



## Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum Gesetzesentwurf eines Zweiten Gesetzes zur  
Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur  
Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflege-  
stärkungsgesetz – PSG II)  
vom 12. August 2015

anlässlich der Bundestagsanhörung  
am 30. September 2015

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Vorbemerkung .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Kommentierung des Gesetzes .....</b>	<b>5</b>
• Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 5 § 7 Aufklärung, Auskunft .....	5
• Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 13b § 18 Absatz 6a (Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit).....	5
• Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 16 § 30 (Dynamisierung, Verordnungsermächtigung).....	7
• Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 34 § 113b (Qualitätsausschuss).....	8
• Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 17 § 36 (Pflegesachleistung) .....	9
<b>3. Ergänzender Änderungsbedarf .....</b>	<b>10</b>
• Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) § 46 Absatz 2 Satz 6 SGB XI neu (Gemeinsamer Widerspruchsbescheid bei Beitragsfestsetzung zur Kranken- und Pflegeversicherung).....	10
• Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) § 84 Absatz 7 Satz 1 neu (Generelle Nachweispflicht der Einrichtungsträger zur Vergütungshöhe der Beschäftigten).....	11

## 1. Vorbemerkung

Der GKV-Spitzenverband hat in Abstimmung mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene eine ausführliche Stellungnahme zum zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) erarbeitet. Die Ersatzkassen tragen diese mit und wollen in der vorliegenden Stellungnahme darüber hinaus auf Punkte hinweisen, die für sie von besonderer Bedeutung sind:

### Leistungsbeträge dynamisieren

Die Bundesregierung wird erst im Jahr 2020 erneut prüfen, ob sie die Leistungen der Pflegeversicherung dynamisiert. Die Ersatzkassen fordern, dass der Gesetzgeber dieses Prüfrecht in eine verbindliche, regelmäßige Anpassung der Leistungsbeträge überführt, zum Beispiel durch die Kopplung an eine volkswirtschaftliche Kenngröße wie die Preisentwicklung. Damit wäre die Wertstabilität der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gesichert.

### Nachweispflicht zur Vergütungshöhe der Beschäftigten auf alle Einrichtungsträger ausweiten

Durch das Pflegestärkungsgesetz I müssen tarif- bzw. kirchenarbeitsrechtlich gebundene Einrichtungsträger in den Vergütungsverhandlungen mit den Pflegekassen auf Nachfrage der Pflegekassen nachweisen, dass sie ihre Beschäftigten nach Tarif bezahlen. Damit soll sichergestellt werden, dass Tarifierhöhungen die Pflegekräfte erreichen. Diese sehr sinnvolle Regelung sollte auch auf nichttarifgebundene Einrichtungen ausgeweitet werden, um eine angemessene und leistungsgerechte Vergütung aller Beschäftigten in der Pflege zu gewährleisten.

### Verschiebepflichten zulasten der Beitragszahler verhindern

Mit dem PSG II wird sich die Diskussion weiter intensivieren, welche Leistungen die Pflegeversicherung und welche die Eingliederungshilfe übernimmt. Umso wichtiger war, dass noch im Referentenentwurf klargestellt wurde, dass zunächst Leistungen zulasten der Eingliederungshilfe in Anspruch genommen werden müssen, bevor Leistungen der Pflegeversicherung beansprucht werden. Diese Vorrang-Nachrang-Regelung wurde im Kabinettsentwurf gestrichen. Die Regelung sollte wieder aufgenommen werden, um die Abgrenzung zwischen beiden Kostenträgern klarzustellen.

### Pflegeberatung nicht erschweren

Angesichts der Komplexität des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist es nachvollziehbar, dass die Bundesregierung die Pflegeberatungsstrukturen überprüft. Allerdings ist die Beratungspraxis bisher zu wenig im PSG II abgebildet, wodurch die Pflegeberatung in Zukunft erschwert wird. So wird es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Pflegekassen durch die neue gesetzliche Struktur nicht mehr möglich sein, eine reine Leistungsberatung anzubieten, wenn sie nicht auch eine Qualifikation für die inhaltlich deutlich weitergehende Pflegeberatung inklusive Versorgungsplanung besitzen. Diese Art der Beratung ist jedoch nur in besonderen Situationen erforderlich.

### Hilfsmittelgewährung systemgerecht weiterentwickeln

Es ist sinnvoll, die Antragsstellung auf Hilfs- und Pflegehilfsmittel versicher-  
tenfreundlich zu gestalten. In der durch das PSG II geplanten Ausgestaltung ist  
jedoch davon auszugehen, dass dadurch Kosten von der Krankenversicherung  
in die Pflegeversicherung verschoben werden. Dies ist gerade im Hinblick auf  
die hohe finanzielle Belastung der Pflegeversicherung durch die Umstellung auf  
den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zu hinterfragen. Zudem wird die eigent-  
liche Idee der Änderung – eine Verfahrensbeschleunigung zugunsten des Pfl-  
gebedürftigen – durch die erzwungene gemeinsame Entscheidung von Kran-  
ken- und Pflegekasse zeitlich mit dem Pflegebedürftigkeitsbescheid konterka-  
riert, da durch den so entstehenden Klärungsbedarf zusätzliche Zeit für die  
Antragsbearbeitung anfällt.

### Selbstverwaltungsrecht im Qualitätsausschuss respektieren

Es ist gut, dass die Entscheidungsstrukturen zur Weiterentwicklung der Quali-  
tätsmessungssysteme gestrafft werden sollen. Dass aber das Bundesministeri-  
um für Gesundheit (BMG) den Ausschussvorsitzenden benennen soll, lehnen  
die Ersatzkassen als Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht ab. Stattdessen soll-  
ten die Selbstverwaltungspartner den unparteiischen Vorsitzenden einver-  
nehmlich benennen.

## 2. Kommentierung des Gesetzes

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 7 Aufklärung, Auskunft

### **Sachverhalt:**

Die Ausführungen zur Pflegeberatung werden in § 7a verschoben. Aufgabe der Pflegekassen nach § 7 ist zukünftig die Aufklärung und Auskunft der Versicherten.

### **Bewertung:**

Eine klare Trennung zwischen der Aufgabe der „Aufklärung und Information“ und der „Pflegeberatung“ wird begrüßt. Die Differenzierung zwischen Aufklärung und Information, Leistungsberatung und Pflegeberatung ist jedoch im Gesetz nicht ausreichend abgebildet. So wird die Neuordnung der Paragraphen dazu führen, dass die grundlegende Beratung zu den Anspruchsvoraussetzungen und Leistungsinhalten nicht mehr durchgeführt werden kann, wenn bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht eine Qualifikation zur Pflegeberatung inklusive Versorgungsplanung vorliegt. Dadurch wird die Beratungspraxis ohne Not erschwert. Denn die Beratung zu Leistungsansprüchen gehört zu den Kernaufgaben der Pflegekassen und sollte auch zukünftig durch alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegekassen durchzuführen sein. Diese sind hierfür sehr gut qualifiziert, da diese Aufgaben bereits heute zu ihrem Tagesgeschäft gehören.

### **Änderungsvorschlag:**

In § 7b ist Absatz 1 Satz 2 um den § 14 SGB I zu ergänzen:

*„Die Beratung richtet sich nach dem § 14 SGB I und dem § 7a. Auf Wunsch des Versicherten hat die Beratung in der häuslichen Umgebung stattzufinden und kann auch nach Ablauf der in Satz 1 genannten Frist durchgeführt werden; über diese Möglichkeiten hat ihn die Pflegekasse aufzuklären.“*

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13b

§ 18 Absatz 6a (Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit)

### **Sachverhalt:**

Die Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittlempfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Rahmen des Gutachtens gilt bei Zustimmung des Versicherten als Antrag. Die medizinische Erforderlichkeit und Notwendigkeit der Versorgung wird bei den Hilfsmitteln oder Pflegehilfsmitteln, die den Zielen des § 40 SGB XI dienen, vermutet. Die Pflegekasse hat mit dem Bescheid über

die Pflegebedürftigkeit auch die Entscheidung über die Hilfs- und Pflegehilfsmittel zu übermitteln.

**Bewertung:**

Es ist sinnvoll, die Antragsstellung auf Hilfs- und Pflegehilfsmittel versichererfreundlich zu gestalten. Schon heute werden Empfehlungen für eine Hilfsmittelversorgung aus den MDK-Gutachten in einen Antrag auf Hilfsmittel umgedeutet; somit findet hier eher eine gesetzliche Klarstellung statt.

Der Gesetzesvorschlag berücksichtigt jedoch nicht, dass die gemeinsame Übermittlung der Entscheidung über die Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung und des Vorliegens der Pflegebedürftigkeit in einem gemeinsamen Bescheid sich nicht nur finanziell negativ auf die Pflegeversicherung auswirken wird, sondern die eigentliche Idee hinter der Gesetzesänderung – eine Verfahrensbeschleunigung – konterkarieren wird.

Mit der derzeit geplanten Regelung würde der Gesetzgeber die Doppelfunktionalität vieler Hilfsmittel bestätigen, die derzeit noch alleine der Krankenversicherung zugeordnet sind. Dies würde wiederum zu einer geteilten Kostenbelastung zwischen Kranken- und Pflegekassen führen, so dass die Pflegeversicherung stärker als bisher belastet würde. Gerade im Hinblick auf die erheblichen Kosten, die die Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff mit- samt der Bestandsschutzregelungen für die Pflegeversicherung bedeuten, sollte der Gesetzesvorschlag daher überdacht werden.

Zudem ist die Verpflichtung zum gemeinsamen, zeitgleichen Bescheid nicht mit der Pflicht der Kostenträger zur Sachverhaltsaufklärung nach § 20 SGB X vereinbar. Sobald das MDK-Gutachten vorliegt, kann die Pflegekasse aus der darin enthaltenen Empfehlung zur Pflegestufe (künftig zum Pflegegrad) umgehend – das heißt ohne weiteren Klärungsbedarf – den Bescheid über die Pflegebedürftigkeit erstellen. Die im gleichen Gutachten ausgesprochenen Hilfsmittlempfehlungen sind erfahrungsgemäß jedoch so unspezifisch, dass die Pflegekasse bzw. Krankenkasse weitere Klärungen zur konkreten Ausgestaltung der Hilfsmittelversorgung vornehmen muss. Hierzu gehören die Klärung über das konkret im Einzelfall geeignete Produkt, die Auswahl eines versorgungsberechtigten Leistungserbringers (hierbei sind zu berücksichtigen: der Grundsatz der Vertragspartnerbindung und das Wahlrecht des Versicherten unter den lieferberechtigten Leistungserbringern) sowie die Entscheidung über die Form der Versorgung (leihweise Überlassung, Neukauf, gegebenenfalls Eigentumsvorbehalte, usw.). Dieses Verfahren ist notwendig, um dem Wirtschaftlichkeitsgebot Genüge zu tun. Die für diese Klärung erforderliche Zeit wird dazu führen, dass auch die Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit den Versicherten zu einem späteren Zeitpunkt erreicht. Dies ist weder im Sinne des Gesetzgebers noch im Sinne des Pflegebedürftigen.

Über die Pflegebedürftigkeit muss die Pflegekasse in der Regel innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrags auf Feststellung über die Pflegebedürftigkeit entscheiden. Bei Überschreiten der Frist hat die Pflegekasse „Strafzah-

lungen" an den Versicherten zu leisten. Die Pflegekassen geraten dadurch in das Spannungsfeld zweier gesetzlicher Aufträge: Auf der einen Seite die rechtmäßige, wirtschaftliche und für den Einzelfall geeignete Hilfsmittelversorgung, auf der anderen Seite die Gefahr von gesetzlichen Sanktionen bei Fristüberschreitung.

Die Ersatzkassen schlagen daher vor, die Regelung im Hinblick auf diese Problemlagen anzupassen und haben hierzu eine konkrete Änderung erarbeitet.

**Änderungsvorschlag:**

Nach § 18 Absatz 6a SGB XI Satz 3 werden die folgenden Sätze 4 und 5 eingefügt:

*„Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel im Sinne des Satzes 2 sind die in den Richtlinien gemäß § 40 Absatz 5 genannten doppelunktionalen Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittel. Darüber hinaus können zu allen übrigen im Pflegehilfsmittelverzeichnis nach § 78 aufgeführten Pflegehilfsmitteln Empfehlungen nach Satz 1 ausgesprochen werden.“*

Der Satz *„Die Konkretisierung, welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel im Sinne von Satz 2 den Zielen von § 40 dienen, erfolgt in den Begutachtungs-Richtlinien nach § 17.“* wird gestrichen. Im Folgesatz wird aus dem Wort „Dabei“ das Wort „Es“.

Der Satz *„Die Pflegekasse übermittelt dem Antragssteller unverzüglich, jedoch spätestens mit der Übersendung des Bescheides über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit, auch die Entscheidung über die empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel“* wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 30 (Dynamisierung, Verordnungsermächtigung)

**Sachverhalt:**

Die Bundesregierung überprüft das nächste Mal im Jahr 2020, ob eine Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung aus ihrer Sicht notwendig ist.

**Bewertung:**

Die vorgesehene Regelung ermöglicht eine Dynamisierung der Leistungen frühestens im Jahr 2020. Zudem wird weiter auf ein Prüfrecht der Bundesregierung abgestellt. Der vdek fordert schon länger eine verbindliche Regelung, die an eine wirtschaftliche Kenngröße gekoppelt ist, um die Leistungsbeträge in der Zukunft vor einer schleichenden Entwertung zu schützen. Dass die Entwertung stattfindet, zeigt eine aktuelle Antwort der Bundesregierung (Bundestagsdrucksache 18/5930): Bei Pflegebedürftigen mit Pflegestufe 1, die in Heimen wohnen, übernahm die soziale Pflegeversicherung zum Beispiel im Jahr 2013

durchschnittlich 72 Prozent der Kosten, 1999 waren es noch 88 Prozent. In Pflegestufe 3 waren es Ende der neunziger Jahre noch 72 Prozent. 2013 sank dieser Wert auf 66 Prozent. Eine regelhafte Anpassung ist daher eindeutig geboten.

**Änderungsvorschlag:**

Aufnahme einer Regelung, die eine verbindliche Anpassung der Leistungsbeträge gemessen an einer wirtschaftlichen Kenngröße vorsieht.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 34

§ 113b (Qualitätsausschuss)

**Sachverhalt:**

Die bisherige Schiedsstelle Qualitätssicherung wird zum Qualitätsausschuss. Der Qualitätsausschuss trifft Vereinbarungen und Beschlüsse zu den Empfehlungen zur Qualitätssicherung der häuslichen Beratungseinsätze bei Pflegegeldempfängern (§ 37 Absatz 5), den Maßstäben und Grundsätzen (§ 113), den Expertenstandards (§ 113a) und der Qualitätsdarstellung (§ 115). Sofern im Qualitätsausschuss keine Einigung zwischen den Selbstverwaltungspartnern erzielt werden kann, wird dieser um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert. Der unparteiische Vorsitzende wird vom BMG benannt. Kommt eine Einigung über die weiteren unparteiischen Mitglieder nicht zustande, werden auch diese durch das BMG benannt.

**Bewertung:**

Die Straffung der Entscheidungsstrukturen mit einem Konfliktmechanismus in der Selbstverwaltung und die verpflichtende Einbindung der Wissenschaft bei der Weiterentwicklung der Qualitätsmessungssysteme sind sinnvoll. Positiv ist auch, dass das bisherige Notensystem bis zur Überarbeitung der Messsysteme im ambulanten und stationären Bereich nicht ausgesetzt wird. Die verbindlich vorgegebenen Fristen tragen dafür Sorge, dass ein fachlich und wissenschaftlich fundiertes Bewertungssystem in absehbarer Zeit zur Verfügung stehen wird.

Strikt abgelehnt wird jedoch die Rolle des BMG, das den unparteiischen Vorsitzenden bestimmen soll. Dies ist ein Eingriff in die Selbstverwaltung, der weder erklärlich noch zielführend ist.

**Änderungsvorschlag:**

§ 113b Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

*„Der unparteiische Vorsitzende, die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den Mitgliedern des Qualitätsausschusses gemeinsam benannt.“*



Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)  
Nr. 17  
§ 36 (Pfllegesachleistung)

**Sachverhalt:**

Die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe und die Leistungsbeträge werden neu definiert. Die Sachleistung für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 umfasst zukünftig körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung.

**Bewertung:**

Noch im Referentenentwurf fand sich an dieser Stelle im Gesetz eine Vorrang-Nachrang-Regelung, um klar zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe zu trennen. Leistungen der Pflegeversicherung waren im Vergleich zu Leistungen der Eingliederungshilfe nachrangig zu behandeln. Im Kabinettsentwurf wurde dies gestrichen. Dies ist insofern unverständlich, als dass die Abgrenzung seit längerem kontrovers diskutiert wird und durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes nochmals wichtiger wird. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff – und dem damit verbundenen neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit – werden sich die Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe zukünftig noch mehr überlappen. Verschärft wird diese Problematik durch die Verankerung der Betreuungsleistungen als gleichberechtigte Leistung. Schon der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes hatte auf die Problematik hingewiesen und eine verbindliche Lösung bei der Reform gefordert. Die Ersatzkassen schlagen daher vor, die Vorrang-Nachrang-Regelung wieder in den Gesetzesentwurf aufzunehmen.

**Änderungsvorschlag:**

In § 36 Absatz 2 Satz werden die folgenden Sätze 2 und 3 eingefügt:  
*„Ausgeschlossen sind Hilfen in den Bereichen Kindergarten, Schule, Ausbildung, Beruf, Krankenbehandlung und Rehabilitation. Zudem dürfen pflegerische Betreuungsmaßnahmen nicht zulasten der Pflegekassen in Anspruch genommen werden, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz gewährt werden.“*

### 3. Ergänzender Änderungsbedarf

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 46 Absatz 2 Satz 6 SGB XI neu (Gemeinsamer Widerspruchsbescheid bei Beitragsfestsetzung zur Kranken- und Pflegeversicherung)

Kranken- und Pflegekassen sind jeweils selbstständige Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die Pflegekassen wurden aber unter dem Dach der Krankenkassen errichtet. In diesem Zusammenhang ist es den Krankenkassen – im Anschluss an anderslautende Rechtsprechung – nach § 46 Absatz 2 Sätze 4 und 5 im Interesse der Verwaltungsvereinfachung ermöglicht worden, dass sie für ihre Mitglieder, die die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge selbst zu leisten haben, die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung in einem gemeinsamen Beitragsbescheid festsetzen können. Das betrifft zum Beispiel freiwillige Mitglieder, Rentenantragsteller oder schwangere Personen in einem zulässig aufgelösten Beschäftigungsverhältnis bzw. während einer Beurlaubung ohne Arbeitsentgelt im Sinne des § 192 Absatz 2 SGB V und Personen ohne anderweitigen Schutz im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V.

Damit wird vermieden, dass zwei formal getrennte Bescheide durch die Krankenkasse und durch die Pflegekasse ergehen müssen. Die Krankenkasse handelt dabei im Namen der Pflegekasse, die bei etwaigen Klagen gegen den Beitragsbescheid weiterhin passiv legitimiert bleibt. In dem Bescheid muss darauf hingewiesen werden, dass der Bescheid über den Pflegeversicherungsbeitrag im Namen der Pflegekasse ergeht (vgl. auch Bundestagsdrucksache 16/8525, Seite 99).

Die Krankenkassen haben diese Regelungen des § 46 Absatz 2 Sätze 4 und 5 zum Anlass genommen, auch im Vorverfahren gemäß § 78 ff. SGG bei Erlass des Widerspruchsbescheides nach § 85 Absatz 3 SGG über die Beiträge der vorgenannten Personen in einem gemeinsamen Widerspruchsbescheid zu befinden. Viele Sozialgerichte sehen jedoch in der Legitimation zum Erlass eines gemeinsamen Beitragsbescheides nach § 46 Absatz 2 Sätze 3 und 4 keine ausreichende Grundlage für einen gemeinsamen Widerspruchsbescheid. Die Regelungen über den Erlass eines Widerspruchsbescheides sind ausschließlich den Vorschriften über das Vorverfahren nach § 78 ff. SGG zu entnehmen. Diese kennen jedoch das Institut eines gemeinsamen Widerspruchsbescheides nicht. Für eine analoge Anwendung dieser Vorschriften aus dem SGB XI verbleibe kein Raum, weil das Vorverfahren ein eigenes abgegrenztes Verfahren darstellt. Insofern gibt es auch genügend Beispiele aus der jüngeren Vergangenheit, in denen im Rechtsstreit festgestellt wurde, dass die Beitragsfestsetzung in der Sache zutreffend war und die Klage gegen den Widerspruchsbescheid abgewiesen wurde, soweit es um die Pflegeversicherungsbeiträge ging. Für die Pflegeversicherung wurde der Klage jedoch aus dem formalen Grund stattgegeben, weil ein einheitlicher Widerspruchsbescheid erlassen worden war.

Nach Auffassung des vdek ist es auch im Vorverfahren notwendig zu vermeiden, dass über die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge in formal getrennten Widerspruchsbescheiden entschieden werden muss. Deshalb wird angeregt, die Regelungen des § 46 Absatz 2 Sätze 4 und 5 auf das Vorverfahren nach dem SGG zu übertragen, um die weitgehend etablierte Praxis des gemeinsamen Widerspruchsbescheides gesetzlich zu legitimieren. Insoweit ist auch auf die Regelungen hinzuweisen, die für den Einzug des Gesamtsozialversicherungsbeitrags gelten. Dort ist es üblich, dass die Krankenkasse den Widerspruchsbescheid auch für die Beiträge zur Pflegeversicherung erlässt. Dies ergibt sich unmittelbar aus § 28h Absatz 1 Satz 1 SGB IV. Danach entscheidet die Einzugsstelle (Krankenkasse) über die Versicherungspflicht und Beitragshöhe in der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung; „sie erlässt auch den Widerspruchsbescheid“. Eine ähnliche Regelung ist auch für die oben genannten sonstigen Beiträge anzustreben.

#### **Änderungsvorschlag:**

In § 46 Absatz 2 wird nach Satz 5 folgender Satz eingefügt: *„In den Fällen des Satzes 4 erlässt die Krankenkasse auch den Widerspruchsbescheid; Satz 5 gilt entsprechend“*. Der bisherige Satz 6 wird Satz 7.

#### Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 84 Absatz 7 Satz 1 neu (Generelle Nachweispflicht der Einrichtungsträger zur Vergütungshöhe der Beschäftigten)

Mit dem durch das PSG I eingeführten § 84 Absatz 7 wurde den Kostenträgern das Recht eingeräumt, Nachweise darüber zu verlangen, dass die Einrichtungsträger im Falle einer Vereinbarung der Pflegesätze auf Grundlage tariflicher bzw. kirchenarbeitsrechtlicher Vergütungen die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten auch jederzeit einhalten. Um jedoch eine angemessene und leistungsgerechte Vergütung aller Beschäftigten in der Pflege zu gewährleisten, also auch bei fehlenden tariflichen Regelungen, bedarf es einer Erweiterung der Nachweispflichten auch auf nichttarifgebundene Einrichtungsträger.

Die tatsächliche Bezahlung der Beschäftigten nichttarifgebundener Einrichtungsträger ist derzeit für die Kostenträger weitgehend nicht nachvollziehbar, da die Vorlage entsprechender Nachweise in den Vergütungsverhandlungen in der Regel abgelehnt wird. Mangels stringenter Nachweispflichten gibt es derzeit keine Gewähr dafür, dass nichttarifgebundene Einrichtungsträger die im Rahmen einer Pflegesatzerhöhung erzielten Mehreinnahmen auch tatsächlich an ihre Beschäftigten weitergeben. Vielmehr können über die Kalkulation der Personalkosten versteckte Gewinne generiert werden, die sich aus der Differenz zwischen tatsächlich gezahlten und kalkulierten Gehältern ergeben. Eine zusätzliche Belastung der Pflegebedürftigen ist jedoch nicht zu rechtfertigen, wenn diese der Gewinnmaximierung der Einrichtungsträger dient, während die

Beschäftigten von den Vergütungszuwächsen nicht oder nicht in dem kalkulierten Umfang profitieren.

Vor diesem Hintergrund ist die in § 84 Absatz 7 vorgesehene Nachweispflicht zur Vergütungshöhe der Beschäftigten über die tarifgebundenen hinaus auf alle Einrichtungsträger zu erweitern. Dementsprechend haben nichttarifgebundene Einrichtungsträger ebenfalls nachzuweisen, dass die der Vereinbarung zugrunde liegenden Gehälter auch tatsächlich gezahlt werden.

**Änderungsvorschlag:**

In § 84 Absatz 7 Satz 1 werden die Wörter *„im Falle einer Vereinbarung der Pflegesätze auf Grundlage der Bezahlung der Beschäftigten nach tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen, sowie entsprechende Bezahlung der Beschäftigten nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, die entsprechende“* durch die Wörter *„die den Vereinbarungen der Pflegesätze zu Grunde gelegte“* ersetzt.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel.: 030/2 69 31 - 0

Fax: 030/2 69 31 - 2900

info@vdek.com