



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 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.

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

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

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

B) Änderungsvorschlag

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

Artikel 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 § 132l 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 § 132l

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.