



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

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

Stand: 06.03.2023

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil	3
2. Kommentierung des Gesetzes	7
• Zu Artikel 1 Nummer 2 § 341 SGB V (Elektronische Patientenakte).....	7
• Zu Artikel 2 Nummer 4 § 7d SGB XI (Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten) NEU	9
• Zu Artikel 2 Nummer 5 § 8 SGB XI (Gemeinsame Verantwortung).....	12
• Zu Artikel 2 Nummer 7 § 13 SGB XI (Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen).....	13
• Zu Artikel 2 Nummer 12 § 18 SGB XI ff.....	14
• Zu Artikel 2 Nummer 15 § 30 SGB XI (Dynamisierung, Verordnungsermächtigung).....	19
• Zu Artikel 2 Nummer 21 § 55 SGB XI (Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung).....	20
• Zu Artikel 2 Nummer 22 § 58 SGB XI (Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtig Beschäftigten)	23
• Zu Artikel 2 Nummer 27 § 75 SGB XI (Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung)	25
• Zu Artikel 2 Nummer 34 § 113b SGB XI (Qualitätsausschuss).....	27
• Zu Artikel 2 Nummer 37 § 114c SGB XI (Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht)	29
• Zu Artikel 2 Nummer 39 § 123 SGB XI f. (Gemeinsame Modellvorhaben und wissenschaftliche Begleitung).....	30
• Zu Artikel 3 Nummer 8 § 13 SGB XI (Verhinderungspflege) NEU.....	33
• Zu Artikel 3 Nummer 10 § 42a SGB XI (Gemeinsamer Jahresbetrag) NEU	35
• Zu Artikel 3 Nummer 18 § 48 SGB XI (Pflegekassen)	37
3. Weiterer Änderungsbedarf	38
• Anpassung § 107 Absatz 2 – Übernahme der Regelung aus dem SGB V	38

1. Allgemeiner Teil

Am 24.2.2023 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein Referentenentwurf für ein **Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)** vorgelegt und die Verbändeanhörung für den 9.3.2023 angesetzt. Regelungsinhalt des Referentenentwurfs sind einerseits eine Ausweitung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und auf der anderen Seite die Umsetzung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts zur Berücksichtigung des Erziehungsaufwands von Eltern im Beitragsrecht. Dies soll durch eine Beitragssatzdifferenzierung nach der Anzahl der Kinder umgesetzt werden. Zur Finanzierung dieser Maßnahmen wird im Wesentlichen eine Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes vorgesehen.

Zum 1.7.2023 soll der allgemeine **Beitragssatz** zur SPV um 0,35 Prozentpunkte auf dann 3,40 Prozent steigen. Dadurch sollen der SPV in 2023 Mehreinnahmen von 3,15 Milliarden Euro sowie ab 2024 pro Jahr 6,6 Milliarden Euro mehr zufließen. Parallel steigt der **Kinderlosenzuschlag** von 0,35 Prozent auf 0,60 Prozent. In Abhängigkeit von der Anzahl der Kinder werden **Abschläge auf den allgemeinen Beitragssatz** gewährt. Mitglieder mit einem Kind zahlen den allgemeinen Beitragssatz von 3,40 Prozent. Mitglieder mit zwei Kindern zahlen zukünftig einen Beitragssatz von 3,25 Prozent, was einem Abschlag in Höhe von 0,15 Prozentpunkten entspricht, für Mitglieder mit drei Kindern wird ein Abschlag in Höhe von 0,30 Prozentpunkten, mit vier Kindern von 0,45 Prozentpunkten und für Mitglieder mit fünf oder mehr Kindern ein Abschlag von 0,60 Prozentpunkten gewährt. Diese zahlen damit einen Beitragssatz von 2,80 Prozent statt heute 3,05 Prozent. Die Abschlagsregelungen sollen dem Wortlaut des Entwurfs zufolge finanzneutral gestaltet werden. Jedoch steigen im Ergebnis die Beiträge für alle Mitglieder der SPV, die weniger als vier Kinder haben. Die Differenzierung des Beitragssatzes geht auf ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts von April 2022 zurück, wonach im Beitragsrecht der SPV der Erziehungsaufwand von Eltern stärker berücksichtigt werden muss.

Als weitere Maßnahmen zur Schließung der Finanzlücke in der SPV ist vorgesehen, die jährliche Zuführung an den **Pflegevorsorgefonds** auf 2024 zu verschieben. Dadurch entstehen Minderausgaben von 1,7 Milliarden Euro in 2023 und Mehrausgaben in gleicher Höhe in 2024. Die Rückzahlung des in 2022 vom Bund gewährten Darlehens in Höhe von einer Milliarde Euro soll mit dem PUEG

von Ende 2023 auf 2028 verschoben werden. Schließlich soll die **Verwaltungskostenpauschale**, die die SPV an die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) leistet, von 3,2 auf 3 Prozent gesenkt werden. Die Höhe ist abhängig vom Mittelwert der SPV-Aufwendungen und der SPV-Beitragseinnahmen. Diese Kostenverlagerung von der SPV in die GKV wird im Gesetzentwurf mit 100 Millionen Euro angesetzt.

Falls weitere kurzfristige Liquiditätsbedarfe entstehen, soll die **Bundesregierung ermächtigt** werden, den allgemeinen Beitragssatz im Wege einer Rechtsverordnung anzuheben.

Der Entwurf sieht auch einige Leistungsverbesserungen vor. So soll das **Pflegegeld** und die ambulanten **Pflegesachleistungsbeträge** jeweils um fünf Prozent zum 1.1.2024 angehoben werden. Zu zwei Zeitpunkten, im Jahr 2025 und im Jahr 2028 erfolgen weitere Anpassungen. Zum 1.1.2024 steigen alle Leistungsbeträge um 5 Prozent und zum 1.1.2028 sollen diese an die allgemeine Preisentwicklung angelehnt und dynamisiert werden. Zudem sollen die seit dem 1.1.2022 ausbezahlten **Leistungszuschläge** zur Reduktion der Eigenanteile in der stationären Pflege zum 1.1.2024 um fünf bis zehn Prozent steigen. Diese wurden erst 2021 mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) eingeführt und sind individuell abhängig vom jeweiligen Pflegegrad und der Zeit, die sich die jeweiligen Pflegebedürftigen bereits im stationären Leistungsbezug befinden. Daneben sollen die **Kurzzeit-** und die **Verhinderungspflege** zu einem gemeinsamen Budget zusammengeführt werden. Dabei soll das Gesamtbudget insgesamt zwar nicht erhöht werden. Die Neuregelung soll jedoch dazu führen, dass in bestimmten Fallkonstellationen mehr Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden kann.

Die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sollen verpflichtet werden, sich an die **Telematikinfrastruktur** anzuschließen. Zudem soll ein **Onlineportal** aufgesetzt werden, das tages- oder wochenaktuelle Informationen über freie Kapazitäten der ambulanten und stationären Pflege angezeigt.

Die SPV soll p.a. 50 Millionen Euro für ein Förderbudget der Länder und Kommunen bereitstellen, um **innovative Modellvorhaben** für neue Pflegestrukturen vor Ort zu realisieren. Voraussetzung ist, dass die Länder bzw. Kommunen sich hälftig an den Kosten beteiligen. Zudem soll das Programm zur Förderung von guten **Arbeitsbedingungen in der Pflege** über 2024 hinaus bis 2030 verlängert

werden. Für dieses Programm stellt die SPV pro Jahr 100 Millionen Euro zur Verfügung.

Bewertung

Der Entwurf greift aus Sicht des vdek viel zu kurz. Zwar werden notwendige Leistungsverbesserungen vorgenommen. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen. Jedoch werden die Maßnahmen die Ausgabenentwicklung und finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen allenfalls kurzfristig auffangen können. Zur Finanzierung der bestehenden Defizite und der zusätzlichen Leistungen werden **allein die Beitragszahlenden** herangezogen. Der Eindruck eines wenig belastbaren Rechenwerks wird noch verstärkt durch Luftbuchungen in der Be- und Entlastungsrechnung. So wird die auf das Jahr 2025 verschobene Leistungsdynamisierung zur Minderausgabe in 2024 umetikettiert, obwohl für die Dynamisierung bisher überhaupt nichts ausgegeben wird.

Zudem lassen die vorgesehene **Verordnungsermächtigung für Beitragserhöhungen** durch die Bundesregierung und die Nichteinhaltung von Vereinbarungen des Koalitionsvertrags zur Erhöhung des Einsatzes von Steuermitteln befürchten, dass demokratische Entscheidungsprozesse umgegangen werden und der Bund sich seiner Finanzverantwortung entziehen will.

Zentrale Punkte des Koalitionsvertrags werden nicht eingehalten. So werden die **Rentenbeiträge pflegender Angehöriger** nicht aus Steuermitteln finanziert. Das würde die Pflegeversicherung und die Beitragszahler um bis zu 3,7 Milliarden Euro jährlich entlasten. Zudem wird die **Ausbildungskostenumlage** nicht aus den einrichtungsbezogenen Eigenanteilen ausgegliedert und über Steuermittel finanziert. Dabei wäre dies sachgerecht, da Ausbildungskosten eine gesamtgesellschaftlich zu finanzierende Aufgabe sind und es würde die Pflegebedürftigen in den stationären Pflegeeinrichtungen entlasten. Zudem ist es aus Sicht des vdek notwendig, das **pandemiebedingte Finanzdefizit** in Höhe von 5,5 Milliarden Euro vollständig durch Steuermittel auszugleichen. Mit Blick auf die laufend steigende finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege, sollen endlich auch die Bundesländer in die Verantwortung genommen werden und die Investitionskosten der stationären Altenpflege vollständig übernehmen. Dies würde die Pflegebedürftigen, die in einer stationären Pflegeeinrichtung leben, sofort monatlich um durchschnittlich 472 Euro entlasten.

Die Ampel-Koalition hält ihr **Leistungsversprechen** nur bedingt ein und sorgt nur punktuell für Leistungsverbesserungen erst ab 2024. Die Anhebung des Pflegegeldes und der Sachleistungen im ambulanten Bereich sind grundsätzlich unterstützenswert, gleiches gilt für die Erhöhung der Zuschüsse zu den Eigenanteilen in der stationären Pflege. Es bleibt aber fraglich, ob damit die Tendenz einer steigenden Zahl an Sozialhilfeempfängern im stationären Bereich (bis 2026 36 Prozent), die kürzlich in einer DAK-Studie aufgezeigt wurde, wirksam begegnet werden kann. Die Zusammenlegung der **Kurzzeit- und Verhinderungspflege** zu einem gemeinsamen Budget ist richtig. Das fordert der vdek seit Langem.

Die Differenzierung der **Beitragssätze nach der Zahl der Kinder** ist sachgerecht. Allerdings werden unter den Bedingungen der geplanten Beitragssatzerhöhung im Vergleich zum Satus quo tatsächlich nur Familien mit vier und mehr Kindern entlastet. Die Umsetzung der Änderung wird jedoch eine deutlich **längere Vorlaufzeit von mindestens 9 Monaten** benötigen. Bei den beitragsabführenden Stellen sind umfangreiche Systemumstellungen notwendig. Zudem muss zunächst die individuelle Kinderzahl ermittelt und die Nachweise geprüft werden. Die Berücksichtigung der genauen Kinderzahl kann deshalb realistisch erst ab 2024 erfolgen.

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

2. Kommentierung des Gesetzes

Zu Artikel 1 Nummer 2

§ 341 SGB V (Elektronische Patientenakte)

Beabsichtigte Neuregelung

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen werden ab dem 1. Juli 2024 dazu verpflichtet, die Voraussetzungen für den Anschluss an die Telematikinfrastruktur und für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte zu erfüllen.

Bewertung

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

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

Änderungsvorschlag

§ 341 Abs. 8 ist wie folgt neu zu formulieren:

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

Nach § 106c ist § 106d einzufügen:

§ 106d Finanzierung und Einbindung der Pflegestützpunkt in die Telematikinfrastruktur

Zum Ausgleich

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

erhalten die Pflegestützpunkte ab dem 1.10.2023 von der Pflegeversicherung die in den Finanzierungsvereinbarungen nach § 376 Satz 1 SGB V für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in der jeweils geltenden Fassung vereinbarten Erstattungen. Das Verfahren zur Erstattung der Kosten legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 30.09.2023 fest.

Beabsichtigte Neuregelung

Die Landesverbände der Pflegekassen sollen jeweils für ihr Bundesland ein elektronisches Informationsportal betreiben und im Internet veröffentlichen. Dabei sollen Informationen zu frei verfügbaren ambulanten und stationären Angeboten, Informationen und Beratungsangebote nach § 7c und Pflegekurse sowie zahlreiche Angebote anderer Träger veröffentlicht werden. Die Landesverbände der Pflegekassen müssen diese über die Möglichkeit der Veröffentlichung informieren und deren Anträge zur Aufnahme prüfen. Nur qualitätsgesicherte Angebote sollen veröffentlicht werden.

Die Pflegeeinrichtungen werden verpflichtet, freie Pflegeplätze an die Landesverbände der Pflegekassen zu melden.

Die Landesverbände der Pflegekassen können auch gemeinsame, länderübergreifende Portale einrichten, bzw. bestehende erweitern.

Bewertung

Die Ersatzkassen und die Landesverbände der Pflegekassen bündeln wichtige Informationen bereits heute auf ihren Webseiten, betreiben Internetportale zum Preis- und Qualitätsvergleich von Pflege- und Betreuungseinrichtungen und unterstützen ihre Versicherten durch funktionsträchtige „Apps“ u. a. bei der Beantragung von Pflegeleistungen. Auch weitere Akteure (z. B. ZQP) stellen umfangreiche Informationen auf ihren Internetseiten zur Verfügung.

Der weitere Auf- und Ausbau der Portale nach den sehr dezidierten Vorstellungen des Gesetzgebers erfordert umfangreiche und zum Teil sehr aufwändige Vorarbeiten, eine Umsetzung zum 1.04.2024 ist daher nicht realistisch. Die bestehenden Portale der Ersatzkassen und der anderen Kassenarten sind heute bereits bundesweit ausgerichtet und bilden nach einheitlichen Kriterien bereits vielfältige Informationen zur Qualität, zur Struktur und zu den Kosten ab. Die Erweiterung der Portale und die damit verbunden Abstimmungsprozesse sollten daher auch auf der Bundesebene erfolgen und nicht in sechzehn Bundesländern mit hohem bürokratischem Aufwand gesondert geführt werden.

Auf den Portalen sollen zahlreiche Angebote anderer Anbieter/Akteure ausgewiesen werden. Für den Versicherten sicherlich praktisch, für die Landesverbände aber mit erheblichem Verwaltungsaufwand verbunden, da sie darauf angewiesen sind, dass die zuständigen Stellen die Daten pflegen und digital übermitteln. Daher ist über einen entsprechenden Verwaltungskostenersatz

nachzudenken, denn letztlich übernehmen die Landesverbände hier originäre Aufgaben anderer Träger und die sächlichen und personellen Aufwände für solche Portale sind bereits heute enorm.

Zudem hängt die Qualität der Informationen von der Bereitstellung der Informationen durch die Leistungserbringer ab, werden von diesen keine oder nur unzureichende Daten übermittelt, helfen die Informationsportale den Pflegebedürftigen und weiteren Nutzern nicht. Zudem muss z.B. bei einer freien Kapazität in einer stationären Pflegeeinrichtung immer geprüft werden, ob das Pflege setting für den Pflegebedürftigen passt.

Um eine eindeutige Zuordnung der Daten zu ermöglichen, muss das Institutionskennzeichen des Leistungserbringers im Datensatz enthalten sein. Sollten Leistungserbringer kein Institutionskennzeichen haben (z. B. Nachbarschaftshelfer), muss eine eindeutige Identifikationsnummer (ID) vergeben werden.

Um den Anreiz zu erhöhen, freie Plätze bzw. Kapazitäten tages- bzw. wochenaktuell zu melden, sollte stets das Datum der letzten Meldung, ggf. mit Uhrzeit veröffentlicht werden. Ggf. Könnten Einträge automatisch ausgeblendet werden, deren letztes Aktualisierungsdatum zu weit zurückliegt.

Leistungserbringer, für die keine Versorgungsverträge bestehen, sollten die Möglichkeit haben, Adress- und Kontaktdaten selbst im Portal zu aktualisieren. Leistungserbringer mit Versorgungsvertrag, sollten Kontaktdaten (Telefonnummer, E-Mail-Adresse und Webadresse) selbst aktualisieren können.

Es ist zweckmäßig, dass die Regelung nach einer angemessenen Zeit evaluiert und weiterentwickelt wird.

Änderungsvorschlag

In Absatz 4 ist Satz 2 nach den Wörtern „sind verpflichtet“ die Wörter „alle erforderlichen Angaben sowie soweit vorhanden das Institutionskennzeichen (IK)“ einzufügen.

In § Abs. 1, Satz 1 ist die Angabe 1. April 2024 durch 1. Oktober 2024 zu ergänzen.

Zudem sollte bei Angabe zu Absatz Nr. 1 „tages- oder wochenaktuelle Informationen zu frei verfügbaren Angeboten von allen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie ambulanten Betreuungsdiensten im Sinne des § 71“ das jeweilige Datum der Meldung hinzugefügt werden.

Zu Artikel 2 Nummer 5
§ 8 SGB XI (Gemeinsame Verantwortung)

Beabsichtigte Neuregelung

Das Förderprogramm nach § 8 Absatz 7 von Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf wird bis 2023 verlängert. Das Förderprogramm nach § 8 Absatz 8 zur Digitalisierung der Pflege wird gänzlich entfristet und inhaltlich erweitert.

Bewertung

Die Verlängerung bzw. die Entfristung der Förderprogramme wird begrüßt. Die hier genannten förderfähigen Kosten für Schulungen, bspw. zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur, sind bereits durch die TI-Startpauschale abgegolten. Das käme einer Doppelfinanzierung gleich und ist daher abzulehnen.

Änderungsvorschlag

Streichung der Wörter "Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur," in § 8 Absatz 8 Satz 2.

Zu Artikel 2 Nummer 7

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

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

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

Änderungsvorschlag

Der § 13 Abs. 2 Satz 1 ist folgendermaßen anzupassen:

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

Beabsichtigte Neuregelung

§ 18

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

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

18a

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

Sofern im Anschluss an einem Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wird, soll innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Beginn der Kurzzeitpflege eine abschließende Begutachtung erfolgen.

§18b Gutachten

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

§ 18c Entscheidung über den Antrag

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

Die Höhe der Zusatzzahlung, wenn die Begutachtungsfristen nicht eingehalten werden, wird von 70 € auf 80 € pro Woche erhöht.

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

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

§ 18d Berichtspflichten

Neben der Übermittlung der bisherigen jährlichen Statistiken über die Begutachtungsfristen soll der GKV-SV jährlich umfassend über Zahlen und Erkenntnisse im Zusammenhang mit der Beantragung Pflegeleistungen berichten, erstmalig zum 30.06.2024 über Jahr 2023. Der GKV-SV wird ermächtigt, die erforderlichen Variablen festzulegen.

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

§ 18e Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung

Der MD Bund und die Medizinischen Dienste sollen Modellvorhaben und Studien zur Weiterentwicklung des Begutachtungsverfahrens durchführen können. Hierfür sollen jährlich 500 TEUR zur Verfügung gestellt werden. Diese sind mit den Pflegekassen zu vereinbaren.

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

Bewertung

Die Neustrukturierung der Regelungen in den §§ 18 bis 18e zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird grundsätzlich begrüßt. Durch die neue Systematisierung wird eine bessere Übersichtlichkeit und Nachvollziehbarkeit erreicht.

§ 18

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

Die Änderungen sind im Wesentlichen redaktionell. Der Absatz 1 setzt sich aus verschiedenen Regelungen zusammen, die bereits aktuell enthalten sind. Teilweise wurden diese etwas präziser formuliert.

§ 18a Begutachtungsverfahren

Die Begutachtung in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung im Anschluss an einem Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung wird kritisch bewertet. In diesen Fällen könnte das häusliche Umfeld nicht in die Begutachtung mit einbezogen werden. Durch eine Umsetzung mit Befristungen und Wiederholungsbegutachtungen, auf die in der Gesetzesbegründung verwiesen wird, werden die ohnehin knappen Ressourcen der Medizinischen Dienste zusätzlich in Anspruch genommen. Für die Versicherten entsteht im Vergleich zur derzeitigen Praxis kein Mehrwert. Zusätzlich ist die praktische Umsetzung eine Herausforderung hinsichtlich der Terminierung des Begutachtungstermins in der Kurzzeitpflegeeinrichtung.

§ 18c Entscheidung über den Antrag

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

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

Die Erhöhung der Zusatzzahlungen bei Überschreiten der Begutachtungsfristen wird strikt abgelehnt. Aus Sicht des vdek sollte statt einer weiteren Erhöhung die Regelung der Zusatzzahlungen generell auf den Prüfstand. Die Pflegekassen haben mit der organisatorischen Entkoppelung der Medizinischen Dienste von den Krankenkassen wenige Möglichkeiten, auf eine Verkürzung der Begutachtungsfristen einzuwirken. Die "Strafzahlungen" der Pflegekassen sind daher nicht sachgerecht und sollten daher entfallen, in keinem Fall jedoch erhöht werden.

Die Klarstellung zu einer Unterbrechung der Fristen wird grundsätzlich begrüßt da sie zu einer höheren Rechtssicherheit führt. Die Klarstellung dient dazu,

dass die Versicherten möglichst schnell eine Entscheidung über ihren Antrag erhalten. Dennoch sollte in den Fällen, in denen es zu einer Unterbrechung der Frist kommt, von den Zusatzzahlungen abgesehen werden, da sich der Prozess aufgrund der Unterbrechung verlängern kann, z.B. aufgrund von Neuterminierungen der Begutachtungstermine. Es ist außerdem nicht sichergestellt, dass die Pflegekasse unmittelbar Kenntnis von den Unterbrechungen bekommt.

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

§ 18d Berichtspflichten

Über das Begutachtungsgeschehen besteht bisher keine detaillierte Berichterstattung, wie sie in dem Gesetzentwurf vorgesehen ist. Da es in einigen Ländern bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit mitunter zu hohen Durchlaufzeiten gekommen ist, ist das Interesse des BMG an einer umfassenden Berichterstattung nachvollziehbar. Der Umfang der gewünschten Daten, der vor allem in der Gesetzesbegründung definiert wird, wird aber zu hohem Aufwand bei den Pflegekassen führen. Da für die praktische Umsetzung eine Erfassung der gewünschten Daten nicht in allen Fällen zwingend erforderlich ist, müssen Softwaresysteme unter Umständen nur für die Berichterstattung angepasst werden.

In der Gesamtschau ist festzustellen, dass Pflegekassen zunehmend damit beschäftigt werden, das Ministerium detailliert zu informieren und damit zunehmend Personal und Strukturen für Verwaltungsaufgaben gebunden werden. Im Sinne einer "Entbürokratisierung" wäre auch bei den Aufgaben der Pflegekassen mehr Augenmaß sinnvoll, denn nicht Alles was machbar ist, ist auch sinnvoll.

§ 18e Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung

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

Änderungsvorschlag

§ 18a

Die bisherige Regelung § 18 Absatz 3 sollte beibehalten werden. In Absatz 7 ist Satz 3 „Nimmt der Versicherte unmittelbar im Anschluss an den Aufenthalt in einem Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch, hat die abschließende Begutachtung spätestens am zehnten Arbeitstag nach Beginn der Kurzzeitpflege in dieser Einrichtung zu erfolgen“ zu streichen

§ 18c

In Absatz 3 sind die Wörter "und weist zugleich auf die zur Auswahl stehenden Leistungserbringer hin." zu streichen.

Absatz 5 ist zu streichen; hilfsweise ist die bisherige Zuzahlungshöhe in Satz 1 bei 70 € zu belassen.

§ 18 d

Die Liste der Berichtspflichten ist, mit Blick auf den stets steigenden Verwaltungsaufwand, einer kritischen Prüfung zu unterziehen und zu kürzen.

Zu Artikel 2 Nummer 15

§ 30 SGB XI (Dynamisierung, Verordnungsermächtigung)

Beabsichtigte Neuregelung

Sämtliche im vierten Kapitel des SGB XI geregelten Leistungsbeträge sollen zum 01.01.2024 um 5 Prozent und zum 01.01.2025 nochmals um 5 Prozent steigen. Zum 01.01.2028 erfolgt eine Anpassung in Höhe der Kerninflationsrate, maximal jedoch in Höhe des Bruttolohn- und Gehaltssummenanstiegs.

Bewertung

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

Insgesamt bleibt der Eindruck, dass insbesondere vor dem Hintergrund einer fehlenden Gegenfinanzierung aus Steuermitteln die Regelungen eher „ein Tropfen auf den heißen Stein“ sind und sich bis 2028 im Kern wenig ändert. So dürften die Erhöhungen zum 01.01.2024 und 01.01.2025 nicht ausreichen, um die hohe Inflationsrate der letzten Jahre auszugleichen. Sofern aber an der ausschließlichen Finanzierung über eine Beitragssatzanpassung festgehalten werden soll, sind diese Erhöhungen aber auch nicht ausbaufähig.

Erst zum 01.01.2028 – und damit in der nächsten Legislaturperiode – kommt ein neues Verfahren zum Einsatz, dessen Auswirkungen sich aufgrund der gewählten Parameter aktuell nur schwerlich abschätzen lassen. Für die Erhöhung zum 01.01.2028 fehlt zudem eine gesetzliche Frist, bis zu der das BMG die erhöhten Werte zu veröffentlichen hat. Diese Frist ist dringend erforderlich, um die neuen Leistungsbeträge bereits frühzeitig z. B. in Pflegesatzverhandlungen berücksichtigen und auch die EDV anpassen zu können.

Änderungsvorschlag

Satz 2 wird wie folgt gefasst: "Die ab 01.01.2028 geltenden Leistungsbeträge werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Bundesanzeiger bis zum 28.02.2027 im Bundesanzeiger bekannt gemacht."

Zu Artikel 2 Nummer 21

§ 55 SGB XI (Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung)

Beabsichtigte Neuregelung

b)

Mit den Änderungen zu § 55 SGB XI wird der allgemeine Beitragssatz in der Pflegeversicherung von 3,05 Prozent auf 3,4 Prozent angehoben. Zusätzlich wird die Bundesregierung ermächtigt, per Rechtsverordnung, ohne Zustimmung des Bundesrates, den allgemeinen Beitragssatz anzuheben, wenn der Mittelbestand der Pflegeversicherung absehbar das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagensoll zu unterschreiten droht.

c) – f)

Gleichzeitig wird der Zuschlag für Mitglieder ohne Kinder von 0,35 auf 0,6 Beitragssatzpunkte angehoben. Der Gesamtbeitrag zur Pflegeversicherung für Mitglieder ohne Kinder beläuft sich somit ab dem 01.07.2023 auf 4,0 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen. Ferner wird das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 07.04.2022 für eine Entlastung von Eltern mit mehr als einem Kind von den Aufwendungen für die Pflege umgesetzt.

Bewertung

b)

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

Dass der Bundesregierung das Recht eingeräumt werden soll, per Rechtsverordnung, ohne Zustimmung des Bundesrates, den allgemeinen Beitragssatz anzuheben, sofern das Betriebsmittel- und Rücklagensoll der Pflegeversicherung absehbar unterschritten wird, ist letztlich eine Verlegenheitslösung, um Liquiditätsengpässe kurzfristig per Beitragssatzsteigerungen zu überbrücken. Damit würden Finanzierungsprobleme einseitig über Beitragssteigerungen gelöst. Es braucht jedoch ein stimmiges Konzept, um die Pflegeversicherung langfristig und nachhaltig finanziell zu stabilisieren. Das Verfahren für kurzfristige Beitragssatzanpassungen muss größtmöglich demokratisch legitimiert werden. Dazu ist ein parlamentarisches Verfahren notwendig. Dies ist auch

Ausdruck der Verantwortung des Parlaments für eine auskömmliche und solidarische Finanzierung der Pflegeversicherung.

c) – f)

Nach dem sich der Gesetzgeber offenbar dafür entschieden hat, die Vorgaben der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 07.04.2022 zur Entlastung von Eltern mit mehr als einem Kind im Beitragsrecht der Pflegeversicherung zu verorten und nicht steuerlich zu finanzieren, ist die vorgesehene Regelung in § 55 Abs. 3 Satz 3 SGB XI als sachgerecht zu bewerten. Mit Abschlägen auf den anzuwendenden Beitragssatz, werden Eltern mit mehr als einem Kind, vom Pflegeversicherungsbeitrag entlastet.

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

1. für Eltern mit 2 Kindern um einen Abschlag in Höhe von 0,15 Beitragssatzpunkten
2. für Eltern mit 3 Kindern um einen Abschlag in Höhe von 0,3 Beitragssatzpunkten
3. für Eltern mit 4 Kindern um einen Abschlag in Höhe von 0,45 Beitragssatzpunkten
4. für Eltern mit 5 oder mehr Kindern um einen Abschlag in Höhe von 0,6 Beitragssatzpunkten.

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

Die weiteren Änderungen zu § 55 SGB XI sind notwendige Begleiterscheinungen zur Umsetzung des neuen Rechts. Die Tatsache, dass die Elterneigenschaft gegenüber der beitragszahlenden Stelle nachzuweisen ist, ist geltendes Recht und hat sich bewährt. Diese Nachweispflicht wird nun auf den Nachweis der Anzahl der Kinder ausgedehnt. Dies ist sachgerecht.

Dennoch kommt der Gesetzentwurf zu spät, um eine Änderung in den Entgeltabrechnungsprogrammen sowie der Software der Krankenkassen zum 01.07.2023 sicherstellen zu können. Die Verfahren zur Ermittlung bzw. Nachweis der konkreten Kinderzahl müssen zunächst aufgesetzt und anschließend umgesetzt werden. In der Konsequenz kann die höchstrichterlich geforderte

Frist zur Anwendung der Neuregelung nicht gehalten werden. Insoweit ist die Regelung zu begrüßen, nach der der Nachweis über die Anzahl der Kinder ab 01.07.2023 wirkt, wenn dieser bis zum 31.12.2023 vorgelegt wird.

Änderungsvorschlag

b)

Die geplante Ermächtigung der Bundesregierung zur Beitragssatzanpassung per Rechtsverordnung sollte Abstand genommen werden.

Eine notwendige Beitragssatzerhöhung muss in einem Gesetzgebungsverfahren beschlossen werden.

c) – f)

Keiner

Zu Artikel 2 Nummer 22

§ 58 SGB XI (Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtig Beschäftigten)

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass im Verhältnis Arbeitgeber/Arbeitnehmer nur der Beschäftigte von der Entlastung beim anzuwendenden Beitragssatz wegen der Berücksichtigung der Anzahl der Kinder profitiert.

Bewertung

Durch die dem Grunde nach paritätische Beitragstragung in der Pflegeversicherung würde der Arbeitgeber ohne Gesetzesänderung ebenfalls in den Genuss der Beitragsermäßigung wegen der Anzahl der Kinder kommen.

Die Änderung des § 58 Abs. 1 SGB XI verhindert diesen Effekt. Somit ist für den Arbeitgeberanteil grundsätzlich die Hälfte des Beitragssatzes von (neu) 3,4 Prozent anzusetzen, diese beträgt 1,7 Prozent. Bei einem Arbeitnehmer mit beispielsweise mehr als fünf Kindern würde der Arbeitnehmeranteil ($1,7 - 0,6 =$) 1,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahme betragen.

Für sämtliche Personengruppen, deren Beiträge zur Pflegeversicherung von Dritten getragen und gezahlt werden, muss zudem einheitlich geregelt werden, dass diese Stellen trotz Elterneigenschaft der Mitglieder mit mehr als einem Kind nicht vom neuen Beitragssatzabschlag erfasst werden.

Änderungsvorschlag

Für das Recht des SGB XI keiner.

Es wird jedoch eine entsprechende Änderung von (§ 16a) des Künstlersozialversicherungsgesetzes notwendig, weil hiernach ebenfalls die paritätische Beitragstragung zwischen der Künstlersozialkasse und dem versicherungspflichtigen Künstler/Publizisten gilt und sichergestellt werden muss, dass auch bei dieser Versichertengruppe nur der Versicherte von der Beitragssatzermäßigung wegen der Anzahl der Kinder profitiert.

Unberücksichtigt bleibt im Gesetzentwurf auch, dass die Pflegekassen gegenüber den selbstzahlenden Mitgliedern Nachweise prüfen und berücksichtigen müssen. Kommen die Pflegekassen angesichts der zu erwartenden Vielzahl an Vorlagen von Nachweisen nicht innerhalb eines Kalendermonats nach, sind die

Erstattungsbeträge zu verzinsen. Dies ist nicht sachgemäß und würde zu weiteren Kosten führen. Demnach ist die Aussetzung der Geltung des § 27 Abs. 1 SGB IV bis zum 31.01.2024 (aufgrund der Fälligkeit der Beiträge für die freiwillig versicherten Mitglieder) im Gesetz zwingend zu regeln.

Es fehlt außerdem eine Regelung, wonach die beitragsabführenden Stellen über das Verfahren zur Berücksichtigung von mehr als einem Kind bei der Berechnung des Beitragsabschlags informieren. Gegenüber den beitragsabführenden Stellen sind die Nachweise über die Anzahl der zu berücksichtigten Kinder zu erbringen, soweit die Anzahl der Kinder den Stellen nicht bereits bekannt ist (ggfls. im Rahmen der Lohnsteuerberechnung bei eingetragenen Kinderfreibeträgen). Den Pflegekassen aufzuerlegen, sämtliche Mitglieder in Schriftform zu informieren, lässt sich weder in der Kürze der Zeit realisieren und ist mit einem erheblichen Kosten- und Verwaltungsauswand verbunden, der sich nicht rechtfertigen lässt.

Zu Artikel 2 Nummer 27

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

Beabsichtigte Neuregelung

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

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

Bewertung

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

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

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

Vielmehr sind hier bundeseinheitliche Vorgaben insbesondere zu den Gütekriterien und zur Wirtschaftlichkeit erforderlich, die mit entsprechenden Förderprogrammen harmonieren. Zudem sind Obergrenzen festzulegen. Es ist zu verhindern, dass Einrichtungen bundesweit einen Freifahrtschein erhalten, um

nach Gutdünken ohne staatliche Vorgaben weltweite Anwerbetätigkeiten ausführen und die Kosten hierfür den Pflegebedürftigen anzulasten. Angezeigt wäre insgesamt eine Anwerbung durch öffentlich-rechtliche Institutionen verbunden mit einem verbindlichen Umlageverfahren.

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

Änderungsvorschlag

Zu a) In § 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 11 (neu) wird folgender Satz angefügt.

„Aufwendungen für die Beschaffung von im Inland und Ausland angeworbenem Personal sind hier von nicht umfasst.“

Zu b) Aufnahme eines ergänzenden Paragraphen § 88b SGB XI (neu):

„Zu den Inhalten der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 2 S. 1 Nr. 11 sind Empfehlungen nach dem Verfahren gemäß § 75 Absatz 6 bis zum 30.06.2024 abzugeben. Auf Grundlage dieser Empfehlungen haben die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern ihre Rahmenverträge zu überprüfen und bei Bedarf an die Empfehlungen anzupassen. Bis zur Entscheidung über eine Anpassung der Rahmenverträge nach Satz 3 sind die Empfehlungen nach Satz 1 für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen insoweit verbindlich, als dass sie die bisherigen Regelungen in den Rahmenverträgen ergänzen; Regelungen in den Landesrahmenverträgen, die über die Empfehlungen hinausreichen, behalten bis zur Anpassung Bestand.“

Zu Artikel 2 Nummer 34
§ 113b SGB XI (Qualitätsausschuss)

Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

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

Bewertung

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

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

Änderungsvorschlag

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

Zu f) Die Regelung zur Berichtspflicht ist zu streichen

.

Zu Artikel 2 Nummer 37

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

Beabsichtigte Neuregelung

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

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

Bewertung

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

Änderungsvorschlag

Zu b) Die Vorschrift sollte frühestens zum 01.01.2024 in Kraft treten.

Zu Artikel 2 Nummer 39

§ 123 SGB XI f. (Gemeinsame Modellvorhaben und wissenschaftliche Begleitung)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neugeschaffenen Förderbudget (§ 123 – neu) sollen von 2024 bis 2028 zukünftig Länder, Kommunen und die Pflegeversicherung in gemeinsame Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und –strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier investieren. Ziel der Modellvorhaben solle es sein. Die Situation von Pflegebedürftigen zu erleichtern, mehr Transparenz zu schaffen und den Zugang zu vorhandenen Hilfemöglichkeiten vor Ort zu verbessern und bedarfsgerecht auszugestalten. Aus dem Ausgleichsfonds stellt die Pflegeversicherung 50 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung. Das jeweilige Bundesland bzw. die jeweilige Kommune ist, als für die Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur bzw. für die Daseinsvorsorge zuständige Beteiligte, zu einer hälftigen Kofinanzierung verpflichtet.

Der GKV-Spitzenverband hat für die Umsetzung Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel bis zum 30.06.2023 zu entwickeln.

Die Durchführung von gemeinsamen Modellvorhaben nach § 123 (neu) ist in § 124 (neu) eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung verbindlich vorgesehen. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung sollen insbesondere die Vor- oder Nachteile gegenüber der geltenden Rechtslage untersucht werden und Hinweise gegeben werden welche Rechtsvorschriften des SGB XI ggf. Bei einer Überführung des Modellvorhabens in die Regelversorgung weiterentwickelt werden müssen.

Bei Umsetzung der Modellvorhaben kann von den Regelungen des Vierten, Siebten und Achten Kapitels des SGB XI abgewichen werden

Bewertung

Die Durchführung und Evaluation von regionalspezifischen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und –strukturen vor Ort und im Quartier wird begrüßt. Im Rahmen der Modellvorhaben können in unterschiedlichen regionalen Strukturen (Stadt/Land) verschiedene Pflegesettings erprobt und evaluiert werden.

Die Regelung ermöglichen die Erprobung von innovativen Versorgungsmodellen über die im SGB XI verankerten Rahmenbedingungen hinaus, d.h. es kann von den Regelungen des Vierten, Siebten und Achten Kapitels des SGB XI abgewichen werden. Die Regelungen des Vierten Kapitel betreffen u.a. die Leistungen der SPV und die damit einhergehenden Leistungsbeträge. Eine „Neuausrichtung“ der Leistungen SPV sollte im Rahmen der Modellvorhaben möglich sein. Die Leistungsbeträge dürfen im Rahmen der Modellvorhaben allerdings nicht über die geltenden Beträge hinaus verändert werden. Eine Veränderung über die geltenden Beträge hinaus würde zu einer ungleichen Behandlung der Leistungsbezieher führen.

Positiv ist, dass die an dem Modellvorhaben beteiligten Bundesländer bzw. die Kommunen sich an der Finanzierung beteiligen müssen, damit steigt das Fördervolumen auf insgesamt 100 Mio. Euro. Zudem wird die gemeinsame Finanzverantwortung von Pflegekassen und Kommunen betont. Die bisherige Regelung in §123 (alt) zur Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen ist vor allem an der Finanzierungsfrage gescheitert.

Die Beteiligung der PKV an den Kosten in Höhe von 10% ist sachgerecht und folgt der Kostenbeteiligung der PKV bei den Qualitätsprüfungen (§114 Absatz 1 Satz 1). Die Verteilung der Finanzmittel auf die Bundesländer, nachdem Königsteiner-Schlüssel gewährleistet eine gleichmäßige Verteilung der Finanzmittel auf die einzelnen Bundesländer.

Die Erstellung von Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel durch den GKV-SV ist zielführend und hat sich in ähnlichen Verfahren bewährt.

Um die Wirkung der Modellvorhaben und ggf. deren Überführung in die Regelversorgung vorzubereiten ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung zwingend erforderlich. Insbesondere die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung vorzunehmende Abwägung der Vor- und Nachteile des Modellvorhabens gegenüber der geltenden Rechtslage sowie die für die Übertragung in die Regelversorgung erforderlichen gesetzlichen Anpassungen ist positiv zu bewerten. Bei vielen durchgeführten Modellvorhaben im SGB XI ist eine Übertragung in die Regelversorgung an der fehlenden rechtlichen und wirtschaftlichen Bewertung gescheitert.

Änderungsvorschlag

Keiner

Die Regelung ist um eine Formulierung zu ergänzen, die eine Ausweitung der im Vierten Kapitel festgelegten Leistungsbeträge ausschließt.

Beabsichtigte Neuregelung

Im Zuge der Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a wird der Abschnitt zur Verhinderungspflege überarbeitet. Unter anderem fällt die Vorpflegezeit von sechs Monaten weg, sodass die Verhinderungspflege direkt nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit in Anspruch genommen werden kann und damit außerdem eine Harmonisierung zur Kurzzeitpflege erfolgt. Des Weiteren wird bei der Verhinderungspflege gänzlich auf die Angabe von Beträgen verzichtet. Die Leistungshöhe ergibt sich je nach Fallkonstellation aus dem Bezug zum Jahresbetrag oder des Pflegegeldes. Aufgenommen wird außerdem, dass eine vorige Antragsstellung nicht erforderlich ist.

Die bisherigen Unterscheidungen nach Verwandtschaftsgrad und Erwerbsmäßigkeit für die Feststellung der Leistungshöhe bleiben bestehen. Der in der Praxis gebräuchliche Begriff "Verhinderungspflege" wird nun im Gesetz übernommen.

Bewertung

Die Neuregelung im Zusammenhang mit der Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags wird begrüßt. Der Verzicht auf die Vorpflegezeiten ist sinnvoll, da den Versicherten die Ablehnung von Verhinderungspflege in Akutsituationen während der ersten sechs Monate schwer vermittelbar war.

Durch die unterschiedlichen Fallkonstellationen bei der Ersatzpflegepersonen bleiben die Regeln jedoch weiterhin sehr kompliziert. Eine weitere Verschlan-
kung des Paragraphen wäre für eine verwaltungsarme Umsetzung wünschenswert und würde zudem mehr Transparenz für alle Beteiligten schaffen.

Die aktuelle Regelung, die hier weitestgehend übernommen werden soll, wirft in der Praxis häufig Fragen auf, zum Beispiel zur Definition der "notwendigen Aufwendungen" in Absatz 3 Satz 3. Da die nachgewiesenen Kosten in diesen Fällen aber ohnehin bis zur Höchstgrenze erstattet werden, könnte aus unserer Sicht auf die vorherige Begrenzung auf "bis zu zwei Monate" entfallen.

Änderungsvorschlag

Absatz 1 Satz 1: Streichung von "wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen"

Absatz 3 streichen, dafür neuer Absatz 3:

Wird die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind, können von der Pflegekasse auf Nachweis nur Fahrkosten oder Verdienstaufschlag, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden. Wird die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, kann von der Pflegekasse auf Nachweis nur der Verdienstaufschlag, der der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden ist, übernommen werden. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 1 und 2 dürfen im Kalenderjahr den Gemeinsamen Jahresbetrag nach § 42a nicht übersteigen.

Beabsichtigte Neuregelung

Die für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege zur Verfügung stehenden Mittel sollen in einem Jahresbudget in Höhe von 3.386 Euro zusammengefasst werden. Pflegeeinrichtungen müssen den Pflegekassen die Erbringung von Verhinderungspflege oder der Kurzzeitpflege bis zum Ende des Folgemonats, in dem Leistung erbracht wurde, anzeigen. Den Versicherten haben die Pflegeeinrichtungen eine Übersicht ihrer Aufwendungen zu übermitteln oder auszuhändigen, auf dieser Übersicht soll erkennbar sein, welche Aufwendungen über den Gemeinsamen Jahresbetrag abgerechnet werden.

Bewertung

Das Leistungsrecht der Pflegeversicherung ist aufgrund der vielfältigen unterschiedlichen Leistungsansprüche zum Teil recht unübersichtlich. Zur Vereinfachung hatten die Ersatzkassen bereits in der Vergangenheit eine Zusammenführung von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege vorgeschlagen. Zwar war auch bisher eine teilweise Übertragung möglich, allerdings ist die Zusammenfassung ein wichtiger Schritt, um die Leistungsgewährung in der Praxis zu vereinfachen und die Leistungen der Pflegeversicherung für Versicherte nachvollziehbarer zu machen.

Die Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V bezieht sich bezüglich des Leistungsumfangs (Dauer und Höhe) auf die Regelungen des § 42 SGB XI, somit hat die Implementierung des § 42a unmittelbare Auswirkung auf die Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V. Die Regelungen in § 39c SGB V sind dahingehend anzupassen. Die Einführung der Meldepflichten von Pflegeeinrichtungen an Versicherte und Pflegekassen ist nachvollziehbar, um hier eine größere Transparenz aller Beteiligten über verfügbare Ansprüche zu erreichen.

Dennoch entstehen durch die Regelung zusätzliche bürokratische Aufwände, die aus unserer Sicht nicht im Verhältnis stehen. In der Regel rechnen die Pflegeeinrichtungen bereits vor dem vorgesehenen Meldetermin die Leistungen ab. In der Praxis können die Versicherten außerdem auf Anfrage auch jetzt jederzeit Auskunft über abgerechnete Aufwendungen und verbliebene Ansprüche erhalten.

Zur praktischen Umsetzung stellt sich die Frage, ob nach einer Meldung z.B. für die Kurzzeitpflege diese Mittel für Abrechnungen z.B. der Verhinderungspflege

blockiert werden sollen oder ob eingehende Abrechnungen dann vorrangig behandelt werden sollen. Unklar ist außerdem, welche Auswirkungen es hat, wenn die Pflegeeinrichtungen der Meldepflicht nicht nachkommen.

Um die Leistungen der Pflegeversicherung weiter zu vereinfachen, sollten jedoch noch weitere Änderungen erfolgen. Insbesondere der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI – der auch für die Kurzzeitpflege eingesetzt werden kann – sollte als Jahresbetrag im Gesetz verankert werden, sodass Pflegebedürftige diesen Betrag nicht erst ansparen müssen, bevor sie ihn in Anspruch nehmen. Im Gegenzug sollte jedoch auf eine Übertragung nicht in Anspruch genommener Mittel in das Folgejahr gestrichen werden.

Änderungsvorschlag

Die Absätze 2 und 3 sind zu streichen.

§ 39c SGB V Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

In § 39c SGB V sind nach Satz 1 ist folgende Sätze einzufügen:

„Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Krankenkasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1.774 Euro im Kalenderjahr.“

Entlastungsbetrag § 45b SGB XI

Neuformulierung des Absatz Satz 1 § 45b SGB XI:

- (1) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 1500 Euro jährlich.

In Satz 5 ist nach dem Wort „werden“ Folgendes zu streichen: „wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.“

Zu Artikel 3 Nummer 18
§ 48 SGB XI (Pflegekassen)

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

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

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

Änderungsvorschlag

Die Vorschrift ist zu streichen.

3. Weiterer Änderungsbedarf

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

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

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

Änderungsvorschlag

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

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