

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 angebinden 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 Landeverbänden 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 ausgewiesenen 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 rekurren.

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 Durchsicht 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 pflegfachlichen 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 Tariftreueregelung erfolgten vielfach 2 Verhandlungen im Jahr. Dieser Trend zeigt sich auch in der ambulanten Pflege und im Bereich der häuslichen Krankenpflege. Dies vervielfacht den Verwaltungsaufwand sowohl bei den Leistungserbringern als auch bei den Kranken- und Pflegekassen und ist nicht in den entsprechenden Kostensätzen berücksichtigt.

Im Ergebnis resultieren (beispielhaft für das Bundesland Sachsen) bei AVR-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 'ungedeckelten' 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.