



## Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

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

Stand: 08.05.2023

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Allgemeiner Teil .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Kommentierung des Gesetzes .....</b>	<b>8</b>
• Zu Artikel 1 Nummer 4 § 8 SGB XI (Gemeinsame Verantwortung).....	8
• Zu Artikel 1 Nummer 6 § 13 SGB XI (Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen).....	9
• Zu Artikel 1 Nummer 10 § 18 SGB XI ff.....	10
• Zu Artikel 1 Nummer 14 § 30 SGB XI (Dynamisierung, Verordnungsermächtigung).....	15
• Zu Artikel 1 Nummer 20 § 55 SGB XI (Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung).....	16
• Zu Artikel 1 Nummer 28 § 75 SGB XI (Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und –vereinbarungen über die pflegerische Versorgung).....	20
• Zu Artikel 1 Nummer 30 § 82c SGB XI (Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen) .....	22
• Zu Artikel 1 Nummer 39 § 113b SGB XI (Qualitätsausschuss).....	23
• Zu Artikel 1 Nummer 42 § 114c SGB XI (Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht)...	24
• Zu Artikel 2 Nummer 7 § 42a SGB XI (Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson) .....	25
• Zu Artikel 2 Nummer 15 § 46 SGB XI (Pflegekassen) .....	27
• Zu Artikel 6 Nummer 8 § 341 SGB V (Elektronische Patientenakte)....	28
<b>3. Ergänzender Änderungsbedarf .....</b>	<b>30</b>
• Anpassung § 107 Absatz 2 – Übernahme der Regelung aus dem SGB V .....	30
• Anpassung § 137f Absatz 8 – Harmonisierung im Leistungsbereich Digitale Produkte in DMP.....	31

# 1. Allgemeiner Teil

Am 5.4.2023 wurde vom Bundeskabinett ein Entwurf für ein **Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)** beschlossen. Regelungsinhalt des Entwurfs sind einerseits eine Ausweitung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (SPV), die kurzfristige Sicherung der finanziellen Lage der SPV und auf der anderen Seite die Umsetzung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts zur Berücksichtigung des Erziehungsaufwands von Eltern im Beitragsrecht. Dies soll durch eine Beitragssatzdifferenzierung nach der Anzahl der Kinder mit Altersbegrenzung umgesetzt werden. Zur Finanzierung dieser Maßnahmen wird im Wesentlichen eine Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes vorgesehen.

Zum 1.7.2023 soll der allgemeine **Beitragssatz** zur SPV um 0,35 Prozentpunkte auf dann 3,40 Prozent steigen. Dadurch sollen der SPV in 2023 Mehreinnahmen von 3,15 Milliarden Euro sowie ab 2024 pro Jahr 6,6 Milliarden Euro mehr zufließen. Parallel steigt der **Kinderlosenzuschlag** von 0,35 Prozent auf 0,60 Prozent. In Abhängigkeit von der Anzahl der Kinder, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden **Abschläge auf den allgemeinen Beitragssatz** gewährt. Mitglieder mit einem Kind unter 25 Jahren zahlen den allgemeinen Beitragssatz von 3,40 Prozent. Mitglieder mit zwei Kindern bis zum genannten Alter zahlen zukünftig einen Beitragssatz von 3,15 Prozent, was einem Abschlag in Höhe von 0,25 Prozentpunkten entspricht, für jedes weitere Kind unter 25 Jahren ergibt sich ein weiterer Abschlag in Höhe von jeweils 0,25 Beitragssatzpunkte. Somit beträgt der Beitragssatz bei Eltern mit drei Kindern 2,90 Prozent, bei Eltern mit vier Kindern 2,65 Prozent und für Mitglieder mit fünf oder mehr Kindern gilt ein Beitragssatz von 2,4 Prozent statt 3,4 Prozent. Die Abschlagsregelungen sollen dem Wortlaut des Entwurfs zufolge finanzneutral gestaltet werden. Jedoch steigen im Ergebnis die Beiträge für alle Mitglieder der SPV, die weniger als drei Kinder haben. Die Differenzierung des Beitragssatzes geht auf den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts von April 2022 zurück, wonach im Beitragsrecht der SPV der Erziehungsaufwand von Eltern stärker berücksichtigt werden muss.

Als weitere Maßnahmen zur Schließung der Finanzlücke in der SPV ist vorgesehen, die jährliche Zuführung für das Jahr 2023 an den **Pflegevorsorgefonds** auf 2024 zu verschieben. Dadurch entstehen Mindereinnahmen von 1,7 Milliarden Euro in 2023 und Mehrausgaben in gleicher Höhe in 2024. Die Rückzahlung des in 2022 vom Bund gewährten Darlehens in Höhe von einer Milliarde Euro soll mit dem PUEG teilweise verschoben werden. Es ist vorgesehen, dass das Darlehen hälftig, in Höhe von 0,5 Milliarden Euro bis zum 31.12.2023 zurückgezahlt werden soll. Die zweite Hälfte soll bis Ende 2028 zurückgezahlt werden. Schließlich soll die **Verwaltungskostenpauschale**, die die SPV an die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) leistet, von 3,2 Prozent auf 3 Prozent gesenkt werden. Die Höhe ist abhängig vom Mittelwert der SPV-Aufwendungen und der SPV-Beitragseinnahmen. Diese Kostenverlagerung von der SPV in die GKV wird im Gesetzentwurf mit 100 Millionen Euro angesetzt.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird bis zum 31.5.2024 Empfehlungen für eine stabile und dauerhafte Finanzierung der SPV vorlegen. Hierbei soll insbesondere auch die Ausgabenseite der sozialen Pflegeversicherung betrachtet werden. Bei der Erarbeitung der Empfehlungen werden das Bundesministerium der Finanzen (BMF), das Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK), das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) sowie das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) beteiligt.

Falls weitere kurzfristige Liquiditätsbedarfe entstehen, soll die **Bundesregierung ermächtigt** werden, den allgemeinen Beitragssatz im Wege einer Rechtsverordnung anzuheben. Die Zustimmung des Bundesrates ist notwendig. Mehrere Anpassungen durch Rechtsverordnung dürfen insgesamt nicht höher als 0,5 Beitragssatzpunkte über dem jeweils zuletzt gesetzlich festgesetzten Beitragssatz liegen.

Der Entwurf sieht auch einige Leistungsverbesserungen vor. So soll das **Pflegegeld** und die ambulanten **Pflegesachleistungsbeträge** jeweils um fünf Prozent zum 1.1.2024 angehoben werden. Zu zwei Zeitpunkten, im Jahr 2025 und im Jahr 2028, erfolgen weitere Anpassungen. Zum 1.1.2025 steigen alle Leistungsbeträge um fünf Prozent und zum 1.1.2028 sollen diese an die allgemeine Preisentwicklung angenähert werden. Zudem sollen die seit dem 1.1.2022 ausgezahlten **Leistungszuschläge** zur Reduktion der Eigenanteile in der stationären Pflege zum 1.1.2024 um fünf bis zehn Prozentpunkte steigen. Diese wurden erst 2021 mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) eingeführt und sind individuell abhängig von der Zeit, in der sich die jeweiligen Pflegebedürftigen bereits im stationären Leistungsbezug befinden.

Leider wurde im Vergleich zum Referentenentwurf auf die Zusammenlegung der **Kurzzeit-** und der **Verhinderungspflege** zu einem gemeinsamen Jahresbeitrag verzichtet. Die Neuregelung sollte eine Vereinfachung für die Pflegenden bringen und dazu führen, dass in bestimmten Fallkonstellationen mehr Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden kann.

Die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sollen verpflichtet werden, sich an die **Telematikinfrastruktur** anzuschließen.

Ebenfalls verzichtet wurde auf das eigentlich geplante Informationsportal über freie Kapazitäten sowie auf das gemeinsame Modellprogramm der SPV mit den Ländern und Kommunen. Die SPV hätte p.a. 50 Millionen Euro für ein Förderbudget der Länder und Kommunen bereitstellen sollen, um **innovative Modellvorhaben** für neue Pflegestrukturen vor Ort zu realisieren. Das Programm zur Förderung von guten **Arbeitsbedingungen in der Pflege** soll nun, entgegen der ursprünglichen Planung, doch nicht über 2024 hinaus verlängert werden.

## Bewertung

Der Entwurf greift in vielen Bereichen aus Sicht des vdek viel zu kurz. Zwar werden einige wenige Leistungsverbesserungen vorgenommen. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen. Jedoch werden die Maßnahmen die Ausgabenentwicklung und finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen allenfalls kurzfristig auffangen können. Zur Finanzierung der bestehenden Defizite und der zusätzlichen Leistungen werden **allein die Beitragszahlenden** herangezogen.

Durch die Begrenzung der Beitragsentlastung auf Eltern mit Kindern, welche das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist davon auszugehen, dass im Ergebnis die Belastung der Beitragszahlenden insgesamt im Vergleich zum Referentenentwurf steigt, da sehr viel weniger Eltern unter diese Regelungen fallen.

Die vor Kabinettsbefassung vorgenommenen Streichungen von zusätzlichen Ausgaben können nur bedingt nachvollzogen werden. Dies gilt insbesondere für den Verzicht auf den gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege. Die mit der Zusammenlegung der beiden Leistungen verbundene Leistungsverbesserung und die einfachere Leistungsanspruchnahme für die Pflegebedürftigen sowie administrative verbesserte Umsetzung bei den Pflegekassen entfallen damit. Die Herausnahme der Regelung ist nicht nachvollziehbar. Das von der Bundesregierung genannte Ausgabenvolumen von 500 Millionen Euro für die Leistungsausweitung erscheint dem vdek ohnehin zu hoch angesetzt. Die Mehrausgaben werden vielmehr auf rund 290 Millionen Euro geschätzt. Da die weit überwiegende Mehrheit der Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt wird, wäre der Nutzen der Mehrausgabe für diese Menschen und ihre Pflegepersonen hoch.

Die Bundesregierung räumt mit dem Arbeitsauftrag an mehrere Ministerien, eine zukunftsfähige Finanzierung der Pflegeversicherung bis 31.5.2024 vorzuschlagen, ein, dass der vorliegende Entwurf nicht nachhaltig ist. Warum dennoch eine nun im Umfang begrenzte Verordnungsermächtigung der Bundesregierung geschaffen wird, ist auch mit Bezug auf das Zustimmungserfordernis des Bundesrats nicht nachvollziehbar. Die Bundesregierung setzt mit dem vorliegenden Entwurf die Vereinbarungen des Koalitionsvertrags nicht um und verzichtet auf eine Anhebung des Anteils von Steuermitteln. Es ist zu befürchten, dass die Verordnungsermächtigung letztlich dazu führt, dass demokratische Entscheidungsprozesse umgangen werden und der Bund sich seiner Finanzverantwortung weiterhin entziehen will.

Zentrale Punkte des Koalitionsvertrags wurden bisher nicht eingehalten. So werden die **Rentenbeiträge pflegender Angehöriger** nicht aus Steuermitteln finanziert. Das würde die Pflegeversicherung und die Beitragszahler um bis zu 3,7 Milliarden Euro jährlich entlasten. Zudem wird die **Ausbildungskostenumlage** nicht aus den einrichtungsbezogenen Eigenanteilen ausgegliedert und über Steuermittel finanziert. Dies würde die Pflegebedürftigen monatlich um

115 Euro entlasten und wäre sachgerecht, da Ausbildungskosten eine gesamtgesellschaftlich zu finanzierende Aufgabe ist. Das würde die Pflegebedürftigen in den stationären Pflegeeinrichtungen entlasten. Zudem ist es aus Sicht des vdek notwendig, **pandemiebedingte Finanzlasten** in Höhe von 5,5 Milliarden Euro vollständig durch Steuermittel auszugleichen. Mit Blick auf die laufend steigende finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege, sollten endlich auch die Bundesländer in die Verantwortung genommen werden und die Investitionskosten der stationären Altenpflege vollständig übernehmen. Dies würde die Pflegebedürftigen, die in einer stationären Pflegeeinrichtung leben, sofort monatlich um durchschnittlich 472 Euro entlasten.

Die Ampel-Koalition hält ihr **Leistungsversprechen** nur bedingt ein und sorgt nur punktuell für Leistungsverbesserungen erst ab 2024. Die Anhebung des Pflegegeldes und der Sachleistungen im ambulanten Bereich sind grundsätzlich unterstützenswert, gleiches gilt für die Erhöhung der Zuschüsse zu den Eigenanteilen in der stationären Pflege. Wegen der im Gegenzug zu erwartenden, höheren Pflegesätze in der stationären Pflege, bleibt aber fraglich, ob damit der Tendenz einer steigenden Zahl an Sozialhilfeempfängern im stationären Bereich begegnet werden kann.

Die Differenzierung der **Beitragssätze nach der Zahl der Kinder** ist mit Blick auf den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 7.4.2022 nachvollziehbar. Allerdings werden unter den Bedingungen der geplanten Beitragssatzerhöhung im Vergleich zum Satus quo tatsächlich nur Familien mit drei oder mehr Kindern unter 25 Jahre entlastet. Es ist gut, dass der Entwurf nun eine Fristverlängerung bis Ende 2024 bei der nachträglichen Verrechnung von Beiträgen gewährt. Insgesamt ist jedoch anzumerken, dass das Verfahren für die beitragsabführenden Stellen mit einem erheblichen Aufwand bei der Erfassung der Kinderzahl verbunden ist. Gleichwohl wird dieser Verwaltungskostenaufwand nicht erstattet. Vielmehr sieht sich die GKV in ihrer Funktion als Durchführungsstelle einer Kürzung der Verwaltungskostenerstattung gegenüber. Grundsätzlich regt der vdek an, alle Gesetzentwürfe zukünftig einer standardmäßigen Überprüfung ihrer Vereinbarkeit mit digitalen Prozessen zu unterziehen.

Langfristig ist es geboten, einen stabilen und dynamisierten **Steuerzuschuss** in die SPV zu gewähren. Der Zuschuss könnte regelgebunden z. B. als Anteil der Leistungsausgaben ausgestaltet werden, der im Gleichtakt mit den SPV-Ausgaben steigt. Zudem sollte die Private Pflegeversicherung (PPV) am **Solidarausgleich** der SPV beteiligt werden. Der Finanzausgleich könnte die SPV um bis zu zwei Milliarden Euro jährlich entlasten.

Finanzwirkung des Gesetzentwurfs (Schätzung des BMG)

Maßnahmen (in Milliarden Euro)	2023	2024	2028
Rückzahlung des Darlehens	+0,5		+0,5
Absenkung der Verwaltungspauschale*		-0,1	
Verschiebung der Zuführung zum Pflegevorsorgefonds	-1,7	+1,7	
Erhöhung des Beitragssatzes	-3,15	-6,6	
<b>Leistungserweiterungen</b>		<b>+2,0</b>	
davon			
Anhebung des Pflegegeldes		+0,7	
Anhebung der ambulanten Sachleistungsbeträge		+0,3	
Regelung zum Pflegeunterstützungsgeld		+0,02	
Anhebung der stationären Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI		+0,6	
Umsetzung des Maßnahmenpakets „Digitalisierung in der Pflege		+0,1	

Anmerkungen:

(+): Mehrausgaben/Mindereinnahmen

(-): Minderausgaben/Mehreinnahmen

\* Führt zu Mehrausgaben im Haushalt der GKV in gleicher Höhe.

Finanzwirkung eines Entlastungsbudgets

(Schätzung des vdek auf Basis des Referentenentwurfs zum Entwurf eines Pflegeunterstützungs- und entlastungsgesetz vom 20.02.2023)

<b>Leistungsempfänger der Verhinderungspflege im Jahresdurchschnitt 2021</b>			
	Leistungs- empfänger	Erhöhungs- betrag/€	Mehrausgaben/€
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	23.714	968	22.955.152
Stundenweise Verhinderungspflege	279.690	968	270.739.920
<b>Mehrausgaben SPV aus Sicht vdek</b>			<b>293.695.072</b>
<b>Mehrausgaben SPV lt. RefE</b>			<b>500.000.000</b>

## 2. Kommentierung des Gesetzes

Zu Artikel 1 Nummer 4  
§ 8 SGB XI (Gemeinsame Verantwortung)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Das mit dem Pflegepersonal–Stärkungsgesetz (PpSG) eingeführte Förderprogramm „Digitalisierung“, in dessen Rahmen Pflegeeinrichtungen für bestimmte Maßnahmen einen einmaligen Zuschuss von bis zu 12.000 EUR abrufen können, wird bis 2030 verlängert. Neu hinzugekommen ist die Förderfähigkeit für Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsabläufe und Organisation bei der Pflege sowie Schulungen zu digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften. Schulungen zur Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastuktur (TI) wurden gemäß der Forderung des vdek gegenüber dem Referentenentwurf aus der Aufzählung der förderfähigen Maßnahmen gestrichen. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass die TI–Anbindung anderweitig pauschal finanziert wird (TI–Startpauschale). Der GKV–Spitzenverband (GKV–SV) hat die bereits bestehenden Richtlinien bis zum 31.10.2023 neu zu beschließen.

### **Bewertung**

Die Verlängerung des Förderprogramms wird begrüßt.

### **Änderungsvorschlag**

Keiner.



Zu Artikel 1 Nummer 6

§ 13 SGB XI (Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Mit dieser Regelung soll klargestellt werden, dass Pflegeleistungen nach dem SGB XI nicht die außerklinische Intensivpflege verdrängen bzw. vorrangig sind.

### **Bewertung**

Der Vorschlag ist inhaltlich nachvollziehbar. Die Klarstellung sollte bereits im Satz 1 erfolgen, da die außerklinische Intensivpflege nicht mehr Bestandteil der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V ist, sondern eigenständig im § 37c SGB V beschrieben wird.

### **Änderungsvorschlag**

Der § 13 Absatz 2 Satz 1 ist folgendermaßen anzupassen:

Nach „§ 37 SGB V“ sind „und der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches“ zu ergänzen.

## **Beabsichtigte Neuregelung**

### **§ 18**

Die bisherigen Regelungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit werden für eine bessere Nachvollziehbarkeit neu strukturiert. Durch die Pflegereformen der vergangenen Jahre ist die bisherige Regelung unübersichtlich geworden. Durch eine neue Systematisierung werden leistungs- und verfahrensrechtliche Inhalte deutlicher voneinander getrennt.

In Absatz 1 wird vorgeschrieben, dass in den Begutachtungsrichtlinien festzulegen ist, welche Unterlagen zwingend zur Beauftragung der Begutachtung erforderlich sind.

### **§ 18a**

Der Absatz 2 sieht zusätzlich zur bisherigen Regelung vor, dass eine Begutachtung während einer Krisensituation von nationaler Tragweite oder in der Region des Versicherten ausnahmsweise auch ohne Hausbesuch stattfinden kann. Näheres zu den Voraussetzungen konkretisiert der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem GKV-SV.

Sofern im Anschluss an einen Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wird, soll innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Beginn der Kurzzeitpflege eine abschließende Begutachtung erfolgen.

### **§ 18b Gutachten**

Das Gutachten soll in Zukunft in gesicherter elektronischer Form übermittelt werden, z. B. über die Telematik.

### **§ 18c Entscheidung über den Antrag**

In Absatz 3 wird neu geregelt, dass die Pflegekasse den Antragssteller unverzüglich die im Pflegegutachten empfohlenen Hilfsmitteln und Pflegehilfsmittel übermittelt auf die zur Auswahl stehenden Leistungserbringer hinweist. Auch soll der Antragssteller über die Bedeutung der empfohlenen Heilmittel und über die Heilmittelversorgung bei langfristigen Behandlungsbedarf informiert werden. Mit Einwilligung des Versicherten sollen die Pflegekassen die Heilmittelempfehlung direkt an den behandelnden Arzt bzw. die behandelnde Ärztin weiterleiten.

Es soll eine Regelung zur vorübergehenden Unterbrechung der Fristen ergänzt werden, sofern die Gründe für eine erforderliche Unterbrechung nicht durch die Pflegekasse zu verantworten ist.

Mit Absatz 6 soll geregelt werden, dass die Begutachtungsfrist erst mit dem Vorliegen der zwingend erforderlichen Unterlagen bei der Pflegekasse beginnt.

### **§ 18d Berichtspflichten**

Neben der Übermittlung der bisherigen jährlichen Statistiken über die Begutachtungsfristen soll der GKV-SV jährlich umfassend über Zahlen und Erkenntnisse im Zusammenhang mit der Beantragung von Pflegeleistungen berichten, erstmalig zum 30.6.2025 über Jahr 2024. Der GKV-SV wird ermächtigt, die erforderlichen Variablen festzulegen.

Des Weiteren wird der GKV-SV beauftragt, eine wissenschaftliche Evaluation zum Thema Heilmittlempfehlungen durchzuführen.

### **§ 18e Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung**

Der Medizinische Dienst Bund (MD Bund) und die Medizinischen Dienste sollen Modellvorhaben und Studien zur Weiterentwicklung des Begutachtungsverfahrens durchführen können. Hierfür sollen jährlich 500.000 Euro zur Verfügung gestellt werden. Diese sind mit den Pflegekassen zu vereinbaren.

Hierbei soll zunächst eine Studie zu Begutachtungen per Telefon/digitaler Kommunikationsmittel untersucht werden, insbesondere im Vergleich zur Begutachtung im häuslichen Bereich.

### **Bewertung**

Die Neustrukturierung der Regelungen in den §§ 18 bis 18e zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird grundsätzlich begrüßt. Durch die neue Systematisierung wird eine bessere Übersichtlichkeit und Nachvollziehbarkeit erreicht. Mit der Neugestaltung der Regelungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sollte aus Sicht der Ersatzkassen die mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz eingeführte Option der Beauftragung von unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern ersatzlos gestrichen werden. In der Praxis kommt diese Regelung kaum zum Tragen bzw. führt diese nicht zu einer Beschleunigung der Pflegebegutachtungen. Zum einen fehlt es in vielen Regionen an verfügbaren unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern. Zum anderen führt die vorgesehene Umstellung der Beauftragung erst 20 Arbeitstage nach Antragsstellung aus organisatorischen Gründen nicht zu einer Beschleunigung der Verfahren.

### **§ 18**

Es wird begrüßt, dass in den Richtlinien geregelt werden soll, welche Unterlagen zwingend zur Beauftragung der Begutachtung erforderlich sind. Hierdurch wird eine höhere Verbindlichkeit bei der Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen und Medizinischen Diensten erreicht.

Die im Entwurf im Absatz 3 vorgesehene Beibehaltung der Regelungen zur Beauftragung unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter ist ersatzlos zu streichen. Die weiteren Änderungen sind im Wesentlichen redaktionell. Der Absatz 1 setzt sich aus verschiedenen Regelungen zusammen, die bereits aktuell enthalten sind. Teilweise wurden diese etwas präziser formuliert.

### **§ 18a Begutachtungsverfahren**

Die Begutachtung in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung im Anschluss an einem Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung wird kri-

tisch bewertet. In diesen Fällen kann das häusliche Umfeld nicht in die Begutachtung mit einbezogen werden. Durch eine Umsetzung mit Befristungen und Wiederholungsbegutachtungen, auf die in der Gesetzesbegründung verwiesen wird, werden die ohnehin knappen Ressourcen der Medizinischen Dienste zusätzlich in Anspruch genommen. Für die Versicherten entsteht im Vergleich zur derzeitigen Praxis kein Mehrwert. Zusätzlich ist die praktische Umsetzung eine Herausforderung hinsichtlich der Terminierung des Begutachtungstermins in der Kurzzeitpflegeeinrichtung, da den Pflegekassen bzw. den Medizinischen Diensten die erforderlichen Informationen in der Regel nicht in ausreichender Aktualität vorliegen.

### **§ 18c Entscheidung über den Antrag**

Die in Absatz 3 vorgesehene Information über die Leistungserbringer:innen von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln wird aufgrund der Vielfältigkeit der regionalen Angebote als nicht praktikabel bzw. unverhältnismäßig verwaltungsaufwändig angesehen und wird daher abgelehnt.

Auch mit der Informationspflicht über die Heilmittlempfehlung und der Weiterleitung an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte werden neue aufwändige Aufgaben für die Pflegekassen geschaffen. Zur Umsetzung ist ein hoher Anpassungsbedarf von in der Regel automatisierten Verfahren erforderlich. Auch ist der behandelnde Arzt den Pflegekassen nicht zwingend bekannt.

Aus Sicht des vdek sollte die Regelung zu sog. Strafzahlungen generell auf den Prüfstand gestellt werden. Die Pflegekassen haben mit der organisatorischen Entkoppelung der Medizinischen Dienste von den Krankenkassen wenige Möglichkeiten, auf die Bearbeitungszeiten einzuwirken. Deshalb ist es auch nicht sachgerecht, die Pflegekassen dafür finanziell in Haftung zu nehmen.

Die Klarstellung zu einer Unterbrechung der Fristen wird grundsätzlich begrüßt da sie zu einer höheren Rechtssicherheit führt. Die Klarstellung dient dazu, dass die Versicherten möglichst schnell eine Entscheidung über ihren Antrag erhalten. Dennoch sollte in den Fällen, in denen es zu einer Unterbrechung der Frist kommt, von den „Strafzahlungen“ abgesehen werden, da sich der Prozess aufgrund der Unterbrechung verlängern kann, z. B. aufgrund von Neuterminierungen der Begutachtungstermine. Es ist außerdem nicht sichergestellt, dass die Pflegekasse unmittelbar Kenntnis von den Unterbrechungen bekommt.

Die Regelungen in Absatz 6, dass die Begutachtungsfristen bei unvollständigen Unterlagen gehemmt werden sollen, werden begrüßt.

### **§ 18d Berichtspflichten**

Über das Begutachtungsgeschehen besteht bisher keine detaillierte Berichterstattung, wie sie in dem Gesetzentwurf vorgesehen ist. Da es in einigen Ländern bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit mitunter zu hohen Durchlaufzeiten gekommen ist, ist das Interesse des BMG an einer umfassenden Berichterstattung nachvollziehbar. Der Umfang der gewünschten Daten, der vor allem in der Gesetzesbegründung definiert wird, wird aber zu hohem Aufwand bei

den Pflegekassen führen. Da für die praktische Umsetzung eine Erfassung der gewünschten Daten nicht in allen Fällen zwingend erforderlich ist, müssen Softwaresysteme unter Umständen nur für die Berichterstattung angepasst werden.

In der Gesamtschau ist festzustellen, dass Pflegekassen zunehmend damit beschäftigt werden, das Ministerium detailliert zu informieren und damit zunehmend Personal und Strukturen für Verwaltungsaufgaben gebunden werden und darüber hinaus dieser Verwaltungsaufwand nicht erstattet wird, sondern vielmehr eine Kürzung der Verwaltungskostenerstattung erfolgt. Im Sinne einer „Entbürokratisierung“ wäre auch bei den Aufgaben der Pflegekassen mehr Augenmaß sinnvoll, denn nicht alles was machbar ist, ist auch sinnvoll. Aus diesem Grund werden die weiteren Ergänzungen über die bereits heute zu liefernden Daten abgelehnt.

**§ 18e Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung**  
Angesichts der Herausforderung des demographischen Wandels und der damit steigenden Begutachtungszahlen ist die Durchführung von Studien und Modellvorhaben zur Weiterentwicklung des Begutachtungsverfahrens sinnvoll. Die vorgesehene Beteiligung der Pflegekassen wird dabei insbesondere begrüßt. Mit der Durchführung telefonischer bzw. digitaler Begutachtungen wurden während der Corona-Pandemie erste Erfahrungen gemacht, in denen diese vorübergehend ermöglicht wurden. Um die Vergleichbarkeit der Qualität telefonischer/ digitaler Begutachtungen im Vergleich zu den Begutachtungen zu untersuchen, ist diese Studie sinnvoll.

#### **Änderungsvorschlag**

Die Regelungen zum Einsatz von unabhängigen Gutachtern oder Gutachterinnen (§ 18 Absatz 3 SGB XI) sollte ersatzlos gestrichen werden.

#### **§ 18**

§ 18 Absatz 3 ist zu streichen. In der Folge sind entsprechende Regelungen in anderen Paragraphen anzupassen (beginnende bei § 18 Absatz 1 und z.B. § 31). Die Absätze 4 und 5 bisher werden zu den Absätzen 3 und 4.

#### **§ 18a**

Die Regelung in Absatz 7, Satz 3 „Nimmt der Versicherte unmittelbar im Anschluss an den Aufenthalt in einem Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch, hat die abschließende Begutachtung spätestens am zehnten Arbeitstag nach Beginn der Kurzzeitpflege in dieser Einrichtung zu erfolgen“ ist zu streichen.

### **§ 18c**

In Absatz 3, Satz 11 sind die Wörter „und weist zugleich auf die zur Auswahl stehenden Leistungserbringer hin.“ zu streichen. Im Weiteren ist Satz 3 zu streichen.

Absatz 5 ist zu streichen.

### **§ 18 d**

Die Liste der Berichtspflichten ist, mit Blick auf den stets steigenden Verwaltungsaufwand, auf die bereits heute bestehenden Berichtspflichten zu kürzen.

Zu Artikel 1 Nummer 14

§ 30 SGB XI (Dynamisierung, Verordnungsermächtigung)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Sämtliche im Vierten Kapitel des SGB XI geregelten Leistungsbeträge sollen zum 1.1.2025 um fünf Prozent steigen. Zum 1.1.2028 erfolgt eine Anpassung in Höhe der Kerninflationsrate, maximal jedoch in Höhe des Brutto Lohn- und Gehaltssummenanstiegs.

### **Bewertung**

Die Kosten in der Pflege sind in den zurückliegenden Jahren kontinuierlich angestiegen. Die Leistungen der Pflegeversicherung wurden demgegenüber nur unregelmäßig angepasst – zuletzt die ambulanten Sachleistungsbeträge 2022 (GVWG). Die Zeiträume zwischen den Anpassungen führen zu einer „schleichenden Entwertung“ der Pflegesachleistung, da Pflegebedürftige von den Pauschalbeträgen immer weniger Leistungen finanzieren konnten. Insofern wird die Anhebung grundsätzlich begrüßt.

Insgesamt bleibt der Eindruck, dass insbesondere vor dem Hintergrund einer fehlenden Gegenfinanzierung aus Steuermitteln die Regelungen eher „ein Tropfen auf den heißen Stein“ sind und sich bis 2028 im Kern wenig ändert. Zum 1.1.2024 erfolgt nur eine Erhöhung des Pflegegeldes und der Pflegesachleistungen um fünf Prozent. Die übrigen Leistungsarten (insbesondere Tages- und Nachtpflege, vollstationäre Pflegeleistungen) werden nicht berücksichtigt. So dürften die Erhöhungen zum 1.1.2024 und 1.1.2025 nicht ausreichen, um die hohe Inflationsrate der letzten Jahre auszugleichen. Sofern aber an der ausschließlichen Finanzierung über eine Beitragssatzanpassung festgehalten werden soll, sind diese Erhöhungen auch nicht ausbaufähig.

Erst zum 1.1.2028 – und damit in der nächsten Legislaturperiode – kommt einmalig ein neues Verfahren zum Einsatz, dessen Auswirkungen sich aufgrund der gewählten Parameter aktuell nur schwerlich abschätzen lassen. Für die Erhöhung zum 1.1.2028 fehlt zudem eine gesetzliche Frist, zu der das BMG die erhöhten Werte zu veröffentlichen hat. Diese Frist ist dringend erforderlich, um die neuen Leistungsbeträge bereits frühzeitig z. B. in Pflegesatzverhandlungen berücksichtigen und auch die EDV anpassen zu können.

### **Änderungsvorschlag**

Satz 2 wird wie folgt gefasst: „Die ab 1. Januar 2025 bzw. ab dem 1. Januar 2028 geltenden Leistungsbeträge werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Bundesanzeiger bis zum 28. Februar 2024 bzw. 28. Februar 2027 im Bundesanzeiger bekannt gemacht.“

Zu Artikel 1 Nummer 20

§ 55 SGB XI (Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

b)

Mit den Änderungen zu § 55 SGB XI wird der allgemeine Beitragssatz in der Pflegeversicherung von 3,05 Prozent auf 3,4 Prozent angehoben. Zusätzlich wird die Bundesregierung ermächtigt, per Rechtsverordnung, mit Zustimmung des Bundesrates, den allgemeinen Beitragssatz anzuheben, wenn der Mittelbestand der SPV absehbar die Höhe einer Monatsausgabe laut Haushaltsplänen der Pflegekassen zu unterschreiten droht. Mehrere Anpassungen durch Rechtsverordnung dürfen insgesamt nicht höher als 0,5 Beitragssatzpunkte über dem jeweils zuletzt gesetzlich festgesetzten Beitragssatz liegen.

c) – f)

Gleichzeitig wird der Zuschlag für Mitglieder ohne Kinder von 0,35 auf 0,6 Beitragssatzpunkte angehoben. Der Gesamtbeitrag zur Pflegeversicherung für Mitglieder ohne Kinder beläuft sich somit ab dem 1.7.2023 auf 4,0 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen.

Ferner wird das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 7.4.2022 für eine Entlastung von Eltern mit mehr als einem Kind von den Aufwendungen für die Pflege umgesetzt.

### **Bewertung**

b)

Die Anpassung des allgemeinen Beitragssatzes in der Pflegeversicherung war im Koalitionsvertrag angekündigt worden und wird nun umgesetzt. Die Erhöhung ist letztlich nötig, um dem zu erwartenden Defizit in der Pflegeversicherung zu begegnen und die vorgesehenen Leistungsausweitungen zu finanzieren.

Dass der Bundesregierung das Recht eingeräumt werden soll, unter bestimmten Voraussetzungen per Rechtsverordnung, mit Zustimmung des Bundesrates, den allgemeinen Beitragssatz anzuheben, ist letztlich eine Verlegenheitslösung, um Liquiditätsengpässe kurzfristig per Beitragssatzsteigerungen zu überbrücken. Damit würden Finanzierungsprobleme einseitig über Beitragssteigerungen gelöst. Es braucht ein stimmiges Konzept, um die Pflegeversicherung langfristig und nachhaltig finanziell zu stabilisieren. Das Verfahren für kurzfristige Beitragssatzanpassungen muss größtmöglich demokratisch legitimiert werden. Dazu ist ein parlamentarisches Verfahren notwendig. Dies ist auch Ausdruck der Verantwortung des Parlaments für eine auskömmliche und solidarische Finanzierung der Pflegeversicherung.

c) – f)

Nachdem sich der Gesetzgeber offenbar dafür entschieden hat, die Vorgaben der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 7.4.2022 zur Entlastung von Eltern mit mehr als einem Kind im Beitragsrecht der Pflegeversicherung zu



verorten und nicht steuerlich zu finanzieren, ist die vorgesehene Regelung in § 55 Absatz 3 Satz 3 und 4 SGB XI als nachvollziehbar zu bewerten. Mit Abschlägen auf den anzuwendenden Beitragssatz, werden Eltern mit mehr als einem Kind, das das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, vom Pflegeversicherungsbeitrag entlastet.

Die vorgesehene Staffelung reduziert den (allgemeinen) Beitragssatz der Pflegeversicherung:

1. Für Eltern mit zwei berücksichtigungsfähigen Kindern um einen Abschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten
2. Für Eltern mit drei berücksichtigungsfähigen Kindern um einen Abschlag in Höhe von 0,5 Beitragssatzpunkten
3. Für Eltern mit vier berücksichtigungsfähigen Kindern um einen Abschlag in Höhe von 0,75 Beitragssatzpunkten
4. Für Eltern mit fünf oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern um einen Abschlag in Höhe von 1,0 Beitragssatzpunkten.

Dass sich eine reale Entlastung erst ab drei berücksichtigungsfähigen Kindern einstellt, ist letztlich der Tatsache geschuldet, dass gleichzeitig mit der Einführung des Beitragsabschlags der allgemeine Beitragssatz zur Finanzierung des Gesamtsystems und zur Leistungsausweitung angehoben werden muss.

Die weiteren Änderungen zu § 55 SGB XI sind notwendige Begleiterscheinungen zur Umsetzung des neuen Rechts. Die Tatsache, dass die Elterneigenschaft gegenüber der beitragszahlenden Stelle nachzuweisen ist und bei Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse, ist geltendes Recht und hat sich bewährt. Diese Nachweispflicht wird nun auf den Nachweis der Anzahl der Kinder, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ausgedehnt und entspricht damit in sachgerechter Weise der bisherigen Aufgabenverteilung.

In § 55 Absatz 3 Satz 7 wird festgelegt, dass eine „Regierungskommission“ ein Verfahren zur Erhebung und zum Nachweis der Anzahl der Kinder bis spätestens zum 1.7.2023 entwickeln soll, um ein möglichst effizientes, schnelles und digitales Verwaltungshandeln zu gewährleisten.

Der Gesetzentwurf kommt zu spät, um eine Änderung in den Entgeltabrechnungsprogrammen bei den beitragszahlenden Stellen sowie der Software der Krankenkassen zum 1.7.2023 sicherstellen zu können. Die Verfahren zur Ermittlung bzw. Nachweis der konkreten Kinderzahl müssen zunächst aufgesetzt und anschließend umgesetzt werden. In der Konsequenz kann die höchststrichterlich geforderte Frist zur Anwendung der Neuregelung nicht gehalten werden. Insoweit wird die Regelung, nach der der Nachweis über die Anzahl der Kinder ab 1.7.2023 wirkt, wenn dieser bis zum 31.12.2023 vorgelegt wird sowie die in § 55 Absatz 3 Satz 11 eingeräumte Bearbeitungszeit bis 31.12.2024 zur Kenntnis genommen. Dieser Satz enthält auch den Hinweis, dass die Verzinsungsregelung für eine Beitragserstattung bis zum 31.12.2023 keine Berücksichtigung findet.

## Änderungsvorschlag

b)

Von der geplanten Ermächtigung der Bundesregierung zur Beitragssatzanpassung per Rechtsverordnung ist Abstand zu nehmen.

Eine notwendige Beitragssatzerhöhung muss in einem Gesetzgebungsverfahren und damit in einem breiten parlamentarischen Verfahren beschlossen werden.

c) – f)

Die Gewährung des Beitragsabschlags bis zur Vollendung des 25. Lebensjahr wirft Auslegungsfragen auf, dazu gehören:

Wie ist bei Kindern zu verfahren, die vor dem 25. Lebensjahr verstorben sind, sollen diese bis zum fiktiven Erreichen des 25. Lebensjahres als Kinder im Sinne von § 55 Absatz 3 Satz 4 und 5 SGB XI berücksichtigt werden?

Gilt die zeitliche Begrenzung (Vollendung des 25. Lebensjahrs) auch bei Kindern im Sinne von § 25 Absatz 2 Nr. 4 SGB XI oder sollen diese dauerhaft als berücksichtigungsfähiges Kind angesehen werden?

Diesen Auslegungsfragen könnte mit einer Gesetzesänderung begegnet werden. Der vdek schlägt unter sozialpolitischen Gesichtspunkten vor, bei beiden Sachverhalten die Rechtslage zugunsten der Versicherten zu gestalten:

In § 55 Absatz 3 wird nach Satz 5 ein neuer Satz 6 eingefügt, „Bei Anwendung des Satzes 4 werden auch Kinder berücksichtigt, die vor Vollendung 25. Lebensjahres verstorben sind, bis zum fiktiven Erreichen der Altersgrenze, Kinder im Sinne von § 25 Absatz 2 Nr. 4 gelten dauerhaft als berücksichtigungsfähige Kinder.“

§ 55 Absatz 3 Satz 5 wird zur Klarstellung ergänzt: „Satz 4 gilt auch für Eltern, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und für Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden. Bei der bisherigen Formulierung bleibt offen, ob Beitragsabschläge für zu berücksichtigende Kinder auch für Mitglieder gelten sollen, die vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden.“

Für Mitglieder mit Beihilfeanspruch, die fünf zu berücksichtigende Kinder nachweisen, kann der Beitragsabschlag nicht in voller Höhe berücksichtigt werden (Beispiel beihilfeberechtigter Beschäftigter mit fünf Kindern: Arbeitnehmeranteil 0,85 Prozent ./.. Beitragsabschläge 1 Prozent (4 x 0,25 Prozent). Auch wenn diese Konstellation selten auftreten wird, ist eine Klarstellung notwendig, die den Umgang mit dieser Besonderheit beschreibt (z. B. in der Form, dass der Arbeitnehmeranteil dann 0 Prozent beträgt, der Arbeitgeberanteil unverändert 0,85 Prozent beträgt).

Der vorliegende Gesetzentwurf behält die Aufgabenverteilung zur Erfassung der Elterneigenschaft und der Anzahl der zu berücksichtigenden Kinder (beitragsabführende Stelle oder Pflegekassen bei Selbstzahlern) bei. Daran ist festzuhalten, zumal derzeit keine Alternativverfahren absehbar sind.

Auch die Einsetzung der Regierungskommission nach § 55 Absatz 3 Satz 7 ändert daran nichts. Diese wird bis zum 1.7.2023 Vorschläge unterbreiten können, aber keine fertigen Datensatzbeschreibungen. Selbst wenn dem so wäre, braucht die technische Umsetzung einen erheblichen zeitlichen Vorlauf. Die Ersatzkassen wollen sich an den Arbeiten zur Entwicklung an einer digitalen Lösung beteiligen. Deshalb wird vorgeschlagen, dass auch die GKV in die Regierungskommission einbezogen wird. Wegen der Bedeutung sollte dies gesetzlich abgebildet werden. Insoweit wäre § 55 Absatz 3 Satz 7 durch einen Halbsatz zu ergänzen, der lautet: „; der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ist zu beteiligen.“

Die eingeräumte „Bearbeitungszeit“ bis zum 31.12.2024 (§ 55 Absatz 3 Satz 11) entlastet die beitragsabführenden Stellen und Pflegekassen bei den Selbstzahlern bei der Erfassung der Elterneigenschaft und der für den Beitragsabschlag zu berücksichtigenden Kinder. Unverständlich ist in diesem Zusammenhang, dass die Verzinsung des Erstattungsbetrages für nachträglich festgestellte Beitragsabschläge nur bis zum 31.12.2023 ausgesetzt werden soll, denn die Ursache für die Bearbeitungszeit ist der zögerlichen Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils durch die Gesetzgebung geschuldet. Von daher bilden „Bearbeitungszeit“ und Verzinsungsregelung eine Einheit, sodass auch die Verzinsung bis zum 31.12.2024 auszusetzen ist.

Den Pflegekassen aufzuerlegen, sämtliche Mitglieder in Schriftform zu informieren, wie sich dies aus der Gesetzesbegründung der Bundestags-Drucksache 20/6544, Seite 51 ergibt, lässt sich weder in der Kürze der Zeit realisieren und ist mit einem erheblichen Kosten- und Verwaltungsaufwand verbunden, der sich nicht rechtfertigen lässt. Ohnehin müssen die Pflegekassen die Selbstzahler bereits wegen der Beitragssatzerhöhung und in entsprechenden Fällen über die Steigerung des Beitragszuschlags für Kinderlose unterrichten. Insoweit sind wegen der Information der weiteren Mitglieder alternative Informationswege (Pressemitteilungen, Informationen im Internet) zuzulassen, dass sollte zumindest in der Gesetzesbegründung zum Ausdruck gebracht werden.

Zu Artikel 1 Nummer 28

§ 75 SGB XI (Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Zu a) Die Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI sind von den Landesverbänden der Pflegekassen zu veröffentlichen.

Zu b) In den Landesrahmenverträge sollen zukünftig auch die geeigneten Nachweise nach § 85 Absatz 3 SGB XI, die in den Vergütungsverhandlungen vorzulegen sind, konkretisiert werden.

Zu c) In den Landesrahmenverträgen sollen auch Regelungen zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal (wie Personal-Pools oder betriebliche Ausfallkonzepte) aufgenommen werden.

### **Bewertung**

Zu a) Die Landesrahmenverträge sind bereits heute im Internet veröffentlicht. Insofern ist die Regelung überflüssig.

Zu b) Grundsätzlich ist der Auftrag, die geeigneten Nachweise zu konkretisieren, unschädlich, denn bereits heute sind in den Verträgen die Nachweise bei den Vergütungsverhandlungen nach § 85 Absatz 3 SGB XI geregelt. Nicht nachvollziehbar ist hingegen, warum die Regelungen auf Landesebene getroffen werden sollen. Vergleichbare Nachweise sind zuletzt ebenfalls auf Bundesebene festgelegt worden (insbesondere in den Zulassungsrichtlinien bzw. Nachweisrichtlinien). Zielführender wäre es daher, die Anforderungen auf Bundesebene zu vereinbaren, die dann bis zur Anpassung der Landesrahmenverträge verbindlich sind.

Kritisch wird auch gesehen, dass in der Gesetzesbegründung (zusätzlich auch in der Begründung zu den Änderungen in § 113c SGB XI) explizit die Aufwendungen von Anwerbekosten von inländischen und ausländischen Pflegefachkräften benannt werden, ohne dass irgendwelche flankierenden Maßnahmen vorgesehen sind. Es ist scheinbar Ziel der Bundesregierung, bundesweit die Pflegebedürftigen mit Anwerbekosten zu belasten, obwohl es sich bei der Fachkräftesicherung im Kern um eine Aufgabe der Länder handelt. Der vdek hält die Landesrahmenverträge daher nicht für den richtigen Ort, um Regelungen zu Anwerbekosten zu treffen.

Vielmehr sind hier bundeseinheitliche Vorgaben insbesondere zu den Gütekriterien und zur Wirtschaftlichkeit erforderlich, die mit entsprechenden Förderprogrammen harmonisieren. Zudem sind Obergrenzen festzulegen. Es ist zu verhindern, dass Einrichtungen bundesweit einen Freifahrtschein erhalten, um nach Gutdünken ohne staatliche Vorgaben weltweite Anwerbetätigkeiten ausführen und die Kosten hierfür den Pflegebedürftigen anzulasten. Angezeigt wäre insgesamt eine Anwerbung durch öffentlich-rechtliche Institutionen verbunden mit einem verbindlichen Umlageverfahren.

Vor dem Hintergrund der in der Praxis bereits stattfindenden wechselseitigen Abwerbung von Pflegekräften mit sich übertrumpfenden „Abwerbbeprämien“ erscheint der Hinweis auf die Berücksichtigung von Anwerbekosten von inländisch angeworbenem Personal insofern kritisch, als dass damit dieser Praxis weiter Vorschub geleistet wird.

Zu c)

Die Ergänzung der Regelung zu sogenannten Springerpools geht auf den Beschluss von Maßnahmen der „Konzertierten Aktion Pflege“ (KAP) zurück. An dieser hat der vdek mitgewirkt. Durch diese Springerpools soll der Einsatz von Leiharbeitskräften in den Pflegeeinrichtungen reduziert werden. Die Springerpools werden als grundsätzlich guter organisatorischer Ansatz gesehen, um der engen Personaldecke flexibel gerecht zu werden. Diese Pools unterliegen aber der originären Verantwortung der Einrichtungen und sind eine innerbetriebliche Gestaltungsmöglichkeit, die bereits auf Grundlage der bestehenden gesetzlichen Regelungen umsetzbar ist. Es ist zudem unklar, ob die Regelung zur Reduzierung der Kosten beiträgt. Insofern wird die Regelung abgelehnt.

### **Änderungsvorschlag**

Zu a) In § 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 11 (neu) wird folgender Satz angefügt.  
„Aufwendungen für die Beschaffung von im Inland und Ausland angeworbenem Personal sind hiervon nicht umfasst.“

Zu b) Aufnahme eines ergänzenden Paragraphen § 88b SGB XI (neu):  
„Zu den Inhalten der Rahmenverträge nach § 75 Absatz 2 S. 1 Nr. 11 sind Empfehlungen nach dem Verfahren gemäß § 75 Absatz 6 bis zum 30.6.2024 abzugeben. Auf Grundlage dieser Empfehlungen haben die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern ihre Rahmenverträge zu überprüfen und bei Bedarf an die Empfehlungen anzupassen. Bis zur Entscheidung über eine Anpassung der Rahmenverträge nach Satz 3 sind die Empfehlungen nach Satz 1 für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen insoweit verbindlich, als dass sie die bisherigen Regelungen in den Rahmenverträgen ergänzen; Regelungen in den Landesrahmenverträgen, die über die Empfehlungen hinausreichen, behalten bis zur Anpassung Bestand.“

Zu c)

Streichung.

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Für das Personal in Pflegeeinrichtungen, das nicht in der Pflege und Betreuung tätig ist, wird ergänzt, dass eine tarifliche/kirchenarbeitsrechtliche Bezahlung ggf. auch nach anderen Tarifwerken wie auch für das Pflege- und Betreuungspersonal nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann. Dies gilt insbesondere auch für Leiharbeiter:innen oder Beschäftigte mit Werk-/Dienstleistungsverträgen. Ausgeschlossen wird, dass eine Bezahlung von Vermittlungsentgelten als wirtschaftlich anerkannt wird.

### **Bewertung**

Der vdek begrüßt die Zielsetzung dieser Neuregelung im Grundsatz, sieht aber Probleme in der praktischen Umsetzung, da es sich bei den Personal-Leasingkosten im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen um Sachkosten handelt und die Kosten bereits „eingepreist“ sein dürften. Die Herausrechnung von „Vermittlungsentgelten“ (im Sinne von durch den Gesetzgeber unerwünschten Entleihgebühren) dürfte daher in der Praxis mit erheblichen Schwierigkeiten behaftet sein. Um Abgrenzungsdebatten zu vermeiden, sollte der GKV-Spitzenverband mit der Entwicklung einer Umsetzungsrichtlinie beauftragt werden.

### **Änderungsvorschlag**

Keiner.

Zu Artikel 1 Nummer 39  
§ 113b SGB XI (Qualitätsausschuss)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Zu a) und b) redaktionelle Folgeänderung in Folge der der Aufhebung des § 113a.

Zu c) Die beschlussfassenden Sitzungen des Qualitätsausschusses sollen zukünftig – nach dem Vorbild des G-BA – öffentlich sein, zeitgleich im Internet live übertragen und zum späteren Abruf in einer Mediathek zur Verfügung gestellt werden. Die Regelung beruht offenbar auf einer Forderung der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung und der Interessenvertretung nach § 118.

Zu d) Bei der Streichung handelt es sich um eine redaktionelle Anpassung im Zusammenhang mit der Neuregelung des § 113b Absatz 8 Satz 3.

Zu e) Es soll eine zusätzliche Referentenstelle in der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses eingerichtet werden. Die Interessensvertretungen haben das Recht diese zu besetzen und den Arbeitsort zu bestimmen.

Zu f) Es soll eine kontinuierliche und näher konkretisierte jährliche Berichtspflicht des Qualitätsausschuss gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit eingeführt werden.

### **Bewertung**

Zu e) Da die Betroffenenorganisationen gemäß § 118 bereits an den Entscheidungen des Qualitätsausschuss beratend mitwirken, ein Stimmrecht besitzen, Anträge stellen können und an der Arbeit der bestehenden Geschäftsstelle gleichberechtigt partizipieren, wird die zusätzliche Schaffung einer Referentenstelle als nicht notwendig angesehen.

Zu f) Die Berichtspflicht ist abzulehnen. Der Qualitätsausschuss ist ein selbstverwaltetes Gremium und daher auch nicht berichtspflichtig. Es ist offenkundig, dass das BMG zunehmend Einfluss auf die Entscheidungen nehmen will. Zudem geht damit unnötiger Verwaltungsaufwand einher.

### **Änderungsvorschlag**

Zu e) Die Regelung zur Schaffung einer Referentenstelle ist zu streichen.

Zu f) Die Regelung zur Berichtspflicht ist zu streichen.

Zu Artikel 1 Nummer 42

§ 114c SGB XI (Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Zu a) Durch das Wort „soll“ wird die Verbindlichkeit bezüglich der zweijährigen Durchführung von Qualitätsprüfungen bei Einrichtungen mit hohem Qualitätsniveau erhöht (bisher „kann“).

Zu b) Die Ergänzung schreibt die Zuständigkeit für die Benachrichtigung der Pflegeeinrichtungen, bei denen der Prüfrhythmus wegen eines hohen Qualitätsniveaus verlängert wird, bei den Landesverbänden der Pflegekassen fest.

Zu c) Redaktionelle Anpassung.

### **Bewertung**

Die Regelungen sind grundsätzlich nachvollziehbar. Die komplexe Umsetzung macht IT-gestützte Lösungen für die Landesverbände der Pflegekassen notwendig. Daher muss zur Umsetzung ein angemessener zeitlicher Vorlauf berücksichtigt werden, da das Verfahren in bestehende Prozesse (Prüfbeauftragung) eingreift und grundlegende Veränderungen mit sich bringt.

### **Änderungsvorschlag**

Zu b) Die Vorschrift sollte frühestens zum 1.1.2024 in Kraft treten.



Zu Artikel 2 Nummer 7

§ 42a SGB XI (Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson)

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Es wird für den Zeitraum, in dem eine Pflegeperson eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt, ein eigenständiger Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen in derselben Vorsorge- und Rehaeinrichtung gegenüber der Pflegekasse des Pflegebedürftigen eingeführt. Bisher bestand der Anspruch auf Versorgung eines Pflegebedürftigen in einer Vorsorge- oder Rehaeinrichtung nur, wenn der Rehabilitand zulasten der GKV versorgt wurde. Nun wird der Anspruch auf Fallkonstellationen erweitert, bei denen ein anderer Rehabilitationsträger (überwiegend Deutsche Rentenversicherung (DRV)) die Kosten für die Rehabilitationsmaßnahme übernimmt sowie auf Fallgestaltungen in denen stationäre Vorsorgemaßnahmen in Anspruch genommen werden. Der Anspruch umfasst die Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen, Unterkunft und Verpflegung sowie die Fahr- und Gepäckkosten.

Ist eine Versorgung in derselben Einrichtung nicht möglich, hat die Pflegekasse die Versorgung in einer anderen Einrichtung (z. B. KZP) zu koordinieren.

Vorsorge - oder Rehabilitationseinrichtungen können die Versorgung der Pflegebedürftigen selbst übernehmen oder sich eines ambulanten Pflegedienstes bedienen. In beiden Fällen erstattet die Pflegekasse des Pflegebedürftigen die Aufwendungen für die Versorgung des Pflegebedürftigen in Höhe des durchschnittlichen Gesamtheimentgelt nach § 87a Absatz 1 Satz 1 aller zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtungen im jeweiligen Land.

Vor Beginn der Versorgung von Pflegebedürftigen hat die Vorsorge- oder Rehaeinrichtung den Landesverbänden der Pflegekassen ein Konzept zur qualitätsgesicherten Versorgung der Pflegebedürftigen vorzulegen.

### **Bewertung**

Die Einführung des Leistungsanspruches für Pflegebedürftige wird grundsätzlich begrüßt. Bisher konnten Pflegebedürftige ihre Pflegeperson nur in die Rehabilitationseinrichtung begleiten, wenn eine Rehabilitationsmaßnahme zulasten der GKV erbracht wurde. Die Regelung sorgt für eine Gleichstellung aller Pflegebedürftigen. Unverständlich ist jedoch, warum bei einer Rehabilitationsmaßnahme zulasten der GKV die Krankenversicherung des Rehabilitanden für die Kosten aufkommen muss, wohingegen die Kosten für die Versorgung des Pflegebedürftigen bei einer Rehabilitation zulasten eines anderen Trägers (DRV) oder einer stationären Vorsorgemaßnahme zulasten der GKV durch die Pflegekasse getragen werden. Sofern eine Verantwortung der Pflegekasse in diesen Fällen gesehen wird (da eine Versorgung des Pflegebedürftigen ohnehin durch die Pflegeversicherung erfolgt wäre), sind die Kosten für die Versorgung der Pflegebedürftigen auch bei Rehabilitationsmaßnahme zulasten der GKV durch die Pflegekasse des Pflegebedürftigen zu übernehmen.

Aus Sicht des vdek ist es sachgerecht die Versorgung bei allen Pflegebedürftigen dem Aufgabenbereich der Pflegeversicherung zuzuordnen. In der Folge sind die bestehenden Regelungen im SGB V zu streichen.

Darüber hinaus ist anzumerken, dass den Landesverbänden der Pflegekassen in der Regel nicht alle notwendigen Informationen zur im Gesetz vorgesehenen Berechnung des durchschnittlichen Heimentgeltes vorliegen, da die betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen nicht durch die Landesverbände vereinbart oder genehmigt werden. Die hierfür zuständigen Länder müssen in die Pflicht genommen werden, die anerkannten Investitionskosten elektronisch an die Pflegekassen zu melden.

#### **Änderungsvorschlag**

§ 40 Absatz 3a SGB V (neu) wird gestrichen.

§ 42a Absatz 1 S. 2 SGB XI (neu) wird gestrichen.

In § 42a Absatz 2 SGB XI (neu) ist nach dem Wort „zugelassenen“ das Wort „nahegelegenen“ zu ergänzen.

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Verwaltungskostenerstattung wird von 3,2 Prozent des Mittelwerts von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen auf 3,0 Prozent dieses Werts angepasst.

### **Bewertung**

Die Regelung wird abgelehnt. Gerade weil mit diesem und den letzten Gesetzen zahlreiche sehr verwaltungsaufwändige Gesetze erlassen wurden, ist die Erstattung an die GKV in der bisherigen Höhe auch sachgerecht. Dass damit ein Einsparvolumen bei der Sozialen Pflegeversicherung reklamiert wird, ist zwar richtig, ist aber eine „Schein-Rechnung“ die getreu dem Motto „rechte Tasche in die linke Tasche“ aufgestellt wird.

Sie ist auch deshalb nicht sachgerecht, da der Verwaltungskostenaufwand auch erheblich von den Tarifsteigerungen im Personalkostenbereich beeinflusst wird. Vor dem Hintergrund der anhaltend hohen Inflation ist für die Jahre 2023 ff. von entsprechend hohen Tarifsteigerungen auszugehen. Die damit einhergehenden Kostensteigerungen auf Seiten der Krankenkassen können im Falle einer Absenkung der Verwaltungskostenpauschale aber nicht an die Pflegekassen weitergereicht werden.

Die Aufklärung der Elterneigenschaft einschließlich der Feststellung der Anzahl der Kinder ist eine aufwändige Aufgabe, die zu erheblichem Verwaltungsaufwand führt. Das gilt auch unter dem Gesichtspunkt, dass die Erfassung der Elterneigenschaft und der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder auf die Selbstzahler beschränkt ist. Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Pflegekassen allein schon wegen der Beitragssatzerhöhung und der Anhebung des Kinderlosenzuschlages über Gebühr Verwaltungsleistungen erbringen, weil die Selbstzahler einen Beitragsbescheid erhalten müssen. Auch aus diesem Grund ist die Absenkung des Verwaltungskostenausgleichs nach § 46 Absatz 3 Satz 1 SGB XI von derzeit 3,2 Prozent des Mittelwertes von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen auf 3,0 Prozent nicht gerechtfertigt. Ergänzend gilt es zu berücksichtigen, dass der Aufbau eines digitalen Verfahrens im Sinne von § 55 Absatz 3 Satz 7 eine Aufgabe der Pflegekasse darstellt, die es ebenfalls rechtfertigt, den Verwaltungskostenausgleich nicht abzusenken.

### **Änderungsvorschlag**

Artikel 2 Nr. 15 PUEG ist ersatzlos zu streichen.

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen werden ab dem 1.7.2025 dazu verpflichtet, die Voraussetzungen für den Anschluss an die TI und für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte (ePA) zu erfüllen.

### **Bewertung**

Im Sinne der Weiterentwicklung der Digitalisierung im Gesundheitswesen, ist der Vorschlag zu begrüßen. Da andere Leistungserbringer (wie beispielsweise die der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V) bereits dazu verpflichtet sind, sich an die TI anzuschließen, ist die Regelung nur folgerichtig. In der Begründung zu der Vorschrift (Buchstabe A) wird von einer verpflichtenden Anbindung an die TI gesprochen. Im Gesetzestext ist jedoch lediglich von einer Verpflichtung zur Erfüllung der Voraussetzungen für den Anschluss an die TI die Rede. Dies sollte klarer formuliert werden.

Ergänzt werden sollte die verpflichtende Anbindung der Pflegestützpunkte nach § 7c SGB XI. Diese Anbindung findet zum aktuellen Zeitpunkt auch nur auf freiwilliger Basis statt. Mit dieser verpflichtenden Anbindung wären dann alle an der pflegerischen Versorgung beteiligten Akteure in den Digitalisierungsprozess eingebunden. Zudem könnte dem Umstand vorgebeugt werden, dass Hersteller von Hardware für die Erstausrüstung exorbitant hohe Preise verlangen, da bei einer gesetzlichen Verpflichtung zur Anbindung die Finanzierung über eine Finanzierungsvereinbarung klar geregelt ist.

Der Referentenentwurf vom 20.2.2023 hat den Anschluss der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an die TI bis zum 1.7.2024 vorgesehen. Der Gesetzentwurf sieht eine Anbindung erst bis zum 1.7.2025 vor. Die zeitliche Verschiebung um ein Jahr verlangsamt den Digitalisierungsprozess und wird daher abgelehnt.

### **Änderungsvorschlag**

§ 341 Absatz 8 ist wie folgt neu zu formulieren:

„Die an der Pflegeversorgung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch teilnehmenden Leistungserbringer haben bis zum 1. Juli 2024 den Zugriff auf die elektronische Patientenakte und den Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 306 umzusetzen. § 360 Absatz 8 gilt unverändert.“

Nach § 106c ist § 106d einzufügen:

§ 106d Finanzierung und Einbindung der Pflegestützpunkte in die Telematikinfrastruktur

## Zum Ausgleich

1. der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten, die den Pflegestützpunkten in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur entstehen sowie
2. der Kosten, die den Pflegestützpunkten im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur entstehen,

erhalten die Pflegestützpunkte ab dem 1.10.2023 von der Pflegeversicherung die in den Finanzierungsvereinbarungen nach § 376 Satz 1 SGB V für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in der jeweils geltenden Fassung vereinbarten Erstattungen. Das Verfahren zur Erstattung der Kosten legt der GKV-Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 30.9.2023 fest.

### 3. Ergänzender Änderungsbedarf

Anpassung § 107 Absatz 2 – Übernahme der Regelung aus dem SGB V

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelung des § 107 Absatz 2 SGB XI sollte für den Bereich der Pflegeversicherung analog den Regelungen des § 175 Absatz 2 und 304 Absatz 2 SGB V gestaltet werden. Eine gesetzliche Verpflichtung für ein elektronisches Meldeverfahren besteht in der Pflegeversicherung im Unterschied zur Krankenversicherung derzeit nicht. Die Pflegekasse ist bei formaler Betrachtung aktuell nur verpflichtet, auf Verlangen die Pflegeleistungsdaten beim Kranken-/ Pflegekas-senwechsel zu übermitteln. Das elektronische Meldeverfahren ist dabei nicht zwingend anzuwenden.

#### **Bewertung**

Die unterschiedliche Regelung in den beiden Sozialversicherungsbereichen ist nicht sachgerecht. Es sollte daher eine Harmonisierung erfolgen, um auch die formalen Voraussetzungen für einen maschinellen Datenaustausch zu schaffen.

#### **Änderungsvorschlag**

Im Falle des Wechsels der Pflegekasse ist die bisher zuständige Pflegekasse verpflichtet, ~~auf Verlangen~~ die für die Fortführung der Versicherung erforderlichen Angaben nach den §§ 99 und 102 im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Meldung, der neuen Pflegekasse mitzuteilen.

## Anpassung § 137f Absatz 8 – Harmonisierung im Leistungsbereich Digitale Produkte in DMP

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Im Gegensatz zu den detaillierten Regelungen im Bereich der Überführung von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) in die Regelversorgung sehen die Regelungen in § 137f SGB V keine gesetzlichen Voraussetzungen bei der Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen (DimA) in DMP vor. Digitale Produkte in DMP sollen künftig auf erstattungsfähige, dauerhaft in das Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte aufgenommene DiGA begrenzt werden.

### **Bewertung**

Die Änderung folgt dem Vorschlag aus der Stellungnahme des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zum PUEG.

### **Änderungsvorschlag**

In § 137f Absatz 8 Satz 1 und 2 werden die Wörter „medizinischer Anwendungen“ durch die Angabe „Gesundheitsanwendungen gemäß §§ 33a, 139e Absatz 2 SGB V“ ersetzt.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Askanischer Platz 1  
10963 Berlin  
Tel.: 030/2 69 31 – 0  
Fax: 030/2 69 31 – 2900  
Politik@vdek.com