutsche Verein hat bereits 2021 Empfehlungen zur Erweiterung der Finanzierungsgrundlage der Pflegeversicherung ausgesprochen. Dazu gehört ein fest an die Finanzierung spezifischer gesamtgesellschaftlicher Leistungen gebundener Steuerzuschuss.³ Im Koalitionsvertrag wurde vereinbart, die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige aus Steuermitteln zu finanzieren. Der Deutsche Verein bekräftigt diesen Vorschlag und empfiehlt, die Rentenbeiträge pflegender Angehöriger gemäß Koalitionsvertrag künftig durch einen Steuerzuschuss zu finanzieren. Darüber hinaus sollte geprüft werden, wie die Einnahmehasis der Pflegeversicherung durch Einbeziehung anderer Einkommensarten in die Beitragsbemessung verbreitert und damit weniger krisenanfällig gemacht werden kann. Vor dem Hintergrund des bestehenden Ungleichgewichts zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung, welches der ausgewogenen Lastenverteilung zwischen den beiden Versichertengruppen widerspricht, bekräftigt der Deutsche Verein die Empfehlung an den Gesetzgeber, einen Ausgleichmechanismus zu entwickeln und zu implementieren, der eine ausgewogene Lastenverteilung sicherstellt.⁴

6. § 113c SGB XI-E Personalbemessungsinstrument

Die vorgeschlagenen Änderungen in Absatz 3 zielen darauf, stationäre Pflegeeinrichtungen darin zu unterstützen, die bundeseinheitlichen Personalanhaltswerte schneller umzusetzen, indem Anreize dafür gesetzt werden, Hilfskräfte ohne Ausbildung in landesrechtlich geregelten Assistenzbildungen zu qualifizieren.

Bewertung: Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins begrüßt das Ziel, die Umsetzung des bundeseinheitlichen Personalbemessungsinstrumentes in stationären Pflegeeinrichtungen zu beschleunigen. Begrüßt wird insbesondere, dass unterschiedliche Möglichkeiten eröffnet werden, die Pflegeassistenzbildung berufsbegleitend zu absolvieren. Die Länder sind hier aufgefordert, entsprechende Regelungen und Angebote zu schaffen, sofern das noch nicht der Fall ist.

7. § 123 SGB XI-E Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier, Verordnungsermächtigung

Die Förderung regionalspezifischer versorgungssystemübergreifender Modellvorhaben vor Ort und im Quartier für Pflegbedürftige und deren Pflegepersonen ist Ziel dieser Neuregelung. Die Förderung des jeweiligen Modellvorhabens ist daran geknüpft, dass das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörper-

3 Positionen und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege, NDV 2021, 31 ff.

4 Positionen und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege, NDV 2021, 31 ff.

schaft einen Zuschuss in gleicher Höhe zur Verfügung stellen. Die förderfähigen Modellvorhaben sind auf eine Laufzeit von fünf Jahren beschränkt; eine Anschlussförderung aus Mitteln der Pflegeversicherung ist ausgeschlossen. Die Modellvorhaben können von den Regelungen des Vierten, Siebten und Achten Kapitels SGB XI abweichen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung beschließen Empfehlungen über die Voraussetzungen für die Vergabe der Fördermittel sowie das Verfahren. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit unter Beteiligung der Länder.

Bewertung: Das sehr ambitionierte Vorhaben will Hilfestrukturen vor Ort in den Quartieren der Kommunen transparenter machen, stärker vernetzen und eine Verbesserung des Zuganges und der Nutzung der Pflege- und Unterstützungsangebote am konkreten Lebensort der Pflegebedürftigen fördern, was zu begrüßen ist. Die zeitliche Befristung auf fünf Jahre ist kritisch zu betrachten. Ob langfristige und nachhaltige bereichsübergreifende Unterstützungsstrukturen und -maßnahmen in fünf Jahren unabhängig von Zuschüssen aus der Pflegeversicherung zu etablieren sind, ist fraglich. Kritisch zu hinterfragen ist auch, warum die Pflegekassen die Empfehlungen über Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung allein beschließen und hier lediglich den Ländern über die Zustimmungspflichtigkeit eine Einflussnahme ermöglicht wird, die Kommunen, die anteilig mitfinanzieren, aber keinerlei Mitsprache oder Gestaltungsrechte haben. Modellvorhaben dieser Art sind bereits in der Vergangenheit nicht zielführend gewesen. Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung wurde vereinbart, die Erfahrungen und Erfordernisse von Ländern und Kommunen zu berücksichtigen. Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins spricht sich dafür aus, dass die vereinbarte Stärkung der Kommunen zur Verwirklichung des Vorhabens gemeinsamer Modellvorhaben durch Mitsprache und Gestaltungsrechte für die Voraussetzungen der Förderung unbedingt Niederschlag finden sollte. Darüber hinaus bekräftigt der Deutsche Verein seine Empfehlungen von 2021 zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege: Um das Steuerungs- und Wirkungspotenzial kommunaler Pflegeplanung zu erweitern, empfiehlt der Deutsche Verein eine verpflichtende Berücksichtigung der kommunalen Pflegeplanung bei der Zulassung von Einrichtungen der Pflege.⁵ Situationen von Unter- und Fehlversorgung kann auf diese Weise entgegengewirkt, die vorhandenen Personalressourcen optimal genutzt und eine bedarfsgerechte und sozialraumorientierte Infrastruktur (weiter) entwickelt werden.

8. § 125b SGB XI-E Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

Vorgesehen ist die Einrichtung eines Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Aufgaben sind neben Analyse und Evaluation die Entwicklung von Handlungsempfehlungen und der Wissenstransfer. Das Kompetenzzentrum soll einen Baustein der im Koalitionsvertrag vorgesehenen Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege bilden.

⁵ Positionen und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege, NDV 2021, 31 ff.

Bewertung: Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins begrüßt die Einrichtung des Kompetenzzentrums, um die Chancen der Digitalisierung für eine bessere Versorgung der Pflegebedürftigen, der Stärkung ihrer Selbstständigkeit und Teilhabemöglichkeiten sowie der Entlastung von Pflegekräften besser zu nutzen.

Artikel 3 Ref-E (Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

1. §§ 36 und 37 SGB XI-E Erhöhung des Sachleistungsbetrags und des Pflegegeldes

Die Leistungsbeträge für ambulante Sachleistungen sowie für das Pflegegeld sollen zum 1. Januar 2024 um 5 % angehoben werden.

Bewertung: Der Deutsche Verein begrüßt ausdrücklich alle Bemühungen, die häusliche Pflege zu stärken. Dazu gehört auch die Erhöhung der Leistungsbeträge für ambulante Sachleistungen und für das Pflegegeld. Angesichts der starken Kostensteigerungen in der Pflege durch die dringend notwendige Tarifbindung und -erhöhung sowie einer hohen Inflationsrate von zeitweise über 8 % schätzt die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins die geplanten Erhöhungen allerdings als zu spät und zu niedrig ein. Die geplanten Erhöhungen werden absehbar nicht ausreichen, um die realen Kostensteigerungen auszugleichen. Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins sieht insbesondere für Pflegebedürftige, die durch ambulante Dienste versorgt werden, das Risiko einer Unterversorgung, da Leistungen nicht in ausreichendem Umfang in Anspruch genommen werden können. Die geringe und späte Erhöhung des Pflegegeldes entspricht nicht der Anerkennung und Wertschätzung, die pflegenden An- und Zugehörigen gebührt.

2. § 39 SGB XI-E Verhinderungspflege und § 42a SGB XI-E Gemeinsamer Jahresbetrag

Im neuen § 42a SGB XI-E werden die Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI-E und der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI-E zu einem gemeinsamen Jahresbetrag zusammengefasst. Dieser Betrag kann von den Anspruchsberechtigten zukünftig flexibel eingesetzt werden. Die zeitliche Höchstdauer der Verhinderungspflege wird auf acht Wochen pro Kalenderjahr angehoben und damit der der Kurzzeitpflege angepasst. Gleiches gilt für den Zeitraum der hälftigen Fortzahlung des Pflegegeldes. Die für die Verhinderungspflege bisher erforderliche Vorpflegezeit von sechs Monaten wird aufgehoben.

Bewertung: Der Deutsche Verein begrüßt die geplante Einführung eines gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege und die Anpassungen der geltenden Voraussetzungen, sie entsprechen seinen Empfehlungen aus dem Jahr 2021.⁶ Vor allem aber entspricht die Flexibilisierung der Lebensrealität der Pflegebedürftigen und ihrer Zu- und Angehörigen und verbessert ihre Situation.

⁶ Positionen und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege, NDV 2021, 31 ff.

3. § 43c SGB XI-E Erhöhung der Zuschüsse zu pflegebedingten Eigenanteilen

Die Zuschüsse zu den pflegebedingten Eigenanteilen bei stationärer Versorgung, die nach Dauer des Heimaufenthalts gestaffelt sind, sollen um 5 bis 10 % erhöht werden.

Bewertung: Der Deutsche Verein begrüßt grundsätzlich die Entlastung derjenigen Pflegebedürftigen, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben und die in starkem Maße von den steigenden Kosten in der Pflege betroffen sind. Der Deutsche Verein hat den Gesetzgeber bereits im Jahr 2021 dazu aufgefordert, Regelungen zu treffen, um die pflegebedingten Eigenanteile effektiv und dauerhaft zu begrenzen. Aus Sicht des Deutschen Vereins ist eine feste Begrenzung der Eigenanteile in Höhe und Dauer notwendig, um die pflegebedingten Kosten berechenbar zu machen. Die prozentuale Begrenzung der Eigenanteile, wie sie mit den derzeitigen Zuschüssen durch das GVWG zum 1. Januar 2022 eingeführt wurde, wird als mögliche Übergangslösung zu einer umfassenden Reform eingeschätzt.⁷ Außerdem sollte die im Koalitionsvertrag vereinbarte Übernahme der Behandlungspflege durch die Krankenversicherung umgesetzt werden.⁸

4. § 44a SGB XI-E Pflegeunterstützungsgeld

Die Änderung sieht vor, dass sich der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung künftig auf bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr beläuft.

Bewertung: Der Deutsche Verein begrüßt den Änderungsvorschlag ausdrücklich. Er entspricht seiner Empfehlung,⁹ pflegenden Angehörigen, wenn nötig regelmäßige Auszeiten zu ermöglichen, da Pflegebedürftigkeit ein dynamischer Prozess ist, in dem es immer wieder zu plötzlichen Veränderungen der benötigten Unterstützung kommen kann.

7 Positionen und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege, NDV 2021, 31 ff.

8 Positionen und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege, NDV 2021, 31 ff.

9 Positionen und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege, NDV 2021, 31 ff.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. – seit über 140 Jahren das Forum des Sozialen

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. ist das gemeinsame Forum von Kommunen und Wohlfahrtsorganisationen sowie ihrer Einrichtungen, der Bundesländer, der privatgewerblichen Anbieter sozialer Dienste und von den Vertretern der Wissenschaft für alle Bereiche der Sozialen Arbeit, der Sozialpolitik und des Sozialrechts. Er begleitet und gestaltet durch seine Expertise und Erfahrung die Entwicklungen u.a. der Kinder-, Jugend- und Familienpolitik, der Sozial- und Altenhilfe, der Grundsicherungssysteme, der Pflege und Rehabilitation. Der Deutsche Verein wird gefördert aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Impressum

Herausgeber:

Deutscher Verein für öffentliche und private
Fürsorge e.V.

Michael Löher, Vorstand

Michaelkirchstr. 17/18

10179 Berlin

www.deutscher-verein.de

E-Mail info@deutscher-verein.de

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Stellungnahme des FINSOZ e.V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)

Gerne nehmen wir zu dem Referentenentwurf wie folgt Stellung:

Grundsätzlich bietet der Gesetzesentwurf die Chance, die bisherigen Gesetze zur Digitalisierung in der Pflege nachhaltig in der Praxis ankommen zu lassen und damit die Potentiale der Digitalisierung für Pflegebedürftige und für Pflegenden noch besser nutzbar zu machen.

Artikel 1, Abs. 2

Dem § 341 wird folgender Absatz 8 angefügt:

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

Stellungnahme:

Wir begrüßen ausdrücklich die verpflichtende Anbindung aller ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an die TI, um die Potenziale der Digitalisierung für eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu nutzen. Wir stimmen zu, dass dies notwendig ist, damit aller relevanten Akteure an die TI angebunden sind und so die TI ihren potentiellen Nutzen für die pflegebedürftigen Menschen entfalten kann. Wir begrüßen auch, dass damit die Pflege als gleichwertiger Partner unter den TI-Akteuren aller Sektoren gesehen wird.

In der Begründung, B. Besonderer Teil, Zu Artikel 1, Zu Nummer 2 wird bereits auf die Modellvorhaben zur Anbindung der Pflege an die Telematikinfrastruktur nach § 125 SGB XI Bezug genommen. Gerade diese Modellvorhaben haben neben dem Problem der Anbindung (siehe unten) ein großes Problem im Finden von Kommunikationspartnern aufgezeigt. Daher ist aus unserer Sicht es nicht ausreichend, nur die Anbindung verpflichtend zu gestalten, sondern auch die Kommunikation, insbesondere über den Dienst Kommunikation im Medizinwesen (KIM) in geeigneter Form verpflichtend zu machen, z.B. in der Form, dass ein über KIM angesprochener Kommunikationspartner verpflichtend über KIM antworten muss.

Die Modellvorhaben nach § 125 SGB XI haben auch aufgezeigt, dass erhebliche Schwierigkeiten bei der Dienstleistungsauswahl und des technischen Anschlusses bestehen, wenige Pflegesoftwareanbieter bisher eine integrierte Lösung anbieten und die organisatorische Umsetzung innerhalb der Pflegeeinrichtung an vielen Stellen noch aussteht. Aufgrund dieser Erfahrungen erachten wir einen Termin 01.07.2024 für zu zeitnah. Es braucht Zeit, dass die sendenden und empfangenden Primärsoftwaresysteme standardisierte Nachrichten verarbeiten können und dass die Primärsoftwareanbieter ihre Kunden an KIM anbinden können. Bei rund 31.500 Pflegeeinrichtungen in Deutschland, optimistisch geschätzten einem Personentag je Anbindung sind durch die Primärsoftwareanbieter 31.500 Personentage oder 143 Personenjahre zu erbringen. Wir bezweifeln, dass diese Ressourcen bei den Primärsoftwareanbietern vorhanden sind.

Hinsichtlich der Finanzierung der für die Anbindung an die Telematikinfrastruktur und der laufenden Betriebskosten wird auf den § 106b SGB XI verwiesen. Auch hier haben die Erfahrungen gezeigt, dass insbesondere die tatsächlichen Kosten der Anbindung nicht ausreichend gedeckt sind, insbesondere weil Pflegeeinrichtungen nicht mit Arztpraxen zu vergleichen sind. Außerdem sollten bei der Finanzierung bereits jetzt die aktuellen Entwicklungen der TI 2.0 und die zukünftig konnektorlose TI-Anbindung Berücksichtigung finden.

Artikel 2, Abs. 4

Nach § 7c wird folgender § 7d eingefügt:

„§ 7d

Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten

(1) Zur Unterstützung von pflegebedürftigen Personen, ihren Pflegepersonen, weiteren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden, Mitarbeitenden in Sozialdiensten in Krankenhäusern sowie in Beratungseinrichtungen haben die Landesverbände der Pflegekassen ab dem 1. April 2024 für ihr jeweiliges Land ein barrierefreies elektronisches Informationsportal zu betreiben, zu pflegen und für die Nutzung im Internet öffentlich zur Verfügung zu stellen. ...“

Stellungnahme:

Im Sinne des Nutzens für Informationssuchenden sind solche Portale ausdrücklich zu begrüßen.

Sollen solche Portale, die ja auch bereits auf privatwirtschaftlicher Basis existieren und von Einrichtungsverbänden (in Teilen erfolglos) aufgebaut wurden, einen nachhaltigen Nutzen stiften und die gewünschten Ziele der Unterstützung der Informationssuchenden erreichen, so halten wir hier Anpassungen für erforderlich: 1) Es muss standardisierte bundeseinheitliche Schnittstellen geben, diese dürfen nicht der Definition der Landesverbände der Pflegekassen überlassen werden. 2) Die Informationen müssen nicht nur mittels elektronischer Verfahren übermittelt, sondern vollständig automatisiert aus den Primärsystemen der Pflegeeinrichtungen übertragen werden können. 3) Frei verfügbare Kapazitäten sollten zu allen Leistungen aller Pflegeeinrichtungen bereitgestellt werden.

Artikel 2, Abs. 5

§ 8 wird wie folgt geändert:

...

b) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird ein einmaliger Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um digitale Anwendungen, insbesondere zur Entlastung der Pflegekräfte, zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowie für eine stärkere Beteiligung der Pflegebedürftigen zu fördern. Förderfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen, die beispielsweise die Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur, Investitionen in die IT- und Cybersicherheit, das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren und die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen unterstützen.“

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Förderfähig sind auch die Aus-, Fort- und Weiterbildungen zu digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften in der Langzeitpflege.“

Stellungnahme:

Diese Regelungen sind zu begrüßen, insbesondere die stärkere Förderung der Anbindung der Pflege an die TI als auch die Entfristung. Die Möglichkeit, auch die digitale Grundausstattung der Bewohnerzimmer mit Internet- und WLAN-Anschlüssen fördern zu lassen, war bereits eine Forderung von früheren FINSOZ-Positionspapieren.

Hinsichtlich der TI-Anbindung sollte jedoch bei den Fördermöglichkeiten auch die Schulung bzw. Aufklärung der Bewohner:innen und Kund:innen der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen aufgenommen werden.

Weiterhin sehen wir es kritisch, dass Einrichtungen, die bisher schon digital gedacht und daher ihr Budget bereits ausgeschöpft haben, insbesondere vor dem Hintergrund der neuen Fördertatbestände sowie der weitreichenden Digitalisierungsbedarfe und auch -vorgaben in der Pflege nicht erneut ein Budget bereitgestellt bekommen.

Die Pflege ist insbesondere bei der Finanzierung der Kosten für Anschaffung und Betrieb digitaler Lösungen komplett unterfinanziert. Insofern sind 12.000 Euro ein Anreiz für Investitionen, lösen aber nicht das grundsätzliche Problem.

Artikel 2, Abs. 12

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

...

§ 18e

Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung

...

(2) Der Medizinische Dienst Bund beauftragt im Rahmen der Modellvorhaben nach Absatz 1 bis spätestens [einsetzen: Datum des letzten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine wissenschaftliche Studie zu den Auswirkungen, die ein ersatzweiser oder ergänzender Einsatz telefonischer und digitaler Kommunikationsmittel bei der Untersuchung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit auf das Begutachtungsverfahren und das Begutachtungsergebnis, ...“

Stellungnahme:

Wir begrüßen ausdrücklich den Ansatz, diese Verfahren digitaler zu gestalten. Die Modellvorhaben sollten unbedingt nutzerzentriert gestaltet werden, d.h. alle Betroffenen mit einbinden.

Artikel 2, Abs. 17

§ 40a Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 8 werden nach dem Wort „hinausgehen“ die Wörter „oder deren Kosten die Vergütungsbeträge nach § 78a Absatz 1 Satz 1 übersteigen“ gestrichen.

Stellungnahme:

Wir begrüßen die Klarstellung, dass die nach § 78a Absatz 1 Satz 1 SGB XI für digitale Pflegeanwendungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Herstellern vereinbarten Vergütungsbeträge für die Hersteller und gegenüber den Pflegebedürftigen bindend sind. Dies schafft einen Schutz für den Verbraucher, die Preisfindung muss vorher in den Verhandlungen final abgeschlossen worden sein.

Artikel 2, Abs. 32

In § 113 wird in Absatz 1 nach Satz 2 folgender Satz angefügt:

„Die Anforderungen sind so zu gestalten, dass die Pflegedokumentation in der Regel vollständig in elektronischer Form erfolgen kann.“

Stellungnahme:

Als Digitalverband, der sowohl die Primärsoftwareanbieter als auch -nutzer vertritt, begrüßen wir diese Ergänzung. Wir können aus eigenen Untersuchungen bestätigen, dass eine vollständig elektronische Dokumentation im Alltag der Pflegekräfte für optimierte Abläufe und Arbeitserleichterungen sorgt. Daher halten wir diese Gesetzesergänzung für geeignet, dass alle ambulanten und insbesondere stationären Pflegeeinrichtungen auch im Bereich der Pflegedokumentation von den Möglichkeiten der Digitalisierung profitieren.

Da die Pflegefinanzierung jedoch nicht den marktwirtschaftlichen Grundsätzen von Investition und „Return on Invest“ genügt, stellt sich auch an dieser Stelle die Frage nach der Grundfinanzierung der Digitalisierung in der Pflege.

Artikel 2, Abs. 40

Nach § 125a wird folgender § 125b eingefügt:

„§ 125b

Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

(1) Beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege eingerichtet. Die Aufgaben des Kompetenzzentrums umfassen:

- 1. Regelmäßige Analyse und Evaluation der Umsetzung digitaler Potentiale im Bereich der Langzeitpflege,*
- 2. Entwicklung von konkreten Empfehlungen insbesondere für Leistungserbringer, Pflegekassen, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege sowie für Pflegeberatungsstellen, mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Digitalisierung in der Langzeitpflege,*
- 3. Unterstützung des Wissenstransfers bei Themen der Digitalisierung in der Langzeitpflege für pflegebedürftige Menschen, pflegende An- und Zugehörige, beruflich Pflegenden und Pflegeberatende mit geeigneten Maßnahmen.*

(2) Für die Einrichtung des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung 10 Millionen Euro im Zeitraum von 2023 bis 2027 zur Verfügung gestellt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Inhalte, Planung und Durchführung des Kompetenzzentrums im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und im Benehmen mit den Verbänden der Pflegekassen, den Ländern, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, dem Deutschen Pflegerat, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie mit der Gesellschaft für Telematik und – soweit vorhanden – mit Kompetenzzentren auf Bundes- und Landesebene. Die Gesellschaft für Telematik soll insbesondere aufgrund eventuell möglicher Schnittstellen bei der Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur

beteiligt werden. Für die Förderung gilt § 8 Absatz 3 Satz 5, 8 und 12 entsprechend.

(3) Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.

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

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen richtet einen Beirat zur Begleitung der Arbeit des Kompetenzzentrums im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit ein. Der Beirat besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der Länder, der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene, der Verbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, dem Deutschen Pflegerat, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Gesellschaft für Telematik, der Wissenschaft sowie des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, des Bundesministeriums für Gesundheit und der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung.

(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen informiert regelmäßig und aktuell über die Aktivitäten und Ergebnisse des Kompetenzzentrums auf einer eigens dafür eingerichteten Internetpräsenz.“

Stellungnahme:

Wir begrüßen außerordentlich diesen gesetzlichen Vorstoß, mit einem Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege die Potentiale der Digitalisierung in der Langzeitpflege im Sinne der Verbesserung und Stärkung der pflegerischen Versorgung sowohl für die Betroffenen als auch die Pflegenden noch besser identifizieren und verbreiten zu können. Bereits beim Gespräch mit Herrn Bundesminister Prof. Dr. Lauterbach am 13.06.2022 hatte FINSOZ gemeinsam mit anderen Pflege- und Digitalisierungsverbänden eine solche Einrichtung gefordert. Die Aufgaben des Kompetenzzentrums sind im Gesetzesentwurf passend wiedergegeben, insbesondere auch der Einbezug des Wissenstransfers. Auch bei der Zieldefinition, inhaltlichen Ausgestaltung, Planung und Durchführung auf einen breiten Konsens zu setzen verschiedener Stakeholder zu setzen, halten wir für den richtigen Weg.

Kritisch sehen wir bei diesem für die Zukunft der Pflegedigitalisierung bestimmenden Vorhaben die prägende Rolle des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen. In der Vergangenheit hat sich mehrfach gezeigt (u.a. beim Strukturmodell für die Entbürokratisierung der Pflege), dass eine projektorientierte Organisationsform mit einem unabhängig gebildeten Projektteam und einem „schlanken“ Lenkungskreis gebildet aus den Akteuren der Selbstverwaltung zielführender sein kann.

Der Gesetzesentwurf schöpft noch nicht ausreichend die Wissenspotentiale um die Digitalisierung in der Pflege in Deutschland aus. Neben den Kompetenzzentren auf Bundes- und Landesebene sollten die zahlreichen Pflege-Digitalisierungsprojekte auf Landes-, Bundes- und EU-Ebene identifiziert und

nicht nur für die Benehmenseinholung, sondern auch für die Analyse, Entwicklung von Empfehlungen und gerade beim Wissenstransfer genutzt werden.

**Stellungnahme der unparteiischen Mitglieder des
Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
vom 06.03.2023**

**zum Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und
Entlastung in der Pflege**

Zu Artikel 1 „Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“

Zu Nummer 1a (neu)

§ 137f SGB V

Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

Änderungsvorschlag:

In § 137f Absatz 8 Satz 1 und 2 werden die Wörter „medizinischer Anwendungen“ durch die Angabe „Gesundheitsanwendungen gemäß §§ 33a, 139e Absatz 2 SGB V“ ersetzt.

Begründung:

Mit dem am 11. Mai 2019 in Kraft getretenen Terminservice- und Versorgungsgesetz erteilte der Gesetzgeber dem G-BA den Auftrag, bei der Erstfassung einer Richtlinie zu den Anforderungen nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Richtlinie) sowie bei jeder regelmäßigen Überprüfung seiner DMP-Richtlinie die Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen (DimA) zu prüfen. Daneben besteht seit dem Inkrafttreten des Digitale-Versorgung-Gesetzes am 19. Dezember 2019 ein Anspruch für Versicherte auf digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) gemäß §§ 33a und 139e SGB V. Das BfArM hat dabei die Aufgabe, über Anträge von Herstellern zur Aufnahme in das Verzeichnis erstattungsfähiger DiGA zu entscheiden.

Anders als bei den detaillierten Anforderungen an DiGA in der Regelversorgung (§§ 33a, 139e SGB V) gibt es für DimA in DMP (§ 137f Absatz 8 Satz 1 SGB V) keine gesetzlichen Voraussetzungen. Allein eine „Eignung“ für strukturierte Behandlungsprogramme wird vorausgesetzt. Auf diese Weise wird eine geringere Qualität sogar bei digitalen Anwendungen höherer Risikoklassen in Kauf genommen.

Der Versuch, den gesetzlichen Auftrag zu vertretbaren Lösungen zu führen, hat die erforderliche Beratungszeit zur Aktualisierung eines DMP im G-BA fast verdoppelt. Der G-BA ist sich bewusst, dass die Neuerstellung und Aktualisierung von DMP eine für die Versorgung prioritäre Aufgabe ist. Dabei können digitale Anwendungen ein großer Gewinn für die Versorgung chronisch kranker Versicherter sein.

Der G-BA befürwortet aus diesem Grunde eine Harmonisierung des Leistungsbereichs: Digitale Produkte in DMP sind auf erstattungsfähige, dauerhaft in das BfArM-Verzeichnis aufgenommene DiGA oder sonstige, über das allgemeine Leistungsrecht einbezogenen erstattungsfähigen digitalen Produkte – also als Teil einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode oder als Hilfsmittel – zu beziehen. Die derzeitige grenzenlose Öffnung für alle weiteren digitalen Produkte ist anzupassen.

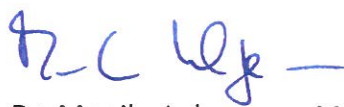
Der G-BA kann dann bei der Erstfassung einer Richtlinie zu den Anforderungen nach § 137f Absatz 2 SGB V sowie bei jeder regelmäßigen Aktualisierung prüfen, ob eine dauerhaft ins BfArM-Verzeichnis aufgenommene DiGA für die Versorgung der Patientengruppe in dem strukturierten Behandlungsprogramm geeignet ist. Die Neuausrichtung der Prüfung würde die Beratungseffizienz beim G-BA spürbar erhöhen, eine eingehende Beschäftigung mit der versorgungsrelevante Frage der entscheidenden (digitalen) Leistungsinhalte ermöglichen sowie dem derzeitigen Risiko einer Zwei-Klassen-Medizin im Bereich digitaler Produkte in DMP vorbeugen.

Änderungsvorschlag im Änderungsmodus:

„(8) Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft bei der Erstfassung einer Richtlinie zu den Anforderungen nach Absatz 2 sowie bei jeder regelmäßigen Überprüfung seiner Richtlinien nach Absatz 2 Satz 6 die Aufnahme geeigneter digitaler ~~medizinischer Anwendungen~~ Gesundheitsanwendungen gemäß §§ 33a, 139e Absatz 2 SGB V. Den für die Wahrnehmung der Interessen der Anbieter digitaler ~~medizinischer Anwendungen~~ Gesundheitsanwendungen gemäß §§ 33a, 139e Absatz 2 SGB V auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen einzubeziehen. Die Krankenkassen oder ihre Landesverbände können den Einsatz digitaler medizinischer Anwendungen in den Programmen auch dann vorsehen, wenn sie bisher nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss in die Richtlinien zu den Anforderungen nach Absatz 2 aufgenommen wurden.“



Prof. Josef Hecken
(Unparteiischer Vorsitzender)



Dr. Monika Lelgemann MSc
(Unparteiisches Mitglied)



Karin Maag
(Unparteiisches Mitglied)



Spitzenverband

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 07.03.2023**

**zum Referentenentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit
zum Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und
Entlastung in der Pflege
(Pflegeunterstützungs– und –entlastungsgesetz – PUEG)
vom 20.02.2023**

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



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	4
II. Stellungnahme zum Referentenentwurf	8
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	8
§ 341 – Elektronische Patientenakte	8
Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	10
§ 7a – Pflegeberatung	10
§ 7d – Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten.....	11
§ 8 – Gemeinsame Verantwortung	14
§§ 18 bis 18e – Verfahren der Begutachtung	18
§ 18 – Beauftragung der Begutachtung.....	19
§ 18a – Begutachtungsverfahren	22
§ 18b – Gutachten.....	27
§ 18c – Entscheidung über den Antrag	28
§ 18d – Berichtspflichten.....	31
§ 18e – Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung	32
§ 30 – Dynamisierung	34
§ 40a – Digitale Pflegeanwendungen	36
§ 40b – Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen.....	38
§§ 55 und 58 – Beitragssatz, Beitragssatzdifferenzierung nach Kinderzahl	40
§§ 61a – Beteiligung des Bundes an Aufwendungen.....	45
§ 75 – Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung	46
§ 78a – Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung	48
§ 113b – Maßstäbe und Grundsätze.....	50
§ 113b – Maßstäbe und Grundsätze.....	51
§ 113c – Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen	52
§ 123 – Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier, Verordnungsermächtigung.....	55
§ 124 – Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der gemeinsamen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier.....	57
§ 125b – Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege	58
§ 135 – Zuführung der Mittel.....	62
Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	63
§ 36 – Pflegesachleistung	63
§ 37 – Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen	64
§ 42a – Gemeinsamer Jahresbetrag.....	65

§ 43c – Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen	68
§ 44a – Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung	69
§ 46 – Pflegekassen.....	70
§ 108 – Auskünfte an Versicherte	71
II. Ergänzender Änderungsbedarf.....	72
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	72
§ 219d – Nationale Kontaktstellen	72
§ 293 SGB V – Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer	73
§302 SGB V – Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer	73
Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch).....	77
§ 72 SGB XI – Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag.....	77
§ 82c SGB XI – Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen	77
§ 84 SGB XI – Bemessungsgrundsätze.....	79
§ 106 b Abs. 4 SGB XI – Finanzierung der Einbindung der Pflegeeinrichtung in die Telematikinfrastruktur.....	82
§ 125a – Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege	83
§ 150 SGB XI – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige	84
§ 154 SGB XI – Ergänzungshilfen für stationäre Pflegeeinrichtungen zum Ausgleich steigender Preise für Erdgas, Wärme und Strom.....	85

I. Vorbemerkung

Aufgrund der sich – trotz verschiedener gesetzlicher Neuerungen in den letzten Jahren – zuspitzenden Situation in der Pflege in Deutschland haben die Parteien der Ampel-Koalition folgerichtig im Koalitionsvertrag verschiedene Maßnahmen zur Stabilisierung der pflegerischen Versorgung vereinbart. Zum einen betrifft dies die Unterstützung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehöriger, indem ambulante Leistungen dynamisiert, ausgebaut und flexibilisiert und die Eigenanteile in der vollstationären Pflege abgesenkt werden sollen. Zum anderen hat die Regierungskoalition den Schutz vor einer finanziellen Überforderung von pflegebedürftigen Personen, ihren Angehörigen und den Beitragszahlenden als gesamtgesellschaftliche Aufgabe erkannt.

Mit dem vorgelegten Referentenentwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) sollen konkrete Schritte zur Verbesserung der Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen, ihrer Angehörigen und anderer Pflegepersonen ergriffen werden. Auch wenn der Versuch in den vorgelegten Maßnahmen nicht zu verkennen ist, einen Ausgleich für die gestiegenen Pflegekosten für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen zu schaffen, muss dieser Versuch weitestgehend als zu kurz gegriffen bewertet werden.

Das Bekenntnis zu Stabilität und Nachhaltigkeit im Umgang mit sozialen Ressourcen muss aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes mit wirksamen Maßnahmen hinterlegt werden. Aufgrund der offensichtlich innerhalb der Regierungskoalition bestehenden gegenläufigen Prioritätensetzungen entsteht eine Situation, in der ein ganzer Sozialversicherungszweig in Bezug auf die finanzielle Ausgestaltung zusehends nicht mehr angemessen seinem Auftrag zur Absicherung eines zentralen Lebensrisikos – hier das Risiko der Pflegebedürftigkeit – nachkommen kann. Dies lässt sich auch nicht durch eine kreditfinanzierte Überbrückung fehlender Einnahmen verschleiern.

Leistungsverbesserungen nicht ausreichend

Die vorgelegten Leistungsverbesserungen wie die Zusammenlegung der Budgets Kurzzeit- und Verhinderungspflege sind sinnvoll und unterstützen die Situation der Betroffenen. In der Gesamtbetrachtung erweisen sich die vorgesehenen Anpassungen der Leistungsansprüche jedoch als nicht ausreichend und bleiben sowohl deutlich hinter der erheblichen Kostenentwicklung der vergangenen Jahre als auch der bereits im Status quo gesetzlich normierten Leistungsdynamisierung zurück. So fand die letzte Erhöhung des Pflegegeldes zum Jahresbeginn 2017 statt und hätte zum Jahresbeginn 2021 erneut erfolgen müssen. Das bedeutet, dass im nunmehr siebten Jahr ein unveränderter Leistungsanspruch ungeachtet der Inflation und allgemeinen Brutto Lohnentwicklung gilt. Pflegebedürftige Personen, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, erfahren dadurch eine laufende Entwertung der geleisteten Angehörigenpflege.

Würde zum Beispiel die bereits geltende gesetzliche Normierung umgesetzt, betrüge das Pflegegeld für Pflegegrad 3 im Jahr 2025 monatlich 596 Euro (heute 545 Euro). Wäre die Dynamisierung nach § 30 SGB XI im Jahr 2021 nicht ausgesetzt worden, ergäbe sich im Jahr 2025 sogar ein Pflegegeld von 624 Euro monatlich. Mit der im Gesetzentwurf vorgesehenen gestaffelten Dynamisierung um 5 Prozent zum 01.01.2024 und um weitere 5 Prozent zum 01.01.2025 wird das Pflegegeld im Jahr 2025 hingegen nur 601 Euro betragen; dies wäre scheinbar ein leichtes Plus von 5 Euro im Monat, tatsächlich für die Pflegebedürftigen aber eine vorenthaltene Steigerung um monatlich 23 Euro. Noch deutlicher fällt die Differenz am Beispiel der Tages- und Nachtpflege aus. Auch hier wurden die Leistungsbeträge zuletzt 2017 angepasst. Die Umsetzung der bereits geltenden gesetzlichen Normierung würde im Jahr 2025 für Pflegegrad 3 einen Leistungsbetrag von 1.420 Euro anstelle der heutigen 1.298 Euro bedeuten. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Anhebung um 5 Prozent zum 01.01.2025 würde lediglich zu einem Leistungsbetrag von 1.363 Euro führen, also einem um 57 Euro geringeren monatlichen Zahlbetrag. Zusammen mit der im Jahr 2021 vorenthaltene Dynamisierung würden die pflegebedürftigen Menschen sogar um rund 124 Euro schlechter gestellt.

Dynamisierung der Leistungen bildet die Realität nicht ab

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

Keine nachhaltige Finanzierung

Im Koalitionsvertrag wurde aus gutem Grund vereinbart, konkrete versicherungsfremde Leistungen aus Steuermitteln zu finanzieren. Die Bundesregierung unterlässt mit dem vorliegenden Referentenentwurf jedoch die Refinanzierung der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige sowie die noch ausstehende vollständige Erstattung der pandemiebedingten Mehrausgaben der Pflegekassen, die bisher von den Beitragszahlenden geschultert wurden. Anstelle einer Übernahme der finanziellen Verantwortung für diese originär staatlichen Aufgaben sieht der Referentenentwurf einige alternative Maßnahmen vor, die allerdings einer nachhaltigen Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung widersprechen.

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

Die gegenwärtig schwierige Finanzlage der sozialen Pflegeversicherung soll damit zulasten von Beitragszahlenden der Zukunft gelöst werden. Vor diesem Hintergrund ist die Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes von 3,05 Prozent auf 3,40 Prozent zwar nicht grundsätzlich abzulehnen, aber dennoch kritisch zu bewerten. Es ist festzustellen, dass die Beitragszahlenden vor allem deshalb in diesem Ausmaß belastet werden, weil der Bund seiner Finanzierungsverantwortung für versicherungsfremde Leistungen nicht nachzukommen bereit scheint. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollten die vorgesehenen Beitragsmehreinnahmen jedoch vollumfänglich in die Verbesserung der pflegerischen Versorgung fließen. Für das laufende Jahr bedeutet die vorgesehene Kombination aus Lastenverschiebung und Beitragssatzanhebung zum 01.07.2023 zunächst eine Stabilisierung der angespannten Finanzsituation. Ob sie die soziale Pflegeversicherung bis ans Ende der Legislaturperiode finanziell stabilisieren kann, ist dabei aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes jedoch keinesfalls sichergestellt.

Verordnungsermächtigung schränkt parlamentarische Entscheidungsmöglichkeiten ein

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

Späte Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils vom 07.04.2023

Die viel zu späte Konkretisierung der Regelungen, mit denen der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 07.04.2022 zur differenzierten Berücksichtigung der Kinderzahl bei der Beitragsbemessung in der sozialen Pflegeversicherung umgesetzt werden soll, führt dazu, dass die beitragsabführenden Stellen (Arbeitgebende, Rentenversicherungsträger und Zahlstellen)

sowie die Krankenkassen als Einzugsstellen nicht sicherstellen können, dass alle Mitglieder mit mehr als einem Kind entsprechend der klaren Fristsetzung des Bundesverfassungsgerichts ab Juli 2023 (bzw. ab August 2023 bei freiwilligen Mitgliedern) entlastet werden. Vielfach wird die Feststellung der Zahl der bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigenden Kinder nicht rechtzeitig erfolgen können und eine rückwirkende Korrektur von überzahlten Beiträgen erfordern. Weitere zeitliche Verzögerungen können sogar dazu führen, dass beitragsabführende Stellen selbst dann abrechnungstechnisch nicht in der Lage sind, die Beiträge entsprechend der Fristvorgabe des Bundesverfassungsgerichts zu berechnen, wenn die Zahl der Kinder bereits festgestellt ist. Dies käme einer nicht rechtmäßigen Beitragsbemessung gleich.

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

Bund, Länder und Kommunen in der Pflicht

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

II. Stellungnahme zum Referentenentwurf

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 341 – Elektronische Patientenakte

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 341 SGB V wird ein neuer Absatz 8 angefügt, mit dem ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI verpflichtet werden, bis zum 1. Juli 2024 alle Voraussetzungen zu erfüllen, um den Zugriff auf die elektronische Patientenakte und den Anschluss an die Telematikinfrastruktur umzusetzen.

B) Stellungnahme

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 7a – Pflegeberatung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

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

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 7d – Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Unterstützung von pflegebedürftigen Personen, ihren Pflegepersonen, weiteren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden, Mitarbeitenden in Sozialdiensten in Krankenhäusern sowie in Beratungseinrichtungen bei der Information und Suche nach entsprechenden Angeboten sollen die Landesverbände der Pflegekassen ab dem 01.04.2024 für ihr jeweiliges Land ein internetbasiertes Informationsportal schaffen. Neben allgemeinen Informationen zur Pflegeversicherung sollen Informationen zu frei verfügbaren Angeboten von ambulanten Pflegeeinrichtungen wochenaktuell und von stationären Pflegeeinrichtungen tagesaktuell, Informationen über die Pflegeberatung und Pflegekurse sowie über Entlastungs- und Unterstützungsangebote zur Verfügung gestellt werden.

Die Landesverbände der Pflegekassen können landesbezogene Informationsportale oder ein gemeinsames Informationsportal für alle Länder bestimmen. Die Pflegeeinrichtungen sollen zur Übermittlung der Daten an die Landesverbände der Pflegekassen verpflichtet werden, Anbieter weiterer Angebote sollen auf Antrag in das Informationsportal aufgenommen werden können. Nach Aufnahme ins Informationsportal besteht seitens der Pflegeeinrichtungen und der Angebotsanbieter die Pflicht zur Aktualisierung der Daten. Das Nähere zur Datenübermittlung und den Aufbau des Informationsportals sollen die Landesverbände der Pflegekassen im Benehmen mit den Vereinigungen der Pflegeeinrichtungen auf Landesebene festlegen.

Der GKV-Spitzenverband soll dem Bundesministerium für Gesundheit alle zwei Jahre, erstmals zum 01.07.2025, einen Bericht über das Informationsportal bzw. die Informationsportale bzgl. Aufbau, Nutzung sowie Vorschläge zur Weiterentwicklung der Informationsportale vorlegen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) leitet den Bericht an den Deutschen Bundestag weiter.

B) Stellungnahme

Durch die Errichtung elektronischer Informationsportale werden pflegebedürftige Personen, ihre Pflegepersonen, weitere Angehörige und vergleichbar Nahestehende bei der Suche von Versorgungsangeboten zielgenau unterstützt. Dies betrifft insbesondere Informationen über freie Kapazitäten ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen. Zwar bestehen auch schon

bisher Informationsportale der Pflegekassen mit hinreichenden Informationen zu den Versorgungsangeboten in dem jeweiligen Bundesland, jedoch bieten diese bisher noch keine Informationen zu den freien Kapazitäten. 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. Pflegebedürftige Personen, weitere Angehörige und vergleichbar Nahestehende sind bisher darauf angewiesen, Pflegeeinrichtungen zu kontaktieren. Dies nimmt insbesondere im Falle einer kurzfristig erforderlichen Versorgung viel Zeit in Anspruch. Daher ist die geplante Errichtung eines elektronischen Informationsportals zielführend. Bei der Fristsetzung sollte der gebotenen Sorgfalt auch durch eine schrittweise Umsetzung Rechnung getragen werden. Damit die Landesverbände der Pflegekassen tagesaktuelle bzw. wochenaktuelle Kapazitäten und Informationen bereitstellen können, muss gewährleistet sein, dass Pflegeeinrichtungen und Angebotsanbieter ihre Daten übermitteln. Insofern ist die vorgesehene Pflicht zur Datenübermittlung seitens der Pflegeeinrichtungen und Angebotsanbieter an die Landesverbände der Pflegekassen zwingend erforderlich und damit sachgerecht. 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 tages- bzw. wochenaktuell sind. Durch die im Informationsportal zur Verfügung stehenden Informationen kann zudem die Beratung und das Entlassmanagement passgenauer als bisher schon unterstützend tätig werden.

Da die Pflicht zur Meldung verfügbarer Kapazitäten und Erreichbarkeiten für Pflegeeinrichtungen ab dem 1.10.2024 besteht, können Pflegekassen diese Angaben frühestens ab dem 1.10.2024 veröffentlichen.

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 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.

C) Änderungsvorschlag

Satz 2 Ziffer 1 wie folgt formuliert:

1. „ab dem 1.10.2024 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 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 8 – Gemeinsame Verantwortung

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Die Änderung in § 8 Absatz 7 Satz 1 SGB XI betrifft die Förderung von Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Die Fördermittel sollen nunmehr bis zum Jahr 2030 (vormals bis zum Jahr 2024) bereitgestellt werden.

b) Die folgenden Änderungen (**aa**), **bb**) und **cc**) betreffen die Digitalisierungsförderung ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen:

aa) Der bislang bis zum Ende des Jahres 2023 befristete Zuschuss aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung soll nunmehr unbefristet bereitgestellt werden. Durch die Änderungen in § 8 Absatz 8 wird der Förderzweck erweitert, sodass die Förderung nicht mehr nur zur Entlastung der Pflegekräfte dienlich sein muss, sondern auch die Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowie eine stärkere Beteiligung der Pflegebedürftigen zum Zweck haben kann. Konkretisiert wurden auch die förderfähigen Anschaffungen. Förderfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen, die beispielsweise die Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur, Investitionen in die IT- und Cybersicherheit, das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren und die Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen unterstützen.

bb) Auch die förderfähigen Aus-, Fort- und Weiterbildungen wurden dahingehend konkretisiert, dass diese digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften in der Langzeitpflege zum Inhalt haben können.

cc) Die Änderung sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband die Digitalisierungs-Richtlinien bis zum 31.03.2023 entsprechend anzupassen hat.

B) Stellungnahme

a) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sollen nunmehr bis zum Jahr 2030 (vormals bis zum Jahr 2024) jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt werden, um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zu fördern, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeitenden zu verbessern. Dass dadurch Pflegeeinrichtungen die verfügbaren Mittel auch weiterhin nutzen können, wird begrüßt. Jedoch ist es nicht nachzuvollziehen, warum deren Finanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds 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

b) Die Änderungen im Rahmen der Digitalisierungsförderung (**aa**), **bb**) und **cc**) sind mit den dargelegten Einschränkungen sachgerecht:

aa) Der nunmehr ohne zeitliche Befristung einmalig bereitgestellte Zuschuss wird begrüßt. So können Pflegeeinrichtungen, die den Zuschuss im Rahmen des vormals befristeten Zeitraums noch nicht in Anspruch genommen haben, von der Digitalisierungsförderung über das Jahr 2023 hinaus profitieren.

Die neue Formulierung des § 8 Absatz 8 Satz 1 SGB XI zur Erweiterung der Zwecksetzung der Förderung wird begrüßt: Müssen Anschaffungen von digitaler/technischer Ausrüstung bisher ausschließlich zur Entlastung der Pflegekräfte eingesetzt werden, sollen diese nunmehr neben der Entlastung der Pflegekräfte auch zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Pflegebedürftigen sowie zur Stärkung ihrer Teilhabe dienen können. Dass die förderfähigen Anschaffungen demnach auch der Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Pflegebedürftigen sowie der Stärkung ihrer Teilhabe dienen können, erweitert die Fördermöglichkeiten ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen.

Der neue Satz 2 konkretisiert die förderfähigen Anschaffungen, die vormals größtenteils in Satz 1 verankert waren. In den Fördertatbestand wurde jedoch die Anbindung der

Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastuktur neu aufgenommen. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass gemäß § 106b SGB XI ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen zum Ausgleich der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten, die den Leistungserbringern in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastuktur entstehen, sowie der Kosten, die den Leistungserbringern im laufenden Betrieb der Telematikinfrastuktur entstehen, Erstattungen erhalten. Die Förderung für die Anbindung an die Telematikinfrastuktur und der damit verbundenen Kosten ist hier daher zu streichen, weil sie bereits durch die TI-Startpauschale abgegolten sind. Das käme einer Doppelfinanzierung gleich und ist daher abzulehnen.

Bei genauer Betrachtung ist gemäß der vorgesehenen gesetzlichen Änderung in Satz 2 nicht eindeutig, ob sich die beispielhafte Aufzählung nach „Schulungen, [...]“ nur auf die „Schulungen“ bezieht oder auch auf „Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung“. Nach entsprechender Auslegung trifft wohl letzteres zu. Daher ist eine eindeutigere Formulierung ohne mögliche Differenzen der Auslegung im Rahmen der praktischen Umsetzung bei der Prüfung der Förderanträge zu begrüßen. Darüber hinaus ist die Abgrenzung der Förderfähigkeit von „Schulungen“ einerseits (Satz 2) und Aus-, Fort- und Weiterbildungen andererseits (neuer Satz nach Satz 2) nicht nachvollziehbar, so dass es hier einer entsprechenden Ergänzung der Aus-, Fort- und Weiterbildungen bedarf.

bb) Zu begrüßen ist die nach Satz 2 geregelte gesetzliche Konkretisierung förderfähiger Aus-, Fort- und Weiterbildungen zu digitalen Kompetenzen. Zu ergänzen sind hier jedoch noch „Schulungen“, da auch die Förderfähigkeit von Schulungen zu digitalen Kompetenzen sachgerecht ist und eine Abgrenzung hier nicht nachvollziehbar ist. Die Abgrenzung zwischen Schulungen, Aus-, Fort- und Weiterbildungen sollte in der Praxis im Rahmen der Prüfung der Förderanträge nicht unnötig erschwert werden.

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

C) Änderungsvorschlag

- a) In § 61a wird ein neuer Absatz 4 eingefügt.

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.

- b) **aa)** und **bb)** sind wie folgt anzupassen:

aa) In Satz 2 wird vor „Schulungen“ eingefügt „Aus-, Fort und Weiterbildungen und“. Nach „Schulungen“ wird ein Punkt gesetzt, so dass der Satz in Gänze lautet:

„Förderfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene **Aus-, Fort und Weiterbildungen und Schulungen**.

Es folgt ein neuer Satz, in dem „die Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur“ gestrichen wird, so dass der Satz in Gänze lautet: „Förderfähig sind beispielsweise solche Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Aus- Fort- und Weiterbildungen und Schulungen, die die Investitionen in die IT- und Cybersicherheit, das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren und die Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen unterstützen.“

bb) In dem neuen nach Satz 2 eingefügten Satz wird nach „Aus-, Fort- und Weiterbildung“ „und Schulungen“ eingefügt, so dass der Satz in Gänze lautet: „Förderfähig sind auch die Aus-, Fort- und Weiterbildungen **und Schulungen** zu digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften in der Langzeitpflege.

cc) In dem neuen Satz 6 wird die Angabe „31. März 2019“ durch die Angabe 31.10.2023 ersetzt.

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§§ 18 bis 18e – Verfahren der Begutachtung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 18 – Beauftragung der Begutachtung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 18a – Begutachtungsverfahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

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

Der GKV-Spitzenverband Unsicherheit aufgefangen. Eine Gleichbehandlung von ambulant und stationär versorgten Versicherten wird befürwortet

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

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

Zusätzlich ist auf operative Hürden hinzuweisen. Ziel für alle Beteiligten ist es, einen schlanken und reibungslosen Prozess sicherzustellen. Damit der Medizinische Dienst innerhalb von 10 Arbeitstagen die Begutachtung durchführen kann, muss gewährleistet sein, dass der Medizinische Dienst weiß, ab wann der Versicherte in der Kurzzeitpflegeeinrichtung ist, in welcher Einrichtung sich der Versicherte befindet, ob nicht gegebenenfalls Unterbrechungen durch einen Krankenhausaufenthalt entstehen und ob der Versicherte am angedachten Begutachtungstag noch in der Einrichtung ist. Aktuell ist es in der Praxis so, dass die Pflegekasse nicht immer zeitnah eine entsprechende Mitteilung von der Kurzzeitpflegeeinrichtung erhält. begrüßt diese Regelung, weil die Versicherten in diesen Fällen innerhalb einer Frist von 10 Arbeitstagen Klarheit über ihre endgültige Pflegegradeinstufung erhalten. Diese Regelung würde eine Ungleichbehandlung den Versicherten gegenüber darstellen, die im Anschluss an den Aufenthalt im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung im häuslichen Umfeld versorgt werden. In der Gesetzesbegründung wird angeführt, dass eine vorläufige Einstufung für die Kurzzeitpflegeeinrichtung gegebenenfalls in finanzieller Hinsicht eine Herausforderung darstellen kann. Dies sei darauf zurückzuführen, dass der vorläufige Pflegegrad gegebenenfalls nicht die tatsächlich vorliegenden Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Fähigkeiten widerspiegelt. Zunächst einmal kann diese Herausforderung auch bei der Versorgung mit einem ambulanten Pflegedienst eine Rolle spielen. Und in dieser Konstellation müsste der Versicherte die darüberhinausgehenden Kosten in der Regel selbst zahlen. Daher wird den Versicherten auch rückwirkend ein höherer Pflegegrad zugesprochen, wenn dies im Rahmen der abschließenden Begutachtung festgestellt wird. So wird in beiden Konstellationen – ambulant wie stationär – die gegebenenfalls auftretende finanzielle

C) Änderungsvorschlag

§ 18a Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Medizinische Dienst hat den Versicherten zu untersuchen. Die erstmalige Untersuchung ist immer im Wohnbereich des Pflegebedürftigen durchzuführen. Die Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Untersuchung ist zu wiederholen, soweit sich Hinweise in Bezug auf die bereits festgestellten Einschränkungen ergeben. Der Medizinische Dienst kann bei Folgebegutachtungen eine telefonische Begutachtung oder eine Begutachtung per Videokonferenz durchführen, sofern die geltenden Anforderungen an den Datenschutz eingehalten und die Anforderungen an die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet werden. Der Medizinische Dienst Bund regelt im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband hierzu Näheres in den Richtlinien

nach § 17 Absatz 1. Das Recht des Versicherten auf eine Untersuchung in seinem Wohnbereich bleibt unberührt. Erteilt der Versicherte zur Begutachtung durch den Medizinischen Dienst nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Die §§ 65, 66 des Ersten Buches bleiben unberührt. Der MD “

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

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 18b – Gutachten

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 18c – Entscheidung über den Antrag

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Betrag, den die Pflegekassen an einen Antragsteller zu zahlen hat, wenn ein Bescheid nicht innerhalb einer Frist von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags erteilt oder die verkürzten Begutachtungsfristen (§ 18a SGB XI neu) nicht eingehalten wurden, soll von 70 Euro je angefangene Woche der Fristüberschreitung auf künftig 80 Euro je angefangene Woche der Fristüberschreitung angehoben werden. Dies gilt nicht, wenn – wie bisher – die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat.

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

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

B) Stellungnahme

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

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

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 auch 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 Potentiale 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.

Soweit Absatz 6 vorsieht, dass beim Fehlen zwingend erforderlicher Unterlagen die Fristen nach Absatz 1 und Absatz 5 Satz 1 bis zur Einreichung der Unterlagen unterbrochen werden, ist diese Klarstellung grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings sollte an dieser Stelle – wie in Absatz 5 – auch von Hemmung und nicht von Unterbrechung gesprochen werden. Zudem sollte die Hemmung nicht mit dem Tag beginnen, an dem der antragstellenden Person die

Aufforderung zur Einreichung noch fehlenden Unterlagen zugeht, sondern mit dem Tag, an dem die Pflegekasse von der antragstellenden Person die noch fehlenden Informationen bzw. Unterlagen anfordert. Denn der konkrete Tag des Zuganges der Aufforderung ist in der Praxis nur schwer von der Pflegekasse zu belegen. Dies kann zu Konflikten zwischen antragstellender Person und Pflegekasse bei der Bestimmung des Zeitraumes der Fristhemmung führen. Dies gilt es zu vermeiden.

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

C) Änderungsvorschlag

In § 18c Absatz 5 Satz 1 (neu) wird die Zahl „80“ durch die Zahl „70“ ersetzt.

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

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

Absatz 6 ist wie folgt zu fassen:

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

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 18d – Berichtspflichten

A) Beabsichtigte Neuregelung

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 Heilmittlempfehlungen 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 Bundesländer.

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

B) Stellungnahme

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.

C) Änderungsvorschlag

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

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 18e – Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt grundsätzlich die Durchführung der Studie zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung im Rahmen des § 18e SGB XI. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass gegenwärtig bereits ein vergleichbares Vorhaben im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI in Vorbereitung ist und in Kürze beantragt wird. Bei den weiteren Planungen muss sichergestellt sein, dass es nicht zu einer Doppelfinanzierung kommt und die Vorhaben aufeinander abgestimmt werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 30 – Dynamisierung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

Die neue Bezugsgröße der sogenannten Kerninflation schließt zudem gestiegene Lebensmittel- und Energiepreise aus. Solange bei der Dynamisierung maximal der Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme von abhängig beschäftigten Personen und nicht die spezifische Bruttolohnentwicklung in der Altenpflege berücksichtigt wird, nimmt die reale Kaufkraft pflegerischer Leistungen weiter rapide ab.

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

C) Änderungsvorschlag

Die bereits geltenden gesetzlichen Normierungen zur Dynamisierung der Leistungsbeträge auf Basis des § 30 SGB XI sind in voller Höhe für 2021 nachzuholen und auch für 2024 umzusetzen. Anstelle der Berücksichtigung der Inflation bzw. Kerninflation sollte die Anpassung der Leistungsbeträge lediglich auf Basis der allgemeinen Bruttolohnentwicklung erfolgen.

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17

§ 40a – Digitale Pflegeanwendungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

b) Satz 9 wird aufgehoben.

B) Stellungnahme

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

b) Satz 9 wird im neuen § 40b Absatz 2 SGB XI verortet und umformuliert. Die anderweitige Verortung des Satzes 9 (sowie die Umformulierung, siehe hierzu Stellungnahme zu § 40b Absatz 2) wird abgelehnt. Da die Hersteller die zusätzlichen Funktionen oder Anwendungsbereiche der DiPA anbieten, diese nicht Teil der im DiPA-Verzeichnis gelisteten DiPA sind und demnach auch nicht über von den Pflegekassen zu zahlenden Beträge hinsichtlich zusätzlicher Funktionen oder Anwendungsbereiche zwischen dem GKV-

Spitzenverband und den Herstellern verhandelt wurde, ist es sachgerecht, dass die Hersteller die anspruchsberechtigte Person über die Mehrkosten informieren. Fraglich ist, wie und ob sich in der Praxis die vorherige Information im Sinne der gesetzlichen Formulierung „vorab“ umsetzen lässt. Der Anspruch auf die DiPA besteht bereits mit der Aufnahme in das DiPA-Verzeichnis. Zu diesem Zeitpunkt steht jedenfalls der Vergütungsbetrag für die DiPA, der von den Pflegekassen getragen wird, jedoch noch nicht fest, da die Vergütungsverhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Herstellern erst nach der Aufnahme in das DiPA-Verzeichnis stattfinden, siehe § 78a Absatz 1 Satz 1 SGB XI: „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen vereinbart im Einvernehmen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe mit dem Hersteller einer digitalen Pflegeanwendung innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme der digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis nach Absatz 3 einen Vergütungsbetrag sowie technische und vertragliche Rahmenbedingungen für die Zurverfügungstellung der digitalen Pflegeanwendungen nach § 40a Absatz 4.“

Es ist nicht auszuschließen, dass der Pflegekasse Informationen über Mehrkosten zusätzlicher Funktionen und Anwendungsbereiche (noch) nicht vorliegen. Sofern demnach zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der DiPA durch die anspruchsberechtigte Person der Pflegekasse keine Informationen von den Herstellern dazu vorliegen, welche Mehrkosten gegebenenfalls zu tragen sind, kann die Pflegekasse die anspruchsberechtigte Person vorab nicht entsprechend informieren.

C) Änderungsvorschlag

Satz 9 ist ersatzlos zu streichen. Alternativ kommt eine gesetzlich geregelte Informationspflicht der Hersteller gegenüber den anspruchsberechtigten Personen in Betracht. Entsprechend haben dann die Hersteller vorab über zu tragende Mehrkosten aufgrund von Funktionen oder Anwendungsbereichen, die über die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a Absatz 3 aufgenommenen digitalen Pflegeanwendungen hinausgehen, zu informieren.

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18

§ 40b – Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

Wie in der Stellungnahme zu § 40a Absatz 2 Satz 9 SGB XI dargelegt, ist es den Pflegekassen in der Praxis gegebenenfalls nicht möglich, vorab über Mehrkosten nach § 40a Absatz 2 Satz 8 SGB XI zu informieren. Darüber hinaus können die Pflegekassen jedoch auch nicht über die von den anspruchsberechtigten Personen für eUL und DiPA selbstzutragenden Kosten vorab informieren.

Zu berücksichtigen ist hier die vorliegende Kombination des Kostenerstattungsverfahrens für DiPA und des Sachleistungsprinzips für eUL (Abrechnung mit den ambulanten Pflegeeinrichtungen), sodass die Regelung nach wie vor Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung bereitet. Es ist fraglich, wie, ob und wann die Pflegekassen von den ambulanten Pflegeeinrichtungen Informationen zu der in Anspruch genommenen und abgerechneten eUL bekommt. Möglich ist auch die Inanspruchnahme mehrerer DiPA (und eUL). Ob die Pflegekasse vor Inanspruchnahme einer weiteren DiPA (und eUL) über selbstzutragende Kosten informieren kann, hängt auch davon ab, wann die anspruchsberechtigte Person im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens Rechnungen für bereits in Anspruch genommene DiPA bei der Pflegekasse einreicht.

Die Pflegekasse kann die anspruchsberechtigte Person allenfalls über die Bewilligung einer Versorgung mit der beantragten DiPA und ggf. eUL, die Höhe des monatlichen Leistungsanspruchs sowie den Vergütungsbetrag der beantragten DiPA, sofern dieser zum Zeitpunkt der Antragsbearbeitung bereits vereinbart ist, informieren. Sofern bereits andere DiPA und eUL bewilligt wurden, kann die Pflegekasse die anspruchsberechtigte Person über die jeweiligen Vergütungsbeträge der DiPA informieren und darauf hinweisen, dass selbstzutragende Mehrkosten entstehen, sofern der monatliche Leistungsanspruch von insgesamt 50 Euro überschritten wird.

Im Ergebnis bleibt festzuhalten, dass unklar ist, ob die Pflegekassen einer vorherigen Informationspflicht über die von den anspruchsberechtigten Personen für eUL und DiPA selbstzutragenden Kosten einschließlich der Mehrkosten nach § 40a Absatz 2 Satz 8 SGB XI nachkommen können.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 2 ist ersatzlos zu streichen. Gemäß den Ausführungen zu § 40a Absatz 2 Satz 9 SGB XI kommt alternativ eine gesetzlich geregelte Informationspflicht der Hersteller gegenüber den anspruchsberechtigten Personen in Betracht. Entsprechend haben dann die Hersteller vorab über zu tragende Mehrkosten aufgrund von Funktionen oder Anwendungsbereichen, die über die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a Absatz 3 aufgenommenen digitalen Pflegeanwendungen hinausgehen, zu informieren.

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21 und 22

§§ 55 und 58 – Beitragssatz, Beitragssatzdifferenzierung nach Kinderzahl

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

Grundsätzlich wird der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung durch Gesetz festgelegt. Die Bundesregierung soll ermächtigt werden, den Beitragssatz durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates anzupassen, wenn der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung absehbar das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagesoll der Pflegeversicherung zu unterschreiten droht.

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

Die nunmehr vorgesehenen Regelungen greifen die Vorgaben des BVerfG auf. Der weiterhin vorgehaltene Beitragszuschlag für Kinderlose sowie die vorgesehene Beitragssatzdifferenzierung in Abhängigkeit von der Anzahl der insoweit zu berücksichtigenden Kinder führen den vom BVerfG formulierten Grundsatz, nach dem die Erziehungsleistung konstitutiv für die Funktionsfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung ist, über die schon bislang vorgehaltenen Regelungen hinaus fort. Die Befreiung vom Beitragszuschlag für Kinderlose bei Mitgliedern mit einem Kind sowie die Abschläge bei Mitgliedern mit mehreren Kindern sollen für das Mitglied lebenslang gelten und sich nicht auf den Zeitraum beschränken, in dem der Erziehungsaufwand typischerweise anfällt. Damit wird die bisherige Herangehensweise zur Umsetzung der schon bislang geltenden Befreiung vom Beitragszuschlag für Kinderlose bei Mitgliedern mit einem oder mehreren Kindern fortgesetzt. Gleiches gilt für die Regelung, nach der die Elterneigenschaft sowie künftig auch

die Anzahl der Kinder gegenüber der beitragsabführenden Stelle bzw. bei Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse nachzuweisen sind.

B) Stellungnahme

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

Die in Absatz 1 vorgesehene Ermächtigung der Bundesregierung, den Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung durch Rechtsverordnung anzupassen, wenn der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagesoll der Pflegeversicherung zu unterschreiten droht, schränkt die Verantwortung des Parlaments für eine auskömmliche Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung in Zeiten größter Dringlichkeit ein. Die Lösung wird dadurch auf die Höhe des Beitragssatzes beschränkt und der parlamentarischen Diskussion entzogen. Die vorgesehene Verordnungsermächtigung würde es zwar ermöglichen, eine erforderliche Beitragssatzanhebung in kürzerer Frist umzusetzen. Dennoch sollte auf die Verordnungsermächtigung verzichtet werden.

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

Gleichwohl wird nicht ausreichend deutlich, dass die aus der Beitragssatzdifferenzierung resultierende Entlastung sich ausschließlich bei dem vom Mitglied zu tragenden Beitragsanteil auswirken soll. Zwar sieht Artikel 2 Nummer 22 eine derartige Regelung vor; die Vorschrift erfasst allerdings ausschließlich den Personenkreis der Beschäftigten. Der aus unserer Sicht bestehende Nachjustierungsbedarf betrifft daher insbesondere die Personengruppen, für die nicht eindeutig geregelt ist, ob sie – trotz Elterneigenschaft mit mehr als einem Kind – vom neuen Beitragssatzabschlag erfasst sind. Betroffen sind vornehmlich Personen, deren Beiträge

zur Pflegeversicherung von Dritten getragen (und gezahlt) werden. Zur Klarstellung sollte daher eine über alle Personengruppen hinweg geltende allgemeine gesetzliche Regelung vorgesehen werden, nach der die Reduzierung des Beitragsatzes (Beitragsabschlag) bei Mitgliedern mit mehr als einem Kind dann nicht einzuräumen ist, wenn das Mitglied an der Beitragstragung nicht beteiligt ist.

Darüber hinaus sollten im Hinblick auf die besonderen Regelungen zur Beitragsberechnung in den Fällen des Übergangsbereichs auch die in der Beitragsverfahrensverordnung (BVV) vorgehaltene Beschreibung der Beitragsberechnung und die Vorgaben zur Führung der Entgeltunterlagen angepasst werden.

Entgegen der Darstellung eines geringfügigen Erfüllungsaufwandes für die technische Umsetzung innerhalb der Sozialversicherung und damit auch bei den Kranken- und Pflegekassen entsteht 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.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung in Artikel 2 Nummer 21 Buchstaben a wird gestrichen.

Die Regelung in Artikel 2 Nummer 21 Buchstabe b sollte wie folgt gefasst werden:

„In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „3,05“ durch die Angabe „3,4“ ersetzt.“

Die Regelung in Artikel 2 Nummer 21 Buchstabe c Doppelbuchstabe aa sollte wie folgt gefasst werden: In Satz 1 werden die Wörter „Absatz 1 Satz 1 und 2“ durch die Wörter „Absatz 1 Satz 1 und 3“ ersetzt sowie die Angabe „0,35“ durch die Angabe „0,6“ ersetzt.

Durch die Einfügung eines neuen Satzes wird im § 55 Absatz 1 SGB XI aus dem bisherigen Satz 2 der Satz 3.

Die Regelung in Artikel 2 Nummer 22 sollte gestrichen werden.

In § 59a SGB XI (neu) wird stattdessen folgende generalisierende Regelung vorgesehen, die sowohl für versicherungspflichtig Beschäftigte (§ 58 SGB XI) als auch für die anderen Mitglieder (§ 59 SGB XI) gilt: „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, findet der Abschlag nach § 55 Absatz 3 Satz 3 Nummer 1 bis 4 keine Berücksichtigung.“

Die Regelung in Artikel 2 Nummer 21 Buchstabe c, Doppelbuchstabe ee wäre damit entbehrlich.

Ergänzend zu dem Vorschlag der Einführung eines § 59a SGB XI ist eine Anpassung von § 16a Abs. 1 Satz 2 KSVG notwendig; die Vorschrift sollte unter Berücksichtigung eines neuen dritten Satzes wie folgt gefasst werden:

„Der Beitragsanteil erhöht sich um den Beitragszuschlag, der sich aus § 55 Abs. 3 Satz 1 und 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ergibt. Der Beitragsanteil verringert sich um den Beitragsabschlag, der sich aus dem anzuwendenden reduzierten Beitragssatz nach § 55 Abs. 3 Satz 3 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ergibt; § 59a Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt“. Der bisherige Satz 3 wird Satz 4.

In § 2 Absatz 2 Satz 3 Beitragsverfahrensverordnung (BVV) sollten nach dem Wort „Pflegeversicherung“ die Wörter „nach § 55 Absatz 1 Satz 1 SGB XI“ eingefügt werden.

Die Einfügung stellt klar, dass in der Systematik der Berechnung des Arbeitgeber-Beitragsanteils in den Fällen des Übergangsbereichs ausschließlich ein Arbeitnehmer-Beitragsanteil in Abzug gebracht werden kann, der den jeweiligen Beitragssatzabschlag nicht berücksichtigt; anderenfalls würde sich ein um den Entlastungsbetrag erhöhter Arbeitgeber-Beitragsanteil ergeben – dies ist allerdings nicht gewollt und bedarf daher der Klarstellung.

In § 2 Absatz 2 Beitragsverfahrensverordnung (BVV) sollte folgender Satz angefügt werden: „Die den Beitragsanteil des Beschäftigten reduzierende Beträge werden durch Anwendung des maßgebenden Beitragsabschlags auf die beitragspflichtige Einnahme nach § 20 Absatz 2a Satz 6 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch berechnet und auf zwei Dezimalstellen gerundet.“

Die gesonderte Berechnung des Beitragsabschlags trägt der Zielsetzung Rechnung, nach der sich ausschließlich der Beitragsanteil des Beschäftigten reduzieren soll.

Ferner sollte § 8 Absatz 2 Nummer 11 Beitragsverfahrensverordnung (BVV) wie folgt formuliert werden: „den Nachweis der Elterneigenschaft sowie den Nachweis über die Anzahl der zu berücksichtigenden Kinder nach § 55 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch,“

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung der Vorgaben zur Führung der Entgeltunterlagen.

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25

§§ 61a – Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nr. 25 sollte gestrichen werden. Es wird empfohlen, das zum 31.12.2023 zurückzuzahlende Bundesdarlehen im Rahmen der Haushaltsgesetzgebung in einen Bundeszuschuss umzuwandeln.

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 27

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 2 Satz 1 soll mit neu eingefügter Nummer 11 geregelt werden, dass 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 3 umfasst sind, in den Landesrahmenverträgen geregelt werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Allerdings verweist die Gesetzesbegründung darauf, dass hiervon insbesondere auch solche Aufwendungen für die Beschaffung von inländisch oder im Ausland angeworbenem Personal umfasst sein sollen. Damit werde, so die Gesetzesbegründung, auch ein Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes zur Berücksichtigung zuletzt genannter Positionen in den Vergütungsverhandlungen aufgegriffen.

Hier muss klargestellt werden, dass dies keinen Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes darstellt. Vielmehr hat der GKV-Spitzenverband gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit die Auffassung vertreten, dass Kosten für Vermittlung und Anwerbung von Pflegefachkräften im Ausland – anders als die Kosten im Zusammenhang mit einer Stellenbesetzung durch bereits auf dem Arbeitsmarkt vorhandenem Personal – keine Aufwendungen sind, die im unmittelbaren Zusammenhang mit den für die Versorgung der pflegebedürftigen Personen erforderlichen Pflegeleistungen nach dem SGB XI stehen. Verauslagte Aufwendungen für notwendige Leistungen für die Beschäftigung in Deutschland wie Kosten für Anreise, Sprachkurse und berufliche Qualifizierung (Anwerbekosten) können vielmehr als „Vorhaltekosten“ eingeordnet werden. Nach § 9 SGB XI sind die Länder für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur entsprechend Art. 30, 70 Abs. 1 GG verantwortlich. Das Nähere wird durch Landesrecht bestimmt.

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

C) Änderungsvorschlag

In § 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 11 (neu) wird folgender Satz angefügt.

„Aufwendungen für die Beschaffung von im Ausland angeworbenem Personal sind hiervon nicht umfasst.“

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 28

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

B) Stellungnahme

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

b) Die Änderungen im Rahmen der Berichtspflicht sind sachgerecht.

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

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 34a)

§ 113b – Maßstäbe und Grundsätze

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Mit dieser Regelung erfolgt eine Gleichstellung mit dem Vorgehen der Sitzungen der G-BA Sitzungen. Zudem schafft dieses Verfahren mehr Transparenz für die interessierte Öffentlichkeit über die Arbeiten im Qualitätsausschuss Pflege.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 34e)

§ 113b – Maßstäbe und Grundsätze

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Maßnahme ist nicht nachvollziehbar, da nicht erkennbar ist, welche zusätzlichen Aufgaben zu übernehmen sind. Die maßgeblichen Interessenvertretungen partizipieren bereits heute von der Geschäftsstelle Pflege im gleichen Umfang wie die Vertragsparteien.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen.

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35

§ 113c – Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

(a) Regelungen zum Personalaufwuchs

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

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

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

B) Stellungnahme

Zu (a)

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

Eine Ausnahme stellt die in § 113c Absatz 3 als Satz 4 neu vorgesehene Regelung dar. Danach soll alleine die Anwartschaft (Wartezeit) auf eine landesrechtlich geregelte Helfer-

oder Assistenzausbildung der Durchführung einer solchen gleichgesetzt werden, sofern die Pflegeeinrichtung nachweist, dass die Ausbildung schnellstmöglich, spätestens jedoch bis zum 30.06.2028, begonnen wird und die entsprechende (ungelernte) Pflegehilfskraft über eine fünfjährige Berufserfahrung (mindestens hälftige Vollzeitbeschäftigung) in der Pflege verfügt.

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

Abgesehen davon, dass unklar ist, wie ein Nachweis erfolgen soll, dass eine Pflegehilfskraft zu einem bestimmten Zeitpunkt in den nächsten fünf Jahren eine Ausbildung beginnen wird, ist es alleine aus Gründen der Qualitätssicherung unverständlich, warum eine Pflegekraft (mit Berufserfahrung) bereits dann als ausgebildete Pflegekraft gelten soll, wenn sie nur auf einen Ausbildungsplatz wartet. Dies wird auch durch die Ausführungen in der Gesetzesbegründung ad absurdum geführt, dass die Pflegekraft dann wieder als ungelernete gilt, wenn sie nicht bis zum nachgewiesenen Datum die Ausbildung begonnen hat. Die vorgesehene Regelung (§ 113c Absatz 3 Satz 4) ist wieder zu streichen.

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

Zu (b)

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

Es ist Satz 4 in § 113c Absatz 3; Nr. 35 Buchstabe a Doppelbuchstabe b zu streichen.

Es ist Satz 3 3. Halbsatz in § 113c Absatz 8 („und welche Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung durch die Einführung einer bundeseinheitlichen, mindestens zu vereinbarenden personellen Ausstattung zu erwarten wären.“) in Nr. 35 Buchstabe d zu streichen.

Der § 113c Absatz 7 Satz 2 Nummer 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„die Erkenntnisse aus dem Bericht nach Absatz 8 und“

Der § 113c Absatz 8 Sätze 3 und 4 SGB XI werden wie folgt gefasst:

„Das Bundesministerium für Gesundheit führt alle zwei Jahre eine externe Erhebung, erstmals bis zum 31. Dezember 2024, aufgeschlüsselt nach Bundesländern für den Stichtag 1. November des Berichtsjahres, zu der Frage durch, ob vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die eine Pflegesatzvereinbarung im Sinne von Absatz 1 geschlossen haben, die Zielwerte nach Satz 1 einhalten können und welche Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung durch die Einführung einer bundeseinheitlichen, mindestens zu vereinbarenden personellen Ausstattung zu erwarten wären. Dabei sind auch die Daten über den Umfang des Pflegehilfskraftpersonals, das nach Absatz 2 Nummer 1 die 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 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 39

§ 123 – Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Zeitraum von 2024 bis 2028 fördert der GKV-Spitzenverband mit 50 Mio. Euro aus dem Ausgleichsfonds nach § 65 SGB XI je Kalenderjahr regionalspezifische Modellvorhaben. Gegenstand der Modellvorhaben sind innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier. So sollen der Zugang und die Nutzung regionaler Pflege- und Unterstützungsangebote verbessert werden.

Die private Pflegeversicherung (PKV) beteiligt sich mit 10 Prozent an der Förderung. Die Fördermittel aus SPV und PKV werden nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Es handelt sich um einen 50 %igen Zuschuss zu einer Förderung durch Land oder Kommune. Länder und Kommunen können ihre Förderung auch in Form von Sach- und Personalmitteln umsetzen.

Der GKV-Spitzenverband und der PKV-Verband beschließen Empfehlungen über Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung und zum Verfahren der Fördermittelvergabe. Zuvor erfolgt eine Anhörung der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen Pflegebedürftiger und Menschen mit Behinderung. Die Empfehlungen sind dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30.06.2023 zur Zustimmung vorzulegen. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen. Die Förderzusagen werden durch Land oder Kommune erteilt, woraufhin die Fördermittel dann ausgezahlt werden.

B) Stellungnahme

Mit den Neuregelungen entfallen die bisherigen §§ 123 und 124 SGB XI (Modellkommunen) und werden durch allgemeinere Regelungen ersetzt, die aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes auch die bisherigen Modellvorhaben zur kommunalen Pflegeberatung abdecken könnten. Der aus der Begründung abzuleitende Fokus auf die häusliche Versorgung ist grundsätzlich zu begrüßen. Ebenfalls zu begrüßen ist der Anreiz für Länder und Kommunen, ihrer Verpflichtung im Rahmen der Daseinsvorsorge und ihrer Finanzierungsverantwortung im pflegerischen Bereich stärker nachzukommen.

Die Zuweisung der Fördermittel nach dem Königsteiner Schlüssel ist sachgerecht.

Ausdrücklich begrüßt wird die Einbeziehung der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen Pflegebedürftiger und Menschen mit Behinderung bereits in der Vorbereitung. Die Verantwortlichkeit des Bundesministeriums für Gesundheit für die Beteiligung der Länder an der Zustimmung zu den Empfehlungen sollte klarer gefasst werden.

Die Frist für die Vorlage der Empfehlungen über Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung und zum Verfahren der Fördermittelvergabe liegt mit dem 30.06.2023 vor dem geplanten Datum des Inkrafttretens des Gesetzes gem. Artikel 4 Absatz 1 am 01.07.2023. Vor diesem Hintergrund und vor dem Hintergrund der erforderlichen Abstimmung mit dem PKV-Verband und angesichts der Erfordernisse einer angemessenen Vorbereitung sowohl der Empfehlungen als auch der Anhörung und der nachfolgenden Stellungnahme muss die Frist zur Vorlage der Empfehlungen beim Bundesministerium für Gesundheit angepasst werden.

Der Referentenentwurf sieht für § 123 Abs. 5 SGB XI vor, dass für die Modellvorhaben von den Regelungen des Vierten, Siebten und Achten Kapitels abgewichen werden kann, soweit dies zur Erreichung der Ziele eines Modellvorhabens zwingend erforderlich ist. Da im Vierten Kapitel die Leistungsansprüche der Versicherten festgelegt sind, würde eine entsprechende Umsetzung bedeuten, dass Pflegebedürftige im Rahmen eines Modellprojekts erhöhte oder reduzierte Leistungsansprüche erhalten könnten. Ungeachtet einer sinnvollen Flexibilisierung im Rahmen von Erprobungsregelungen muss sichergestellt werden, dass Versicherte nicht schlechter gestellt werden.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 7 Satz 3 sind die Worte „unter Beteiligung der Länder“ zu streichen.

In Absatz 7 Satz 4 ist das Datum „30. Juni 2023“ durch das Datum „31. Dezember 2023“ zu ersetzen.

Nach Satz 4 ist folgender Satz 5 einzufügen: „Das Bundesministerium für Gesundheit stellt eine angemessene Beteiligung der Länder sicher.“

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 39

§ 124 – Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der gemeinsamen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und –strukturen vor Ort und im Quartier

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Modellvorhaben nach § 123 SGB XI sind wissenschaftlich zu begleiten und auszuwerten. Im Rahmen dieser Begleitung sind auch die Folgen einer Übernahme in die flächendeckende Regelversorgung zu untersuchen. Als Evaluationskriterien hierfür sind gemäß der Begründung vorgegeben: Wirksamkeit, Qualität und Kosten.

Die Kosten für die wissenschaftliche Begleitung werden (ohne Beteiligung der PKV) je zur Hälfte vom GKV–Spitzenverband und den beteiligten Ländern und Kommunen getragen. Die Mittel des GKV–Spitzenverbandes entstammen dem Ausgleichsfonds nach § 65 SGB XI.

B) Stellungnahme

Die grundsätzliche Verpflichtung zur wissenschaftlichen Evaluation ist zu begrüßen, ebenso die Aufnahme einer Kostenprojektion in die Auswertungskriterien. Es ist jedoch nicht nachvollziehbar, weshalb die PKV nicht an den Mitteln für die Finanzierung der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung beteiligt ist.

C) Änderungsvorschlag

Nach Absatz 4 ist folgender Absatz 5 einzufügen: „(5) Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege–Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an den Kosten mit insgesamt 10 Prozent des in Absatz 4 genannten Kostenanteils des GKV–Spitzenverbandes.“

Nach dem letzten Absatz ist folgender Absatz 6 anzufügen: „(6) Der 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 überwiesen werden. Näheres über das Verfahren der Auszahlung der Fördermittel, die aus dem Ausgleichsfonds zu finanzieren sind, sowie über die Zahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen regeln das Bundesamt für Soziale Sicherung, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. durch Vereinbarung.“

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40

§ 125b – Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

Von 2023 bis 2027 werden für die Einrichtungen des Kompetenzzentrums aus Mitteln des Ausgleichsfonds 10 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Ziele, Inhalte, Planung und Durchführung des Kompetenzzentrums bestimmt der GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Eine Benehmensherstellung erfolgt mit den Verbänden der Pflegekassen, den Ländern, dem PKV-Verband, der BAGüS, den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, dem Deutschen Pflegerat, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der KBV sowie mit Kompetenzzentren auf Bundes- und Landesebene. Die Gesellschaft für Telematik ist einzubeziehen.

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

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

Der GKV-Spitzenverband informiert regelmäßig und aktuell auf einer eigens dafür eingerichteten Internetpräsenz über das Kompetenzzentrum.

B) Stellungnahme

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

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

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

Der vorgelegte Entwurf sieht derzeit eine alleinige Finanzierung des Kompetenzzentrums durch die Soziale Pflegeversicherung vor. Geprüft werden sollte, inwieweit die Einbindung der Privaten Krankenversicherung in die Finanzierung des Kompetenzzentrums sinnvoll ist, da diese von der Einrichtung profitiert.

C) Änderungsvorschlag

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

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

Absatz 4 Satz 2 ist zu streichen.

In Absatz 4 Satz 3 sind die Worte „über das“ durch das Wort „dem“ zu ersetzen; die Worte „dem Deutschen Bundestag bis 2028“ sind zu streichen.

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 43

§ 135 – Zuführung der Mittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5a

§ 36 – Pflegesachleistung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

Die beabsichtigte Neuregelung bei der Pflegesachleistung hat zwar einen Dynamisierungsschritt mehr als gesetzlich derzeit in 2021 und 2024 vorgesehen, in der Anpassungshöhe bleibt eine Erhöhung von jeweils fünf Prozent jedoch hinter der Inflation und allgemeinen Bruttolohnentwicklung zurück. Damit die reale Kaufkraft pflegerischer Leistungen nicht weiter rapide abnimmt, müsste die tatsächliche jährliche Bruttolohnentwicklung in der Altenpflege maßgebend für die prozentuale Erhöhung der Leistungsbeträge sein. Die derzeitige Entwicklung unterläuft die gesetzliche Prämisse, dass die Pflegeversicherung vorrangig die häusliche Pflege unterstützen soll.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15b

§ 37 – Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Die bereits geltenden gesetzlichen Normierungen zur Dynamisierung der Leistungsbeträge auf Basis des § 30 SGB XI sind rückwirkend in voller Höhe für 2021 und auch für 2024 umzusetzen.

Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 42a – Gemeinsamer Jahresbetrag

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 2 sollen einen Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege nach Maßgabe des § 39 SGB XI und auf Leistungen der Kurzzeitpflege nach Maßgabe des § 42 SGB XI in Höhe eines Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a von bis zu 3.386 Euro je Kalenderjahr erhalten. Der Gemeinsame Jahresbetrag soll für die pflegebedürftigen Personen flexibel für die Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege einsetzbar sein. Die jeweiligen Tatbestandsvoraussetzungen, unter denen Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden können, bleiben weiterhin in § 39 SGB XI und § 42 SGB XI geregelt.

Zur Transparenz und Information der pflegebedürftigen Person über den in Anspruch genommenen Gemeinsamen Jahresbetrag sollen in Absatz 2 verbindliche Fristen geregelt werden, in denen Pflegeeinrichtungen mit der Pflegekasse der leistungsberechtigten Person abzurechnen haben. In Absatz 3 ist eine Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen zur Information der pflegebedürftigen Person in Form der Übermittlung einer Übersicht über die angefallenen Aufwendungen im Rahmen der Leistungserbringung vorgesehen. In der Übersicht soll der Betrag, der über den Gemeinsamen Jahresbetrag abgerechnet wird, erkennbar ausgewiesen werden. Die Regelungen zur Informations- und Abrechnungspflicht sollen keine Anwendung auf natürliche Personen finden.

B) Stellungnahme

Durch die Bildung eines Gemeinsamen Jahresbetrags aus den Leistungen der Verhinderungspflege und den Leistungen der Kurzzeitpflege können Leistungsberechtigte die Leistungsbeträge flexibler als bisher für beide Leistungen einsetzen. Dies entspricht einer bereits seit Jahren vom GKV-Spitzenverband geforderten Flexibilisierung der Leistungen der Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege. Bisher konnten zwar schon die Leistungen der Verhinderungspflege zu 100 Prozent für die Kurzzeitpflege eingesetzt werden, dies war aber umgekehrt nur zu 50 Prozent möglich. Sachgerecht ist ebenfalls, dass durch die Zusammenlegung beider Leistungen der Leistungsbetrag zur Nutzung der Verhinderungspflege erhöht werden soll. Der mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz angehobene Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege konnte nicht für die Verhinderungspflege verwendet werden.

Zu begrüßen sind die vorgesehenen Regelungen zur Abrechnung der Leistungen durch die Pflegeeinrichtung sowie deren Verpflichtung zur Information der pflegebedürftigen Person. Hierdurch wird gewährleistet, dass für leistungsberechtigte Personen nach Inanspruchnahme des Gemeinsamen Leistungsbetrags der noch verbleibende Restanspruch transparent ist.

Die mit der Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags verbundenen Folgeänderungen in den weiteren Regelungen des SGB XI, insbesondere in den §§ 39 und 42 SGB XI, sind folgerichtig und sachgerecht.

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz – KHSG – vom 10.12.2015 wurde ein Leistungsanspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V geschaffen. Die Krankenkassen erbringen danach die Kurzzeitpflege für einen begrenzten Leistungszeitraum entsprechend der Konstruktion der Kurzzeitpflege im Bereich des SGB XI. Bei der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V handelt es sich um einen Teilleistungsanspruch. Hinsichtlich der Leistungsdauer und -höhe verweist der § 39c SGB V auf den Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB XI. Folglich ist der Anspruch derzeit auf acht Wochen und auf einen Gesamtbetrag von aktuell bis zu 1.774 Euro im Kalenderjahr begrenzt. Die geplante Einfügung des neuen § 42a SGB XI und die Bildung des gemeinsamen Jahresbetrages für die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI und die Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI würde sich, wie dargestellt, durch die Verweisregelung ebenfalls auf die Leistungshöhe der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V auswirken. Die Anwendung des Gemeinsamen Leistungsbetrages ist für die Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V jedoch nicht sachgerecht. Der Leistungsanspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V besteht nur dann, wenn andere Leistungsansprüche den speziellen Bedarf der Versicherten bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht im erforderlichen Maße abdecken und der Versorgungsbedarf rund um die Uhr – auch nachts – besteht oder unvorhersehbar zu jeder Tages- oder Nachtzeit eintreten kann und deshalb die Versorgung mangels ergänzender Unterstützung im persönlichen Umfeld des Versicherten nur im stationären Kontext ausreichend sichergestellt werden kann. Der Gemeinsame Leistungsbetrag nach dem SGB XI kann jedoch für Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden, also in den Fällen (ausweislich der Gesetzesbegründung), in denen zum einen eine Ersatzpflege schnell und flexibel zu organisieren ist oder zum anderen die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und auch teilstationäre Pflege nicht ausreicht. Aus der Begründung des Referentenentwurfes ist nicht die Intention zu entnehmen, dass mit den Regelungen zur Einführung eines Gemeinsamen Jahresbetrages im SGB XI auch eine Leistungsausweitung im Bereich der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V beabsichtigt ist. Eine Übertragung des

Gemeinsamen Jahresbetrages auf die Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V wäre in der Sache auch nicht gerechtfertigt, da, wie bereits ausgeführt, die Zielsetzungen der Leistungen nach dem SGB XI nicht mit denen des SGB V vergleichbar sind. Von daher sollte die Verweisregelung in § 39c SGB V auf § 42 SGB XI gestrichen und der Leistungsanspruch unmittelbar in § 39c SGB V abschließend geregelt werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 39c SGB V ist wie folgt zu ändern:

In Satz 1 werden die Wörter „entsprechend § 42 des Elften Buches“ gestrichen.

Satz 2 wird ersetzt durch die nachfolgenden Sätze 2 und 3: „Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Krankenkasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1.774 Euro im Kalenderjahr.“

Der bisherige Satz 3 wird zu Satz 4.

Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 43c – Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Bei der bereits geltenden gesetzlichen Normierung zur Dynamisierung der Leistungsbeträge auf Basis des § 30 SGB XI sollte die Anhebung des Zuschlags zum Jahresbeginn 2027 auf Basis der allgemeinen Bruttolohnentwicklung erfolgen.

Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 44a – Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18

§ 46 – Pflegekassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Bewertung

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

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

C) Änderungsvorschlag

Die Vorschrift ist zu streichen.

Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

§ 108 – Auskünfte an Versicherte

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

II. Ergänzender Änderungsbedarf

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 219d – Nationale Kontaktstellen

A) Neuregelungsbedarf

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

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

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

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

B) Änderungsvorschlag

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 293 SGB V – Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

§302 SGB V – Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer

A) Sachverhalt

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

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

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

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

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

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

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

B) Änderungsvorschlag

§ 302 Absatz 1 Satz 2 SGB V wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

§ 293 Absatz 8 Satz 7 wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

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

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

Nach Satz 10 (neu) wird folgender Satz eingefügt:

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

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

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 72 SGB XI – Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

§ 82c SGB XI – Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen

A) Sachverhalt

Seit September 2021 sind alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die an einen Tarif oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, verpflichtet, einmal jährlich Informationen zur Höhe der gesetzlich bestimmten Entlohnungsbestandteile ihrer Beschäftigten den Landesverbänden der Pflegekassen bzw. der von ihnen beauftragten Geschäftsstelle nach § 82c Absatz 6 SGB XI zu übermitteln. Diese Angaben sind die Datengrundlage zur Ermittlung der nach § 82c Absatz 5 SGB XI zu veröffentlichenden regional üblichen Entlohnungsniveaus.

Die beiden bereits erfolgten Datenerhebungen haben gezeigt, dass erhebliche Unsicherheiten auf Seiten der Pflegeeinrichtungen bei der Ermittlung der geforderten Angaben zu den Entlohnungsbestandteilen bestehen. Für eine Verbesserung der Datenqualität sind daher entsprechende Unterstützungsleistungen erforderlich. Diese erfordern einen ausreichend langen Erhebungszeitraum. Der gesetzlich vorgegebene bisherige Erhebungszeitraum von längstens einem Monat (bisher 01.09. bis 30.09.) ist hierfür erfahrungsgemäß zu kurz bemessen.

Mit dem Pflegebonusgesetz wurde der Erhebungszeitraum zudem um einen Monat vorverlegt (01.08. bis 31.08.). Der Gesetzgeber hat hierbei nicht beachtet, dass dieser ohnehin zu kurz bemessene Zeitraum nunmehr in die Haupturlaubszeit fällt. Es besteht die Gefahr, dass Pflegeeinrichtungen ihrer Mitteilungspflicht nicht nachkommen können, sofern die für die Erhebung zuständigen Mitarbeitenden in diesem kurzen Zeitraum nicht verfügbar sind. Zur Sicherstellung einer qualitätsgesicherten Erhebung ist daher der Erhebungszeitraum zu verlängern. Dementsprechend sind auch die daran anknüpfenden Fristen der Veröffentlichung der regional üblichen Entlohnungsniveaus sowie der erforderlichen arbeitsvertraglichen Umsetzung im Falle der Erhöhung der regional üblichen Entlohnungsniveaus zu verschieben. Der Zeitraum von der Abgabefrist der Datenerhebung bis zur Veröffentlichung der regional üblichen Entlohnungsniveaus ist zudem zu verlängern, um den nach § 82 Absatz 5 SGB XI zu beteiligenden Organisationen eine angemessene Stellungnahmefrist zu ermöglichen.

B) Änderungsvorschlag

§ 72 Absatz 3b Satz 7 ist wie folgt zu ändern:

„Erhöhen sich im Fall von Satz 1 Nummer 4 die nach § 82c Absatz 5 veröffentlichten regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 oder die nach § 82c Absatz 5 veröffentlichten regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3, haben die Pflegeeinrichtungen ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung für Pflegebedürftige erbringen, die höhere Entlohnung ~~im Zeitraum ab dem 1. Dezember 2022 spätestens ab dem 1. Februar 2023, nach dem 1. Februar 2023 jeweils~~ spätestens ab dem 1. ~~Januar~~ April des Jahres, ~~das auf die Veröffentlichung der Werte nach § 82c Absatz 5 folgt,~~ zu zahlen.“

§ 72 Absatz 3e Satz 1 1. Halbsatz ist wie folgt zu ändern:

„Pflegeeinrichtungen, die im Sinne von Absatz 3a an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, haben dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen bis zum Ablauf des 31. ~~August~~ Oktober jeden Jahres Folgendes mitzuteilen:
(...)“

§ 82c Absatz 5 Satz 1 1. Halbsatz ist wie folgt zu ändern:

„Zur Information der Pflegeeinrichtungen veröffentlicht jeder Landesverband der Pflegekassen unter Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. im Land und der Träger der Sozialhilfe auf Landesebene jährlich unverzüglich, jedoch spätestens bis zum 31. ~~Oktober~~ Januar des Jahres, für das jeweilige Land (...)“

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 84 SGB XI – Bemessungsgrundsätze

A) Sachverhalt

In der bis zum 31.08.2022 gültigen Fassung des § 84 Absatz 7a SGB XI bezog sich die Nachweisführung über die tatsächliche Zahlung der bei der Pflegevergütung zugrunde gelegten Gehälter (Gehaltsabgleich) auf alle Beschäftigten einer Pflegeeinrichtung. Nach der seit 01.09.2022 neuen Rechtslage sind gemäß § 84 Absatz 7 i. V. m. § 82c Absatz 2 SGB XI bei den nicht-tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen nur die Beschäftigten in Pflege und Betreuung in einen Gehaltsabgleich einzubeziehen. Dadurch besteht für die Kostenträger rechtlich keine Möglichkeit mehr, sich Nachweise über die tatsächliche Zahlung der bei der Pflegevergütung zugrunde gelegten Entlohnung von Beschäftigten in anderen Bereichen außerhalb der Pflege und Betreuung von nicht-tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen vorlegen zu lassen. Diese Regelungslücke ist entsprechend wieder zu schließen. Im Übrigen sind die gesetzlichen Verweise auf § 82c SGB XI bei einem Gehaltsabgleich zu restriktiv und lassen außer Acht, dass bei Vorliegen eines sachlichen Grundes auch Gehälter bzw. Entlohnungen über die in § 82c Absatz 1 oder 2 SGB XI genannten Grenzen hinaus einer Pflegevergütung zugrunde gelegt werden können.

B) Änderungsvorschlag

§ 84 Absatz 7 Satz 1 ist wie folgt zu ändern:

„Der Träger der Einrichtung ist ~~ab dem 1. September 2022~~ verpflichtet, die bei der Vereinbarung der Pflegesätze zugrunde gelegte Bezahlung der Gehälter ~~nach § 82c Absatz 1~~ oder der Entlohnung ~~nach § 82c Absatz 2~~ jederzeit einzuhalten und auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen.“

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 105 – Abrechnung pflegerischer Leistungen

A) Bestehende Regelung

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

C) Stellungnahme

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

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

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

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

D) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Sachverhalt

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

B) Änderungsvorschlag

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

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

Zu Artikel 2 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 125a – Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege

A) Bestehende Regelung

Für eine wissenschaftlich gestützte Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zehn Millionen Euro im Zeitraum von 2022 bis 2024 zur Verfügung gestellt. Für die Förderung gilt § 8 Absatz 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Planung des Modellvorhabens im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft sowie der Gesellschaft für Telematik erfolgt.

B) Begründung

Im Jahr 2022 wurde zur Vorbereitung auf das Modellprogramm eine fachliche Bestandsaufnahme zum Stand der Forschung vorgenommen, um optimale Voraussetzungen für eine zielgerichtete Förderung sowie den Ausschluss von Doppelförderungen von Modell- und Forschungsprojekten zu schaffen. Die wissenschaftliche Begleitung der Förderprojekte im Rahmen des Modellprogramms nach § 125a SGB XI kann erst ausgeschrieben werden, wenn die Anzahl der förderfähigen Projekte feststeht. Um abschließend eine umfassende wissenschaftliche Gesamtevaluation vornehmen zu können, müssen alle geförderten Projekte in Pflegeeinrichtungen beendet sein. Das Modellvorhaben nach § 125a SGB XI zur Erprobung von Telepflege ist im Rahmen der Planung des Modellvorhabens bei der Benehmensherstellung mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft sowie der Gesellschaft für Telematik auf großes Interesse gestoßen. Es ist demnach mit einer Vielzahl von Anträgen und somit einer umfangreichen Begleitung von Projekten zu rechnen.

Vor dem dargestellten Hintergrund bedarf es einer Verlängerung des Förderzeitraums bis Ende des Jahres 2025.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2024“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Sachverhalt

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

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

B) Änderungsvorschlag

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

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

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

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Sachverhalt

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

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

B) Änderungsvorschlag

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

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

Der bisherige Satz 2 wird Satz 3.

Dem neuen Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Abweichend von Satz 2 gilt die erstmalige Beantragung rückwirkend für die zurückliegenden Monate seit 1. Oktober 2022.“

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



Stellungnahme des IKK e.V.

zum

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

06.03.2023

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
I. Zeitnah umzusetzende Maßnahmen zur Stabilisierung der finanziellen Situation der sozialen Pflegeversicherung	4
II. Einzelaspekte des Referentenentwurfs	4
III. Ergänzungsbedarf	7
Hinweis zu Stellungnahmefristen	9

Grundsätzliche Anmerkungen

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf für ein Pflegeunterstützungs- und –entlastungsgesetz (PUEG) sollen auf Basis der im Koalitionsvertrag vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in der Pflege Anpassungen in der Pflegeversicherung vorgenommen werden. Dafür sollen die häusliche Pflege gestärkt, pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sowie andere Pflegepersonen entlastet, die Arbeitsbedingungen für professionell Pflegende weiter verbessert sowie die Digitalisierung für Pflegebedürftige und für Pflegende noch besser nutzbar gemacht werden.

Die umfassenden Leistungsausweitungen der Vergangenheit sollen durch die Erhöhung des Beitragssatzes um 0,35 Prozentpunkte gegenfinanziert werden. Zudem wird in Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts der Kinderlosenzuschlag um 0,25 Beitragssatzpunkte auf 0,6 Beitragssatzpunkte angehoben; Mitglieder mit mehreren Kindern werden bis zum fünften Kind in Höhe von 0,15 Beitragssatzpunkte je Kind entlastet.

Bewertung der Innungskrankenkassen

Die Innungskrankenkassen sehen insbesondere die Notwendigkeit, die häusliche Pflege zu stärken. In dem Zusammenhang ist es sachgerecht, wenn die Leistungen für die Kurzzeit- und Verhinderungspflege zukünftig zusammengeführt werden, damit die Anspruchsberechtigten die jeweiligen Leistungen nach ihrer Wahl flexibel für beide Pflegearten verwenden können.

Für zielführend halten die Innungskrankenkassen zudem die stärkere Anbindung der Pflege an die Digitalisierung sowie deren Förderung – wie z. B. die Errichtung eines Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege beim GKV-Spitzenverband, die Ausweitung und Entfristung des bestehenden Förderprogramms nach § 8 Abs. 8 SGB XI für digitale und technische Anschaffungen in Pflegeeinrichtungen zur Entlastung des Pflegepersonals.

Äußerst kritisch bewerten die Innungskrankenkassen dagegen, dass die Leistungserweiterungen lediglich durch die Anhebung des Beitragssatzes gegenfinanziert werden sollen. Denn schon 2022 betrug das Defizit in der sozialen Pflegeversicherung 2,25 Milliarden Euro, für das Jahr 2023 ist von einem Defizit in Höhe von drei Milliarden Euro auszugehen. Wesentlicher Kostentreiber in der sozialen Pflegeversicherung sind dabei der kontinuierliche Anstieg der Leistungsberechtigten seit 2017 und steigende Leistungsausgaben insbesondere durch die sogenannte „kleine Pflegereform“. Hinzu kommen Mehrausgaben, die aus der Verpflichtung zur Übernahme der Tarifsteigerungen der Pflegeberufe resultieren.

Mit dem nun vorgelegten Referentenentwurf wird die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung insofern weder nachhaltig noch gerecht stabilisiert. Denn wie bereits im Rahmen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes werden allein die Beitragszahlenden in die Pflicht genommen.

I. Zeitnah umzusetzende Maßnahmen zur Stabilisierung der finanziellen Situation der sozialen Pflegeversicherung

Fest steht, dass es schon jetzt zeitnah umzusetzende Maßnahmen gibt, die unmittelbar anzugehen und bereits im Koalitionsvertrag geeint sind:

- Steuerliche Gegenfinanzierung der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige als versicherungsfremde Leistungen und Teil der Daseinsvorsorge.
- Die Rückerstattung pandemiebedingter Zusatzkosten an die soziale Pflegeversicherung durch den Bund. Hierfür könnte die bis Ende 2023 geltende Ermächtigungsgrundlage für weitere Bundeszuschüsse nach § 153 SGB XI genutzt werden.
- Herausnahme der Ausbildungskostenumlage aus den Eigenanteilen.

Allein die ersten beiden Maßnahmen würden ein Gesamtvolumen an 9,2 Milliarden Euro ausmachen, während die derzeit vorgesehene Beitragssatzerhöhung lediglich 6,6 Milliarden erbringt.

Des Weiteren fordern die Innungskrankenkassen:

- Keine Abschiebung der Investitionskosten auf die Heimbewohnenden (derzeit über 450,00 Euro monatlich). Hier müssen die Bundesländer in ihre Finanzierungsverantwortung genommen werden.
- Verzicht auf die Rückzahlung des 2022 gewährten Darlehens in Höhe von einer Milliarde Euro.

II. Einzelaspekte des Referentenentwurfs

Was die weiteren Einzelregelungen des Referentenentwurfs angeht, nehmen die Innungskrankenkassen dazu wie folgt Stellung:

Anpassung des Beitragssatzes durch Rechtsverordnungsermächtigung

Unabhängig davon, dass mit Umsetzung der oben aufgeführten Maßnahmen eine Erhöhung des Beitragssatzes zu vermeiden wäre, lehnen die Innungskrankenkassen die in

diesem Zusammenhang vorgesehene Rechtsverordnungsermächtigung für die Bundesregierung zu Anpassung des Beitragssatzes ausdrücklich ab.

Zwar begründet der Gesetzgeber eine mögliche Beitragssatzanpassung ohne Beteiligung des Parlaments mit einem kurzfristigen Liquiditätsbedarfs der sozialen Pflegeversicherung; dies scheint jedoch mit Blick auf die eigentlich langfristige Planbarkeit der Kosten der Pflegeversicherung nicht überzeugend. So schränkt die Regelung die Verantwortung des Parlaments für eine auskömmliche Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung gerade in Zeiten größter Dringlichkeit ein. Und dies, obwohl der Gesetzgeber seinerzeit für den Pflegebereich ganz bewusst und mit guten Grund einen Parlamentsvorbehalt – im Gegensatz etwa zur Rentenversicherung – eingeführt hatte.

Zu kritisieren ist ferner: Mit der Einräumung einer Rechtsversorgungsermächtigung wird die Lösung der desaströsen finanziellen Lage der Pflegeversicherung vom Gesetzgeber schon jetzt im Wesentlichen in der Anhebung des Beitragssatzes gesehen. Damit ist absehbar, dass auch zukünftig der Suche nach grundlegenden bzw. nachhaltigen Lösungsmodellen lediglich eine nachrangige Bedeutung zukommt.

Keine Zurechnung von Fehlverhalten des MD

Mit dem Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz), das am 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist, wurde der MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) und der MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) neu aufgestellt und einheitlich in Körperschaften öffentlichen Rechts umgewandelt. Damit verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, gerade auch den MDK organisatorisch von den Kranken- und Pflegekassen zu lösen, damit dieser in der öffentlichen Wahrnehmung verstärkt als unabhängige Körperschaft wahrgenommen wird.

Mit dem nun vorliegenden § 83c Absatz 5 neu SGB XI sieht der Gesetzgeber vor, dass der Pflegekasse auch das Fehlverhalten wie Verzögerungen des Medizinischen Dienstes (MD) sanktionsbewert zuzurechnen sein soll.

Vor dem Hintergrund der organisatorischen Neuaufstellung und Trennung von den Kranken- und Pflegekassen ist es aber sowohl rechtlich als auch sachlich unvertretbar, wenn der Gesetzgeber ein Fehlverhalten des MD der Pflegekasse zurechnen und sogar noch sanktionieren will. Sowohl die Zurechnung von Versäumnissen des MD als auch die vorgesehene (erhöhte) Sanktionierung wird von den Innungskrankenkassen abgelehnt.

Umsetzung des Beschlusses des BVerfG

Die Innungskrankenkassen unterstützen die Umsetzung des Bundesverfassungsgerichts-urteils zur Differenzierung des Beitragssatzes nach Anzahl der Kinder.

Den anfallenden Verwaltungsaufwand bei der Ermittlung der Anzahl der Kinder in einer Elterngemeinschaft nach § 55 Satz 3 sehen die Innungskrankenkassen jedoch kritisch und noch nicht ausreichend durch den Gesetzgeber präzisiert.

So erscheinen u. a. die Einbindung der Arbeitgebenden bei dem Prozess unklar. Ebenso bleibt die Frage offen, was bei einer ausbleibenden Reaktion der Elterngemeinschaft zu unternehmen ist. Auch ist nicht weiter geregelt, was als „geeignete Form“ des Nachweises von Kindern gelten kann. Einen Sonderfall stellen die freiwillig versicherten Selbstzahler dar. Um hier weiteren Verwaltungsaufwand zu minimieren, regen wir an, die Übergangsfrist in § 55 Satz 6 für den Nachweis von Kindern von dem 31. Dezember 2023 auf den 30. Juni 2024 zu verlängern. Hierdurch wäre ein Schreiben bezüglich der moderaten Anpassung der Pflegeversicherungsbeiträge zum 01.07.2023 mit dem Passus ausreichend, dass mit der nächsten Einstufung die Anzahl der Kinder ab dem 01.07.2023 berücksichtigt wird. Die Aufforderung zum Nachweis von Kindern könnte in dem ohnehin einmal jährlich zu versendenden Brief zur beitragsrechtlichen Einstufung mit Bitte um Meldung der Anzahl der Kinder im Zeitraum vom 1. Juli 2023 bis 30. Juni 2024 erfolgen.

Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass die vom Bundesverfassungsgericht geforderte Differenzierung anhand der Anzahl der Kinder ab 1. Juli 2023 alle beitragsabführenden Stellen (z. B. Arbeitgeber) vor erhebliche Herausforderungen stellt. Die notwendigen Systemanpassungen und Softwareänderungen werden nicht kurzfristig bei allen Beteiligten zum 1. Juli 2023 zur Verfügung stehen können. Darauf haben nicht nur der GKV-Spitzenverband, sondern auch Arbeitgeberverbände das BMG in der Vergangenheit bereits mehrfach hingewiesen. Auch hat der Gesetzgeber im Gesetzesentwurf eine Übergangsfrist vorgesehen. In einer Übergangszeit bis zum 31. Dezember 2023 wirken Nachweise der Versicherten für vor dem 1. Juli 2023 geborene Kinder vom 1. Juli 2023 an, wenn sie bis zum 31. Dezember 2023 erbracht werden. Aus Sicht der IT Dienstleister der Kassen (z. B. BITMARCK) wird die zurzeit geplante Länge der Übergangsfrist allerdings nicht als ausreichend angesehen. Es ist damit zu rechnen, dass ab Juli 2023 umfangreiche Rückrechnungen und Beitragserstattungen erfolgen werden.

Vor diesem Hintergrund setzen sich die Innungskrankenkassen entweder für ein späteres Inkrafttreten der geplanten Neuregelungen bei der Beitragsberechnung in der Pflegeversicherung (was aufgrund des Urteils des Bundesverfassungsgerichts wahrscheinlich schwierig ist) oder für eine entsprechende Übergangsphase für alle Beteiligten ein.

Keine Absenkung der Verwaltungskostenpauschale

Mit dem Referentenentwurf soll zudem die Verwaltungskostenerstattung von 3,2 Prozent des Mittelwerts von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen auf 3,0 Prozent dieses Werts angepasst werden (§ 46 Absatz 3 SGB XI). Die Begründung des Gesetzgebers: Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale, die von den Pflegekassen an die Krankenkassen gezahlt wird, steigt regelmäßig mit dem Anstieg der Leistungsausgaben bzw. Beitragseinnahmen der sozialen Pflegeversicherung. Sie sei angesichts des dynamischen Anstiegs beider Indikatoren allein zwischen 2016 und 2021 um knapp 50 Prozent angewachsen. Der tatsächliche Verwaltungskostenaufwand bei den Pflegekassen sei hingegen keineswegs im selben Umfang angestiegen.

Diese Begründung trägt die vorgesehene Anpassung jedoch nicht. Tatsache ist nämlich, dass der sozialen Pflegeversicherung seit 2017 zahlreiche gesetzliche Neuerungen und Herausforderungen erfahren hat, wie insbesondere die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, was sowohl zu einer Steigerung der Anträge als auch der tatsächlichen Leistungsgewährung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung geführt hat. Weitere Verwaltungskosten sind im Hinblick auf die mit diesem Gesetzgebungsverfahren avisierte Steigerung der Zuschüsse nach § 43c SGB XI zu erwarten, welche ihrerseits zu einem nicht unerheblichen Informations- und Beratungsaufwand der pflegebedürftigen Personen durch die Pflegekassen führen. Nicht zuletzt binden auch die fortgeführten Pandemie- und neu eingeführten krisenbedingten Ausgleichszahlungen der §§ 150, 150a, 150c und 154 SGB XI sowie die zugehörigen Nachweisverfahren nach wie vor hohe Personalbedarfe in den Pflegekassen.

Eine Absenkung der Verwaltungskosten ist vor diesem Hintergrund kontraproduktiv und deshalb abzulehnen.

III. Ergänzungsbedarf

Abschließend sehen die Innungskrankenkassen folgende Ergänzungsbedarfe:

Festlegung von Ausschlussfristen

Der Gesetzgeber wird ersucht, Klarstellungen bei den Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie – insbesondere den Erstattungsansprüchen nach §§ 150, 150a, 150c und neu 154 SGB XI Ergänzungshilfen zum Ausgleich steigender Energiepreise – vorzunehmen.

Konkret geht es um die eindeutige Festlegung von Ausschlussfristen bei der Antragsein- bzw. -nachreichung durch zugelassene Pflegeeinrichtungen. Hintergrund sind bereits

ergangene sozialgerichtliche Entscheidungen (siehe SG Augsburg Az.: S 10 P 119/21 vom 2. Juni 2022) mit möglicher Präzedenz- bzw. Signalwirkung, wonach diese Antragsfristen zugunsten der Pflegeeinrichtungen großzügig ausgelegt werden.

Auch wenn grundsätzlich pragmatische Lösungen angestrebt werden, darf dies nicht in gleichgelagerten Fällen dazu führen, dass verfristete eingereichte Anträge durch die Pflegekassen erstattet werden müssen. Die Auswirkungen für die Pflegekassen mit in einigen Regionen teilweise bereits eingereichten Anträgen in sechsstelliger Höhe wären verheerend. Vor dem Hintergrund der angespannten Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung erscheint es geboten, die Nachfrist der pandemiebedingten Ausgleichszahlungen des § 150 (2) SGB XI a.F. für das Jahr 2020 mit dem 31. März 2021, für das Jahr 2021 mit dem 31. März 2022 bis hin zum 30. September 2022 für das Jahr 2022 sowie für die weiteren pandemie- und krisenbedingten Ausgleichszahlungen, insbesondere auch des § 154 SGB XI, gesetzlich eindeutig klarzustellen.

Präventionsförderung

Zur weiteren Stärkung der ambulanten Pflege sollte eine Erweiterung des Anspruchs auf Präventionsförderung nach § 5 SGB XI gesetzlich manifestiert werden.

Durch ausreichende körperliche Aktivität, eine ausgewogene Ernährung oder Vermeidung bzw. Verringerung von Übergewicht können viele chronische Erkrankungen vermieden oder in ihrem weiteren Verlauf positiv beeinflusst werden. Auch prophylaktische Maßnahmen und Anweisungen zur Mobilität in der eigenen Häuslichkeit können dazu beitragen, eine weitestgehend autonome Verrichtung von alltäglichen Aufgaben beizubehalten, Ängste zu reduzieren und einer fortschreitenden Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken.

Dementsprechend sollte der Präventionsgedanke und die weitere Förderung der Gesundheitskompetenz eine gesetzliche Verankerung finden, um den pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen zu mehr Selbstständigkeit, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Tätigkeiten und einer autonomen Versorgung ohne professionelle Pflege zu verhelfen.

Hinweis zu Stellungnahmefristen

Ergänzende Forderung:

Stellungnahmeverfahren mit zeitlich auskömmlicher Fristsetzung

Nachdem bereits das Stellungnahmeverfahren zum GKV-Finanzstabilisierungsgesetz unter einer extrem kurzen Stellungnahmefrist gelitten hat (offizielle Bekanntgabe Freitag, 8. Juli 2022, nach 15.00 Uhr; Stellungnahmefrist Dienstag, 12. Juli 2022, 12.00 Uhr) sehen sich die Anzuhörenden beim nun vorliegenden Entwurf eines Pflegeunterstützungs- und entlastungsgesetz (PUEG) erneut mit einer äußerst kurzen Stellungnahmefrist konfrontiert.

Vor diesen Hintergrund wird der Gesetzgeber nochmals eindringlich aufgefordert (der GKV-Spitzenverband hatte bereits unmissverständlich auf die suboptimale Lage hingewiesen), zukünftig ein ordnungspolitisch zumutbares und gerechtes Anhörungsverfahren zu gewährleisten. Dies setzt insbesondere voraus, dass allen Stellungnahmebeteiligten eine zeitlich ausreichende Prüfungs- und Bearbeitungsfrist eingeräumt wird. Eine derart kurze Fristsetzung für so bedeutsame Gesetze wie auch das aktuell vorliegende PUEG wird den wahrzunehmenden Interessen der Betroffenen – u. a. Beitragszahlerinnen und Beitragszahler – nicht gerecht. Der Gesetzgeber erweckt damit entschieden den Eindruck, dass er an einer Anhörung und Auseinandersetzung mit den Bedenken der Betroffenen nicht ernsthaft interessiert ist.

Hinsichtlich der konkreten Kommentierung der einzelnen Paragraphen des Referentenentwurfs wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

Stellungnahme
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung
zum
Referentenentwurf
eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege
(Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) unterstützt das mit Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG (im Folgenden: RefE) verfolgte Ziel, die Situation in der Pflege zu verbessern.

Begrüßt werden insbesondere die vorgesehenen Maßnahmen zur Förderung der Digitalisierung in der Pflege, zu denen die KZBV wie folgt Stellung nimmt.

I. Zur verpflichtenden Anbindung aller Pflegeeinrichtungen an die TI und zu deren technischen Ausstattung zum 01.07.2024

(Art. 1 Nr. 1 RefE / § 341 Abs. 8 SGB V-RefE)

Die Einführung der Regelung zur verpflichtenden Anbindung aller ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur bewertet die KZBV als äußerst zielführend, um den potentiellen Nutzen der TI für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen zu entfalten und damit die zahnmedizinische Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung zu verbessern.

Seit Oktober 2020 besteht im vertragszahnärztlich Bereich die Möglichkeit, im Rahmen der zahnmedizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen die Videosprechstunde oder die Videofallkonferenz zu nutzen, um bspw. im Vorfeld eines Zahnarzttermins Symptome abzuklären, die aufsuchende Versorgung besser zu organisieren, den Zustand nach umfangreicher Behandlung abzuklären oder anstehende prothetische Planungen zu erörtern. Die Nutzung dieser Möglichkeit scheitert aktuell oft an der fehlenden technischen Ausstattung von Pflegeeinrichtungen bzw. an deren fehlenden Anbindung an die TI.

Die KZBV begrüßt daher den Vorstoß des Gesetzgebers, die freiwillige Anbindung an die TI durch die verpflichtende Anbindung zu ersetzen.

Durch die verpflichtende Anbindung aller Pflegeeinrichtungen an die TI und die damit einhergehende technische Ausstattung aller Pflegeeinrichtungen würde die technische Ausstattung der Pflegeeinrichtungen beschleunigt, die skizzierte

Problematik insoweit beseitigt, die Koordination und Organisation der zahnmedizinischen Versorgung in der Pflege verbessert und das Potential der TI weitestmöglich ausgeschöpft werden.

II. Zum Informationsportal

(Art. 2 Nr. 4 RefE / § 7d SGB XI-RefE)

Einen weiteren Schritt in Richtung Verbesserung der Betreuung und Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Einschränkungen bildet nach Bewertung der KZBV auch die mit dem RefE beabsichtigte Einrichtung eines barrierefreien elektronischen Informationsportals.

Neben der erleichterten Suche nach freien Unterbringungsplätzen in Pflegeeinrichtungen bietet das Portal auch eine Informationsgrundlage über bestehende Angebote zu gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangeboten. Angebote zur zahnmedizinischen Betreuung und Versorgung von Pflegebedürftigen ließen sich unter den Wortlaut des § 7d Abs. 1 Nr. 3 SGB XI-RefE subsumieren.

Zur Beförderung und Sicherstellung der zahnmedizinischen Betreuung und Versorgung regt die KZBV jedoch an, zumindest in der Begründung klarzustellen, dass zu den seitens der Pflegeeinrichtungen im Informationsportal bereitzustellenden Informationen auch Informationen über bestehende Angebote zur zahnmedizinischen Betreuung und Versorgung von Pflegebedürftigen gehören.

Köln, 02.03.2023

KDA | Michaelkirchstr. 17-18 | 10179 Berlin

Ihr Ansprechpartner:
Helmut Kneppe

Telefon: +49 30 / 2218298-14
E-Mail: helmut.kneppe@kda.de

Datum: 06.03.2023

Stellungnahme des Kuratoriums Deutsche Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stiftung e. V. zum

"Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz" (PUEG), im Februar 2023

Stellungnahme:

Gesamtgesellschaftliche Refinanzierung der Pflegekosten stärker berücksichtigen

Zur Sicherung der finanziellen Stabilität der sozialen Pflegeversicherung und Finanzierbarkeit der angekündigten Leistungsausweitungen wird im *"Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz" (PUEG)* eine **Erhöhung der Beitragsätze zur Pflegeversicherung** für die Pflegeversicherten vorgenommen (u.a. zukünftiger Beitragssatz für kinderlose Versicherte 4 %, zukünftiger Beitragssatz Versicherte mit Kinder 3,4 %). Ein Bundeszuschuss zum Ausgleich des Milliardendefizits der Pflegeversicherung ist offenbar nicht geplant.

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) setzt sich seit Jahren dafür ein, Pflege als **gesamtgesellschaftliche Aufgabe** zu begreifen. Pflegebedürftigkeit und Sorgearbeiten werden jedoch nach wie vor häufig als individuelle Schicksale und familiäre Aufgaben behandelt. Sorgearbeiten sind aber gesellschaftliche Aufgaben und deshalb auch als von der Gesellschaft zu organisierende Aufgabe anzusehen. Das muss sich auch in der Finanzierung der Pflegekosten widerspiegeln – und zwar nicht nur dann, wenn Sozialhilfebedürftigkeit besteht. Um die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für Sorgearbeit zu stärken, halten wir es für erforderlich in Zukunft die Refinanzierung der Finanzlücken bei den Pflegekosten auf breitere Schultern zu stellen und nicht primär über einen weiteren Beitrag der Versicherten abzudecken. Ein erster Schritt in diese Richtung wäre, wenn das PUEG die im Koalitionsvertrag schon zugesagte Finanzierung von **versicherungsfremden Leistungen** (wie z.B. Rentenbeiträge für pflegende Angehörige) aus der Pflegeversicherung herausnehmen würde und diese über einen Bundeszuschuss gesamtgesellschaftlich finanziert.

Leistungsrecht vereinfachen und flexibilisieren

Das KDA setzt sich seit Jahren dafür ein, für Pflegebedürftige und ihre pflegenden Angehörigen mehr Transparenz zu schaffen, wie sie ein für sich optimales Pflegearrangement gestalten können. Die im derzeitigen Pflegeversicherungsrecht gewährten Ansprüche sind jedoch selbst für Experten oft kaum mehr durchschaubar, was nicht selten dazu führt, dass Leistungsansprüche nicht genutzt werden – trotz eines immer differenzierter ausgebauten Beratungs- und Informationssystems. Wir begrüßen die Neustrukturierung und Systematisierung in § 18 SGB XI, so dass verfahrens- und leistungsrechtliche Inhalte in voneinander getrennten Vorschriften übersichtlicher und adressatengerechter aufbereitet werden. Wünschenswert wären solche Neustrukturierungen insgesamt für die Leistungsansprüche. Durch den „**Leistungs-Dschungel**“ stehen Abrechnungsfragen häufig eher im Mittelpunkt als die Bedarfe der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen. Wir würden es für zielführend halten, wenn die Pflegeversicherungsreform **nicht nur einen Ausbau weiterer Informations- und Beratungsstrukturen** (wie u.a. nach § 108 Absatz 1 Satz 1 SGB XI), sondern den Einstieg in die Vereinfachung des Leistungsrechts anstoßen würde.

Auch sollten die Leistungsbudgets nicht an den Wohnort gebunden bleiben, sondern sich flexibler aus der gewünschten Leistungsart unabhängig vom Wohnort ergeben. Eine solche Flexibilisierung im Sinne einer **sektorenübergreifende Versorgung** – flankiert mit einer subjektorientierten Qualitätssicherung (SQS) – kann eine am individuellen Bedarf orientierte Versorgung eher ermöglichen. Zudem könnten langwierige Diskussion- und Anpassungsprozesse zur Einordnung, Abgrenzung und Gleichberechtigung der Leistungsansprüche in unterschiedlichen Wohnformen vermieden werden, was die Entwicklung und Verbreitung neuer Wohn- und Versorgungsformen oft erschwert. Dies erleben wir aktuell wieder mit der durch das PUEG nochmals erhöhten **Entlastung für Pflegebedürftige bei den Eigenanteilen der Pflegekosten in der stationären Pflege**, die wir an sich sehr begrüßen. Aus der Praxis erhalten wir jedoch zunehmend Rückmeldungen, dass die ermöglichte finanzielle Entlastung der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen bei ambulanten Langzeitpflegewohnsettings, die eine ähnlich hohe Versorgungssicherheit bieten mit vergleichbaren Eigenanteilen, zu einer Schiefelage führt. Vor allem Initiatoren von ambulant betreuten **Pflegewohngemeinschaften** fürchten angesichts dieses Finanzierungsvorteils für die stationäre Pflege um ihren Fortbestand. Sie berichten von Angehörigen, die sich aufgrund dessen dann doch eher für das klassische Versorgungsangebot entscheiden. Auch sind erste Fälle aufgetreten, bei denen Sozialhilfeträger im Bedarfsfall die Kosten für ambulante Pflegewohngemeinschaften im Vergleich zu stationären Einrichtungen als unverhältnismäßig einstufen und eine Finanzierung in Frage stellen. Wir befürchten, dass sich lokale Initiativen, Dienstleister und Kommunen aus geplanten WG-Projekten zurückziehen, weil sie das finanzielle Risiko nicht tragen wollen und sich hier ein Wohnangebot entwickelt, das in Zukunft primär Menschen mit höherem Einkommen vorbehalten bleibt. Eine solche Entwicklung halten wir jedoch angesichts der enormen Pflegeaufgaben, die noch vor uns liegen, nicht für zielführend. Wir brauchen nicht nur ein breites und vielfältiges Versorgungsangebot für die wachsende Zahl von Pflegebedürftigen, sondern auch Versorgungssettings, in die viele eingebunden sind und eine neue Verantwortungskultur in der Sorgearbeit gelebt wird. Gerade ambulant betreute Pflegewohngemeinschaften – und andere „neue“ Wohnformen - stehen für solch eine neue Verantwortungskultur in der Sorgearbeit. Eine flexiblere Pflegeversicherung, die eine sektorenübergreifende Versorgung ermöglicht, kann nicht nur die Entwicklung für ein differenziertes, passgenaueres Versorgungssetting befördern, sondern auch die Entwicklung einer neuen Verantwortungskultur in der Sorgearbeit stärken. Das kann langfristig auch das finanzielle Risiko der Finanzierung der Pflegekosten auf breitere Schultern stellen.

Transparenz erhöhen und Angebotsvielfalt aufzeigen

Die Erhöhung der Transparenz über die bestehenden Leistungen in einer einfachen, aktuellen und schnell zugänglichen Art und Weise wird von Seiten des KDA begrüßt. **Pflegebedürftige Personen und ihre pflegenden Angehörigen profitieren davon, wenn sie verschiedene Arten von Angeboten sowie verfügbare Kapazitäten dieser gebündelt und mit aktuellen Kontaktinformationen auf einen Blick erhalten.** Pflegesituationen und -konstellationen sind so heterogen wie möglich und treffen Personen in unterschiedlichen Lebensphasen. Wenn verschiedene Arten von Unterstützung bekannt sind, werden leistungsberechtigte Personen gestärkt darin, eine begründete Entscheidung für oder

gegen eine Leistung zu treffen und ein individuell angepasstes und **bedarfsorientiertes Versorgungsarrangement** aufzubauen. Wenn durch §7d SGB XI und den dortigen Plänen dieses Ziel verfolgt wird und das Wissen von bestehenden und funktionierenden Informationsportalen integriert wird, kann dies eine Chance zu mehr Transparenz und Berücksichtigung der Diversität im Versorgungssystem sein. Doch auch hierfür brauchen pflegebedürftige Personen und ihre pflegenden Angehörigen Begleitung und Beratung von Fachexpertinnen und Fachexperten, weshalb bspw. Beratungsstrukturen eine wichtige Rolle zukommt.

Pflegeversicherung für mehr Strukturleistungen öffnen

Wir begrüßen das mit dem PUEG **neu geschaffene Förderbudget zur Quartiersentwicklung** in § 123 SGB XI in gemeinsamer Verantwortung von Ländern, Kommunen und Pflegeversicherung. Länder und Kommunen können damit gemeinsam mit der Pflegeversicherung in Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier investieren. Durch eine solche Quartiersentwicklung kann die Situation von Pflegebedürftigen in ihrem direkten Lebensumfeld verbessert werden.

Das KDA setzt sich seit Jahren dafür ein, nicht nur Versorgungsleistung zu optimieren, sondern ganzheitlich die Lebenswelt der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen in den Blick zu nehmen und vor allem ihr direktes Wohnumfeld – also das Quartier – auf deren Bedarf hin passgenauer auszurichten. Praktische Erfahrungen zeigen jedoch, dass die **Quartiersentwicklung einer langfristigen professionellen Begleitung** bedarf. Gefordert ist nicht nur eine befristete Förderung, sondern eine **Regelfinanzierung**, damit Unterstützungsstrukturen und innovative Modelle wie Sorgenden Gemeinschaften - in denen eine andere Verantwortungskultur für die Sorgearbeit im Quartier gelebt wird - nachhaltig wirksam bleiben. Es bedarf Reformansätzen, die neben der Verbesserung der individuellen Leistungsansprüche, die Pflegeversicherung für die Finanzierung solcher Strukturentwicklungsleistungen weiter öffnet.

Betroffenensicht weiter stärken durch demokratische Beteiligung

Angesichts der Bedeutung der **Betroffenensicht** für die Verbesserung der Situation in der Pflege stärkt das PUEG die **Beteiligung der Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen** und der Selbsthilfe pflegebedürftiger Menschen und Menschen mit Behinderung im **Qualitätsausschuss Pflege**: Der Qualitätsausschuss wird zur Unterstützung der Betroffenenorganisationen verpflichtet, eine Referent*innenstelle für diese dort einzurichten.

Dies ist ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, Betroffene mehr an der Sicherung der Pflegequalität zu beteiligen. Jedoch sollte die Stärkung der Betroffenenperspektive nicht nur im Qualitätsausschuss Pflege seinen Niederschlag finden, sondern bei der Gestaltung der Pflegearrangements insgesamt systematischer berücksichtigt werden. Vor allem in trägerverantworteten Versorgungsformen muss die Betroffenenicht mehr in den Fokus genommen werden. Praktische Erfahrungen zeigen, dass die heimrechtlich gewährten Mitwirkungsrechte oft nicht ausreichen, um die Bedürfnisse der Betroffenen im Pflegealltag und Pflegeprozess wirklich zu berücksichtigen. Ebenso fehlt es in der Pflegepraxis nicht selten an Modellen, Methoden und Erfahrungen wie der Wille der Betroffenen auch bei schwerem Pflegebedarf eruiert und umgesetzt werden kann. Die neuen Modellförderungen im PUEG nach § 123 SGB XI sollten gezielt ausgeweitet werden, um neue Beteiligungsmöglichkeiten der Betroffenen in Unterstützungsarrangements zu erproben. So könnte das Leitbild der Wahrung der Selbstbestimmung mehr mit konkreten Inhalten für die Pflegepraxis gefüllt werden.

Insgesamt bedarf es in Zukunft einer anderen Verantwortungskultur in der Pflege- und Sorgearbeit, um die enormen Pflegeaufgaben bewältigen zu können. Weder marktwirtschaftliche noch staatliche Akteure oder die Bürgerschaft allein werden diese Herausforderung bewältigen können. Es gilt **Sorgende Gemeinschaften** zu initiieren, in denen gemeinsam die Verantwortung für die Sorgearbeit getragen wird. Mehr Mit- und Selbstverantwortung bedeutet aber auch, allen am Sorgegeschehen Beteiligten – auch den Betroffenen und den Mitarbeitenden - mehr Einfluss auf Entscheidungen zu ermöglichen, von denen sie anschließend betroffen sind. Gelingende Pflegebeziehungen sind ohne Entscheidungsteilhabe der Pflegebedürftigen, deren Angehörigen und der Pflegenden kaum denkbar. Gelingende Pflegebeziehungen brauchen daher nicht nur bessere Rahmenbedingungen, sondern es ist ebenso wichtig, den direkten Einfluss auf die jeweils eigenen Sorgebeziehungen durch mehr **demokratische Beteiligung** zu verbessern. Pflegereformen sollten diese neue Verantwortungskultur in der Pflege und Sorgearbeit gezielter unterstützen.

Vereinbarkeit von Beruf und Familie für beruflich Pflegende stärken

Im vorliegenden Referentenentwurf wird die Förderung von Pflegeeinrichtungen beschrieben, die sich für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie ihrer Mitarbeitenden einsetzen. Dieses Vorhaben ist generell zu begrüßen. Die Vereinbarkeit von beruflichen Verpflichtungen mit den privaten Verantwortlichkeiten ist eine Herausforderung, die branchenübergreifend getragen wird. Dabei spielt die **gelingende Vereinbarkeit eine zentrale Rolle im Kontext der Fachkräftesicherung**. Personen, die von ihren Arbeitgebern in persönlich herausfordernden Situationen unterstützt werden, müssen weniger häufig ihre Arbeitszeit reduzieren oder aus dem Berufsleben ausscheiden. Eine gelingende Vereinbarkeit von beruflicher Pflgetätigkeit und privater Fürsorge ist ein wichtiger Baustein der Fachkräftesicherung im Pflegebereich, wie es auch in allen anderen Branchen ist.

Dabei ist wichtig, die Vereinbarkeit nicht nur auf die junge Familie und damit die Kinderbetreuung zu beziehen, wie die Beispiele des Entwurfs in Bezug auf Kundenbetreuung verdeutlichen, sondern auch im Sinne einer lebensphasenorientierten Personalpolitik andere Lebensphasen in diesen Fokus einzubeziehen. Gerade Personen, die beruflich pflegen, werden häufig in ihren Familien auch für die Fürsorge der älteren oder pflegebedürftigen Familienmitglieder in Verantwortung gezogen. Und genau diese Zielgruppe der „**Double Duty Carer**“ ist es, die bei einer fehlenden Vereinbarkeitslösung im Unternehmen Arbeitszeit reduzieren muss und damit die professionelle Pflegeversorgung der anderen Bevölkerungsgruppen verschlechtert. Personen, die beruflich und privat pflegen, **benötigen besondere Unterstützung der Arbeitgeber**.



Dies kann durch Arbeitszeitmodelle und kurzfristige Arbeitsreduzierungen geschehen, aber auch durch die Qualifizierung von betrieblichen Pflege-Guides, die ihre Kolleginnen und Kollegen in der Pflege darin unterstützen, ein gelingendes Vereinbarkeitsmodell aufzubauen. Leitungen von Pflegeeinrichtungen kennen sich oft gut aus im Bereich der Leistungen der Pflegeversicherung. Für ihre eigenen Mitarbeitenden zählt zu einer gelingenden Vereinbarkeit aber mehr, als die Angebote zu kennen – es muss auch Raum dafür geschaffen werden, die persönliche Situation mit den beruflichen Verpflichtungen abgleichen zu können und das individuelle private Pflegearrangement aufzubauen.

Komplikationen in Vereinbarkeitssituationen können im Verlauf der Unterstützung eines pflegebedürftigen Menschen immer wieder auftreten. Das KDA begrüßt daher die Entscheidung für die Ausweitung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld auf künftig bis zu zehn Arbeitstage **pro Kalenderjahr**. Gerade Maßnahmen, die in kurzfristig anfallenden Akutsituationen Abhilfe schaffen, helfen sowohl den Angehörigen als auch Unternehmen.

6. März 2023, Helmut Kneppel, Vorstandsvorsitzender des KDA



Der medizinische Dienst der Privaten

Stellungnahme

zum

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

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

6. März 2023

Neuregelung §18: Pflegebegutachtung

Wir begrüßen die neue Strukturierung des für die Pflegebegutachtung zentralen Artikels.

Zu ausgewählten einzelnen Regelungen:

Zu § 18a (2), Satz 1

Vorgeschlagene Regelung: Es bleibt beim Grundsatz der Untersuchung im Wohnbereich.

Bewertung: Während der pandemischen Lage haben wir wertvolle Erfahrungen gewonnen. Neben der Begutachtung im Wohnbereich haben sich auch andere digitale Begutachtungsformate wie das strukturierte Telefoninterview und die Videobegutachtung als ebenso zielführend etabliert. Zahlreiche Analysen der Begutachtungsergebnisse belegen fachlich und inhaltlich nahezu gleichwertige Ergebnisse im Vergleich zur persönlichen Untersuchung im Wohnbereich – hinsichtlich Pflegegradeinstufung, Bewertung der Versorgungssituation sowie der gutachterlichen Empfehlungen. Daher scheint es sachgerecht, Antragstellerinnen und Antragstellern auch andere Begutachtungsformate regelmäßig anzubieten. Die digitalen Begutachtungsformate bieten sowohl für Versicherte als

auch für Gutachterinnen und Gutachter zahlreiche Vorteile: so können Versicherte einfacher erreicht und Begutachtungstermine flexibler vereinbart werden. Anfahrtszeiten, die entfallen, können von Gutachterinnen und Gutachtern effizienter für Begutachtungen genutzt werden. Entfernt lebende Angehörige sowie Betreuerinnen und Betreuer können der Begutachtung auch ohne zeitaufwendige Reisewege beiwohnen. Das Feedback der Versicherten in den über den gesamten Zeitraum durchgeführten Versichertenbefragungen unterstreicht die hohe Akzeptanz der digitalen Begutachtungsformate. Besonders geeignet sind Änderungs- und Wiederholungsgutachten, bei denen durch Vorgutachten eine gute Informationslage vorliegt: gutachterlicher Befund, Diagnosen, Beschreibung der Versorgungssituation inkl. der Wohnumgebung. Ein entsprechendes Angebot digitaler Begutachtungsformate sollte daher dauerhaft regulär im Gesetz zugelassen werden. Wünschen versicherte Personen eine Begutachtung mit Hausbesuch, so ist dieser Wunsch zu respektieren. Für den Erstkontakt zwischen Gutachterinnen und Gutachtern und Versicherten, also dem sogenannten Erstgutachten, sollte eine persönliche Untersuchung im Wohnbereich das Mittel der Wahl bleiben, um eben diese gute Informationslage für weitere Gutachten zu schaffen.

Zu §18a (2), Satz 3

Vorgeschlagene Regelung: Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen.

Bewertung: Wiederholungsbegutachtungen sollten nur durchgeführt werden, wenn aus pflegfachlicher Sicht eine Verbesserung der Beeinträchtigung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten zu erwarten ist. So ist bereits in der aktuellen Begutachtungs-Richtlinie verankert, dass eine allein am Zeitablauf orientierte Wiederholungsbegutachtung unzulässig ist. Damit können einerseits Ressourcen geschont werden, um die Herausforderungen des demographischen Wandels (stark zunehmende Anzahl der Pflegebedürftigen und Fachkräftemangel) zu bewältigen und andererseits die Belastung der pflegebedürftigen Personen und der Pflegepersonen reduziert werden.

Zu §18a (10) Satz 2

Vorgeschlagene Regelung: Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachterinnen und Gutachter mit einer Qualifikation als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann, als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderärztin oder Kinderarzt vorzunehmen.

Bewertung: Wir begrüßen die Berücksichtigung der Änderung der Pflegeberufausbildung für die Kinderbegutachtung. Wir betrachten das Medizinstudium bis zum dritten Staatsexamen

(Abschluss Arzt/Ärztin) vergleichbar mit der generalistischen Pflegeausbildung (Abschluss Pflegefachfrau/Pflegefachmann). Bei Medicproof werden angehende Kindergutachterinnen und -gutachter durch eine auf die besonderen Anforderungen ausgerichtete Schulung standardisiert, strukturiert und bundesweit einheitlich befähigt, Kinderbegutachtungen vornehmen zu können, unabhängig von der Profession. Wir schlagen daher vor, im §18 Absatz 10 die Worte „Kinderarzt“ und „Kinderärztin“ durch „Arzt“ und „Ärztin“ zu ersetzen.

§ 18e (2)

Vorgeschlagene Regelung: Modellvorhaben zur Erprobung weiterer Begutachtungsformate

Bewertung: Das Modellvorhaben ist aus unserer Ansicht nicht notwendig. Seit Beginn der Corona-Pandemie hat Medicproof knapp 400.000 Gutachten per Telefoninterview erstellt. Die Gutachtenergebnisse wurden engmaschig ausgewertet, um auffälligen Abweichungen bei Bedarf frühzeitig entgegensteuern zu können. Doch sowohl die Einstufung in Pflegegrade als auch die Bewertung der Versorgungssituation sowie die Empfehlungen unserer Gutachterinnen und Gutachter waren unauffällig. Auch unsere Service-Kennzahlen, wie Widerspruchs- und Beschwerdequote, Quote der Rückfragen der Versicherungen sowie die Befragung unserer Versicherten zeigen Gleichwertigkeit und eine hohe Akzeptanz des neuen Begutachtungsformats. Evaluiert haben wir die digitalen Begutachtungsformate zudem durch zwei Befragungen aller Gutachterinnen und Gutachter

Zu weiteren Regelungen aus dem neu geregelten § 18

Zur Bewältigung des demographischen Wandels, der eine stark steigende Anzahl an Anträgen und Leistungsempfängern bei gleichzeitigem Fachkräftemangel nach sich zieht, ist für den Begutachtungsprozess von zentraler Bedeutung, vorhandene Kapazitäten effizient zu nutzen. Ziel ist, durch Optimierung und Flexibilisierung Prozesse bei gleichbleibender hoher Qualität und Akzeptanz der Beteiligten zu beschleunigen. Einengende Regelungen wie zum Beispiel die Regelung der Frist der Auftragsweitergabe zwischen Kassen und Medizinischem Dienst (§18 (1) Satz 2), die Erhöhung der „Strafgebühr“ von 70 auf 80 Euro oder die Detaillierung der Fristenhemmung (§18c (5)) werden den Verwaltungsaufwand und damit die Kosten erhöhen, anstatt das Begutachtungsverfahren zu beschleunigen. Die Vorgabe der elektronischen Übermittlung (§18 (1) Satz 2) begrüßen wir. Zwischen privaten Krankenversicherungen und Medicproof profitieren wir schon seit Jahren von dieser Prozessoptimierung; zum Nutzen der Versicherten.

Stellungnahme des Medizinischen Dienstes Bund

zum

**Referentenentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit**

**Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege
(Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) vom 20.02.2023**

Inhalt der Stellungnahme

<i>I Vorbemerkungen</i>	3
<i>II Stellungnahme zum Gesetzentwurf</i>	5
<i>Zu Artikel 2 Nummer 12 (Die §§ 18 bis 18c SGB XI werden durch neu gefasste §§ 18 bis 18e SGB XI ersetzt)</i>	5
Zu § 18 Abs. 1 SGB XI (Auftragserteilung in gesicherter elektronischer Form und zwingend vorzulegende Unterlagen)	6
Zu § 18 Abs. 2 SGB XI (Prüfung Zeitanteil behandlungspflegerische Leistungen).....	7
Zu § 18 Abs. 4 SGB XI (Übermittlung von Unterlagen in gesicherter elektronischer Form).....	8
Zu § 18a SGB XI (Begutachtungsverfahren).....	9
Zu § 18a Abs. 2 SGB XI (Begutachtungsformen, Wiederholungsbegutachtung)	9
Zu § 18a Abs. 3 SGB XI (Bereiche außerhäusliche Aktivitäten und Hauswirtschaft).....	12
Zu § 18a Abs. 5 SGB XI (Verkürzte Begutachtungsfristen im Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung).....	13
Zu § 18a Abs. 6 SGB XI (Verkürzte Begutachtungsfristen in häuslicher Umgebung für bestimmte Konstellationen)	14
Zu § 18a Abs. 10 SGB XI (Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter)	15
Zu § 18b SGB XI (Gutachten).....	16
Zu § 18b Abs. 1 SGB XI (Elektronische Form der Gutachtenübermittlung)	16
Zu § 18c SGB XI (Entscheidung über den Antrag).....	17
Zu § 18c Abs. 5 SGB XI (Fristen im Zusammenhang mit Verzögerungsgründen)	17
Zu § 18c Abs. 6 SGB XI (Fristen bei Einreichung von Unterlagen)	18
Zu § 18e SGB XI (Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung).....	19
Zu § 18e Abs. 1 XI (Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens der Pflegebegutachtung).....	19
Zu § 18e Abs. 2 SGB XI (Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens der Pflegebegutachtung)	20
<i>Zu Artikel 2 Nummer 36 (Aktualisierung der Richtlinien nach § 114a Abs. 2a SGB XI durch den Medizinischen Dienst Bund)</i>	21
<i>Zu Artikel 2 Nummer 40 (Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege nach § 125b Abs. 2 und 5 SGB XI)</i>	22

I Vorbemerkungen

Der vorliegende Referentenentwurf sieht Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in der Pflege und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung sowie Anpassungen an die gestiegenen Kosten der Pflege vor. Der Medizinische Dienst Bund begrüßt dies ausdrücklich.

Darüber hinaus wird mit dem Referentenentwurf das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI neu strukturiert und systematisiert. Damit werden verfahrens- und leistungsrechtliche Inhalte in voneinander getrennten Vorschriften übersichtlicher und adressatengerechter aufbereitet und aus Gründen der Rechtssicherheit inhaltliche Anpassungen vorgenommen. Diese Änderungen werden vom Medizinischen Dienst Bund begrüßt. Sie führen zu mehr Klarheit und größerer Rechtssicherheit für alle Beteiligten.

Dem Medizinischen Dienst Bund wird zudem die Möglichkeit eröffnet, aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen durchzuführen, mit denen wissenschaftlich gestützte Erprobungen und Überlegungen zur Weiterentwicklung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes im Zusammenhang mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit durchgeführt werden können. Die Eröffnung dieser Möglichkeit wird vom Medizinischen Dienst Bund sehr positiv bewertet.

Gleichwohl muss die folgende Entwicklung in der Pflegebegutachtung unbedingt berücksichtigt werden, um sicherzustellen, dass Versicherte auch in Zukunft fristgerecht begutachtet werden können, um zeitnah Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten:

- Zwischen 2016 und 2021 hat die Zahl der pflegebedürftigen Personen von 3,1 Millionen auf 5 Millionen um 61,1 Prozent zugenommen. Prognosen gehen von einer weiteren Zunahme aus.
- Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017 hat zu einer deutlichen Steigerung der Leistungsbezieherinnen und -bezieher der sozialen Pflegeversicherung geführt. In der Folge steigt ebenfalls die Anzahl der Begutachtungen weiter an: 2016 wurden beim Medizinischen Dienst knapp 1,8 Millionen Pflegegutachten erstellt, 2022 waren es 2,6 Millionen Pflegegutachten (plus 49 Prozent). Eine zentrale Ursache hierfür ist der immense Anstieg von Höherstufungsanträgen. Bei einem gleichbleibenden Antragsverhalten der Versicherten ist mit einem weiteren rapiden Anstieg der Begutachtungszahlen zu rechnen.
- Um den zeitgerechten Leistungsbezug für die Versicherten zu sichern und Zusatzzahlungen nach § 18 Abs. 3b SGB XI, die die Solidargemeinschaft belasten, zu vermeiden, haben die Medizinischen Dienste seit 2017 die Anzahl ihres Begutachtungspersonals stetig erhöht. Die Anzahl der Pflegefachkräfte stieg von 2016 bis 2021 um 43 Prozent an. Zudem wurden weitere Maßnahmen zur Prozessoptimierung bei der Begutachtung umgesetzt, so dass die Möglichkeiten der Effizienzsteigerung ausgeschöpft sind.

Es ist heute absehbar, dass die Medizinischen Dienste aufgrund der kritischen Auftragsituation sowie der angespannten Lage auf dem Arbeitsmarkt an einen Punkt kommen, an dem sie die persönliche Begutachtung in der Häuslichkeit der Versicherten nicht mehr in jedem Fall fristgerecht gewährleisten

können. Daher müssen zusätzliche Maßnahmen eingeleitet werden, die dazu beitragen, dass die Versicherten eine qualitativ hochwertige und zeitgerechte Begutachtung erhalten. Um dieses Ziel zu erreichen, sind bereits kurzfristig neben dem Hausbesuch ortsunabhängige Begutachtungsformate zu ermöglichen. Nur so können die im Rahmen des Fachkräftemangels knapper werdenden personellen Ressourcen effektiv eingesetzt werden.

Im Zuge der Pandemie hat sich unter anderem das unterlagengestützte strukturierte Telefoninterview als eine solche Begutachtungsform bewährt. Die Pflegegradverteilung blieb bei der Anwendung des strukturierten Telefoninterviews stabil und die Zufriedenheit der Versicherten mit dieser Begutachtungsform war genauso hoch, wie bei den Hausbesuchen. Derzeit werden die Eignung und Güte dieser Begutachtungsmethode unter wissenschaftlicher Begleitung des Instituts für Pflegewissenschaft (IPW) an der Universität Bielefeld unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Wingefeld evaluiert und Kriterien für die Fallkonstellationen ermittelt, bei denen diese Begutachtungsform mit hoher Qualität eingesetzt werden kann. Ergebnisse liegen im zweiten Quartal 2023 vor. Diese Begutachtungsform kann somit umgehend eingeführt werden.

Darüber hinaus zeigen erste Erfahrungen mit der videobasierten Begutachtung, dass dieses Begutachtungsformat ein großes Potenzial hat, auch langfristig einen flexibleren, weil ortsunabhängigeren Personaleinsatz der Medizinischen Dienste zu ermöglichen. Diese Begutachtungsform kann in einem zweiten Schritt für die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zugänglich gemacht werden.

Insbesondere unter Berücksichtigung dieser Entwicklungen und Anforderungen nimmt der Medizinische Dienst Bund im Folgenden schwerpunktmäßig Stellung zu Detailregelungen zum Begutachtungsverfahren. Darüber hinaus wird zu einigen weiteren Regelungen Stellung genommen, die den Medizinischen Dienst betreffen.

II Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Zu Artikel 2 Nummer 12 (Die §§ 18 bis 18c SGB XI werden durch neu gefasste §§ 18 bis 18e SGB XI ersetzt)

Die §§ 18 bis 18c SGB XI werden durch die folgenden §§ 18 bis 18e SGB XI ersetzt

§ 18 Beauftragung der Begutachtung

§ 18a Begutachtungsverfahren

§ 18b Gutachten

§ 18c Entscheidung über den Antrag

§ 18d Berichtspflichten

§ 18e Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung

Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird damit neu strukturiert und vom Verfahrens- und Leistungsrecht getrennt. Dadurch soll das Gesetz übersichtlicher und adressatengerechter aufbereitet werden.

Bewertung:

Die Neustrukturierung des Begutachtungsverfahrens wird begrüßt. Im Detail besteht jedoch bei den vorgesehenen Regelungen noch deutlicher Verbesserungsbedarf, um im Interesse der Versicherten eine zeitgerechte und qualitativ hochwertige Begutachtung auch in Zukunft gewährleisten zu können.

Zu § 18 Abs. 1 SGB XI (Auftragserteilung in gesicherter elektronischer Form und zwingend vorzulegende Unterlagen)

Die Pflegekasse wird verpflichtet, den Auftrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit innerhalb von drei Arbeitstagen ab Antragseingang an den Medizinischen Dienst zu übermitteln. Die Auftragserteilung sowie die Weiterleitung von Unterlagen an den Medizinischen Dienst hat in gesicherter elektronischer Form zu erfolgen. Hierfür wird eine Übergangsphase von fünf Monaten nach Verkündung des Gesetzes eingeräumt. Der Medizinische Dienst Bund hat im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband in der Begutachtungs-Richtlinie nach § 17 Abs. 1 SGB XI innerhalb von vier Monaten nach Verkündung des Gesetzes zu regeln, welche Unterlagen zwingend zur Beauftragung erforderlich sind.

Bewertung:

Eine digitale Auftrags- und Unterlagenübermittlung trägt zur Einhaltung der gesetzlich vorgesehenen Bearbeitungs- und Begutachtungsfristen im Sinne der Versicherten bei, da die Weiterleitung auf postalischem Weg teilweise Tage benötigt. Zudem wirkt sich die elektronische Übermittlung positiv auf die Qualität der übermittelten Informationen aus, indem beispielsweise eine einheitliche und aktuelle Datenübertragung etabliert und Datenverluste vermieden werden. Die Vorschrift zur Übermittlung der Aufträge und Unterlagen in gesicherter elektronischer Form wird daher begrüßt.

Es ist sinnvoll, einen Mindeststandard für die zwingend notwendigen Unterlagen festzulegen. Darüber hinaus muss in jedem Einzelfall vom Medizinischen Dienst entschieden werden, welche Unterlagen zusätzlich für die Pflegebegutachtung erforderlich sind. Bereits heute ist die Übermittlung von Stammdaten durch die Pflegekasse an den Medizinischen Dienst in der Begutachtungs-Richtlinie als Mindeststandard festgelegt.

Zu § 18 Abs. 2 SGB XI (Prüfung Zeitanteil behandlungspflegerische Leistungen)

An dieser Stelle wird geregelt, dass die Pflegekassen den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit der Prüfung beauftragen können, für welchen Zeitanteil die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V oder die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI und der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat. Von den Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI sind nur Maßnahmen der körperbezogenen Pflege zu berücksichtigen.

Bewertung:

Mit dem 2017 eingeführten Pflegebedürftigkeitsbegriff ist die Ermittlung von Zeitaufwänden bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit aus gutem Grund ersatzlos entfallen. Mit der Kostenabgrenzungs-Richtlinie nach § 17 Abs. 1b SGB XI (alte Fassung) wurden daher pauschale Zeitanteile eingeführt, die zur Abgrenzung der Kosten zwischen Kranken- und Pflegeversicherung herangezogen werden können. Es können keine validen individuellen Zeitanteile ermittelt werden, für welchen Zeitanteil die Pflegeversicherung bei außerklinischer Intensivpflege die hälftigen Kosten zu tragen hat. Eine Beauftragung des Medizinischen Dienstes ist aufgrund fehlender Grundlagen für die Bemessung des Zeitanteils daher nicht mehr umsetzbar.

Änderungsvorschlag:

Die Regelung zur Prüfung des Zeitanteils ist ersatzlos zu streichen.

Zu § 18 Abs. 4 SGB XI (Übermittlung von Unterlagen in gesicherter elektronischer Form)

Die Pflegekassen werden verpflichtet, dem Medizinischen Dienst die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen in gesicherter elektronischer Form weiterzuleiten.

Bewertung:

Eine digitale Unterlagenübermittlung trägt zur Einhaltung der gesetzlich vorgesehenen Bearbeitungs- und Begutachtungsfristen im Sinne der Versicherten bei, da die Weiterleitung auf postalischem Weg teilweise Tage benötigt. Zudem wirkt sich die elektronische Übermittlung positiv auf die Qualität der übermittelten Informationen aus, indem beispielsweise eine einheitliche und aktuelle Datenübertragung etabliert und Datenverluste vermieden werden können. Die Vorschrift wird daher begrüßt.

Zu § 18a SGB XI (Begutachtungsverfahren)

Zu § 18a Abs. 2 SGB XI (Begutachtungsformen, Wiederholungsbegutachtung)

Nach Abs. 2, Satz 1 hat der Medizinische Dienst die antragstellende Person grundsätzlich in ihrem Wohnbereich zu untersuchen. Ausnahmen davon sind möglich, wenn aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht.

Abweichend davon kann die Begutachtung in Krisensituationen auch ohne Untersuchung der antragstellenden Person in ihrem Wohnbereich erfolgen. Das Nähere zu den Voraussetzungen und die weiteren, insbesondere inhaltlichen und organisatorischen Einzelheiten für eine Begutachtung in Krisensituationen konkretisiert der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis spätestens vier Monate nach Verkündung des Gesetzes in den Richtlinien nach § 17 Abs. 1 SGB XI.

Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen.

Bewertung:

Seit Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes hat sich die Anzahl der Begutachtungsaufträge stark erhöht. Um den zeitgerechten Leistungsbezug für die Versicherten zu sichern und Zusatzzahlungen nach § 18 Abs. 3b SGB XI, die die Solidargemeinschaft belasten, zu vermeiden, haben die Medizinischen Dienste seit 2017 vor allem das Begutachtungspersonal verstärkt. Die Anzahl der Pflegefachkräfte stieg von 2016 bis 2021 um 43 Prozent an. Um eine fristgerechte Begutachtung der Versicherten im Hinblick auf den demografiebedingten weiteren Anstieg der Begutachtungsaufträge auch weiterhin sicherstellen zu können, sind neben dem Hausbesuch bei Folgegutachten dringend weitere effektive Begutachtungsformate zu ermöglichen. Bei einer erstmaligen Feststellung der Pflegebedürftigkeit soll die Begutachtung im Rahmen eines Hausbesuches Standard bleiben. Bedingung für den Einsatz von telefonischen oder anderen digitalen Begutachtungsformaten ist es, dass diese technischen Möglichkeiten zur Verfügung stehen und deren Einsatz nicht dem Wunsch des Versicherten entgegensteht.

Zum Schutz der besonders gefährdeten pflegebedürftigen Menschen und zur Eindämmung des Infektionsgeschehens wurde in der Pandemie oft auf den persönlichen Hausbesuch verzichtet. Die Begutachtung erfolgte stattdessen durch eine Kombination aus eingereichten Unterlagen und strukturiertem Telefongespräch mit der bzw. dem Versicherten, ihren bzw. seinen Zu- und Angehörigen und Pflegepersonen. Das Telefoninterview hat sich in der Pandemie bewährt, weil damit trotz der Einschränkungen durch das Infektionsgeschehen die pflegerische Versorgung der Menschen sichergestellt werden konnte. Die Erfahrungen haben auch gezeigt, dass eine telefonische Begutachtung in bestimmten Fällen auch jenseits der Pandemie eine adäquate Alternative zur Begutachtung im persönlichen Wohnbereich der Versicherten darstellen kann. Das betrifft z. B. pflegebedürftige Menschen mit langjährigen, fortschreitenden chronischen Erkrankungen und einer Prognose für eine Verschlechterung des Grads der Selbstständigkeit. Das kann zum Beispiel bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen oder auch bei schwerer Demenz der Fall sein. In solchen Situationen geht es darum, dass die Menschen zügig begutachtet werden. Die Ergebnisse der Versichertenbefragung zur Begutachtung nach § 18b Abs. 2 Nummer 3 SGB XI haben gezeigt, dass das telefongestützte Interview auf Zustimmung gestoßen ist. Auch die Pflegegradverteilung blieb bei der Anwendung des strukturierten Telefoninter-

views stabil. Derzeit werden die Eignung und Güte dieser Begutachtungsmethode unter wissenschaftlicher Begleitung des Instituts für Pflegewissenschaft (IPW) an der Universität Bielefeld unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Wingefeld evaluiert.

In einem ersten Schritt können bereits jetzt auf der Grundlage der bisherigen Erfahrungen in den Begutachtungs-Richtlinien Kriterien für bestimmte Fallkonstellationen festgelegt werden, in denen neben dem Hausbesuch das strukturierte Telefoninterview zum Einsatz kommen kann.

Darüber hinaus zeigen erste Erfahrungen mit der videobasierten Begutachtung, dass dieses Begutachtungsformat ein großes Potenzial hat, auch langfristig einen flexibleren, weil ortsunabhängigeren Personaleinsatz der Medizinischen Dienste zu ermöglichen. Eine mögliche Hürde für eine Implementierung der Videobegutachtung in den Regelbetrieb der Medizinischen Dienste könnten die technischen Rahmenbedingungen vor allem bei den antragstellenden Personen, aber auch den Pflegeeinrichtungen sein. Um dies näher zu beleuchten, wird derzeit eine wissenschaftliche und bundesweit koordinierte Erprobungsstudie auf den Weg gebracht. Wenn diese Ergebnisse vorliegen, können in einem zweiten Schritt die Anforderungen für den Einsatz dieses Begutachtungsformates in den Begutachtungsrichtlinien festgelegt werden.

Häufig erfolgt eine Beauftragung durch die Pflegekassen für eine Wiederholungsbegutachtung noch immer routinemäßig, ohne dass diese pflegfachlich begründet wäre. Dies steht im Widerspruch zu Regelungen in der Begutachtungs-Richtlinie, nach der eine allein am Zeitablauf orientierte Wiederholungsbegutachtung unzulässig ist. Wiederholungsbegutachtungen sollten jedoch nur anhand pflegfachlich begründeter Kriterien erfolgen. Um die Beauftragungspraxis zielführend und für die Versicherten entlastender zu gestalten, sollte der Gesetztext daher angepasst werden.

Änderungsvorschlag:

Der Versicherte ist in seinem Wohnbereich zu untersuchen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen. Die Angemessenheit der Zeitabstände richtet sich insbesondere nach dem vom Medizinischen Dienst oder den von der Pflegekasse beauftragten unabhängigen Gutachterinnen bzw. Gutachtern ermittelten Befund und der über die weitere Entwicklung der Pflegebedürftigkeit im Gutachten abgegebenen Prognose. Abweichend von Satz 1 kann die Begutachtung ~~ausnahmsweise~~ auch ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich erfolgen, wenn

1. auch eine ortsunabhängige Begutachtung per Telefon oder anderer digitaler Kommunikationsmittel durchgeführt werden kann und es sich dabei nicht um eine erstmalige Feststellung der Pflegebedürftigkeit handelt oder
2. der Antrag auf Pflegeleistungen während einer Krisensituation von nationaler Tragweite oder bezogen auf die versicherte Person von regionaler Tragweite gestellt wird und
3. diese Situation eine Begutachtung ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich zwingend erforderlich macht; der Wunsch des Versicherten, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, ist zu berücksichtigen.

Grundlage für eine Begutachtung nach Satz 4 5 bilden die zum Versicherten zur Verfügung stehenden Unterlagen sowie die Angaben und Auskünfte, die beim Versicherten, seinen Angehörigen und sonstigen zur Auskunft fähigen Personen einzuholen sind. Das Nähere zu den Voraussetzungen und die weiteren, insbesondere inhaltlichen und organisatorischen Einzelheiten für eine Begutachtung in ~~Krisensituationen~~ Situationen nach Satz 4 5 konkretisiert der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis spätestens [einsetzen: Datum des letzten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in den Richtlinien nach § 17 Abs. 1.

Zu § 18a Abs. 3 SGB XI (Bereiche außerhäusliche Aktivitäten und Hauswirtschaft)

Es wird hervorgehoben, dass die Bereiche außerhäusliche Aktivitäten und Hauswirtschaft bei der Ermittlung des Pflegegrades rechnerisch nicht berücksichtigt werden.

Bewertung:

Die Klarstellung, dass die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung bei der rechnerischen Ermittlung des Pflegegrades nicht gesondert berücksichtigt werden, wird begrüßt. Die Transparenz zu den für die Bemessung des Pflegegrades relevanten Aspekten wird hierdurch insbesondere auch für die Versicherten verbessert. Der Gesetzestext folgt hier den Klarstellungen in den Begutachtungs-Richtlinien.

Zu § 18a Abs. 5 SGB XI (Verkürzte Begutachtungsfristen im Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung)

Die verkürzten Begutachtungsfristen werden in Arbeitstagen dargestellt. Bei Krankenhausaufenthalten oder Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen wird nicht mehr eine Begutachtung in diesen Einrichtungen gefordert. Eine gutachterliche Stellungnahme auf der Grundlage der zur Verfügung stehenden Unterlagen wird ermöglicht.

Bewertung:

Die Darstellung der Fristen in Form von Arbeitstagen ist sachgerecht und wird begrüßt. Auch wird begrüßt, dass im Gesetz in Anlehnung an die Begutachtungs-Richtlinie bei Krankenhausaufenthalten oder Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen eine Klarstellung erfolgt, dass eine Stellungnahme auf der Grundlage der zur Verfügung stehenden Unterlagen möglich ist.

Zu § 18a Abs. 6 SGB XI (Verkürzte Begutachtungsfristen in häuslicher Umgebung für bestimmte Konstellationen)

Die verkürzten Begutachtungsfristen werden in Arbeitstagen dargestellt.

Bewertung:

Die Darstellung der Fristen in Form von Arbeitstagen ist sachgerecht und wird begrüßt.

Zu § 18a Abs. 10 SGB XI (Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter)

In Abs. 10 wird aufgrund der mit dem zum 1. Januar 2020 in Kraft getretenen Pflegeberufegesetz eingehenden Änderungen in der Pflegeberufausbildung um „Gutachterinnen und Gutachter mit einer Qualifikation als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann“ erweitert. Mit dieser Ergänzung soll das Ziel der Generalistik, in der Pflege ein einheitliches Berufsbild zu schaffen und einen universellen Einsatz in allen Arbeitsfeldern zu ermöglichen, unterstützt werden.

Bewertung:

Die Anpassungen bezüglich der Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter an die generalistische Pflegeausbildung ist sachgerecht und wird begrüßt.

Zu § 18b SGB XI (Gutachten)

Zu § 18b Abs. 1 SGB XI (Elektronische Form der Gutachtenübermittlung)

Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter haben der Pflegekasse das Ergebnis ihrer Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch Übersendung des vollständigen Gutachtens in gesicherter elektronischer Form unverzüglich mitzuteilen; eine davon abweichende Form der Übermittlung ist bis einschließlich [einsetzen: Datum des letzten Tages des fünften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] möglich.

Bewertung:

Eine digitale Gutachtenübermittlung dient der Einhaltung der gesetzlich vorgesehenen Bearbeitungs- und Begutachtungsfristen und ist im Sinne der Versicherten. Zudem wirkt sich die elektronische Übermittlung positiv auf die Qualität der übermittelten Informationen aus, indem beispielsweise eine einheitliche und aktuelle Datenübertragung etabliert und Datenverluste vermieden werden. Die Vorschrift zur Übermittlung der Gutachten in gesicherter elektronischer Form wird daher begrüßt.

Zu § 18c SGB XI (Entscheidung über den Antrag)

Zu § 18c Abs. 5 SGB XI (Fristen im Zusammenhang mit Verzögerungsgründen)

Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, wird die Frist bis zur Behebung der Verzögerung unterbrochen. Danach läuft die Frist weiter. Die Zeit der Unterbrechung wird nicht auf die Frist angerechnet.

Bewertung:

Grundsätzlich begrüßt wird die Klarstellung, dass die Fristen bis zur Einreichung der zwingend durch die Versicherten einzureichenden Unterlagen unterbrochen werden und der Zeitraum der Unterbrechung in die Frist nicht eingerechnet wird. Diese Anpassung reicht jedoch nicht aus. In der Begutachtungspraxis kommt es häufiger zu Verzögerungen auf Seiten der Antragstellerinnen und Antragsteller. In der Regel erfolgen dann Informationen durch diese an den Medizinischen Dienst erst kurz vor dem geplanten Termin. Es bleiben daher nur wenige Tage der Frist übrig, um ein erneutes Begutachtungsverfahren zu starten. Für die Antragstellerinnen bzw. Antragssteller bedeutet diese kurze Frist, dass diese z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt nur 2-3 Tage zu Hause sind und dann bereits kurzfristig eine Begutachtung erfolgen muss. Dies kann zur Überforderung der Versicherten und ihrer Angehörigen bzw. Pflegepersonen führen und aufgrund der Kürze der Zeit die Vorbereitung auf die Begutachtung auf Seiten der Antragstellerin bzw. des Antragstellers und der Angehörigen bzw. Pflegepersonen erschweren. Auch für den Medizinischen Dienst ist die Organisation eines neuen Begutachtungstermins in solchen kurzen Zeiträumen außerordentlich schwierig. Daher wird vorgeschlagen, für entsprechende Fälle die anfängliche Frist zu beenden und eine neue Frist von 15 Tagen einzuführen.

Bei Begutachtungen im Ausland können die im Gesetz festgelegten Fristen aufgrund des erhöhten organisatorischen Aufwandes nicht eingehalten werden.

Änderungsvorschlag:

Die folgenden Sätze „Liegt ein Verzögerungsgrund nach Satz 2 Alternative 1 vor, ist der Lauf der Frist bis zur Beendigung der Verzögerung unterbrochen. Danach läuft die Frist weiter; der Zeitraum der Unterbrechung wird in die Frist nicht eingerechnet.“ Werden ersetzt durch:

Liegt ein Verzögerungsgrund nach Satz 2 Alternativ 1 vor, ist der Lauf der bisherigen Frist beendet und wird mit einer Frist von 15 Arbeitstagen ab Kenntnisnahme durch den Medizinischen Dienst über die Beendigung der Verzögerung fortgesetzt; verkürzte Begutachtungsfristen nach § 18a Absätze 5, 6 und 7 SGB XI laufen dann erneut an. Der Medizinische Dienst Bund legt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 bis spätestens sechs Monate nach Verkündung dieses Gesetzes die Anforderungen an die Kenntnisnahme durch den Medizinischen Dienst sowie die konkreten Verzögerungsgründe fest.

Für Begutachtungen im europäischen Ausland wird aufgrund des erhöhten organisatorischen Aufwandes eine verlängerte Begutachtungsfrist vorgeschlagen.

Zu § 18c Abs. 6 SGB XI (Fristen bei Einreichung von Unterlagen)

Für den Fall, dass der Pflegekasse noch Unterlagen fehlen, die für die Beauftragung des Medizinischen Dienstes oder anderer unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unerlässlich sind, wird bis zur Einreichung der Unterlagen die Bearbeitungs- bzw. Begutachtungsfrist gehemmt.

Bewertung:

Die Hemmung der Frist bis zum Zeitpunkt der Einreichung der Unterlagen für Antragsfälle, bei denen durch die Pflegekassen Unterlagen nachgefordert werden, wird begrüßt.

Zu § 18e SGB XI (Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung)

Zu § 18e Abs. 1 XI (Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens der Pflegebegutachtung)

Der Medizinische Dienst Bund soll die Möglichkeit erhalten, aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen durchzuführen. Dies dient der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Vorhaben und Überlegungen zur Weiterentwicklung der Aufgaben, die den Medizinischen Diensten nach den §§ 18 bis 18b zugewiesen sind. Dem Medizinischen Dienst Bund und den Medizinischen Diensten wird damit ermöglicht, ihre Tätigkeit und die Erfüllung ihrer Aufgaben weiterzuentwickeln und Ansätze für das Ausloten von Innovationsmöglichkeiten, beispielsweise in den Bereichen Digitalisierung, Information und Beratung, hier insbesondere auch mit Blick auf notwendige Unterstützung in besonderen Bedarfssituationen der Pflegehaushalte, zu erproben. Als Vereinbarungspartner sollen neben den Medizinischen Diensten auch die Pflegekassen regelmäßig beteiligt werden. Die jeweiligen Vorhaben sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen. Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel ist zwischen dem Medizinischen Dienst Bund und dem Bundesamt für Soziale Sicherung zu vereinbaren.

Bewertung:

Das Begutachtungsverfahren wurde 2017 als ein lernendes System in der Pflegeversicherung eingeführt. Die Erfahrungen aus der Vergangenheit haben gezeigt, dass eine Anpassung des Begutachtungsverfahrens an sich ständig verändernde Rahmenbedingungen immer wieder erforderlich sein kann. Diese Anpassung muss systematisch und wissenschaftlich fundiert erfolgen, damit auch Änderungen des Begutachtungsverfahrens valide und einheitlich umgesetzt werden können. Die geplante Regelung wird diesem Anspruch gerecht. Der Medizinische Dienst Bund bewertet diese Regelung daher sehr positiv.

Zu § 18e Abs. 2 SGB XI (Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens der Pflegebegutachtung)

Abs. 2 bestimmt, dass im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie untersucht wird, ob und inwieweit ein Einsatz telefonischer und digitaler Kommunikationsmittel bei der Pflegebegutachtung geeignet ist. Zu klären ist insbesondere, ob die grundsätzlich vorzunehmende Untersuchung der versicherten Person in der Häuslichkeit durch telefonische und/oder digitale Kommunikationsmittel, beispielsweise durch den Einsatz von Videotelefonie in bestimmten Fallkonstellationen und gegebenenfalls – unter welchen Voraussetzungen (teilweise) ersetzt oder ergänzt werden kann, ohne dass sich dies einschränkend auf die Begutachtungsinhalte, den Differenzierungsgrad sowie die Pflegegradeinstufung und die weiteren gegenüber der Pflegekasse abzugebenden Empfehlungen der Gutachterinnen und Gutachter auswirkt.

Bewertung:

Es wird derzeit bereits ein Forschungsprojekt „Analyse des Einsatzes des Telefoninterviews zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“ durchgeführt. Die Ergebnisse werden im 2. Quartal 2023 vorliegen und sollen dazu dienen, wissenschaftlich begründete Kriterien für Fallkonstellationen festzulegen, in denen das strukturierte Telefoninterview zum Einsatz kommen kann.

Darüber hinaus ist bereits ein Antragsverfahren zur wissenschaftlichen Untersuchung der Eignung einer videobasierten Begutachtung (Pflege-ViBe) im Rahmen des § 8 Abs. 3 SGB XI auf den Weg gebracht worden. Der Antrag wird noch im ersten Quartal 2023 beim GKV-Spitzenverband eingebracht werden.

Über die geplanten Projekte hinaus ist eine begleitende Evaluation des Einsatzes telefonischer und digitaler Kommunikationsmittel im Rahmen der Pflegebegutachtung im Regelbetrieb sinnvoll.

Änderungsvorschlag:

Es ist bei der Gesetzesformulierung sicherzustellen, dass Vorhaben nach § 8 Abs. 3 SGB XI mit solchen nach § 18e SGB XI aufeinander abgestimmt werden. Zudem sollte § 18e Abs. 2 auf Projekte ausgerichtet werden, die auf eine begleitende Evaluation des Einsatzes telefonischer und digitaler Kommunikationsmittel im Rahmen der Pflegebegutachtung im Regelbetrieb abzielen.

Zu Artikel 2 Nummer 36 (Aktualisierung der Richtlinien nach § 114a Abs. 2a SGB XI durch den Medizinischen Dienst Bund)

Analog zu den Qualitätsprüfungs-Richtlinien nach § 114a Abs. 7 SGB XI sollen auch die Regelungen zur Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 2a SGB XI durch den Medizinischen Dienst Bund im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband und im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit aktualisiert werden.

Bewertung:

Die Änderung ist folgerichtig und wird begrüßt.

Redaktionell bitten wir um Austausch des Begriffes „Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch „Medizinischer Dienst Bund“.

Zu Artikel 2 Nummer 40 (Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege nach § 125b Abs. 2 und 5 SGB XI)

Es soll ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege beim GKV-Spitzenverband eingerichtet werden.

Die Ziele, Inhalte und Durchführung des Kompetenzzentrums bestimmt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Benehmen mit den Verbänden der Pflegekassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, dem Deutschen Pflegerat, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie mit der Gesellschaft für Telematik. Wenn Kompetenzzentren zum Handlungsfeld Digitalisierung und Pflege auf Bundes- und Landesebene vorhanden sind, sollen diese ebenfalls einbezogen werden. Die Gesellschaft für Telematik soll insbesondere aufgrund eventuell möglicher Schnittstellen bei der Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur beteiligt werden. Bei der Auswahl der relevanten Verbände der Digitalwirtschaft sind die für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege zu beteiligen.

Die Arbeit des Kompetenzzentrums soll durch einen Beirat begleitet werden.

Bewertung:

Die Einrichtung des Kompetenzzentrums wird begrüßt. Ziele, Inhalte und Durchführung soll der GKV-Spitzenverband im Benehmen mit relevanten Akteuren festlegen. Wir sprechen uns dafür aus, dass auch der Medizinische Dienst Bund seine Kompetenzen und Erfahrungen hier mit einbringen kann. Daher sollte bei der Festlegung der Rahmenbedingungen auch der Medizinische Dienst Bund mitberücksichtigt werden. Ebenso sollte der Medizinische Dienst Bund im Beirat nach § 125b Abs. 5 aufgenommen werden.

Änderungsvorschlag:

In § 125b Abs. 2 Satz 2 sowie Abs. 5 Satz 2 sollte der Medizinische Dienst Bund mit aufgenommen werden.

Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

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

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Abteilung Sozialpolitik
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300
Telefax: 030 9210580-310
E-Mail: sozialpolitik@vdk.de

Berlin, 06.03.2022

Der Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK) ist als Dachverband von 13 Landesverbänden mit über zwei Millionen Mitgliedern der größte Sozialverband in Deutschland. Die Sozialrechtsberatung und das Ehrenamt zeichnen den seit über 70 Jahren bestehenden Verband aus.

Zudem vertritt der VdK die sozialpolitischen Interessen seiner Mitglieder, insbesondere der Rentnerinnen und Rentner, Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen sowie Pflegebedürftigen und deren Angehörigen.

Der gemeinnützige Verein finanziert sich allein durch Mitgliedsbeiträge und ist parteipolitisch und konfessionell neutral.

1. Zu den Zielen des Referentenentwurfs und den Maßnahmen der Umsetzung

Der nun vorliegende Referentenentwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege, ist der erste Schritt zur Umsetzung des Koalitionsvertrags „Mehr Fortschritt wagen“. Darin wurde eine moderne sektorenübergreifende Pflegepolitik vereinbart.¹ Ziel des Referentenentwurfs ist es, die ambulante Pflege zu stärken, und die von Pflege betroffenen Menschen und deren pflegende An- und Zugehörige zu entlasten. Weiterhin sollen die Arbeitsbedingungen der professionell Pflege tätigen verbessert werden. Ebenso soll das Potential der Digitalisierung zur Unterstützung der pflegerischen Versorgung gehoben werden. Der inflationsbedingte Werteverfall der Pflegeleistungen wird angegangen. In den Blick genommen wird ferner der Auf- und Ausbau der kommunalen Unterstützungsangebote im Rahmen eines Modellprogramms. Die Stabilisierung der Pflegeversicherung soll mit einer Erhöhung der Pflegeversicherungsbeiträge erreicht werden. In diesem Zuge soll die Differenzierung der Beitragssatzerhebung nach der Kinderzahl erfolgen und damit das Bundesverfassungsgerichtsurteil vom Mai des letzten Jahres umgesetzt werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt, dass mit dem nun vorliegenden Referentenentwurf die Festlegungen zur Pflege im Koalitionsvertrag umgesetzt werden sollen und dass überhaupt der Versuch unternommen wird, die pflegerische Versorgung zu verbessern. Seit Anbeginn der Wahlperiode hat sich die Versorgungssicherheit – auch als Resultat der Pandemie – so dramatisch zugespitzt, dass der nun vorliegende Entwurf eines Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes nur der erste Schritt sein kann und darf. Der VdK möchte eingehend davor warnen, es dabei bewenden zu lassen. Obwohl in der Pflege der Alarmismus schon immer recht hoch war, gab es nie zuvor eine sich so deutlich abzeichnende Unterversorgung, die leider systematisch nirgends erfasst wird. Gerade in der häuslichen Pflege, die mit 84 Prozent der dort versorgten Pflegebedürftigen den Hauptschwerpunkt der pflegerischen Versorgung in Deutschland bildet, gibt es deutlichen Handlungsbedarf. Um ein umfassendes Lagebild zu erhalten, hat der Sozialverband VdK im Jahr 2021 – unter der Leitung der Hochschule Osnabrück – eine der größten Studien zur häuslichen Pflege durchführen lassen.

¹ Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/Die Grünen, Freie Demokraten (FDP) (07.12.2021): Mehr Fortschritt wagen; Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit; Koalitionsvertrag 2021-2025

Die Ergebnisse sind evident. Sie zeigen, wo noch Versorgungspotential gehoben werden kann und worin hoher Handlungsbedarf besteht. Deutlich wird, dass ein „Weiter so“ in der Pflegepolitik, angesichts des noch bevorstehenden demografischen Aufwuchses an Pflegebedürftigen, nicht mehr möglich ist. Nicht erst in dieser Legislaturperiode wird klar, dass wir angesichts der bevorstehenden Herausforderungen eines Richtungswechsels bedürfen. Doch diesen wird der vorliegende Referentenentwurf nicht einläuten. Die prekäre Lage in der pflegerischen Versorgung wird nämlich weiterhin völlig verkannt. Erschwerend kommt hinzu, dass aufgrund der begrenzten finanziellen Mittel, des bisher nicht zugesichertem Steuerzuschusses und des Überschreitens der 40 Prozent-Grenze bei den Sozialversicherungsbeiträgen, nicht alle hier aufgeführten Maßnahmen verwirklicht werden können. Bei einer Priorisierung der Maßnahmen spricht sich der VdK dafür aus an allererster Stelle die häusliche Versorgung zu verbessern. Sie wurde bei der letzten Pflegegesetzgebung im Rahmen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) gänzlich hintenan gestellt.

2. Zu den Regelungen im Einzelnen

2.1. Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten (Art. 2, Nr.4 § 7d SGB XI)

Die Landesverbände der Pflegekassen sollen ein oder für jedes Bundesland spezifisches, barrierefreies, elektronisches Informationsportal aufbauen. Dieses soll Angebote für ambulante und stationäre Pflege, für Betreuung, Alltagsunterstützungen sowie gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative, medizinische, weitere pflegerische und soziale Hilfs- und Unterstützungsangebote sowie Hilfen durch bürgerschaftlich und ehrenamtlich Engagierter umfassen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Es ist richtig und wichtig, dass Betroffene einen schnellen Überblick über die Versorgungslandschaft vor Ort und deren Kapazitäten erhalten. Seit langer Zeit ist die Problematik bekannt, dass gerade in Bezug auf die Bereitstellung von Kurzzeitpflegeplätzen Pflegebedürftige oder ihre Nächstenpflegenden einen wahren Telefonmarathon hinter sich bringen müssen. Das alles nur um schlussendlich doch nicht fündig oder getröstet zu werden, dass sie es in einigen Tagen nochmals versuchen sollten. In Zeiten, in denen fast jeder Internethändler, die noch auf Lager befindlichen Stückzahlen eines Artikels minutenaktuell veröffentlicht, ist der Schritt der tagesaktuellen Abbildung noch freier Platzkapazitäten von Pflegeunternehmen längst überfällig. Die Länder müssen in der Umsetzung dazu beitragen, dass hier Sanktionen erfolgen, wenn die tagesaktuelle Pflege der Platzzahlen nicht erfolgt. Das Umsetzungsproblem, den schwierig abzubildenden ambulanten Leistungsbereich mit aufzunehmen, wird einer tiefergehenden Auseinandersetzung bedürfen. Der VdK bittet inständig, dass es der Einrichtung **nur einer bundesweite Informationsplattform** bedarf. Es ist nicht nachvollziehbar, warum ein Pflegebedürftiger, der wohnhaft an einer Landesgrenze oder sogar in einem Dreiländereck ist, schlimmstenfalls drei unterschiedliche Plattformen ansteuern muss. Zudem erschwert es auch die Registrierung der unter Absatz 1 Punkt 3 auf

Antrag aufzunehmenden Anbieter und ehrenamtlich tätigen Personen, sich bei verschiedenen Landesverbänden der Pflegekassen zur Registrierung zu melden. Ebenso profitieren Pflegeberatungsangebote bis hin zum Entlassmanagement von einem Zugang zu einer einheitlichen Informationsplattform. Es muss gelten, eine Plattform für alle. Das beschneidet den Sicherstellungsauftrag der Kassen nicht im Mindesten und hilft auch Verwaltungs- und Bürokratiekosten zu sparen, da der Aufbau (modernes CMS, Schnittstellenmanagement zu den Pflegeunternehmen mit Anbindung von Real Time Daten), die Betriebskosten für ein modernes Hosting sowie die zeitgemäße Portalbetreuung wesentlich einfacher und kostensparender sind. Die Orientierung an schon bewährten Portalen, sollte in Betracht gezogen werden. Nutzerkriterium muss Übersichtlichkeit, Zuverlässigkeit, Nutzen des Angebots und Gesamtzufriedenheit sein. Der Aufbau dieser Plattform ist deshalb unter Einbezug der Betroffenenorganisationen zu organisieren. Es ist zu überlegen, ob nicht ebenso die externen Qualitätsprüfungen mit eingebunden werden können, die derzeit von jedem Pflegekassen-Internetportale separat veröffentlicht und dort auch jeweils eingepflegt werden müssen. Dieses Nebeneinander ist ineffizient und für den Verbraucher verwirrend. Der Aufbau einer einheitlichen Informationsplattform ist deshalb dringend geboten und kann durch die Gesetzesänderung gelingen.

Wichtig ist weiterhin, dass Angebote für jüngere Pflegebedürftige und pflegebedürftige Kinder leicht zu identifizieren sind und auch Aus- und Aufnahmekriterien wie beispielsweise eine schwer demenzielle Erkrankung Berücksichtigung finden. So haben gerade Menschen mit herausforderndem Verhalten mitunter Probleme ein passendes Betreuungs- und Pflegeangebot zu finden und sind derzeit zweifach benachteiligt – einmal einen offenen Platz zu erhalten und trotz ihrer speziellen Bedürfnisse aufgenommen zu werden. Was ebenso notwendig wäre ist, die Erhebung der Pflegebedürftigen, die kein passendes Angebot finden konnten. An keiner Stelle wird derzeit strukturiert erhoben, in welchen Regionen Pflegebedürftige unterversorgt sind. Der VdK erhält immer wieder Nachricht von Mitgliedern, die monatelang ohne professionelle pflegerische Unterstützung auskommen mussten, weil es vor Ort keine freien Kapazitäten gab. Die Meldungen an die verantwortlichen Pflegekassen verlaufen dabei regelmäßig ins Leere. Damit kann aber keine Identifizierung einer pflegerisch unterversorgten Region erfolgen. Diese informationelle Leerstelle darf man sich nicht mehr leisten – gerade vor dem Hintergrund des stärkeren Einbezugs der Kommunen in die Sicherung der pflegerischen Versorgung.

2.2. Förderung der Maßnahmen in Pflegeeinrichtungen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf (Art. 1 Nr. 5 § 8 Abs. 7 SGB XI)

Mit dem Pflegestärkungsgesetz wurden Fördermittel für Maßnahmen bereitgestellt, um den außergewöhnlichen Mangel an Fachkräften in der Altenpflege zu begegnen. Begründet wurde die Notwendigkeit eines Förderprogramms damit, dass Pflegekräfte einen unverzichtbaren Beitrag zur Versorgung von Pflegebedürftigen leisten. Ihre Belastung sei enorm, da sie an sieben Tagen in der Woche einsatzbereit sein müssen und somit eine hohe Anforderung an die Vereinbarkeit zwischen Familie, Beruf und Pflege besteht. Es ist daher unerlässlich und gerechtfertigt, durch zielgerichtete Maßnahmen, diesem Mangel schnellstmöglich

entgegenzuwirken. Gefördert werden mit jährlich 100 Millionen Euro Maßnahmen, die dieses Ziel unterstützen. Diese Förderung soll dem Referentenentwurf nach nicht bereits 2024 enden sondern bis zum Jahr 2030 fortgeführt werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt diese Regelung, möchte aber gleichzeitig betonen, dass die meisten Pflegebedürftigen von ihren nächsten Familienan- und -zugehörigen, den sogenannten Nächstenpflegenden versorgt werden. Auch diese ringen um die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. In Anbetracht der derzeitigen Zahlen des Statistischen Bundesamtes steigt der Anteil der Nächstenpflege in absoluten Zahlen im Gegensatz zur stationären Pflege stetig an. Prozentual bleibt die Zahl der Pflegegeldempfänger zum Vergleichsjahr 2019 nahezu gleich bei 51,4 zu 51,7 Prozent. Die Zahl der ebenso durch ambulante Dienste unterstützten Pflegehaushalte sinkt dagegen von 23,9 auf 21,17 Prozent leicht ab. Der stationäre Versorgungsbereich reduziert sich gar von 20 auf 16 Prozent. Dies zeigt, dass sich die Nächstenpflege als stabilster Versorgungszweig erweist. In Zukunft wird sich die Anzahl der Pflegebedürftigen weiter erhöhen und das bei sinkendem Pflegefachkraftpotential. Mehr denn je ist es notwendig, dass nicht nur Förderprogramme für Pflegefachkräfte aufgelegt werden, sondern die Nächstenpflegenden ebenso einbezogen werden. Die Mehrheit der pflegenden Angehörigen ist zwischen 56 und 65 Jahre alt und somit noch im Erwerbsalter.² Betrachtet man die Gesamtheit der Hauptpflegepersonen, so sind 54 Prozent nicht mehr erwerbstätig. Die Pflege erschwert also die Ausübung einer existenzsichernden Beschäftigung. 49 Prozent aller Pflegenden geben an, dass sie ihre Arbeitszeit aufgrund der Pflege reduziert haben. Von diesen Personen reduzieren 48 Prozent den Arbeitsumfang um die Hälfte und mehr. 6 Prozent geben den Job gar ganz auf. Im Besonderen wirkt sich die Pflege Zuhause auf die Arbeitstätigkeit aus, wenn zehn oder mehr Stunden wöchentlich gepflegt wird. Zudem arbeiten 27 Prozent schon vor der Übernahme der wesentlich intensiveren Pflegephase in Teilzeit oder in einem Minijob.³ Mütter von pflegebedürftigen Kindern mit einer Behinderung oder mit einer chronischen Erkrankung steigen besonders häufig aus dem Erwerbsleben aus.⁴

Der Erhalt der Erwerbstätigkeit neben der Pfl egetätigkeit ist von einigen Pflegenden gewünscht aber nicht für alle machbar. Die bessere Vereinbarkeit ist sicherlich ein Anliegen der derzeitigen Regierungskoalitionen. Dieses Ziel muss aktiv vom Bundesgesundheitsministerium verfolgt werden. Seit vielen Jahren wird deutlich, dass die zergliederte Ressortzuständigkeit bei den Belangen der pflegenden Angehörigen zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sich nicht als zielführend erweist. Die derzeitige Sicherstellung der pflegerischen Versorgung von über 4,96 Millionen Pflegebedürftigen und auch das Funktionieren der Pflegeversicherung ruht zum Großteil auf den Schultern der Nächstenpflegenden und eben

² Rebaudo, M.; Calahorrano, L.; Hausmann, K. (2021): Daten zur Informellen Pflege: Pflegebedürftige und Pflegenden. Herausgeber: Fraunhofer FIT.

³ Felder, L. et al. (2022): Verteilungswirkung von finanziellen Unterstützungsmodellen für pflegende Angehörige. Mikrosimulationsstudie. Gutachten des DIW Berlin im Auftrag des Sozialverband VdK. Unveröffentlichte Fassung.

⁴ Kofahl, C.; Lüdecke, D. (2014): Familie im Fokus: Die Lebens- und Versorgungssituation von Familien mit chronisch kranken und behinderten Kindern in Deutschland. Ergebnisse der Kindernetzwerk-Studie. Herausgeber: AOK-Bundesverband.

nur zu Teilen auf denen der Pflegeunternehmen, wenn letztere auch unerlässliche Partner sind. Die Verlagerung hin zur Nächstenpflege wird sich zukünftig noch verstärken und ist eine gesellschaftliche Realität, die viel zu unterkomplex angegangen wird. Die Verbesserung der Lage der Nächstenpflegenden hat derzeit leider noch keine politische Priorität. Das zeigt sich daran, dass seit Herbst 2015 der Beirat zu Vereinbarkeit für Pflege und Beruf eingesetzt ist und noch immer keine aktiven Maßnahmen ergriffen werden, um die Nächstenpflege zu erhalten und zu fördern.

Ein wichtiger Baustein zur besseren Vereinbarkeit ist auch die Schaffung von mehr Tagespflegeplätzen. Der VdK fordert, dass es eines Rechtsanspruchs auf Tagespflege bedarf, vergleichbar nach dem eines Kitaplatzes nach dem ersten Lebensjahr. Gibt es nicht ausreichend Plätze vor Ort, muss die Möglichkeit bestehen, einen Ersatz in Form einer privat organisierten Tagespflegeperson zu erhalten. Noch immer gibt es zu wenig Tagespflegen. Hier braucht es einen einklagbaren Rechtsanspruch, um die Schaffung dieser Plätze zu fördern. Zudem nutzen pflegende Angehörige die Tagespflege oft nur in begrenztem Umfang und nicht bedarfsdeckend. Ein häufiger Grund ist, dass die Pflegeversicherung sich an den Kosten nur bis zu einer bestimmten Summe beteiligt. Alle übersteigenden Pflegekosten sowie weitere Kostenanteile wie Investitionskosten muss der Betroffene selbst tragen. Das überfordert die finanzielle Leistungsfähigkeit vieler Pflegehaushalte.

2.3. Pflegeperson (Art. 2 Nr. 13 - § 19 SGB XI)

Der Referentenentwurf ändert die Überschrift der Festlegung, wer als Pflegeperson gilt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Im Zuge der vorgesehenen Änderung der Überschrift, bittet der Sozialverband VdK anzudenken, wie eine Registrierung aller Nächstenpflegenden als Pflegeperson gelingen kann. Die amtliche Pflegestatistik weist lediglich aus, welche Leistungsarten in der Pflegeversicherung genutzt werden und so wird der Empfang von Pflegegeld pauschal mit dem Vorhandensein einer Pflegeperson gleichgesetzt, sowie die Nutzung eines Pflegedienstes als Versorgungsmix zwischen Pflegeperson und professioneller Pflege gewertet. Die einzige Statistik, die die Anzahl der Pflegepersonen wiedergibt, ist die Meldung der Deutschen Rentenversicherung mit derzeit 963.000 Personen⁵. Diese Zahl spiegelt aber nicht das wirkliche Ausmaß der Nächstenpflegenden wieder. Bisher unbekannt ist, wie viele pflegende Angehörige es hierzulande genau gibt. Nach einer Hochrechnung des DIW Berlin sind 5,3 Millionen Bürger sorgende und pflegende Angehörige. Davon pflegen 2,2 Millionen mehr als 10 Stunden wöchentlich und gelten damit als pflegende Angehörige gemäß der Logik der deutschen Renten- und Unfallversicherung.⁶ Nach den Daten der VdK Pflegestudie haben sich 91 Prozent freiwillig dafür entschieden zu pflegen. 59 Prozent wollen dies auch weiterhin

⁵ Ihre Vorsorge (27.01.2023): Immer mehr häusliche Pflegende erwerben Rentenansprüche; unter: <https://www.ihre-vorsorge.de/nachrichten/lesen/immer-mehr-haesuslich-pflegende-erwerben-rentenansprueche.html> [Stand: 03.03.2023]

⁶ Felder, L. et al. (2022): Verteilungswirkung von finanziellen Unterstützungsmodellen für pflegende Angehörige. Mikrosimulationsstudie. Gutachten des DIW Berlin im Auftrag des Sozialverband VdK. Unveröffentlichte Fassung.

tun und sehen es als das favorisierte Versorgungsmodell an.⁷ Etwa 70 Prozent der Hauptpflegepersonen sind Frauen.⁸ Oft pflegen sie ihre eigenen Eltern oder den Partner. Pflegende und sorgende Angehörige sind häufiger verheiratet als die Gesamtbevölkerung. In 40 Prozent aller Pflegehaushalte sind Angehörige allein für die Versorgung des Pflegebedürftigen verantwortlich.⁹

Der Gesetzgeber muss wissen, wer die Pflegenden sind, die er mit seinen Gesetzesinitiativen adressieren möchte. Das kann nicht allein im Verantwortungsbereich einzelner Studien verbleiben. Deshalb plädiert der VdK dafür, hier Regularien zu finden, die das wahre Ausmaß der Nächstenpflege abbildet. Zudem müssen auch Personen in den Blick genommen werden, die weiterhin Vollzeit arbeiten und die Pflege übernehmen und somit nicht nach § 44 SGB XI bei einer der sozialen Sicherungssysteme gemeldet und registriert sind.

2.4. Dynamisierung (Art. 2 Nr. 15 - § 30 SGB XI)

Zu Beginn des Jahres 2025 werden alle Leistungen der Pflegeversicherung um 5 Prozent erhöht. Die weitere Erhöhung im Jahr 2028 soll sich an der kumulativen Kerninflationsrate der zurückliegenden 3 Jahren orientieren – aber nicht höher als der Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme der abhängig beschäftigten Arbeitnehmer ausfallen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Mit dieser Regelung wird weiterhin keine regelhafte Dynamisierung eingeführt. Der Paragraph enthält keine Option für die Zeit nach dem Jahr 2028. Nach bisheriger Gesetzeslage wurde zumindest eine Prüfung aller inflationsbedingten Preisänderungen vorgenommen – auch wenn die Bundesregierung danach von ihrer Möglichkeit der Ermächtigung der Leistungsanpassungen keinen Gebrauch machte. Aber die jetzige Änderung beinhaltet nicht einmal mehr eine Überprüfung des inflationsbedingten Preisverfalls und bezieht sich auch noch auf die Kerninflationsrate. Der Sozialverband VdK sieht es als höchst kritisch an, dass die Leistungssätze zur Verhinderungspflege, der Tagespflege und des Entlastungsbetrags nach acht Jahren immer noch keine Anpassung an die inflationsbedingten Preiserhöhungen erleben. Erstmals soll das in 2025 erfolgen. Gerade bei der Tagespflege, die an die Leistungserbringung von professionellen Pflegeanbietern gebunden ist, ist das eine fatale Fehlentwicklung. Dieser Sektor hat eine enorme Teuerung durch die tarifliche Entlohnung durchlebt, somit Pflegebedürftigen und deren Angehörige immer weniger Tagespflege zur Verfügung steht. Es war eine politische Entscheidung, die tarifliche Entlohnung der Pflegekräfte festzuschreiben aber dass die finanzielle Last auf dem Rücken der Betroffenen abgeladen wurde, ist wohlfeil. Allein die an der Inflation orientierte Dynamisierung, wäre vor dem Hintergrund der steigenden Tarif-Pflegelöhne noch unterdurchschnittlich. Für die stationären Pflegeeinrichtungen wurden wenigstens prozentuale Abschläge zu den Pflegekosten vereinbart. Die häuslich Gepflegten, die sich zu Entlastung der

⁷ Büscher, A. et al. (2021): 1. Zwischenbericht der VdK Pflegestudie – Zwischen Wunsch und Wirklichkeit.

⁸ Rothgang, H.; Müller, R. (2018): Pflegereport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Herausgeber: Barmer.

⁹ Büscher, A. et al. (2021): ebd

Hauptpflegeperson noch professionelle Pflegeleistungen dazu holen, werden hier diskriminiert. Der VdK verwehrt sich, diese Regelung als ausreichend zu empfinden. Seit dem Jahr 2021 verfolgt der VdK in verschiedenen Fällen eine Klage gegen die bereits in 2020 unterlassene Dynamisierung, die sich auf die bisherige gesetzliche Grundlage beruft. Jetzt den Paragraphen ganz zu streichen und den unzureichenden neu formulierten Paragraphen nur bis 2028 zu befristen, wird nicht unterstützt. Die Leistungserhöhungen ab Januar 2025 mit 5 Prozent über alle Pflegeleistungen hinweg sollten deshalb in den bestehenden § 30 SGB XI überführt werden. Eine Neuformulierung der Dynamisierungsregelung ist notwendig und zwar ohne Bezug auf die Kerninflationsrate.

2.5. Pflegesachleistung (Art. 3 Nr. 5 - § 36 SGB XI)

Der Referentenentwurf sieht vor, die Leistungsbeträge der jeweiligen Pflegegrade um jeweils 5 Prozent zu erhöhen. Anspruchsberechtigte Personen in Pflegegrad 2 erhalten statt 724 Euro neu 761 Euro (plus von 5,11 Prozent); in Pflegegrad 3 ist die Steigerung um 69 Euro zu verzeichnen auf dann 1.432 Euro (plus von 5,06 Prozent); in Pflegegrad 4 erhalten die Leistungsempfänger 1.778 Euro (plus von 5,02 Prozent) und 105 Euro mehr erhalten Pflegegrad 5 Bezieher mit einem Gesamtbetrag von 2.200 Euro monatlich (plus von 5,01 Prozent). Die hälftige Zahlung des Pflegegeldes wird harmonisiert auf bis zu 8 Wochen bei Inanspruchnahme von Kurzzeit- und Verhinderungspflege.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Im Rahmen des GVWGs wurden die Leistungsbeträge der Pflegesachleistung bereits um 5 Prozent zum 01.01.2022 erhöht. Die erneute Steigerung um 5 Prozent der ambulanten Sachbeträge ist ebenso zu begrüßen aber das anvisierte Datum zum 01.01.2024 ist reichlich spät gewählt. Seit der politischen Entscheidung Pflegekräften eine tarifliche Vergütung zukommen zu lassen, sind in einer Vielzahl der Pflegehaushalte die Kosten für ambulante Sachleistungen mitunter um bis zu 30 Prozent gestiegen. Angesichts der nun anstehenden Tarifierhöhungen im öffentlichen Dienst, werden im Laufe der Jahre auch die tariflich gebundenen oder daran angelehnten Pflegeunternehmen diesem Beispiel folgen. Die nächste Kostensteigerungswelle steht also schon bevor. Da die Pflegekosten seit 2021 nun sehr eng an die tariflichen Entwicklungen gekoppelt wurden, braucht es jetzt eines wirksamen Mechanismus, damit hier nicht die vulnerabelste Gruppe dauerhaft negativ betroffen ist. Das kann nicht der politische Wille des Gesetzgebers gewesen sein.

Die Erfahrung des VdKs zeigen zudem, dass die Betroffenen – wenn Eigenanteile zur Begleichung der Pflegekosten notwendig werden – mit Leistungseinschränkung reagieren. Ganz anders als in der stationären Langzeitpflege, wo Heimträger dafür Sorge tragen, dass Hilfe zur Pflege beantragt wird – wird im ambulanten Bereich mit einem Nachfragerückgang auf die knapper werdenden finanziellen Mittel reagiert. Dieses Verhalten ist aber auch bekannt in Bezug auf Grundsicherung im Alter, Wohngeld, etc. Während also im stationären Bereich weiterhin eine pflegerische Sicherstellung erfolgt und für jeden Betroffenen gesorgt wird, stellt sich im ambulanten Bereich eine ganz andere Situation dar. Diese macht es notwendig, über weitere Lösungsansätze nachzudenken. Zudem ist es ein besonderer Nachteil, dass die Pflegebedürftigen in der stationären Versorgung überproportional mit der Einführung des

Zuschusses von den Pflegekosten entlastet wurden und dies im ambulanten Bereich nicht angedacht wird. Man fragt sich, ob der Gesamtschau der gesetzgeberischen Aktivitäten, der Grundsatz Ambulant vor Stationär noch gilt.

2.6. Pflegegeld (Art. 3 Nr. 6 - § 37 SGB XI)

Das Pflegegeld wird mit 5-prozentiger Steigerung über alle Pflegegrade hinweg zum 01.01.2024 angepasst. Pflegegeldempfänger erhalten in Pflegegrad 2 dann 332 Euro (plus von 5,06 Prozent), in Pflegegrad 3 beträgt die Erhöhung 28 Euro auf 573 Euro (plus von 5,14 Prozent). Mit einer Steigerung auf 765 Euro (plus von 5,08 Prozent) wird der Pflegegrad 4 bedacht und von 901 Euro auf 947 Euro (plus von 5,11 Prozent) profitiert der Pflegegrad 5 von der Anpassung.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Seit 2017 wurde das Pflegegeld, wie auch der Entlastungsbetrag und die Tages- und Verhinderungspflege nicht mehr erhöht. Nach nunmehr 7 Jahren soll ab Anfang des Jahres 2024 endlich eine Anpassung des Pflegegeldes erfolgen. Für die Jahre 2017 bis 2019 hat die Bundesregierung höchst selbst festgestellt und attestiert, dass eine Anpassung aller Pflegeleistungen um 5 Prozent notwendig wäre¹⁰. Dies entspricht auch der vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Inflationsraten. Für die Jahre 2020 bis 2022 würden nochmals 11,5 Prozent notwendig werden. Das Jahr 2023, das sicherlich auch nicht als ein Jahr des Rückgangs der Inflation in die Geschichte eingehen wird, kann noch nicht abgesehen werden. Auch ohne Berücksichtigung des aktuellen Jahres, wäre eine Steigerung von 16,5 Prozent als unterstes Niveau notwendig gewesen, um die Pflegegeldleistung inflationsbedingt auszugleichen. 5 Prozent offeriert nun der Referentenentwurf und nochmals 5 Prozent im Jahr 2025. Ferner wurde die Erhöhung des Pflegegeldes im Koalitionsvertrag schon zum Jahr 2022 versprochen. Die weitere Verschiebung um 2 Jahre ist keine gesellschaftlich vertrauensbildende Maßnahme.

2.7. Verhinderungspflege (Art. 3 Nr. 8 - § 39 SGB XI)

Die Verhinderungspflege wird neu geregelt. Der Betrag für die Inanspruchnahme der Verhinderungspflege geht mit dem Betrag der Kurzzeitpflege zusammen. Der Nachweis der Vorpflegezeit bei der Verhinderungspflege entfällt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt die Verwaltungsvereinfachung und Zusammenlegung mit der Kurzzeitpflege überaus. Es wäre natürlich im Interesse der Pflegebedürftigen, auch noch den Entlastungsbetrag und die Tagespflegeleistung mit aufzunehmen. Alle diese Maßnahmen verfolgen ein Ziel: den längst möglichen Erhalt der Nächstenpflege. In Zeiten des Fachkräftmangels ist es von wesentlicher Bedeutung, dass die Betroffenen sich auch

¹⁰ Bt. Drs. 18/1600; Deutscher Bundestag, 18. Wahlperiode; Unterrichtung durch die Bundesregierung: Bericht der Bundesregierung über das Ergebnis der Prüfung der Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung nach § 30 des Elften Buches Sozialgesetzbuch



außerhalb des fachkraftbezogenen Leistungsgeschehens bewegen können. Die Verhinderungspflege hat das ermöglicht und ihr Erfolg gibt ihr Recht. Die VdK Pflegestudiendaten zeigen, dass 84 Prozent sehr zufrieden mit dem Angebot sind. Gerade die stundenweise Verhinderungspflege, die über das gesamte Jahr verteilt werden kann, hilft den Nächstenpflegenden, sich regelmäßig zu entlasten und auch einmal eigener Tätigkeiten oder Dringlichkeiten, wie Arztbesuchen, Therapiemaßnahmen nachzugehen. Die VdK Nächstenpflege-Studie zeigt, dass 72 Prozent der Betroffenen die Verhinderungspflege stundenweise in Anspruch nehmen. 84 Prozent wünschen sich auch mehr davon. Der meist genannte Hinderungsgrund ist zu 57 Prozent, der finanzielle Aspekt – das Budget dafür ist schlichtweg zu früh aufgebraucht. Das ändert sich durch diese Reform.

Der Wegfall der Vorpflegezeit ist richtig. Da diese nicht an die Feststellung der Pflegebedürftigkeit gebunden ist, war die Erbringung des Nachweises immer schwierig. Spätestens, wenn dagegen Rechtsbeschwerde eingelegt wurde, erkannten die Pflegekassen den Vorpflegezeitraum an. Somit trägt die offizielle Streichung dazu bei, dass hier keine unnötigen Nachweise oder Widersprüche mehr notwendig werden. Weiterhin schwierig ist für die Pflegebedürftigen der unterschiedliche Umgang mit der zu nutzenden Pauschale in Abhängigkeit vom Verwandtschaftsgrad. Dies führt regelmäßig dazu, dass Betroffene in der Annahme sind, dass sie die Pauschale zur Verhinderungspflege oder dann zukünftig zum gemeinsamen Jahresbetrag in voller Höhe nutzen können. Erst im Prozess der Abrechnung wird ihnen gewahr, dass es eine unterschiedliche Handhabung in Abhängigkeit vom Verwandtschaftsverhältnis gibt. Die Bindung des Verhinderungspflege-Betrags für nahe Verwandte an das Pflegegeld ist aber eine weiter bestehende Ungerechtigkeit. Während der Pflegegrad bei der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege und zukünftig beim gemeinsamen Jahresbetrag keine Rolle spielt, ist er bei der Orientierung am Pflegegeld maßgeblich. Das bedeutet, dass ein Angehöriger, der bis zum zweiten Grad verwandt ist und Verhinderungspflege erbringt im Jahr maximal 664 Euro bei Pflegegrad 2 anerkannt bekommt und maximal 1.894 Euro bei Pflegegrad 5. Währenddessen können weitere Personen bis zu 3.386 Euro erhalten. Man kann noch argumentieren, warum es einer Ungleichbehandlung zwischen engeren Verwandten und weiteren Dritten bedarf. Es ist aber nicht nachvollziehbar, warum engere Verwandte doppelt ungleich behandelt werden, weil sich bei diesen noch der Pflegegrad als Beeinträchtigung erweist.

2.8. Digitale Pflegeanwendungen (Art. 2 Nr. 13 - § 40bSGB XI)

Die Pflegebedürftigen werden von den Pflegekassen vorab informiert, sollten Mehrkosten für die Anwendung und Unterstützung einer digitalen Pflegeanwendung entstehen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Dies ist zu begrüßen, da mit dieser Regelung die Möglichkeit von spontanen oder unbeabsichtigten In-App-Käufen nicht mehr möglich sein wird. Der VdK will aber nochmals darauf hinweisen, dass eine Nicht-Nutzung einer Digitalen Pflegeanwendung auch zum Auslaufen der Erstattungsprämie an die Anbieter führen muss. Aufgrund des oft progredienten Verlaufs einer Pflegebedürftigkeit wird es häufig dazu kommen, dass nach anfänglicher Nutzung und auch Entfristung durch die Pflegekassen, zu einem späteren Zeitpunkt die

Anwendung eingestellt wird. Es wäre vielleicht sogar der Umstieg auf eine andere digitale Pflegeanwendung ratsamer. Hierzu sehen die bisherigen Regelungen nichts vor und somit erhält der Anbieter monatlich weiterhin den Erstattungsbetrag, der Nutzer erfährt aber davon nichts. Es gleicht also einem Abo, bei dem der Nutzer keine Information über den weiteren Bezug erhält. So erleben wir es bei den Pflegehilfsmittel-Boxen. Deren Versender werben öffentlich dafür, dass die Pflegeboxen gratis für den Pflegebedürftigen sind. Das stimmt nur bedingt, da es sich hier um Versichertengelder handelt. Zudem zeigen Recherchen des VdKs bei den Versendern der Pflegehilfsmittelboxen, dass ein Teil der Pflegehilfsmittelpauschale zum Verbrauch auch durch Verpackungs- und Versandkosten genutzt werden und sich somit negativ auf das Volumen und die Anzahl der dringend notwendigen Verbrauchshilfsmitteln auswirken.

Wir sehen bei den digitalen Pflegeanwendungen Nachbesserungsbedarf. Das Bundesministerium für Gesundheit muss eine Auflage erteilen, damit die digitalen Pflegeanwendungen in regelmäßigen Abständen einer niedrighschwelligen im Nutzungsvorgang integrierten Zustimmung des Anwenders bedürfen – dies kann durch Bestätigung eines Pop-Ups oder In-Use erfolgen. Erst dann ist der Anbieter berechtigt, die volle oder anteilige Pauschale nach 40b SGB XI bei den Pflegekassen geltend zu machen. Die Inaktivität und Nichtnutzung darf jedoch nicht durch Löschung des Accounts vom Anbieter vollzogen werden. Nur bei Nutzung der Kernfunktionalität sollte auch Versichertengeld dafür aufgewendet werden. In Abhängigkeit von der Zweckbestimmung der App ist auch über eine Pay per Use Variante nachzudenken. Im Austausch mit Software Herstellern und App Anbietern, die nicht im Bereich Medizin und Pflege, tätig sind, wird großes Unverständnis über die derzeitige Art der Abo-Finanzierung durch die Pflegekassen geäußert.

2.9. Kurzzeitpflege (Art. 3 Nr. 9 - § 42 SGB XI)

Die Kurzzeitpflege bezieht sich zukünftig nicht mehr nur auf eine Anschlussversorgung nach einer stationären Behandlung oder in sonstigen Krisensituationen sondern wird insgesamt für andere Situationen erweitert.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Dieser Regelung kann nur zugestimmt werden. Bei der Kurzzeitpflege handelt es sich regelmäßig um eine Entlastungsmaßnahme der Nächstenpflegenden, die nicht nur aus einer Krisensituation heraus resultieren muss.

2.10. Gemeinsamer Jahresbetrag (Art. 3 Nr. 10 - § 42a SGB XI)

Durch die Zusammenlegung der Beträge von Kurzzeit- und Verhinderungspflege entsteht ein so genannter gemeinsamer Jahresbetrag in Höhe von 3.386 Euro. Erbringen zugelassene Pflegeeinrichtungen die Dienstleistung, dann muss diese den Betroffenen eine Übersicht über die abgerechneten Leistungen aushändigen und die Auswirkung auf den gemeinsamen Jahresbetrag aufzeigen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK ist erfreut über die Schaffung des gemeinsamen Jahresbeitrags von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege. Für die Kurzzeitpflege verändert der Jahresbetrag nichts, da weiterhin der Maximalbetrag von 3.386 Euro zur Verfügung steht, der zuvor schon durch die Übertragung der nicht genutzten Verhinderungspflege möglich war. Für die Nutzung der Verhinderungspflege ist die Regelung ein absoluter Gewinn, da die komplizierte anteilige Übertragung von 806 Euro der nicht genutzten Kurzzeitpflege entfällt. Somit besteht jährlich die Möglichkeit 968 Euro mehr an Verhinderungspflege abzurufen. Die Regelung trägt auf jeden Fall zur Vereinfachung bei. Der VdK regt an den neuen Leistungskomplex anders zu benennen und bei der ursprünglichen Idee eines Entlastungsbudgets, Entlastungs(jahres)pauschale zu bleiben oder eine andere treffendere Bezeichnung zu finden. In der Beratung stellt sich dies sicherlich als verständlicher heraus, da sich Laien fragen, welches ‚gemeinsam‘ und welcher ‚Gesamtbeitrag‘ gemeint ist. Es wäre zielführender, gleich einen neuen Titel dafür zu finden.

Wie im Kapitel 2.7. schon ausgeführt, ist die Schaffung eines umfänglicheren Entlastungsbudgets wichtig. Jede Pflegesituation ist so hochindividuell aber darauf nehmen die bisherigen Einzelleistungen keine Rücksicht. Pflegebedürftige und deren Nächstenpflegenden sind keine homogene Gruppe, daher ist gerade die flexible Nutzung durch ein Pflegebudget besonders wichtig. Die VdK Pflegestudie hat gezeigt, dass schon die Erkrankung, die zur Pflegebedürftigkeit führt, Einfluss auf die Leistungsanspruchnahme hat. Es ist im Sinne der zukünftigen Sicherstellung der Versorgung, dass hier eine Antwort gefunden werden muss, in Form einer umfassenden Budgetlösung.

Nicht gänzlich gut gelöst hält der VdK die auszuhändigende Übersicht der Leistungsabrechnung und der Entwicklung des Jahresbetrags durch den Pflegeanbieter. Es gilt ja nicht nur zu diesem einen Betrag den Überblick zu halten sondern auch zum Entlastungsbetrag, da dieser auch noch angespart und entspart werden kann und im Rahmen der Kurzzeitpflege gerne mit genutzt wird. Wenn unterschiedliche Leistungserbringer im Rahmen des Jahresbetrags tätig werden, kann dies nur zu einem Aufwuchs an Bürokratie führen. Wie soll ein Pflegeunternehmer darstellen oder Kenntnis darüber erlangen, welche dritte Person noch vom Gesamtbetrag Leistungsabrechnungen vornimmt? Das kann nur zu großer Irritation führen. Die Lösung der erweiterten Auskunftspflicht der Pflegekassen, wie sie der VdK in der Stellungnahme zu § 108 SGB XI hier vorschlägt – ist wesentlich zielführender. Zudem springt der alleinige Überblick über den gemeinsamen Gesamtbetrag viel zu kurz.

2.11. Zuschuss pflegebedingter Eigenanteil (Art. 3 Nr. 15 - § 43c SGB XI)

Der Zuschuss zum Eigenanteil erhöht sich um 10 Prozent im ersten Jahr des Umzugs in eine Pflegeeinrichtung. Ab dem zweiten Jahr gibt es jeweils 5 Prozentpunkte mehr als Zuschuss zu den bisherigen Beträgen. Das heißt im ersten Heimaufenthaltsjahr reduziert sich der pflegebedingte Eigenanteil um 15 Prozent, nach dem 12. Monat auf 30 Prozent, nach dem 24. Monat auf 50 Prozent und ab mehr als 36 Monate Heimaufenthaltsdauer auf 75 Prozent.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die bisherige Regelung der Zuschussung zu den pflegebedingten Eigenanteilen hat gerade bei Bewohner mit längerer Heimaufenthaltsdauer zu einer enormen finanziellen Entlastung bei den pflegebedingten Kosten geführt. Der VdK empfiehlt, mit den bereitgestellten Geldern, eine Fokussierung auf die kürzeren Heimaufenthaltsdauern zu legen. Im Vergleich zu den hier vorgenommenen Verbesserungen im ambulanten Bereich zu der weiteren Erhöhung der Zuschussregelung im stationären Bereich muss attestiert werden, dass die weitere Bevorzugung der stationären Pflege bestehen bleibt und sogar noch ausgebaut wird. Dabei wollen die Betroffenen auch nicht ins Heim laut der VdK Pflegestudie möchten gerade einmal 2,3 Prozent in einem Heim gepflegt zu werden. Nur 11 Prozent der Nächstenpflegenden rechnen oder beabsichtigen einen zukünftigen Heimeinzug des Pflegebedürftigen. Pflegeunerfahrene sehen nur zu 11 Prozent, dass sie in einer Einrichtung gepflegt werden würden.¹¹

Vergessen wird an dieser Stelle, dass sich die Bundesregierung auch auf den Kurs begeben wollte, dass mehr innovative quartiernahe Wohnformen ermöglicht werden sollten. Dieser Umstieg gelingt so nicht, da gerade die Wohngemeinschaftsmodelle weiterhin bei den ambulanten Leistungsbeträgen verharren und ihren Bewohnern nicht die großzügige Zuschussregelung anbieten können.

Es soll an dieser Stelle auch einmal darauf hingewiesen werden, dass im Rahmen der Hilfe zu Pflege jedem Pflegebedürftigen in der stationären Langzeitpflege die Pflege zukommt, die er benötigt. Die Kommunen sind wiederum in der Verantwortung, dass sie für die Hilfe zur Pflege Bezieher eine gute Form der Pflege einfordern und selbst wieder die Versorgungsstrukturen verantworten und aufbauen. Zudem hat selbst der Bundesrechnungshof erst Anfang März 2023 darauf verwiesen, dass die Länder und Kommunen im Vorjahr kräftige Überschüsse erzielt haben und im Ergebnis finanziert der Bund mit neuen Schulden die Konsolidierung der Länderhaushalte.¹² Mit der Erweiterung der Zuschussregelung zum stationären Bereich legt der Bund aber den Beitragszahlern die Last auf. Anstatt endlich die Länder in die Verantwortung zu bringen, die Investitionskosten von diesen wieder tragen zu lassen, nimmt man den Weg des scheinbar geringsten Widerstands. Angesichts der derzeitigen Finanzierungsdiskussionen muss der Verweigerung der Länder und Kommunen zur Verantwortung der Daseinsvorsorge ein Ende gesetzt werden. Die Pflege der Zukunft wird so nicht mehr tragfähig sein, wenn sich die wichtigsten Akteure ständig nicht in der Verantwortung sehen und nur der Beitragszahler als alleiniger Bürge aller jetzigen und zukünftigen Lasten gesehen wird.

Der VdK sieht auch hier den Grundsatz „Ambulant vor Stationär“, aufgrund der weiteren Anhebung des Zuschusses um 5 Prozent zu den Pflegekosten, verletzt. Die letzte ‚Pflegereform‘ mit Schaffung der Zuschussregelung war wesentlich kostenintensiver als veranschlagt. Grund war auch die fehlende Datenbasis über die Heimaufenthaltsdauer der

¹¹ Büscher et al (2023): Endbericht VdK Pflegestudie – Zwischen Wunsch und Wirklichkeit; noch unveröffentlichtes Manuskript

¹² Bundesrechnungshof (01.03.2023): Stellungnahme des Bundesbeauftragten für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung an das Bundesministerium der Finanzen zur Aufstellung der Eckwerte für den Bundeshaushalt 2024 und die Finanzplanung 2025 bis 2027 sowie für das Haushaltsaufstellungs-Verfahren; Kontrollverlust bei den Bundesfinanzen verhindern, Verkrustung des Haushalts aufbrechen

Pflegebedürftigen, die maßgeblich für die Höhe des Zuschusses ist. Die Finanzierungslücke der Pflegeversicherung ist auch aufgrund der Zuschussregelung so groß ausgefallen. Berechnungen aus dem Sommer des Jahres 2022 von Prof. Rothgang im Auftrag der DAK zeigen, dass nur etwas mehr als ein Viertel seit höchstens einem Jahr im Heim lebt, 14 Prozent werden seit 2 bis 3 Jahren dort gepflegt und ein hoher Anteil von 40 Prozent der Heimbewohner ist schon drei und mehr Jahre im Heim. Auf das Jahr berechnet werden so 3,3 Milliarden für die bisherige Reformumsetzung nötig. Im damaligen Gesetzesentwurf wurden 2,6 Milliarden dafür veranschlagt. Schon hier ergibt sich ein Fehlbetrag. Das Defizit der sozialen Pflegeversicherung dürfte mit dem weiteren Ausbau des Zuschusses noch weiter steigen. Zudem werden die stationären Leistungssätze ohnedies im Zuge des Inflationsausgleichs in 2025 um 5 Prozent erhöht.

2.12. Kurzzeitige Arbeitsverhinderung (Art. 3 Nr. 16 - § 19 SGB XI)

Die kurzzeitige Arbeitsfreistellung für Arbeitnehmer von bis zu 10 Arbeitstagen zur Pflege, Unterstützung oder Organisation von Pflegemaßnahmen war bisher nur einmal pro Pflegebedürftigen möglich. Dieser Anspruch kann nun einmal kalenderjährlich in Anspruch genommen werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt dies ausdrücklich. Auch wenn eine Erwerbstätigkeit für pflegende Angehörige immer selbstverständlicher wird, stellt die Vereinbarkeit von Familie und Beruf viele vor große Schwierigkeiten. Eltern von Kindern mit einer Behinderung und Pflegebedarf stehen vor besonders hohen Herausforderungen, wenn es um die Teilhabe am Erwerbsleben geht. Seit einigen Jahren steht pflegenden Angehörigen eine Freistellung für eine kurzfristige Arbeitsverhinderung, ein Pflegeunterstützungsgeld, eine Pflegezeit und eine Familienpflegezeit zur Verfügung. Allerdings sind die Voraussetzungen dafür meist hoch. Die Pflege von Angehörigen im Vergleich mit der Kindererziehung wird derzeit gesellschaftlich noch nicht gleichberechtigt wertgeschätzt. Dies wurde während der Corona-Pandemie besonders deutlich. Eltern erhielten vom Gesetzgeber deutlich mehr Hilfen als pflegende Angehörige.

Die VdK Nächstenpflege-Studie hat erbracht, dass annähernd 90 Prozent der noch erwerbstätigen pflegenden Angehörigen bisher keine Freistellung von der Arbeit nutzen. Wurde aber eine Auszeit notwendig, dann griffen 49 Prozent auf die kurzzeitige 10-tägige Arbeitsverhinderung zurück – das einzige staatliche Angebot mit einer Lohnersatzleistung und unabhängig von der Betriebsgröße des Beschäftigten. An zweiter Stelle steht der unbezahlte Urlaub mit 27 Prozent. Staatliche Angebote in Form von Familienpflegezeit und Pflegezeit liegen weit dahinter und sind Ladenhüter. Deshalb ist es ein wichtiger Schritt, dass die Bundesregierung hier die mehrmalige Nutzung ermöglicht. Die Dauer der Pflegezeit kann im vorab nicht vorhergesehen werden. Wird dann die 10-tägige Arbeitsverhinderung schon weit zu Beginn der Pflegebedürftigkeitsphase in Anspruch genommen, war keine weitere Nutzung möglich – auch nicht bei schwerwiegenden weiteren Ereignissen. Das heißt der Gesetzesentwurf und das begrüßt der VdK außerordentlich, zumal die kurzfristige Arbeitsverhinderung sich zum erfolgreichsten Modell unter allen bisherigen Pflegeauszeiten entwickelt hat.



Zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ist es für die Nächstenpflegenden aber auch immens wichtig eine finanzielle Sicherheit zu erlangen. Der VdK schlägt hier die Einführung eines Pflegelohns in Anlehnung an das Modell in Österreich im Burgenland vor. Ein fester Lohn für pflegende Angehörige verringert das Armutsrisiko deutlich. Die Höhe sollte sich nach dem Aufwand der Pflege richten, nicht nach dem letzten Gehalt. Die Pflege durch eine Geringverdienerin ist genauso viel wert wie die Pflege durch einen Gutverdiener. Zudem hilft er insbesondere Frauen, die bereits ihre Wochenarbeitszeit reduziert oder ihren Job ganz aufgegeben haben, sowie Eltern von pflegebedürftigen Kindern. Damit sinke die Armutsgefährdungsquote von pflegenden Frauen am deutlichsten.¹³

2.13. Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung, Beitragstragung (Art. 2 Nr. 21, 22 - §§ 55ff. SGB XI)

Die Pflegeversicherung bezieht als soziale Pflichtversicherung ihren Finanzierungsbedarf aus den Beitragseinnahmen der Sozialversicherten. Aktuell beträgt der Pflegeversicherungsbeitrag für Kinderlose 3,4 Prozent des Bruttolohns und für Personen in Elternschaft 3,05 Prozent. Die Neuregelung sieht nun vor, dass zum 1. Juli 2023 in Anlehnung an das Bundesverfassungsgerichtsurteil vom Mai 2022 (Az: 1 BvL 3/18, 1 BvR 717/16 u.a.) eine Anhebung erfolgt für Kinderlose auf 4 Prozent, für Personen mit einem Kind auf 3,4 Prozent; mit zwei Kindern auf 3,25 Prozent; mit drei Kindern auf 3,1 Prozent, mit vier Kindern 2,95 Prozent und ab dem fünften Kind auf 2,8 Prozent. Zur Finanzierung der Kosten der Pflegeversicherung erhöht sich ebenfalls der von der Bundesagentur für Arbeit zu entrichtende Pauschalbetrag an den Ausgleichsfonds von 20 auf 50 Millionen.

Zudem sieht die Änderung vor, dass die jeweilige Bundesregierung durch Rechtsverordnung den Beitragssatz jederzeit anpassen kann, wenn der Pflegeversicherung ein Defizit droht – die Mittel unterhalb des Rücklagensolls fallen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK sieht den notwendigen Finanzierungsbedarf der Pflegeversicherung aber hält die Gegenfinanzierung allein durch die Versichertengemeinschaft für reichlich unambitioniert, ideenlos und einseitig.

Dies trifft die Versicherten unangemessen hart und ist nicht notwendig, da noch nicht alle vorher zu ergreifenden Maßnahmen ausgeschöpft sind. Vor allem Rentner mit kleinen Renten leiden unter den kleinsten Ausgabesteigerungen und seien es nur 2 Euro im Monat. Sie kämpfen derzeit schon mit erheblichen Mehrkosten für Energie und Lebensmitteln zu. VdK-Mitglieder, die pflegebedürftig sind und deren Angehörige sowie Rentner mit kleinen Renten, die allesamt den Großteil, wenn nicht gar den gesamten Tag zuhause verbringen, schildern schon jetzt, dass sie noch in der Heizperiode die Heizung auslassen. Diese Menschen berichten von Lebensmittelknappheit und von ihren Wegen zur örtlichen Tafel, um sich mit Lebensmitteln zu versorgen. Pflegende, die zudem der Pflege wegen ihre Arbeitstätigkeit aufgegeben haben, sind gar nicht in den Genuss der Energiepreispauschale gekommen.

¹³ Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) (Hrsg.) (2022): Verteilungswirkungen von finanziellen Unterstützungsmodellen für pflegende Angehörige

Rentenbezieher sind von den Beitragssätzen zu entlasten. Es ist notwendig, dass sich die Rentenversicherung nun auch paritätisch an den Kosten der Pflegeversicherungsbeiträge beteiligt. Hier besteht eine historisch gewachsene Ungleichbehandlung zur Krankenversicherung, die dem Grundsatz widerspricht: Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung. Der allgemeine Beitragssatz zur Krankenversicherung der Rentner wird zur Hälfte von der Deutschen Rentenversicherung getragen. Dies umfasst sogar den krankenkassenindividuellen Zusatzbeitrag. Anders als bei der Krankenversicherung trägt der sich in Rentenbezug stehende Versicherte die Pflegeversicherungskosten in voller Höhe allein (§ 59 Abs. 1 SGB XI). Bevorteilt werden hier nur die Beihilfeberechtigten, da diese einen ermäßigten Beitragssatz zahlen.

An dieser Stelle weist der VdK auf den gemeinsamen offenen Brief einiger Krankenkassen, Sozialverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege an den Bundeskanzler Olaf Scholz vom 21.02.2023 hin. Die Kosten der durch das Corona-Virus entstandenen Aufwendungen wurden einstweilig durch die Pflegeversicherung getragen und sind mit 5,5 Milliarden Euro noch immer nicht entsprechend rückerstattet worden. Diese gesamtgesellschaftlichen Kosten sind durch den Bund zu finanzieren. Das dadurch entstandene Defizit belastet die Pflegeversicherung deutlich. Zudem muss ordnungsrechtlich endlich die Zahlung der Rentenbeiträge der pflegenden Angehörigen durch die Pflegeversicherung abgewendet werden. Dies ist ebenso eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und schlägt defizitär im Pflegeversicherungshaushalt mit schätzungsweise jährlich 3 Milliarden Euro zu Buche. Hier ist auch mit einem weiteren Anstieg der absoluten Zahlen der Rentenbeitragsbezieher auszugehen. Bedingt durch die Möglichkeit eine Flexirente auch mit 99,99 Prozent in Anspruch zu nehmen und durch die Pflegetätigkeit Rentenbeiträge zu erwerben, wird in der nächsten Zeit eine Vielzahl von Pflegenden dieses Modell in Anspruch nehmen. Der VdK rechnet mit einem Anstieg auf mindestens 1,3 Millionen Personen bis Ende des Jahres 2023, für die die Pflegeversicherung Rentenbeiträge an die Deutsche Rentenversicherung abführen muss. Die Bundesregierung muss ihre Blockadehaltung in Hinblick auf eine Steuerfinanzierung aufgeben. Es gibt ordnungsrechtlich kein Argument, das die Finanzierung der Pandemiekosten und die der Rentenbeiträge durch die Pflegeversicherung rechtfertigt. Zudem ist es an der Zeit den Koalitionsvertrag einzulösen und die Koalitionspartner an ihr Zugeständnis zu erinnern: „(...) versicherungsfremde Leistungen wie die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige und die pandemiebedingten Zusatzkosten aus Steuermitteln finanzieren, sowie die Behandlungspflege in der stationären Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung übertragen und pauschal ausgleichen.“

Der VdK ist sich bewusst, dass jede Steuerausgabe derzeit besonders intensiv zu prüfen ist. Aber dieser erhöhte Zuschuss aus Steuermitteln ist mit politischer Bindungswirkung im Koalitionsvertrag vereinbart. Er ist an erster Stelle umzusetzen, bevor eine Erhöhung der Beiträge der Versicherten in Frage kommt.

Eine weitere Maßnahme zur Deckung der Pflegeversicherungs-Kosten ist die Erweiterung der heranzuziehenden Einkommen durch eine höhere Beitragsbemessungsgrenze. Es ist nicht begründbar, warum Einkommen in der Pflegeversicherung bis zum Betrag von 4.987,50 Euro im Monat herangezogen werden, während dies in der gesetzlichen Rentenversicherung (West) bis zu 7.300 Euro reichen. Eine Kalkulation von Heinz Rothgang und Dominik Domhoff der Universität Bremen zeigte, dass ein Rückgang von 0,56 Beitragssatzpunkten bei Umsetzung

dieser Maßnahme möglich wäre.¹⁴ Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze etwa auf die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung, würde zudem einen früher schon bestehenden Status wiederherstellen.

Ebenso gäbe es Einsparpotential bei der Zusammenlegung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Es ist kein sachlicher Grund erkennbar, warum es 96 verschiedene Krankenkassen geben sollte. Der positive Versorgungseffekt für die Versicherten durch den Wettbewerb der Pflegekassen gibt es, anders als bei der Krankenversicherung, nicht. Das Leistungsportfolio ist bei allen gleich. Weder die Rentenversicherung noch die Arbeitslosen- und Unfallversicherung kennt ein Nebeneinander von verschiedenen Sozialversicherungsträgern im Wettbewerb. Hier wird verkannt, dass es sich bei allen Kranken- und Pflegekassen um Körperschaften des öffentlichen Rechts mit einem gesetzlichen Auftrag handelt. Ein Wettbewerbsgedanke sollte hier ebenso fremd sein wie bei Finanzämtern.

Der VdK weist der Vollständigkeit halber daraufhin, dass die Gesundheitsversorgung in Deutschland ohnehin auf bessere finanzielle Beine durch eine einheitliche solidarische Pflegeversicherung gestellt werden muss.

Nach Meinung des Sozialverbands VdK, sind mehrere Schritte dringend notwendig sind, um die Pflegeversicherung dauerhaft auf eine stabile finanzielle Basis zu stellen. Auch eine Einschränkung der Gewinnmitnahme von Pflegeunternehmen.

Die Idee der Erhöhung der Pflegeversicherungsbeiträge per Rechtsverordnung zukünftig schneller und gar ohne Einbezug des Bundesrates zu vollziehen, lehnt der VdK ab. Es besteht keine Notwendigkeit eine systematische Ausnahme vom Rechtssetzungsmonopol des Parlaments zu machen. Zudem entspricht § 55 Absatz 1 SGB XI nicht im Mindesten die festgelegten Voraussetzungen zur Verordnungsermächtigung in Artikel 80 Absatz 1 Grundgesetz nach dem Inhalt, Ausmaß und Zweck der erteilten Ermächtigung im förmlichen Gesetz hinreichend bestimmt sein muss.

2.14. Auskünfte an Versicherte (Art. 2 Nr. 19 - § 108 SGB XI)

Die Versicherten erhalten jedes Kalenderhalbjahr eine Übersicht über Leistungen, die sie in Anspruch genommen haben und deren Kosten. Auskunft können sie auch darüber erhalten, welche Leistungserbringer welche Kosten zur Abrechnung eingereicht haben. Auch Einsicht in die von den Leistungserbringern eingereichten Abrechnungsunterlagen ist möglich.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt den Ansatz der besseren Transparenz für die Versicherten. Dringend sollte dieser Grundsatz im Rahmen des Referentenentwurfs erweitert werden, um seine völlige Wirkkraft zu entfalten. Schon heute kann sich der Versicherte mit der Bitte an seine Pflegekasse wenden, einen Überblick über die noch zur Verfügung stehenden Pflegeleistungen zu erhalten. Das sieht jetzt die Regelung des Referentenentwurfs vor.

¹⁴ Rothgang H, Domhoff D (2017): Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer »Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung«

Vielleicht meint der Gesetzesentwurf aber auch, dass der Versicherte eine schriftliche Übersicht über die Leistungen auf Wunsch erhalten muss, dann ist das Gesetz dahingehend zu konkretisieren. Es darf auch nicht erst auf Wunsch des Pflegebedürftigen erfolgen sondern muss erfolgen, bis der Betroffene dem widerspricht.

Der Versicherte muss aber nicht nur einen Überblick erhalten, welche Leistungen schon abgerechnet und genutzt wurden sondern ebenso, was ihm noch zustehen würde. Mittlerweile gibt es gewinnorientierte Marktanbieter, die dies für Pflegebedürftige anbieten oder gar als digitale Pflegeanwendung vorsehen. Das darf nicht geschehen, dass der Versicherte noch dritte Anbieter benötigt, um einen Überblick über die Leistungsbeträge zu behalten.

Der Referentenentwurf muss aber dringend bezüglich des kalenderhalbjährlichen Zugangs verändert werden, auf einen Zugang oder besser Zustellung am Ende des ersten und dritten Quartals. Am Kalenderjahresende würde der Versicherte nur noch ersehen können, was er alles nicht genutzt hat. Eine Reaktion zur besseren Nutzung wäre nicht mehr möglich. Außer beim Entlastungsbetrag gibt es keine weitere Pflegeleistung, die eine Übertragungsmöglichkeit von Geldern in das neue Kalenderjahr zulässt.

Der VdK regt an, dass es im Zeitalter der Digitalisierung möglich sein muss, dass der Versicherte Zugriff auf diese Übersicht auch digital erhält, um die noch zur Verfügung stehenden Leistungen bei seiner Pflegekasse einsehen zu können. Es ist Zeit, nicht mehr nur die kleinen Lösungen anzudenken, sondern den Sprung in die digitale Welt zu schaffen. Personen, denen dieser digitale Zugang nicht zur Verfügung steht oder die es auch nicht möchten, können auf die Auskunft und schriftliche Übermittlung der Pflegekassen beharren.

2.15. Qualitätsverantwortung (Art. 2 Nr. 31 - § 112 Abs. 7 SGB XI)

Der medizinische Dienst und die Careproof GmbH als Auftragnehmer der privaten Pflegeversicherung prüfen nicht nur die zugelassenen Pflegeanbieter sondern beraten die Einrichtungen auch in Fragen der Qualitätssicherung, um Mängeln vorzubeugen und die Pflegeunternehmen zu stärken. Sie sollen in Krisensituation eine qualifizierte Beratung abhalten und diese Maßnahmen im Internet bekannt machen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Mehr Transparenz für den Verbraucher auch über die Arbeit und das Wirken der Prüfinstitutionen ist absolut begrüßenswert. In der Begründung sollte aber die Krisensituation nicht nur auf eine pandemische Notlage abzielen sondern auch um das Beispiel einrichtungsinterne Krise, wie massive Personalunterschreitung oder nicht mehr gesicherte Pflegequalität, erweitert werden. Die in den letzten zwei Jahren bekannt gewordenen Pflegeheimskandale am Schliersee und in Augsburg haben gezeigt, dass die Mängel den Prüfinstitutionen bekannt sind aber nicht der Öffentlichkeit. Zu keinem Zeitpunkt wurde den betroffenen Heimbewohner oder Angehörigen deutlich, welche Maßnahmen die Prüfinstanzen anempfohlen, noch selbst durchgeführt haben. Das muss sich ändern. Im jetzigen Gesetzesvorschlag ist zu spezifizieren, auf welche Maßnahme abgestellt wird: Handelt es sich um die Veröffentlichung der Maßnahme, die die Prüfinstanz hat erfolgen lassen? Handelt es sich um die Veröffentlichung der Maßnahme, die der Einrichtung anempfohlen wird oder gar

um die Maßnahme, die dann tatsächlich durchgeführt wurde? Auch ist zu spezifizieren, wo die Veröffentlichung im Internet erfolgen soll. Der Sozialverband VdK schlägt vor, dass dies an der Stelle der Qualitätsberichterstattung erfolgen muss oder wie weiter oben schon vorgeschlagen im neuen Informationsportal der Pflege-, Betreuungs- und sozialen Angebote.

2.16. Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und –strukturen vor Ort und im Quartier, Verordnungsermächtigung (Art. 2 Nr. 39 - §§ 123-124 SGB XI)

Die Durchführung von Modellvorhaben zur kommunalen Beratung wird durch die Modellvorhaben für die Entwicklung von Unterstützungsmaßnahmen vor Ort ersetzt. Häufig gefördert werden maximal für fünf Jahre Modellprojekte, die zu anderen Hälfte von Land oder Kommune finanziert werden und sich der Entwicklung von innovativen Unterstützungsmaßnahmen und –strukturen in der Region, vor Ort, im Quartier widmen. Die wissenschaftliche Begleitung muss dabei gesichert sein und die Ergebnisse entsprechend veröffentlicht werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK unterstützt das Anliegen, dass sich die Angebotslandschaft für Unterstützungsmaßnahmen ausdifferenziert. Der VdK hat in seiner Nächstenpflege-Studie herausgefunden, dass vor allem der Bedarf an niedrighschwelligen Unterstützungsleistungen sehr groß ist. Die Befriedigung der hohen Nachfrage ist, innerhalb des bestehenden Rahmens der Pflegeversicherung, oft gar nicht möglich. Dieser wichtige Versorgungszweig trägt maßgeblich dazu bei, dass ein langer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit möglich wird. Da der Erkenntnisgewinn dieser Modellvorhaben von so enormer Bedeutung ist, ist es für den VdK sehr wichtig, dass, aus Gründen der Transparenz, eine generelle Veröffentlichungspflicht gilt. Es handelt sich hier um Versichertengelder, mit denen die Modellprojekte gefördert werden. Somit haben die Versicherten auch ein Anrecht darauf, Zugang zu den Ergebnissen zu erlangen. Allgemein fordert der Sozialverband VdK, dass alle Berichte, die die Versichertengemeinschaft mit ihren Geldern in Auftrag gibt veröffentlicht werden.

2.17. Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege (Art. 2 Nr. 39 - §§ 123-124 SGB XI)

Beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege eingerichtet werden und von 2023 bis 2027 tätig sein. Der Fokus der Arbeit liegt auf der Beobachtung und Auswertung der Potentiale der Digitalisierung in der Langzeitpflege, sowie der Ableitung von Empfehlungen für die Akteure, wie Anbieter, Nutzer, etc. Ebenso steht im Mittelpunkt, wie der Wissenstransfer bei „Themen der Digitalisierung“ in der Langzeitpflege für Pflegebedürftige und deren An- und Zugehörige, beruflich Pflegenden und beratender Personen gelingen kann. Eine wissenschaftliche und unabhängige Sachverständigenstelle begleitet und wertet die Arbeit des Zentrums aus. Ein Beirat wird die Arbeit ebenso begleiten.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Digitalisierung in der Pflege konstruktiv und zielgerichtet weiterzuentwickeln, ist ein wichtiger Schritt, den der VdK begrüßt. Der VdK bittet zu überdenken, ob das Zentrum beim GKV-SV angesiedelt werden sollte. Am Anfang sollte aber eine konkrete Digitalisierungsstrategie stehen. Es sollte nicht nur den in Absatz 2 genannten Beteiligten überlassen werden über Ziel, Inhalt, Planung und Durchführung zu bestimmen. Da im Absatz 1 Nummer 3 auch die Pflegebedürftigen und deren An- und Zugehörige als Zielgruppe benannt wurden, sind hier die Interessensvertretungen des § 118 SGB XI mit einzubeziehen. Eine Digitalisierungsstrategie kann nicht die außen vor lassen, die neben den Pflegekräften unmittelbar davon betroffen sind. Hauptsächlich wird es darum gehen, Daten des Pflegebedürftigen zu nutzen oder dessen Verhalten aufzuzeichnen, dessen Potential zu ermitteln, präventive Maßnahme durch die Digitalisierung unterstützen zu lassen, etc. Es ist zu erwarten, dass das Leistungsgeschehen von der Digitalisierung betroffen ist und somit der Pflegebedürftige ganz konkret involviert und adressiert sein wird. Deshalb ist es unabdingbar die 118er Verbände mit einzubeziehen.

Das Gleiche gilt für die Begleitung der Arbeit des Kompetenzzentrums. Da auch hier die Industrieverbände eingebunden sind, muss eine Vertretung der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen erfolgen. Ansonsten kommt es zu Akzeptanzproblemen. Die Erfahrung bei der bisherigen Einbeziehung der Betroffenenverbände bspw. beim Workshop zur Spezifizierung der Qualitätsanforderungen von Digitalen Pflegeanwendungen im September 2021 hat gezeigt, dass die Sicht der Pflegebedürftigen und deren Angehörige ansonsten nicht vertreten werden. Weiterhin regt der VdK an, dass nicht nur im Rahmen einer Internetrepräsentanz über die Arbeit des Kompetenzzentrums berichtet wird, sondern in Abständen auch Fachveranstaltungen zu erfolgen haben. Es braucht Kommunikationsräume, um Erfolg und Akzeptanz des Kompetenzzentrums zu erreichen. Weiterhin möchte der VdK in Frage stellen, ob die alleinige Fokussierung auf die Langzeitpflege und der komplette Ausnahme des häuslichen Versorgungsbereichs zielführend ist. Hier bleibt der Referentenentwurf eine Antwort schuldig. Der größte Versorgungsbereich ist der ambulante. Hier arbeiteten laut Daten des Statistischen Bundesamtes¹⁵ im Jahr 2019 immerhin 442.860 Beschäftigte. Er ist im Gegensatz zum stationären Bereich mit 814.042 Beschäftigten also nicht der personalintensivste, aber der, der am meisten Pflegebedürftige versorgt. Umso mehr müsste die Agenda der Bundesregierung sich weg von der alleinigen Fokussierung und Alimentierung des stationären Bereichs und hin zur Stärkung des ambulanten Bereichs bewegen. Der Grundsatz „Ambulant vor Stationär“ ist in der Versorgungswirklichkeit die gelebte Realität, leider aber nicht in der politischen. Digitale Unterstützung kann aber im ambulanten Alltag einen erheblichen Beitrag zur Versorgungssicherheit beitragen. Sie können pflegebedürftige Menschen helfen, professionelle Pflegekräfte und pflegende Angehörige entlasten. Die Einsatzmöglichkeiten der Digitalisierung sind noch lange nicht hinreichend untersucht. Sie sind vielfältig und reichen von baulichen

¹⁵ Destatis (21.12.2022): Personal in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/personal-pflegeeinrichtungen.html> [Stand: 02.03.2023]

Maßnahmen bis zu intelligente technische Hilfsmittel. Bisher können sich nur einkommensstarke Menschen Smart Home Techniken leisten.

3. Offene Punkte zur Stellungnahme

3.1. Zweites Kapitel – Leistungsberechtigter Personenkreis, Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Berichtspflichten, Beauftragung der Begutachtung, Begutachtungsverfahren, Gutachten, Entscheidung über den Antrag, Studien zur Weiterentwicklung (Art. 2 Nr. 9, 10, 11, 12 - §§ 16ff. SGB XI); Maßstäbe und Grundsätze Pflegequalität (Art. 2 Nr. 32 - § 113 SGB XI); Expertenstandards (Art. 2 Nr. 33 - § 113a SGB XI); Qualitätsausschuss (Art. 2 Nr. 34 § 113 b SGB XI); Qualitätsprüfung (Art. 2 Nr. 36, 37 - §§ 114 ff. SGB XI); Beteiligung von Interessenvertretungen (Art. 2 Nr. 38 - § 118 SGB XI)

Aufgrund der mittlerweile gängigen Praxis für Stellungnahmen nur noch kurze Fristsetzungen zu ermöglichen, ist es dem VdK nicht möglich zu den unter 3. gelisteten Gesetzesvorschlägen eine qualitativ wertvolle Beurteilung abzugeben. Gerne wird der VdK auch zu diesen Punkten noch Stellung nehmen aber eben nicht im kurzen Fristzeitraum.

An dieser Stelle sei nochmals angemerkt, dass sich die jeweiligen Bundesregierungen dadurch auch die Chance nehmen, in einen gehaltvollen Austausch mit den gesellschaftspolitischen Akteuren zu treten und dabei selbst einen Erkenntnisgewinn zu erlangen. Das ist schädlich, weil Beteiligungsrecht und –möglichkeiten so regelhaft und vorsätzlich ausgehebelt werden. Es ist nicht mehr möglich im Austausch Prioritäten zu diskutieren, auch die Akzeptanz der Beteiligten für möglicherweise einschneidende Maßnahmen zu gewinnen. Gemeinsam kann ein gehaltvoller Diskurs über notwendige Reformnotwendigkeiten so nicht gelingen.

4. Fehlende Regelungen

4.1. –Transparenz für Verbraucher zur Personalbemessungsinstrument (113c SGB XI)

Das neue Personalbemessungsinstrument begrüßt der VdK. Pflegeeinrichtungsbetreiber sollten aber dazu verpflichtet werden, ihre tatsächliche Personalausstattung im Verhältnis zu den vorgegebenen Richtwerten zu veröffentlichen. Der betroffene Heimbewohner hat als zahlender Marktteilnehmer ein Anrecht darauf, hier Kenntnis zu erlangen, ob das von ihm mitfinanzierte Personal wirklich vorgehalten und im Einsatz ist. Schon in der Vergangenheit konnten Pflegeunternehmen durch Unterschreiten der Personalrichtwerte Gewinne auf Kosten der Pflegebedürftigen machen. Die Personalausstattung ist zudem ein wichtiger Faktor für die Pflegequalität von Langzeitpflegeeinrichtungen aber auch Wohngemeinschaften. Letztere

stehen oft viel zu wenig im Vordergrund von Qualitätskontrollen und -anforderungen. Es darf nicht sein, dass nur die Prüfbehörden für jedes Heim Kontrollen durchführen und dies für sich erfassen. Es muss systematisch veröffentlicht werden. Zudem ist es auch ein wichtiges Entscheidungskriterium für eine Einrichtung, ob diese regulär unterbesetzt ist oder nicht.

Stellungnahme
des Spitzenverbands Digitale Gesundheitsversorgung e.V. (SVDGV)
zum Referentenentwurf
eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege
(Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)

1. Vorbemerkung

Das Bundesministerium für Gesundheit hat am 27.02.2023 einen Referentenentwurf für ein Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) (Bearbeitungsstand: 20.02.2023 12:22) veröffentlicht, in dem u.a. auch eine Anpassung der Regelungen zu digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) vorgesehen ist.

Der Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e.V. (SVDGV) ist einer der größten Branchenvertreter der Hersteller digitaler Gesundheits- und Pflegeanwendungen und gehört zum Kreis der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hersteller von digitalen Gesundheits- und Pflegeanwendungen auf Bundesebene. Der SVDGV sieht seine Aufgabe darin, zentrales „Sprachrohr“ seiner Mitglieder gegenüber Politik, Behörden und anderen Playern im Gesundheitswesen im Allgemeinen, sowie bei Gesetzesvorhaben betreffend digitale Gesundheitsanwendungen im Besonderen zu sein und die Interessen seiner Mitglieder angemessen zu vertreten.

Vor diesem Hintergrund nimmt der SVDGV zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zum Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) wie folgt Stellung:

2. Zu den Änderungen des § 40a Absatz 2 SGB XI (Art. 1 Nr. 17 PUEG-Entwurf) und § 78a Absatz 4 SGB XI (Art. 1 Nr. 28 PUEG-Entwurf)

In Art. 1 Nr. 17 PUEG-Entwurf ist unter lit. a) die Streichung der in § 40a Absatz 2 Satz 8 SGB XI enthaltenen Wörter „oder deren Kosten die Vergütungsbeträge nach § 78a Absatz 1 Satz 1 übersteigen“ und unter lit. b) die Streichung des § 40a Absatz 2 Satz 9 SGB XI vorgesehen. In Art. 1 Nr. 28 PUEG-Entwurf ist die Einfügung eines neuen Satzes mit folgendem Wortlaut vorgesehen: „Die nach Absatz 1 vereinbarten Vergütungsbeträge sind für den Hersteller und gegenüber den Pflegebedürftigen bindend“.

Im Kontext der Regelung lassen sich die Änderungen wie folgt darstellen:

Aktuelle Regelung	Referentenentwurf
§ 40a Digitale Pflegeanwendungen	§ 40a Digitale Pflegeanwendungen

<p>(2) Der Anspruch umfasst nur digitale Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a Absatz 3 aufgenommen sind [...]. Entscheiden sich Pflegebedürftige für eine digitale Pflegeanwendung, deren Funktionen oder Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a Absatz 3 aufgenommenen digitalen Pflegeanwendungen hinausgehen oder deren Kosten die Vergütungsbeträge nach § 78a Absatz 1 Satz 1 übersteigen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten sind die Pflegebedürftigen von den Pflegekassen vorab in schriftlicher Form oder elektronisch zu informieren.</p>	<p>(2) Der Anspruch umfasst nur digitale Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a Absatz 3 aufgenommen sind [...]. Entscheiden sich Pflegebedürftige für eine digitale Pflegeanwendung, deren Funktionen oder Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a Absatz 3 aufgenommenen digitalen Pflegeanwendungen hinausgehen oder deren Kosten die Vergütungsbeträge nach § 78a Absatz 1 Satz 1 übersteigen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten sind die Pflegebedürftigen von den Pflegekassen vorab in schriftlicher Form oder elektronisch zu informieren.</p>
<p style="text-align: center;">§ 78a</p> <p style="text-align: center;">Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung</p>	<p style="text-align: center;">§ 78a</p> <p style="text-align: center;">Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung</p>
<p>(4) Die Aufnahme in das Verzeichnis nach Absatz 3 erfolgt auf elektronischen Antrag des Herstellers einer digitalen Pflegeanwendung beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [...]. Auch wenn die digitale Pflegeanwendung mehrfach zur Nutzung abgerufen wird oder eine andere Funktion beinhaltet, die nicht in das Verzeichnis nach Absatz 3 aufgenommen wurde, steht dem Hersteller für die digitale Pflegeanwendung kein höherer als der nach Absatz 1 vereinbarte Vergütungsbetrag zu. Eine Differenzierung der Vergütungsbeträge nach Absatz 1 nach Kostenträgern ist nicht zulässig.</p>	<p>(4) Die Aufnahme in das Verzeichnis nach Absatz 3 erfolgt auf elektronischen Antrag des Herstellers einer digitalen Pflegeanwendung beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [...]. Auch wenn die digitale Pflegeanwendung mehrfach zur Nutzung abgerufen wird oder eine andere Funktion beinhaltet, die nicht in das Verzeichnis nach Absatz 3 aufgenommen wurde, steht dem Hersteller für die digitale Pflegeanwendung kein höherer als der nach Absatz 1 vereinbarte Vergütungsbetrag zu. Eine Differenzierung der Vergütungsbeträge nach Absatz 1 nach Kostenträgern ist nicht zulässig. Die nach Absatz 1 vereinbarten Vergütungsbeträge sind für den Hersteller und gegenüber den Pflegebedürftigen bindend.</p>

In der Gesetzesbegründung zu Art. 1 Nr. 17 PUEG-Entwurf werden diese Änderungen wie folgt erläutert:

„§ 40a Absatz 2 Satz 8 kann nicht dahingehend verstanden werden, dass die Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen höhere Vergütungsbeträge als nach § 78a Absatz 1 Satz 1 mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen vereinbart, den Pflegebedürftigen in Rechnung stellen dürfen bzw. mit diesen abweichende Preisabsprachen treffen können. Die vereinbarten Vergütungsbeträge nach § 78a Absatz 1 Satz 1 sind für die Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen und die Pflegebedürftigen bindend. Dies stellt der neu eingefügte § 78a Absatz 4 Satz 7 klar.“

Von den Pflegebedürftigen grundsätzlich selbstzutragende Mehrkosten können sich entweder aus Vereinbarungen bzw. Preisabsprachen ergeben, die sich insbesondere auf Funktionen oder Anwendungsbereiche einer digitalen Pflegeanwendung beziehen, die keine Berücksichtigung im Rahmen der Prüfung der Erstattungsfähigkeit von digitalen Pflegeanwendungen durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte gefunden haben oder deren pflegerischer Nutzen nicht nachgewiesen wurde oder etwa durch zusätzliche Vorhaltevoraussetzungen bedingt sind, die vom Pflegebedürftigen zur Nutzung der digitalen Pflegeanwendung erst zu schaffen sind (z.B. Installation der aktuellen Version des Betriebssystems, Anschaffung von Hardware).

Die Vergütungsbetragsvereinbarungen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen sind abschließend und weitere parallele Vergütungsvereinbarungen oder die Inrechnungstellung höherer Vergütungsbeträge gegenüber den Pflegebedürftigen sind daher nicht möglich.

Dies gibt auch § 78a Absatz 4 Satz 6 vor. Danach ist eine Differenzierung der Vergütungsbeträge nach Absatz 1 nach Kostenträgern nicht zulässig. Kostenträger im Sinne dieser Vorschrift sind auch und gerade die Pflegebedürftigen, die die vereinbarten Vergütungsbeträge einschließlich der Mehrkosten für die digitalen Pflegeanwendungen zu tragen haben und sich diese bis zum Leistungsbetrag von im Monat höchstens 50 Euro je Pflegebedürftigen erstatten lassen können. Ein solches Verständnis ist dem SGB XI nicht fremd, sondern liegt insbesondere auch den §§ 84 Absatz 3, zweiter Halbsatz und 89 Absatz 1 Satz 6 zugrunde.

Gleichwohl hat der Verweis in § 40a Absatz 2 Satz 8 Missverständnisse ausgelöst und wird insoweit korrigiert und durch den § 78a Absatz 4 Satz 7 ergänzt.“

In der Gesetzesbegründung zu Art. 1 Nr. 28 PUEG-Entwurf heißt es zudem:

„Der neu eingefügte § 78a Absatz 4 Satz 7 stellt klar, dass die mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen für die im Verzeichnis gelisteten digitale Pflegeanwendungen vereinbarten Vergütungsbeträge nach § 78a Absatz 1 Satz 1 für die Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen auf Bundesebene und die Pflegebedürftigen gleichermaßen bindend sind. Mithilfe der Klarstellung in § 78 Absatz 4 Satz 7 werden etwaige Differenzen bei der Auslegung vermieden.“

Der SVDGV nimmt dazu wie folgt Stellung:

Der SVDGV sieht die in Art. 1 Nr. 17 und 28 PUEG-Entwurf vorgesehenen Änderungen kritisch.

Die vorgesehenen Änderungen haben zu Ziel, in Bezug auf die zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Herstellern von digitalen Pflegeanwendungen zu vereinbarenden Vergütungsbeträgen nach § 78a Absatz 1 Satz 1 SGB XI nicht nur eine Bindungswirkung für und gegen die gesetzlichen Pflegekassen zu gewährleisten, sondern diese Bindungswirkung auch auf die Pflegebedürftigen zu erstrecken. In der Folge wäre es einem Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen untersagt, im Rahmen des stattfindenden Kostenerstattungsverfahrens von den Pflegebedürftigen einen höheren Preis, als den mit dem GKV-Spitzenverbands vereinbarten Vergütungsbetrag i.S.d. § 78a Absatz 1 Satz 1 SGB XI zu verlangen. Die

Vergütungs-betragsverhandlungen und -vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Herstellern von digitalen Pflegeanwendungen hätten damit also dritt-, d.h. Verbraucherschützende Wirkung.

Aus Sicht des SVDGV stellen die für § 40b Absatz 2 SGB XI geplanten Streichungen und die Ergänzung des § 78a Absatz 4 SGB XI einen grundrechtlich nicht gerechtfertigten – und damit verfassungswidrigen – Eingriff in die (unternehmerische) Freiheit der Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen dar. Es sind keine Gründe ersichtlich oder in der Gesetzesbegründung genannt, die es nahe legen, dass die Gruppe der Pflegebedürftigen eines besonderen (Verbraucher-)Schutzes bedarf. Gleichmaßen fehlen Gründe, die es rechtfertigen, die unternehmerische Preisfreiheit der Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen so einzuschränken, dass sie für ihre Produkte keinen höheren Preis verlangen dürfen, als den Vergütungsbetrag i.S.d. § 78a Absatz 1 Satz 1 SGB XI, den die Pflegebedürftigen von den gesetzlichen Pflegekassen erstattet bekommen.

Mangels bestehender Rechtfertigung fordert der SVDGV, die Preisfreiheit der Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen im Verhältnis zum Kreis der Pflegebedürftigen unangetastet zu lassen und die in Art. 1 Nr. 17 PUEG-Entwurf vorgesehenen Streichungen sowie die in Art. 1 Nr. 28 PUEG-Entwurf vorgesehene Ergänzung nicht vorzunehmen. Es muss den Herstellern freigestellt bleiben, für ihre digitalen Pflegeanwendungen von den Pflegebedürftigen auch einen höheren Preis zu verlangen, als mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen vereinbart – mit der Folge, dass die Pflegebedürftigen die preisliche Differenz zwischen dem zu zahlenden Preis und dem Vergütungsbetrag i.S.d. § 78a Absatz 1 Satz 1 SGB XI als Mehrkosten selbst zu tragen haben.

Der derzeit schon gültige § 78a Absatz 4 Satz 6 SB XI steht dem insoweit nicht entgegen, als unter dem Begriff „Kostenträger“ üblicherweise nur die Pflegekassen verstanden werden.

Berlin, 03.03.2023

Bundesministerium für Gesundheit
Abteilung 4 Pflegeversicherung und -stärkung

11055 Berlin

**Verband der Elektro-
und Digitalindustrie**

Hans-Peter Bursig

Fachverband Elektromedizinische
Technik

+4969 6302 206

+49162 2664 915

Hans-Peter.Bursig@zvei.org

06.03.2023

BUR

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

Sehr geehrter Herr Dr. Schölkopf,

vielen Dank für die Gelegenheit zur Stellungnahme zu dem Referenten-Entwurf
des PUEG. Im Namen der Mitgliedsunternehmen des Verbands der Elektro- und
Digitalindustrie nehmen wir wie folgt Stellung.

Der ZVEI unterstützt, dass mit dem Gesetz Impulse für die Digitalisierung in der
Pflege gesetzt werden. Die Einrichtungen in der Pflege brauchen dabei allerdings
den Freiraum auch neue Ansätze und Lösungen mit digitaler Unterstützung zu
verfolgen. Die geplante Förderung von regionalspezifischen Modellvorhaben für
innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige vor Ort
und im Quartier ist eine Hilfe dazu.

Der ZVEI schlägt deshalb folgende Änderungen im Referenten-Entwurf des PUEG
vor:

- Ziffer 5 des Entwurfs

Der neugefasste Satz 2 in § 8 Absatz 8 wird wie folgt ergänzt:

„Förderfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung
sowie damit verbundene Schulungen, die beispielsweise die Anbindung der
Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur, verbesserte Arbeitsabläufe
und Organisation bei der Pflege, Investitionen in die IT- und Cybersicherheit,
das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren und
die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen
unterstützen.“

- Ziffer 39 des Entwurfs

Absatz 1 des neugefassten §123 wird mit einem Satz 3 wie folgt ergänzt:

„Dazu gehören insbesondere Modellvorhaben, die durch eine stärkere digitale
Vernetzung der Pflegeangebote untereinander und mit den Pflegebedürftigen“

und deren Pflegepersonen die Nutzung der vorhandenen Hilfsangebote einfacher machen.“

- Ziffer 40 des Entwurfs

Das nach dem neu eingefügten § 125b einzurichtende Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege sollte deutlicher auf die digitale Unterstützung von Arbeitsabläufen in der Pflege ausgerichtet werden. Absatz 1 Ziffer 2 wird wie folgt ergänzt:

„ 2. Entwicklung von konkreten Empfehlungen insbesondere für Leistungserbringer, Pflegekassen, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege sowie für Pflegeberatungsstellen, mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Digitalisierung in der Langzeitpflege, insbesondere durch die digitale Unterstützung von Arbeitsabläufen in der Langzeitpflege und die Verknüpfung mit der medizinischen Versorgung der Pflegebedürftigen .“

Mit freundlichen Grüßen

Hans-Peter Bursig
Geschäftsführer Fachverband



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

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

Stand: 06.03.2023

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil	3
2. Kommentierung des Gesetzes	7
• Zu Artikel 1 Nummer 2 § 341 SGB V (Elektronische Patientenakte).....	7
• Zu Artikel 2 Nummer 4 § 7d SGB XI (Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten) NEU	9
• Zu Artikel 2 Nummer 5 § 8 SGB XI (Gemeinsame Verantwortung).....	12
• Zu Artikel 2 Nummer 7 § 13 SGB XI (Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen).....	13
• Zu Artikel 2 Nummer 12 § 18 SGB XI ff.....	14
• Zu Artikel 2 Nummer 15 § 30 SGB XI (Dynamisierung, Verordnungsermächtigung).....	19
• Zu Artikel 2 Nummer 21 § 55 SGB XI (Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung).....	20
• Zu Artikel 2 Nummer 22 § 58 SGB XI (Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtig Beschäftigten)	23
• Zu Artikel 2 Nummer 27 § 75 SGB XI (Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung)	25
• Zu Artikel 2 Nummer 34 § 113b SGB XI (Qualitätsausschuss).....	27
• Zu Artikel 2 Nummer 37 § 114c SGB XI (Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht)	29
• Zu Artikel 2 Nummer 39 § 123 SGB XI f. (Gemeinsame Modellvorhaben und wissenschaftliche Begleitung).....	30
• Zu Artikel 3 Nummer 8 § 13 SGB XI (Verhinderungspflege) NEU.....	33
• Zu Artikel 3 Nummer 10 § 42a SGB XI (Gemeinsamer Jahresbetrag) NEU	35
• Zu Artikel 3 Nummer 18 § 48 SGB XI (Pflegekassen)	37
3. Weiterer Änderungsbedarf	38
• Anpassung § 107 Absatz 2 – Übernahme der Regelung aus dem SGB V	38

1. Allgemeiner Teil

Am 24.2.2023 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein Referentenentwurf für ein **Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)** vorgelegt und die Verbändeanhörung für den 9.3.2023 angesetzt. Regelungsinhalt des Referentenentwurfs sind einerseits eine Ausweitung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und auf der anderen Seite die Umsetzung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts zur Berücksichtigung des Erziehungsaufwands von Eltern im Beitragsrecht. Dies soll durch eine Beitragssatzdifferenzierung nach der Anzahl der Kinder umgesetzt werden. Zur Finanzierung dieser Maßnahmen wird im Wesentlichen eine Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes vorgesehen.

Zum 1.7.2023 soll der allgemeine **Beitragssatz** zur SPV um 0,35 Prozentpunkte auf dann 3,40 Prozent steigen. Dadurch sollen der SPV in 2023 Mehreinnahmen von 3,15 Milliarden Euro sowie ab 2024 pro Jahr 6,6 Milliarden Euro mehr zufließen. Parallel steigt der **Kinderlosenzuschlag** von 0,35 Prozent auf 0,60 Prozent. In Abhängigkeit von der Anzahl der Kinder werden **Abschläge auf den allgemeinen Beitragssatz** gewährt. Mitglieder mit einem Kind zahlen den allgemeinen Beitragssatz von 3,40 Prozent. Mitglieder mit zwei Kindern zahlen zukünftig einen Beitragssatz von 3,25 Prozent, was einem Abschlag in Höhe von 0,15 Prozentpunkten entspricht, für Mitglieder mit drei Kindern wird ein Abschlag in Höhe von 0,30 Prozentpunkten, mit vier Kindern von 0,45 Prozentpunkten und für Mitglieder mit fünf oder mehr Kindern ein Abschlag von 0,60 Prozentpunkten gewährt. Diese zahlen damit einen Beitragssatz von 2,80 Prozent statt heute 3,05 Prozent. Die Abschlagsregelungen sollen dem Wortlaut des Entwurfs zufolge finanzneutral gestaltet werden. Jedoch steigen im Ergebnis die Beiträge für alle Mitglieder der SPV, die weniger als vier Kinder haben. Die Differenzierung des Beitragssatzes geht auf ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts von April 2022 zurück, wonach im Beitragsrecht der SPV der Erziehungsaufwand von Eltern stärker berücksichtigt werden muss.

Als weitere Maßnahmen zur Schließung der Finanzlücke in der SPV ist vorgesehen, die jährliche Zuführung an den **Pflegevorsorgefonds** auf 2024 zu verschieben. Dadurch entstehen Minderausgaben von 1,7 Milliarden Euro in 2023 und Mehrausgaben in gleicher Höhe in 2024. Die Rückzahlung des in 2022 vom Bund gewährten Darlehens in Höhe von einer Milliarde Euro soll mit dem PUEG

von Ende 2023 auf 2028 verschoben werden. Schließlich soll die **Verwaltungskostenpauschale**, die die SPV an die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) leistet, von 3,2 auf 3 Prozent gesenkt werden. Die Höhe ist abhängig vom Mittelwert der SPV-Aufwendungen und der SPV-Beitragseinnahmen. Diese Kostenverlagerung von der SPV in die GKV wird im Gesetzentwurf mit 100 Millionen Euro angesetzt.

Falls weitere kurzfristige Liquiditätsbedarfe entstehen, soll die **Bundesregierung ermächtigt** werden, den allgemeinen Beitragssatz im Wege einer Rechtsverordnung anzuheben.

Der Entwurf sieht auch einige Leistungsverbesserungen vor. So soll das **Pflegegeld** und die ambulanten **Pflegesachleistungsbeträge** jeweils um fünf Prozent zum 1.1.2024 angehoben werden. Zu zwei Zeitpunkten, im Jahr 2025 und im Jahr 2028 erfolgen weitere Anpassungen. Zum 1.1.2024 steigen alle Leistungsbeträge um 5 Prozent und zum 1.1.2028 sollen diese an die allgemeine Preisentwicklung angelehnt und dynamisiert werden. Zudem sollen die seit dem 1.1.2022 ausbezahlten **Leistungszuschläge** zur Reduktion der Eigenanteile in der stationären Pflege zum 1.1.2024 um fünf bis zehn Prozent steigen. Diese wurden erst 2021 mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) eingeführt und sind individuell abhängig vom jeweiligen Pflegegrad und der Zeit, die sich die jeweiligen Pflegebedürftigen bereits im stationären Leistungsbezug befinden. Daneben sollen die **Kurzzeit-** und die **Verhinderungspflege** zu einem gemeinsamen Budget zusammengeführt werden. Dabei soll das Gesamtbudget insgesamt zwar nicht erhöht werden. Die Neuregelung soll jedoch dazu führen, dass in bestimmten Fallkonstellationen mehr Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden kann.

Die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sollen verpflichtet werden, sich an die **Telematikinfrastruktur** anzuschließen. Zudem soll ein **Onlineportal** aufgesetzt werden, das tages- oder wochenaktuelle Informationen über freie Kapazitäten der ambulanten und stationären Pflege angezeigt.

Die SPV soll p.a. 50 Millionen Euro für ein Förderbudget der Länder und Kommunen bereitstellen, um **innovative Modellvorhaben** für neue Pflegestrukturen vor Ort zu realisieren. Voraussetzung ist, dass die Länder bzw. Kommunen sich hälftig an den Kosten beteiligen. Zudem soll das Programm zur Förderung von guten **Arbeitsbedingungen in der Pflege** über 2024 hinaus bis 2030 verlängert

werden. Für dieses Programm stellt die SPV pro Jahr 100 Millionen Euro zur Verfügung.

Bewertung

Der Entwurf greift aus Sicht des vdek viel zu kurz. Zwar werden notwendige Leistungsverbesserungen vorgenommen. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen. Jedoch werden die Maßnahmen die Ausgabenentwicklung und finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen allenfalls kurzfristig auffangen können. Zur Finanzierung der bestehenden Defizite und der zusätzlichen Leistungen werden **allein die Beitragszahlenden** herangezogen. Der Eindruck eines wenig belastbaren Rechenwerks wird noch verstärkt durch Luftbuchungen in der Be- und Entlastungsrechnung. So wird die auf das Jahr 2025 verschobene Leistungsdynamisierung zur Minderausgabe in 2024 umetikettiert, obwohl für die Dynamisierung bisher überhaupt nichts ausgegeben wird.

Zudem lassen die vorgesehene **Verordnungsermächtigung für Beitragserhöhungen** durch die Bundesregierung und die Nichteinhaltung von Vereinbarungen des Koalitionsvertrags zur Erhöhung des Einsatzes von Steuermitteln befürchten, dass demokratische Entscheidungsprozesse umgegangen werden und der Bund sich seiner Finanzverantwortung entziehen will.

Zentrale Punkte des Koalitionsvertrags werden nicht eingehalten. So werden die **Rentenbeiträge pflegender Angehöriger** nicht aus Steuermitteln finanziert. Das würde die Pflegeversicherung und die Beitragszahler um bis zu 3,7 Milliarden Euro jährlich entlasten. Zudem wird die **Ausbildungskostenumlage** nicht aus den einrichtungsbezogenen Eigenanteilen ausgegliedert und über Steuermittel finanziert. Dabei wäre dies sachgerecht, da Ausbildungskosten eine gesamtgesellschaftlich zu finanzierende Aufgabe sind und es würde die Pflegebedürftigen in den stationären Pflegeeinrichtungen entlasten. Zudem ist es aus Sicht des vdek notwendig, das **pandemiebedingte Finanzdefizit** in Höhe von 5,5 Milliarden Euro vollständig durch Steuermittel auszugleichen. Mit Blick auf die laufend steigende finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege, sollen endlich auch die Bundesländer in die Verantwortung genommen werden und die Investitionskosten der stationären Altenpflege vollständig übernehmen. Dies würde die Pflegebedürftigen, die in einer stationären Pflegeeinrichtung leben, sofort monatlich um durchschnittlich 472 Euro entlasten.

Die Ampel-Koalition hält ihr **Leistungsversprechen** nur bedingt ein und sorgt nur punktuell für Leistungsverbesserungen erst ab 2024. Die Anhebung des Pflegegeldes und der Sachleistungen im ambulanten Bereich sind grundsätzlich unterstützenswert, gleiches gilt für die Erhöhung der Zuschüsse zu den Eigenanteilen in der stationären Pflege. Es bleibt aber fraglich, ob damit die Tendenz einer steigenden Zahl an Sozialhilfeempfängern im stationären Bereich (bis 2026 36 Prozent), die kürzlich in einer DAK-Studie aufgezeigt wurde, wirksam begegnet werden kann. Die Zusammenlegung der **Kurzzeit- und Verhinderungspflege** zu einem gemeinsamen Budget ist richtig. Das fordert der vdek seit Langem.

Die Differenzierung der **Beitragssätze nach der Zahl der Kinder** ist sachgerecht. Allerdings werden unter den Bedingungen der geplanten Beitragssatzerhöhung im Vergleich zum Satus quo tatsächlich nur Familien mit vier und mehr Kindern entlastet. Die Umsetzung der Änderung wird jedoch eine deutlich **längere Vorlaufzeit von mindestens 9 Monaten** benötigen. Bei den beitragsabführenden Stellen sind umfangreiche Systemumstellungen notwendig. Zudem muss zunächst die individuelle Kinderzahl ermittelt und die Nachweise geprüft werden. Die Berücksichtigung der genauen Kinderzahl kann deshalb realistisch erst ab 2024 erfolgen.

Langfristig ist es geboten, einen stabilen und dynamisierten **Steuerzuschuss** in die SPV zu gewähren. Der Zuschuss könnte regelgebunden z. B. als Anteil der Leistungsausgaben ausgestaltet werden, der im Gleichtakt mit den SPV-Ausgaben steigt. Zudem sollte die Private Pflegeversicherung (PPV) am **Solidarausgleich** der SPV beteiligt werden. Der Finanzausgleich könnte die SPV um bis zu zwei Milliarden Euro jährlich entlasten.

2. Kommentierung des Gesetzes

Zu Artikel 1 Nummer 2

§ 341 SGB V (Elektronische Patientenakte)

Beabsichtigte Neuregelung

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen werden ab dem 1. Juli 2024 dazu verpflichtet, die Voraussetzungen für den Anschluss an die Telematikinfrastruktur und für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte zu erfüllen.

Bewertung

Im Sinne der Weiterentwicklung der Digitalisierung im Gesundheitswesen, ist der Vorschlag zu begrüßen. Da andere Leistungserbringer (wie bspw. die der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V) bereits dazu verpflichtet sind, sich an die Telematikinfrastruktur anzuschließen, ist die Regelung nur folgerichtig. In der Begründung zu der Vorschrift (Buchstabe B) wird von einer verpflichtenden Anbindung an die Telematikinfrastruktur gesprochen. Im Gesetzestext ist jedoch lediglich von einer Verpflichtung zur Erfüllung der Voraussetzungen für den Anschluss an die Telematikinfrastruktur die Rede. Dies sollte klarer formuliert werden.

Ergänzt werden sollte die verpflichtende Anbindung der Pflegestützpunkte nach § 7c SGB XI. Diese Anbindung findet zum aktuellen Zeitpunkt auch nur auf freiwilliger Basis statt. Mit dieser verpflichtenden Anbindung wären dann alle an der pflegerischen Versorgung beteiligten Akteure in den Digitalisierungsprozess eingebunden. Zudem könnte dem Umstand vorgebeugt werden, dass Hersteller von bspw. Hardware für die Erstausrüstung exorbitant hohe Preise verlangen, da bei einer gesetzlichen Verpflichtung zur Anbindung die Finanzierung über eine Finanzierungsvereinbarung klar geregelt ist.

Änderungsvorschlag

§ 341 Abs. 8 ist wie folgt neu zu formulieren:

„Die an der Pflegeversorgung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch teilnehmenden Leistungserbringer haben bis zum 1. Juli 2024 den Zugriff auf die elektronische Patientenakte und den Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 306 umzusetzen. § 360 Absatz 8 gilt unverändert.“

Nach § 106c ist § 106d einzufügen:

§ 106d Finanzierung und Einbindung der Pflegestützpunkt in die Telematikinfrastruktur

Zum Ausgleich

1. der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten, die den Pflegestützpunkten in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur entstehen, sowie
2. Der Kosten, die den Pflegestützpunkten im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur entstehen,

erhalten die Pflegestützpunkte ab dem 1.10.2023 von der Pflegeversicherung die in den Finanzierungsvereinbarungen nach § 376 Satz 1 SGB V für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in der jeweils geltenden Fassung vereinbarten Erstattungen. Das Verfahren zur Erstattung der Kosten legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 30.09.2023 fest.

Beabsichtigte Neuregelung

Die Landesverbände der Pflegekassen sollen jeweils für ihr Bundesland ein elektronisches Informationsportal betreiben und im Internet veröffentlichen. Dabei sollen Informationen zu frei verfügbaren ambulanten und stationären Angeboten, Informationen und Beratungsangebote nach § 7c und Pflegekurse sowie zahlreiche Angebote anderer Träger veröffentlicht werden. Die Landesverbände der Pflegekassen müssen diese über die Möglichkeit der Veröffentlichung informieren und deren Anträge zur Aufnahme prüfen. Nur qualitätsgesicherte Angebote sollen veröffentlicht werden.

Die Pflegeeinrichtungen werden verpflichtet, freie Pflegeplätze an die Landesverbände der Pflegekassen zu melden.

Die Landesverbände der Pflegekassen können auch gemeinsame, länderübergreifende Portale einrichten, bzw. bestehende erweitern.

Bewertung

Die Ersatzkassen und die Landesverbände der Pflegekassen bündeln wichtige Informationen bereits heute auf ihren Webseiten, betreiben Internetportale zum Preis- und Qualitätsvergleich von Pflege- und Betreuungseinrichtungen und unterstützen ihre Versicherten durch funktionsträchtige „Apps“ u. a. bei der Beantragung von Pflegeleistungen. Auch weitere Akteure (z. B. ZQP) stellen umfangreiche Informationen auf ihren Internetseiten zur Verfügung.

Der weitere Auf- und Ausbau der Portale nach den sehr dezidierten Vorstellungen des Gesetzgebers erfordert umfangreiche und zum Teil sehr aufwändige Vorarbeiten, eine Umsetzung zum 1.04.2024 ist daher nicht realistisch. Die bestehenden Portale der Ersatzkassen und der anderen Kassenarten sind heute bereits bundesweit ausgerichtet und bilden nach einheitlichen Kriterien bereits vielfältige Informationen zur Qualität, zur Struktur und zu den Kosten ab. Die Erweiterung der Portale und die damit verbundenen Abstimmungsprozesse sollten daher auch auf der Bundesebene erfolgen und nicht in sechzehn Bundesländern mit hohem bürokratischem Aufwand gesondert geführt werden.

Auf den Portalen sollen zahlreiche Angebote anderer Anbieter/Akteure ausgewiesen werden. Für den Versicherten sicherlich praktisch, für die Landesverbände aber mit erheblichem Verwaltungsaufwand verbunden, da sie darauf angewiesen sind, dass die zuständigen Stellen die Daten pflegen und digital übermitteln. Daher ist über einen entsprechenden Verwaltungskostenersatz

nachzudenken, denn letztlich übernehmen die Landesverbände hier originäre Aufgaben anderer Träger und die sächlichen und personellen Aufwände für solche Portale sind bereits heute enorm.

Zudem hängt die Qualität der Informationen von der Bereitstellung der Informationen durch die Leistungserbringer ab, werden von diesen keine oder nur unzureichende Daten übermittelt, helfen die Informationsportale den Pflegebedürftigen und weiteren Nutzern nicht. Zudem muss z.B. bei einer freien Kapazität in einer stationären Pflegeeinrichtung immer geprüft werden, ob das Pflege setting für den Pflegebedürftigen passt.

Um eine eindeutige Zuordnung der Daten zu ermöglichen, muss das Institutionskennzeichen des Leistungserbringers im Datensatz enthalten sein. Sollten Leistungserbringer kein Institutionskennzeichen haben (z. B. Nachbarschaftshelfer), muss eine eindeutige Identifikationsnummer (ID) vergeben werden.

Um den Anreiz zu erhöhen, freie Plätze bzw. Kapazitäten tages- bzw. wochenaktuell zu melden, sollte stets das Datum der letzten Meldung, ggf. mit Uhrzeit veröffentlicht werden. Ggf. Könnten Einträge automatisch ausgeblendet werden, deren letztes Aktualisierungsdatum zu weit zurückliegt.

Leistungserbringer, für die keine Versorgungsverträge bestehen, sollten die Möglichkeit haben, Adress- und Kontaktdaten selbst im Portal zu aktualisieren. Leistungserbringer mit Versorgungsvertrag, sollten Kontaktdaten (Telefonnummer, E-Mail-Adresse und Webadresse) selbst aktualisieren können.

Es ist zweckmäßig, dass die Regelung nach einer angemessenen Zeit evaluiert und weiterentwickelt wird.

Änderungsvorschlag

In Absatz 4 ist Satz 2 nach den Wörtern „sind verpflichtet“ die Wörter „alle erforderlichen Angaben sowie soweit vorhanden das Institutionskennzeichen (IK)“ einzufügen.

In § Abs. 1, Satz 1 ist die Angabe 1. April 2024 durch 1. Oktober 2024 zu ergänzen.

Zudem sollte bei Angabe zu Absatz Nr. 1 „tages- oder wochenaktuelle Informationen zu frei verfügbaren Angeboten von allen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie ambulanten Betreuungsdiensten im Sinne des § 71“ das jeweilige Datum der Meldung hinzugefügt werden.

Zu Artikel 2 Nummer 5
§ 8 SGB XI (Gemeinsame Verantwortung)

Beabsichtigte Neuregelung

Das Förderprogramm nach § 8 Absatz 7 von Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf wird bis 2023 verlängert. Das Förderprogramm nach § 8 Absatz 8 zur Digitalisierung der Pflege wird gänzlich entfristet und inhaltlich erweitert.

Bewertung

Die Verlängerung bzw. die Entfristung der Förderprogramme wird begrüßt. Die hier genannten förderfähigen Kosten für Schulungen, bspw. zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur, sind bereits durch die TI-Startpauschale abgegolten. Das käme einer Doppelfinanzierung gleich und ist daher abzulehnen.

Änderungsvorschlag

Streichung der Wörter "Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur," in § 8 Absatz 8 Satz 2.

Zu Artikel 2 Nummer 7

§ 13 SGB XI (Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Regelung soll klargestellt werden, dass Pflegeleistungen nach dem SGB XI nicht die außerklinische Intensivpflege verdrängen bzw. vorrangig sind.

Bewertung

Der Vorschlag ist inhaltlich nachvollziehbar. Die Klarstellung sollte bereits im Satz 1 erfolgen, da die außerklinische Intensivpflege nicht mehr Bestandteil der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V ist, sondern eigenständig im § 37c SGB V beschrieben wird.

Änderungsvorschlag

Der § 13 Abs. 2 Satz 1 ist folgendermaßen anzupassen:

Nach “§ 37 SGB V” sind “und der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches” zu ergänzen.

Beabsichtigte Neuregelung

§ 18

Die bisherigen Regelungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit werden für eine bessere Nachvollziehbarkeit neu strukturiert. Durch die Pflegereformen der vergangenen Jahre ist die bisherige Regelung unübersichtlich geworden. Durch eine neue Systematisierung werden leistungs- und verfahrensrechtliche Inhalte deutlicher voneinander getrennt.

In Absatz 1 wird vorgeschrieben, dass in den Begutachtungsrichtlinien festzulegen ist, welche Unterlagen zwingend zur Beauftragung der Begutachtung erforderlich sind.

18a

Der Absatz 2 sieht zusätzlich zur bisherigen Regelung vor, dass eine Begutachtung während einer Krisensituation von nationaler Tragweite oder in der Region des Versicherten ausnahmsweise auch ohne Hausbesuch stattfinden kann. Näheres zu den Voraussetzungen konkretisiert der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem GKV-SV.

Sofern im Anschluss an einem Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wird, soll innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Beginn der Kurzzeitpflege eine abschließende Begutachtung erfolgen.

§18b Gutachten

Das Gutachten soll in Zukunft in gesicherter elektronischer Form übermittelt werden, z.B. über die Telematik.

§ 18c Entscheidung über den Antrag

In Absatz 3 wird neu geregelt, dass die Pflegekasse den Antragssteller unverzüglich die im Pflegegutachten empfohlenen Hilfsmitteln und Pflegehilfsmittel übermittelt auf die zur Auswahl stehenden Leistungserbringer hinweist. Auch soll der Antragssteller über die Bedeutung der empfohlenen Heilmittel und über die Heilmittelversorgung bei langfristigen Behandlungsbedarf informiert werden. Mit Einwilligung des Versicherten soll die Pflegekassen die Heilmittelpfehlung direkt an den behandelnden Arzt die behandelnde Ärztin weiterleiten.

Die Höhe der Zusatzzahlung, wenn die Begutachtungsfristen nicht eingehalten werden, wird von 70 € auf 80 € pro Woche erhöht.

Es soll eine Regelung zur vorübergehenden Unterbrechung der Fristen ergänzt werden, sofern die Gründe für eine erforderliche Unterbrechung nicht durch die Pflegekasse zu verantworten ist.

Mit Absatz 6 soll geregelt werden, dass die Begutachtungsfrist erst mit dem Vorliegen der zwingend erforderlichen Unterlagen bei der Pflegekasse beginnt.

§ 18d Berichtspflichten

Neben der Übermittlung der bisherigen jährlichen Statistiken über die Begutachtungsfristen soll der GKV-SV jährlich umfassend über Zahlen und Erkenntnisse im Zusammenhang mit der Beantragung Pflegeleistungen berichten, erstmalig zum 30.06.2024 über Jahr 2023. Der GKV-SV wird ermächtigt, die erforderlichen Variablen festzulegen.

Des Weiteren wird der GKV-SV beauftragt, eine wissenschaftliche Evaluation zum Thema Heilmittlempfehlungen durchzuführen.

§ 18e Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung

Der MD Bund und die Medizinischen Dienste sollen Modellvorhaben und Studien zur Weiterentwicklung des Begutachtungsverfahrens durchführen können. Hierfür sollen jährlich 500 TEUR zur Verfügung gestellt werden. Diese sind mit den Pflegekassen zu vereinbaren.

Hierbei soll zunächst eine Studie zu Begutachtungen per Telefon/ digitaler Kommunikationsmittel untersucht werden, insbesondere im Vergleich zur Begutachtung im häuslichen Bereich.

Bewertung

Die Neustrukturierung der Regelungen in den §§ 18 bis 18e zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird grundsätzlich begrüßt. Durch die neue Systematisierung wird eine bessere Übersichtlichkeit und Nachvollziehbarkeit erreicht.

§ 18

Es wird auch begrüßt, dass in den Richtlinien geregelt werden soll, welche Unterlagen zwingend zur Beauftragung der Begutachtung erforderlich sind. Hierdurch wird eine höhere Verbindlichkeit bei der Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen und Medizinischen Diensten erreicht.

Die Änderungen sind im Wesentlichen redaktionell. Der Absatz 1 setzt sich aus verschiedenen Regelungen zusammen, die bereits aktuell enthalten sind. Teilweise wurden diese etwas präziser formuliert.

§ 18a Begutachtungsverfahren

Die Begutachtung in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung im Anschluss an einem Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung wird kritisch bewertet. In diesen Fällen könnte das häusliche Umfeld nicht in die Begutachtung mit einbezogen werden. Durch eine Umsetzung mit Befristungen und Wiederholungsbegutachtungen, auf die in der Gesetzesbegründung verwiesen wird, werden die ohnehin knappen Ressourcen der Medizinischen Dienste zusätzlich in Anspruch genommen. Für die Versicherten entsteht im Vergleich zur derzeitigen Praxis kein Mehrwert. Zusätzlich ist die praktische Umsetzung eine Herausforderung hinsichtlich der Terminierung des Begutachtungstermins in der Kurzzeitpflegeeinrichtung.

§ 18c Entscheidung über den Antrag

Die in Absatz 3 vorgesehene Information über die Leistungserbringer von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln wird aufgrund der Vielfältigkeit der regionalen Angebote als nicht praktikabel bzw. unverhältnismäßig verwaltungsaufwändig angesehen und wird daher abgelehnt.

Auch mit der Informationspflicht über die Heilmittlempfehlung und der Weiterleitung an die behandelnden Ärzte werden neue aufwändige Aufgaben für die Pflegekassen geschaffen. Zur Umsetzung ist ein hoher Anpassungsbedarf von in der Regel automatisierten Verfahren erforderlich. Auch ist der behandelnde Arzt den Pflegekassen nicht zwingend bekannt.

Die Erhöhung der Zusatzzahlungen bei Überschreiten der Begutachtungsfristen wird strikt abgelehnt. Aus Sicht des vdek sollte statt einer weiteren Erhöhung die Regelung der Zusatzzahlungen generell auf den Prüfstand. Die Pflegekassen haben mit der organisatorischen Entkoppelung der Medizinischen Dienste von den Krankenkassen wenige Möglichkeiten, auf eine Verkürzung der Begutachtungsfristen einzuwirken. Die "Strafzahlungen" der Pflegekassen sind daher nicht sachgerecht und sollten daher entfallen, in keinem Fall jedoch erhöht werden.

Die Klarstellung zu einer Unterbrechung der Fristen wird grundsätzlich begrüßt da sie zu einer höheren Rechtssicherheit führt. Die Klarstellung dient dazu,

dass die Versicherten möglichst schnell eine Entscheidung über ihren Antrag erhalten. Dennoch sollte in den Fällen, in denen es zu einer Unterbrechung der Frist kommt, von den Zusatzzahlungen abgesehen werden, da sich der Prozess aufgrund der Unterbrechung verlängern kann, z.B. aufgrund von Neuterminierungen der Begutachtungstermine. Es ist außerdem nicht sichergestellt, dass die Pflegekasse unmittelbar Kenntnis von den Unterbrechungen bekommt.

Die Regelungen in Absatz 6, dass die Begutachtungsfristen bei unvollständigen Unterlagen gehemmt werden sollen, wird begrüßt.

§ 18d Berichtspflichten

Über das Begutachtungsgeschehen besteht bisher keine detaillierte Berichterstattung, wie sie in dem Gesetzentwurf vorgesehen ist. Da es in einigen Ländern bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit mitunter zu hohen Durchlaufzeiten gekommen ist, ist das Interesse des BMG an einer umfassenden Berichterstattung nachvollziehbar. Der Umfang der gewünschten Daten, der vor allem in der Gesetzesbegründung definiert wird, wird aber zu hohem Aufwand bei den Pflegekassen führen. Da für die praktische Umsetzung eine Erfassung der gewünschten Daten nicht in allen Fällen zwingend erforderlich ist, müssen Softwaresysteme unter Umständen nur für die Berichterstattung angepasst werden.

In der Gesamtschau ist festzustellen, dass Pflegekassen zunehmend damit beschäftigt werden, das Ministerium detailliert zu informieren und damit zunehmend Personal und Strukturen für Verwaltungsaufgaben gebunden werden. Im Sinne einer "Entbürokratisierung" wäre auch bei den Aufgaben der Pflegekassen mehr Augenmaß sinnvoll, denn nicht Alles was machbar ist, ist auch sinnvoll.

§ 18e Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung

Angesichts der Herausforderung des demographischen Wandels und der damit steigenden Begutachtungszahlen ist die Durchführung von Studien und Modellvorhaben zur Weiterentwicklung des Begutachtungsverfahrens sinnvoll. Die vorgesehene Beteiligung der Pflegekassen wird dabei insbesondere begrüßt. Mit der Durchführung telefonischer bzw. digitaler Begutachtungen wurden während der Corona-Pandemie erste Erfahrungen gemacht, in denen diese vorübergehend ermöglicht wurden. Um die Vergleichbarkeit der Qualität telefonischer/ digitaler Begutachtungen im Vergleich zu den Begutachtungen zu untersuchen, ist diese Studie sinnvoll.

Änderungsvorschlag

§ 18a

Die bisherige Regelung § 18 Absatz 3 sollte beibehalten werden. In Absatz 7 ist Satz 3 „Nimmt der Versicherte unmittelbar im Anschluss an den Aufenthalt in einem Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch, hat die abschließende Begutachtung spätestens am zehnten Arbeitstag nach Beginn der Kurzzeitpflege in dieser Einrichtung zu erfolgen“ zu streichen

§ 18c

In Absatz 3 sind die Wörter "und weist zugleich auf die zur Auswahl stehenden Leistungserbringer hin." zu streichen.

Absatz 5 ist zu streichen; hilfsweise ist die bisherige Zuzahlungshöhe in Satz 1 bei 70 € zu belassen.

§ 18 d

Die Liste der Berichtspflichten ist, mit Blick auf den stets steigenden Verwaltungsaufwand, einer kritischen Prüfung zu unterziehen und zu kürzen.

Zu Artikel 2 Nummer 15

§ 30 SGB XI (Dynamisierung, Verordnungsermächtigung)

Beabsichtigte Neuregelung

Sämtliche im vierten Kapitel des SGB XI geregelten Leistungsbeträge sollen zum 01.01.2024 um 5 Prozent und zum 01.01.2025 nochmals um 5 Prozent steigen. Zum 01.01.2028 erfolgt eine Anpassung in Höhe der Kerninflationsrate, maximal jedoch in Höhe des Bruttolohn- und Gehaltssummenanstiegs.

Bewertung

Die Kosten in der Pflege sind in den zurückliegenden Jahren kontinuierlich angestiegen. Die Leistungen der Pflegeversicherung wurden demgegenüber nur unregelmäßig angepasst – zuletzt die ambulanten Sachleistungsbeträge 2022 (GVWG). Die Zeiträume zwischen den Anpassungen führen zu einer „schleichenden Entwertung“ der Pflegesachleistung, da Pflegebedürftige von den Pauschalbeträgen immer weniger Leistungen finanzieren konnten. Insofern wird die Anhebung grundsätzlich begrüßt.

Insgesamt bleibt der Eindruck, dass insbesondere vor dem Hintergrund einer fehlenden Gegenfinanzierung aus Steuermitteln die Regelungen eher „ein Tropfen auf den heißen Stein“ sind und sich bis 2028 im Kern wenig ändert. So dürften die Erhöhungen zum 01.01.2024 und 01.01.2025 nicht ausreichen, um die hohe Inflationsrate der letzten Jahre auszugleichen. Sofern aber an der ausschließlichen Finanzierung über eine Beitragssatzanpassung festgehalten werden soll, sind diese Erhöhungen aber auch nicht ausbaufähig.

Erst zum 01.01.2028 – und damit in der nächsten Legislaturperiode – kommt ein neues Verfahren zum Einsatz, dessen Auswirkungen sich aufgrund der gewählten Parameter aktuell nur schwerlich abschätzen lassen. Für die Erhöhung zum 01.01.2028 fehlt zudem eine gesetzliche Frist, bis zu der das BMG die erhöhten Werte zu veröffentlichen hat. Diese Frist ist dringend erforderlich, um die neuen Leistungsbeträge bereits frühzeitig z. B. in Pflegesatzverhandlungen berücksichtigen und auch die EDV anpassen zu können.

Änderungsvorschlag

Satz 2 wird wie folgt gefasst: "Die ab 01.01.2028 geltenden Leistungsbeträge werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Bundesanzeiger bis zum 28.02.2027 im Bundesanzeiger bekannt gemacht."

Zu Artikel 2 Nummer 21

§ 55 SGB XI (Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung)

Beabsichtigte Neuregelung

b)

Mit den Änderungen zu § 55 SGB XI wird der allgemeine Beitragssatz in der Pflegeversicherung von 3,05 Prozent auf 3,4 Prozent angehoben. Zusätzlich wird die Bundesregierung ermächtigt, per Rechtsverordnung, ohne Zustimmung des Bundesrates, den allgemeinen Beitragssatz anzuheben, wenn der Mittelbestand der Pflegeversicherung absehbar das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagensoll zu unterschreiten droht.

c) – f)

Gleichzeitig wird der Zuschlag für Mitglieder ohne Kinder von 0,35 auf 0,6 Beitragssatzpunkte angehoben. Der Gesamtbeitrag zur Pflegeversicherung für Mitglieder ohne Kinder beläuft sich somit ab dem 01.07.2023 auf 4,0 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen. Ferner wird das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 07.04.2022 für eine Entlastung von Eltern mit mehr als einem Kind von den Aufwendungen für die Pflege umgesetzt.

Bewertung

b)

Die Anpassung des allgemeinen Beitragssatzes in der Pflegeversicherung war im Koalitionsvertrag angekündigt und wird nun umgesetzt. Die Erhöhung ist letztlich nötig, um dem zu erwartenden Defizit in der Pflegeversicherung zu begegnen und die vorgesehenen Leistungsausweitungen zu finanzieren.

Dass der Bundesregierung das Recht eingeräumt werden soll, per Rechtsverordnung, ohne Zustimmung des Bundesrates, den allgemeinen Beitragssatz anzuheben, sofern das Betriebsmittel- und Rücklagensoll der Pflegeversicherung absehbar unterschritten wird, ist letztlich eine Verlegenheitslösung, um Liquiditätsengpässe kurzfristig per Beitragssatzsteigerungen zu überbrücken. Damit würden Finanzierungsprobleme einseitig über Beitragssteigerungen gelöst. Es braucht jedoch ein stimmiges Konzept, um die Pflegeversicherung langfristig und nachhaltig finanziell zu stabilisieren. Das Verfahren für kurzfristige Beitragssatzanpassungen muss größtmöglich demokratisch legitimiert werden. Dazu ist ein parlamentarisches Verfahren notwendig. Dies ist auch

Ausdruck der Verantwortung des Parlaments für eine auskömmliche und solidarische Finanzierung der Pflegeversicherung.

c) – f)

Nach dem sich der Gesetzgeber offenbar dafür entschieden hat, die Vorgaben der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 07.04.2022 zur Entlastung von Eltern mit mehr als einem Kind im Beitragsrecht der Pflegeversicherung zu verorten und nicht steuerlich zu finanzieren, ist die vorgesehene Regelung in § 55 Abs. 3 Satz 3 SGB XI als sachgerecht zu bewerten. Mit Abschlägen auf den anzuwendenden Beitragssatz, werden Eltern mit mehr als einem Kind, vom Pflegeversicherungsbeitrag entlastet.

Die vorgesehene Staffelung reduziert den (allgemeinen) Beitragssatz der Pflegeversicherung:

1. für Eltern mit 2 Kindern um einen Abschlag in Höhe von 0,15 Beitragssatzpunkten
2. für Eltern mit 3 Kindern um einen Abschlag in Höhe von 0,3 Beitragssatzpunkten
3. für Eltern mit 4 Kindern um einen Abschlag in Höhe von 0,45 Beitragssatzpunkten
4. für Eltern mit 5 oder mehr Kindern um einen Abschlag in Höhe von 0,6 Beitragssatzpunkten.

Diese Staffelung ist nachvollziehbar. Dass sich eine reale Entlastung erst ab vier Kindern einstellt, ist letztlich der Tatsache geschuldet, dass gleichzeitig mit der Einführung des Beitragsabschlags der allgemeine Beitragssatz zur Finanzierung des Gesamtsystems und zur Leistungsausweitung angehoben werden muss.

Die weiteren Änderungen zu § 55 SGB XI sind notwendige Begleiterscheinungen zur Umsetzung des neuen Rechts. Die Tatsache, dass die Elterneigenschaft gegenüber der beitragszahlenden Stelle nachzuweisen ist, ist geltendes Recht und hat sich bewährt. Diese Nachweispflicht wird nun auf den Nachweis der Anzahl der Kinder ausgedehnt. Dies ist sachgerecht.

Dennoch kommt der Gesetzentwurf zu spät, um eine Änderung in den Entgeltabrechnungsprogrammen sowie der Software der Krankenkassen zum 01.07.2023 sicherstellen zu können. Die Verfahren zur Ermittlung bzw. Nachweis der konkreten Kinderzahl müssen zunächst aufgesetzt und anschließend umgesetzt werden. In der Konsequenz kann die höchstrichterlich geforderte

Frist zur Anwendung der Neuregelung nicht gehalten werden. Insoweit ist die Regelung zu begrüßen, nach der der Nachweis über die Anzahl der Kinder ab 01.07.2023 wirkt, wenn dieser bis zum 31.12.2023 vorgelegt wird.

Änderungsvorschlag

b)

Die geplante Ermächtigung der Bundesregierung zur Beitragssatzanpassung per Rechtsverordnung sollte Abstand genommen werden.

Eine notwendige Beitragssatzerhöhung muss in einem Gesetzgebungsverfahren beschlossen werden.

c) – f)

Keiner

Zu Artikel 2 Nummer 22

§ 58 SGB XI (Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtig Beschäftigten)

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass im Verhältnis Arbeitgeber/Arbeitnehmer nur der Beschäftigte von der Entlastung beim anzuwendenden Beitragssatz wegen der Berücksichtigung der Anzahl der Kinder profitiert.

Bewertung

Durch die dem Grunde nach paritätische Beitragstragung in der Pflegeversicherung würde der Arbeitgeber ohne Gesetzesänderung ebenfalls in den Genuss der Beitragsermäßigung wegen der Anzahl der Kinder kommen.

Die Änderung des § 58 Abs. 1 SGB XI verhindert diesen Effekt. Somit ist für den Arbeitgeberanteil grundsätzlich die Hälfte des Beitragssatzes von (neu) 3,4 Prozent anzusetzen, diese beträgt 1,7 Prozent. Bei einem Arbeitnehmer mit beispielsweise mehr als fünf Kindern würde der Arbeitnehmeranteil ($1,7 - 0,6 =$) 1,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahme betragen.

Für sämtliche Personengruppen, deren Beiträge zur Pflegeversicherung von Dritten getragen und gezahlt werden, muss zudem einheitlich geregelt werden, dass diese Stellen trotz Elterneigenschaft der Mitglieder mit mehr als einem Kind nicht vom neuen Beitragssatzabschlag erfasst werden.

Änderungsvorschlag

Für das Recht des SGB XI keiner.

Es wird jedoch eine entsprechende Änderung von (§ 16a) des Künstlersozialversicherungsgesetzes notwendig, weil hiernach ebenfalls die paritätische Beitragstragung zwischen der Künstlersozialkasse und dem versicherungspflichtigen Künstler/Publizisten gilt und sichergestellt werden muss, dass auch bei dieser Versichertengruppe nur der Versicherte von der Beitragssatzermäßigung wegen der Anzahl der Kinder profitiert.

Unberücksichtigt bleibt im Gesetzentwurf auch, dass die Pflegekassen gegenüber den selbstzahlenden Mitgliedern Nachweise prüfen und berücksichtigen müssen. Kommen die Pflegekassen angesichts der zu erwartenden Vielzahl an Vorlagen von Nachweisen nicht innerhalb eines Kalendermonats nach, sind die

Erstattungsbeträge zu verzinsen. Dies ist nicht sachgemäß und würde zu weiteren Kosten führen. Demnach ist die Aussetzung der Geltung des § 27 Abs. 1 SGB IV bis zum 31.01.2024 (aufgrund der Fälligkeit der Beiträge für die freiwillig versicherten Mitglieder) im Gesetz zwingend zu regeln.

Es fehlt außerdem eine Regelung, wonach die beitragsabführenden Stellen über das Verfahren zur Berücksichtigung von mehr als einem Kind bei der Berechnung des Beitragsabschlags informieren. Gegenüber den beitragsabführenden Stellen sind die Nachweise über die Anzahl der zu berücksichtigten Kinder zu erbringen, soweit die Anzahl der Kinder den Stellen nicht bereits bekannt ist (ggfls. im Rahmen der Lohnsteuerberechnung bei eingetragenen Kinderfreibeträgen). Den Pflegekassen aufzuerlegen, sämtliche Mitglieder in Schriftform zu informieren, lässt sich weder in der Kürze der Zeit realisieren und ist mit einem erheblichen Kosten- und Verwaltungsauswand verbunden, der sich nicht rechtfertigen lässt.

Zu Artikel 2 Nummer 27

§ 75 SGB XI (Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung)

Beabsichtigte Neuregelung

Zu a) Die Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI sind von den Landesverbänden der Pflegekassen zu veröffentlichen.

Zu b) In den Landesrahmenverträge sollen zukünftig auch die geeigneten Nachweise nach § 85 Abs. 3 SGB XI, die in den Vergütungsverhandlungen vorzulegen sind, konkretisiert werden.

Bewertung

Zu a) Die Landesrahmenverträge sind bereits heute im Internet veröffentlicht. Insofern ist die Regelung überflüssig.

Zu b) Grundsätzlich ist der Auftrag, die geeigneten Nachweise zu konkretisieren, unschädlich, denn bereits heute sind in den Verträgen die Nachweise bei den Vergütungsverhandlungen nach § 85 Abs. 3 SGB XI geregelt. Nicht nachvollziehbar ist hingegen, warum die Regelungen auf Landesebene getroffen werden sollen. Vergleichbare Nachweise sind zuletzt ebenfalls auf Bundesebene festgelegt worden (insb. in den Zulassungs-Richtlinien bzw. Nachweis-Richtlinien). Zielführender wäre es daher, die Anforderungen auf Bundesebene zu vereinbaren, die dann bis zur Anpassung der Landesrahmenverträge verbindlich sind.

Kritisch wird auch gesehen, dass in der Gesetzesbegründung (zusätzlich auch in der Begründung zu den Änderungen in § 113c SGB XI) explizit die Aufwendungen von Anwerbekosten von inländischen und ausländischen Pflegefachkräften benannt werden, ohne dass irgendwelche flankierenden Maßnahmen vorgesehen sind. Es ist scheinbar Ziel der Bundesregierung, bundesweit die Pflegebedürftigen mit Anwerbekosten zu belasten, obwohl es sich bei der Fachkräftesicherung im Kern um eine Aufgabe der Länder handelt. Der vdek hält die Landesrahmenverträge daher nicht für den richtigen Ort, um Regelungen zu Anwerbekosten zu treffen.

Vielmehr sind hier bundeseinheitliche Vorgaben insbesondere zu den Gütekriterien und zur Wirtschaftlichkeit erforderlich, die mit entsprechenden Förderprogrammen harmonieren. Zudem sind Obergrenzen festzulegen. Es ist zu verhindern, dass Einrichtungen bundesweit einen Freifahrtschein erhalten, um

nach Gutdünken ohne staatliche Vorgaben weltweite Anwerbetätigkeiten ausführen und die Kosten hierfür den Pflegebedürftigen anzulasten. Angezeigt wäre insgesamt eine Anwerbung durch öffentlich-rechtliche Institutionen verbunden mit einem verbindlichen Umlageverfahren.

Vor dem Hintergrund der in der Praxis bereits stattfindenden wechselseitigen Abwerbung von Pflegekräften mit sich übertrumpfenden "Abwerbbeprämien" erscheint der Hinweis auf die Berücksichtigung von Anwerbekosten von inländisch angeworbenem Personal insofern kritisch, als dass damit dieser Praxis weiter Vorschub geleistet wird.

Änderungsvorschlag

Zu a) In § 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 11 (neu) wird folgender Satz angefügt.

„Aufwendungen für die Beschaffung von im Inland und Ausland angeworbenem Personal sind hier von nicht umfasst.“

Zu b) Aufnahme eines ergänzenden Paragraphen § 88b SGB XI (neu):

„Zu den Inhalten der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 2 S. 1 Nr. 11 sind Empfehlungen nach dem Verfahren gemäß § 75 Absatz 6 bis zum 30.06.2024 abzugeben. Auf Grundlage dieser Empfehlungen haben die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern ihre Rahmenverträge zu überprüfen und bei Bedarf an die Empfehlungen anzupassen. Bis zur Entscheidung über eine Anpassung der Rahmenverträge nach Satz 3 sind die Empfehlungen nach Satz 1 für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen insoweit verbindlich, als dass sie die bisherigen Regelungen in den Rahmenverträgen ergänzen; Regelungen in den Landesrahmenverträgen, die über die Empfehlungen hinausreichen, behalten bis zur Anpassung Bestand.“

Zu Artikel 2 Nummer 34
§ 113b SGB XI (Qualitätsausschuss)

Beabsichtigte Neuregelung

Zu a) und b) redaktionelle Folgeänderung in Folge der der Aufhebung des § 113a.

Zu c) Die beschlussfassenden Sitzungen des Qualitätsausschusses sollen zukünftig – nach dem Vorbild des G-BA – öffentlich sein, zeitgleich im Internet live übertragen und zum späteren Abruf in einer Mediathek zur Verfügung gestellt werden. Die Regelung beruht offenbar auf einer Forderung der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung und der Interessenvertretung nach § 118.

Zu d) Bei der Streichung handelt es sich um eine redaktionelle Anpassung im Zusammenhang mit der Neuregelung des § 113b Absatz 8 Satz 3.

Zu e) Es soll eine zusätzliche Referentenstelle in der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses eingerichtet werden. Die Interessensvertretungen haben das Recht diese zu besetzen und den Arbeitsort zu bestimmen.

Zu f) Es soll eine kontinuierliche und näher konkretisierte jährliche Berichtspflicht des Qualitätsausschuss gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit eingeführt werden.

Bewertung

Zu e) Da die Betroffenenorganisationen gemäß § 118 bereits an den Entscheidungen des Qualitätsausschuss beratend mitwirken, ein Stimmrecht besitzen, Anträge stellen können und an der Arbeit der bestehenden Geschäftsstelle gleichberechtigt partizipieren, wird die zusätzliche Schaffung einer Referentenstelle als nicht notwendig angesehen.

Zu f) Die Berichtspflicht ist abzulehnen. Der Qualitätsausschuss ist ein selbstverwaltetes Gremium und daher auch nicht berichtspflichtig. Es ist offenkundig, dass das BMG zunehmend Einfluss auf die Entscheidungen nehmen will. Zudem geht damit unnötiger Verwaltungsaufwand einher.

Änderungsvorschlag

Zu e) Die Regelung zur Schaffung einer Referentenstelle ist zu streichen.

Zu f) Die Regelung zur Berichtspflicht ist zu streichen

.

Zu Artikel 2 Nummer 37

§ 114c SGB XI (Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht)

Beabsichtigte Neuregelung

Zu a) Durch das Wort "soll" wird die Verbindlichkeit bezüglich der zweijährigen Durchführung von Qualitätsprüfungen bei Einrichtungen mit hohem Qualitätsniveau erhöht (bisher "kann").

Zu b) Die Ergänzung schreibt die Zuständigkeit für die Benachrichtigung der Pflegeeinrichtungen, bei denen der Prüfrhythmus wegen eines hohen Qualitätsniveaus verlängert wird, bei den Landesverbänden der Pflegekassen fest.

Bewertung

Die Regelungen sind grundsätzlich nachvollziehbar. Die komplexe Umsetzung macht IT-gestützte Lösungen für die Landesverbände der Pflegekassen notwendig. Daher muss zur Umsetzung ein angemessener zeitlicher Vorlauf berücksichtigt werden, da das Verfahren in bestehende Prozesse (Prüfbeauftragung) eingreift und grundlegende Veränderungen mit sich bringt.

Änderungsvorschlag

Zu b) Die Vorschrift sollte frühestens zum 01.01.2024 in Kraft treten.

Zu Artikel 2 Nummer 39

§ 123 SGB XI f. (Gemeinsame Modellvorhaben und wissenschaftliche Begleitung)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neugeschaffenen Förderbudget (§ 123 – neu) sollen von 2024 bis 2028 zukünftig Länder, Kommunen und die Pflegeversicherung in gemeinsame Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und –strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier investieren. Ziel der Modellvorhaben solle es sein. Die Situation von Pflegebedürftigen zu erleichtern, mehr Transparenz zu schaffen und den Zugang zu vorhandenen Hilfemöglichkeiten vor Ort zu verbessern und bedarfsgerecht auszugestalten. Aus dem Ausgleichsfonds stellt die Pflegeversicherung 50 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung. Das jeweilige Bundesland bzw. die jeweilige Kommune ist, als für die Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur bzw. für die Daseinsvorsorge zuständige Beteiligte, zu einer hälftigen Kofinanzierung verpflichtet.

Der GKV-Spitzenverband hat für die Umsetzung Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel bis zum 30.06.2023 zu entwickeln.

Die Durchführung von gemeinsamen Modellvorhaben nach § 123 (neu) ist in § 124 (neu) eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung verbindlich vorgesehen. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung sollen insbesondere die Vor- oder Nachteile gegenüber der geltenden Rechtslage untersucht werden und Hinweise gegeben werden welche Rechtsvorschriften des SGB XI ggf. Bei einer Überführung des Modellvorhabens in die Regelversorgung weiterentwickelt werden müssen.

Bei Umsetzung der Modellvorhaben kann von den Regelungen des Vierten, Siebten und Achten Kapitels des SGB XI abgewichen werden

Bewertung

Die Durchführung und Evaluation von regionalspezifischen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und –strukturen vor Ort und im Quartier wird begrüßt. Im Rahmen der Modellvorhaben können in unterschiedlichen regionalen Strukturen (Stadt/Land) verschiedene Pflegesettings erprobt und evaluiert werden.

Die Regelung ermöglichen die Erprobung von innovativen Versorgungsmodellen über die im SGB XI verankerten Rahmenbedingungen hinaus, d.h. es kann von den Regelungen des Vierten, Siebten und Achten Kapitels des SGB XI abgewichen werden. Die Regelungen des Vierten Kapitel betreffen u.a. die Leistungen der SPV und die damit einhergehenden Leistungsbeträge. Eine „Neuausrichtung“ der Leistungen SPV sollte im Rahmen der Modellvorhaben möglich sein. Die Leistungsbeträge dürfen im Rahmen der Modellvorhaben allerdings nicht über die geltenden Beträge hinaus verändert werden. Eine Veränderung über die geltenden Beträge hinaus würde zu einer ungleichen Behandlung der Leistungsbezieher führen.

Positiv ist, dass die an dem Modellvorhaben beteiligten Bundesländer bzw. die Kommunen sich an der Finanzierung beteiligen müssen, damit steigt das Fördervolumen auf insgesamt 100 Mio. Euro. Zudem wird die gemeinsame Finanzverantwortung von Pflegekassen und Kommunen betont. Die bisherige Regelung in §123 (alt) zur Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen ist vor allem an der Finanzierungsfrage gescheitert.

Die Beteiligung der PKV an den Kosten in Höhe von 10% ist sachgerecht und folgt der Kostenbeteiligung der PKV bei den Qualitätsprüfungen (§114 Absatz 1 Satz 1). Die Verteilung der Finanzmittel auf die Bundesländer, nachdem Königsteiner-Schlüssel gewährleistet eine gleichmäßige Verteilung der Finanzmittel auf die einzelnen Bundesländer.

Die Erstellung von Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel durch den GKV-SV ist zielführend und hat sich in ähnlichen Verfahren bewährt.

Um die Wirkung der Modellvorhaben und ggf. deren Überführung in die Regelversorgung vorzubereiten ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung zwingend erforderlich. Insbesondere die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung vorzunehmende Abwägung der Vor- und Nachteile des Modellvorhabens gegenüber der geltenden Rechtslage sowie die für die Übertragung in die Regelversorgung erforderlichen gesetzlichen Anpassungen ist positiv zu bewerten. Bei vielen durchgeführten Modellvorhaben im SGB XI ist eine Übertragung in die Regelversorgung an der fehlenden rechtlichen und wirtschaftlichen Bewertung gescheitert.

Änderungsvorschlag

Keiner

Die Regelung ist um eine Formulierung zu ergänzen, die eine Ausweitung der im Vierten Kapitel festgelegten Leistungsbeträge ausschließt.

Beabsichtigte Neuregelung

Im Zuge der Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a wird der Abschnitt zur Verhinderungspflege überarbeitet. Unter anderem fällt die Vorpflegezeit von sechs Monaten weg, sodass die Verhinderungspflege direkt nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit in Anspruch genommen werden kann und damit außerdem eine Harmonisierung zur Kurzzeitpflege erfolgt. Des Weiteren wird bei der Verhinderungspflege gänzlich auf die Angabe von Beträgen verzichtet. Die Leistungshöhe ergibt sich je nach Fallkonstellation aus dem Bezug zum Jahresbetrag oder des Pflegegeldes. Aufgenommen wird außerdem, dass eine vorige Antragsstellung nicht erforderlich ist.

Die bisherigen Unterscheidungen nach Verwandtschaftsgrad und Erwerbsmäßigkeit für die Feststellung der Leistungshöhe bleiben bestehen. Der in der Praxis gebräuchliche Begriff "Verhinderungspflege" wird nun im Gesetz übernommen.

Bewertung

Die Neuregelung im Zusammenhang mit der Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags wird begrüßt. Der Verzicht auf die Vorpflegezeiten ist sinnvoll, da den Versicherten die Ablehnung von Verhinderungspflege in Akutsituationen während der ersten sechs Monate schwer vermittelbar war.

Durch die unterschiedlichen Fallkonstellationen bei der Ersatzpflegepersonen bleiben die Regeln jedoch weiterhin sehr kompliziert. Eine weitere Verschlan-
kung des Paragraphen wäre für eine verwaltungsarme Umsetzung wünschenswert und würde zudem mehr Transparenz für alle Beteiligten schaffen.

Die aktuelle Regelung, die hier weitestgehend übernommen werden soll, wirft in der Praxis häufig Fragen auf, zum Beispiel zur Definition der "notwendigen Aufwendungen" in Absatz 3 Satz 3. Da die nachgewiesenen Kosten in diesen Fällen aber ohnehin bis zur Höchstgrenze erstattet werden, könnte aus unserer Sicht auf die vorherige Begrenzung auf "bis zu zwei Monate" entfallen.

Änderungsvorschlag

Absatz 1 Satz 1: Streichung von "wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen"

Absatz 3 streichen, dafür neuer Absatz 3:

Wird die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind, können von der Pflegekasse auf Nachweis nur Fahrkosten oder Verdienstausfall, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden. Wird die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, kann von der Pflegekasse auf Nachweis nur der Verdienstausfall, der der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden ist, übernommen werden. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 1 und 2 dürfen im Kalenderjahr den Gemeinsamen Jahresbetrag nach § 42a nicht übersteigen.

Beabsichtigte Neuregelung

Die für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege zur Verfügung stehenden Mittel sollen in einem Jahresbudget in Höhe von 3.386 Euro zusammengefasst werden. Pflegeeinrichtungen müssen den Pflegekassen die Erbringung von Verhinderungspflege oder der Kurzzeitpflege bis zum Ende des Folgemonats, in dem Leistung erbracht wurde, anzeigen. Den Versicherten haben die Pflegeeinrichtungen eine Übersicht ihrer Aufwendungen zu übermitteln oder auszuhändigen, auf dieser Übersicht soll erkennbar sein, welche Aufwendungen über den Gemeinsamen Jahresbetrag abgerechnet werden.

Bewertung

Das Leistungsrecht der Pflegeversicherung ist aufgrund der vielfältigen unterschiedlichen Leistungsansprüche zum Teil recht unübersichtlich. Zur Vereinfachung hatten die Ersatzkassen bereits in der Vergangenheit eine Zusammenführung von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege vorgeschlagen. Zwar war auch bisher eine teilweise Übertragung möglich, allerdings ist die Zusammenfassung ein wichtiger Schritt, um die Leistungsgewährung in der Praxis zu vereinfachen und die Leistungen der Pflegeversicherung für Versicherte nachvollziehbarer zu machen.

Die Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V bezieht sich bezüglich des Leistungsumfangs (Dauer und Höhe) auf die Regelungen des § 42 SGB XI, somit hat die Implementierung des § 42a unmittelbare Auswirkung auf die Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V. Die Regelungen in § 39c SGB V sind dahingehend anzupassen. Die Einführung der Meldepflichten von Pflegeeinrichtungen an Versicherte und Pflegekassen ist nachvollziehbar, um hier eine größere Transparenz aller Beteiligten über verfügbare Ansprüche zu erreichen.

Dennoch entstehen durch die Regelung zusätzliche bürokratische Aufwände, die aus unserer Sicht nicht im Verhältnis stehen. In der Regel rechnen die Pflegeeinrichtungen bereits vor dem vorgesehenen Meldetermin die Leistungen ab. In der Praxis können die Versicherten außerdem auf Anfrage auch jetzt jederzeit Auskunft über abgerechnete Aufwendungen und verbliebene Ansprüche erhalten.

Zur praktischen Umsetzung stellt sich die Frage, ob nach einer Meldung z.B. für die Kurzzeitpflege diese Mittel für Abrechnungen z.B. der Verhinderungspflege

blockiert werden sollen oder ob eingehende Abrechnungen dann vorrangig behandelt werden sollen. Unklar ist außerdem, welche Auswirkungen es hat, wenn die Pflegeeinrichtungen der Meldepflicht nicht nachkommen.

Um die Leistungen der Pflegeversicherung weiter zu vereinfachen, sollten jedoch noch weitere Änderungen erfolgen. Insbesondere der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI – der auch für die Kurzzeitpflege eingesetzt werden kann – sollte als Jahresbetrag im Gesetz verankert werden, sodass Pflegebedürftige diesen Betrag nicht erst ansparen müssen, bevor sie ihn in Anspruch nehmen. Im Gegenzug sollte jedoch auf eine Übertragung nicht in Anspruch genommener Mittel in das Folgejahr gestrichen werden.

Änderungsvorschlag

Die Absätze 2 und 3 sind zu streichen.

§ 39c SGB V Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

In § 39c SGB V sind nach Satz 1 ist folgende Sätze einzufügen:

„Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Krankenkasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1.774 Euro im Kalenderjahr.“

Entlastungsbetrag § 45b SGB XI

Neuformulierung des Absatz Satz 1 § 45b SGB XI:

- (1) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 1500 Euro jährlich.

In Satz 5 ist nach dem Wort „werden“ Folgendes zu streichen: „wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.“

Zu Artikel 3 Nummer 18
§ 48 SGB XI (Pflegekassen)

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

Die Regelung wird abgelehnt. Gerade weil mit diesem und den letzten Gesetzen zahlreiche sehr verwaltungsaufwändige Gesetze erlassen wurden, ist die Erstattung an die GKV in der bisherigen Höhe auch sachgerecht. Dass damit ein Einsparvolumen bei der Sozialen Pflegeversicherung reklamiert wird, ist zwar richtig, ist aber eine "Schein-Rechnung" die getreu dem Motto "rechte Tasche in die Linke Tasche" aufgestellt wird.

Sie ist auch deshalb nicht sachgerecht, da der Verwaltungskostenaufwand auch erheblich von den Tarifsteigerungen im Personalkostenbereich beeinflusst wird. Vor dem Hintergrund der anhaltend hohen Inflation ist für die Jahre 2023 ff. von entsprechend hohen Tarifsteigerungen auszugehen. Die damit einhergehenden Kostensteigerungen auf Seiten der Krankenkassen können im Falle einer Absenkung der Verwaltungskostenpauschale aber nicht an die Pflegekassen weitergereicht werden.

Änderungsvorschlag

Die Vorschrift ist zu streichen.

3. Weiterer Änderungsbedarf

Anpassung § 107 Absatz 2 – Übernahme der Regelung aus dem SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung des § 107 Abs. 2 SGB XI sollte für den Bereich der Pflegeversicherung analog den Regelungen des § 175 Abs. 2 und 304 Abs. 2 SGB V gestaltet werden. Eine gesetzliche Verpflichtung für ein elektronisches Meldeverfahren besteht in der Pflegeversicherung im Unterschied zur Krankenversicherung derzeit nicht. Die Pflegekasse ist bei formaler Betrachtung aktuell nur verpflichtet, auf Verlangen die Pflegeleistungsdaten beim Kranken-/ Pflegekas-senwechsel zu übermitteln. Das elektronische Meldeverfahren ist dabei nicht zwingend anzuwenden.

Bewertung

Die unterschiedliche Regelung in den beiden Sozialversicherungsbereichen ist nicht sachgerecht. Es sollte daher eine Harmonisierung erfolgen, um auch die formalen Voraussetzungen für einen maschinellen Datenaustausch zu schaffen.

Änderungsvorschlag

Im Falle des Wechsels der Pflegekasse ist die bisher zuständige Pflegekasse verpflichtet, ~~auf Verlangen~~ die für die Fortführung der Versicherung erforderlichen Angaben nach den §§ 99 und 102 im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Meldung, der neuen Pflegekasse mitzuteilen.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 030/2 69 31 - 0
Fax: 030/2 69 31 - 2900
Politik@vdek.com



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Stellungnahme

zum

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

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

6. März 2023

- Die Reform verschärft die Finanzprobleme der Sozialen Pflegeversicherung erheblich. Die umfangreichen Leistungsausweitungen sind nicht gegenfinanziert und es gibt keine nachhaltige Finanzierungsstrategie für die alternde Gesellschaft.
- Für die weitere Ausdehnung der Zuschläge für die vollstationäre Pflege gibt es keinen sozialpolitischen Handlungsbedarf: Die gesetzliche Pflegeversicherung hält die Quote der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen seit über 20 Jahren stabil. Diese Leistungsausweitung ist vielmehr ein Erbenschutzprogramm zugunsten von Besserverdienenden. Vor jeglichen Neuregelungen sollte eine Evaluation der bestehenden Regelungen erfolgen.
- Das Ziel, die Sozialabgaben bei 40 Prozent stabil zu halten, gerät durch die deutliche Anhebung der Beitragssätze zur Sozialen Pflegeversicherung immer weiter ins Hintertreffen. Dies schadet dem Wirtschaftsstandort Deutschland in Zeiten der Krise und geht zu Lasten der jüngeren Generationen. Es braucht einen Neustart in der Pflegefinanzierung: nachhaltig und generationengerecht und ohne weitere Lohnzusatzkosten. Dazu ist der Ausbau der privaten und betrieblichen Vorsorge unumgänglich.
- Das Finanztableau des Entwurfes ist weder plausibel noch transparent. Die Dynamik der Leistungsanspruchnahme, der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen und die laufenden Defizite der Sozialen Pflegeversicherung werden nicht berücksichtigt.
- Der PKV muss bei gesetzlichen Leistungsausweitungen eine prospektive Berücksichtigung der Mehrkosten über ein Beitragsanpassungsrecht für die Private Pflegeversicherung ermöglicht werden.

I. ALLGEMEINE ANMERKUNGEN

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf soll ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts umgesetzt werden, wonach bis spätestens zum 31. Juli 2023 das Beitragsrecht der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) im Hinblick auf die Berücksichtigung der Kinderzahl verfassungskonform auszugestalten ist. Zudem sollen die häusliche Pflege gestärkt und pflegebedürftige Menschen und Pflegepersonen entlastet, die Arbeitsbedingungen für professionell Pflegenden weiter verbessert sowie die Potentiale der Digitalisierung besser nutzbar gemacht werden. Es ist eine regelhafte Anpassung der Geld- und Sachleistungsbeträge in 2025 und 2028 geplant.

Den vorgesehenen Leistungsausweitungen steht jedoch keine ausreichende Gegenfinanzierung und keine nachhaltige Finanzierungsstrategie für die alternde Gesellschaft gegenüber:

- Die weitere Begrenzung der Eigenanteile in der stationären Pflege ist mit Blick auf die demografische Entwicklung eine Leistungsausweitung ohne nachhaltige Finanzierungsperspektive. Es ist eine Legende, dass die Eigenanteile an den Pflegekosten immer mehr Sozialfälle produzieren würde. Richtig ist vielmehr: Vor Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung – also bis Mitte der 90 Jahre – bezogen 80 Prozent der Pflegebedürftigen in Einrichtungen Sozialhilfe. Die gesetzliche Pflegeversicherung hat dagegen seit über 20 Jahren diesen Anteil auf unter ein Drittel der Heimbewohner reduziert und seitdem konstant gehalten. Es besteht also kein sozialpolitischer Handlungsbedarf, die Leistungen der Pflegeversicherung auszuweiten.
- Vor weiteren Leistungsausweitungen im Umlageverfahren ist grundsätzlich zu warnen, denn sie führen – wie im Referentenentwurf erkennbar – zur weiteren Erhöhung der Beitragssätze in der Sozialversicherung. Das Ziel, die Sozialabgaben bei 40 Prozent zu stabilisieren, gerät so in immer weitere Ferne. Diese liegen heute schon – noch zu Beginn des demografischen Wandels, der sich mit dem sukzessiven Renteneintritt von 13 Millionen Babyboomern in den kommenden 10 Jahren vollziehen wird – bei 40,8 Prozent (Kinderlose) bzw. 40,45 Prozent. Folgt man dem Referentenentwurf, würde die Sozialabgabenquote bereits in diesem Sommer bei 41,4 Prozent (Kinderlose) bzw. 40,8 (bei einem Kind) oder 40,65 Prozent (bei zwei Kindern) liegen. Dieser Trend gefährdet die Wettbewerbschancen der deutschen Wirtschaft – auch in der internationalen Konkurrenz um qualifizierte Arbeitskräfte. Jede Leistungsausweitung zieht zur Refinanzierung einen dauerhaften Anstieg der Sozialversicherungsbeiträge nach sich, weil diese Mehrleistungen Jahr für Jahr von immer mehr Menschen in Anspruch genommen werden, die in das pflegebedürftige Alter kommen. Zudem sind Zweifel angebracht, ob der vorliegende Entwurf auch nur kurzfristig den Finanzbedarf richtig kalkuliert hat oder ob nicht – wie bei jeder Pflegereform der vergangenen Jahre – die tatsächlichen Kosten die kalkulierten deutlich übertreffen und unmittelbar neue Defizite mit sich bringen werden.
- Schon ein Blick in den Entwurf selbst zeigt, dass die Kostensteigerungen nicht sauber berechnet und folglich nicht ausreichend gegenfinanziert sind, denn das laufende Defizit wird in das Einnahmen- und Kostentableau nicht einbezogen. Im Ergebnis lässt die geplante Reform die

Soziale Pflegeversicherung nur für dieses Jahr einen positiven Saldo entstehen – und das auch nur, weil im Referentenentwurf diverse „Luftbuchungen“ unternommen werden. Dazu gehört unter anderem die Verschiebung der Zuführungen in den Pflegevorsorgefonds von 2023 ins Jahr 2024. Schon im Jahr 2024 „rutschen“ die Finanzen der SPV wieder ins Defizit. Die Kostenfolgeabschätzungen durch das BMG sind auf Basis der Finanzentwicklung der SPV für das Jahr 2021 berechnet worden. Die Grundlage der Berechnungen müsste 2023 sein. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Werte zu niedrig angesetzt sind.

In jedem Fall werden die Leistungsausweitungen das Demografiedefizit der SPV weiter erhöhen – zu Lasten der nachfolgenden Generationen. Stattdessen brauchen wir einen Neustart in der Pflegefinanzierung: nachhaltig und generationengerecht und ohne weitere Lohnzusatzkosten. Dazu ist der Ausbau der privaten und betrieblichen Vorsorge unumgänglich und zu bezahlbaren Konditionen bereits heute möglich. Dass strukturelle Finanzierungsreformen in der Pflege nötig sind, erkennt auch der Koalitionsvertrag zumindest dahingehend an, dass für eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung eine Regierungskommission eingesetzt werden sollte, deren Aufgabe die Vorlage von Vorschlägen für eine generationengerechte Pflegefinanzierung gewesen wäre. Diese Kommission ist noch immer nicht eingesetzt worden.

Die Private Pflegepflichtversicherung (PPV) darf nicht weiter durch den seit 2022 geltenden jährlichen Bundeszuschuss zur SPV in Höhe von 1 Mrd. Euro benachteiligt werden. Wenn Steuermittel aufgewandt werden, dann ausschließlich zur Abgeltung versicherungsfremder Leistungen, z. B. der Rentenbeiträge für pflegende Angehörige.

II. ZU AUSGEWÄHLTEN REGELUNGEN DES GESETZENTWURFS

Zu Art. 2 Nr. 4 (§ 7d SGB XI – Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten)

Vorgeschlagene Regelungen

Durch die Landesverbände der Pflegekassen ist zum 1. Januar 2024 ein Informationsportal zur Unterstützung u. a. von pflegebedürftigen Personen, ihren Pflegepersonen, weiteren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden in elektronischer Form zu etablieren. Neben allgemeinen Informationen zur Pflegeversicherung soll das Portal auch tages- oder wochenaktuelle Informationen zu frei verfügbaren Angeboten aller ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, zu Beratungsangeboten nach § 7c SGB XI, zu Pflegekursen nach § 45 SGB XI und auch der Anbieter der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI umfassen.

Bewertung

Mit www.pflegeberatung.de wurde durch die Private Pflegepflichtversicherung bereits vor einigen Jahren ein Informationsportal geschaffen. Neben allgemeinen Informationen zum Thema Pflege bietet dieses auch diverse Möglichkeiten zur Suche nach verschiedenen Anbietern im Bereich Pflege (u. a.

Hausnotruf, Angebote zur Unterstützung im Alltag, Hospize) sowie auch nach ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen inklusive deren Informationen zum Preis sowie zur Qualität.

Eine stetige Weiterentwicklung des Informationsportals, u. a. zu Demenz oder Pflegekursen, wurde im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie vereinbart. Die Informationen zu verfügbaren Angeboten der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie zu Pflegekursen stellen eine wichtige Information für die Pflegebedürftigen sowie deren An- und Zugehörige dar. Zudem können die Informationen zu verfügbaren Kapazitäten angesichts der mitunter bestehenden Versorgungsengpässe, zur einer Optimierung der Pflegeberatung führen.

Insbesondere die Informationen zu verfügbaren Kapazitäten der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ergänzen die bereits durch die Landesverbände der Pflegekassen an den PKV-Verband mit der Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 Abs. 3 Satz 5 SGB XI zur Verfügung gestellten Daten. Die Weitergabe der neuen Informationen durch die Landesverbände der Pflegekassen an den PKV-Verband muss daher ebenso ermöglicht werden, um den Versicherten ein eigenes Informationsangebot der Privaten Pflegepflichtversicherung anbieten zu können.

Zu Art. 2 Nr. 5 (§ 8 Abs. 8 SGB XI – Gemeinsame Verantwortung)

Vorgeschlagene Regelungen

Zur Förderung digitaler Anwendungen, insbesondere zur Entlastung der Pflegekräfte, zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowie für eine stärkere Beteiligung der Pflegebedürftigen, sollen ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen einen einmaligen Zuschuss von bis zu 12.000 Euro erhalten.

Bewertung

Die Förderung der Potenziale der Digitalisierung in Pflegeeinrichtungen ist nachvollziehbar. Die Nutzung dieser Fördermöglichkeit sollte jedoch mit einer Befristung der Förderung, beispielsweise analog der Förderung nach § 8 Abs. 7 SGB XI bis zum Jahr 2030, verbunden werden.

Ergänzend sind bei der Förderung von Anschaffungen und Maßnahmen im Zusammenhang mit der Anbindung an die Telematikinfrastuktur klare Abgrenzungen zur Finanzierung der Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastuktur nach § 106b SGB XI zur Vermeidung von Doppelfinanzierungen erforderlich.

Zu Art. 2 Nr. 12 (§§ 18 – 18e SGB XI – Verfahren der Begutachtung)

Vorgeschlagene Regelungen

Die Beauftragung der Medizinischen Dienste und die Übermittlung der Pflegegutachten erfolgt nur

noch elektronisch. Der Auftrag ist innerhalb von drei Arbeitstagen ab Eingang des Antrags auf Pflegeleistungen an den Medizinischen Dienst zu übermitteln.

Es bleibt beim Grundsatz der Untersuchung im Wohnbereich. Es wird eine Ausnahme für eine Krisensituation von nationaler oder regionaler Tragweite definiert. Auch weiterhin muss die Begutachtung nach gewisser Zeit wiederholt werden.

Die Zahlungen bei nicht fristgerechter Begutachtung werden von 70 auf 80 Euro/Woche angehoben. Es wird eine Hemmung der Begutachtungsfrist für bestimmte Fälle explizit geregelt.

Zur Weiterentwicklung des Verfahrens der Pflegebegutachtung werden Modellvorhaben u. a. zu telefonischer/digitaler Kommunikation bei der Begutachtung gefördert.

Bewertung

Die PKV befürwortet alle sinnvollen Maßnahmen, die dem Ziel dienen, das Begutachtungsverfahren zu beschleunigen. Die ausschließlich elektronische Übermittlung der Aufträge an den medizinischen Dienst wird in der PKV daher bereits seit Jahren praktiziert. Dringend erforderlich wäre es, dass Begutachtungen über Telefoninterviews oder per Video regelhaft ermöglicht werden, nicht nur bei einer Pandemie. Durch die wegfallenden Fahrten könnte sehr viel dringend benötigte Zeit eingespart werden. Die Pflicht zur regelhaften Wiederholung der Untersuchung dagegen ist durch die Rechtsprechung und Praxis überholt und sollte zur Klarstellung gestrichen werden. Entbehrlich erscheint auch die vorgeschlagene Drei-Tages-Regel, zumal nicht erkennbar wird, wie sie durchzusetzen wäre. Auch von der Erhöhung der Strafzahlung von 70 auf 80 Euro verspricht sich die PKV keinen Effekt, außer einer Kostensteigerung. Ohne diese Anhebung könnte dann auch auf eine aufwändige Regelung zur Hemmung der Verjährung verzichtet werden.

Zu Art. 2 Nr. 15 (§ 30 SGB XI – Dynamisierung)

Zu Art. 3 Nr. 5 und Nr. 6 (§§ 36, 37 SGB XI – Pflegesachleistung, Pflegegeld)

Vorgeschlagene Regelungen

§ 30 sieht ab 1. Januar 2025 in Höhe von 5 Prozent und ab 1. Januar 2028 in anhand der Teuerungsrate noch festzulegender Höhe jeweils eine Dynamisierung aller Leistungsbeträge der Pflegeversicherung vor. Außerdem will die Bundesregierung noch in dieser Legislaturperiode für eine langfristige Leistungsdynamisierung einen Vorschlag vorlegen.

Die Beträge für die ambulanten Sachleistungen (= häusliche Pflegehilfe) und für das Pflegegeld werden zum 1. Januar 2024 jeweils um 5 Prozent angehoben.

Bewertung

Alle vorgesehenen Anhebungen und Dynamisierungen der Leistungsbeträge weiten die Kosten der Pflegeversicherung aus und verschärfen das Defizit der Sozialen Pflegeversicherung. Damit werden die

nachfolgenden Generationen in der Sozialen Pflegeversicherung belastet, ohne dass eine Lösung für das Problem der sich immer weiter öffnenden Schere zwischen Beitragszahlern und Pflegebedürftigen aufgezeigt wird. Die Leistungen der Pflegeversicherung sollten nur dann dynamisiert werden, wenn sie ausreichend finanziert werden und auch in Zukunft finanzierbar sind. Ebendies ist hier nicht der Fall. Es ist jetzt schon absehbar, dass die Leistungen denen gegenüber, die sie heute finanzieren, nicht mehr erfüllt werden können. Eine langfristige und nachhaltige Finanzierung ist zwingend erforderlich.

Unredlich erscheint zudem, dass die Leistungsdynamisierung erst nach der nächsten Bundestagswahl in Kraft treten soll. Das aus der Dynamisierung aller Leistungsbeträge resultierende Defizit der SPV wird ganz bewusst der nächsten Bundesregierung übertragen. Auch hier sollte das Diktum des Bundesrechnungshofes Anwendung finden, dass keine neuen Maßnahmen mehr beschlossen werden dürfen, ohne ihre langfristige Finanzierung zu klären.

Auch für die Private Pflegepflichtversicherung hat diese Maßnahme Folgen. Bisher erfolgt die Berücksichtigung höherer Kosten regelmäßig im Nachhinein, wenn sicher ist, dass sie tatsächlich dauerhaft anfallen. Sollte an der deutlichen Leistungsausweitung für die Jahre 2024, 2025 und 2028 und der dauerhaften, regelmäßigen Dynamisierung festgehalten werden, müssen für die Private Pflegepflichtversicherung im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Beitragsanpassungen jeweils mit Inkrafttreten der Leistungsausweitung oder Dynamisierung ermöglicht werden. Dies sollte in der Form geschehen, dass eine Leistungsänderung durch Gesetzesänderung oder Dynamisierung der Äquivalenzstörung nach § 203 Abs. 2 VVG gleichgestellt wird.

Hilfsweise wäre für jede Leistungsänderung durch Gesetzesänderung oder Dynamisierung jeweils ein Sonderanpassungsrecht für die Private Pflegepflichtversicherung vorzusehen, wie es z. B. mit § 143 SGB XI früher schon erfolgt ist.

Zu Art. 2 Nr. 34 (§ 113b Abs. 6 SGB XI – Qualitätsausschuss)

Vorgeschlagene Regelung

Durch die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI soll ab dem 1. September 2023 dauerhaft eine Referentenstelle zur Unterstützung der nach § 118 SGB XI maßgeblichen Interessenvertretungen finanziert werden. Die Finanzierung soll dabei über den Haushalt der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses nach § 8 Abs. 4 SGB XI durch die Soziale und Private Pflegeversicherung erfolgen.

Bewertung

Auch wenn die Bedeutung der Beteiligung der Interessenvertretungen nach § 118 SGB XI unbestritten ist, so sollte diese aufgrund der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung aus Bundesmitteln erfolgen. Die Finanzierung (ca. 106.000 Euro jährlich) aus Mitteln der Pflegeversicherung, die wiederum von den Beitragszahlenden – und somit auch von den Pflegebedürftigen – aufgebracht werden, ist nicht sachgerecht.

Zu Art. 2 Nr. 39 (§§ 123, 124 SGB XI - Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier, Verordnungsermächtigung)

Vorgeschlagene Regelungen

Im Zeitraum 2024 bis 2028 sollen regionalspezifische Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier durch die Pflegeversicherung mit 50 Mio. Euro je Kalenderjahr gefördert werden. Diese Finanzierung setzt eine Kofinanzierung durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft voraus. Die Private Pflegepflichtversicherung soll sich mit 10 Prozent am Fördervolumen der Pflegeversicherung beteiligen. Eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben soll erfolgen.

Bewertung

Es ist zweifelhaft, ob mit den Modellvorhaben die vorgesehene Verfügbarkeit von erforderlichen Pflege-, Hilfe- und Unterstützungsangeboten vor Ort sichergestellt werden kann. Die Pflegebedürftigen und deren An- und Zugehörige sind auf das Vorhandensein bedarfsgerechter Versorgungsangebote in einer modernen bedürfnisgerechten Pflegeinfrastruktur angewiesen. Nur bei einem ausreichenden Angebot an Dienstleistungen kann der notwendige Versorgungsmix organisiert werden. Im Rahmen der Daseinsvorsorge muss die pflegerische Versorgung Priorität erhalten. Die Kommunen müssen dabei die Ziele vorgeben und für die Erfüllung sorgen. Die Erfahrungen haben zudem gezeigt, dass Modellprojekte wenig nachhaltig sind.

Sollte an dem Vorhaben, o. g. Modellprojekte zu initiieren, festgehalten werden, sollte die Finanzierungsbeteiligung der Privaten Pflegepflichtversicherung analog bestehender Finanzierungsverpflichtungen (z. B. § 8 Abs. 9 SGB XI, § 150 Abs. 4 Satz 5 SGB XI) in Höhe von 7 Prozent - entsprechend des Anteils der Pflegebedürftigen - erfolgen. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund zu berücksichtigen, dass sich die Beihilfe, anders als an den Kosten der Pflegeleistungen, nicht an der Finanzierung beteiligt.

Zu Art. 3 Nr. 15 (§ 43c SGB XI - Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen)

Vorgeschlagene Regelungen

Die Leistungszuschläge zu den Eigenanteilen bei vollstationärer Pflege werden zum 1. Januar 2024 um 5 bis 10 Prozentpunkte angehoben. Im ersten Jahr erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 einen Leistungszuschlag in Höhe von 15 Prozent (statt aktuell 5 Prozent) des pflegebedingten Eigenanteils, im zweiten Jahr in Höhe von 30 Prozent (statt aktuell 25 Prozent), im dritten Jahr in Höhe von 50 Prozent (statt aktuell 45 Prozent) und ab dem vierten Jahr in Höhe von 75 Prozent (statt aktuell 70 Prozent).

Bewertung

Diese Regelung erhöht die Hypothek der Sozialversicherung im demografischen Wandel massiv, ohne

dass es hierfür eine sozialpolitisch fundierte Begründung gäbe. Es ist nicht belegt, dass die Eigenanteile an den Pflegekosten zu immer mehr Sozialfällen führen. Die vorgesehenen Regelungen leisten keinen sozialpolitischen Beitrag zur Armutsvermeidung im Alter, sondern schonen vielmehr die Vermögens- und Einkommensressourcen der Mittel- und Oberschicht.

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ darf nicht durch die überproportionale Anhebung der Leistungen der Pflegeversicherung im Bereich der vollstationären Pflege unterlaufen werden.

Außerdem ist bei der Finanzierung der Kosten eine ausreichende Berücksichtigung der dynamischen Entwicklung der Kosten für die vollstationäre Pflege nicht erkennbar.

Daher sollte der Leistungszuschlag zu den Eigenanteilen bei vollstationärer Pflege nicht angehoben werden. Zunächst sollte diese erst 2022 eingefügte Leistungsart evaluiert werden.

III. WEITERER ÄNDERUNGSBEDARF

Zu § 8 Abs. 6 SGB XI – Gemeinsame Verantwortung

Mit Inkrafttreten des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes zum 1. Januar 2019 wurde die Refinanzierung von 13.000 zusätzlichen Pflegefachkraftstellen nach § 8 Abs. 6 SGB XI eingeführt. Die Finanzierung erfolgt durch jährliche Zahlung der GKV und PKV an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung. Zum 31. Dezember 2025 erfolgt eine Aufhebung der Regelung nach § 8 Abs. 6 SGB XI, da eine Übertragung in das Personalbemessungsverfahren nach § 113c Abs. 6 SGB XI erfolgt.

Von den geplanten Stellen wurden bislang allerdings nur eine geringe Zahl geschaffen, sodass ein Großteil der gezahlten Mittel ungenutzt beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) liegt. Die Ausschöpfung der Mittel bis zum Auslaufen der Regelung ist einerseits wegen nicht vorhandenen Personals sowie der schrittweisen Überführung in andere Finanzierungsstrukturen (§ 113c Abs. 6 SGB XI) nicht möglich. Durch den Bundesrechnungshof (BRH) wird die fehlende Rückzahlungsklausel für nicht genutzte Gelder oder die Möglichkeit der Aussetzung der Zahlungen kritisiert. Zudem sei ein zielgerichteter Einsatz der Mittel nicht ersichtlich, so dass die Gefahr einer Zweckentfremdung der Mittel bestehe. Im Anschluss an den BRH wird vorgeschlagen, dass die PPV nachschüssig in dem Maße in das Programm einzahlt, wie dies benötigt wird. Überzahlungen würden dadurch von vornherein vermieden. Ausgabenreste müssen an die PKV zurückgezahlt werden.

Stellungnahme des VDAB e.V.

**zum Referentenentwurf eines Gesetzes
zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege
(Pflegeunterstützungs- und -Entlastungsgesetz)**

VDAB-Hauptstadtbüro | Reinhardtstraße 19 | 10117 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Referat 421 – Grundsatzfragen der Pflege und der Pflegeversicherung
Rochusstraße 1
53123 Bonn

HAUPTSTADTBÜRO

Reinhardtstraße 19

10117 Berlin

Fon 030 / 20 05 90 79-0

Fax 030 / 20 05 90 79-19

E-Mail berlin@vdab.de

Internet www.vdab.de

Ausschließlich per E-Mail an:

Pflegereformgesetz-Verbaende@bmg.bund.de

Berlin, 06. März 2023

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -Entlastungsgesetz)

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst bedanken wir uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -Entlastungsgesetz).

Der Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB) sieht den Umfang und die inhaltliche Schwerpunktsetzung des Gesetzentwurfs kritisch. Wir hätten erwartet, dass der Gesetzgeber sich mit den zentralen Herausforderungen in der professionellen Pflege auseinandersetzt und zumindest den Einstieg in eine Strukturreform wagt. Auch der Koalitionsvertrag ließ hoffen, dass der Pflege auch in Reformbestrebungen eine wichtige Rolle zukommt. So ist der entsprechende Teil mit „Pflege und Gesundheit“ überschrieben - die Pflege rangierte damit erstmalig vor der Gesundheit. Die Koalitionäre wollten die großen Themen angehen, so sollten u.a.

- die Eigenanteile im stationären begrenzt und planbar gemacht werden
- die Ausbildungskostenumlage aus den Eigenanteilen herausgenommen werden,
- das Pflegegeld ab 2022 regelhaft dynamisiert werden,
- mittels einer Expertenkommission bis 2023 konkrete Vorschläge für eine Strukturreform erarbeitet werden
- die entsprechenden Ausbildungen durch bundeseinheitliche Berufsgesetze für Pflegeassistenten harmonisiert werden.

Von diesen Vorhaben wurde bislang noch keines umgesetzt, bei den meisten sind nicht einmal Vorarbeiten zu erkennen. Auch alle Warnungen des Wissenschaftlichen Beirats des Bundeswirtschaftsministeriums, die in einem aktuellen Gutachten auf die dringende Notwendigkeit einer strukturellen Finanzreform der Sozialen Pflegeversicherung hinweisen: „Noch gibt es die Möglichkeit, auf die zu erwartenden Finanzierungsprobleme zu reagieren.“ bleiben unberücksichtigt.

Stattdessen wird es in dieser Legislaturperiode wohl wieder nur bei einem „Weiter so“ bleiben, denn es ist nicht davon auszugehen, dass vor der nächsten Wahl noch eine weitere Gesetzesinitiative folgen wird. Da sich der vorliegende Gesetzentwurf nur auf das Notwendigste beschränkt, steht damit auch fest, dass sich die prekäre Kostenentwicklung weiter verschärfen wird und die Versorgungslücken trotzdem größer werden.

Zum konkreten Inhalt des Gesetzentwurfes ist vorwegzuschicken, dass er bürokratische Mehrbelastungen für Kassen und Leistungserbringer beinhaltet. Dazu kommt ein Fördervolumen von 100 Millionen Euro für Modellprojekte zur Quartiersentwicklung. Damit wird offensichtlich eine ernsthafte Zukunftsperspektive für die pflegerische Versorgung verknüpft. Diese Einschätzung können wir im Hinblick auf die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung nicht teilen. Vielmehr drohen hier wieder hoch subventionierte Versorgunginseln die nicht als Blaupause für die Regelversorgung geeignet sein werden. Auch das bundesweite Informationsportal sehen wir kritisch, weil es den Einrichtungen zusätzliche Meldepflichten auferlegt und der Informationsmehrwert für den Pflegebedürftigen überschaubar sein wird. Mit dem Portal wird ggf. auch der Eindruck erweckt, es gäbe nicht primär ein Versorgungsproblem, sondern nur ein Informationsproblem.

Ausdrücklich zu begrüßen ist die Zusammenlegung von Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie die erweiternden Regelungen im § 113 c SGB XI zur Berücksichtigung und Qualifizierung von Assistenzkräften im Rahmen des neuen Personalbemessungsverfahrens. Sie werden die Chancen für stationäre Einrichtungen für eine Mehrpersonalisierung zumindest regelungssystematisch deutlich steigern, auch wenn der große Personalmangel am Arbeitsmarkt weiterhin der limitierende Faktor bleiben wird.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 341 Absatz 8 SGB V Anschluss an Telematikinfrastruktur

Der Gesetzgeber hat es bisher nicht geschafft, die Rahmenbedingungen sowie die Refinanzierung für den Anschluss der ambulanten und stationären Einrichtung an die Telematikinfrastruktur sowie an die elektronische Patientenakte zu schaffen. Nun sollen die Pflegeeinrichtungen selbst die Voraussetzungen bis zum 1. Januar 2024 umsetzen. Der VDAB fordert den Gesetzgeber auf, die verbindlichen Strukturen und Vorgaben unverzüglich festzulegen, so dass auch die Pflegeeinrichtungen mit den Vorbereitungen für die Umsetzung beginnen können. Die Umsetzung in der Praxis kann nicht innerhalb weniger Wochen zum Jahresende 2023 erfolgen. Hier braucht es eine angemessene Frist, sofern die Strukturen und Vorgaben des Gesetzgebers feststehen, von mindestens 12 Monaten.

Zu § 7d SGB XI Informationsportal

Mit dem für nach § 71 SGB XI zugelassene Leistungserbringer verpflichtenden Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten will der Gesetzgeber ein weiteres bürokratisches Tool einrichten, welches Pflegebedürftige sowie deren An- und Zugehörige bei der Suche nach freien Leistungsangeboten unterstützen soll. Der VDAB sieht hier eine weitere Meldeverpflichtung für die Pflegeeinrichtungen, welche das Ziel einer gesicherten Versorgung wieder mal verfehlt und somit zur Unzufriedenheit auf allen Seiten führt. Die Pflegeeinrichtungen sind mit einer Flut an Meldeverpflichtungen überzogen, ob tägliche, wöchentliche oder monatliche Meldungen bei Heimaufsichten, Pflege- und Krankenkassen, Gesundheitsämtern, der Berufsgenossenschaft, dem Sozialhilfeträger, der Daten Clearingstelle, den Fonds verwaltenden Stellen für die Ausbildung, Abrechnungszentren, Portalen von Landesregierungen, Bezirksregierungen oder beim Kreis um nur einige zu nennen. Im Schnitt müssen Pflegeeinrichtungen und Dienste bereits für 25 unterschiedliche Verfahren Meldungen vornehmen. Diese reichen von einer Anlassbezogenen Meldung, bis hin zu täglichen Meldungen. Da wundert es nicht, dass es immer weniger Pflegekräfte gibt, die für die Pflegebedürftigen zur Versorgung zur Verfügung stehen. Bei den gestiegenen bürokratischen Anforderungen wurden die Personalschlüssel für Verwaltungstätigkeiten in den Ländern teils 20 Jahre lang nicht angepasst.

Hinzukommt, dass die Versorgungslücke doch bereits Realität ist. Aufgrund der sehr hohen Nachfrage nach Langzeitpflege sind in der Regel in den stationären Pflegeeinrichtungen keine freien Kapazitäten (bzw. Plätze) vorhanden. Zumeist werden dort sogar lange Wartelisten geführt. Sofern also ein nicht belegter Platz gemeldet würde, wäre dieser im Rahmen der internen Prozesse schon wieder vergeben. Für die ambulanten Pflegeeinrichtungen, für die eine wöchentliche Meldung ihrer freien Kapazitäten - Plätze gibt es in der ambulanten Versorgung nicht - vorgesehen ist, wäre lediglich eine Meldung von freien Zeitfenstern möglich. Für den Pflegebedürftigen und seine An- und Zugehörigen suggeriert das Portal eine Auswahl an Versorgungsangeboten, die es doch bereits heute schon nicht mehr gibt.

Der VDAB lehnt das Portal in der geplanten Form entschieden ab.

Sofern der Gesetzgeber an der verpflichtenden Meldung für Leistungserbringer festhält, weisen wir darauf hin, dass eine Beteiligung der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen beim Aufbau des Portals zwingend erforderlich ist, damit das Portal so bürokratiearm wie möglich in der Praxis umgesetzt werden kann. Daneben ist die Meldung für Stationäre Einrichtungen auf einen monatlichen oder maximal wöchentlichen Turnus zu reduzieren. Um die Versorgungssituation vor Ort adäquat abzubilden, sollte die Abfrage dann um mögliche Wartelisten und abgelehnte Anfragen ergänzt werden.

Zu § 8 Absatz 7 SGB XI Digitalisierungsförderung

Der VDAB begrüßt die Verlängerung der einmaligen Digitalisierungsförderung bis zum Jahr 2030. Aufgrund der gestiegenen gesetzlichen Anforderungen im Rahmen der Digitalisierung und der gestiegenen Kosten für die Umsetzung muss der Förderbetrag jedoch mindestens um 10 Prozent angehoben werden.

Zu § 18 ff SGB XI Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die im Entwurf vorgesehene Konkretisierung, dass die Pflegekassen die Aufträge zu Feststellung von Pflegebedürftigkeit innerhalb von 3 Arbeitstagen ab Eingang des Auftrags, statt wie bisher unverzüglich an den MD übermitteln, wird begrüßt. Das Zeitfenster von 3 Arbeitstagen wird jedoch als zu groß angesehen. Im Interesse des Pflegebedürftigen muss die Beauftragung innerhalb von maximal 2 Arbeitstagen erfolgen.

Bisher haben die Pflegekassen den Antragstellern bei Fristüberschreitung einen Betrag in Höhe von 70€ zu zahlen, dieser soll auf 80 € angehoben werden. Damit hat der Antragsteller und ggf. die Einrichtung, die die Versorgung übernehmen soll, immer noch keine Klarheit über einen möglichen Pflegegrad und eine Kostenbeteiligung. Eine Sanktionierung der Fristüberziehung in dieser Höhe ist zu geringfügig und für die Praxis wenig tauglich. Wir schlagen daher statt der Sanktionierung eine vorläufige Eingruppierung in den Pflegegrad 2 vor.

Zu § 30 SGB XI Dynamisierung

Seit 2017 gab es lediglich Leistungsanpassungen durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung vom 11. Juli 2021 (GVWG). Das GVWG sah eine Erhöhung der Pflegesachleistungen und Erhöhung der maximalen monatlichen Leistungssummen für die Kurzzeitpflege zum Jahr 2022 vor. Für die vollstationäre Langzeitpflege wurden neben den unveränderten Leistungshöhen nach § 43 SGB XI zusätzliche Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI beschlossen, deren Höhe von der bisher verbrachten Zeit in der vollstationären Dauerpflege abhängt.

Der nun vorliegende Entwurf sieht zum Jahr 2024 eine Anpassung der Leistungsbeträge sowie eine regelmäßige Dynamisierung vor. Dabei sollen die Leistungen zum Jahr 2025 und 2028 um je 5 Prozent angehoben werden.

Vor dem Hintergrund der massiven Kostenentwicklungen sind die Leistungsanpassungen und die „regelmäßige“ Dynamisierung ein Tropfen auf den heißen Stein. Laut Analysen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) lagen die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile (EEE) Mitte November 2022 um durchschnittlich 21 Prozent über denen des Vorjahres. Seit Einführung des EEE in 2017 hat sich dieser bis 2022 im Bundesdurchschnitt von rd. 575 € auf rd. 1.010 € fast verdoppelt. Die Auswirkungen der Tariftreue-Regelung haben sich hier auch noch nicht niedergeschlagen. Für den ambulanten Bereich und die Tages- und Kurzzeitpflege stellen sich die immensen Kostenentwicklungen identisch da. Für die ambulante Versorgung ist es hingegen noch deutlich verschärft, da es hier z.B. keine Unterstützung mit Blick auf die Energiepreisentwicklung gab, so dass sich diese Kosten direkt beim Pflegebedürftigen wiederfinden.

Es braucht daher zwingend eine adäquate Anpassung und eine zukunftsfähige Dynamisierung der Leistungsbeträge oder einen ehrlichen Diskurs darüber, welche Leistungen noch finanziert werden können.

Zu § 36 Absatz 3 SGB XI Pflegesachleistungen

Die Erhöhung der ambulanten Pflegesachleistungen um ca. 5 Prozent reicht bei weitem nicht aus, um die gestiegenen Personal- und Sachkosten adäquat auszugleichen. Pflegebedürftige können aufgrund der gestiegenen Kosten erneut weniger Leistungen in Anspruch nehmen. Der VDAB fordert eine Erhöhung der Pflegesachleistungen um mindestens 10 Prozent.

Zu § 42a SGB XI Jahresbeitrag für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege

Der VDAB begrüßt die Einführung eines gemeinsamen Jahresbeitrages für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege. Unverständlich ist allerdings, warum der Jahresbetrag insgesamt nicht erhöht wird, da auch hier die Personal- und Sachkosten in den vergangenen Jahren stark gestiegen sind und bei gleichbleibendem Betrag weniger Leistungen von den Pflegebedürftigen abgerufen werden können. Aus bürokratischen Gründen lehnen wir jedoch die mit dem Jahresbeitrag verbundenen Mitteilungspflichten ab.

Der VDAB fordert eine Erhöhung des Gesamtbetrages um mindestens 10 Prozent zum 1. Januar 2024.

Zu § 55 SGB XI Beitragssatz

Mit den vorliegenden Änderungen zur ausdifferenzierten Beitragszahlung wird dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts zwar Rechnung getragen, doch führt die damit verbundene Anhebung des Beitragssatzes zu einem Anstieg der Sozialbeiträge auf über 41 Prozent. Arbeitnehmer ohne Kinder und ihre Arbeitgeber hätten gemeinsam ab dem 1.7.2023 einen Beitragssatz zur Sozialen Pflegeversicherung von 4,0 Prozent zu zahlen (heute 3,4 Prozent). Der Gesamtbeitragssatz zur Sozialversicherung läge in diesem Fall schon bei 41,4 Prozent. Bei Arbeitnehmern mit einem Kind würde der Beitragssatz in der Pflege von 3,05 auf 3,4 Prozent steigen (Beitragssatz Sozialversicherung insgesamt: 40,8 Prozent.).

Die vom Entwurf vorgesehene gestaffelte Beitragsdifferenzierung führt bei Selbstständigen erst ab 4 Kindern zu einer Entlastung gegenüber heute (2,95 statt 3,05 Prozent), Arbeitnehmer profitieren dank des Arbeitgeberanteils von 1,70 Prozent ab 3 Kindern von einer Beitragssatzreduzierung (1,40 statt heute 1,525 Prozent Arbeitnehmeranteil). Arbeitnehmer mit 2 Kindern und ihre Arbeitgeber hätten einen erhöhten Beitragssatz zu zahlen (3,25 statt 3,05 Prozent). Größere Spielräume für eine familienfreundliche Beitragsdifferenzierung hat das infolge der Leistungsausweitungen der vergangenen Legislaturperioden bestehende Milliardendefizit der SPV nicht erlaubt.

Mit der geplanten Anhebung der Beitragssätze würden sich die Sozialbeiträge insgesamt noch weiter von dem wirtschaftspolitischen Stabilitätsziel der Begrenzung auf 40 Prozent entfernen – und das in Zeiten, in denen Arbeitnehmer und Unternehmen bereits durch die Inflation und hohe Kosten durch die Energiekrise belastet sind. Damit wird an maroden Strukturen festgehalten.

Mit dem erhöhten Beitragssatz wird die umlagefinanzierte Soziale Pflegeversicherung die neuen Leistungsausweitungen, insbesondere die geplanten Leistungsdynamisierungen, den Anstieg der Beträge für ambulante Sachleistungen und die erhöhten Zuschläge zu den Eigenanteilen bei stationärer Pflege, allenfalls zum Startzeitpunkt bezahlen können – falls nicht auch diese Pflegereform wie die jüngsten Reformen von Anfang an unterfinanziert ist. Zweifel am Zahlenwerk drängen sich nämlich auf, etwa

wenn das zum Teil um ein bis zwei Jahre zeitversetzte Inkrafttreten von Leistungsausweitungen als Einsparung für die SPV gewertet wird. Oder wenn der Beitragssatz zukünftig auch per Verordnungsermächtigung kurzfristig ohne Befassung des Deutschen Bundestages erhöht werden kann.

Was der Referentenentwurf nicht berücksichtigt, ist in jedem Fall, dass schon in den Folgejahren die neuen Leistungen demografiebedingt von immer mehr Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden. Damit wird sich die Spirale steigender Beitragssätze, ohne die zwingende Strukturreform, fortsetzen. De facto erhöht eine solche Reform die Verschuldung zu Lasten der jungen Generationen, die dafür mit weiter steigenden Beitragssätzen werden aufkommen müssen.

Sehr kritisch betrachten wir auch die Absicht den Beitragssatz unter Umständen per Rechtsverordnung ohne parlamentarisches Verfahren anpassen zu können. Damit stellt sich das Ministerium einen Freifahrtschein für Beitragssatzerhöhungen aus, ohne notwendige Strukturreformen angehen zu müssen. Daher fordern wir die **Streichung von § 55 Abs.1 Satz 1 und 2.**

Zu § 113 SGB X Elektronische Pflegedokumentation

In den Pflegeeinrichtungen ist die Umsetzung der elektronischen Pflegedokumentation bereits flächendeckend abgeschlossen. Insbesondere im ambulanten Bereich blockieren die Kostenträger jedoch nach wie vor die komplett elektronische Leistungsabrechnung. Auch hierfür müssen dringend gesetzliche Vorgaben für die Kostenträger festgelegt werden.

Zu § 113a SGB XI Expertenstandard

Der VDAB begrüßt die Aufhebung der verbindlichen Einführung der Expertenstandards in die Praxis. Träger von Pflegeeinrichtungen müssen eigenständig entscheiden können, welche pflegewissenschaftlichen Publikationen sie ihrem internen Qualitätsmanagement zugrunde legen.

Zu § 113c SGB XI Personalbemessung

Änderungen zum Absatz 3:

Wir begrüßen ausdrücklich die ergänzenden Regelungen in **Satz 1 Nummer 2 lit. a) und b)**. Die Regelungen werden den Einstieg in notwendigen Aufwuchs von Assistenzkräften erleichtern, wenngleich es natürlich bei den Herausforderungen wegen des Personalmangels auf dem Arbeitsmarkt bleibt. Gleichzeitig unterstreicht der Gesetzgeber mit den Neuregelungen richtigerweise nochmals die Notwendigkeit landesrechtlicher Regelungen zur Assistenzausbildung.

Grundsätzlich begrüßen wir auch die Regelung im neuen **Satz 4**. Es ist angesichts der unterschiedlichen Historien zur Hilfskraftausbildung in den Bundesländern eine pragmatische und gute Lösung, Wartezeiten mit Ausbildungszeiten gleichzustellen.

In diesem Zusammenhang möchten wir allerdings darauf hinweisen, dass es in einigen Bundesländern gar keine Regelungen zur einjährigen Assistenzkraftausbildung gibt und deshalb dort ggf. kein Einstieg in das neue Personalbemessungssystem stattfinden kann. Hier bitten wir zu prüfen, ob für diese Bundesländer eine Übergangsregelung bis zu einer landesrechtlichen Regelung gefunden werden kann.

Im Hinblick auf den zu führenden Nachweis des schnellstmöglichen Beginns der Ausbildung regen wir an, zumindest in der Gesetzesbegründung weiterführende Hinweise zu Art und Inhalt solcher Nachweise zu geben. Reicht beispielsweise die Absichtserklärung von Mitarbeitenden oder braucht es entsprechende Anmeldeunterlagen, die im Hinblick auf die Frist bis 30.06.2028 bei Bestandsmitarbeitenden nicht immer verfügbar sein wird?

Die ergänzenden Regelungen in **Absatz 5 Satz 1 Nummer 3** halten wir dagegen teilweise für problematisch. Während der Satz 1 in seiner grundsätzlichen Aussage zu begrüßen ist, führt der Satz 2 ggf. zu finanziellen Nachteilen für Einrichtungen. Denn hier sollen im Bereich des SGB XI verbindliche Aussagen zu tariflichen Einstufungsfragen getroffen werden. Allerdings entfaltet diese Regelung nur rechtliche Bindungswirkung im Hinblick auf die Refinanzierung, mithin also in der Rechtsbeziehung zwischen Einrichtungsträger und Kostenträger. In die arbeitsvertragliche Beziehung zwischen Einrichtungsträger und Mitarbeitenden greift die Regelung dagegen nicht ein, sodass ggf. eine qualifikationsgetreue Einstufung beim Einrichtungsträger erfolgt ist, er aber nur die Lohnkosten auf Basis einer einsetzunggetreuen Einstufung refinanziert bekommt und auf den Mehrkosten sitzen bleibt. Deshalb schlagen wir vor, den Satz 2 zu streichen und den Umfang der Refinanzierung den Partnern der Vergütungsvereinbarung zu überlassen.

Der neue **Absatz 8** wirft für uns grundsätzliche Fragen zur weiteren Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens auf. Bei Einführung des § 113c SGB XI und bei der inhaltlichen Entwicklungsarbeit war immer Grundlage, dass es ein bundesweit einheitliches System der Personalbemessung geben soll und keinen bundesweiten Personalschlüssel. Aus diesem Grund hat der Gesetzgeber auch auf Basis der gemeinsamen Empfehlungen auf Bundesebene in individuelle Umsetzung in den jeweiligen Landes-Rahmenverträgen vorgesehen. Wenn nun in Zukunft das Bundesgesundheitsministerium „Zielwerte für eine bundeseinheitliche, mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung“ festlegt, dann kommt das einem bundesweiten Mindest-Personalschlüssel gleich. Das konterkariert die anstehenden Verhandlungen zu neuen Rahmenverträgen auf Landesebene und wird den landes- und einrichtungsspezifischen Gegebenheiten nicht gerecht. Es droht wieder ein starres bürokratisches System, das Einrichtungen ggf. unverschuldet ins Unrecht setzt. Der Personalmangel ist eklatant und wird sich weiter verschärfen. Daran ändern immer höhere Anforderungen nichts, sondern verschärfen die Lage zusätzlich. Einrichtungen (und dabei insbesondere kleine), die die Mindestanforderungen nicht erfüllen droht das Aus. Wem soll damit geholfen sein? Wir sehen auch in der Anhörung der Verbände wenig Sinn, können doch kaum allgemein gültige Aussagen darüber getroffen werden, welche personelle Ausstattung überall (!) zu erreichen wären. Gleiches gilt übrigens für den vorgesehenen Bericht des GKV-Spitzenverbandes. Hier kann sich der Gesetzgeber inhaltlich nicht einmal entscheiden, ob er einen Bericht oder eine Prognose erwartet, wenn er formuliert: „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit alle zwei Jahre, (...) ob vollstationäre Pflegeeinrichtungen (...) die Zielwerte einhalten können (...) und welche Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung zu erwarten wären“.

Insgesamt können wir nur dringend dazu raten, den Absatz 8 ganz zu streichen.

Zu § 113b Absatz 6 SGB XI Zusätzliche Referentenstelle zur Unterstützung der 118 SGB XI-Verbände

Die Regelungen zur Schaffung einer neuen Stelle zur Unterstützung der Verbände nach §118 SGB XI befremdet in vielerlei Hinsicht und sollte unbedingt unterbleiben. Der Qualitätsausschuss ist schon durch seine gesetzlichen Grundlagen eine neutrale Institution, was sich auch in der Organisation der Geschäftsstelle und des Vereins niederschlägt. Deshalb erschließt sich schon nicht, warum es einer besonderen Unterstützung der Verbände nach § 118 SGB XI bedürfen sollte, um deren Interessen zu wahren. Es ist auch schon im Grundsatz nicht hinnehmbar, dass Mittel der Pflegeversicherung zur Unterstützung der Lobbyarbeit einzelner Verbände aufgewendet werden sollen. Dazu kommen natürlich auch Erwägungen der Gleichbehandlung aller im Qualitätsausschuss vertretenen Organisationen.

Auch die praktische Umsetzung ist schier unzumutbar. Es soll im Belieben der Verbände nach § 118 SGB XI stehen, mit wem sie die Stelle besetzen und wo der Dienstsitz sein soll. Gleichzeitig wird allerdings der Verein Arbeitgeber sein und damit auch die Weisungsbefugnis und Disziplinarrecht haben. Eine völlig abstruse Situation unter der vor allem der geschäftsführende Vorstand zu leiden haben wird. Letztlich ist die Regelung auch ein Schlag ins Gesicht der Mitarbeitenden in der Geschäftsstelle. Wird ihnen doch damit konkludent unterstellt, sie würden nicht alle Institution gleichermaßen einbinden.

Wir raten deshalb dringend, die Regelung zu streichen.

Zu § 123 SGB XI Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier

Grundsätzlich sind Modellvorhaben eine lobenswerte Initiative, wenn daraus übertragbare Projekte für die gesamte Branche entstehen. Die vergangenen Jahre und Modellprojekte insbesondere zur Quartiersentwicklung haben jedoch eindrucksvoll gezeigt, dass es sich in vielen Fällen nur um einzelne Leuchttürme handelt, die keine flächendeckende Anwendung finden.

Mit Blick auf die bestehenden Versorgungsstrukturen, sollten die hierfür bereit gestellten Mittel für eine Strukturreform genutzt werden und nicht für einzelne Modellvorhaben. In Bezug auf die Finanzierung der Projekte, verwundert es, dass Mittel aus dem Ausgleichsfonds zur Verfügung gestellt werden. Insbesondere da mit dem Pflegevorsorgefonds künftige Beitragssteigerungen abgedeckt werden sollten.

Wir sehen die geplanten Modellvorhaben kritisch.

Wir hoffen, dass unsere Anmerkungen Eingang in die Überarbeitung des Entwurfes finden und stehen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

VDAB e.V.

Bundesgeschäftsführung

MEHR FORTSCHRITT WAGEN – AUCH IN DER PFLEGE

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands
(vzbv) zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Unterstüt-
zung und Entlastung in der Pflege (PUEG)

6. März 2023

Impressum

Verbraucherzentrale

Bundesverband e.V.

Team

Gesundheit und Pflege

Rudi-Dutschke-Straße 17

10969 Berlin

gesundheit@vzbv.de

INHALT

I. ZUSAMMENFASSUNG	3
II. EINLEITUNG	4
III. POSITIONEN IM EINZELNEN	5
1. Erhöhung des Pflegegeldes und Anhebung der ambulanten Pflegesachleistungen	5
2. Dynamisierung der Leistungsbeträge für 2025 und 2028	5
3. Anhebung der Leistungszuschläge zur Reduzierung der Eigenanteile zur vollstationären Pflege	6
4. Maßnahmen zur Stabilisierung der Finanzsituation in der Sozialen Pflegeversicherung, einschließlich Verordnungsermächtigung	7
5. Einführung eines Informationsportals zu Pflege- und Betreuungsangeboten	8
6. Gemeinsamer Jahresbetrag für die Kurzzeit- und Verhinderungspflege	9
7. Ausweitung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld	10
8. Auskunftsanspruch gemäß § 108 Absatz 1 Satz 1 SGB XI	10
9. Stärkung der Betroffenenvertretung im Qualitätsausschuss Pflege	11
10. Schaffung eines neuen Kompetenzzentrums für die Digitalisierung in der Pflege.	13

I. ZUSAMMENFASSUNG

Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) begrüßt, dass mit dem vorliegenden Referentenentwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (PUEG) erste Maßnahmen unternommen werden, um die politischen Versprechungen aus dem Koalitionsvertrag einzulösen. Trotz eines Bündels an begrüßenswerten Leistungsverbesserungen ist der Entwurf nicht geeignet, die Rahmenbedingungen für eine nachhaltige, stabile Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung (SPV) zu schaffen. Eine spürbare Entlastung pflegebedürftiger Verbraucher:innen und ihrer pflegenden An- und Zugehörigen findet nicht statt. Aus Sicht des vzbv muss die Bundesregierung wie folgt nachbessern:

- Häusliche Pflege substanziell stärken und Pflegegeld und Pflegesachleistungsbeitrag endlich angemessen erhöhen.
- Eigenanteile in der stationären Pflege angemessen und nachhaltig begrenzen, um eine fortgesetzte „Vermögensabschöpfung“ zu verhindern.
- Leistungsdschungel in der Pflegeversicherung auflösen, Auskunftsrechte für Betroffene stärken und Leistungsanspruchnahme flexibel und unbürokratisch gestalten.
- Steuergelder zur nachhaltigen Stabilisierung der sozialen Pflegeversicherung einsetzen und auf Beitragssatzerhöhungen ohne parlamentarische Kontrolle verzichten.
- Mitwirkungsrechte für die Betroffenenvertretung im Qualitätsausschuss Pflege weiterentwickeln.
- Betroffenenvertretung bei der Entwicklung der neuen Informationsangebote und Kompetenzstelle einbinden.
- Offene Reformvorhaben aus dem Koalitionsvertrag zügig umsetzen. Dazu gehört die Weiterentwicklung von Pflegezeit und Familienpflegezeit einschließlich der finanziellen Entschädigung für pflegebedingte Auszeiten. Dringend erforderlich ist zudem die Verankerung der sogenannten 24-Stunden-Betreuung im Sozialgesetzbuch mit Definition dieser Leistungsform, qualitativen Mindeststandards und einer Refinanzierung durch den Sozialversicherungsträger.

II. EINLEITUNG

Die Soziale Pflegeversicherung und die pflegerische Versorgung in Deutschland sind seit Jahren eine Dauerbaustelle, weil Reformen immer wieder aufgeschoben wurden. Auch das 2021 vom Bundestag beschlossene Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG)¹ hat nur zu punktuellen und sehr begrenzten Verbesserungen für pflegebedürftige Verbraucher:innen geführt. Die Leistungszuschläge in der vollstationären Pflege etwa sind aufgrund von Preis- und Lohnentwicklung in ihrer Wirkung bereits wieder „verpufft“.

Neben den nahezu ungebremsst weiter steigenden Gesamteigenanteilen in der vollstationären Pflege nehmen – bedingt durch Inflation und Nachwirkungen der Corona-Pandemie – die Versorgungsstrukturen im häuslichen Bereich zunehmend kritische Ausmaße an. Den Beratungsstellen der Verbraucherzentralen berichten Betroffene, dass sie notwendige Leistungen nicht mehr finanzieren können und eine Unterversorgung bewusst in Kauf nehmen müssen.

Angesichts von notwendigen Leistungsverbesserungen und der Alterung der Bevölkerung ist es nicht möglich, den Finanzierungsdruck alleine den Beitragszahlenden aufzubürden. Dies gilt umso mehr, als dass versicherungsfremde Leistungen und pandemiebedingte Zusatzkosten in erheblichem Umfang nach wie vor beitragsfinanziert werden. Benötigt wird dafür ein deutlich höherer Steuerzuschuss. Das aktuelle Defizit² von rund 2,5 Milliarden Euro sowie zukünftige Defizite in den Pflegekassen können weder mit Rücklagen noch allein aus Beitragszahlungen finanziert werden.

Zusätzlich brauchen die Pflegebedürftigen endlich eine verbindliche, gesetzlich festgeschriebene, jährliche Dynamisierungsregel für die Leistungssätze zur Pflege. Diese sollte sich an der Lohn- und Preisentwicklung orientieren.

Der vzbv bedankt sich für die Gelegenheit, zum Referentenentwurf Stellung nehmen zu können. Das Bundesministerium für Gesundheit hat am 27. Februar die Einladung zur Verbändeanhörung für den 9. März 2023 verschickt und hat als Frist zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme den 6. März, 12:00 Uhr, angesetzt. Diese Frist steht in keinem Verhältnis zum Umfang des Referentenentwurfs und wird der Bedeutung des Themas nicht gerecht. Der vzbv muss sich daher leider auf ausgewählte Sachverhalte beschränken. Das bedeutet aber nicht, dass hier nicht angesprochene Sachverhalte nicht als kritisch eingestuft werden könnten.

¹ https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl121s2754.pdf, 01.03.2023

² erwarteten Defizits von 2,5 Milliarden Euro in der Sozialen Pflegeversicherung in 2023 Auch soziale Pflegeversicherung verzeichnet Milliardendefizit, <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Auch-soziale-Pflegeversicherung-verzeichnet-Milliardendefizit-427129.html>. 02.03.2023

III. POSITIONEN IM EINZELNEN

1. Erhöhung des Pflegegeldes und Anhebung der ambulanten Pflegesachleistungen

Zur Stärkung der häuslichen Pflege sieht der Referentenentwurf eine Erhöhung des Pflegegeldes und der ambulanten Pflegesachleistungsbeträge um fünf Prozent zum 1. Januar 2024 vor.

Der vzbv begrüßt, dass mit der Anhebung des Pflegegeldes nun endlich die Empfehlung aus dem Prüfbericht der Bundesregierung vom 9. Dezember 2020 umgesetzt werden soll. Diese Erhöhung kommt allerdings zu spät und ist angesichts der hohen Inflationsrate in ihrer Höhe nicht mehr angemessen.

Pflegegeld hat vor allem das Ziel, die Pflegebereitschaft von Angehörigen, Freunden oder Nachbarn zu erhöhen. Zudem soll sie nach Weiterleitung an die pflegenden An- oder Zugehörigen diesen eine materielle Anerkennung für ihren großen Einsatz und Opferbereitschaft bieten³. Trotz dieser immensen Bedeutung für die Sicherstellung der Pflege im häuslichen Bereich wurde das Pflegegeld seit 2017 nicht mehr an die Lebensverhältnisse angepasst. Das ist für die Betroffenen wie für die Expert:innen nicht mehr nachvollziehbar. Denn die oben genannte Empfehlung aus dem Prüfbericht liegt bereits drei Jahre zurück. Auch die im Koalitionsvertrag⁴ von 2021 angekündigte regelhafte Dynamisierung des Pflegegeldes bereits ab 2022 ist unterblieben.

Die genannten Versäumnisse sind geeignet, Zweifel an der politischen Wertschätzung für die Arbeit der vielen pflegenden An- und Zugehörigen aufkommen zu lassen. Und sie gefährden das auch im Referentenentwurf genannte Ziel des Gesetzgebers, die informelle Pflege sicherzustellen.

Der vzbv fordert, das Pflegegeld um mindestens zehn Prozent rückwirkend zum 1. Januar 2023 anzuheben.

Auch für die ambulanten Pflegesachleistungen wäre eine Erhöhung um zehn Prozent rückwirkend zum 1. Januar 2023 angemessen.

2. Dynamisierung der Leistungsbeträge für 2025 und 2028

Neben der oben genannten Erhöhung des Pflegegeldes und der ambulanten Pflegesachleistungen sieht der Entwurf in § 30 SGB XI sowohl zum 1. Januar 2025 also auch zum 1. Januar 2028 eine automatische Anhebung aller Geld- und Sachleistungen orientiert an der Preisentwicklung vor. Für die langfristige Leistungsdynamisierung wird die Bundesregierung laut Referentenentwurf noch in dieser Legislaturperiode Vorschläge erarbeiten.

Der vzbv begrüßt, dass sowohl im Jahr 2025 als auch im Jahr 2028 neben dem Pflegegeld und den ambulanten Pflegesachleistungen auch alle übrigen Leistungssätze in der sozialen Pflegeversicherung die längst überfällige Dynamisierung erhalten sollen. Allerdings ist eine so späte Erhöhung vor dem Hintergrund der derzeitigen Inflationsrate mehr als problematisch. Problematisch ist zudem, dass bei der Neugestaltung des § 30

³ So auch: BGH, Urteil vom 20.10.2022 – Az: IX ZB 12/22, S. 6

⁴⁴ Mehr Fortschritt wagen, Koalitionsvertrag 2021 – 2025, S. 80, <https://www.bundesregierung.de/re-source/blob/974430/1990812/1f422c60505b6a88f8f3b3b5b8720bd4/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>, 03.03.2023

SGB XI der aktuelle Prüfauftrag der Bundesregierung entfallen soll, nach dem die Bundesregierung alle drei Jahre die Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung prüft. Auch die aktuelle Verordnungsermächtigung nach Absatz 2, die beinhaltet, dass die Bundesregierung nach Vorlage des oben genannten Prüfberichts unter Berücksichtigung etwaiger Stellungnahmen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zum 1. Januar des Folgejahres die Höhe der Leistungssätze anpassen darf, soll entfallen.

Der vzbv fordert schnellstmöglich eine regelhafte, jährliche Dynamisierung aller Leistungssätze in der sozialen Pflegeversicherung, orientiert an der Lohn- und Preisentwicklung. Solange diese regelhafte Dynamisierung gesetzlich nicht festgeschrieben wurde, muss zumindest der aktuelle Prüfauftrag der Bundesregierung nach Absatz 1 und die entsprechende Verordnungsermächtigung nach Absatz 2 beibehalten werden.

3. Anhebung der Leistungszuschläge zur Reduzierung der Eigenanteile zur vollstationären Pflege

Zur Reduzierung der Eigenanteile sieht der Entwurf in § 43c eine Anpassung der Leistungszuschläge zwischen fünf und zehn Prozent vor.

Der vzbv begrüßt, dass mit den beabsichtigten Anhebungen weitere Bemühungen unternommen werden, den Eigenanteil in der vollstationären Pflege zu begrenzen. Allerdings wird eine isolierte Anhebung der Leistungszuschläge zur Reduzierung des pflegebedingten Anteils den weiteren Anstieg des Gesamteigenanteils in der stationären Pflege nicht hinreichend abfedern.

Derzeit liegen die Gesamteigenanteile in der stationären Pflege bei bundesweit durchschnittlich über 2.400 Euro im ersten Jahr der Heimzugehörigkeit.⁵ Angesichts einer Durchschnittsrente von ca. 1.600 Euro ist das für die Pflegebedürftigen viel zu hoch. Die nach § 43 c seit 2022 neu von den Pflegekassen gezahlten Leistungszuschläge haben nachweislich zu keiner nachhaltigen Entlastung beigetragen.⁶ Die stationär Pflegebedürftigen müssen wegen der Kostensteigerungen bedingt durch die Preisentwicklung und die zurecht eingeführte Tarifbindung in der Altenpflege bereits wieder höhere Eigenanteile tragen als Ende des Jahres 2021, als es noch keine Leistungszuschläge gab. Die Verbraucherzentralen melden auf Basis der Anfragen und Beschwerden der Betroffenen Steigerungen von monatlich mehreren hundert Euro bis hin in den vierstelligen Bereich. Eine kürzlich veröffentlichte Studie im Auftrag der DAK-Gesundheit kommt zu dem Ergebnis, dass der Anteil der Pflegeheimbewohner:innen, die Sozialhilfe in Anspruch nehmen müssen, im Laufe des Jahres wieder auf ein Drittel anwachsen und bis 2026 bei gleichbleibenden Bedingungen voraussichtlich 36 Prozent betragen wird.⁷

⁵ Verband der Ersatzkassen (vdek), Daten zum Gesundheitswesen: Soziale Pflegeversicherung, Finanzielle Belastung (Eigenanteil) einer/eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege nach Bundesländern, 1. Januar 2023, https://www.vdek.com/presse/daten/f_pflegeversicherung.html, 01.03.2023.

⁶ Barmer Pflegereport 2022, stationäre Versorgung und COVID-19, Band 38, S. 8f., <https://www.barmer.de/resource/blob/1142760/9ec71d5ae2f750239f74532a33d14490/barmer-pflegereport-2022-bifg-data.pdf>, 01.03.2024.

⁷ DAK Gesundheit, DAK-Studie zeigt Reformbedarf in der Pflege, https://www.dak.de/dak/bundesthemen/dak-studie-zeigt-reformbedarf-in-der-pflege-2609246.html#, 02.03.2023

Notwendig ist demzufolge eine Gesamtbetrachtung aller Kostenpositionen. Neben dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil abzüglich der oben genannten Zuschüsse gehören auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und die weiterhin steigenden Investitionskosten von im Bundesdurchschnitt derzeit 472 Euro (Stand: Januar 2023) dazu.⁸ Ein weiterer Kostentreiber ist die Ausbildungsumlage, die sich mancherorts auf über 300 Euro monatlich⁹ belaufen kann.

Es ist dringend erforderlich, die derzeit stattfindende, regelrechte „Vermögensabschöpfung“ stationär Gepflegter zu beenden und den weiteren Anstieg der Sozialhilfe-Empfänger:innen zu begrenzen. Der vzbv fordert schnellstmöglich ein Gesamtpaket zur Reduzierung des Gesamteigenanteils. Dazu müssen, neben der beabsichtigten Anhebung der Leistungszuschläge, folgende Maßnahmen gehören:

- Rückwirkende (ab Januar 2023) Anhebung der Leistungssätze nach § 43 für die vollstationäre Pflege um zehn Prozent.
- Abschaffung der Ausbildungsumlage für Pflegebedürftige: Hier bietet sich etwa eine Mischfinanzierung aus Steuermitteln des Bundes und der Länder an. Damit würde der Tatsache Rechnung getragen werden, dass die Pflegeausbildung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist.
- Vollständige Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen durch die gesetzlichen Krankenkassen (GKV): Bei Leistungen der medizinischen Behandlungspflege handelt es sich um eine originäre Aufgabe der Krankenversicherung. Die Ansiedelung der Ausgaben für medizinische Behandlungspflege in der GKV würde zu einer weiteren Entlastung der Heimbewohner:innen führen und eine Beitragssatzreduktion von etwa 0,2 Beitragssatzpunkten in der SPV ermöglichen.¹⁰
- Übernahme der Investitionskosten durch die Bundesländer: Die Länder müssen mit Blick auf die Soll-Regelung in § 9 SGB XI die Verantwortung übernehmen und für die Investitionskosten aufkommen, anstatt sie den Heimbewohnern aufzubürden.

4. Maßnahmen zur Stabilisierung der Finanzsituation in der Sozialen Pflegeversicherung, einschließlich Verordnungsermächtigung

Der Gesetzesentwurf sieht eine Anhebung des Beitragssatzes zum 1. Juli 2023 um 0,35 Prozentpunkte vor. Weiterhin soll für die Fälle eines kurzfristigen Liquiditätsbedarfs zusätzlich eine Rechtsverordnungsermächtigung für die Bundesregierung zur Anpassung des Beitragssatzes nach § 55 Absatz 1 Satz 2 geschaffen werden.

Eine moderate Anhebung des Beitragssatzes scheint vor dem Hintergrund der mehr als angespannten finanziellen Lage in der SPV unumgänglich. Unverständlich bleibt, wa-

⁸ Verband der Ersatzkassen (vdek), Daten zum Gesundheitswesen: Soziale Pflegeversicherung, Finanzielle Belastung (Eigenanteil) einer/eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege nach Bundesländern, 1. Januar 2023, https://www.vdek.com/presse/daten/f_pflegeversicherung.html, 01.03.2023.

⁹⁹ Erhebungen der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen, 2023

¹⁰ Bündnis für Gute Pflege, Forderungen zur Bundestagswahl 2021, http://buendnis-fuer-gute-pflege.de/fileadmin/user_upload/inhalt/Downloads/Presse/21_09_17_BfGP-Forderungen_zur_Pflege_fin.pdf, 02.03.2023

rum zur weiteren Stabilisierung der dringend benötigte Bundeszuschuss aus Steuermitteln unterbleibt. Schließlich sieht der Koalitionsvertrag¹¹ vor, dass sowohl die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige als auch die pandemiebedingten Zusatzkosten aus Steuermitteln finanziert werden sollen. Es ist nicht hinnehmbar, dass sämtliche reformbedingte Mehrausgaben und die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen weiterhin allein von den Beitragszahlenden gestemmt werden sollen.

Eine Rechtsverordnungsermächtigung für die Bundesregierung für zukünftige Anhebungen des Beitragssatzes ohne Kontrolle durch das parlamentarische Gesetzgebungsverfahren wertet der vzbv als hochproblematisch. Dies schafft einen nicht hinnehmbaren Freibrief, zukünftige Liquiditätsprobleme der SPV allein auf die Beitragszahler abzuwälzen.

Der vzbv fordert, dass zur weiteren Stabilisierung der finanziellen Situation der SPV sämtliche gesamtgesellschaftlichen Aufgaben aus Bundesmitteln refinanziert werden. Dazu gehören im ersten Schritt die Übernahme der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige und Tragung der pandemiebedingten Zusatzkosten. Die genannte Rechtsverordnungsermächtigung ist ersatzlos zu streichen.

5. Einführung eines Informationsportals zu Pflege- und Betreuungsangeboten

In einem neuen § 7d soll zukünftig ein von den Pflegekassen betriebenes Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten geschaffen werden.

Der vzbv begrüßt diese Neuregelung. Mit dem „Heimfinder“¹² wurde bereits im Bundesland Nordrhein-Westfalen ein Internetportal geschaffen, welches bei der Suche nach einem passenden Pflegeplatz behilflich ist, indem im Portal tagesaktuell freie Plätze in Kurzzeit- und Pflegeeinrichtungen gelistet werden. Angegliedert ist der Heimfinder an das Portal „Pflegetwegweiser“, einer Datenbank für Senioren- und Pflegeberatung in Nordrhein-Westfalen, welches von der Verbraucherzentrale NRW e.V. getragen und vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, der Landesverbände der Pflegekassen in NRW sowie dem Verband der Privaten Krankversicherung e.V. gefördert wird. Dieses Portal kann als gute Orientierung bei der Konzipierung des beabsichtigten Portals dienen.

Dennoch gibt der vzbv zu bedenken, dass mehr Transparenz bei der Suche nach Angeboten den vielerorts bestehenden Mangel an Pflege, Betreuungs- und Entlastungsangeboten nicht lösen wird. Hier müssen – wie im Koalitionsvertrag¹³ angekündigt - dringend Maßnahmen unternommen werden, um den Ausbau an Angeboten voranzutreiben.

Damit das Portal im Sinne der pflegebedürftigen Verbraucher:innen barrierefrei, niedrighschwellig und nutzerfreundlich gestaltet werden kann, regt der vzbv an, dass die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Inte-

¹¹ Mehr Fortschritt wagen, Koalitionsvertrag 2021 – 2025, S. 80, <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/1f422c60505b6a88f8f3b3b5b8720bd4/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>, 03.03.2023

¹² Heimfinder Nordrhein-Westfalen, <https://heimfinder.nrw.de/>, 01.03.2023

¹³ Mehr Fortschritt wagen, Koalitionsvertrag 2021 – 2025, S. 81, <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/1f422c60505b6a88f8f3b3b5b8720bd4/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>, 03.03.2023

ressen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen an der Erstellung und Änderung des genannten Informationsportals mitwirken. Hierzu sollte ihnen unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist zumindest vor der Errichtung des Portals Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden, wobei die Stellungnahme in die Entscheidung über die technische und inhaltliche Ausgestaltung des Portals mit einzubeziehen ist.

Mangels Sanktionsmöglichkeiten ist zudem von den Pflegekassen sicherzustellen, dass die Pflegeeinrichtungen kontinuierlich ihrer Verpflichtung nach § 7d Absatz 4 nachkommen, damit das Portal einen tatsächlichen Mehrwert im Alltag der pflegebedürftigen Verbraucher:innen und ihren Angehörigen entfaltet und kein „zahnloser Tiger“ im Gesetz bleibt.

6. Gemeinsamer Jahresbetrag für die Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Der Entwurf sieht Änderungen bei der zukünftigen Ausgestaltung der Verhinderungspflege nach § 39 sowie die Einführung eines neuen Jahresbetrags für die Kurzzeit- und Verhinderungspflege vor.

Der vzbv begrüßt, dass die sechsmonatige Sperrfrist zur Inanspruchnahme der Leistungen zur Verhinderungspflege zukünftig wegfällt und die Inanspruchnahme von vormals sechs Wochen auf acht Wochen verlängert wird.

Auch die Zusammenlegung beider Budgets zu einem Jahresbetrag nach § 42a befürwortet der vzbv. In der Vergangenheit konnte der nicht genutzte Betrag für die Verhinderungspflege zwar in voller Höhe auf die Kurzzeitpflege übertragen werden, aber andersherum konnte man die Verhinderungspflege nicht mit 100 Prozent Kurzzeitpflege aufstocken. Das war nur bis zum Betrag von 806 Euro möglich. Der neue gemeinsame Jahresbetrag schafft somit mehr Flexibilität für pflegebedürftige Verbraucher:innen und ihre pflegenden An- und Zugehörigen.

Trotz dieser positiven Anpassungen bedauert der vzbv, dass die vorgeschlagenen Änderungen nicht das Versprechen aus dem Koalitionsvertrag¹⁴ umsetzen, Leistungen wie die Kurzzeit- und Verhinderungspflege in einem unbürokratischen, transparenten und flexiblen Entlastungsbudget mit Nachweispflicht zusammenzufassen. In diesem Zusammenhang weist der vzbv ausdrücklich auf die Empfehlungen aus dem Jahre 2020 des damaligen Pflegebevollmächtigten Dr. h.c. Andreas Westerfellhaus zur Einführung eines Pflege- und eines Entlastungsbudgets hin.¹⁵ Ziel war und ist es, mit der Zusammenlegung aller Pflegeleistungen in zwei Budgets dem „Leistungsdschungel in der Pflege“ entgegenzuwirken und dem Pflegebedürftigen mehr Flexibilität bei der Inanspruchnahme zu eröffnen.

Die in den §§ 39 ff. vorgeschlagenen Änderungen sind ein erster, wichtiger Schritt. Der vzbv fordert jedoch, dass es langfristig eine wirkliche Neugestaltung aller Leistungen in der sozialen Pflegeversicherung mit dem Ziel einer unbürokratischeren und flexiblen Leistungsgestaltung im Sinne der pflegebedürftigen Verbraucher:innen braucht.

¹⁴ Mehr Fortschritt wagen, Koalitionsvertrag 2021 – 2025, S. 80, <https://www.bundesregierung.de/re-source/blob/974430/1990812/1f422c60505b6a88f8f3b3b5b8720bd4/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>, 03.03.2023

¹⁵ Umsetzung eines Entlastungsbudgets, Konzeptpapier des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege zur Neuordnung der Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung, Juni 2020, https://www.pflegebevollmaechtigte.de/files/upload/pdfs_allgemein/Entlastungsbudget%202.0.pdf, 01.03.2023

7. Ausweitung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld

Nach geltender Rechtslage wird das Pflegeunterstützungsgeld je pflegebedürftigem nahen Angehörigen nur einmal für bis zu zehn Arbeitstage gewährt. Künftig soll der Anspruch auf bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr ausgeweitet werden.

Der vzbv begrüßt ausdrücklich die Ausweitung des Anspruchs. Pflegenden Angehörigen, die gleichzeitig beschäftigt sind, werden hierdurch besser entlastet. Bedauerlicherweise wurden aber die Empfehlungen¹⁶ des unabhängigen Beirats zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) zur Weiterentwicklung von Familienpflegezeit und Familienpflegegeld nicht aufgegriffen. Damit wird auch das Versprechen aus dem Koalitionsvertrag, eine Lohnersatzleistung für pflegebedingte Auszeiten einzuführen, nicht erfüllt.

Der vzbv gibt zudem zu bedenken, dass für Akutsituationen, die vom § 44a umfasst werden sollen, die Pflegekassen derzeit sehr hohe Hürden aufstellen.

Der vzbv fordert daher eine Klarstellung, für welche Situationen die Freistellung und das Pflegeunterstützungsgeld gewährt werden sollen. Außerdem sollte in § 2 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) klargestellt werden, dass es sich hier um einen kalenderjährlichen Anspruch handelt. Hier geht der Gesetzgeber nämlich davon aus, dass die Notwendigkeit einer pflegerischen Versorgung wegen eines Akutfalles regelmäßig nur einmal je pflegebedürftigen Angehörigen auftreten kann. Insofern kann der Anspruch nach § 2 PflegeZG auch nur einmal pro Pflegefall ausgeübt werden.

8. Auskunftsanspruch gemäß § 108 Absatz 1 Satz 1 SGB XI

§ 108 sieht einen neuen Auskunftsanspruch für Versicherte vor, wonach pro Kalenderhalbjahr eine Übersicht über die in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten übermittelt werden kann. Ebenso können Versicherte eine Durchschrift der von den Leistungserbringern bei der Pflegekasse eingereichten Abrechnungsunterlagen erhalten.

Der vzbv begrüßt, dass mit dieser Neuregelung für Versicherte mehr Transparenz zu ihren in Anspruch genommenen Leistungen geschaffen wird. Dennoch ist es wichtig, hier die Art der Informationsdarstellung zu beachten. Komplizierte Abrechnungstabellen nützen Verbraucher:innen nicht.

Der vzbv fordert, dass die Pflegekassen verpflichtet werden, die Informationen laienverständlich und übersichtlich darzulegen, damit diese tatsächlich einen Mehrwert für Verbraucher:innen entfalten. Auch sollte für eine bessere Übersichtlichkeit und Transparenz der Auskunftsanspruch nicht nur pro Kalenderhalbjahr, sondern alle drei Monate stattfinden. Wichtig ist zudem, dass die Versicherten nicht nur Auskunft darüber erhalten, welche Leistungen schon in Anspruch genommen wurden, sondern welche Leistungen Versicherten gegebenenfalls noch zustehen. Gemeint sind damit etwa noch nicht in Anspruch genommene Entlastungsbeträge nach § 45b.

Gemäß § 45b Absatz 1 Satz 5 können noch nicht in Anspruch genommene Leistungsbeträge in einem Kalenderjahr in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Aus dem Beratungsalltag ist regelmäßig zu beobachten, dass viele Pflegebedürftige

¹⁶ BMFSFJ, Empfehlungen zur Familienpflegezeit und zum Familienpflegegeld, Juli 2022, <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/empfehlungen-zur-familienpflegezeit-und-zum-familienpflegegeld-200058>, 02.03.2023

nicht wissen, welche Leistungen der ambulante Pflegedienst im Rahmen des Entlastungsbetrags nach § 45b und welche im Rahmen der Pflegesachleistungen nach § 36 erbracht hat. Den Anspruch auf den Entlastungsbetrag treten Pflegebedürftige häufig an den Pflegedienst ab und die Leistungen werden meistens in einem Vertrag vereinbart. Sofern Pflegebedürftige den Anspruch nicht an ihren Pflegedienst abtreten, haben sie häufig Probleme überhaupt einen nach Landesrecht anerkannten Dienst zu finden, der für sie Entlastungsleistungen erbringt, die sie über die Pflegekasse nach § 45b abrechnen können. Eine Studie des Sozialverbands VdK aus dem Jahre 2022 hat etwa ergeben, dass rund 80 Prozent der Anspruchsberechtigten den Entlastungsbetrag aus Unkenntnis oder aufgrund mangelnder Angebotsstruktur nicht abrufen¹⁷. Dies ist auch ein grundsätzliches Problem: Mangels Beratungsangebote ist vielen Pflegebedürftigen und ihren (pflegenden) An- und Zugehörigen nicht bekannt, welche Leistungen ihnen nach ihrem Pflegegrad überhaupt vollumfänglich zustehen. Es ist zu befürchten, dass Pflegebedürftige in Unkenntnis ihren neuen Auskunftsanspruch nach § 108 daher ebenso nicht einfordern werden.

Der vzbv fordert daher, den Auskunftsanspruch als Opt-out-Regelung zu gestalten.

Änderungsvorschlag, § 108 Absatz 1:

Versicherte erhalten regelmäßig zum Ende des Quartals eine Übersicht über die Leistungen, die sie in Anspruch genommen haben. Des Weiteren erhalten sie von den Pflegekassen Auskunft darüber, welche Leistungsbestandteile im Einzelnen durch Leistungserbringende zur Abrechnung bei der Pflegekasse eingereicht worden sind; die Informationen sind in für die Versicherten in verständlicher und übersichtlicher Form aufzubereiten. Ferner erhalten Pflegebedürftige regelmäßig zum Ende des Quartals eine Übersicht über noch nicht in Anspruch genommene Entlastungsbeträge nach § 45b und den Hinweis auf Übertragung nicht verbrauchter Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 5 sowie eine kurze Information über Leistungen, die ihnen grundsätzlich nach ihrem Pflegegrad zustehen. Auf Wunsch können Versicherte der Übermittlung der Informationen nach den Sätzen 1 bis 3 dieser Vorschrift schriftlich widersprechen. Auf Wunsch erhalten Versicherte eine Durchschrift der von Leistungserbringern bei der Pflegekasse eingereichten Abrechnungsunterlagen.

9. Stärkung der Betroffenenvertretung im Qualitätsausschuss Pflege

Der Entwurf sieht in § 113b Absatz 3a NEU vor, dass die beschlussfassenden Sitzungen des regulären wie erweiterte Qualitätsausschusses Pflege zukünftig in der Regel öffentlich stattfinden und live per Video im Internet übertragen werden sollen. Beratungen in den vorbereitenden Gremien, einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften, sollen demgegenüber vertraulich bleiben.

Der vzbv begrüßt, dass mit der vorliegenden Änderung mehr Transparenz über die Arbeit im Qualitätsausschuss geschaffen wird. Bereits im Jahr 2017 hatte der vzbv ge-

¹⁷ Sozialverband VdK, Pflegende Angehörige werden vergessen, Pressemitteilung vom 19. Mai 2022, https://www.vdk.de/bawue/pages/aktuelles/presse/presse/84845/lpk_pfligestudie_pflgende_angehoerige_vergessen, 01.03.2023

meinsam mit den weiteren maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen in einem Forдерungspapier die Öffentlichkeit von Sitzungen gefordert¹⁸.

Mit der vorliegenden Änderung wird nun die Möglichkeit geschaffen, Entscheidungsprozesse im Ausschuss besser nachvollziehen zu können. Im Übrigen findet damit die notwendige Angleichung an den Grundsatz der Öffentlichkeit von Sitzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gemäß § 9 der Geschäftsordnung des G-BA statt. Geschützte Denk- und Kommunikationsbereiche sind im Übrigen weiterhin in den vorbereitenden Arbeitsgruppen nach Absatz 3a Satz 2 möglich. Allerdings schlägt der vzbv in Anlehnung an die Geschäftsordnung des G-BA vor, in einem neuen Satz 4 die Regelung einzuführen, wonach der Beschluss über den Ausschluss der Öffentlichkeit mit dem Grund des Ausschlusses öffentlich bekannt zu geben ist.

Änderungsvorschlag, § 113b, Absatz 3a:

Die beschlussfassenden Sitzungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses sind in der Regel öffentlich und werden zeitgleich als Live-Video-Übertragung im Internet angeboten sowie in einer Mediathek zum späteren Abruf verfügbar gehalten. Die nichtöffentlichen Beratungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses, insbesondere auch die Beratungen in den vorbereitenden Gremien, sind einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften vertraulich. Der Beschluss über den Ausschluss der Öffentlichkeit nach Satz 1 ist mit dem Grund des Ausschlusses öffentlich bekannt zu geben.

Ebenso erfreulich ist, dass zur inhaltlichen wie organisatorischen Unterstützung der Betroffenenvertretung bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben im regulären wie erweiterten Qualitätsausschuss Pflege und den vorbereitenden Gremien in § 113b Absatz 6 NEU zum 1. September 2023 von Seiten der Vertragsparteien dauerhaft eine Referentenstelle eingerichtet werden soll. Auch dies hatte der vzbv gemeinsam mit den anderen Verbänden bereits seit langem gefordert, da eine derartige Unterstützung von Seiten der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege bislang vollständig fehlte. Angesichts der Vielzahl an vorbereitenden Gremien, einschließlich der verschiedenen fristgebundenen gesetzlichen Aufträge ist fraglich, ob eine Referentenstelle diesem Unterstützungsaufwand gerecht wird. Laut Geschäftsverteilungsplan der Stabstelle Patientenvertretung im G-BA vom März 2021 sind dort insgesamt 12 Personen (Vollzeitstellen) beschäftigt. Auch mit Blick auf diesen direkten Vergleich scheint eine Stelle für den Pflegebereich nicht angemessen.

Des Weiteren schlägt der vzbv zur Klarstellung vor, den maßgeblichen Inhalt des Unterstützungsbedarfs bereits im Gesetz festzulegen. Dazu sollte in Anlehnung an § 140f Absatz 6 Sätze 3 und 4 SGB V, wenngleich nicht abschließend, die Organisation von Fortbildungen, Schulungen, die Aufbereitung von Sitzungsunterlagen und Unterstützung bei der Ausübung der in § 118 Absatz 1 genannten Mitwirkungsrechte gehören.

Zweifelsohne sind die oben genannten Änderungen wichtige und begrüßenswerte Schritte, wenn es um die Stärkung der Interessensverbände der betroffenen Menschen auf Bundesebene geht. Allerdings fehlen weiterhin Regelungen, ähnlich denen im G-

¹⁸ vzbv, Belange von Pflegebedürftigen angemessen berücksichtigen, <https://www.vzbv.de/meldungen/belange-von-pflegebeduerftigen-angemessen-beruecksichtigen>, 28.02.2023

BA, die eine kontinuierliche Mitwirkung in Fragen der Pflege-Selbstverwaltung ermöglichen. Dazu gehört die Erstattung von Reisekosten und Verdienstaufschlag analog zu den Regelungen im § 140f Absatz 5 SGB V. Aktuell hat die Betroffenenvertretung in der Pflege-Selbstverwaltung gemäß § 118 Absatz 1 lediglich in ehrenamtlicher Funktion einen Anspruch auf Erstattung der Reisekosten, der durch die Vereinbarungspartner in der Geschäftsordnung des Qualitätsausschusses nach § 113b Absatz 7 SGB XI festgelegt wird.

Der vzbv fordert eine Anpassung an die Regelung des § 140f Absatz 5 SGB V und damit eine Erstattung von Reisekosten, des Verdienstaufschlags und einen Pauschbetrag für den Zeitaufwand für die Teilnahme an Sitzungen des Qualitätsausschusses, sowie bei Koordinierungs- und Abstimmungstreffen, einschließlich der Treffen vorbereitender Arbeitsgruppen – und das für alle benannten Betroffenenvertreter: innen.

10. Schaffung eines neuen Kompetenzzentrums für die Digitalisierung in der Pflege

Der Entwurf sieht in § 125b die Schaffung eines neuen Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege vor. Zur Begleitung der Arbeit des Kompetenzzentrums soll nach Absatz 5 ein Beirat eingerichtet werden. Eine Beteiligung der Interessensvertretung der Pflegebedürftigen nach § 118 am Beirat ist allerdings nicht vorgesehen.

Der vzbv begrüßt, dass mit der Schaffung eines neuen Kompetenzzentrums eine stärkere Berücksichtigung der Langzeitpflege in der Diskussion zur Digitalisierung im Gesundheits- und Pflegewesen stattfinden soll. Noch immer fehlt es an der umfassenden Entwicklung von Digitalisierungsstrategien für die verschiedenen Bedarfe und Akteure in der Langzeitpflege. Damit diese Entwicklung auch im Sinne der pflegebedürftigen Verbraucher:innen gelingt, müssen die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen am Beirat beteiligt werden. Gleiches gilt im Übrigen auch für die Mitwirkung an der Benennung der Ziele, Inhalte, Planung und Durchführung des Kompetenzzentrums.

Änderungsvorschlag, § 125, Absatz 2:

Für die Einrichtung des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung 10 Millionen Euro im Zeitraum der Jahre 2023 bis 2027 zur Verfügung gestellt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Inhalte, Planung und Durchführung des Kompetenzzentrums im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und im Benehmen mit den Verbänden der Pflegekassen, den Ländern, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, dem Deutschen Pflegerat, die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie mit der Gesellschaft für Telematik und – soweit vorhanden – mit Kompetenzzentren auf Bundes- und Landesebene. Die Gesellschaft für Telematik soll insbesondere aufgrund eventuell möglicher Schnittstellen bei der Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur beteiligt werden. Für die Förderung gilt § 8 Absatz 3 Satz 5, 8 und 12 entsprechend.

Änderungsvorschlag, § 125b, Absatz 5:

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen richtet einen Beirat zur Begleitung der Arbeit des Kompetenzzentrums im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit ein. Der Beirat besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der Länder, der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene, der Verbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, dem Deutschen Pflegerat, die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen, für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Gesellschaft für Telematik, der Wissenschaft sowie des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, des Bundesministeriums für Gesundheit und der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung.



Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft

Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

**Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der
Pflege**

(Pflegeunterstützungs- und –entlastungsgesetz – PUEG)

zur Erörterung am 9. März 2023

Berlin, 03. März 2023

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Vorbemerkung

Eine zukunftsfähige, bedarfsgerechte pflegerische Versorgung bedarf einer entsprechenden pflegerischen Infrastruktur, einer soliden Finanzierung und gut ausgebildeten Personals mit guten Arbeitsbedingungen. Um dies zu erreichen, braucht es Mut für grundlegende Reformen und für eine Übergangsphase auch die Bereitschaft, entsprechende Steuermittel zu Verfügung zu stellen. Denn die Situation in der Langzeitpflege ist so dramatisch wie noch nie.

Nachdem die Vorgängerregierung trotz einer Vielzahl finanzwirksamer Reformen eine grundlegende Stabilisierung der Pflegeversicherung versäumt hat, wurden durch die Ampelkoalition grundlegende Reformen angekündigt.

Der vorliegende Referentenentwurf wirkt angesichts eines drohenden Pflegekollapses erstaunlich mutlos und ist geprägt vom offensichtlichen Desinteresse an einer gut funktionierenden pflegerischen Versorgung, die ohne nachhaltige Finanzierung nicht möglich ist. Anders lässt sich die fehlende Bereitschaft nicht erklären, Steuermittel gezielt einzusetzen, um die soziale Pflegeversicherung (SPV) zu stabilisieren und im Koalitionsvertrag vereinbarte Maßnahmen zur Entlastung der SPV und der pflegebedürftigen Menschen zu ermöglichen. Stattdessen werden die Kosten für eine bessere Personalausstattung oder dringend nötige Leistungsverbesserungen wie die Erhöhung des seit 2017 nicht mehr angepassten Pflegegeldes in Form von Beitragssatzerhöhungen auf die Versicherten abgewälzt. Während Beitragssatzerhöhungen zeitnah erfolgen sollen, werden dringend benötigte Leistungsverbesserungen ins nächste Jahr verschoben. Die Tatsache, dass die Regierung eine Ermächtigung für weitere Beitragserhöhungen plant statt grundlegende Reformen anzugehen hat zur Folge, dass die Belastungen für Pflegebedürftige sowie pflegende An- und Zugehörige weiter steigen werden, wo doch dringend Entlastung notwendig wäre. Auch bei den Beschäftigten ist die Stimmung nach drei Jahren Pandemie auf einem neuen Tiefpunkt – immer mehr Pflegefachpersonen drohen den Beruf zu verlassen, flüchten in Teilzeit- oder in Leiharbeit, die Arbeitsunfähigkeitsraten steigen weiter, wie zuletzt in der Sonderauswertung des TK-Gesundheitsreports dargelegt. Die Personaldecke in Pflegeeinrichtungen ist mittlerweile so dünn, dass krankheitsbedingte Ausfälle die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen ernsthaft gefährdet. Ambulante Dienste nehmen aufgrund von Personalmangel oft keine Klient*innen mehr an, schränken Leistungen ein oder kündigen Verträge. Um diese Entwicklung zu stoppen fordert ver.di grundlegende Nachbesserungen und Ergänzungen am vorliegenden Gesetzentwurf:

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

- zu Nummer 2

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sollen bis 1. Juli 2024 alle Voraussetzungen erfüllen, um den Zugriff auf die elektronische Patientenakte und den Anschluss an die Telematikinfrastruktur umzusetzen. Die bisher weitgehend freiwillige Anbindung an die Telematikinfrastruktur wird durch einen verpflichtenden Anschluss aller Pflegeeinrichtungen ersetzt.

Das Ziel, alle Pflegeeinrichtungen schnellstmöglich an die Telematikinfrastruktur anzubinden, unterstützt ver.di ausdrücklich. Gleichwohl erscheint der Zeitplan zu ambitioniert, da die notwendigen technischen Voraussetzungen in weiten Teilen noch nicht gegeben sind. Hinzu kommt, dass sicherzustellen ist, dass für die Mitarbeiter*innen in den Pflegeeinrichtungen entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen konzipiert und durchgeführt werden müssen. Dafür ist die notwendige Zeit einzuplanen, um zusätzliche Belastungen für die Beschäftigten auszuschließen bzw. zu minimieren.

Zu Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

- zu Nummer 4 (Informationsportal)

Pflegebedürftige Personen, ihre An- und Zugehörigen, Beratungseinrichtungen und weitere Leistungserbringer sollen künftig durch ein elektronisches Informationsportal bei der Suche nach freien Plätzen, wohnortnaher ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen sowie flankierender Unterstützungs- und Beratungsangebote unterstützt werden. Dazu sollen die Landesverbände der Pflegekassen ab dem 1. April 2024 verpflichtet werden, ein barrierefreies Informationsportal zu betreiben.

Diese Initiative ist zu begrüßen. Um den Zugang zu einem solchen Portal zu erleichtern spricht ver.di sich dafür aus, im Gesetz die Vorgabe aufzunehmen ein gemeinsames Informationsportal für alle Länder einzurichten, statt einzelne Portale in den Bundesländern vorzuhalten.

- zu Nummer 5 a)

Die geplante kostenneutrale Verlängerung des Förderprogramms für Maßnahmen zur besseren

Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für in der Pflege tätige Mitarbeiter*innen bis 2030 ist zu begrüßen. Dafür werden jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt, die von Pflegeeinrichtungen bspw. für Konzepte und betriebliche Umsetzung lebensphasengerechter Arbeitszeitmodelle, Kinderbetreuungsangebote oder Rückgewinnungsmaßnahmen eingesetzt werden können.

ver.di weist darauf hin, dass die betriebliche Mitbestimmung zentraler Baustein für das Schaffen besserer Arbeitsbedingungen und höherer Arbeitszufriedenheit ist.

- zu Nummer 15 – Dynamisierung von Leistungen

Nach geltendem Recht ist eine Anpassung der Leistungen an die Inflation für 2024 vorgesehen. Im vorliegenden Referentenentwurf soll diese nun erst ein Jahr später, zum 1. Januar 2025, erfolgen und dann auch lediglich in Höhe von fünf Prozent. 2028 sollen die Leistungen entsprechend des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate der letzten drei Kalenderjahre steigen. Diese lag im Januar 2023 bereits bei 5,6 Prozent, ohne dabei den Preisanstieg bei Energiekosten und Nahrungsmitteln zu berücksichtigen.

ver.di fordert, die Anpassung der Leistungen wie bislang im Gesetz vorgesehen zum 1. Januar 2024 beizubehalten und dafür die kumulierte Preisentwicklung der letzten drei Kalenderjahre zugrunde zu legen. Ab 2025 soll die Leistungsdynamisierung dann regelhaft und analog der kumulierten Preisentwicklung erfolgen. Die Kerninflationsrate als Referenz ist nicht geeignet, da hierin die Kostentreiber Energie und Nahrungsmittel nicht enthalten sind.

- zu Nummer 21 b) - Beitragssatzerhöhungen

Statt die Finanzierungslücken in der SPV kurzfristig mittels Steuerzuschüssen zu schließen sieht der Gesetzgeber eine Erhöhung des Beitragssatzes um 0,35 Prozentpunkte auf 3,4 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens der Versicherten vor. Darüber hinaus soll die Bundesregierung ermächtigt werden, den Beitragssatz per Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates anzupassen.

Während die Beitragssatzerhöhung der Ankündigung einer moderaten Anhebung des Beitragssatzes im Koalitionsvertrag entspricht, ist nicht nachvollziehbar, dass im vorliegenden Gesetzentwurf keiner der im Koalitionsvertrag vereinbarten und dringend notwendigen Schritte zur Entlastung der Pflegeversicherung vorgesehen ist. Hier besteht dringender Nachbesserungsbedarf. Als Sofortmaßnahmen zur Stabilisierung der SPV fordert ver.di versicherungsfremde Leistungen wie Rentenversicherungsbeiträge für pflegende An- und Zugehörige als gesamtgesellschaftliche

Aufgabe solidarisch aus Steuergeldern zu finanzieren. Gleiches gilt für die Erstattung der pandemiebedingten Kosten der SPV. Sie hat aus Bundesmitteln zu erfolgen. Hierfür kann die bis Ende 2023 geltende Ermächtigungsgrundlage für weitere Bundeszuschüsse nach § 153 SGB XI genutzt werden. Des Weiteren ist die Behandlungspflege in der stationären Versorgung – wie im Koalitionsvertrag vereinbart - der gesetzlichen Krankenversicherung zu übertragen und pauschal durch Steuermittel auszugleichen.

ver.di lehnt die im Referentenentwurf vorgesehene Ermächtigung der Bundesregierung in Zukunft per Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates den Beitragssatz erhöhen zu können, ab. Stattdessen fordert ver.di die SPV zu einer *Solidarischen Pflegegarantie* weiterzuentwickeln, in die alle Bürger*innen solidarisch entsprechend ihres Einkommens einzahlen und die das Pflegerisiko vollständig absichert, in dem alle pflegebedingten Kosten – stationär, teilstationär oder ambulant – garantiert übernommen werden. Das Konzept beinhaltet eine Anhebung der Beitragssatzgrenze auf das Niveau Rentenversicherung West sowie die Verbeitragung anderer Einkommen wie Kapitaleinkünfte.

Des Weiteren fordert ver.di die im Koalitionsvertrag festgeschriebene Vereinbarung zeitnah einzulösen, dass eine Expert*innenkommission eingesetzt wird, um Vorschläge zu erarbeiten wie die soziale Pflegeversicherung um eine freiwillige, paritätisch finanzierte Vollversicherung ergänzt werden kann. Laut Koalitionsvertrag soll diese Kommission 2023 konkrete Vorschläge vorlegen.

- ZU 21 c)

Ferner soll der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 zur Berücksichtigung des Erziehungsaufwands von Eltern im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung umgesetzt werden. Hierfür soll der Kinderlosenzuschlag um 0,25 Beitragssatzpunkte auf 0,6 Beitragssatzpunkte angehoben werden. Mitglieder mit mehreren Kindern sollen ab dem zweiten Kind bis zum fünften Kind in Höhe von 0,15 Beitragssatzpunkten je Kind entlastet werden (ab dem fünften Kind gleichbleibende Entlastung in Höhe eines Abschlags von 0,6 Beitragssatzpunkten).

Die finanzielle Ent- und Belastung von Menschen mit und ohne Kinder folgt dem höchstrichterlichen Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes. ver.di merkt dazu an, dass ein nicht unerheblicher Anteil der Bevölkerung aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage ist Kinder zu bekommen, obwohl der Wunsch besteht. Diese Menschen drohen nun zusätzlich in finanzielle Haftung genommen zu werden, was aus Sicht des DGB zweifelhaft erscheint.

- zu Nummer 35 a) - Personalbemessung

Die Anforderungen an die pflegerische Versorgung steigen. Pflegebedürftige Menschen erwarten zu Recht eine qualitativ hochwertige Versorgung, die sich an ihren individuellen Bedürfnissen ausrichtet. Gleichzeitig setzen die komplexen Anforderungen und die große Verantwortung in der Pflege eine hohe Fachlichkeit der Pflegepersonen voraus. Dafür braucht es ausreichend und vor allem auch gut qualifiziertes Personal. Nach wie vor sind jedoch schlechte Arbeitsbedingungen und die damit verbundenen hohen Belastungen in der Langzeitpflege aufgrund ungenügender Personalausstattung die Hauptursache für Teilzeitarbeit, überdurchschnittlich hohe Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie das Verlassen des Berufs. Daher ist eine Beschleunigung der Umsetzung der Personalbemessung in der vollstationären Pflege dringend geboten. Dabei ist es von zentraler Bedeutung, dass sich die Personalvorgaben am pflegerischen Bedarf orientieren. Um diese Zielsetzung zu unterstützen, sieht der vorliegende Referentenentwurf angesichts der gegenwärtigen Arbeitsmarktlage Maßnahmen vor, die es Pflegeeinrichtungen ermöglichen sollen, Pflegehilfskraftpersonal vorzuhalten, das berufsbegleitend eine Ausbildung nach landesrechtlicher Regelung oder eine Ausbildung zur Fachkraft nach Pflegeberufegesetz berufsbegleitend durchläuft (ebenfalls auch für diejenigen, die einen Anpassungslehrgang durchlaufen). Auch sollen berufspraktische Erfahrungen in der Pflege berücksichtigt werden. In der Begründung wird ausgeführt, dass damit Anreize geschaffen werden sollen, Pflegehilfskraftpersonal ohne eine solche nach Landesrecht geregelter Ausbildung auszubilden. Die Maßnahmen tangieren die vorzuhaltende Mindestausstattung nicht.

Der Ansatz, ungelernte oder angelernte Pflegehilfskräfte weiterzuqualifizieren, damit sie eine Ausbildung nach Landesrecht abschließen, ist grundsätzlich folgerichtig. Allerdings dürfen Qualifikationsstandards in der Altenpflege – sei es auch nur temporär – nicht noch weiter abgesenkt werden. Doch diesen Weg wählt der vorliegende Referentenentwurf, indem auch Pflegehilfskraftpersonal vorgehalten und auf die Personalanhaltswerte angerechnet werden kann, das sich gerade in einer berufsbegleitenden Weiterqualifizierung befindet und diese noch nicht abgeschlossen hat. Auch ist der Zeitraum, in dem die Pflegeeinrichtung nachweisen muss, dass die Ausbildung begonnen wird, bis 2028 zu lang und ermöglicht es den Einrichtungen bis dahin, die Standards zu unterlaufen.

Um den Teufelskreis aus Personalnot, schlechten Arbeitsbedingungen, geringer Bezahlung in der Altenpflege und zu wenig Zeit für eine gute Pflege zu durchbrechen, sind spürbare und wirkungsvolle Maßnahmen notwendig. Es sind alle Anstrengungen zu unternehmen, qualifizierte Pflegefachpersonen auszubilden und vorhandene Pflegehilfskräfte darin zu unterstützen, eine berufsbegleitende Ausbildung zur Pflegefachperson anzustreben. Attraktive Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen sind der Schlüssel dafür die Fachkräfte zu gewinnen und im Beruf zu halten.

- zu Punkt 35 b), bb)

Der zweite angefügte Satz sieht einen weiteren Eingriff in die ohnehin missbrauchsanfälligen Regelungen zur sogenannten Bezahlung nach Tarif zu Lasten der Beschäftigten vor: In den Einrichtungen, die einen Tarifvertrag oder kirchliche AVR in Anwendung bringen oder ihre Beschäftigten nach dem jeweiligen durchschnittlichen Entgeltniveau entlohnen (§ 72 Absatz 3b Nummer 1 bis 4), soll die Zuordnung zu einer Qualifikationsgruppe jeweils durch den konkreten Einsatz bestimmt werden und somit Beschäftigte nicht nach Qualifikation, sondern entsprechend der ausgeübten Tätigkeit entlohnt werden. Damit kann eine examinierte Pflegefachkraft als Assistenzkraft angestellt und entlohnt werden, unabhängig davon, welche Tätigkeiten sie dann letztlich im Berufsalltag zu verrichten hat. Hier wird Missbrauch durch Arbeitgeber*innen Tür und Tor geöffnet. Diese Regelung lehnt ver.di ab und fordert die ersatzlose Streichung des zweiten Satzes.

- zu Punkt 35 c)

Das Verfahren zur weiteren Umsetzung der einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in vollstationären Einrichtungen nach § 113c soll konkretisiert werden. Um weitere Personalausbaustufen in der stationären Langzeitpflege unabhängig vom Vorliegen von Ergebnissen aus den Modellprojekten prüfen zu können, soll das Bundesministerium für Gesundheit beginnend im Jahr 2025 alle zwei Jahre eine Anpassung der in § 113c Absatz 1 geregelten Personalanhaltswerte sowie die Grundlagen für die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung nach Absatz 5 prüfen. Darüber hinaus sollen alle zwei Jahre, erstmals bis zum 31. Dezember 2023, Zielwerte für eine bundeseinheitliche, mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung festgelegt werden.

Dieses Vorgehen enthält weitere Schritte um eine bedarfsgerechte Personalbemessung zu erreichen, zumal bislang nur 40 Prozent des von Prof. Rothgang für gute Pflege errechneten Stellenaufwuchses gesetzlich abgebildet ist. Aus Sicht von ver.di sind jedoch weitergehende Maßnahmen erforderlich, um schnellstmöglich eine bedarfsgerechte Personalausstattung in den Pflegeeinrichtungen zu erlangen und sicherzustellen, dass die daraus resultierenden Mehrkosten nicht von den Pflegebedürftigen zu tragen sind. Hierzu sind im Gesetz konkrete Zielvorgaben zu definieren. Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die daraus resultierenden Mehrkosten nicht von den Pflegebedürftigen zu tragen sind.

So schlägt ver.di vor, Vergütungszuschläge zur Finanzierung für zusätzliche Fachkräfte nach § 8 Absatz 6 und zusätzliche Pflegehilfskräfte nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11

dauerhaft aus Mitteln des Ausgleichsfonds zu finanzieren und § 113c Absatz 6 zu streichen. Darüber hinaus fordert ver.di, den Pflegevorsorgefonds aufzulösen, um somit die nötigen Mittel für die Finanzierung des dringenden benötigten Personals in der Pflege zur Verfügung zu stellen, die Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege zu verbessern und die pflegerische Versorgung in der stationären, teilstationären und ambulanten Pflege sicherzustellen.

Die bisherigen Regelungen zur Umsetzung einer neuen Personalbemessung in § 113c setzen kaum Anreize für Einrichtungen eine bessere personelle Ausstattung anzustreben. Statt Mindeststandards für eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung festzulegen, werden Personalanhaltswerte als Höchstwerte definiert, die nur 40 Prozent des notwendigen Personalaufwuchses darstellen und die nur in begründeten Fällen überschritten werden können. Die Personalanhaltswerte in § 113c sind als Richtwerte zu sehen und deshalb schlägt ver.di vor in § 113c SGB XI Satz 1 das Wort „höchstens“ zu streichen. Eine gute personelle Ausstattung, die eine hohe Fachkraftquote beinhaltet, darf einer Einrichtung niemals zum Nachteil hinsichtlich in der Frage der Refinanzierung gereichen. Überdies sind im Gesetz weitere konkrete Personalausbaustufen zu definieren um in absehbarer Zeit 100 Prozent der berechneten Personalausstattung zu erreichen. ver.di empfiehlt bei den weiteren Ausbaustufen die bisherigen Personalanhaltswerte jeweils als neue Werte für die mindestens vorzuhaltende personelle Ausstattung zu übernehmen.

Zu Artikel 3 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

- zu Punkt 4 – 7

ver.di begrüßt das geplante Anheben der zeitlichen Höchstdauer der Verhinderungspflege auf acht Wochen im Kalenderjahr, die damit der zeitlichen Höchstdauer der Kurzzeitpflege angeglichen werden soll.

Gleiches gilt für den Zeitraum der hälftigen Fortzahlung eines bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes sowohl während der Verhinderungspflege als auch während der Kurzzeitpflege. Die bisher erforderliche Vorpflegezeit von mindestens sechs Monaten bei der Verhinderungspflege soll aufgehoben werden. Diese Regelungen sollen ab dem Zeitpunkt der Feststellung von Pflegegrad II eine flexible Handhabung ermöglichen und den Umgang mit unvorhergesehenen Ereignissen wie Krankheit, Unfällen etc. für pflegende An- und Zugehörige erleichtern.

Das Pflegegeld für die häusliche Pflege soll statt zum 1. Juli 2023 und zum 1. Januar 2024 um jeweils fünf Prozent nun nur einmalig zum 1. Januar 2024 um fünf Prozent angehoben werden. Ambulante Sachleistungen sollen nur einmalig zum 1. Januar 2024 um fünf Prozent steigen statt wie bisher vorgesehen um je sechs Prozent zum 1. Juli 2023 und 1. Januar 2024.

Pflegende An- und Zugehörige leisten einen sehr hohen Beitrag für unsere Gesellschaft und bilden letztlich das Rückgrat für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen und damit auch für den Zusammenhalt in unserer Gemeinschaft. Die nur sehr zurückhaltende Anpassung des Pflegegeldes, das seit 2017 nicht mehr an die Inflation angepasst wurde, ist aus Sicht von ver.di völlig unzureichend und zeugt von mangelndem Respekt des Gesetzgebers gegenüber der Leistung pflegender An- und Zugehöriger. ver.di fordert das Pflegegeld sowie die ambulanten Sachleistungen zum 1. Juli 2023 in dem Umfang anzuheben, dass die Inflation in den vergangenen fünf Jahren nachvollzogen wird. Da davon auszugehen ist, dass im Jahr 2023 die Inflation auf einem relativ hohen Niveau verharrt, ist eine weitere Anpassung zum 1. Juli 2024 nötig.

- zu Punkt 8 – 10 – Gesamtleistungsbetrag für Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Die bisher getrennt voneinander existierenden Leistungsbeträge für Kurzzeit- und Verhinderungspflege sollen mit Wirkung zum 1. Januar 2024 zu einem gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in Höhe von 3.386 Euro je Kalenderjahr zusammengefasst (§ 42). Die Anspruchsberechtigten können diesen flexibel für beide Leistungsarten einsetzen.

ver.di begrüßt diese Regelung, die von der Vorgängerregierung trotz entsprechender Regelung im Koalitionsvertrag nicht umgesetzt wurde. Auch wenn die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme unverändert bleiben, dürfte die nun vorliegende Regelung für mehr Flexibilität für die Anspruchsberechtigten führen, die Inanspruchnahme erleichtern und damit zur Entlastung von Pflegepersonen beitragen.

- Zu Punkt 15 - Anhebung Leistungszuschläge

Die zum 1. Januar 2022 eingeführten Leistungszuschläge zur Reduzierung der von Pflegebedürftigen zu tragenden Eigenanteile in der vollstationären pflegerischen Versorgung sollen zum 1. Januar 2024 je nach Aufenthaltsdauer um weitere 5 – 10 Prozentpunkte erhöht werden. Damit soll dem Trend der weiterhin massiv steigenden Eigenanteile entgegengewirkt und Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen entlastet werden. Die im Koalitionsvertrag vereinbarte Herausnahme der Ausbildungskostenumlage aus den von den Pflegebedürftigen zu tragenden einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen und entsprechende Finanzierung aus Steuermitteln ist im Referentenentwurf hingegen nicht enthalten.

Die weitere Erhöhung der Leistungszuschläge wird kurzfristig einen weiteren Anstieg der von den Heimbewohner*innen aufzubringenden Eigenanteile verhindern, gerade auch bei denjenigen, die erst seit mehr als zwölf Monaten Leistungen nach § 43 beziehen. Allerdings wird es damit nicht gelingen die zu erwartenden Kostensteigerungen für Personal und inflationsbedingte Preissteigerungen auszugleichen. Auch beseitigt die vorliegende Regelung nicht die grundsätzliche Problematik. ver.di fordert daher kurzfristig eine Entlastung der Heimbewohner*innen herbeizuführen, indem die Eigenanteile gedeckelt werden, die Ausbildungsumlage aus den Eigenanteilen herausgelöst und als gesamtgesellschaftliche Aufgabe aus Steuermitteln finanziert wird und die Investitionskosten von den Ländern getragen werden. Mittelfristig ist eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung anzustreben, in dem sie zu einer Solidarischen Pflegegarantie weiterentwickelt wird, die garantiert alle pflegebedingten Kosten abdeckt und in die alle solidarisch entsprechend ihres Einkommens einzahlen.

- zu Punkt 16 - Pflegeunterstützungsgeld

Der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld soll ausgeweitet werden. Liegen die Voraussetzungen für eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung gemäß § 2 Pflegezeitgesetz vor, soll das Pflegeunterstützungsgeld künftig für bis zu 10 Arbeitstage je pflegebedürftiger Person im Kalenderjahr in Anspruch genommen werden können.

ver.di begrüßt die Ausweitung der Regelung – sie trägt dazu bei, die Pflege von Menschen durch An- und Zugehörige finanzierbar zu machen und damit auch einen längeren Verbleib pflegebedürftiger Menschen in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Gleichwohl kann dies nur ein erster kleiner Schritt sein, um eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu erlangen. Die im Koalitionsvertrag angekündigte Einführung einer Lohnersatzleistung für pflegende An- und Zugehörige findet im vorliegenden Referentenentwurf leider keinerlei Erwähnung.

Des Weiteren verweist ver.di auf die Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes, die wir unterstützen.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
Abteilung 4: Pflegeversicherung und -stärkung
Mauerstr. 29
10117 Berlin

Per E-Mail an: Pflegereformgesetz-Verbaende@bmg.bund.de und 4@bmg.bund.de

Montag, 06.03.2023

Stellungnahme des Volkssolidarität Bundesverbandes e. V.

zum

**Referent*innenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit:
Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege
(Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)**

Vorbemerkungen

Die Volkssolidarität begrüßt die Anstrengungen des Bundesministeriums für Gesundheit, eine Reform der Pflegeversicherung zu erarbeiten. Leider ist der vorliegende Referent*innenentwurf dabei weit hinter unseren Erwartungen zurückgeblieben.

I. Adaptation des Beitragssatzes

Mit Anhebung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung und der Auf- und Abschlagsanpassung je nach Kinderzahl wird die Funktionsweise der Pflegeversicherung nicht reformiert. Angesichts der weiterhin steigenden Eigenanteile für Leistungen der Pflegeversicherung werden Beitragserhöhungen für gesetzlich Versicherte keine langfristige Wirkung in der Entlastung Pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger bringen.

Die Volkssolidarität verlangt, dass das Problem der Pflegefinanzierung als ein gesamtgesellschaftliches anerkannt und auch so behandelt wird. Deshalb fordern wir eine Bürger*innenversicherung, in die alle einzahlen, also auch Beamt*innen, Selbstständige und Menschen mit Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze, und somit die Aufhebung des dualen Systems von privater und gesetzlicher Pflegeversicherung. Bis zu deren Einführung muss die Beitragsbemessungsgrenze mindestens auf die der Rentenversicherung angehoben werden, die bei 7.100 Euro (Ost) beziehungsweise 7.300 Euro (West) liegt.

Außerdem sollten Elemente, die im Koalitionsvertrag versprochen wurden, umgesetzt werden: Die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen, wie Rentenbeiträge von pflegenden Angehörigen, muss aus Steuern und nicht durch die Pflegeversicherung finanziert werden. Die Behandlungspflege in der stationären Versorgung muss – analog zur ambulanten Versorgung – der gesetzlichen Krankenversicherung übertragen werden. Diese bereits im Koalitionsvertrag angekündigten Vorhaben fehlen komplett in diesem Gesetzesentwurf.

Zudem ist zu betonen, dass die Erhöhung des Beitragssatzes zum 1. Juli 2023 eingeführt wird, die im Gesetz vorgesehenen Erleichterungen aber erst zum 1. Januar 2024 eintreten sollen. Angesichts der immer weiter steigenden Eigenanteile ist ein halbes Jahr mit höheren Beiträgen bei gleichbleibender Leistung nicht akzeptabel. Die Fälligkeitsdaten der zusätzlichen Beitragszahlungen und Benefits für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sollten harmonisiert werden, sodass sie zügig Entlastungen erfahren können.

II. Erhöhung des Pflegegeldes

Die Erhöhung des Pflegegeldes ist prinzipiell zu begrüßen.

Mit einem zusätzlichen Maximalbetrag (bei Pflegegrad fünf) von 45 Euro im Jahr 2024 und bis zu insgesamt 92 Euro bis einschließlich 2027 kann von einer Entspannung der Situation für pflegende Angehörige jedoch nicht die Rede sein. Das Median-Nettoeinkommen lag 2019 in Deutschland zwischen 1.757 Euro (Ost) und 2.060 Euro (West) pro Monat.¹ Somit verdienen Menschen, die Personen mit Pflegegrad fünf versorgen, noch immer je nach Wohnort bis 2028 nicht einmal die Hälfte des Median-Nettoeinkommens.

Die Höhe des Pflegegeldes sollte sich, adaptiert an den Pflegegrad und der Möglichkeit, nebenbei Erwerbsarbeit nachzugehen, am durchschnittlichen Nettoeinkommen orientieren, damit pflegende Angehörige nicht schlechter gestellt sind als Menschen, die ihren Berufen nachgehen.

Bis eine solche Adaptation erfolgen kann, muss mindestens die Inflationsrate der letzten Jahre seit der letzten Pflegegelderhöhung berücksichtigt und aufgeholt werden und die Anpassung des Pflegegeldes in Höhe der Inflationsrate jährlich anstatt im vorgesehenen Drei-Jahres-Intervall dynamisiert werden.

III. Erhöhung von Sachleistungsbeträgen und Leistungszuschlägen

Die Erhöhung der Sachleistungsbeträge für ambulante Pflegeleistungen sowie der Leistungszuschläge für die vollstationäre Pflege sind per se zu begrüßen.

¹ <https://www.wsi.de/de/verteilungsbericht-2022-30037-medianeinkommen-30065.htm>

1. Erhöhung der Sachleistungsbeträge (ambulant)

Die erste Erhöhung der Sachleistungsbeträge zum 1. Januar 2028, die sich an der Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate orientiert, ist deutlich zu spät. Die Volkssolidarität erwartet stattdessen, dass die Leistungen wie in Höhe der Inflationsrate jährlich anstatt im vorgesehenen Drei-Jahres-Intervall dynamisiert werden.

2. Erhöhung der Leistungszuschläge (vollstationär)

Eine grundsätzliche Entlastung von Pflegebedürftigen in der vollstationären Versorgung ist zu begrüßen. Allerdings bleibt hier unbeachtet, dass die Leistungszuschläge, die nach Referent*innenentwurf noch einmal erhöht werden sollen, erst nach 12 Monaten Aufenthalt in vollstationären Einrichtungen gezahlt werden. 2019 wurde nur knapp die Hälfte der Pflegebedürftigen in der vollstationären Pflege auch nach einem Jahr noch dort versorgt², was im Umkehrschluss deutlich macht, dass die Zahlung von Erleichterungen überhaupt nur 50 Prozent der Pflegeheimbewohner*innen erreicht.

Bereits jetzt zeichnet sich ab, dass die erleichternde Wirkung der Leistungszuschläge im 3. Quartal 2023 verschwunden sein wird. Zu diesem Zeitpunkt wird voraussichtlich wieder die Höhe der Eigenanteile vom 1. Quartal 2021 erreicht werden, der Ausgangspunkt des Beschlusses für die Einführung der Leistungszuschläge.³ Die Entlastung, die nicht einmal alle erreicht, ist geradezu verpufft.

Die Grundproblematik bleibt trotz der Erhöhung von Sachleistungsbeträgen beziehungsweise Leistungszuschlägen bestehen: Die Eigenanteile werden nicht gedeckelt. Eine Entlastung der Pflegebedürftigen wird somit weder langfristig noch zuverlässig wirken.

Hinzu kommt, dass Preissteigerungen für die bessere Ausstattung mit Pflegepersonal auch weiterhin auf die Pflegebedürftigen umgelegt werden (müssen). Zum einen ist diese Umlage bereits durch die sogenannte Tarifpflicht geschehen, zum anderen kommt ab 1. Juli 2023 in vollstationären Einrichtungen die Umsetzung der Personalbemessung nach §113c SGB XI hinzu, die noch einmal die Eigenanteile in die Höhe treiben wird. Die Entkoppelung höherer Vergütungen von den Eigenanteilen ist dringend notwendig. Pflegenden und Pflegebedürftigen dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden.

²

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj9_DhVLr9AhVlcfEDHXuxA6c4ChAWegQICxAB&url=https%3A%2F%2Fwww.bifg.de%2Fmedia%2Fdl%2FReporte%2FPflegereporte%2F2021%2Fbarmer-pflegereport-2021.pdf&usg=AOvVaw0E24F73mP-U7H2jo1gdtps

³ Rothgang, Heinz et al. (2023): Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen – Zukünftige Entwicklung unter Berücksichtigung der aktuellen Reformmaßnahmen. Aktualisierung einer Expertise im Auftrag der DAK-Gesundheit

Um die Eigenanteile weiter absenken zu können, muss das Versprechen aus dem Koalitionsvertrag, dass die Ausbildungskostenumlage aus den Eigenanteilen herausgenommen wird, umgesetzt werden.

Darüber hinaus müssen die Bundesländer endlich ihrer gesetzlichen Pflicht nachkommen, die dank der Pflegeversicherung eingesparten Gelder in der Sozialhilfe für Investitionen in Pflegeeinrichtungen zu verwenden. Bisher geschieht das nur zum Teil und über mannigfaltige Förderungen mit unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen⁴, sodass die Investitionskosten auf Pflegebedürftige beziehungsweise bei Zahlungsunfähigkeit auf den zuständigen Sozialhilfeträger umgelegt werden. Die Volkssolidarität fordert daher, dass die Investitionskosten flächendeckend durch die Bundesländer zu übernehmen sind, um die Eigenanteile zu reduzieren.

Aus Sicht der Volkssolidarität ist die Erhöhung der Sachleistungsbeträge (ambulant) und Leistungszuschläge (vollstationär) nicht ausreichend. Nötig ist eine komplette Umkehr der Leistungslogik in der Pflegeversicherung („Sockel-Spitze-Tausch“), sodass die Eigenanteile dauerhaft und verlässlich gedeckelt werden können und stattdessen der Anteil der Pflegeversicherung flexibel ist. Damit einher geht auch der Umbau der Pflegeversicherung hin zu einer Vollversicherung.

IV. Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige

Die Idee, die Strukturen der pflegerischen Versorgung durch innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier transparenter und somit einfacher zugänglich zu machen, ist zunächst unterstützenswert.

Problematisch aus Sicht der Volkssolidarität ist hier die Abhängigkeit von der Liquidität der jeweiligen Kommune beziehungsweise des Bundeslandes. Besonders in den ostdeutschen Bundesländern sind die Steuereinnahmen der Kommunen – als ein Indikator für deren wirtschaftliche Stärke – deutlich geringer als in den westdeutschen⁵. Dadurch besteht auch mehr als 30 Jahre nach der Wiedervereinigung noch immer ein Ost-West-Gefälle. Vermögende Kommunen können ein Vorhaben wie Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier umsetzen, nicht vermögende hingegen nicht, sodass letztlich auch für die Versicherten eine Ungleichheit entsteht, die abhängig vom jeweiligen Wohnort ist. Dieser Ungleichheit muss entgegengewirkt werden, indem der Auf- und Ausbau von Hilfestrukturen nicht von der Wirtschaftskraft der einzelnen Kommunen abhängig gemacht wird.

Hier zeigt sich auch eine Analogie zu den Plänen zu Gesundheitskiosken, bei denen die Kommunen die Initiator*innen für den Aufbau sein sollen. Die Möglichkeit zur Umsetzung beider Angebote in einer Kommune bleibt angesichts der Kosten fraglich. Zudem ist unklar, inwieweit Aufgaben von

⁴ IGES Institut GmbH (2021): Berichtspflicht der Länder zu Förderung und Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2019

⁵ [Der Deutschlandatlas - Steuereinnahmekraftl \(bund.de\)](https://www.bund.de/Content/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/01/190101-Steuerkraft.html)

Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier auch in das Aufgabengebiet der Gesundheitskioske fallen. Parallelstrukturen sollten vermieden und stattdessen Synergieeffekte geschaffen werden. Es müssen Zuständigkeiten geklärt und pragmatische Lösungen für Inanspruchnehmende gefunden werden, damit diese auf der Suche nach Unterstützung nicht von einer zur anderen Stelle geschickt werden.

Die Volkssolidarität spricht sich dafür aus, dass diese Hilfestellen – soweit vorhanden – in bereits bestehende Angebote integriert und nach Bedarf ausgebaut werden, sodass ein flächendeckendes Netz aus Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen entsteht. Für die Pläne der Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier können auch bereits vorhandene Pflegestützpunkte oder andere Beratungsangebote genutzt und gefördert werden. Die Stellen der pflegerischen Versorgung und die geplanten Gesundheitskioske sollten, auch wenn sie durch unterschiedliche Kostenträger finanziert werden, eng verzahnt arbeiten und somit transparent und niederschwellig ein Beratungsangebot für Informationssuchende bereitstellen.

Was hier offen bleibt, ist der Umgang mit fehlenden pflegerischen Kapazitäten im Quartier. Die Volkssolidarität spricht sich dafür aus, Hinweise darauf in den verschiedenen Settings als ersten Schritt einer kommunalen Bedarfsplanung der pflegerischen Versorgung in den verschiedenen Sektoren zu nutzen. Denn wenn es zu einem Mangel an Angeboten kommt – der in einigen Bereichen bereits eingetreten ist – helfen auch Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen nicht mehr.

V. Personalausstattung

1. Pflegevergütungsverhandlungen

Die Berücksichtigung von Personalbeschaffungskosten auch hinsichtlich der Aufwendungen für die Beschaffung von inländisch oder im Ausland angeworbenem Personal für Pflegevergütungsverhandlungen ist prinzipiell zu begrüßen, um die tatsächlich anfallenden Kosten berücksichtigen zu können. Gerade im Bereich der Anwerbung aus dem Ausland muss beachtet werden, dass es hier nicht nur um die reine Gewinnung von Arbeitskräften, sondern auch um erhebliche Integrationsleistungen außerhalb der Erwerbsarbeit geht (Einbinden ins soziale Leben, Wohnungssuche, Familiennachzug, Unterstützung bei Kita- und Schulplatzsuche usw.). Dies muss in den Aufwendungen zur Gewinnung von Fachkräften aus dem Ausland unbedingt berücksichtigt werden, um einerseits verantwortungsvolle Anwerbung gewährleisten zu können und andererseits den langfristigen Verbleib angeworbener Pflegekräfte in Deutschland zu sichern.

Die Beschaffung inländischen Personals muss insofern definiert werden, ob das die Anwerbung zukünftig festangestellten Personals oder die von Leiharbeitnehmenden meint. Hier muss aus Sicht der Volkssolidarität dafür Sorge getragen werden, dass die Profitorientierung privatwirtschaftlicher Unternehmen nicht unnötig unterstützt wird. Die gesicherte Refinanzierung von Leiharbeitnehmenden ist zu begrüßen, darf aber nicht die Auseinandersetzung mit dem fragwürdigen Gewinnstreben von

Zeitarbeitsfirmen und damit dem Abfluss von Leistungen der Pflegeversicherung in privatwirtschaftliche Unternehmen begünstigen.

Die Regelungen auf Landesebene bergen die Gefahr, dass im Bundesgebiet mannigfaltige Lösungsansätze entstehen, was zu einer Ungleichheit zwischen den Bundesländern bei Chancen auf neue Arbeitnehmende führt. Eine Regulierung auf Bundesebene beziehungsweise die Einigung der Länder auf gleiche Standards ist hier ausdrücklich zu begrüßen.

2. Pflegeassistenzkräfte in vollstationären Einrichtungen nach §113c SGB XI

Die Volkssolidarität spricht sich dafür aus, dass das Versprechen im Koalitionsvertrag, eine bundeseinheitliche Ausbildung von Pflegeassistenzkräften zu etablieren, eingelöst wird, anstatt weiterhin ausschließlich die Länder in die Pflicht zu nehmen, für die bessere Ausstattung mit landesrechtlich ausgebildeten Pflegeassistent*innen zu sorgen. Die landesrechtlichen Regelungen haben zu einer Heterogenität von Berufsabschlüssen mit Fragen der einheitlichen Qualifizierung und Vergleichbarkeit geführt, die durch die Forderungen im Referent*innenentwurf aufrecht erhalten wird.

Zukünftig soll es laut Referent*innenentwurf möglich sein, dass Fachkraft- und Hilfskraftpersonal in den Personalanhaltswerten der niedrigeren Qualifikationsstufen berücksichtigt werden und somit in jeweils niedrigeren Qualifikationsstufen arbeiten kann. Die Finanzierung soll dann tätigkeitsbezogen auf jener Stufe erfolgen, in der das Personal arbeitet. Diese Substitutionsregelung ist hilfreich, um bereits absehbare vakante Stellen der mindestens einjährig ausgebildeten Pflegehilfskräfte zu besetzen. Die Volkssolidarität lehnt jedoch ab, dass Pflegenden unterhalb ihres eigentlichen Qualifikationsniveaus arbeiten sollen und dementsprechend auch unterhalb ihres Qualifikationsniveaus bezahlt werden. Damit einher geht eine Deprofessionalisierung sowie eine Degradierung der betroffenen Pflege(fach)kräfte. Darüber hinaus steigt die Gefahr, dass Pflegenden aus der Langzeitpflege wegen attraktiverer Arbeitsumstände in die Akutpflege in Kliniken wechseln.

Die Regelung wird im Referent*innenentwurf unter dem §113c SGB XI aufgeführt und gilt nur für die vollstationäre Versorgung. Die anderen Sektoren der pflegerischen Versorgung bleiben hierbei unbeachtet. Die Volkssolidarität spricht sich dafür aus, dass Regelungen sektorenübergreifend getroffen werden, um Einheitlichkeit herzustellen.

VI. Langfristige Finanzierung der Pflegeversicherung

Implizit wird in Aussicht gestellt, dass die Bundesregierung in dieser Legislaturperiode Überlegungen zur langfristigen Finanzierung der Pflegeversicherung anstellen wird.

Die Volkssolidarität spricht sich dafür aus, diesen Prozess zügig einzuleiten und die Umsetzung noch in dieser Legislaturperiode zu beginnen. Die langfristige Finanzierung der Pflegeversicherung muss durch

eine wirkliche Reform erfolgen, die zu Pflegenden entlastet und gute Bedingungen für Pflegekräfte und pflegenden Angehörige schafft. Die Volkssolidarität plädiert für eine Bürger*innenversicherung sowie die Sicherstellung der Pflege durch eine Vollversicherung mit bereits beschriebener Umkehr der Leistungslogik im Sinne eines Sockel-Spitze-Tausches.

Wir hoffen, dass sich unsere Vorschläge im weiteren Gesetzgebungsverfahren widerspiegeln werden. Gern steht Ihnen die Volkssolidarität als Ansprechpartnerin und bei Fragen zur Verfügung.

wir pflegen Alt-Moabit 91 10559 Berlin

MinDir Dr. Martin Schölkopf
Bundesministerium für Gesundheit
Referat 421 – Grundsatzfragen der Pflege und der Pflegeversicherung
Bundesministerium für Gesundheit
Rochusstraße 1
53123 Bonn

5. März 2023

Per E-Mail an

Pflegereformgesetz-Verbaende@bmg.bund.de

1 / 14

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

Sehr geehrter Herr Dr. Schölkopf, sehr geehrte Damen und Herren,

beiliegend die Stellungnahme von *wir pflegen e.V.*, Bundesverband pflegender Angehöriger, zum Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege.

Angesichts der prekären Situation in der häuslichen und ambulanten Pflege bedauern und kritisieren wir die extrem kurze Frist für detaillierte Stellungnahmen. Das angebliche Ziel der Bundesregierung, eine nachhaltige Entwicklung hinsichtlich Gesundheit, Lebensqualität und des sozialen Zusammenhalts der Bürgerinnen und Bürger zu erreichen, wird hierdurch in Frage gestellt.

Zur Planung einer nachhaltigen Entlastung der häuslichen Pflege durch wirksame Unterstützungsangebote vor Ort und für jede individuelle Pflegesituation benötigen die Interessenvertretungen der Betroffenen ein Mitspracherecht als gleichberechtigte Partner in der Pflege in allen pflegepolitischen Gremien. Dazu gehören auch realistische Fristen zur Erörterung neuer Gesetzesentwürfe.

Unsere Stellungnahme finden Sie auf nachfolgenden Seiten. Gerne stehen wir Ihnen für eine detailliertere Darlegung unserer Kritikpunkte und Handlungsempfehlungen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Edeltraut Hütte-Schmitz



Heinrich Stocksclaeder



Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege
(Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG), Bearbeitungsstand:
20.02.2023

2 / 14

Der Gesetzentwurf enthält folgende begrüßenswerte Bausteine:

- den Rechtsanspruch auf ein jährliches Unterstützungsgeld von 10 Tagen
- verfassungskonforme Ausgestaltung des Beitragsrechts der SPV bezüglich der Berücksichtigung des Erziehungsaufwandes von Eltern
- das Entfallen der Vorpflegezeit bei Inanspruchnahme der Verhinderungspflege
- die Ausweitung der Dauer für die mögliche Inanspruchnahme der Verhinderungspflege sowie die Zahlung des Pflegegeldes von sechs auf acht Wochen
- die geplante Einführung eines Informationsportals zu Pflege- und Betreuungsangeboten
- Referentenstelle beim Qualitätsausschuss für die „Betroffenenseite“, allerdings nur wenn in dieser Stelle auch präzise Handlungskompetenzen zur Verbesserung der Situation verankert werden

Der Gesetzesentwurf entspricht mit den vorliegenden Empfehlungen allerdings nicht den Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich Gesundheit, Lebensqualität und des sozialen Zusammenhalts der Bürgerinnen und Bürger.

Die systemische und systematische Benachteiligung der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen in der häuslichen Pflege und die Nichtberücksichtigung ihrer oftmals prekären Pflegesituationen durch überwiegend mangelnde Unterstützungsangebote und unterlassene Anpassung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung, überlasten insbesondere pflegende Angehörige finanziell, emotional, physisch und psychisch.

Das genannte Ziel, die häusliche Pflege zu stärken und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sowie andere Pflegepersonen nachhaltig zu entlasten, lässt sich über die viel zu kurz gegriffenen Maßnahmen des Referentenentwurfs nicht erreichen.

Leitgedanke des Gesetzentwurfs ist die kurzfristige Sicherung der Finanzierung der Pflegeversicherung. Als Ursachen für die Notwendigkeit der Verbesserung der Einnahmesituation der sozialen Pflegeversicherung werden genannt:

- demografische Entwicklung
- höhere Ausgaben für die zeitlich gestaffelte Eigenanteilsreduzierung in der vollstationären Pflege und

- insbesondere die hohen Kosten für die Erstattung von pandemiebedingten Mehraufwendungen und
- Mindereinnahmen der Pflegeeinrichtungen sowie der Kosten für PoC-Antigen-Testungen in der Langzeitpflege

Die pandemiebedingten Kosten sind aus Steuermitteln zu bestreiten. Sie dürfen nicht dem Beitragszahler aufgebürdet werden und schon gar nicht dürfen sie dazu führen, die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung weiterhin nicht entsprechend der Kostensteigerung zu erhöhen.

3 / 14

Die kurzfristige Sicherung der Finanzierung der Pflegeversicherung darf nicht dazu führen, dass die dringend notwendige nachhaltige Lösung der Finanzierung der Pflegeleistungen erneut in die Zukunft verlagert wird.

Pflegebedürftige und pflegende Angehörige müssen bei Bedarf auch die benötigten Pflegeleistungen auf dem Pflegemarkt erhalten können. Dies ist seit vielen Jahren nicht der Fall. Insbesondere Familien in intensiven Pflegesituationen berichten mittlerweile täglich von Kündigungen der Pflegedienste.

Die pflegerische Infrastruktur weist in nahezu allen Bereichen gravierende Lücken auf: Im Ergebnis können deswegen gesetzliche Leistungsansprüche in eklatantem Umfang nicht in Anspruch genommen werden. Eine Hochrechnung auf Basis der Daten der VDK-Nächstenpflege-Studie ergab einen Betrag von 14 Milliarden Euro, die die Pflegeversicherung dadurch einspart. Dieser Fehler im System muss dringend behoben werden. Aus Sicht hilfebedürftiger pflegender Angehöriger ist hier ein Straftatbestand der unterlassenen Hilfeleistung gegeben, würde man strafrechtliche Maßstäbe zugrunde legen.

Zu den Regelungsentwürfen im Einzelnen

1. Erhöhung des Pflegegeldes um 5 Prozent

Das Pflegegeld sollte noch im Jahr 2023 um 20 Prozent erhöht werden. Ab dem Jahr 2024 sollte das Pflegegeld regelhaft jährlich dynamisiert erhöht werden.

Das Pflegegeld wurde zuletzt im Jahre 2017 erhöht. Die geplante Erhöhung um 5 Prozent bleibt weit hinter den Inflationsraten von inzwischen 16 Prozent zurück, ohne dass dabei die die Inflation des Jahres 2023 berücksichtigt ist. Und da kommt noch die Inflation des Jahres 2023 dazu. Die Erhöhung bleibt ebenfalls hinter dem Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig Beschäftigten zurück. Diese ist von 2.917 Euro im Jahre 2017 auf 3.352 Euro im Jahre 2022, also um knapp 15 Prozent gestiegen.

2. Erhöhung der ambulanten Sachleistungsbeträge um 5 Prozent

Der fehlende Inflationsausgleich aus den Jahren 2017 bis 2021 muss dringend nachgeholt und die Kostensteigerungen durch das Tariftreuegesetz mit mindestens 25 Prozent für das Jahr 2022 ausgeglichen werden. Die Erhöhung sollte noch in 2023 erfolgen und mindestens 30 Prozent betragen, um die bestehenden finanziellen Defizite der vergangenen Jahre realistisch



auszugleichen.

Ab dem Jahr 2024 müssen die Sachleistungen ebenfalls regelhaft jährlich dynamisiert erhöht werden.

Die ambulanten Sachleistungen wurden zuletzt im Jahr 2022 um 5 Prozent erhöht. Davor waren sie fünf Jahre lang unverändert. Gleichzeitig stiegen die Löhne in der Altenpflege im Zeitraum von 2017 bis 2021 um 19,7 Prozent (Fachkräfte) bzw. 16,5 Prozent (Pflegehelfer) und lagen damit in diesem Zeitraum weit über der Inflationsrate. Die Kosten der Pflegeleistungen sind daher deutlich stärker als die Inflation gestiegen und die geplante Erhöhung um 5 Prozent bleibt zusätzlich hinter der Inflationsrate von 2022 zurück.

4 / 14

Pflegende Angehörige berichten von Preissteigerungen von 25 - 30 Prozent als Folge des Tariftreuegesetzes. Eine Erhöhung wegen lohnbedingt steigender Pflegevergütungen ist dringend erforderlich, sie muss jedoch deutlich höher ausfallen.

Es darf nicht sein, dass die Kosten des Tariftreuegesetzes allein auf Pflegebedürftige und ihre Familien abgewälzt werden. Da viele nicht mehr in der Lage sind, die hohen Eigenanteile zu tragen, reduziert sich so parallel die Inanspruchnahme von Leistungen. Dadurch steigt die Belastung pflegender Angehöriger, die den Ausfall der Unterstützungsleistung oft über die eigene Erschöpfungsgrenze hinaus kompensieren müssen.

Eigenleistung von pflegenden Angehörigen (Nur Hauptpflegeperson)					
	Private Ausgaben für Pflege ohne Leistungen der SPV	Zeitliche Aufwendungen		fiktiver Lohn	Gesamtkosten
	pro Monat	Std./Woche	Std./Monat	Pflegemindestlohn	
PG 1	193	23	97,75	1109,46	1302,46
PG 2	203	34	144,50	1640,08	1843,08
PG 3	275	47	199,75	2267,16	2542,16
PG 4	312	72	306,00	3473,10	3785,10
PG 5	333	97	412,25	4679,04	5012,04

Die Daten sind Befragungsdaten aus dem AOK/WidO-Pflegereport 2020. Sie wurden zum Jahreswechsel 2019/2020 erhoben. Die privaten Ausgaben sind ohne Ausgaben, die durch die Pflegekassen finanziert wurden. Die aufgewendeten Stundenzahlen wurden mit dem Pflegemindestlohn des Jahres 2020 (10,35 €) bewertet. Nicht enthalten ist in den Zahlen der Verlust an Einkommen durch Reduzierung und Aufgabe der Erwerbsarbeit. Sofern der Lohnsatz höher war als der fiktive Pflegelohn, erhöhen sich die Eigenleistungen entsprechend.

Die Zahlen beziehen sich ausschließlich auf die Hauptpflegeperson. Sofern mehrere Personen an der Pflegebeteiligt sind, was vor allem bei höheren Pflegegraden der Fall ist, ist die Eigenleistung der Angehörigen insgesamt je Pflegebedürftigen nachmals höher.

Das Gleiche gilt für die Leistungsansprüche für **Tages- und Nachtpflege sowie die Kurzzeit-**



und Verhinderungspflege, den Entlastungsbetrag und die wohnumfeldverbessernden Maßnahmen. Auch hier muss dringend eine Erhöhung erfolgen, die zumindest die erhöhten Kosten des Tariftreuegesetzes abdeckt.

3. Dynamisierung der Geld- und Sachleistungen 2025-2028 / langfristige Leistungsdynamisierung

5 / 14 Die automatische, regelhafte Anpassung der Geld- und Sachleistungsbeträge in den Jahren 2025 und 2028 reicht nicht aus. Die Leistungen müssen ab sofort jährlich angepasst werden. Die Vorschläge für die langfristige Leistungsdynamisierung müssen folglich von der Bundesregierung noch in diesem Jahr erarbeitet werden.

— Wir stellen sehr deutlich in Frage, ob die Dynamisierung nach Inflation überhaupt angemessen ist, da die Pflegeversicherung als Teilkostenversicherung lediglich zur Abdeckung eines Teils der Pflegeaufwendungen dient und nicht zur Deckung der allgemeinen Lebenshaltungskosten bestimmt ist. Daher erscheint es aus unserer Sicht sinnvoller, die Dynamisierung an die Kostenentwicklung der Sachleistungen anzupassen. Diese wird angesichts des Fachkräftemangels in den nächsten Jahren voraussichtlich stärker wachsen als die Inflation. Eine Dynamisierung nach Inflationkriterien würde, wie auch schon in den vergangenen Jahren zu einer weiter schleichenden Entwertung der Leistungsansprüche und damit zu weiter steigenden Eigenanteilen führen.

Die Deckelung der Dynamisierung mit der durchschnittlichen Lohnentwicklung birgt ebenfalls die Gefahr steigender Eigenanteile, da der hohe Fachkräftemangel die Kostenentwicklung im Pflegesektor überdurchschnittlich nach oben treiben wird.

Zusätzlich sollten im Falle außergewöhnlicher Preissteigerungen, wie wir sie im letzten Jahr bei den Energiepreisen gesehen haben, zusätzliche Unterstützungen vorgesehen werden. Hier ist es notwendig, den Familien der Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen eine Energiepauschale als Nachzahlung für die enorm gestiegenen Energiepreise zukommen zu lassen, da in Haushalten mit pflegebedürftigen Personen nicht an Wärme gespart werden kann.

4. Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege

Mit der Einführung eines Gemeinsamen Jahresbetrags für die Kurzzeit- und Verhinderungspflege und als Gesamtleistungsbetrag werden die Forderungen nach einem Entlastungsbudget für Pflegebedürftige aufgegriffen. Mit den vorgesehenen Regelungen können dann zumindest die Leistungen der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege flexibel abgerufen werden.

Um allerdings eine weitergehende, nachhaltige Stärkung der häuslichen Pflege zu bewirken muss der Gesetzgeber über die Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege hinaus zumindest auch den Entlastungsbetrag und die Pflegehilfsmittelverbrauchspauschale in einem flexibel einsetzbaren Entlastungsbudget zusammenzufassen.

Der Entlastungsbetrag muss einbezogen werden, da er derzeit aufgrund enger Kriterien nur



von einer Minderheit berechtigter Personen genutzt wird.¹ Die während der Pandemie erfolgte Erhöhung der Pflegehilfsmittelverbrauchspauschale von 40 auf 60 Euro muss regelhaft beibehalten werden und in das Entlastungsbudget einbezogen werden, um Kostensteigerungen auszugleichen und Flexibilitäten zu ermöglichen. Dem dient auch die Möglichkeit, bis zu 40 Prozent des Sachleistungsanspruchs für ambulante Pflegeleistungen in Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag umwandeln zu können.

6 / 14

Da aktuell nur für 2 Prozent der pflegebedürftigen Menschen, die im Rahmen der häuslichen Pflege versorgt werden, ein Tagespflegeplatz verfügbar ist, halten wir es für dringend notwendig, in Fällen, in denen die Kommunen keinen Tagespflegeplatz verlässlich zur Verfügung stellen können, auch die Tagespflege zu mindestens 30 Prozent in das Entlastungsbudget einzubeziehen.

Mit dem Entlastungsbudget werden im SGB XI fest verankerte Leistungen zusammengefasst. Organisatorisch reduziert sich der Aufwand für alle Beteiligten spürbar, da Beantragung und Nachweis mehrerer Einzelleistungen gebündelt werden.

Das Entlastungsbudget muss analog zu anderen Leistungen wie Pflegegeld und Pflegesachleistung regelmäßig dynamisiert werden.

Das erweiterte Entlastungsbudget ist insbesondere auch für die unabdingbar notwendige Verbesserung der Situation chronisch kranker pflegebedürftiger Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener sowie der sie pflegenden Eltern² von ausgesprochen hohem Wert. Gleichzeitig ist es gerade für diesen Personenkreis dringend erforderlich, dass in der Pflegeinfrastruktur auch bedarfsorientiert Angebote an Kurzzeitpflegeplätzen / Kurzzeitwohnplätzen und temporärer Entlastung (stundenweise, nachts) zur Verfügung stehen und weiteren Unterstützungsbedarfen Rechnung getragen wird. (siehe auch Paragraph 7.)

Für die Leistungen der Kurzzeitpflege muss zudem unbedingt die Gerechtigkeitslücke zwischen Menschen mit hohem und mit niedrigerem Unterstützungsbedarf geschlossen werden. Aktuell erhalten Angehörige pflegebedürftige Menschen mit hohen Pflegegraden einen geringeren Zeitraum an Entlastungstagen als diejenigen mit geringen Pflegegraden, da die Leistungen für die Kurzzeitpflege für alle Pflegegrade gleich hoch sind, die Kosten aber mit dem Pflegegrad steigen.

5. Pflegeunterstützungsgeld – fehlende Lohnersatzleistung und fehlender Rechtsanspruch auf einen Tagespflegeplatz

Wir begrüßen, dass das Pflegeunterstützungsgeld künftig pro Kalenderjahr für bis zu 10 Tage gezahlt werden soll. Wir vermissen allerdings die im Koalitionsvertrag vereinbarte

¹ Der VDK-Nächstenpflege-Studie zufolge nahmen 80 Prozent der befragten Pflegebedürftigen den Entlastungsbetrag nicht in Anspruch

² Weitere Informationen und Handlungsbedarfe hat der Bundesverband wir pflegen e.V. mit einem Arbeitskreis Pflegende Eltern im April 2022 in dem Positionspapier „Für uns und unsere Kinder – Handlungsempfehlungen zur Unterstützung pflegender Eltern“ zusammengefasst:

<https://www.wir-pflegen.net/aktuelles/nachrichten/fuer-uns-und-unsere-kinder-handlungsempfehlungen-zur-unterstuetzung-pflegender-eltern>



Lohnersatzleistung. (Mehr Fortschritt Wagen, S.81: „Wir entwickeln die Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetze weiter und ermöglichen pflegenden Angehörigen und Nahestehenden mehr Zeitsouveränität, auch durch eine Lohnersatzleistung im Falle pflegebedingter Auszeiten.)

Berufliche Zeitsouveränität verbunden mit einer Lohnersatzleistung ist Grundpfeiler einer echten und notwendigen Pflegereform und unverzichtbarer Bestandteil zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf – insbesondere für Frauen und für eine gerechtere Verteilung der Pflegeverantwortung in Familien.

7 / 14
— Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf muss nicht nur zur Abschwächung des Arbeitskräftemangels auch durch ein ausreichendes Angebot an Entlastungs- und Unterstützungsleistungen (Ambulante Pflege, Tagespflege, hauswirtschaftliche / haushaltsnahe Dienstleistungen, Kurzzeitpflege und Betreuungsleistungen) und eine Lohnersatzleistung, wenn pflegende Angehörige vorübergehend ihre Arbeitszeit reduzieren, möchten gesetzlich flankiert werden. Den rund 4,2 Millionen pflegebedürftigen Menschen, die im Rahmen der häuslichen Pflege von Angehörigen versorgt werden, standen Ende 2021 gerade einmal 96.500 Tagespflegeplätze zur Verfügung. Die Ausgaben für die Tagespflege hatten 2021 entsprechend eines marginalen Anteiles von nur 1,75 Prozent an den Gesamtausgaben der sozialen Pflegeversicherung. Dadurch wird deutlich, dass eine Vereinbarkeit von Pflege und Beruf für pflegende Angehörige gar nicht möglich ist.

Pflegebedürftige Personen und ihre pflegenden An- und Zugehörigen benötigen dringend einen Rechtsanspruch auf einen Tagespflegeplatz analog zum Rechtsanspruch auf einen Kita-Platz und die Umsetzung der Kernforderung des Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Form einer bis zu 36-monatigen Lohnersatzleistung.

In den Fällen, in denen Betroffene nicht auf die Lohnersatzleistung zurückgreifen können, muss der Gesetzgeber für einen sozial gerechten armutsverhindernden Ausgleich sorgen.

An dieser Stelle greift der Gesetzentwurf eindeutig zu kurz. Wir appellieren deshalb dringend, diesen von den Betroffenen, der Fachöffentlichkeit und den Koalitionsfraktionen im Koalitionsvertrag vorgesehenen Reformbaustein im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens aufzugreifen und zu integrieren.

6. Entlastungsbetrag

Der Gesetzentwurf geht auf den dringenden Verbesserungsbedarf beim Entlastungsbetrag gemäß § 45 b SGB XI leider nur redaktionell im Rahmen der Änderung der Auflistung der Leistungen in § 28 SGB XI ein.

Nach wie vor wird der Entlastungsbetrag viel zu wenig in Anspruch genommen. Gründe sind insbesondere limitierende Vorgaben der Umsetzungsverordnungen der Bundesländer (wie Abrechnung privater (Nachbarschafts)Hilfe, Schulungsvorgaben, Qualitätsnachweise), fehlende Übersichten zum Angebot, bürokratische Hemmnisse, Informations- und Beratungsdefizite und mangelnde Angebote auf dem Markt.³

³ <https://pflege-dschungel.de/entlastungsbetrag-2023/>
<https://www.pflege-durch-angehoerige.de/kurzzeitpflege-mit-dem-entlastungsbetrag-verrechnen/> ;
<https://www.dak.de/dak/ihr-anliegen/was-kann-ich-nicht-ueber-den-entlastungsbetrag-abrechnen-2552016.html#/> /;



Angesichts dessen ist es dringend erforderlich, eine auch im Hinblick auf die Abrechenbarkeit privater Nachbarschaftshilfe flexible und unbürokratische Nutzung des Entlastungsbetrags zu ermöglichen.

7. Erleichterungen für die Zielgruppe pflegende Eltern

wir pflegen e.V. vermisst im Referentenentwurf durchweg ein Verständnis und entsprechende Handlungsempfehlungen zur Erleichterung der Pflegesituationen von Eltern von chronisch kranken und/oder behinderte Kinder und Jugendlichen.

8 / 14

„Kinder“ werden im Referentenentwurf einhundertmal erwähnt, jedoch nur im Zusammenhang mit der Pflegebegutachtung von Kindern und der Beitragsfinanzierung. Dabei bedeuten Kinder mit Beeinträchtigung eine oft lebenslange Aufgabe, die nicht mit dem Eintritt ins Erwachsenenalter endet, das gesamte System Familie (Eltern und Geschwisterkinder) betreffen und lebenslange Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der pflegenden Angehörigen, meist Frauen, die sich in der Phase der wirtschaftlichen Sicherung befinden.

wir pflegen e. V. weist in diesem Zusammenhang auf die Forderungen pflegender Eltern hin, die als Handlungsempfehlungen bereits allen Ministerien und Pflegebeauftragten vorliegen.⁴

Auch wenn die Leistungen des SGB XI oft nicht zwischen Kindern und Erwachsenen unterscheiden, so sind die Fragen und Bedarfe in der Pflege von Kindern und Jugendlichen doch ganz andere als die von Senior*innen.

wir pflegen e.V. drängt daher, im Referentenentwurf auch die Weiterentwicklung eines flächendeckenden Ausbaus der unabhängigen Pflegestützpunkte mit Erweiterung einer speziell für die Belange von Kindern und Jugendlichen qualifizierten Pflegeberater*in nach §7a SGB XI aufzugreifen um pflegenden Angehörigen eine echte Entlastung bei der Suche nach geeigneten Lösungen für die ganz spezifischen Bedarfe einer Familie mit beeinträchtigtem und/oder chronisch erkranktem Kind/Jugendlichen zu ermöglichen.

Hierzu gehört auch der dringliche Ausbau von Tages- und Nachtpflegeangebote, um die enormen Belastungen, die sich aus der Pflege eines beeinträchtigten Kindes/Jugendlichen mit herausforderndem Verhalten und/oder gestörtem Tag-Nacht-Rhythmus ergeben, zu erleichtern. Familien benötigen diese Unterstützung, um sich erholen zu können und somit nicht in einer für sie hoffnungslosen, zermürbenden und nicht enden wollenden Belastungssituation zu enden.

8. Rentenbeiträge für pflegende Angehörige aus Steuermitteln

Der Koalitionsvertrag sieht vor, dass „Rentenbeiträge für pflegende Angehörige aus Steuermitteln“ zu finanzieren sind.

Dem Tagesspiegel Background Gesundheit vom 27.02.2023 zufolge sah der erste Reformentwurf vom 19. Dezember 2022 vor, dass der Bund beginnend mit dem 01.01.2023 3,7 Milliarden Euro pro Jahr für Rentenbeiträge an die Pflegekassen überweisen sollte.

⁴ Für uns und unsere Kinder – Handlungsempfehlungen zur Unterstützung pflegender Eltern. 2022. https://wir-pflegen.net/images/aktuelles/2022/220922_wp_Eltern-lang.pdf



Der Gesetzentwurf weist dieses wichtige Vorhaben nicht mehr aus. Hier ersehen wir es als dringend erforderlich an, die ursprüngliche Planung wieder aufzugreifen. Das gilt auch für die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege durch die Krankenversicherung.

9. Anrechnung von Pflegezeiten in der Rente

Wir vermissen ferner die Anpassung der Anrechnung von Pflegezeiten in der Rentenbemessung – nur durch eine Anpassung von Pflegezeiten in der Rente kann das wachsende Risiko von Altersarmut als Resultat von Pflegeverantwortung verhindert werden. Darauf wird im Referentenentwurf für uns unverständlicherweise nicht eingegangen.

9 / 14

Die rentenrechtliche Anerkennung von Pflegeleistungen ist ein Problemfeld der häuslichen Pflege. Im Barmer Pflegereport 2022 (S. 100) heißt es *„Nur gut ein Viertel der Pflegepersonen erhält derzeit eine Absicherung in Form von Rentenversicherungsbeiträgen durch die Pflegeversicherung“*.

Folgende Verbesserungen sind hier notwendig:

- Zeiten der Pflege in der Berechnung der Rente von pflegenden Angehörigen müssen unabhängig von der Inanspruchnahme anderer Hilfeleistungen berücksichtigt werden
- Die rentenrechtliche Anerkennung von Pflegeleistungen muss mit der Anerkennung von Erziehungsleistungen gleichgesetzt werden.
- Die maximale wöchentliche Arbeitszeit (30 Stunden) als Voraussetzung für die rentenrechtliche Anerkennung von Pflegeleistungen muss entfallen.
- Auch bei Unterbrechung einer Vollzeitbeschäftigung durch eine kurze Pflege- und Familienpflegezeit muss diese künftig rentenrechtliche Berücksichtigung finden.

Zu einer Verbesserung der rentenrechtlichen Situation pflegender Angehöriger legt *wir pflegen e.V.* an anderer Stelle weitere Handlungsempfehlungen vor.

10. Erhöhung der Zuschüsse zur Begrenzung der Belastungen bei der stationären Pflege

Die zum 1. Januar 2022 eingeführten Leistungszuschläge zur Reduzierung von Eigenanteilen in der vollstationären pflegerischen Versorgung werden zum 1. Januar 2024 um weitere 5 bis 10 Prozentpunkte erhöht. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen, *wenn sie gleichzeitig proportional von Investitionen zur Reduzierung der Eigenanteile in der häuslichen Pflege begleitet werden*

Diese Maßnahme ist mit einem Kostenvolumen von jährlich 0,6 Milliarden. € die zweitgrößte Position bei den Mehrausgaben, obwohl sie nur den 16 Prozent der pflegebedürftigen Menschen zugutekommt, die vollstationär versorgt werden. Der Anteil der Kosten für die vollstationäre Pflege liegt aktuell mit 25 Prozent (Kennzahlen der sozialen Pflegeversicherung - GKV Spitzenverband) bereits schon jetzt überproportional zum Anteil der pflegebedürftigen Menschen, die vollstationär versorgt werden. Die geplanten Maßnahmen des Referentenentwurfs verschärfen diese Ungleichbehandlung von vollstationärer und häuslicher Pflege nochmal eklatant.

Für die 84 Prozent der pflegebedürftigen Menschen, die im Rahmen der häuslichen Pflege von

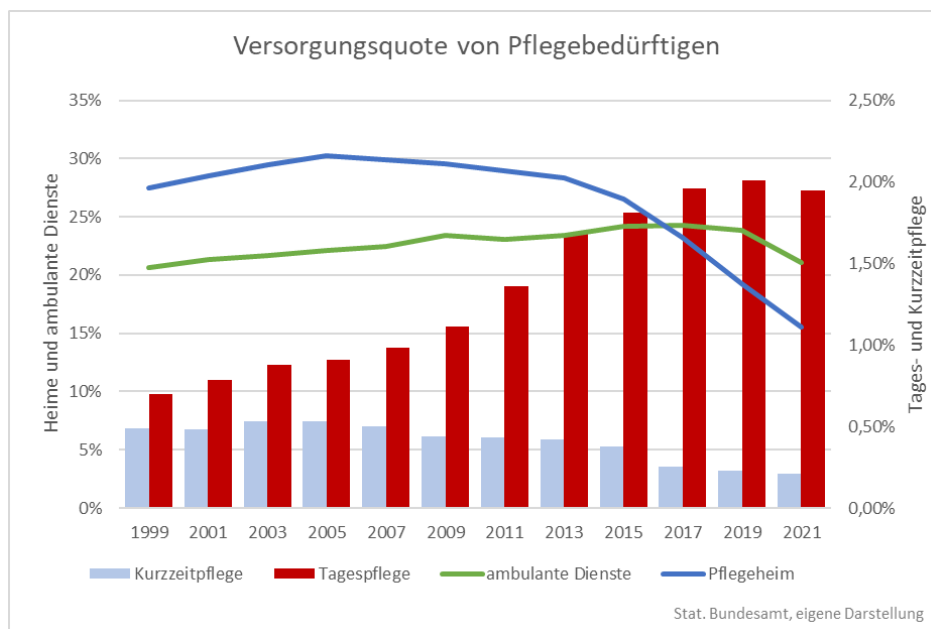


pflegenden Angehörigen versorgt werden, sind mit

- 0,7 Mrd. Euro für die Erhöhung des Pflegegeldes
- 0,3 Mrd. Euro für die Erhöhung der Pflegesachleistungen
- 0,5 Mrd. Euro für den Gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege und
- 0,02 Mrd. Euro für die Ausweitung des Pflegeunterstützungsgeldes

proportional deutlich geringere Mehrausgaben vorgesehen.

10 / 14



Der Anteil der Pflegesachleistung an den Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung ist von 13,9 Prozent in 2015 auf 10,9 Prozent in 2021 zurückgegangen (siehe: Kennzahlen der sozialen Pflegeversicherung GKV Spitzenverband, S. 16, April 2022). Und das obwohl der Anteil der häuslichen Pflege allein von 2017 bis 2021 von 76 Prozent auf 84 Prozent gestiegen ist. Die geplante minimale Erhöhung der Pflegesachleistungen wird diesen Trend nochmal deutlich verstärken. Das ist unverantwortlich! Pflegenden Angehörigen sind durch diese Entwicklung und die zusätzlichen pandemiebedingten Belastungen nicht nur am Limit, sie sind vielfach am Ende ihrer Kräfte! Zusätzlich sind sie von massiven Kostensteigerungen und damit einhergehenden existentiellen Ängsten geplagt.⁵ Dies betrifft insbesondere Frauen, Alleinerziehende, Menschen mit Migrationshintergrund und junge Pflegenden.

Die Leistungszuschläge zur Reduzierung von Eigenanteilen sind nicht nur in der vollstationären Versorgung erforderlich. Die Eigenanteile der pflegebedürftigen Menschen, die zu Hause gepflegt werden, müssen ebenso reduziert werden.

Dazu müssen die Investitionskosten in der stationären und teilstationären Pflege aus Steuermitteln finanziert werden.

⁵ siehe unter anderem VdK-Studien: Armutsfälle Nächstenpflege, September 2022



Die Verschiebung der Leistungsdynamisierung um ein Jahr führt einmalig zu Minderausgaben von 3,2 Milliarden Euro. Diese Verschiebung erfolgt einseitig zu Lasten der pflegebedürftigen Menschen und ihrer pflegenden Angehörigen, die sie zu Hause versorgen. Das ist angesichts der Not, die durch die jahrelang unterlassenen Anpassungen der Leistungen der Pflegeversicherung, in diesen Familien herrscht, nicht akzeptabel. Pflegende Haushalte dürfen nicht zur Finanzierung pandemiebedingter Ausgaben oder gar zur Entlastung der Träger der Sozialhilfe durch die Leistungszuschläge zur Reduzierung der Eigenanteile in der vollstationären Pflege herangezogen werden.

11 / 14

11. Heilmittelversorgung

Der Gesetzentwurf greift zu unserem großen Erstaunen die Defizite bei der Heilmittelversorgung von chronisch kranken und behinderten Kindern und Jugendlichen nicht auf, obwohl die Problematik seit längerem bekannt ist.

wir pflegen e.V. empfiehlt deshalb dringend, § 40 Abs. 5 SGB XI dergestalt zu erweitern, dass chronisch kranken und behinderten Kindern und Jugendlichen eine direkte Bewilligung von Hilfs- und Heilmitteln seitens der Krankenkassen ohne Prüfung durch den Medizinischen Dienst zukommen kann, sofern ein SPZ die Verordnung ausgestellt hat.

Ebenfalls fordern wir, als Maßnahme zur Entbürokratisierung eine längere Geltungsdauer der Rezepte für Heilmittel.

12. Rechtsverordnungsermächtigung für die Bundesregierung zur Anpassung des Beitragssatzes

Die Verordnungsermächtigung für zukünftige Beitragserhöhungen und ihre Begründung offenbaren, dass das BMG davon ausgeht, dass die geplanten Mittelzuflüsse nicht ausreichen werden, den Finanzbedarf der sozialen Pflegeversicherung abzudecken. Hier ist dringend mehr Handlungs-sicherheit für alle Beteiligten erforderlich. Die „Flickschusterei“ muss ein Ende haben. Die geplante Verordnungsermächtigung ist kein tragfähiger Lösungsansatz und darf nicht zu einem „Freibrief für Beitragserhöhungen in Serie“ werden, wie die DAK (Herr Storm) zu Recht problematisiert.

Dies gilt auch für die nicht akzeptable Praxis, der Pflegeversicherung dadurch zusätzlich finanziell Luft zu verschaffen, indem Leistungsverbesserungen zeitlich nach hinten verschoben werden, nur in geringerem Umfang bzw. gar nicht kommen.

13. Ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte / Betreuung in häuslicher Gemeinschaft (sog. 24-Stunden-Pflege)

Auf die dringend erforderliche Lösung der mit der Betreuung in häuslicher Gemeinschaft verbundenen Probleme geht der Gesetzentwurf leider nicht ein, obwohl sie schon seit langen bekannt sind, das Urteil des Bundesarbeitsgerichts den Handlungsdruck verschärft und



Lösungsansätze vorliegen.⁶ Damit zeichnet sich für eine weitere prekäre Säule der häuslichen Versorgung nach wie vor noch keine Besserung ab.

Aus unserer Sicht ist es dringend erforderlich, eine rechtssichere Weiterentwicklung, insbesondere eine im SGB XI verankerte Definition dieser Leistungsform, vorzunehmen.

Weitere Regelungsbestandteile sind insbesondere qualitative Mindeststandards, die Refinanzierung durch die Sozialleistungsträger und eine praxisorientierte Kombination mit dem Angebot an Entlastungsleistungen.

12 / 14

14. Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier

Das Vorhaben wird mit Vorbehalt begrüßt.

Wir stellen aufgrund bisheriger Erfahrungen mit Kofinanzierungen in Frage, ob sich die Vorgabe einer hälftigen Kofinanzierung als limitierend für die Umsetzung der Zielsetzung erweist.

Aus unserer Sicht ist das Förderbudget ein sinnvoller Schritt auf dem Weg zu einer stärkeren Einbeziehung der Kommunen in die Gestaltung der pflegerischen Versorgungslandschaft und zu der notwendigen Stärkung der Ansätze und Beiträge der sorgenden Gemeinschaften.

15. Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten

Das geplante Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten mit dem Ziel einer passgenaueren Gestaltung der Versorgung in der eigenen Häuslichkeit begrüßen wir grundsätzlich, es bedarf aber der Präzisierung und Ergänzung (Meldepflicht für freie Plätze; Eingabetool für Erfassung fehlender Angebote) sowie einer starken Einbindung der Betroffenenvertretungen bei der Gestaltung. Es kann jedoch die gravierenden Defizite bei der Pflegeinfrastruktur nicht kompensieren: was es nicht gibt, kann nicht vermittelt werden. Diese müssen deshalb parallel geschlossen werden. Empfohlen wird zudem, die sich damit eröffnenden Möglichkeiten zum Schließen der erheblichen strukturellen Defizite im Bereich der Information und Beratung sowie beim Care Management (Klärung Zuständigkeiten und Vorgehen zum Lückenschluss in der Angebotsstruktur) zu nutzen. Hierzu reichen wir in Kürze ein gesondertes Papier ein.

16. Durchführung der Beratung per Videokonferenz

Die Videoberatung kann dazu beitragen, regionale Defizite im Angebot abzumildern. Es ist deshalb begrüßenswert, wenn sie strukturell besser verankert wird. wir pflegen e.V. empfiehlt, ergänzend dazu folgende Hürden abzubauen, die der Inanspruchnahme im Wege stehen:

⁶ 28 Emunds B., Habel S. (2020) Von der Schwarzarbeit zum „grauen Markt“ – und dar-über hinaus? Neuere und künftig notwendige Entwicklungen der sog. 24-Stunden-Pflege. In: Jacobs K., Kuhlmeier A., Greß S., Klauber J., Schwinger A. (eds) Pflege-Report 2020. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61362-7_7; Greta Schabram | Nora Freitag: Harte Arbeit, wenig Schutz. Osteuropäische Arbeitskräfte in der häuslichen Betreuung in Deutschland; 2022; https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/Analyse_Studie/Analyse_Harte_Arbeit.pdf



- Fehlender Netzzugang
- Fehlende Hardware
- Fehlende Barrierefreiheit
- Fehlende Angebote für Menschen aus bildungsfernen Milieus
- Fehlende Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund
- Fehlende spezifische Angebote für junge Pflegende
- Erweiterung der Beratungszeiten über die Kernarbeitszeiten hinaus insbesondere zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

13 / 14

17. Versorgung mit Kurzzeitpflege

Die Versorgung mit Kurzzeitpflegeplätzen / Kurzzeitwohnplätzen ist bundesweit ein Kernproblem. Die bestehenden qualitativen und quantitativen Defizite müssen schnellstmöglich beseitigt werden.

wir pflegen e.V. fordert

- Die Beauftragung des GKV-Spitzenverbands mit der Erfassung und Bewertung der Umsetzungsbarrieren und der Erstellung von Handlungsempfehlungen zum Ausbau der Kurzzeitpflege bis Oktober 2023 unter Beteiligung der Anbieterverbände und Kostenträger.
- Bei Bedarf weitere Rahmenvorgaben durch das BMG bis zum 31.12.2023.
- Die Erfassung des aktuellen Bestands und des erwarteten Bedarfs an eingestreuten und solitären Kurzzeitpflegeplätzen für unterschiedliche Pflegefälle in adäquater Ausstattung (Ist-Soll-Erfassung) sowie darauf aufbauend die Ausweisung jährlicher Ausbauziele als kommunale Pflichtaufgabe.
- Eine Überprüfung und bedarfsorientierte Anpassung der Rahmenverträge für die Kurzzeitpflege in den Ländern, insbesondere der Refinanzierungsbedingungen und qualitativen Anforderungen auf Basis der Handlungsempfehlungen zum Ausbau der Kurzzeitpflege. Bestandteil könnte bedarfsabhängig die Einführung einer verbindlichen Quote an Kurzzeitpflegeplätzen in stationären Pflegeeinrichtungen (flächendeckende eingestreute Kurzzeitpflege) und solitären Kurzzeitpflegeplätzen für spezielle Nutzergruppen sein.
- Die zeitnahe Einführung der geplanten Plattform mit der Information über bestehende Angebote und der Ausweisung von freien Plätzen mit den entsprechenden Ausstattungen für unterschiedliche Pflegesituationen. Diese muss gekoppelt sein mit einer individuellen analogen Beratung für Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen keine virtuellen Informationen abrufen können.
- Die Ergänzung des geplanten Informationsportals mit einem Eingabetool, das es -nutzerfreundlich und niedrigschwellig gestaltet – Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen sowie vergleichbar Nahestehenden, Mitarbeitern von Beratungs- und Entlastungsangeboten, Sozialdiensten im Krankenhaus, Anbietern von Pflege-,



Entlastungs- und Betreuungsangeboten, MDK, Heimaufsicht und Verwaltung ermöglicht, auf vor Ort fehlende Angebote hinzuweisen.

- Bedarfsorientiert die Entwicklung und Erprobung von Angeboten der Kurzzeitpflege für spezielle Zielgruppen.
- Die Gewährleistung einer gleichen Anzahl an Entlastungstagen unabhängig vom Pflegegrad.

Berlin, den 5. März 2023

14 / 14

Über wir pflegen e.V. – www.wir-pflegen.net

Der Bundesverband wir pflegen e.V. ist eine Interessenvertretung und Selbsthilfeorganisation für pflegende Angehörige. Der 2008 gegründete Verein setzt sich für nachhaltige Verbesserungen in der häuslichen Pflege ein.

Über den Austausch mit anderen Pflegenden ermöglichen wir Angehörigen mehr Anerkennung, Kontakt und Informationen sowie eine Stimme in Politik und Gesellschaft – als gleichberechtigte Partner in der Pflege.



Stellungnahme der

> Wir! Stiftung pflegender Angehöriger <

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

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

Im vorliegenden Gesetzentwurf ist ein Bemühen um mehr Realitätsbezug zu Bedarfen im informellen Pflegealltag zu erkennen.

Allerdings bleiben diese Bemühungen in den Kinderschuhen stecken. Es fehlt an Wissen über den gelebten Alltag der Angehörigenpflege. Es fehlt der Ansatz, die informelle Pflege bedarfsgerecht und an Handlungsketten orientiert zu betrachten. Darauf aufbauende passgenaue, alltagstaugliche und trotzdem den rechtlich relevanten Rahmenbedingungen genügende Maßnahmen fehlen weitgehend.

Laut Untersuchungen des Statistischen Bundesamtes 2022¹ werden 84% der von den Pflegekassen erfassten Pflegebedürftigen ganz oder teilweise zu Hause von Angehörigen gepflegt und versorgt. Wie kann es da sein, dass die Hauptsäule der pflegerischen Versorgung in Deutschland, die pflegenden Angehörigen, weder Sitz noch Stimme in irgendeinem relevanten Gremium haben?

Der Gesetzesentwurf enthält nahezu keine partizipativen Elemente. Wenn rechtliche Regelungen zukunftsrelevant sein sollen, dann dürfen partizipative Elemente nicht fehlen.

Beim Thema "Pflege" muss der rote Faden ein ganzheitlicher Ansatz in Bezug auf das Zusammenspiel von professioneller Pflege, Assistenzangeboten und hauswirtschaftlicher Unterstützung, sowie informeller Pflege, Sorge und Begleitung sein.

Ein Bemühen um ein bedarfsorientiertes, ganzheitlich orientiertes Zusammenspiel verschiedener Akteure im Bereich der Pflege zum Wohle der Menschen mit Pflegebedarf und ihrer sie begleitenden Angehörigen ist in diesem Gesetzesentwurf leider bislang nicht erkennbar.

Zu A. Problem und Ziel

Im Text wird ein sich durch das ganze Papier ziehende Problem sichtbar:

Die Rede ist von "Angehörigen" und "anderen Pflegepersonen".

Angehörige sind nicht automatisch von Pflegekassen anerkannte Pflegepersonen.

Es gibt zwar andere Personen, die pflegen, es gibt aber keine "anderen Pflegepersonen"

Eine durchgängige, rechtlich eindeutige Sprachregelung in dem Gesetzentwurf ist wichtig.

¹<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html>

Es sollen **Innovationen** gefördert und **mehr Unterstützung für häuslich gepflegte Menschen** bereitgestellt werden. **Dem stimmen wir zu.**

Es wird auf **knappe finanzielle Ressourcen** hingewiesen.

Uns stellt sich dazu die Frage: Wer überprüft die Sinnhaftigkeit der Gelderverwendung? Nach welchen Kriterien werden Gelder der Solidarversicherung verwendet? Welche und wieviele Projekte und Studien werden bspw. finanziert? Welche praxisrelevanten nachhaltigen Konsequenzen werden aus den gewonnenen Erkenntnissen dauerhaft gezogen?

Zu B. Lösung

Eine **Beitragserhöhung** so zu begründen, dass damit die Pflegeversicherung "...Pflegerpersonen, insbesondere pflegende Angehörige,..." besser unterstützen kann, ist nicht nachvollziehbar: "Pflegerische Angehörige" sind kein Synonym für von Pflegekassen anerkannte "Pflegerpersonen".

Wir halten es für **sehr problematisch**, Beiträge in einer Situation zu erhöhen, in der Menschen mit Pflegebedarf durch hohe Inflation, durch Kostensteigerungen bei Energiekosten sowie Eigenanteilen finanziell maximal gefordert sind.

Eine **Erhöhung des Pflegegeldes und der Sachleistungsbeträge** um jeweils 5% ab 1.1.2024 bei gleichzeitiger Beitragserhöhung um 0.35% ab 1.7.2023 bei Entgelterhöhungen und einer Inflationsrate von aktuell 8,7% **ist nicht akzeptabel!**

Die vorgesehene Leistungsdynamisierung in der Höhe des Anstiegs der Kerninflationsrate der letzten 3 Jahre auf 1.1.2015 und 1.1.2018 zu verschieben, **ist nicht vermittelbar.**

Dass bei unerwartetem höherem finanziellen Bedarf der Pflegeversicherung unter eine **Rechtsverordnungsermächtigung** für die Bundesregierung zur Anpassung des Beitragssatzes rechtlich festgeschrieben werden soll, **lehnen wir entschieden ab!**

Eine Ausweitung des Anspruchs auf **Pflegeunterstützungsgeld** kommt einer relativ kleinen Anzahl von Arbeitnehmer:innen zu Gute. Alle diejenigen Personen, die auf Grund eines zu hohen Pflegeaufwandes nicht mehr berufstätig sein können, haben davon nichts. Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf wird mit dieser Maßnahme nicht wesentlich erleichtert.

Die Zusammenlegung der Leistungsbeiträge für Verhinderungspflege und der Leistungsbeiträge für Kurzzeitpflege zu einem flexibel einsetzbaren Gesamtleistungsbetrag **begrüßen wir ausdrücklich!**

Die **Erhöhung der Leistungszuschläge** zu den von Pflegebedürftigen zu tragenden Eigenanteilen in der vollstationären pflegerischen Versorgung ab dem 1. 1. 2024 **begrüßen wir als Tropfen auf den heißen Stein.**

Welchen Nutzen ein neu zu schaffendes **Förderbudget für Modellvorhaben** für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier schaffen wird, bleibt abzuwarten. Wir fragen uns, welchen nachhaltigen Mehrwert die vielen bislang geförderten Modellprojekte und Studien für eine im Alltag relevante Verbesserung der Situation von Pflegebedürftigen und Pflegenden gebracht haben?

Wenn Gelder zur konkreten Versorgung Pflegebedürftiger vor Ort fehlen, sollte die Bereitstellung von Millionenbeträgen für Modellprojekte überprüft werden.

Eine tragfähige **Digitalisierung in der Langzeitpflege** ist dringend nötig. Seit Jahren ist das bekannt. Es gibt unzählige Projekte und Studien. Kongresse und Veranstaltungen über das ganze Land verteilt wurden durchgeführt. Wir haben keinerlei Erkenntnisprobleme.

Es soll ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege eingerichtet werden. Wie soll das flächendeckend geschehen und wie sollen Interessierte davon erfahren?

Seit Jahren ist bekannt, dass Digitalisierung sowohl in der Langzeitpflege erforderlich ist, als auch Förderprogramme für digitale und technische Anschaffungen für die informelle Pflege aufgelegt werden müssen. Pflegebedürftigen, Pflegepersonen und Angehörigen muss bei Bedarf eine angemessene Ausstattung zur Verfügung gestellt werden, um elektronische Informationsportale und notwendige Kommunikationsmöglichkeiten nutzen zu können.

Einer **Neustrukturierung und Systematisierung des §18 SGB XI** stimmen wir zu, wenn damit eine bessere Bedarfsorientierung bei der Anwendbarkeit erreicht werden kann.

Eine **Veröffentlichung der Landesrahmenverträge** zur pflegerischen Versorgung **begrüßen wir**.

Die bei den Pflegekassen zur Abrechnung eingereichten Leistungsübersichten sollten künftig allen Versicherten zur Verfügung gestellt werden.

Dass für die Verbesserung der Situation in der Pflege die Betroffenenperspektive im **>Qualitätsausschuss Pflege<** stärkeres Gehör finden soll, **begrüßen wir**. Wir gehen davon aus, dass dort auch pflegende Angehörige stärker Gehör finden werden.

Verbesserungsbemühungen in der **stationären Pflege begrüßen wir**.

Wir erwarten diese Bemühungen auch für die ambulante Pflege. Wir erwarten vor allem, dass auch die ambulante informelle Pflege mit vergleichbaren Geldmitteln unterstützt wird.

Zum Referentenentwurf Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG

zu Artikel 2

§7d Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangebote

Abs. 1- 6

Ein elektronisches Informationsportal kann nützlich sein.

Es darf aber nicht als Ersatz für individuelle persönliche Beratung vor Ort dienen.

Das Portal muss zuverlässig aktualisiert werden. Angebote müssen vertrauenswürdig sein.

Wichtig ist eine Unterscheidung zwischen einer Suche, die einem Zeit lässt für Entscheidungen und einer Suche bei Notfallsituationen. Es sollte auch ein Krisenportal eingerichtet werden..

Bestehende und gut angenommene online Angebote sollten berücksichtigt und, wenn sinnvoll, mit einbezogen werden.

Das Portal muss übersichtlich und nutzerfreundlich, nicht zu komplex und überfrachtet sein.

Bei der Entwicklung sollten potentielle Nutzer/innen von Anfang an mit eingebunden werden: Nutzer/innen werden nur Angebote nutzen, die ihnen nützlich erscheinen!

§8

Abs. 7

Bei der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für professionell Pflegende darf nicht nur die Vereinbarkeit von Kindern und Beruf berücksichtigt werden. Auch die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf muss für professionell Pflegende ein Thema sein: Auch beruflich Pflegende pflegen privat zu Hause Angehörige!

Abs. 8, bb

Auch Pflegepersonen sollten einen Anspruch zu Aus- Fort- und Weiterbildung zu digitalen Kompetenzen erhalten.

§18 Beauftragung der Begutachtung

Abs.1

Es muss dringend eine einheitliche Regelung dafür geben, welche Informationen, Daten und Unterlagen der Pflegekasse von einer antragstellenden Person vorgelegt werden müssen, damit die Pflegekasse den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachter/innen mit der Begutachtung beauftragen kann.

§18a Begutachtungsverfahren

Abs. 2

Grundlage für eine Begutachtung sollen neben der Bereitstellung von Unterlagen auch die Angaben und Auskünfte des Versicherten, seiner Angehörigen und sonstiger zur Auskunft fähigen Personen sein.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass Auskünfte über eine andere Person nur gegeben werden dürfen, wenn diese Person damit einverstanden ist.

Nur rechtlich bevollmächtigte Personen dürfen Auskunft geben. Das gilt auch und besonders für Menschen mit Demenz

Vom Status "Angehörige/r" oder "auskunftsfähige Person" ist keine Auskunftsbevollmächtigung abzuleiten!

Abs. 3

Die Begutachtungspunkte sind sehr umfangreich. Welche Gegenleistungen bringt die Pflegekasse, wenn sie Defizite im Umgang mit finanziellen Angelegenheiten oder mit Behördenangelegenheiten feststellt? Finanziert sie dann auch Hilfe im Umgang mit finanziellen oder bürokratischen Angelegenheiten? Gehört das zum Leistungsumfang der Pflegeversicherung?

Abs. 9

Dass **mit Einverständnis des Versicherten** auch pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, befragt werden, halten wir für sinnvoll. Wichtig ist, dass **ohne Einverständnis keine Befragung** stattfinden darf.

Abs. 10

Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern **muss grundsätzlich** durch besonders geschulte Gutachterinnen und Gutachter vorgenommen werden. In der Regel sollten die Überprüfungen durch Kinderärzt/innen vorgenommen werden.
Gerade Kinder bedürfen einer hochqualifizierten fachlichen Begutachtung!

§ 18c

Entscheidung über den Antrag

Abs. 4

Es ist zu beachten, dass **ohne Einwilligung nichts weitergeleitet werden darf**. Bei Menschen mit Demenz **müssen** diese selbst oder stellvertretend rechtlich Bevollmächtigte zustimmen

§18e

Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung

Abs. 1

Wieviele Modellvorhaben, Projekte und Studien müssen zu welchem Zweck noch finanziert und erstellt werden? Wie nachhaltig müssen Studien und Projekte sein und wann ist der Zeitpunkt erreicht, an dem man ohne Modellvorhaben und Studien auskommt? Oder sollen Studien und Modellvorhaben einfach gewohnheitsmäßig immer weiter aus den Kassen der Pflege-Solidar-Versicherung finanziert werden?

§55

Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung.

Abs. 1

Dass die Bundesregierung ermächtigt werden soll, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Beitragssätze für die Pflegeversicherung "anzupassen" , **lehnen wir entschieden ab!**

§113b

Buchstabe a

Die beschlussfassenden Sitzungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses sind **in der Regel öffentlich**. Es gibt aber auch nichtöffentliche Sitzungen. Wir halten das für problematisch, weil intransparent. Es muss zumindest eine begründende Erklärung im Text eingefügt werden.

§113c

Buchstabe e

Es sollte transparent gemacht werden, nach welchen Kriterien Interessensvertretungen ausgesucht werden.

Abs. 7

Doppel-Buchstabe cc

Es sollte überlegt werden, ein eigenes Pflegeministerium zu schaffen.

Die Abstimmung zwischen drei Ministerien erscheint auf Dauer zu kompliziert.

Die Festlegung eines Personalschlüssels sollte sich vor allem nach den **Bedarfen** der Bewohner/innen richten.

§ 123

Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier, Verordnungsermächtigung

Wir begrüßen das Bemühen, Modellvorhaben zu fördern und damit Lösungen für die pflegerische Versorgung der Zukunft zu finden.

Allerdings kann die Sicherstellung der künftigen Versorgung nur auf Basis von Modellprojekten nicht gelingen. Vor allem müssen die Projekte von Anfang an mit allen Beteiligten, also auch mit Menschen mit Pflegebedarf, professionell Pflegenden und Angehörigen **gemeinsam** geplant und umgesetzt werden.

§ 125 a

Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

Abs. 2

In das geplante Kompetenzzentrum muss auch die Expertise von pflegenden Angehörigen mit einfließen! Sie sind im ambulanten Bereich die Schnittstelle zu Nutzern. Ohne die Akzeptanz von Nutzer/innen werden Angebote nicht angenommen werden.

Abs.5

Auch bei diesem Gremium fehlt die Kompetenz von pflegenden Angehörigen!
Es sollte selbstverständlich sein, dass diejenigen mit einbezogen werden, die tagtäglich digitale Angebote entweder nutzen oder links liegen lassen!

Artikel 3

§ 39

Verhinderungspflege

Abs. 1

Dass bei der Verhinderungspflege nur auf Pflegepersonen Bezug genommen wird, ist zu kurz gesprungen. Nicht alle pflegenden Angehörigen sind als Pflegepersonen anerkannt. Auch sie benötigen Verhinderungspflege und müssen eine Auszeit nehmen können.

Es kann sein, dass pflegende Angehörige ohne den Status "Pflegeperson" längere Zeit ausfallen. Auch dafür müssen Lösungen gefunden werden!

§ 46

Buchstabe a

Das den Versicherten regelmäßig jedes Kalenderhalbjahr eine Übersicht über die Leistungen, die sie in Anspruch genommen haben, und deren Kosten übermittelt werden soll, **begrüßen wir**. Auch Pflegepersonen sollten diese Kostenaufstellungen erhalten.

Abschließende Bemerkungen:

- Versprechungen des Koalitionsvertrages sollten erkennbar realisiert werden in dem Reformpapier:
bspw.
 - Eine Weiterentwicklung von Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz, um pflegenden Angehörigen und Nahestehenden mehr Zeitsouveränität zu geben sowie die Gewährung einer Lohnersatzleistung im Falle pflegebedingter Auszeiten.
 - Eine regelhafte Dynamisierung des Pflegegeldes **ab 2022**.
 - Ein bedarfsgerechter Ausbau der Tages- und Nachtpflege sowie insbesondere der solitären Kurzzeitpflege.
 - Die Schaffung des neuen Berufsbildes der „Community Health Nurse“
 - Die Entlastung der Familien, die sich um Pflegebedürftige kümmern, von Bürokratie.
 - Eine Überführung von Patientenlotsen in die Regelversorgung
- Um ein zukunftsfähiges, an Realitäten orientiertes Pflegesystem zu erhalten, muss ein Perspektivwechsel und eine Schwerpunktveränderung stattfinden. Die bislang im wesentlichen anbieterorientierte Ausrichtung der Pflegeversicherung muss künftig bedarfsorientiert und partizipativ gestaltet werden.

- Im Mittelpunkt bei Überlegungen zur Zukunft der Pflege muss die Frage stehen, wer unter welchen Voraussetzungen künftig mit welchen Schwerpunkten die pflegerische 7/24/365 Versorgung sicherstellen soll und kann.
- Die Expertise von informell Pflegenden muss regelhaft bei allen Entscheidungen mit einbezogen werden. Erfahrungen haben einen Wert.
Der bisherige "top-down" - Ansatz muss hinterfragt werden.
- Die Begriffe "Pflegeperson" und "pflegende Angehörige" müssen auseinandergelassen werden. Pflegepersonen haben eine rechtliche Fundierung, pflegende Angehörige nicht! Sie laufen als subsidiär unentgeltlich zur Solidarität verpflichtete Bürger/innen ausserhalb des Rechtsrahmens der Pflegeversicherung. Sie stellen aber im wesentlichen "die Pflege" in Deutschland sicher. "Pflegende Angehörige" müssen rechtlich erfasst werden, es muss eine Tätigkeitsbeschreibung erstellt werden, sie müssen als das wahrgenommen werden, was sie sind: **Die tragende Säule der Pflege in Deutschland.**

gez.
Brigitte Bührlen
Vorsitzende

München, 06.03.2023