

STELLUNGNAHME  
BKK DACHVERBAND E.V.

---

vom 8. Mai 2023

---

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

# Inhalt

I. VORBEMERKUNGEN .....	4
II. DETAILKOMMENTIERUNG .....	7
<b>Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch .....</b>	<b>7</b>
Zu Nr. 9b: Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen (§ 17 SGB XI)	7
Zu Nr. 10: Verfahren zur Feststellung der Pflegbedürftigkeit und Berichtspflichten (§§ 18 bis 18e SGB XI)	8
Zu Nr. 20: Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung	15
Zu Nr. 26b: Beteiligung des Bundes an Aufwendungen (§ 61a Abs. 2 neu)	21
Zu Nr. 28: Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung (§ 75 Absatz 1, 2 und 3)	21
Zu Nr. 40: Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen (§ 113c SGB XI)	23
Zu Nr. 42b: Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Pflegeeinrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht (§ 114c SGB XI)	25
Zu Nr. 48 Zuführung der Mittel (§ 135 Abs.3)	26
<b>Artikel 2 Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch .....</b>	<b>26</b>
Zu Nr. 5: Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (37 SGB XI)	26
Zu Nr. 6b: Kurzzeitpflege	27
Zu Nr. 7: Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson (42a SGB XI)	27

Zu Nr. 12: Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen (§ 43c SGB XI)	30
Zu Nr. 15: Absenkung der Verwaltungskostenpauschale (§ 46 Abs. 3 Satz 1)	32
Zu Nr. 16: Übersicht über die in Anspruch genommenen Leistungen durch Kasse auf Wunsch	32
<b>Artikel 6 Änderungen des fünften Buches Sozialgesetzbuch</b>	<b>33</b>
Zu Nr. 4: Medizinische Rehabilitationsleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung für Pflegepersonen (§ 40 SGB V)	33
Zu Nr. 8: Anbindung der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an die TI (§ 341 Abs. 8 SGB XI neu)	33
<b>Artikel 7 Änderungen des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch</b>	<b>33</b>
Zu Nr. 1: Medizinische Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung für Pflegepersonen (§ 13 Abs. 1 SGB VI)	33
<b>III. WEITERGEHENDER ÄNDERUNGSBEDARF</b>	<b>35</b>
Vereinfachung der Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b Absatz 1 SGB XI	35
Digitalisierung des Nachweises über einen Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI	35
Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen (§ 82c SGB XI)	36
Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen (§ 40a SGB XI)	37
Vergütungskürzung (§ 115 Absatz 3a SGB XI)	37
Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer (§ 293 Abs. 8 SGB XI)	38

## I. VORBEMERKUNGEN

Der vorliegende Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz - PUEG) hat die Verbesserung der pflegerischen Situation in Deutschland zum Ziel. Hierbei sollen einerseits die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen in der häuslichen Situation und andererseits die professionellen Pflegefachkräfte mit Blick auf ihre Arbeitsbedingungen profitieren. Damit werden zu Recht drängende Handlungsfelder adressiert. Schließlich findet ein Großteil der Pflege nach wie vor in der Häuslichkeit statt und der pflegerische Fachkräftemangel ist drastisch spürbar. Daher ist keine Zeit mehr zu verlieren, um hier nachhaltige Strukturen bzw. Maßnahmen zu etablieren.

Zeitdruck für dieses Gesetz entsteht ferner durch die Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichtes, bis zum 31. Juli 2023 die Berücksichtigung des Erziehungsaufwandes von Eltern verfassungskonform zu gestalten.

Entsprechend hoch waren die Erwartungen an und Hoffnungen auf dieses Gesetz.

Um es auf den Punkt zu bringen: Sie werden nicht erfüllt. Dieses Gesetz ist nicht der „große Wurf“, der **eine nachhaltige Finanzierung oder Leistungsgestaltung der Sozialen Pflegeversicherung (SPV)** ermöglicht. Damit werden wichtige und dringend erforderliche Weichenstellungen versäumt und zeitlich weiter verschoben.

Mit Blick auf die Finanzierung bleibt der Gesetzentwurf sogar hinter dem Koalitionsvertrag zurück, der die Refinanzierung von Kosten für pflegefremde Leistungen, wie bspw. Sozialversicherungsbeiträge von Pflegepersonen vorsieht. Auch die pandemiebedingten Kosten bleiben im alleinigen Verantwortungsbereich der SPV. Statt der avisierten Bundeszuschüsse werden nun die Pflegeversicherten mit höheren Versicherungsbeiträgen belastet. Die vorgenommenen, finanziellen Entlastungen wie z.B. beim Pflegegeld und ambulanten Sachleistungen oder bei den Eigenanteilen in Heimen sind der buchstäbliche Tropfen auf dem heißen Stein. Die Pflegeversicherten haben auch zu schultern, dass die Länder nicht Ihren Pflichten bei den Investitionskosten sowie z.B. Personalanwerbungskosten nachkommen. Damit wird – bei allem Verständnis für die aktuellen, krisenbedingten Herausforderungen der Bundesregierung - weiter negiert, dass Pflege eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung ist, die auf breite Schultern zu verteilen und generationengerecht zu gestalten ist.

Vor diesem Hintergrund kann der vorliegende Gesetzentwurf nur als erster Schritt verstanden werden, der weitere, kurzfristig wirkenden Maßnahmen der Finanzierung und Leistungsgestal-

tung nach sich zieht. Um die darüber hinaus notwendigen mittel- und langfristigen Fragestellungen zu bearbeiten, müssen dringend die Expertinnen und Experten an einen Tisch. Die Hoffnung liegt nun auf den angestrebten politischen Empfehlungen bis Mai 2024.

Neben dieser übergreifenden Kritik, sehen die Betriebskrankenkassen auch ganz konkreten Änderungsbedarf bei diesem Gesetz. **Folgende Punkte sind hierbei im Besonderen zu nennen:**

- Eine **finanzielle Entlastung in der Pflegeversicherung für Kinderreiche** ist von Seiten des BKK Dachverbandes zu begrüßen. Die anstehenden Verwaltungsaufgaben hinsichtlich der detaillierten Ermittlung über den jeweiligen Kinderstand sind allerdings nicht trivial und der enorme Erfüllungsaufwand auf mehrere Stellen aufzuteilen, um eine zeitnahe Umsetzung sicherzustellen. Folglich sind Fristen anzupassen bspw. eine Verlängerung des Rückwirkungszeitraums für die Vorlage von Nachweisen zu Kindern bis zum 31. März 2024. Auch der Verzinsungsausschluss ist in diesem Zuge auf den 31. Dezember 2024 zu verlängern. Andernfalls sind etwaige Zinszahlungen durch den Bund auszugleichen. Als langfristige Erweiterung des Meldeverfahren empfiehlt der BKK Dachverband, die Anzahl sowie Geburts- und Sterbedatum der berücksichtigungsfähigen Kinder als Bestandteil der jeweiligen Sozialversicherungsmeldung mitaufzunehmen.
- Eine Neustrukturierung und systemische Ordnung der gesetzlichen Grundlagen zum **Verfahren der Pflegebegutachtung** ist ausdrücklich zu begrüßen – gerade auch vor dem Hintergrund des Pflegefachkräftemangels und der steigenden Anzahl an Pflegebedürftigen. In diesem Zusammenhang plädiert der BKK Dachverband weiterhin dafür, dass alle Regelungen zu streichen sind, die sich auf „unabhängige Gutachter“ beziehen, da sich das wünschenswerte System von unabhängigen Gutachtern in der Praxis nicht realisieren lässt. Zudem sind Pflegekassen angesichts der herausfordernden Ausgangslage nicht einseitig für das Auseinanderdriften der Begutachtungs- und Bescheidungsfristen in 'Haftung' zuzunehmen und durch Sonderzahlungen zu sanktionieren. Deshalb plädiert der BKK Dachverband für eine Anpassung der normierten 25 Arbeitstage-Frist und Strafzahlungen, welche auch die Medizinischen Dienste eindeutig in die Pflicht nimmt.
- Kritisch ist, dass die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im **Begutachtungsverfahren durch Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund** - unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste (MD) - gestärkt werden sollen. Hervorzuheben ist hierbei, dass die Pflegekassen die Begutachtung beauftragen, aber nicht an der Erstellung dieser Richtlinien beteiligt werden. Aus Sicht des BKK Dachverbandes ist es

erforderlich, dass die Richtlinienerstellung gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen erfolgt.

- Die Zielsetzung, **Pflegepersonen und ihren pflegebedürftigen Angehörigen den Zugang zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** zu erleichtern, wird ausdrücklich begrüßt. So können zukünftig auch die Rentenversicherungsträger bei ihren Entscheidungen über medizinische Rehabilitationsleistungen die besonderen Belange von Pflegepersonen berücksichtigen. Nachbesserungen sind hinsichtlich aufkommender Umsetzungsprobleme bei der Realisierung des neu geschaffenen Anspruchs vorzunehmen, z.B. hinsichtlich der pflegerischen Ausstattung, Qualitätssicherung und Finanzierung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für die pflegerischen Leistungen der pflegebedürftigen Personen. Nach Einschätzung des BKK Dachverbandes ist es zudem zielführender mit einer entsprechenden Ergänzung in § 13 SGB VI (analog der in § 40 Abs. 3 Sätze 11 und 12 SGB V) in Verbindung mit § 42 Abs. 4 SGB XI den erleichterten Zugang zu realisieren.

## II. DETAILKOMMENTIERUNG

### Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

#### Zu Nr. 9b: Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen (§ 17 SGB XI)

Der Medizinische Dienst Bund soll mit dem Ziel, die Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren zu stärken, unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste (MD) verbindliche Richtlinien erlassen.

Auch wenn die Richtlinien das unmittelbare Handeln der MD bei den Begutachtungsverfahren betreffen, sind es doch die Pflegekassen, welche die Begutachtungen beauftragen. Insofern ist es unverständlich, dass diese bei der Erstellung der Richtlinien nicht beteiligt werden. Aus Sicht des BKK Dachverbandes ist es deshalb erforderlich, dass die Erstellung der Richtlinien im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen erfolgt. Inhaltlich sollte zudem in den Richtlinien das 'Einheitliche Handeln' der MD bei der Durchführung der Begutachtung zwingend berücksichtigt werden, damit bspw. sichergestellt ist, zu welchem Zeitpunkt – nach einem Unterbrechungstatbestand gem. § 18c Absatz 5 – die Begutachtung zu erfolgen hat und wie dies gleichermaßen bei allen MD operationalisiert werden kann.

#### ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nr. 9b wird wie folgt geändert:

*Nach Absatz 1b wird folgender Absatz 1c eingefügt:*

*„(1c) Der Medizinische Dienst Bund erlässt mit dem Ziel, die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu stärken, unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste **im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen** verbindliche Richtlinien zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sind zu beteiligen. Die Richtlinien regeln insbesondere*

*1. allgemeine Verhaltensgrundsätze für alle unter der Verantwortung der Medizinischen Dienste am Begutachtungsverfahren Beteiligten,*

2. die Pflicht der Medizinischen Dienste zur individuellen und umfassenden Information des Versicherten über das Begutachtungsverfahren, insbesondere über den Ablauf, die Rechtsgrundlagen und Beschwerdemöglichkeiten,
3. die regelhafte Durchführung von Versichertenbefragungen, ~~und~~
4. ein einheitliches Verfahren zum Umgang mit Beschwerden, die das Verhalten der Mitarbeiter der Medizinischen Dienste oder das Verfahren bei der Begutachtung betreffen, ~~und~~
5. Maßgaben zur bundesweit einheitlichen Durchführung der Begutachtungen und hierzu speziell zur Zusammenarbeit mit den Pflegekassen."

## **Zu Nr. 10: Verfahren zur Feststellung der Pflegbedürftigkeit und Berichtspflichten (§§ 18 bis 18e SGB XI)**

Zu begrüßen ist ausdrücklich die Neustrukturierung und Ordnung der gesetzlichen Grundlagen zur Pflegebegutachtung und in diesem Kontext der Entscheidung über den zugrundeliegenden Antrag auf Pflegeleistungen. Dies schafft eine gute Übersicht für alle Beteiligten und Klarheit bzgl. des Verfahrens. Allerdings muss in diesem Zusammenhang aus Sicht der Pflegekassen auf einige Regelungen hingewiesen werden, die auch im Hinblick auf das gesetzgeberische Ziel als wenig praktikabel und sinnstiftend einzustufen sind:

**Fristen von verschiedenen Übermittlungswegen und Systemanpassungen berücksichtigen:** So ist bspw. die in § 18 Absatz 1, definierte Frist von drei Arbeitstagen ab Eingang des Antrags die Unterlagen in gesicherter elektronischer Form zu übermitteln, plausibel und zudem dahingehend hilfreich, dass die Versicherten und Medizinischen Dienste (MD) eine zügige Bearbeitung bzw. Beauftragung erwarten dürfen. Sofern allerdings übergangsweise noch analoge Wege der Auftragsübermittlung genutzt werden müssen, ist diese Frist nicht zu halten, angesichts der Tatsache – dass auch in der Gesetzesbegründung formuliert wird – dass bei einer postalischen Übermittlung mit einer Übermittlungszeit von bis zu 10 Tagen gerechnet werden muss. Zudem ist die Frist von fünf Monaten, ab welcher die Aufträge der Pflegekassen an die Medizinischen Dienste ausschließlich nur noch in gesicherter elektronischer Form erfolgen darf, zu knapp bemessen. Die technische Umstellung in den Kassensoftwaresystemen nimmt in der Regel mehr Zeit in Anspruch, weshalb die Frist mit 12 Monaten großzügiger zu bemessen ist.

**Streichung von unabhängigen Pflegebegutachtungen:** Ferner ist die Verpflichtung der Pflegekassen in § 18 Absatz 3, in bestimmten Fallkonstellationen drei unabhängige Gutachter benennen zu müssen, für die Pflegekassen schlicht nicht realisierbar. Damit sind zusätzliche Regelungen, die auf die betreffenden Gutachter abstellen, in den §§ 18 ff. ad absurdum geführt.



Denn der Wille des Gesetzgebers, ein System von 'unabhängigen' Gutachterinnen und Gutachtern zu etablieren, hat sich in der Praxis bisher nicht durchgesetzt. Im Gegenteil, die aktuelle und allgemein bekannte Pflegefachkräftesituation sorgt auch bei den MD dazu, dass das stetig ansteigende Auftragsvolumen bei den Pflegebegutachtungen immer häufiger nicht zu bewältigen ist und dass etwaige vakante Stellen in den Begutachtungsteams nicht adäquat besetzt werden können. Perspektivisch wird sich diese Situation auch nicht verbessern. Deshalb ist es sachgerecht, mit den § 18e Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung auf den Weg zu bringen. Allerdings ist den Pflegekassen nicht aufzuerlegen, Gutachter außerhalb der Strukturen der MD benennen oder beauftragen zu müssen, wenn diese real nicht existieren und die Pflegekassen auch keine Handhabe dazu haben, an diesem Zustand etwas zu ändern. Deshalb besteht für die Pflegekasse – mit Blick auf die gesetzlich normierte 25-Arbeitstagefrist gem. § 18 Absatz 5 – keine Möglichkeit, dem diesem Mangel durch eine Alternativbeauftragung zu begegnen. Insofern plädiert der BKK Dachverband nachdrücklich dafür, alle Regelungen zu streichen, die auf 'unabhängige' Gutachter rekurrieren.

**Neubewertung der normierten 25 Arbeitstage-Frist und Strafzahlung:** Die angesprochene Situation, nach welcher die MD vielfach das hohe Begutachtungsaufkommen nur schwer bewältigen können, ist mittlerweile ein länger währendes und augenscheinlich nicht kurzfristig zu bewältigendes Phänomen. Die Ursachen sind gesamtgesellschaftlicher Natur und finden ihren Ursprung insbesondere in der steigenden Anzahl von Pflegebedürftigen und im oben genannten Pflegefachkräftemangel. Deshalb benötigt die mit §18c Absatz 1 normierte 25 Arbeitstage-Frist und die hieraus mit § 18c Absatz 5 normierte Strafzahlung, aus Sicht der Pflegekassen einer Neubewertung. Nachvollziehbar ist der Wille des Gesetzgebers, dass versicherte Pflegebedürftige zeitnah, die ihnen zustehenden Leitungen von den Pflegekassen beschieden bekommen, um sie entsprechend ihrer sozialrechtlichen Grundlage in Anspruch nehmen zu können. Die Pflegekassen haben auf dieser Grundlage ihre Verwaltungsverfahren bereits optimiert und ermöglichen, auf Grundlage der entsprechend nach §18 beauftragten und dann erledigten MD-Gutachten, die Entscheidung der Pflegekasse umgehend schriftlich mitzuteilen. Allerdings sind die Pflegekassen – auf der Grundlage der rechtlich normierten Pflicht zur Beauftragung der entsprechenden Gutachten bei gleichzeitiger Nichtexistenz von 'unabhängigen' Gutachtern – auf Dritte (die MD) angewiesen, um die normierten Fristen einhalten zu können. Insofern erscheint es mittlerweile absurd, dass die Pflegekassen für die Nichteinhaltung einer Frist, welche sie nicht nachhaltig selbst zusätzlich positiv beeinflussen können, nachhaltig sanktioniert werden. Die Pflegekassen haben zudem weder auf den Stellenplan noch auf die Haushaltsaufstellung der MD Einfluss. Die Mittel zur Verwaltungsoptimierung, wie bei der Einführung Sank-

tionierung angedacht, sind für die Pflegekassenausgeschöpft. Der Hinweis in der Gesetzesbegründung, dass Verzögerungen, die der Medizinische Dienst zu vertreten hat, der beauftragenden Pflegekasse zuzurechnen sind, widerspricht eindeutig dem Verursacherprinzip.

Zudem hat der Gesetzgeber die organisatorische und funktionelle Trennung zwischen den MD einerseits und den Sozialversicherungsträgern andererseits auch an anderer Stelle gesehen und so beispielhaft die Regelungen der Kostenerstattung nach § 13 SGB V um den Abs. 3a ergänzt (vgl. Artikel 2 des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, PatRechteG). In diesem Absatz wird dem Umstand, dass Krankenkassen keinerlei Einwirkungsmöglichkeiten auf die Arbeit des MD haben, Rechnung getragen. Schließlich wird § 13 SGB V Abs. 3a eine verbindliche Fünf- (bzw. Sechs-) Wochen-Frist ab Antragseingang festgeschrieben und der Antrag in diesem Zeitraum zu entscheiden ist.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Strafzahlungen dem Ziel des Gesetzgebers (einer zügigen Begutachtung) nicht (mehr) zuträglich sein können, da für die Pflegekassen keine Einflussmöglichkeit auf die Dauer der Begutachtung durch den MD besteht und zusätzlich, durch die Belastung des Verwaltungsbudgets in den Kassen, Ressourcen für notwendige versichertenbezogene Aufgaben fehlen. Daher plädiert der BKK Dachverband ausdrücklich dafür, die betreffende Sanktionierung in § 18 Absatz 5 entweder aufzuheben oder aber die MD ihrerseits für die Bearbeitung der Gutachten mit einer entsprechend eingebetteten Frist zu versehen und auf dieser Grundlage gesetzlich klarzustellen, dass durch die MD verursachte Überschreitung der Frist nicht den Pflegekassen anzulasten sind und entsprechende Strafzahlungstatbestände greifen. Hierfür spricht, dass mit §18 Absatz 1 die oben genannte Frist von 3 Arbeitstagen konkretisierend eingeführt wird, nach welcher die Pflegekassen verpflichtet werden, die Begutachtungsaufträge an die MD zu übermitteln.

**Mitwirkung des Versicherten konkret definieren, sodass bei Beendigung des Unterbrechungstatbestandes unverzüglich den Pflegekassen mitgeteilt wird:** Unterstützt wird in diesem Zusammenhang grundsätzlich die Konkretisierung bestimmter Unterbrechungs- bzw. Hemmungstatbestände bzgl. der Laufzeit der 25-Arbeitstagefrist und deren Hemmung beispielsweise bei einem Aufenthalt der versicherten Person im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung. Dies trifft auch für den Hemmungstatbestand gem. § 18c Absatz 6 zu, nach welchem für den Fall, dass der Pflegekasse noch Unterlagen fehlen, die für die Beauftragung des Medizinischen Dienstes oder anderer unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unerlässlich sind, die antragstellende Person zur Beibringung dieser Unterlagen aufgefordert wird. Allerdings bleibt in dieser Systematik offen, ob in den Fällen, in denen die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat, die

Fristhemmung mit der Kenntnis des Verzögerungsgrundes durch die Pflegekasse zu laufen beginnt oder mit dem Eintritt des entsprechend zugrundeliegenden Tatbestandes, also beispielsweise mit der Aufnahme ins Krankenhaus. Gleiches gilt für das Ende der Unterbrechung. Auch hier ist die Pflegekasse zwingend darauf angewiesen, Kenntnis über das Ende der Unterbrechung zu erlangen (hier bspw. Krankenhausentlassung), um die Nachholung der Begutachtung veranlassen zu können. Zudem ist auch die Fallkonstellation häufig anzutreffen, dass Antragstellende aus persönlichen Gründen nicht zur Begutachtung zur Verfügung stehen. Auch hier besteht eine Informationsasymmetrie für die Pflegekasse, da in diesem Fall eine Information der Antragstellenden nicht immer taggleich erfolgt, sondern erst dann, wenn die Antragstellenden die Pflegekasse bestenfalls konkret informiert. Insoweit sollten der Beginn und das Ende des Zeitraumes der Fristhemmung die jeweilige Kenntnisnahme des Hemmungsgrundes durch die Pflegekasse bedingen. Dies sollte in § 18c SGB XI ergänzend klargestellt werden. In diesem Zusammenhang wäre es außerdem zielführend, die Mitwirkung der Antragstellenden dahingehend konkret zu definieren, sodass die Beendigung des Unterbrechungstatbestandes der Pflegekassen unverzüglich mitzuteilen ist.

In diesem Zusammenhang plädiert der BKK Dachverband außerdem nachdrücklich dafür, dass die mit § 18 Absatz 1 zu erlassenden Richtlinien nach § 17 Absatz 1 SGB XI zur Konkretisierung, welche Unterlagen zwingend zur Beauftragung der Begutachtung erforderlich sind, zwingend im Einvernehmen – und damit nicht nur im Benehmen – mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen erfolgen sollte, da hier (wie oben beschrieben), die bereits gestrafften Verwaltungsprozesse der Pflegekassen direkt betroffen sind, welche nicht konterkariert werden dürfen.

**Alternative Begutachtungsmöglichkeiten qualitätsgesichert wieder regelhaft und flächendeckend zumindest für einen Übergangszeitraum zulassen:** Mit dem neuen § 18e soll dem Medizinischen Dienst Bund und mithin den Medizinischen Diensten Modellvorhaben zum Zweck einer wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung der Aufgaben der Medizinischen Dienste nach §§ 18 bis 18b SGB XI ermöglicht werden. Dies unter regelmäßiger Beteiligung der Pflegekassen. § 18 Absatz 6 setzt in diesem Zusammenhang den Schwerpunkt, dass im Rahmen dieser Modellvorhaben eine wissenschaftliche Studie zu den Auswirkungen der telefonischen und digitalen Pflegebegutachtung durchgeführt wird. Der BKK Dachverband begrüßt diese intendierten Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Aufgaben der Medizinischen Dienste – insbesondere auch bzgl. alternativer Begutachtungsformate. Im Verlauf der SARS-CoV-2-Pandemie und im Kontext der pandemiebedingten Regelungen von § 147 SGB XI haben sich bereits alternative Formen der Pflegebegutachtung etabliert, wie das strukturierte Telefoninterview. Die MD-Gemeinschaft bzw. der MD Bund haben hierzu bereits Forschungsvorhaben auf den Weg gebracht bzw. alternative Begutachtungsverfahren auf wissenschaftlicher Grundlage

begleitet. Mithin liegen durchaus erste (positive) Ergebnisse zu den Wirkungen der telefonischen und auch von videobasierten Begutachtungsansätzen vor. Fazit dieser Erkenntnisse ist es, dass auch mittels alternativer Begutachtungsformate in bestimmten Fällen eine sachgerechte Einschätzung der Pflegebedürftigkeit vorgenommen werden kann. Angesichts der oben skizzierten Problematik ist festzustellen, dass alternative digitale Begutachtungsformate zumindest die Chance bieten, zeitnah und ressourcenschonend entsprechende entlastende Effekte zu erzielen und dies ohne qualitative Abstriche. Der BKK Dachverband spricht sich deshalb dafür aus, dass im Kontext der Regelungen von § 18e Absatz 6 alternative Begutachtungsmöglichkeiten qualitätsgesichert wieder regelhaft und flächendeckend zumindest für einen Übergangszeitraum zugelassen werden. In diesem Übergangszeitraum sollte dann eine wissenschaftliche Begleitung zum Zweck einer umfassenden Evaluation erfolgen, die bereits vorliegende Erkenntnisse zwingend berücksichtigt. Prämisse einer solchen Vorgehensweise sollte nach Ansicht des BKK Dachverbandes sein, dass alternative Begutachtungsformate organisatorisch nicht mit Mehraufwänden – bspw. bzgl. der Verantwortung für die Beibringung von sog. Hilfebedarfsbögen – für die Pflegekassen verbunden sein dürfen. Nach der Auswertung der Evaluationsergebnisse sollten dann konkret und bundesweit verbindliche alternative Begutachtungsformate gesetzgeberisch normiert werden.

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nr. 10 wird wie folgt geändert:

*Die §§ 18 bis 18c werden durch die folgenden §§ 18 bis 18e ersetzt:*

*„§ 18 Beauftragung der Begutachtung*

*(1) Die Pflegekassen beauftragen den Medizinischen Dienst ~~oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter~~ mit der Prüfung, ob bei der zu begutachtenden Person die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. Sie übermitteln die Aufträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit an den Medizinischen Dienst ~~oder an die von ihnen beauftragten Gutachterinnen und Gutachter~~. Die Übermittlung eines Auftrags hat innerhalb von drei Arbeitstagen ab Eingang des Antrags auf Pflegeleistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 in gesicherter elektronischer Form zu erfolgen; eine davon abweichende Form der Auftragsübermittlung ist bis einschließlich ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des ~~zwölften~~ ~~fünften~~ auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zulässig. Der Medizinische Dienst Bund regelt im ~~Einvernehmen~~ ~~Benehmen~~ mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 bis spätestens zum ... [einset-*

zen: Datum des letzten Tages des ~~sechsten~~ vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats, welche Unterlagen zwingend zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

(2) Die Pflegekassen können den Medizinischen Dienst ~~oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter~~ mit der Prüfung beauftragen, für welchen Zeitanteil die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches beziehen oder die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat. Von den Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 sind nur Maßnahmen der körperbezogenen Pflege zu berücksichtigen. Bei der Prüfung des Zeitanteils sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1b zu beachten.

~~(3) Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller eine Liste zu übersenden, in der mindestens drei unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter zur Auswahl benannt werden,~~

~~1. wenn nach Absatz 1 unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen oder~~

~~2. wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.~~

~~Der Antragsteller ist auf die Qualifikation und auf die Unabhängigkeit der benannten Gutachterinnen und Gutachter hinzuweisen. Hat sich der Antragsteller für eine benannte Gutachterin oder einen benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch entsprochen. Der Antragsteller hat der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche ab Kenntnis der Namen der Gutachterinnen und Gutachter mitzuteilen, ansonsten kann die Pflegekasse eine Gutachterin oder einen Gutachter aus der übersandten Liste beauftragen. Satz 1 Nummer 2 findet keine Anwendung, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat.~~

(4) Die Pflegekassen und die Krankenkassen sowie die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst ~~oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachtern~~ die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen, soweit diese jeweils für die Begutachtung erforderlich sind. Die Pflegekassen haben die Unterlagen in gesicherter elektronischer Form weiterzuleiten; eine davon abweichende Form der Weiterleitung der Unterlagen ist bis einschließlich ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des fünften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zulässig. Für

die Pflegekassen und die Krankenkassen gilt § 276 Absatz 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches entsprechend.

#### § 18a Begutachtungsverfahren

(1) Im Rahmen der Prüfung nach § 18 Absatz 1 Satz 1 haben der Medizinische Dienst ~~oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter~~ durch eine Untersuchung des Antragstellers die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bei den in § 14 Absatz 2 genannten Kriterien nach Maßgabe des § 15 sowie die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit zu ermitteln.

[...]

~~(11) Für andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter gilt Absatz 10 entsprechend. Die unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter sind bei der Wahrnehmung ihrer fachlichen Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen. Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung und pflegerische Versorgung der Versicherten einzugreifen.~~

[...]

#### § 18b Inhalt und Übermittlung des Gutachtens

(1) Das Gutachten des Medizinischen Dienstes ~~oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter~~ beinhaltet

[...]

(4) Das vollständige Gutachten muss vom Medizinischen Dienst ~~oder von der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin oder von dem von der Pflegekasse beauftragten Gutachter~~ unverzüglich, jedoch spätestens 20 Arbeitstage nach Eingang des Auftrags nach § 18 Absatz 1, der Pflegekasse in gesicherter elektronischer Form übermittelt werden; eine davon abweichende Form der Übermittlung ist noch bis einschließlich ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des ~~zwölften~~ fünften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zulässig.

[...]

(5) Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in § 18a Absatz 5 und 6 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristab-

lauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat, der Medizinische Dienst die Frist nach § 18b Absatz 4 überschritten hat oder wenn sich der Antragsteller in vollstationärer Pflege befindet und bereits bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt sind. Kann die Pflegekasse die Frist nach Satz 1 nicht einhalten, teilt sie dies dem Antragsteller unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich oder elektronisch mit; für die elektronische Mitteilung gilt § 37 Absatz 2b des Zehnten Buches entsprechend. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 so lange unterbrochen, bis die Verzögerung beendet ist; mit Beendigung der Verzögerung läuft die Frist weiter. Die Unterbrechung beginnt mit dem Tag, an dem die Pflegekasse Kenntnis über den Verzögerungsgrund erhält, spätestens mit dem Tag des tatsächlichen Beginns des Verzögerungsgrundes. Sie endet mit der Kenntnis über den Wegfall des Verzögerungsgrundes, frühestens mit dem Tag des tatsächlichen Wegfalls des Verzögerungsgrundes. Die Frist nach Satz 1 beginnt mit Antragstellung gemäß § 33 Absatz 1. Der Lauf der Frist von 25 Arbeitstagen nach Satz 1 bleibt von einer Entscheidung der Pflegekasse nach Absatz 1 Satz 2 unberührt. Die Pflegekasse hat den Antragsteller nach Eingang seines Antrags nach § 33 Absatz 1 Satz 1 auf die Frist für ihre Entscheidung sowie die verkürzten Begutachtungsfristen und die Folgen der Nichteinhaltung der Fristen hinzuweisen.

(6) Wird der Antragsteller von der Pflegekasse aufgefordert, zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit noch zwingend erforderliche Unterlagen im Sinne des § 18 Absatz 1 Satz 4 einzureichen, so sind die Fristen nach den Absätzen 1 und 5 Satz 1 so lange unterbrochen, bis die geforderten Unterlagen bei der Pflegekasse eingegangen sind; mit Eingang der Unterlagen läuft die Frist weiter. Die Unterbrechung beginnt mit dem Tag, an dem Antragsteller die Aufforderung zur Einreichung der noch fehlenden Unterlagen zugeht.

[...]

## **Zu Nr. 20: Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung**

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen braucht es eine solide und langfristige Sicherung der Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung (SPV), welche systemisch die strukturellen und demografischen Limitierungen berücksichtigt. Eine solche grundlegende Fortentwicklung der SPV lässt der vorliegende Gesetzentwurf vermissen.



**Steuerzuschüsse für Rentenversicherungsbeiträge von pflegenden Angehörigen und pandemiebedingten Zusatzkosten der SPV:** In diesem Zusammenhang darf zusätzlich erwähnt werden, dass die mit Artikel 2 Nummer 21b mittels der Beitragssatzanhebung suggerierten Verbesserungen deutlich hinter der realen Mehrbelastung der Beitragszahlenden zurückbleiben, da die Rentenversicherungsbeiträge von pflegenden Angehörigen und die pandemiebedingten Zusatzkosten der SPV nicht – wie ausdrücklich im Koalitionsvertrag als Ziel formuliert – aus Steuermitteln des Bundes getragen werden, sondern von der Versichertengemeinschaft zu finanzieren sind. Aus Sicht des BKK Dachverbandes ist es deshalb unverständlich, dass diese bereits vereinbarte finanzpolitische Maßnahme mit dem Gesetzesentwurf nicht umgesetzt wird.

**Beitragssatz zukünftig per Rechtsverordnung:** Hingegen wird mit der avisierten Regelung, den Beitragssatz zukünftig per Rechtsverordnung und damit ohne Zustimmung des Bundestages und des Bundesrates anpassen zu können, wenn der Mittelbestand der SPV das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagesoll zu unterschreiten droht, ein Grundsatz der Rechtsstaatlichkeit unterminiert. Einerseits trägt die Begründung einer "zu langen Vorlaufzeit" für gesetzliche Änderungen nicht, denn gerade die SARS-Cov-2-Pandemie hat gezeigt, dass eine gestraffte Gesetzgebung im Kontext der pflegerischen Versorgung in sehr kurzer Zeit möglich ist. Andererseits besteht - gerade im Unterschied zu den sich aufgrund des pandemischen Geschehens tatsächlich sehr kurzfristig ergebenden gesetzgeberischen Notwendigkeiten bzgl. eines möglichen zusätzlichen Finanzbedarfs in der SPV, aufgrund des hierzu laufenden Monitorings des BAS und mithin des BMG selbst - kein nachvollziehbar begründbarer Handlungsbedarf für eine rechtsstaatlich derart einschneidende Normierung. Auch wenn die avisierte Verordnungsermächtigung es ermöglichen würde, eine im oben genannten Sinn erforderliche Beitragssatzanhebung in kurzer Frist umzusetzen, sollte auf eine solche Regelung verzichtet werden.

**Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts zur Beitragsdifferenzierung nach Kinderzahl (§ 55 SGB XI):** Die Betriebskrankenkassen begrüßen die vorgesehene Entlastung kinderreicher Versicherte in der Pflegeversicherung. Die notwendige Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 wird eine zentrale Aufgabe aller Beteiligten im zweiten Halbjahr des laufenden Jahres und darüber hinaus werden. Erfahrungsgemäß werden die Softwareänderungen bei allen Beteiligten nicht vor dem Jahreswechsel abgeschlossen sein, was im kommenden Jahr umfangreiche Rückrechnungen und Beitragsersstattungen zur Folge haben werden. Erwartungen der Betroffenen an eine spürbare Beitragsentlastung, können allerdings nur mittelfristig erfüllt werden. Dies zu verantworten, ist nicht Aufgabe der beitragsabführenden Stellen bzw. der Pflegekassen. Die vom Bundesverfassungsgericht geforderte Differenzierung anhand der Anzahl der Kinder stellt alle beitragsabführenden Stellen, vornehmlich Arbeitgeber vor erhebliche Herausforderungen. Auch die Pflegekassen, die bei Selbstzahlenden die Anzahl der Kinder und deren Lebensalter ermitteln müssen, sowie die



Krankenkassen bei der Auszahlung von Entgeltersatzleistungen (z. B. Krankengeld) müssen sich dem Erfüllungsaufwand stellen. Ähnliche Problemlagen ergaben sich bereits mit der Einführung des sogenannten Kinderlosenzuschlags in der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2005. Weder die beitragsabführenden Stellen noch die Träger der sozialen Sicherung verfügen derzeit über detaillierte Informationen bzw. Nachweise, wie viele Kinder von jedem einzelnen Mitglied im Laufe des Lebens erzogen wurden oder aktuell erzogen werden sowie darüber wann das jeweilige Kind geboren bzw. verstorben ist. Dies bringt Verwaltungsaufwand und Kosten mit sich, die zu berücksichtigen sind. Erfahrungsgemäß wird nur ein Teil der adressierten Personen bis zum Jahresende belastbare Nachweise zur konkreten Anzahl der Kinder beibringen (können). Auch die Auswertung und der Dialog mit den Betroffenen, bspw. wenn Nachweise nicht in deutscher Sprache vorgelegt werden und beglaubigte Übersetzungen erforderlich sind, wird Zeit brauchen. Insofern schlagen die Betriebskrankenkassen eine **Verlängerung des Rückwirkungszeitraums bis zum 31. März 2024** vor.

Nicht unerwähnt bleiben darf, dass die Pflegekassen im Hinblick auf die Feststellungen der konkreten Anzahl berücksichtigungsfähiger Kinder **Widerspruchs- und Klageverfahren** zu erwarten haben.

Soweit Betroffene aufgrund des zeitlichen Verzuges in der Umsetzung zunächst zu hohe Pflegeversicherungsbeiträge zahlen und ihnen diese zu erstatten sind, ist das Thema **Verzinsung** in den Blick zu nehmen. Ein Anspruch auf Verzinsung besteht nach Ablauf eines Monats nach Eingang des vollständigen Erstattungsantrages bei der Krankenkasse, wenn die Erstattung bis dahin noch nicht durchgeführt wurde. Die Betriebskrankenkassen werden nach Eingang der vollständigen Nachweise im Interesse ihrer Versicherten unverzüglich handeln. Dennoch ist nicht auszuschließen, dass jeder der zu erwartenden Erstattungsanträge rechtzeitig bearbeitet werden können. Insoweit begrüßen wir ausdrücklich, dass der Verzinsungsausschluss, wie von den Betriebskrankenkassen vorgeschlagen, aufgenommen wurde. Jedoch ist es nicht konsequent, dass die Erstattungsansprüche bis Ende 2024 ausgezahlt werden sollen, deren Verzinsung aber nur bis Ende 2023 ausgeschlossen ist.

Für Mitglieder mit unterschiedlichen beitragspflichtigen Einnahmen entrichten mehrere beitragsabführende Stellen und unter Umständen auch das Mitglied selbst die Beiträge gegenüber der Krankenkasse. In diesen Fällen werden die Betroffenen voraussichtlich auf verschiedenen Wegen um Nachweise gebeten. „Mehrfachklärungen“ zur Anzahl der Kinder und deren Geburts-/Sterbedatum können verhindert werden, wenn die beteiligten Stellen ihre Erkenntnisse teilen. Auch bei einem Wechsel der beitragsabführenden Stelle (z. B. Arbeitgeberwechsel) werden die bereits eingereichten Nachweise, erneut einzureichen sein. Derartige Redundanzen ließen sich über eine Ergänzung des § 28a SGB IV und der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung dahingehend vermeiden, dass die **Anzahl sowie Geburts- und Sterbedatum**

**der berücksichtigungsfähigen Kinder Bestandteil der jeweiligen Sozialversicherungsmeldung** werden. Über diese Erweiterung des Meldeverfahrens würde sich langfristig ein gesicherter Bestand bei den Krankenkassen aufbauen. Die hier generierten Erkenntnisse sind allerdings an die jeweils anmeldende beitragsabführende Stelle zu transportieren, bspw. mit der elektronischen Rückmeldung zu einer Mitgliedschaft anlässlich der Anmeldung (vgl. § 175 Absatz 3 Satz 3 SGB V). Über die Rückmeldung der Krankenkasse nach Eingang der Anmeldung wäre die beitragsabführende Stelle in der Lage, den korrekten Zuschlag- bzw. Abschlag anzusetzen. Die Betriebskrankenkassen erwarten, dass die beteiligten Bundesministerien (siehe Absatz 3 Satz 7) dieses oder ein ähnlich effizientes, langlebiges und insbesondere praxistaugliches Verfahren zur Erhebung und zum Nachweis der zu berücksichtigenden Kinder etablieren. Darüber hinaus erscheint es aus Sicht der Betriebskrankenkassen empfehlenswert, mittels Ergänzung der Verordnung über die Berechnung, Zahlung, Weiterleitung, Abrechnung und Prüfung des Gesamtsozialversicherungsbeitrages (Beitragsverfahrensordnung) klarzustellen, dass neben Nachweisen hinsichtlich der Elterneigenschaft auch Nachweise bezüglich der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder Teil der Entgeltunterlagen sind.

### **Information der Betroffenen**

Aus der Bezifferung des Erfüllungsaufwands der Verwaltung unter c) „Sozialversicherung“ ergibt sich die Erwartung des Bundesministeriums für Gesundheit, dass die Pflegekassen alle Mitglieder über eine mögliche Entlastung mit einem individuellen Anschreiben informieren. Eine derart weitreichende und kostenintensive Informationskampagne ist atypisch in der Sozialversicherung und würde Mehrkosten in Höhe von mindestens 60 Mio. Euro verursachen, insbesondere bei einer gesetzlichen Anhebung bzw. Absenkung der Beitragssätze zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung (mit Ausnahme des kassenindividuellen Zusatzbeitrags). Die Berechnung im Entwurf zu den Arbeitsaufwänden wird in der Höhe als zu gering eingeschätzt.

Hier verweisen die Betriebskrankenkassen auf die Erwägungen im Zusammenhang mit der Einführung der Regelung des § 175 Absatz 4a SGB V durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz und plädieren für eine Streichung. Für selbstzahlende Mitglieder ergibt sich die Informationspflicht bereits aus der praktischen Notwendigkeit, die Mitglieder mittels Beitragsbescheid zu informieren. Darüber hinaus werden die Krankenkassen ihre Kunden in geeigneter Weise über gesetzliche Neuerungen informieren (z. B. Mitgliederzeitschrift, Internet). Insbesondere ergibt sich das Erfordernis einer gesonderten Informationspflicht nicht bei Mitgliedern, bei denen eine beitragsabführende Stelle vorhanden ist.

Die individuelle, schriftliche Information ihrer Mitglieder durch die Pflegekassen ist unwirtschaftlich und würde den gesamten Umsetzungsprozess erheblich beeinträchtigen. Es kann

insbesondere davon ausgegangen werden, dass eine Vielzahl, wenn nicht sogar die Mehrheit der Mitglieder, aufgrund des Informationsschreibens die erforderlichen Nachweise nicht bei der beitragsabführenden Stelle einreicht, sondern bei der Pflegekasse. Dies würde Aufwand generieren und weiteres Personal binden, das bereits für die Umsetzung der Beitragsentlastung als solcher dringend benötigt wird, vor allem aber würde dies der fristgerechten Nachweisführung durch die Betroffenen entgegenwirken und ggf. eine rückwirkende Beitragsentlastung verhindern.

Würde die im Gesetzentwurf beschriebene Information der Betroffenen gleichwohl als unerlässlich angesehen, bedürfte es einer gesetzlichen Verpflichtung. Darüber hinaus ist eine finanzielle Kompensation dieser aus den genannten Gründen nicht gebotenen Informationskampagne durch den Bund vorzusehen.

Darüber hinaus belastet der damit bei den Pflegekassen verbundene Verwaltungsaufwand die gesetzlichen Krankenkassen. Die Verwaltungsgeschäfte der Pflegekassen werden über das Personal und die Sachmittel der Krankenkassen abgewickelt und im Rahmen der Verwaltungskostenerstattung pauschal ausgeglichen. In Kombination mit der vorgesehenen Absenkung der Verwaltungskostenpauschale ist die Gesetzliche Krankenversicherung somit doppelt belastet.

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 6 wird um eine weitere Nummer ergänzt.

*§ 175 Absatz 3 Satz 3 SGB V wird wie folgt geändert:*

*Nach Eingang der Anmeldung hat die Krankenkasse der zur Meldung verpflichteten Stelle im elektronischen Meldeverfahren das Bestehen oder Nichtbestehen der Mitgliedschaft zurückzumelden, dabei ist die Elterneigenschaft und die Anzahl der Kinder sowie deren Geburtsdatum und soweit zutreffend ihr Sterbedatum im Sinne des § 55 Absatz 3 Elftes Buch Bestandteil der Rückmeldung.*

Artikel 1 Nummer 20 Buchstabe c wird geändert

*Absatz 3 wird wie folgt gefasst:*

*„(3) Der Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 und 3 erhöht sich für Mitglieder nach Ablauf des Monats, in dem sie das 23. Lebensjahr vollendet haben, um einen Beitragsszuschlag in Höhe von 0,6 Beitragssatzpunkten (Beitragsszuschlag für Kinderlose). Satz 1 gilt nicht für Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden, für Wehr- und Zivildienstleistende sowie für Bezieher von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches. Satz 1*

*gilt auch nicht für Eltern im Sinne des § 56 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und Absatz 3 Nummer 2 und 3 des Ersten Buches. Für diese reduziert sich der Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 und 3 für jedes Kind ab dem zweiten Kind bis zum fünften Kind um jeweils einen Abschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten bis zum Ablauf des Monats, in dem das jeweilige Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat; bei der Ermittlung des Abschlags nicht berücksichtigungsfähig sind Kinder, die das 25. Lebensjahr vollendet haben. Satz 4 gilt auch für Eltern, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die Elterneigenschaft sowie die Angaben zu den Kindern sind in geeigneter Form gegenüber der beitragsabführenden Stelle, von Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse, nachzuweisen, sofern diesen die Angaben nicht bereits aus anderen Gründen bekannt sind. Um eine einheitliche Rechtsanwendung sicherzustellen und ein möglichst effizientes, schnelles und digitales Verwaltungshandeln zu gewährleisten, wird das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Inneren und für Heimat sowie dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft ein Verfahren zur Erhebung und zum Nachweis der Anzahl der Kinder bis spätestens zum 1. Juli 2023 entwickeln. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt Empfehlungen darüber, welche Nachweise geeignet sind. Erfolgt die Vorlage des Nachweises innerhalb von drei Monaten nach der Geburt des Kindes, gilt der Nachweis mit Beginn des Monats der Geburt als erbracht, ansonsten wirkt der Nachweis ab Beginn des Monats, der dem Monat folgt, in dem der Nachweis erbracht wird. Nachweise für vor dem 1. Juli 2023 geborene Kinder, die bis zum ~~31. Dezember 2023~~ **31. März 2024** erbracht werden, wirken vom 1. Juli 2023 an. Können die Abschläge nach Satz 4 und 5 von den beitragsabführenden Stellen und den Pflegekassen nicht ab dem 1. Juli 2023 berücksichtigt werden, sind sie so bald wie möglich, spätestens bis zum 31. Dezember 2024 zu erstatten; § 27 Absatz 1 des Vierten Buches findet bis einschließlich 31. ~~Dezember 2023~~ **2024** keine Anwendung."*

### **Zwei weitere Artikel werden ergänzt:**

#### **Artikel 3a Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch**

§ 28a Absatz 3 Satz 1 wird um eine Nummer 10 ergänzt:

**Die Meldungen enthalten für jeden Versicherten insbesondere**  
**10. Die Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder im Sinne des § 55 Absatz 3 des**  
**Elften Buches sowie deren Geburts- und ggf. Sterbedatum.**

## Artikel 3b Änderung der Verordnung über die Erfassung und Übermittlung von Daten für die Träger der Sozialversicherung

§ 12 Absatz 1 wird wie folgt ergänzt:

*Eine Ab- und eine Anmeldung sind zu erstatten, wenn die bisher gemeldete Beitragsgruppe, der Personengruppenschlüssel oder die Krankenkasse des Beschäftigten sich ändert oder dieser bis zum 31. Dezember 2024 von einem Beschäftigungsbetrieb im Beitrittsgebiet zu einem Beschäftigungsbetrieb im übrigen Bundesgebiet oder umgekehrt wechselt **oder wenn sich die Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder im Sinne des § 55 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ändert.***

## **Zu Nr. 26b: Beteiligung des Bundes an Aufwendungen (§ 61a Abs. 2 neu)**

Die Rückzahlungsfrist des Darlehens von 1 Mrd.€ aus 2022 wird für den hälftigen Betrag in Höhe von 500 Mio. € bis 2028 verlängert. Die Verlängerung der Rückzahlungsfrist verlagert die finanzielle Belastung lediglich in die Zukunft, ohne dass die Problematik einer nachhaltigen Finanzierung gelöst wird. Der BKK Dachverband plädiert stattdessen für die Umwandlung des gesamten Darlehens in einen Bundeszuschuss ohne Rückzahlung.

## **Zu Nr. 28: Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung (§ 75 Absatz 1, 2 und 3)**

Die vorgesehene Regelung von Artikel 1 Nummer 28a, dass die Landesverbände der Pflegekassen die Landesrahmenverträge zu veröffentlichen haben, wird unterstützt, denn dies dient der Transparenz.

Die mit Artikel 1 Nummer 28b angedachte gesetzliche Klarstellung zur Refinanzierung von Aufwendungen der Personalbeschaffung (im In- oder Ausland), wie sie konkretisierend der Gesetzesbegründung zu entnehmen ist, ist nachvollziehbar vor dem Hintergrund der bislang offenen Fragestellung, ob Aspekte der Personalbeschaffung und deren Aufwände grundsätzlich von der SPV – und damit von der Gemeinschaft der Versicherten und der Leistungsempfänger – zu refinanzieren sind.

Allerdings dürfte die angedachte Regelung über eine Festlegung von geeigneten Nachweisen zur Darlegung von Personal- und Sachkosten in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI nicht

die Klarheit schaffen, an welcher bis dato etwaige Vergütungsvereinbarungen gescheitert sind, denn die Entscheidung hierüber wird letztlich nur auf die Landesebenen verlagert, anstatt sie – insbesondere bzgl. der Kosten der Personalanwerbung und -gewinnung in Staaten außerhalb der EU und des EWR – eindeutig zu normieren. Inhaltlich gesehen handelt es sich bei der Pflegevergütung zudem, um die konkrete – zu vereinbarende – Abgeltung für die allgemeinen Pflegeleistungen, weshalb es auch definitorisch fraglich ist, ob die **Kosten für die Personalanwerbung und Personalgewinnung** direkt in diesem Kontext der Erbringung von Pflegeleistungen anzusiedeln sind. Folglich ist die angedachte Zuordnung zu den pflegebedingten Aufwendungen nach Ansicht des BKK Dachverbandes nur schwerlich nachvollziehbar, denn etwaige Personalgewinnungskosten sind der Gewährleistung der pflegerischen Infrastruktur zuzuordnen. Damit liegen diese eher in der Finanzierungsverantwortung der Länder. Folglich wäre in diesem Sinne eine entsprechende und damit eindeutige Rechtsgrundlage zu schaffen, um Klarheit für alle Beteiligten auf Landesebene zu schaffen.

Unabhängig von der Frage der eindeutigen Zuordnung der Refinanzierung von Kosten der Personalanwerbung und -gewinnung in Staaten außerhalb der EU und des EWR, ist hier auch die Frage der Anwerbungsethik bedeutend. Das Gütesiegel „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ setzt an dieser Stelle Vorgaben zur Sicherung eines hohen ethischen Standards für die Anwerbung von Pflegekräften aus Drittstaaten. Es bestimmt in diesem Kontext konkrete Anforderungen an eigenorganisiert anwerbende Pflege- und Gesundheitseinrichtungen sowie an international tätige private Personalvermittlungsagenturen. Nach Ansicht des BKK Dachverbandes sollte eine Refinanzierung etwaiger Kosten der Personalanwerbung und -gewinnung zumindest von der Einhaltung der hier definierten Kriterien und Anforderungen abhängig sein. Deshalb sollte seitens des Gesetzgebers geprüft werden, inwieweit das Gütesiegel „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ als Grundvoraussetzung in diesem Kontext verpflichtend verankert werden kann.

Ergänzend sollen mit Artikel 1 Nummer 28c ergänzenden Regelungen zu Personalpools und vergleichbaren betrieblichen Ausfallkonzepten Eingang in die Landesrahmenverträge finden und wären somit durch die Vertragsparteien in den Ländern zu vereinbaren. Dabei wird unterschieden zwischen ambulanten und teilstationären Einrichtungen und stationären Einrichtungen, die in den Landesrahmenverträgen Gegenstand sein sollen, und stationären Pflegeeinrichtungen, deren Personalmehrbedarf für Personalpools etc. im Rahmen des neuen Personalbemessungsinstruments und der entsprechenden Personalanhaltswerte als sachlicher Grund in § 113c Absatz 2 SGB XI gelten sollen. Der BKK Dachverband unterstützt das damit verbundene Ziel, die Anzahl der Leiharbeitnehmende in der Langzeitpflege zu reduzieren, so wie es in der Konzertierte(n) Aktion Pflege (KAP) vereinbart wurde. Hierbei ist allerdings darauf hinzuweisen, dass der Ansatz von einrichtungsindividuellen Personalpools mit entsprechendem Zusatzpersonal in der Summe mehr Personal binden wird als zentrale Lösungsansätze auf Bundeslands-

oder ggf. Landkreisebene. Insofern präferiert der BKK Dachverband an dieser Stelle – konkret aufgrund des derzeitigen Personalmangels – solche **zentralen Personalpoolansätze**, welche in der organisatorischen Verantwortung der Bundesländer liegen. Dies hätte zum einen den Vorteil, dass jeglichen Pflegeeinrichtungen bzw. -trägern (unabhängig vom Setting und von der Größe) unter gleiche Bedingungen flexibel einsetzbares Personal zur Verfügung stünde. Zum anderen wäre das dort gebündelte Personal dennoch nicht an eine bestimmte Pflegeeinrichtung gebunden, was offenbar heutige Leiharbeitsfirmen für berufliche Pflegende u.a. attraktiv macht. Außerdem würden missbräuchlichen Ansätzen vorgebeugt, nach welchen vereinzelt Pflegeeinrichtungen ihr Stammpersonal gezielt und dauerhaft durch Leihpersonal ersetzen. Nicht zuletzt erscheint ein solcher staatlicher Ansatz, volkswirtschaftlich attraktiver zu sein, zumal eine systematische „Ablösung“ von Leiharbeitskräften durch festangestellte Pflegekräfte im Rahmen von Personalpools – nicht zuletzt aufgrund der beschriebenen Arbeitsmarktsituation – eines längeren Zeitrahmens der Umsetzung bedarf.

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nr. 28b wird wie folgt geändert:

*"Absatz 2 Satz 1 Nummer 10 wird wie folgt gefasst:*

*„10. die Anforderungen an die nach § 85 Absatz 3 geeigneten Nachweise zur Darlegung der prospektiven Sach- und Personalaufwendungen **einschließlich der Aufwendungen für die Personalbeschaffung** bei den Vergütungsverhandlungen, soweit nicht von den Richtlinien gemäß § 82c Absatz 4 umfasst. **Aufwendungen der Personalbeschaffung sind dabei nicht den pflegebedingten Aufwendungen zuzuordnen.**“*

*Artikel 1 Nr. 28c wird gestrichen und hierfür staatliche Lösungen auf Bundeslandesebene gesetzlich normiert. Entsprechend muss auch eine Anpassung (Streichung) in Artikel 1 Nr. 40a erfolgen.*

## **Zu Nr. 40: Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen (§ 113c SGB XI)**

Aus Sicht des BKK-Dachverbandes ist das auf wissenschaftlicher Basis entwickelte Personalbemessungsinstrument nach wie vor der zentrale Baustein, um langfristig eine hohe Pflegequalität auf der Grundlage einer angemessenen (auch qualifizierten) Personalausstattung sicherzustellen und damit auch einen hohen Bindungsgrad hinsichtlich des Personals zu erreichen.

Als Problem bei der Umsetzung wird lt. Gesetzesbegründung (richtigerweise) insbesondere die erschwerte Akquise von Personal mit landesrechtlich geregelten Helfer- und Assistenzausbil-



dungen identifiziert. Hierzu müssen - nach Zusage der Länder - die Ausbildungskapazitäten bedarfsgerecht angepasst werden, was jedoch allenfalls stark zeitversetzt, die gewünschten Effekte zeigen wird. Um die entsprechenden Personalanhaltswerte dennoch zu erreichen, werden diverse (zum Teil zeitlich begrenzte) Öffnungen bei der Anerkennung der Qualifikationen ermöglicht. Weiterhin werden die Länder faktisch 'ermuntert', ganz auf Berufsabschlüsse im Helfer- oder Assistenzbereich zu verzichten, die berufspraktische Erfahrung bei der berufsqualifizierenden Prüfung sehr flexibel zu handhaben und gar komplett auf die schulische Ausbildung zu verzichten.

Zunächst ist hierzu infrage zu stellen, ob es den Ländern zeitnah – vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklungen, von dem auch die Pflegepädagogen betroffen sind, und den massiven strukturellen Defiziten in den Hochschulstrukturen – gelingen kann, die Ausbildung dieser hoch spezialisierten Lehrerschaft sicherzustellen und somit die Kapazitäten der Pflegeassistentenausbildung auszubauen. Hier formuliert zumindest der Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe erhebliche Zweifel ([https://blgsev.de/wp-content/uploads/2022/10/20220628\\_BLGS-Positionspapier\\_Lehrkraeftemangel\\_Pflege.pdf](https://blgsev.de/wp-content/uploads/2022/10/20220628_BLGS-Positionspapier_Lehrkraeftemangel_Pflege.pdf)). Insofern scheint es kaum realistisch, dass insb. die stichtagsbezogenen Regelungen (30.06.2028) zur Anerkennung der Wartezeit (Nr. 35 Buchstabe a, bb) umgesetzt werden können.

So entsteht an dieser Stelle der Eindruck, dass kompensatorisch die entsprechenden Personalanhaltswerte und der damit verbundene und wissenschaftlich ermittelte Qualifikationsmix gewahrt werden soll. Dies faktisch allerdings unter Inkaufnahme einer (bestenfalls) zeitlich begrenzten Dequalifizierung. **Insofern muss an dieser Stelle ausdrücklich davor gewarnt werden, den methodischen Ansatz des Personalmixes aus der PeBeM-Studie, welcher Grundlage für die Personalanhaltswerte nach § 113c Absatz 1 SGB XI ist, sukzessive zu unterminieren.** Angesichts der derzeitigen Personalsituation insbesondere auch im Pflegehelfer- und Assistenzbereich können die mit dem Referentenentwurf vorgesehenen zeitlich begrenzten Personalsubstitutionsmöglichkeiten als kurzfristig umzusetzende Intervention nachvollzogen werden. Auf das Signal an die Länder, die Anforderungen mittels Landesgesetzgebung dauerhaft abzusenken, sollte jedoch verzichtet werden. So würde das Signal gesetzt, dass der methodisch entwickelte Personalmix (auf der Grundlage von PeBeM) der langfristige Maßstab für die Personalbemessung ist und bleibt. Ergänzend ist auch die Möglichkeit für Personal mit langjähriger Berufserfahrung in der Pflege bereits vor Ausbildungsbeginn als Pflegeassistent zugeordnet zu werden, zumindest als kurzfristige Maßnahme ein effektiver Ansatz. Allerdings dürfte es einleuchten, dass nicht nur praktische Kenntnisse eine qualitative Pflege bewirken, sondern gleichwohl theoretische Grundlagen hinsichtlich der Qualifikation des Personals maßgeblich sind. Insofern ist es angeraten, den Zeitpunkt bis zum Start der berufsbegleitenden Ausbildung zur Pflegeassistenten deutlich zu verkürzen. Naheliegender ist es deshalb, den bislang



gültigen Übergangszeitraum im Verfahren nach § 85 Absatz 9 SGB XI hier zu implementieren und mithin eine Begrenzung von zwei Jahren für einen Übergangszeitraum zu berücksichtigen.

Ergänzend spricht sich der BKK Dachverband an dieser Stelle aufgrund der nur begrenzt vorhandenen Personalressourcen in der stationären Versorgung dafür aus, flankierend dringend schon jetzt bezüglich der in Artikel 2 Nummer 39 bzw. §123 SGB XI (neu) genannten Themen zu handeln. Dies betrifft sämtliche sozialstaatlichen Bemühungen, damit pflegebedürftige bzw. von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen so lange wie möglich in Ihrer eigenen Häuslichkeit leben können, beispielsweise durch eine **Forcierung und Schaffung von Anreizen zur Bewältigung der informellen (nachbarschaftlichen) selbst beschafften Unterstützungs- und Pflegestrukturen. Durch die Hebung von Effizienzpotenzialen in der medizinisch-pflegerischen Versorgung und Vermeidung von Krisensituationen in der Häuslichkeit durch APN (Advance practice Nursing) bzw. "Kommunale pflegerische Versorgungszentren"** ([https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Positionspapiere/Kommunale\\_pflegerische\\_Versorgungszentren\\_\\_KpVZ\\_\\_\\_002\\_.pdf](https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Positionspapiere/Kommunale_pflegerische_Versorgungszentren__KpVZ___002_.pdf)) und einer entsprechend begleitenden Berufsgesetzgebung für APN (in Bezug auf die Kompetenzen auf internationalem Niveau – und nicht 'nur' den Kompetenzen der Community Health Nurse aus den Modellprojekten der Robert-Bosch-Stiftung).

### **Zu Nr. 42b: Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Pflegeeinrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht (§ 114c SGB XI)**

Die Notwendigkeit einer Regelung gemäß Artikel 1 Nummer 42b zur Informationspflicht der Landesverbände der Pflegekassen gegenüber denjenigen Pflegeeinrichtungen, die in den Genuss eines verlängerten Prüfrhythmus auf der Grundlage der entsprechenden Richtlinien kommen, erschließt sich auch im Lichte der Gesetzesbegründung nicht. So liegen den 'betroffenen' Pflegeeinrichtungen die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen und der eigenen Indikatorenerhebungen regelhaft vor und die Kriterien der "Feststellung eines hohen Qualitätsniveaus" sind im Rahmen der Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 bekannt – es besteht also kein Informationsdefizit. Zudem konnotiert die Gesetzesbegründung, dass die Qualitätsprüfungen als 'Strafmaßnahme' zu sehen sind und allein die Verlängerung des Prüfrhythmus einen Anreiz dazu setzt, ein hohes Qualifikationsniveau zu erreichen. Es ist noch immer das Verständnis des BKK Dachverbandes und der BKK Landesverbände, dass es die intrinsische Motivation der Pflegeeinrichtungen ist, ein hohes Qualitätsniveau zu erreichen und dass in diesem Kontext gerade die Systematik der 'neuen' Qualitätsprüfungen im stationären Setting als unterstützendes und beratendes Instrument anzusehen ist.

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 1 Nr. 42b wird gestrichen.

### **Zu Nr. 48 Zuführung der Mittel (§ 135 Abs.3)**

Der Gesetzesentwurf sieht vor, die Mittel zum Pflegevorsorgefonds für 2023 in 12 Monatsraten erst im Jahr 2024 zuzuführen, aufgrund der angespannten Finanzlage. Ähnlich wie die Verlängerung der Rückzahlung des Darlehens an den Bund, trägt auch hier die Aussetzung der Mittelzuführung an den Pflegevorsorgefonds nur kurzfristig zu einer Stabilisierung der akuten Finanzsituation bei. Im Gegenzug erhöht die Verschiebung in das kommende Jahr den Finanzdruck in 2024. Die mit Einführung des Pflegevorsorgefonds angegangene langfristige Stützung der Pflegefinanzen sowie die damit verbundene Vorsorge für die Risiken der Pflegebedürftigkeit der geburtenstarken Jahrgänge wird damit aufgeweicht und in Frage gestellt. Stattdessen plädiert der BKK Dachverband für die Erstellung eines Gesamtfinanzkonzeptes zur langfristigen und stabilen Finanzierung der SPV, was derzeit von Seiten des Gesetzgebers noch nicht zu erkennen ist.

## **Artikel 2 Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Zu Nr. 5: Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (37 SGB XI)**

Das Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen wird von einer Vielzahl von pflegebedürftigen Menschen in Anspruch genommen, um die Unterstützung zumeist von Angehörigen anzuerkennen. Insofern ist die anvisierte Anhebung der Leistungsbeträge grundsätzlich sachgerecht. Die zugrundeliegenden Leistungsbeträge wurden allerdings mit dem PSG II zuletzt zum 01.01.2017 angepasst und durch die jetzt geplante Erhöhung der Leistungsbeträge, werden die in den vergangenen Jahren gestiegenen (pflegerischen) Kosten nicht adäquat berücksichtigt. Daneben ist die Zielsetzung des Koalitionsvertrags, das Pflegegeld ab 2022 regelhaft zu dynamisieren, bereits im Status quo im dreijährlichen Turnus faktisch gesetzgeberisch gegeben. Allerdings hätte die gesetzlich vorgesehene Anpassung des Pflegegelds zum Jahresbeginn 2021 erfolgen sollen. Damit erfahren die Beziehenden des ausschließlichen Pflegegeldes eine fortwährende Entwertung der geleisteten Unterstützung und dies unterminiert die sozialrechtliche Konstruktion der SPV, nach welcher diese vorrangig die häusliche Pflege unterstützten soll. Für den Erhalt bzw. gesamtgesellschaftlich erforderlichen Stärkung der informellen Pflege wäre deshalb nach Ansicht des BKK Dachverbandes eine Erhöhung der zugrundeliegenden Geldleistung sachgerecht, welche eine Anpassung um 10 % berücksichtigen würde.

## **Zu Nr. 6b: Kurzzeitpflege**

Die Aufhebung von § 42 Abs. 4 SGB XI wird infolge der Ablehnung der Neuregelung von § 42a SGB XI abgelehnt. Damit Pflegebedürftige ihren Anspruch auf Mitaufnahme in einer stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung im Rahmen der Kurzzeitpflege bei einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation ihrer Pflegeperson realisieren können, ist die Regelung weiterhin erforderlich.

### **ÄNDERUNGSVORSCHLAG**

Beibehaltung von § 42 Absatz 4 SGB XI

## **Zu Nr. 7: Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson (42a SGB XI)**

Der hier angedachte eigenständige SGB XI-Leistungstatbestand eines Anspruchs auf Versorgung pflegebedürftiger Personen bei Aufenthalt der Pflegeperson in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung entspricht weitgehend dem bisherigen Anspruch der pflegebedürftigen Person, während einer Maßnahme der stationären Vorsorge oder Rehabilitation der Pflegeperson in derselben Rehabilitationseinrichtung versorgt zu werden. § 42 Absatz 4 SGB XI – der durch das PUEG aufgehoben werden soll – regelt bislang, dass in gleichgelagerten Versorgungskonstellationen ein Anspruch auf Kurzzeitpflegeleistungen in einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder (originär) einer Kurzzeitpflegeeinrichtung besteht. Neu in der Gesamtkonstellation ist, dass sich der anspruchsberechtigte Personenkreis durch den Verweis auf § 15 SGV VI um Pflegepersonen und ihre pflegebedürftigen Angehörigen bei Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation zulasten der Rentenversicherung erweitert. Konkret sollen mit der (neuen) Regelung Pflegebedürftige den Anspruch auf Mitaufnahme in eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung haben, wenn die pflegerische Versorgung dort für die Dauer der Leistungen zur stationären Vorsorge oder zur medizinischen Rehabilitation der Pflegeperson sichergestellt ist, und zwar nur, wenn kein Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 40 Absatz 3a Satz 1 SGB V besteht. Ist die pflegerische Versorgung in der betreffenden Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht sichergestellt, können die Pflege- und Betreuungsleistungen nach dem SGB XI sowie die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege auch durch einen zugelassenen ambulanten Pflegedienst in der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erfolgen oder aber die Komplettversorgung des Pflegebedürftigen in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung wahrgenommen werden. Der Antrag der Pflegeperson auf Leistungen

der stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen soll auf Wunsch der pflegebedürftigen Person zugleich als Antrag auf Leistungen nach § 42a SGB XI gelten. In diesem Kontext wird zudem eine Koordinationsverpflichtung zwischen der Krankenkasse der antragstellenden Pflegeperson und der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person normiert. **Es fehlt eine gesetzlich normierte Koordinierungsregelung zwischen dem zuständigen Rentenversicherungsträger bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zulasten der Gesetzlichen Rentenversicherung und der Pflegekasse, wie sie in der Gesetzesbegründung zumindest beschrieben ist.** Es ist lediglich eine Frist zur Abstimmung einer Verwaltungsvereinbarung zum Antrags- und Genehmigungsverfahren zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund festgesetzt.

Der dem SGB XI auf der Grundlage dieser Regelung zuzuordnende Leistungsanspruch umfasst neben den – oben bereits erwähnten – pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, zusätzlich die Kosten der Unterkunft und der Verpflegung sowie die Übernahme der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen der Rehabilitationseinrichtung. Zudem besteht ggf. ein Anspruch auf Erstattung der erforderlichen Fahr- und Gepäcktransportkosten gegenüber der Pflegeversicherung. Die Vergütung der Leistungen soll dabei nach dem durchschnittlichen Gesamtheimtgelt gemäß § 87a Absatz 1 Satz 1 SGB XI aller zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen im jeweiligen Land erfolgen. Erfolgt die Versorgung der pflegebedürftigen Person in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, ist das für die Einrichtung geltende Gesamtheimtgelt für die Kurzzeitpflege zu zahlen. **Der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und die für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartige Einrichtungen auf Bundesebene sollen verpflichtet werden, bis zum 30.06.2024 Empfehlungen zum Antrags-, Genehmigungs- und Kostenerstattungsverfahren sowie zur Sicherung der Qualität der Leistung zu beschließen.**

Nach Auffassung des BKK Dachverbandes ist die vorgesehene Regelung nicht dazu geeignet, dass weniger Pflegepersonen auf Leistungen der zur stationären Vorsorge und zur medizinischen Rehabilitation verzichten. **Der Ansatz lässt u.a. die Frage, ob das Angebot und die Ausgestaltung der stationären medizinischen Rehabilitation, dem Bedarf und den Anforderungen von Pflegepersonen an eine medizinische Rehabilitation entsprechen, völlig außen vor.** Er berücksichtigt auch nicht die Frage, weshalb es deutschlandweit kaum mehr als 10<sup>1</sup> Rehabilitationseinrichtungen gibt, die angeben, medizinische Rehabilitationsleistungen für Pflegepersonen bei gleichzeitiger Unterbringung des pflegebedürftigen Angehörigen anzubieten,

---

<sup>1</sup> [Reha für pflegende Angehörige | Kliniken finden \(qualitaetskliniken.de\)](https://www.reha-fuer-pflegende-angehoerige.de/kliniken/finden) Abfrage am 04.05.2023 um 15:48 Uhr

obwohl der gesetzliche Anspruch gemäß § 40 Abs.3 SGB V zur Mitaufnahme von pflegebedürftigen Angehörigen seit dem 1. Januar 2019 besteht. Damit einher geht die Frage, ob es als realistisch eingeschätzt wird, dass stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen infolge eines (neuen) Anspruchs für Pflegebedürftige willens und in der Lage sind, zusätzliche Bettenkapazitäten zu schaffen, ohne die für die rehabilitative Versorgung benötigten Bettenkapazitäten zu reduzieren. Hintergrund für die ablehnende Haltung des BKK Dachverbandes zu dieser Regelung ist auch, dass komplexe Anforderungen der Koordination zwischen der Pflegekasse des Pflegebedürftigen und der Krankenkasse der Pflegeperson auf eine Versorgungsrealität treffen, die das Zusammenspiel einer pflegerischen Versorgung (des Pflegebedürftigen) und der Rehabilitationsleistungen (für die Pflegeperson) unmöglich machen. Bspw. dürfte es weiterhin für Rehabilitationseinrichtungen schwierig sein, Altenpflegepersonal zu rekrutieren, ohne es der originären Langzeitpflege zu entziehen. Hier stellt sich auch die Frage, inwieweit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen das Risiko der Anstellung und Bezahlung von Altenpflegekräften – sofern sie in der Versorgungspraxis vorhanden sind – bei unklarer Belegungsprognose für diese Klientel eingehen werden. Auch der Ansatz der Versorgung durch amb. Pflegedienste (in der Rehabilitationseinrichtung) erscheint fragwürdig, angesichts der Realität, dass es vielerorts für Pflegebedürftige schwierig ist einen Pflegedienst zu finden. Die gleichzeitige Versorgung in einer (nahegelegenen) stationären Pflegeeinrichtung widerspricht hingegen wiederum der eigentlichen Grundidee, zumal es für die betreffenden Pflegeeinrichtungen betriebswirtschaftlich und im Kontext der originären SGB XI-Vergütung unmöglich sein wird, entsprechende Kapazitäten kurzfristig zur Verfügung zu stellen. Hinzu kommt, dass mit der neu definierten Leistung nach § 42a SGB XI (als Kostenerstattung) der bisherige Leistungsumfang ausgeweitet wird, was zumindest mit dem angedachten Zweck nachvollziehbar erscheint. Dies insbesondere bzgl. der Ausweitung des Leistungsumfangs, indem die Dauer der Unterbringung der pflegebedürftigen Person in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder der vollstationären Pflegeeinrichtung als quasi Kurzzeitpflegeplatz zeitlich nicht begrenzt ist, sondern an die Dauer der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme der Pflegeperson gekoppelt ist. **Allerdings steht die Übernahme aller anfallenden Kosten (inkl. Unterkunft und Verpflegung und sogar der Investitionskosten) ohne Begrenzung der Höhe oder der Zeit, in einem außerordentlichen Widerspruch zum Teilleistungsansatz des SGB XI und darf deshalb als systemfremd bezeichnet werden.** Die Ermittlung vom durchschnittlichen Gesamtheimentgelten aller zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtungen im jeweiligen Bundesland wird diesen Widerspruch nicht auflösen und zudem wird sich in den Ländern gerade erst die Empfehlung n. § 88a SGB XI zur wirtschaftlich tragfähigen Vergütung für Kurzzeitpflegeeinrichtung auf die Praxis sukzessive auswirken, weshalb sich die Wechselwirkung im Kontext des hier neu verorteten Leistungsanspruchs nicht absehen lässt. Auch die Frage der Qualitätssicherung inner-

halb der Rehabilitationseinrichtungen bzgl. der Pflege- und Betreuungsleistungen benachteiligt die originären – gesetzlich normierten – Verpflichtungen der eigentlichen Langzeitpflegeeinrichtungen.

**Der begrüßenswerte Ansatz des Gesetzgebers, erwerbstätigen Pflegepersonen und ihren pflegebedürftigen Angehörigen den Zugang und die Inanspruchnahme zu medizinischen Rehabilitationsleistungen zu erleichtern, kann nach Einschätzung des BKK Dachverbandes mit einer entsprechenden Ergänzung in § 13 SGB VI (analog der in § 40 Abs. 3 Sätze 11 und 12 SGB V) in Verbindung mit § 42 Abs. 4 SGB XI realisiert werden.**

#### ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 2 Nummer 7 wird gestrichen.

#### **Zu Nr. 12: Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen (§ 43c SGB XI)**

Die anvisierte Anpassung der Zuschüsse zur Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile ist nachvollziehbar, wenngleich konstatiert werden muss, dass die SPV insgesamt einer grundsätzlichen Reformanstrengung bedarf, welche gleichermaßen die leistungs- und vertragsrechtlichen Bestimmungen und mithin die gesamte Finanzierungssystematik der SPV auf den Prüfstand stellt, um den Herausforderungen (und nicht nur den steigenden Eigenanteilen) zukunftsweisend zu begegnen.

Die Einführung der Zuschläge zur Begrenzung der Eigenanteile führte bereits im ersten Jahr zu Kosten in Höhe von rd. 3,7 Mrd. EUR, die die Pflegekassen mehr belastet haben. Der rasante Anstieg, der von den Pflegebedürftigen geforderten Eigenanteilen wurde dadurch nicht aufgehalten. Auch die geplante Anhebung der Zuschläge, die laut Gesetzentwurf jährlich rd. 600 Mio. EUR betragen soll (tatsächlich vermutlich sogar deutlich höher), wird daran nichts ändern. Hier werden die Symptome, die Belastung der Heimbewohner, gemildert, nicht aber die Ursache für den Anstieg der Eigenanteile angegangen. An dieser Stelle sollten die **Länder angehalten werden, ihren Verpflichtungen zur Übernahme der Investitionskosten nachzukommen.**

Im praktischen Verwaltungshandeln der Pflegekassen in der Umsetzung des § 43c SGB XI sorgen vor allem kurze Unterbrechungstatbestände (bspw. bei Krankenhausaufenthalten etc.) für einen unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwand. Dies wirkt mit Zusatzaufwänden zum einen für die Leistungserbringenden, die je nach Fallkonstellation mehrmals im Monat eine Korrekturrechnung erstellen müssen und zum anderen für die Pflegekassen, welche diese im

Rahmen eines separaten Korrekturvorgangs verarbeiten müssen. Für die pflegebedürftigen Bewohnenden wirken die beschriebenen Korrekturen als zusätzliche Bürokratie und sind schwer nachvollziehbar. **Insofern schlägt der BKK Dachverband vor im Sinne einer Vereinfachung und als Element der Entlastung alle Beteiligten – gesetzlich zu regeln, dass lediglich Unterbrechungstatbestände, die über einen Monat hinweg andauern, zu einer entsprechenden Rechnungskorrektur führen.**

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 2 Nr. 12 wird sinngemäß wie folgt ergänzt:

In § 43c SGB XI wird ein neuer Satz 5 wie folgt eingefügt:

*"Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die bis einschließlich zwölf Monate Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 15 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als zwölf Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 30 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 50 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 75 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Bei der Bemessung der Monate, in denen Pflegebedürftige Leistungen nach § 43 beziehen, werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach § 43 bezogen worden sind, berücksichtigt. **Kurzzeitige Unterbrechungen, die nicht mindestens einen vollen Kalendermonat umfassen, haben keinen Einfluss auf den monatlich berechneten Leistungszuschlag und führen nicht zu einer Korrektur der Rechnung.** Die Pflegeeinrichtung, die den Pflegebedürftigen versorgt, stellt der Pflegekasse des Pflegebedürftigen neben dem Leistungsbeitrag den Leistungszuschlag in Rechnung und dem Pflegebedürftigen den verbleibenden Eigenanteil. Die Pflegekasse übermittelt für jeden Pflegebedürftigen beim Einzug in die Pflegeeinrichtung sowie zum 1. Januar 2022 für alle vollstationär versorgten Pflegebedürftigen die bisherige Dauer des Bezugs von Leistungen nach § 43."*

### **Zu Nr. 15: Absenkung der Verwaltungskostenpauschale (§ 46 Abs. 3 Satz 1)**

Die Absenkung des relevanten Satzes von 3,2 auf 3,0 Prozent senkt zwar die Belastung der Pflegekassen um jährlich rund 120 Mio. EUR. Dies hat jedoch auch bei den Krankenkassen eine Belastung in gleicher Höhe durch die entsprechenden Mindereinnahmen zufolge. Hier erfolgt eine Verlagerung der Finanzproblematik von einem SV-System ins andere, während auch in der GKV eine nachhaltige Lösung zur Finanzstabilisierung fehlt.

### **Zu Nr. 16: Übersicht über die in Anspruch genommen Leistungen durch Kasse auf Wunsch**

Die Präzisierung der Regelung mit dem Ziel der Leistungstransparenz für die Versicherten erscheint aus Sicht des BKK Dachverbands grundsätzlich sachgerecht. Auch die Technologieoffenheit der Regelung ermöglicht im Sinne der Versicherten eine adressatengerechte Kommunikation.

Der Regelungsbestandteil, dass auch eine Durchschrift der Abrechnungsunterlagen von Versicherten angefordert werden kann, erschließt sich jedoch nicht, da Rechnungen über erbrachte Leistungen den Versicherten ohnehin vorliegen (müssen). Insofern würde hier eine Doppelstruktur ohne Mehrwert etabliert, welche Ressourcen aufseiten der Pflegekassen unnötig bindet. Zudem rechnen Leistungserbringer überwiegend auf Grundlage elektronischer Datenaustauschverfahren mit den Pflegekassen ab, womit den Pflegekassen das Ausstellen einer Durchschrift der eingegangenen Abrechnungsunterlagen in der Praxis unmöglich ist. Die Regelung ist daher zu streichen.

### **ÄNDERUNGSVORSCHLAG**

Artikel 3 Nr. 19a wird wie folgt gefasst:

“§ 108 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

*„Auf Wunsch wird den Versicherten regelmäßig jedes Kalenderhalbjahr eine Übersicht über die Leistungen, die sie in Anspruch genommen haben, und deren Kosten übermittelt. Auf Anforderung erhalten Versicherte von den Pflegekassen*



*Auskunft darüber, welche Leistungsbestandteile im Einzelnen durch Leistungserbringende in Bezug auf die Versicherten zur Abrechnung bei der Pflegekasse eingereicht worden sind; die Informationen sind in für die Versicherten verständlicher Form aufzubereiten. ~~Auf Wunsch erhalten Versicherte eine Durchschrift der von Leistungserbringern bei der Pflegekasse eingereichten Abrechnungsunterlagen.~~"*

## **Artikel 6 Änderungen des fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Zu Nr. 4: Medizinische Rehabilitationsleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung für Pflegepersonen (§ 40 SGB V)**

Die Änderungen ab Buchstabe bb) werden infolge der Ablehnung der Neuregelung § 42a SGB XI abgelehnt. Da Pflegepersonen bei einer Leistung zur stationären medizinischen Rehabilitation bereits mit der aktuellen Regelung in § 40 Abs. 3 Sätze 11 und 12 SGB V einen Anspruch auf Mitaufnahme ihrer pflegebedürftigen Angehörigen haben, ist die Streichung dieser beiden Sätze in Verbindung mit einer Neuregelung in § 40 Abs. 3a SGB V nicht erforderlich.

#### **ÄNDERUNGSVORSCHLAG**

Streichung der Buchstaben bb) bis ee) sowie c)

### **Zu Nr. 8: Anbindung der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an die TI (§ 341 Abs. 8 SGB XI neu)**

Der BKK Dachverband begrüßt ausdrücklich, dass mit der avisierten gesetzlichen Regelung (neben den bereits vom Gesetzgeber adressierten) nun sämtliche ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen verpflichtend an der TI angebunden werden. Dies trägt dazu bei, die Potenziale der Digitalisierung auch in diesem wichtigen Bereich zeitnah zu heben.

## **Artikel 7 Änderungen des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch**

### **Zu Nr. 1: Medizinische Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung für Pflegepersonen (§ 13 Abs. 1 SGB VI)**

Mit der Ergänzung in § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB VI haben die Träger der Rentenversicherung bei der Entscheidung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die besonderen Belange von

Pflegepersonen zu berücksichtigen. Damit sollen die Rehabilitationsmöglichkeiten von erwerbstätigen Pflegepersonen gestärkt werden. Es wird somit nun auch im Leistungsrecht der Deutschen Rentenversicherung ermöglicht, was für die Gesetzlichen Krankenkassen bereits seit Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungsgesetz im Jahr 2013 gilt.

Der BKK Dachverband begrüßt die - längst fällige - Ergänzung in § 13 Abs. 1 SGB VI. Aus der Erfahrung im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung wird jedoch befürchtet, dass die Regelung nicht ausreicht, um das Ziel des Gesetzgebers - **Rehabilitationsmöglichkeiten für erwerbstätige Pflegepersonen zu stärken** - zu erreichen. Grundsätzlich besteht zwar auch für die pflegebedürftigen Angehörigen von erwerbstätigen Pflegepersonen, die eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation durchführen möchten, der Anspruch auf Kurzzeitpflege in einer stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung, **jedoch fehlt für den Rentenversicherungsträger der Pflegeperson eine gesetzliche Norm zur Koordination der Unterbringung des pflegebedürftigen Angehörigen in derselben Reha- oder einer Kurzzeitpflegeeinrichtung mit der Pflegekasse im Leistungsrecht.**

#### ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 7 wird um eine Nummer 4 ergänzt:

“§ 15 Absatz 2 SGB VI wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt:

*Bei einer stationären Rehabilitation haben pflegende Angehörige auch Anspruch auf die Versorgung der Pflegebedürftigen, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden. Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen als in der Einrichtung der pflegenden Angehörigen aufgenommen werden, koordiniert der Träger der Rentenversicherung mit der Pflegekasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch der pflegenden Angehörigen und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen. Das Nähere zur Koordination vereinbaren die Deutsche Rentenversicherung Bund und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 30. Juni 2024 in einer Verwaltungsvereinbarung.“*

### III. WEITERGEHENDER ÄNDERUNGSBEDARF

#### **Vereinfachung der Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b Absatz 1 SGB XI**

Die Praxis zeigt, dass die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b Absatz 1 SGB XI weiter vereinfacht und an die Lebenswirklichkeit pflegebedürftiger Menschen angepasst werden sollte, damit deren versorgenden Angehörigen noch zielgerichteter entlastet werden können. Hierzu sollten die pandemiebedingten Regelungen des § 150 Abs. 5b SGB XI als Maßnahme zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung für die Regelversorgung adaptiert werden.

Demnach sollte sich der Entlastungsbetrag für alle Pflegebedürftigen auch auf sonstige Hilfen erstrecken, die der Sicherstellung der Versorgung der Pflegebedürftigen dienen. Diese Hilfen können dann mit professioneller Unterstützung, aber auch durch Inanspruchnahme von An- und Zugehörigen oder Nachbarn erbracht werden. Um eine zügige und unbürokratische Abwicklung zu ermöglichen, sollten an den Nachweis gegenüber der Pflegekasse zur Erstattung der Kosten keine überhöhten Anforderungen gestellt werden.

#### **Digitalisierung des Nachweises über einen Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI**

Der Beratungsbesuch n. § 37 Abs. 3 SGB XI dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der Pflegenden. Die Durchführung des Beratungsbesuches ist gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen (§§ 37 Abs. 4, 106a SGB XI). Die Weitergabe der beim Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten zur Verbesserung an die Pflegekasse sollte für alle Beteiligten effizienter gestaltet und deshalb digitalisiert werden.

Es empfiehlt sich, für die heute per Formular und damit überwiegend in Papierform geführten Nachweise über den Beratungsbesuch n. § 37 Abs. 3 SGB XI einen Datenaustausch zwischen den Beratungspersonen (Pflegedienst/anerkannte Beratungsstelle/beauftragte Pflegefachkraft/Pflegeberater n. § 7a SGB XI/ kommunale Beratungsstelle) und den Pflegekassen zu implementieren und gesetzgeberisch zu unterlegen.

## **Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen (§ 82c SGB XI)**

Der BKK Dachverband unterstützt vollständig das mit den Regelungen intendierte Ziel einer adäquaten Entlohnung von Pflegenden.

In der praktischen Umsetzung der Regelungen zeigen sich aktuell jedoch folgende praktische Phänomene. Das regional übliche Entgelt errechnet sich aus den Meldungen aller in der Region angewendeten und tatsächlich umgesetzten Vergütungen von Tarifanwendern. Praktisch zeigt sich jedoch, dass nur ein Bruchteil der relevanten Einrichtungen ihre Daten in der DCS hinterlegen. Hinterlegt sind vor allem die kirchenrechtlichen Arbeitsvertragsrichtlinien von Diakonie und Caritas und der TVöD. Andere sind kaum vertreten. Auch sind Eintragungen z. T. fehlerhaft oder nicht plausibel und können deshalb nicht berücksichtigt werden. Im Ergebnis steigt das regional übliche Entgelt regelmäßig und kann dann n. § 82c Abs. 2 SGB XI um 10 % überschritten werden. Wobei es praktisch zu zahlreichen Konfliktsituationen mit der Frage kommt, ob sich die 10 % auf die entsprechende Berufsgruppe oder den Durchschnitt über alle Berufsgruppen bezieht.

Während 2021 bspw. im Bundesland Sachsen rund 2/3 der stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen einmal zur Pflegesatzverhandlung aufgerufen hatten, waren es 2022 nahezu alle Einrichtungen. Aufgrund der Tariftreueregelung erfolgten vielfach 2 Verhandlungen im Jahr. Dieser Trend zeigt sich auch in der ambulanten Pflege und im Bereich der häuslichen Krankenpflege. Dies vervielfacht den Verwaltungsaufwand sowohl bei den Leistungserbringern als auch bei den Kranken- und Pflegekassen und ist nicht in den entsprechenden Kostensätzen berücksichtigt.

Im Ergebnis resultieren (beispielhaft für das Bundesland Sachsen) bei AVR-Tarifanwendern Jahresgehälter von rund 65.000€ und im Rahmen des regional üblichen Entgelts von ca. 64.000€ - Tendenz weiterhin "ungedeckelt" steigend. So liegt bspw. der aktuelle ABVP-Tarif beinahe zehn Prozent über dem TVöD. Tarifsteigerungen im zweistelligen Prozentbereich sind die Regel. Damit steigt auch die Belastung der Pflegebedürftigen immens und sorgt für eine weiter steigende Anzahl von Sozialhilfebeziehern bzw. fördert gar den Verzicht von (notwendigen) Pflegeleistungen in der ambulanten Pflege.

Um den o.g. konkreten Problemstellungen abzuhelfen, möchten wir zu einigen Aspekten konkrete Anregungen geben. Um zunächst die Datengrundlage für das ortsübliche Entgelt auf solide und damit repräsentative Füße zu stellen, ist es unumgänglich, dass alle relevanten Einrichtungen Ihrer Daten im Tarifmodul der DatenClearingStelle (DCS) pflege hinterlegen, ansonsten entsteht ein verzerrtes ortsübliches Entgelt. Hilfreich hierfür wäre eine Sanktionsregelung bei fehlenden oder nicht plausiblen Eintragungen. Bei der möglichen Überschreitung des

ortsüblichen Entgeltes von 10 % ist aufgrund der praktischen Erfahrungen klarzustellen, auf was sich die 10 % beziehen. Die Verhandlungsintervalle müssen aus unserer Sicht auf ein für Leistungserbringer und Kassen vertretbares Maß begrenzt werden.

Aufgrund der aktuellen gesetzlichen Regelung immanenten 'ungedeckelten' Preisspirale bezüglich der Vergütungen der Pflegekräfte ist die Frage zu stellen, ob das vom Gesetzgeber mit den zugrundeliegenden aktuellen Tariftreue-Regelungen intendierte Ziel einer 'Verbesserung der Entlohnung von Pflegekräften' vor dem Hintergrund des mittlerweile erreichten Vergütungsniveaus erreicht ist. Bezugspunkte einer Bewertung hierzu sollte aus Sicht der Betriebskrankenkassen sowohl die gesamtwirtschaftliche Entwicklung als auch die Verhältnismäßigkeit der Entlohnung im Hinblick auf andere Ausbildungsberufe sein.

### **Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen (§ 40a SGB XI)**

Sofern die Pflegekasse die Versorgung mit einer digitalen Pflegeanwendung bewilligt, hat die pflegebedürftige Person Anspruch auf die Erstattung von Aufwendungen für die eigentliche digitale Pflegeanwendungen nach § 40a SGB XI sowie zusätzlich auf Leistungen für die Inanspruchnahme von ergänzenden Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen nach § 39a SGB XI. Hierfür steht ein gemeinsamer Leistungsbetrag - als faktisches Budget - bis zur Höhe von insgesamt 50 Euro pro Monat zur Verfügung. Dieses Gesamtbudget wird die Pflegekassen vor enorme verwaltungstechnische Herausforderungen stellen, da in der Bewilligung und Abrechnung der digitalen Pflegeanwendung als Erstattungsleistung und der ergänzenden Unterstützungsleistung als Sachleistung fortlaufend die individuellen Anspruchsvoraussetzungen dahingehend geprüft werden müssen, ob der gedeckelte Leistungsbetrag von 50 Euro ausgeschöpft ist und wie sich dieser ggf. verteilt. Bzgl. dieser absehbaren Schwierigkeiten könnte unproblematisch Abhilfe geschaffen werden, indem der Leistungsanspruch jeweils separat für die digitale Pflegeanwendung (bspw. bis zu 30 Euro/Monat) und die digitale Pflegeanwendung (bspw. bis zu 20 Euro/Monat) leistungsrechtlich normiert wird. Eine entsprechende gesetzliche Änderung würde die leistungsrechtliche Umsetzung der digitalen Pflegeanwendungen erheblich begünstigen.

### **Vergütungskürzung (§ 115 Absatz 3a SGB XI)**

Mit den Regelungen des § 115 Absatz 3 SGB XI zur Kürzung der Pflegevergütung wollte der Gesetzgeber zunächst die Sanktionsmöglichkeiten bei Feststellung von Qualitätsmängeln differenzierter ausgestalten. Deshalb ist bei Nichteinhaltung gesetzlicher oder vertraglicher Verpflichtungen eine Kürzung – möglichst im Einvernehmen der Vertragsparteien vorgeschrieben. Konkretisiert werden diese Grundregeln nunmehr durch Absatz 3a bei Nichtbezahlung der

nach § 82c zugrunde gelegten Gehälter und Entlohnung. Anstelle dieser retrospektiven Malusregelung sollte nach Ansicht des BKK Dachverbandes allerdings eine prospektive Regelung zur Rückzahlung bei Nicht-Einhalt der Tariftreue gesetzlich verankert werden – bspw. in Form einer Verrechnungsposition im Pflegesatz bzw. in der Pflegevergütung, denn die aktuellen Regelungen sind nicht praxistauglich, da sie:

1. vor dem Hintergrund der oft nur kurzen Verweildauer der Pflegebedürftigen in den stationären Einrichtungen oft tatsächlich nicht realisiert werden können,
2. einen erheblichen Mehraufwand bei den Pflegekassen verursachen und
3. von den Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarungen nicht überprüft werden können.

### **Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer (§ 293 Abs. 8 SGB XI)**

Der BKK Dachverband unterstützt das Anliegen des Gesetzgebers ausdrücklich, mittels des Beschäftigtenverzeichnisses die Möglichkeiten eines weiteren Schrittes der Digitalisierung bei der Abrechnung mit bestimmten Leistungserbringern zu nutzen. Wir möchten jedoch dringend dafür werben, die Potenziale eines entsprechenden Verzeichnisses tatsächlich auch in Gänze zu erschließen.

Dies betrifft ganz konkret die Zielstellung eines solchen Verzeichnisses. Aus Sicht des BKK Dachverbandes ist ein umfassendes Beschäftigtenverzeichnis für sämtliche beschäftigte Pflegenden im Gesundheitssystem (neben, Abrechnung und Verifikation der Qualifikationen) geeignet, um versorgungspolitisch gezielt zu handeln, die Wirksamkeit gesetzgeberischer Initiativen zu evaluieren, Transparenz bzgl. der Qualifikation und der Quantität sowie den Settings, in denen Pflegenden arbeiten und Migrationsbewegungen in die Pflege und aus der Pflege erstmals auf einer validen Datengrundlage darzustellen. Es kann somit eines der wichtigsten Grundlagen für die in den nächsten Jahren notwendigen politischen Entscheidungen im Zusammenhang mit den immer dringlicheren Fragen von ausreichendem und qualifiziertem Personal in der Pflege werden.

Mit dieser Zielsetzung ist es angezeigt (ggf. schrittweise) sämtliche bis dato noch nicht hinterlegte Leistungsbereiche der gesetzlichen Kranken- bzw. Pflegeversicherung zu ergänzen, in denen Pflegenden tätig sind. Hierzu gehören z.B. Pflegenden in Settings n. § 64d SGB V, § 107 SGB V, § 132d SGB V, § 132g SGB V, § 132l SGB V, § 71 SGB XI. Um die wesentlichen Daten in diesem Zusammenhang aggregiert zugänglich und nutzbar zu machen, sollte das BfArM auf Grundlage seines nationalen Datenbestandes einmal jährlich einen statistischen Bericht veröffentlichen, der mindestens die o.g. Anforderungen erfüllt.

Auch die Nutzung im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben der Kranken- und Pflegekassen (z.B. bzgl. Strukturanforderungen in Verträgen, Zulassungsprüfung, Genehmigungsverfahren bei der Einhaltung von Versorgungsverträgen) jenseits der Abrechnung muss ermöglicht werden. Dies hebt bei Leistungserbringern und Kassen erhebliche Effizienzreserven. Bezüglich der Datenqualität der z.B. der Qualifikationsangaben, die im Beschäftigtenverzeichnis hinterlegt sind, bestehen aus unserer Wahrnehmung zumindest Unsicherheiten bezüglich der Verifikation der Daten – hierzu muss eindeutig klargestellt werden, dass die gemeldeten Daten gegenüber dem BfArM mit entsprechenden Berufsurkunden, Weiterbildungsnachweisen etc. belegt werden müssen. Ansonsten wird der Zweck des Verzeichnisses ad absurdum geführt. Um die hinterlegten Daten auch für die gesetzlichen Aufgaben nutzen zu können, bietet sich eine gesetzliche Regelung analog des Arztverzeichnisses n. § 293 Abs. 4 SGB V an, die eine regelhafte Übermittlung der Daten auf den GKV-SV vorsieht.

Bzgl. der Finanzierungsregelung n. § 293 Abs. 8 Satz 8 SGB V möchten wir anmerken, dass das BfArM als Verzeichnisstelle eine Bundesbehörde ist, deren Aufgaben aktuell mit Beitragsmitteln der GKV finanziert wird. Insofern besteht u.E. eine Analogie zur BZgA bei dem der Transfer von Beitragsmitteln zur Finanzierung einer staatlichen Behörde bekanntermaßen kritisch eingeordnet wurde.