

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)105(1)
gel. VB zur öffent. Anh. am
10.05.2023 - PUEG
08.05.2023

wir pflegen!

Interessenvertretung und Selbsthilfe
pflegender Angehöriger e.V.

vorstand@wir-pflegen.net
Alt-Moabit 91 . 10559 Berlin
0049. 30 4597 5750

wir-pflegen.net

wir pflegen Alt-Moabit 91 10559 Berlin

Frau Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB
Ausschuss für Gesundheit
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin

8. Mai 2023

Per E-Mail an
anja.luedtke@bundestag.de

1 / 14

Begleitende Stellungnahme zur Anhörung am 10.05.2023

Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) BT-Drucksache 20/6544

Sehr geehrte Frau Dr. Kappert-Gonther,
sehr geehrte Damen und Herren

Beiliegend die zweite Stellungnahme von *wir pflegen e. V.*, Bundesverband pflegender Angehöriger,
zum Anlass der Anhörung am 10. Mai 2023.

Unsere Stellungnahme finden Sie auf nachfolgenden Seiten. Gerne stehen wir Ihnen für eine
detailliertere Darlegung unserer Kritikpunkte und Handlungsempfehlungen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Edeltraut Hütte-Schmitz

Heinrich Stockschlaeder



Begleitende Stellungnahme zur Anhörung am 10.05.2023

Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) BT-Drucksache 20/6544

Höchst bedauerlich ist, dass der Kabinettsentwurf wichtige in der Koalitionsvereinbarung vorgesehene sinnvolle Vorhaben nicht aufgreift wie

2 / 14

- die Herausnahme der Ausbildungskostenumlage aus den Eigenanteilen,
- die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen wie die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige und
- die pandemiebedingten Zusatzkosten aus Steuermitteln,
- die Verlagerung der Behandlungspflege in der stationären Versorgung in die gesetzliche Krankenversicherung,
- verbindliche Mitgestaltungsmöglichkeiten für die Kommunen bei der pflegerischen Versorgung vor Ort,
- die Ergänzung des SGB XI um innovative quartiernahe Wohnformen,
- eine rechtssichere Grundlage für die 24-Stunden-Betreuung,
- ein unbürokratisches, transparentes und flexibles Entlastungsbudget oder
- die Unterstützung des bedarfsgerechten Ausbaus der Tages- und Nachtpflege sowie insbesondere der solitären Kurzzeitpflege.

Stattdessen reduzierte der Kabinettsentwurf gegenüber dem Referentenentwurf den Maßnahmenkatalog noch einmal erheblich.

Der nach Kabinettsbeschluss in seinen Maßnahmen stark reduzierte Gesetzentwurf enthält nach wie vor einige begrüßenswerte Bausteine:

- Den Rechtsanspruch auf ein jährliches Unterstützungsgeld von 10 Tagen
- Die Ausweitung der Dauer für die mögliche Inanspruchnahme der Verhinderungspflege sowie die Zahlung des Pflegegeldes von sechs auf acht Wochen
- Referentenstelle beim Qualitätsausschuss für die „Betroffenenseite“, allerdings nur wenn in dieser Stelle auch präzise Handlungskompetenzen zur Verbesserung der Situation verankert werden.

Der Gesetzesentwurf entspricht mit den vorliegenden Empfehlungen nicht den Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich Gesundheit, Lebensqualität und des sozialen Zusammenhalts der Bürgerinnen und Bürger.

Die systemische und systematische Benachteiligung der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen in der häuslichen Pflege und die Nichtberücksichtigung ihrer oftmals prekären Pflegesituationen durch überwiegend mangelnde Unterstützungsangebote und unterlassene Anpassung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung, überlasten insbesondere pflegende

Angehörige finanziell, emotional, physisch und psychisch.

Das genannte Ziel, die häusliche Pflege zu stärken und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sowie andere Pflegepersonen nachhaltig zu entlasten, lässt sich über die viel zu kurz gegriffenen Maßnahmen des Kabinettsentwurfs nicht erreichen.

Leitgedanke des Gesetzentwurfs ist die kurzfristige Sicherung der Finanzierung der Pflegeversicherung. Als Ursachen für die Notwendigkeit der Verbesserung der Einnahmesituation der sozialen Pflegeversicherung werden genannt:

- demografische Entwicklung,
- höhere Ausgaben für die zeitlich gestaffelte Eigenanteilsreduzierung in der vollstationären Pflege und
- insbesondere die hohen Kosten für die Erstattung von pandemiebedingten Mehraufwendungen und
- Mindereinnahmen der Pflegeeinrichtungen sowie der Kosten für PoC-Antigen-Testungen in der Langzeitpflege

Die pandemiebedingten Kosten sind aus Steuermitteln zu bestreiten. Sie dürfen nicht dem Beitragszahler aufgebürdet werden und schon gar nicht dürfen sie dazu führen, die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung weiterhin nicht entsprechend der Kostensteigerung zu erhöhen.

Die kurzfristige Sicherung der Finanzierung der Pflegeversicherung darf nicht dazu führen, dass die dringend notwendige nachhaltige Lösung der Finanzierung der Pflegeleistungen erneut in die Zukunft verlagert wird.

Pflegebedürftige und pflegende Angehörige müssen bei Bedarf auch die benötigten Pflegeleistungen auf dem Pflegemarkt erhalten können. Dies ist seit vielen Jahren nicht der Fall. Insbesondere Familien in intensiven Pflegesituationen berichten mittlerweile täglich von Kündigungen der Pflegedienste.

Die pflegerische Infrastruktur weist in nahezu allen Bereichen gravierende Lücken auf: Im Ergebnis können deswegen gesetzliche Leistungsansprüche in eklatantem Umfang nicht in Anspruch genommen werden. Eine Hochrechnung auf Basis der Daten der VDK-Nächstenpflege-Studie ergab einen Betrag von 14 Milliarden Euro, die die Pflegeversicherung dadurch einspart. Dieser Fehler im System muss dringend behoben werden. Aus Sicht hilfebedürftiger pflegender Angehöriger ist hier ein Straftatbestand der unterlassenen Hilfeleistung gegeben, würde man strafrechtliche Maßstäbe zugrunde legen.

Es ist völlig unverständlich, warum die im Koalitionsvertrag vorgesehene Unterstützung des Ausbaus der Tages- und Nachpflege sowie der Kurzzeitpflege, im Gesetzentwurf keine Berücksichtigung gefunden hat. Durch die nicht vorhandenen Unterstützungs- und Entlastungsangebote werden pflegende Angehörige viel zu oft aus dem Erwerbsleben in eine 1:1 Betreuung in die Häuslichkeit gezwungen mit fatalen Auswirkungen wie Armut und Altersarmut. Auch mit Blick auf den gravierenden Fachkräftemangel ist das völlig unverantwortlich. Wir brauchen einen Rechtsanspruch auf Tagespflege!

Die ursprünglich im Referentenentwurf vorgesehene und zu begrüßende verfassungskonforme Ausgestaltung des Beitragsrechts der SPV bezüglich der Berücksichtigung des Erziehungsaufwandes



von Eltern wurde durch die nun ausschließliche Berücksichtigung von Kindern unter 25 Jahren zu einer schallenden Ohrfeige für die Elterngeneration, die durch die Kindererziehung hohe Einbußen bei Einkommen und Renten hinnehmen müssen, weil die Vereinbarkeit von Familie und Beruf auf Grund fehlender Kinderbetreuungsangebote nicht möglich war.

Zu den Regelungsentwürfen im Einzelnen

4 / 14

1. Erhöhung des Pflegegeldes um 5 Prozent

Das Pflegegeld sollte noch im Jahr 2023 um 20 Prozent erhöht werden. Ab dem Jahr 2024 sollte das Pflegegeld regelhaft jährlich dynamisiert erhöht werden.

Das Pflegegeld wurde zuletzt im Jahre 2017 erhöht. Die jahrelang unterlassene Erhöhung des Pflegegeldes hat zu einer permanenten schleichenden Entwertung der Leistung geführt. Die geplante Erhöhung um 5 Prozent bleibt weit hinter den Inflationsraten von inzwischen 16 Prozent zurück, ohne dass dabei die die Inflation des Jahres 2023 berücksichtigt ist. Und da kommt noch die Inflation des Jahres 2023 dazu. Die Erhöhung bleibt ebenfalls hinter dem Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig Beschäftigten zurück. Diese ist von 2.917 Euro im Jahre 2017 auf 3.352 Euro im Jahre 2022, also um knapp 15 Prozent gestiegen.

2. Erhöhung der ambulanten Sachleistungsbeträge um 5 Prozent

Der fehlende Inflationsausgleich aus den Jahren 2017 bis 2021 muss dringend nachgeholt und die Kostensteigerungen durch das Tariftreugesetz mit mindestens 25 Prozent für das Jahr 2022 ausgeglichen werden. Die Erhöhung sollte noch in 2023 erfolgen und mindestens 30 Prozent betragen, um die bestehenden finanziellen Defizite der vergangenen Jahre realistisch auszugleichen.

Ab dem Jahr 2024 müssen die Sachleistungen ebenfalls regelhaft jährlich dynamisiert erhöht werden.

Die ambulanten Sachleistungen wurden zuletzt im Jahr 2022 um 5 Prozent erhöht. Davor waren sie fünf Jahre lang unverändert. Gleichzeitig stiegen die Löhne in der Altenpflege im Zeitraum von 2017 bis 2021 um 19,7 Prozent (Fachkräfte) bzw. 16,5 Prozent (Pflegehelfer) und lagen damit in diesem Zeitraum weit über der Inflationsrate. Die Kosten der Pflegeleistungen sind daher deutlich stärker als die Inflation gestiegen und die geplante Erhöhung um 5 Prozent bleibt zusätzlich hinter der Inflationsrate von 2022 zurück.

Pflegende Angehörige berichten von Preissteigerungen von 25 - 30 Prozent als Folge des Tariftreugesetzes. Eine Erhöhung wegen lohnbedingt steigender Pflegevergütungen ist dringend erforderlich, sie muss jedoch deutlich höher ausfallen.

Es darf nicht sein, dass die Kosten des Tariftreugesetzes allein auf Pflegebedürftige und ihre Familien abgewälzt werden. Da viele nicht mehr in der Lage sind, die hohen Eigenanteile zu tragen, reduziert sich so parallel die Inanspruchnahme von Leistungen. Dadurch steigt die Belastung pflegender Angehöriger, die den Ausfall der Unterstützungsleistung oft über die eigene Erschöpfungsgrenze hinaus kompensieren müssen.



Eigenleistung von pflegenden Angehörigen (Nur Hauptpflegeperson)					
	Private Ausgaben für Pflege ohne Leistungen der SPV	Zeitliche Aufwendungen		fiktiver Lohn Pflegemindestlohn	Gesamtkosten
		pro Monat	Std./Woche		
PG 1	193	23	97,75	1109,46	1302,46
PG 2	203	34	144,50	1640,08	1843,08
PG 3	275	47	199,75	2267,16	2542,16
PG 4	312	72	306,00	3473,10	3785,10
PG 5	333	97	412,25	4679,04	5012,04

Die Daten sind Befragungsdaten aus dem AOK/WidO-Pflegereport 2020. Sie wurden zum Jahreswechsel 2019/2020 erhoben. Die privaten Ausgaben sind ohne Ausgaben, die durch die Pflegekassen finanziert wurden. Die aufgewendeten Stundenzahlen wurden mit dem Pflegemindestlohn des Jahres 2020 (10,35 €) bewertet. Nicht enthalten ist in den Zahlen der Verlust an Einkommen durch Reduzierung und Aufgabe der Erwerbsarbeit. Sofern der Lohnsatz höher war als der fiktive Pflege Lohn, erhöhen sich die Eigenleistungen entsprechend.

Die Zahlen beziehen sich ausschließlich auf die Hauptpflegeperson. Sofern mehrere Personen an der Pflegebeteiligt sind, was vor allem bei höheren Pflegeraden der Fall ist, ist die Eigenleistung der Angehörigen insgesamt je Pflegebedürftigen nachmals höher.

Das Gleiche gilt für die Leistungsansprüche für **Tages- und Nachtpflege sowie die Kurzzeit- und Verhinderungspflege, den Entlastungsbetrag, den Wohngruppenzuschlag gemäß § 38a SGBX** und die wohnumfeldverbessernden Maßnahmen. Auch hier muss dringend eine Erhöhung erfolgen, die zumindest die erhöhten Kosten des Tariftreugesetzes abdeckt.

3. Dynamisierung der Geld- und Sachleistungen 2025-2028 / langfristige Leistungsdynamisierung

Die automatische, regelhafte Anpassung der Geld- und Sachleistungsbeträge in den Jahren 2025 und 2028 reicht nicht aus. Die Leistungen müssen ab sofort jährlich angepasst werden. Die Vorschläge für die langfristige Leistungsdynamisierung müssen folglich von der Bundesregierung noch in diesem Jahr erarbeitet werden.

Wir stellen sehr deutlich in Frage, ob die Dynamisierung nach Inflation überhaupt angemessen ist, da die Pflegeversicherung als Teilkostenversicherung lediglich zur Abdeckung eines Teils der Pflegeaufwendungen dient und nicht zur Deckung der allgemeinen Lebenshaltungskosten bestimmt ist. Daher erscheint es aus unserer Sicht sinnvoller, die Dynamisierung an die Kostenentwicklung der Sachleistungen anzupassen. Diese wird angesichts des Fachkräftemangels in den nächsten Jahren voraussichtlich stärker wachsen als die Inflation. Eine Dynamisierung nach Inflationskriterien würde, wie auch schon in den vergangenen Jahren zu einer weiter schleichenden Entwertung der Leistungsansprüche und damit zu weiter steigenden Eigenanteilen führen.

Die Deckelung der Dynamisierung mit der durchschnittlichen Lohnentwicklung birgt ebenfalls die Gefahr steigender Eigenanteile, da der hohe Fachkräftemangel die Kostenentwicklung im



Pflegesektor überdurchschnittlich nach oben treiben wird.

Zusätzlich sollten im Falle außergewöhnlicher Preissteigerungen, wie wir sie im letzten Jahr bei den Energiepreisen gesehen haben, zusätzliche Unterstützungen vorgesehen werden. Hier ist es notwendig, den Familien der Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen eine Energiepauschale als Nachzahlung für die enorm gestiegenen Energiepreise zukommen zu lassen, da in Haushalten mit pflegebedürftigen Personen nicht an Wärme gespart werden kann.

4. Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege

6 / 14

wir pflegen e. V. sieht die Streichung des Gemeinsamen Jahresbetrags für die Kurzzeit- und Verhinderungspflege als eine besonders kritische Fehlentscheidung des Kabinetts. Wir bedauern dies zutiefst, da diese Maßnahme ein erster Meilenstein im Hinblick auf die lange Forderung pflegender Angehöriger nach mehr flexiblen Unterstützungsmaßnahmen gewesen wäre.

Mit der Einführung eines Gemeinsamen Jahresbetrags für die Kurzzeit- und Verhinderungspflege und als Gesamtleistungsbetrag wurden die Forderungen nach einem Entlastungsbudget für Pflegebedürftige aufgegriffen. Damit hätten immerhin die Leistungen der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege flexibel abgerufen werden können. Dieser Meilenstein wurde nun gestrichen. Damit bleibt es bei den bestehenden umständlichen und unzureichenden anteiligen Umwandlungsregelungen.

Um eine wirklich nachhaltige Stärkung der häuslichen Pflege zu bewirken sollte der Gesetzgeber über die Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege hinaus zumindest auch den Entlastungsbetrag und die Pflegehilfsmittelverbrauchspauschale in einem flexibel einsetzbaren Entlastungsbudget zusammenzufassen.

Der Entlastungsbetrag sollte einbezogen werden, da er derzeit aufgrund enger Kriterien nur von einer Minderheit berechtigter Personen genutzt wird.¹

Wir vermissen zudem die wichtige Verlängerung der während der Pandemie erfolgten Erhöhung der Pflegehilfsmittelverbrauchspauschale von 40 auf 60 Euro – sie sollte regelhaft beibehalten werden und in ein Entlastungsbudget einbezogen werden, um Kostensteigerungen auszugleichen und Flexibilitäten zu ermöglichen. Gleichwohl auch die Möglichkeit, bis zu 40 Prozent des Sachleistungsanspruchs für ambulante Pflegeleistungen in Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag umwandeln zu können.

Da aktuell nur für 2 Prozent der pflegebedürftigen Menschen, die im Rahmen der häuslichen Pflege versorgt werden, ein Tagespflegeplatz verfügbar ist, halten wir es für dringend notwendig, in Fällen, in denen die Kommunen keinen Tagespflegeplatz verlässlich zur Verfügung stellen können, auch die Tagespflege zu mindestens 30 Prozent in das Entlastungsbudget einzubeziehen.

Immer problematischer wird, dass Leistungsanbieter auf dem Arbeitsmarkt nicht in dem benötigten Umfang Pflege- und Betreuungskräfte gewinnen können. Folge ist, dass Pflegebedürftige und pflegende Angehörige trotz drängenden Bedarfs oft nicht die benötigten Versorgungs- und Entlastungsangebote finden. Gesetzlich definierte Leistungsansprüche helfen ihnen nicht weiter,

¹ Der VDK-Nächstenpflege-Studie zufolge nahmen 80 Prozent der befragten Pflegebedürftigen den Entlastungsbetrag nicht in Anspruch



wenn der Pflegemarkt die Angebote vor Ort nicht zur Verfügung stellt. Umso wichtiger ist es, die mit dem Entlastungsbudget verbundenen Möglichkeiten der Flexibilisierung zu nutzen.

Mit dem Entlastungsbudget werden im SGB XI fest verankerte Leistungen zusammengefasst. Organisatorisch reduziert sich der Aufwand für alle Beteiligten spürbar, da Beantragung und Nachweis mehrerer Einzelleistungen gebündelt werden.

Das Entlastungsbudget muss analog zu anderen Leistungen wie Pflegegeld und Pflegesachleistung regelmäßig dynamisiert werden.

7 / 14

Das erweiterte Entlastungsbudget ist insbesondere auch für die unabdingbar notwendige Verbesserung der Situation chronisch kranker pflegebedürftiger Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener sowie der sie pflegenden Eltern² von ausgesprochen hohem Wert. Gleichzeitig ist es gerade für diesen Personenkreis dringend erforderlich, dass in der Pflegeinfrastruktur auch bedarfsorientiert Angebote an Kurzzeitpflegeplätzen / Kurzzeitwohnplätzen und temporärer Entlastung (stundenweise, nachts) zur Verfügung stehen und weiteren Unterstützungsbedarfen Rechnung getragen wird. (siehe auch Paragraph 7.)

Für die Leistungen der Kurzzeitpflege muss zudem unbedingt die Gerechtigkeitslücke zwischen Menschen mit hohem und mit niedrigerem Unterstützungsbedarf geschlossen werden. Aktuell erhalten Angehörige pflegebedürftige Menschen mit hohen Pflegegraden einen geringeren Zeitraum an Entlastungstagen als diejenigen mit geringen Pflegegraden, da die Leistungen für die Kurzzeitpflege für alle Pflegegrade gleich hoch sind, die Kosten aber mit dem Pflegegrad steigen.

5. Pflegeunterstützungsgeld – fehlende Lohnersatzleistung und fehlender Rechtsanspruch auf einen Tagespflegeplatz

Wir begrüßen, dass das Pflegeunterstützungsgeld künftig pro Kalenderjahr für bis zu 10 Tage gezahlt werden soll. Wir vermissen allerdings die im Koalitionsvertrag vereinbarte Lohnersatzleistung. *(Mehr Fortschritt Wagen, S.81: „Wir entwickeln die Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetze weiter und ermöglichen pflegenden Angehörigen und Nahestehenden mehr Zeitsouveränität, auch durch eine Lohnersatzleistung im Falle pflegebedingter Auszeiten.)*

Berufliche Zeitsouveränität verbunden mit einer Lohnersatzleistung ist Grundpfeiler einer echten und notwendigen Pflegereform und unverzichtbarer Bestandteil zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf - insbesondere für Frauen und für eine gerechtere Verteilung der Pflegeverantwortung in Familien.

Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf muss nicht nur zur Abschwächung des Arbeitskräftemangels auch durch ein ausreichendes Angebot an Entlastungs- und Unterstützungsleistungen (Ambulante Pflege, Tagespflege, hauswirtschaftliche / haushaltsnahe Dienstleistungen, Kurzzeitpflege und Betreuungsleistungen) und eine Lohnersatzleistung, wenn pflegende Angehörige vorübergehend ihre Arbeitszeit reduzieren, möchten gesetzlich flankiert werden. Den rund 4,2 Millionen pflegebedürftigen Menschen, die im Rahmen der häuslichen Pflege von Angehörigen versorgt

² Weitere Informationen hat wir pflegen e.V.'s Arbeitskreis Pflegende Eltern im April 2022 in dem Positionspapier „Für uns und unsere Kinder – Handlungsempfehlungen zur Unterstützung pflegender Eltern“ zusammengefasst: <https://www.wir-pflegen.net/aktuelles/nachrichten/fuer-uns-und-unsere-kinder-handlungsempfehlungen-zur-unterstuetzung-pflegender-eltern>



werden, standen Ende 2021 gerade einmal 96.500 Tagespflegeplätze zur Verfügung. Die Ausgaben für die Tagespflege hatten 2021 entsprechend einen marginalen Anteil von nur 1,75 Prozent an den Gesamtausgaben der sozialen Pflegeversicherung. Dadurch wird deutlich, dass eine Vereinbarkeit von Pflege und Beruf für pflegende Angehörige gar nicht möglich ist.

Pflegebedürftige Personen und ihre pflegenden An- und Zugehörigen benötigen dringend einen Rechtsanspruch auf einen Tagespflegeplatz analog zum Rechtsanspruch auf einen Kita-Platz und die Umsetzung der Kernforderung des Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Form einer bis zu 36-monatigen Lohnersatzleistung.

8 / 14

In den Fällen, in denen Betroffene nicht auf die Lohnersatzleistung zurückgreifen können, muss der Gesetzgeber für einen sozial gerechten armutsverhindernden Ausgleich sorgen.

An dieser Stelle greift der Gesetzentwurf eindeutig zu kurz. Wir appellieren deshalb dringend, diesen von den Betroffenen, der Fachöffentlichkeit und den Koalitionsfraktionen im Koalitionsvertrag vorgesehenen Reformbaustein im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens aufzugreifen und zu integrieren.

6. Entlastungsbetrag

Der Gesetzentwurf geht auf den dringenden Verbesserungsbedarf beim Entlastungsbetrag gemäß § 45 b SGB XI leider nur redaktionell im Rahmen der Änderung der Auflistung der Leistungen in § 28 SGB XI ein.

Nach wie vor wird der Entlastungsbetrag viel zu wenig in Anspruch genommen. Gründe sind insbesondere limitierende Vorgaben der Umsetzungsverordnungen der Bundesländer (wie Abrechnung privater (Nachbarschafts)Hilfe, Schulungsvorgaben, Qualitätsnachweise), fehlende Übersichten zum Angebot, bürokratische Hemmnisse, Informations- und Beratungsdefizite und mangelnde Angebote auf dem Markt.³

Angesichts dessen ist es dringend erforderlich, eine auch im Hinblick auf die Abrechenbarkeit privater Nachbarschaftshilfe flexible und unbürokratische Nutzung des Entlastungsbetrags zu ermöglichen.

7. Erleichterungen für die Zielgruppe pflegende Eltern

wir pflegen e.V. vermisst im PUEG-Entwurf durchweg ein Verständnis und entsprechende Handlungsempfehlungen zur Erleichterung der Pflegesituationen von Eltern von chronisch kranken und/oder behinderte Kinder und Jugendlichen.

„Kinder“ wurden bereits im Referentenentwurf nur im Zusammenhang mit der Pflegebegutachtung von Kindern und der Beitragsfinanzierung erwähnt. Dabei bedeuten Kinder mit Beeinträchtigung eine oft lebenslange Aufgabe, die nicht mit dem Eintritt ins Erwachsenenalter endet, das gesamte System Familie (Eltern und Geschwisterkinder) betreffen und lebenslange Auswirkungen auf die

³ <https://pflege-dschungel.de/entlastungsbetrag-2023/>
<https://www.pflege-durch-angehoerige.de/kurzzeitpflege-mit-dem-entlastungsbetrag-verrechnen/> ;
<https://www.dak.de/dak/ihr-anliegen/was-kann-ich-nicht-ueber-den-entlastungsbetrag-abrechnen-2552016.html#/ /;>



Arbeitsfähigkeit der pflegenden Angehörigen, meist Frauen, die sich in der Phase der wirtschaftlichen Sicherung befinden.

wir pflegen e. V. weist in diesem Zusammenhang auf die Forderungen pflegender Eltern hin, die als Handlungsempfehlungen bereits allen Ministerien und Pflegebeauftragten vorliegen.⁴

Auch wenn die Leistungen des SGB XI oft nicht zwischen Kindern und Erwachsenen unterscheiden, so sind die Fragen und Bedarfe in der Pflege von Kindern und Jugendlichen doch ganz andere als die von Senior*innen.

9 / 14

wir pflegen e.V. drängt daher, im Gesetz auch die Weiterentwicklung eines flächendeckenden Ausbaus der unabhängigen Pflegestützpunkte mit Erweiterung einer speziell für die Belange von Kindern und Jugendlichen qualifizierten Pflegeberater*in nach §7a SGB XI aufzugreifen um pflegenden Angehörigen eine echte Entlastung bei der Suche nach geeigneten Lösungen für die ganz spezifischen Bedarfe einer Familie mit beeinträchtigtem und/oder chronisch erkranktem Kind/Jugendlichen zu ermöglichen.

Hierzu gehört auch der dringliche Ausbau von Tages- und Nachtpflegeangebote, um die enormen Belastungen, die sich aus der Pflege eines beeinträchtigten Kindes/Jugendlichen mit herausforderndem Verhalten und/oder gestörtem Tag-Nacht-Rhythmus ergeben, zu erleichtern. Familien benötigen diese Unterstützung, um sich erholen zu können und somit nicht in einer für sie hoffnungslosen, zermürenden und nicht enden wollenden Belastungssituation zu enden.

8. Rentenbeiträge für pflegende Angehörige aus Steuermitteln

Der Koalitionsvertrag sieht vor, dass „Rentenbeiträge für pflegende Angehörige aus Steuermitteln“ zu finanzieren sind.

Dem Tagesspiegel Background Gesundheit vom 27.02.2023 zufolge sah der erste Reformentwurf vom 19. Dezember 2022 vor, dass der Bund beginnend mit dem 01.01.2023 3,7 Milliarden Euro pro Jahr für Rentenbeiträge an die Pflegekassen überweisen sollte.

Der Gesetzentwurf weist dieses wichtige Vorhaben nicht mehr aus. Hier ersehen wir es als dringend erforderlich an, die ursprüngliche Planung wieder aufzugreifen. Das gilt auch für die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege durch die Krankenversicherung.

9. Anrechnung von Pflegezeiten in der Rente

Wir vermissen ferner die Anpassung der Anrechnung von Pflegezeiten in der Rentenbemessung - nur durch eine Anpassung von Pflegezeiten in der Rente kann das wachsende Risiko von Altersarmut als Resultat von Pflegeverantwortung verhindert werden. Darauf wird im PUEG Gesetzesentwurf für uns unverständlicherweise nicht eingegangen.

Die rentenrechtliche Anerkennung von Pflegeleistungen ist ein Problemfeld der häuslichen Pflege. Im Barmer Pflegereport 2022 (S. 100) heißt es „Nur gut ein Viertel der Pflegepersonen erhält derzeit eine Absicherung in Form von Rentenversicherungsbeiträgen durch die Pflegeversicherung“.

⁴ Für uns und unsere Kinder – Handlungsempfehlungen zur Unterstützung pflegender Eltern. 2022. https://wir-pflegen.net/images/aktuelles/2022/220922_wp_Eltern-lang.pdf



Folgende Verbesserungen sind hier notwendig:

- Zeiten der Pflege in der Berechnung der Rente von pflegenden Angehörigen müssen unabhängig von der Inanspruchnahme anderer Hilfeleistungen berücksichtigt werden
- Die rentenrechtliche Anerkennung von Pflegeleistungen muss mit der Anerkennung von Erziehungsleistungen gleichgesetzt werden.
- Die maximale wöchentliche Arbeitszeit (30 Stunden) als Voraussetzung für die rentenrechtliche Anerkennung von Pflegeleistungen muss entfallen.
- Auch bei Unterbrechung einer Vollzeitbeschäftigung durch eine kurze Pflege- und Familienpflegezeit muss diese künftig rentenrechtliche Berücksichtigung finden.

10 / 14

Zu einer Verbesserung der rentenrechtlichen Situation pflegender Angehöriger legt *wir pflegen e.V.* an anderer Stelle weitere Handlungsempfehlungen vor.

10. Erhöhung der Zuschüsse zur Begrenzung der Belastungen bei der stationären Pflege

Die zum 1. Januar 2022 eingeführten Leistungszuschläge zur Reduzierung von Eigenanteilen in der vollstationären pflegerischen Versorgung werden zum 1. Januar 2024 um weitere 5 bis 10 Prozentpunkte erhöht. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen, *wenn sie gleichzeitig proportional von Investitionen zur Reduzierung der Eigenanteile in der häuslichen Pflege begleitet werden*

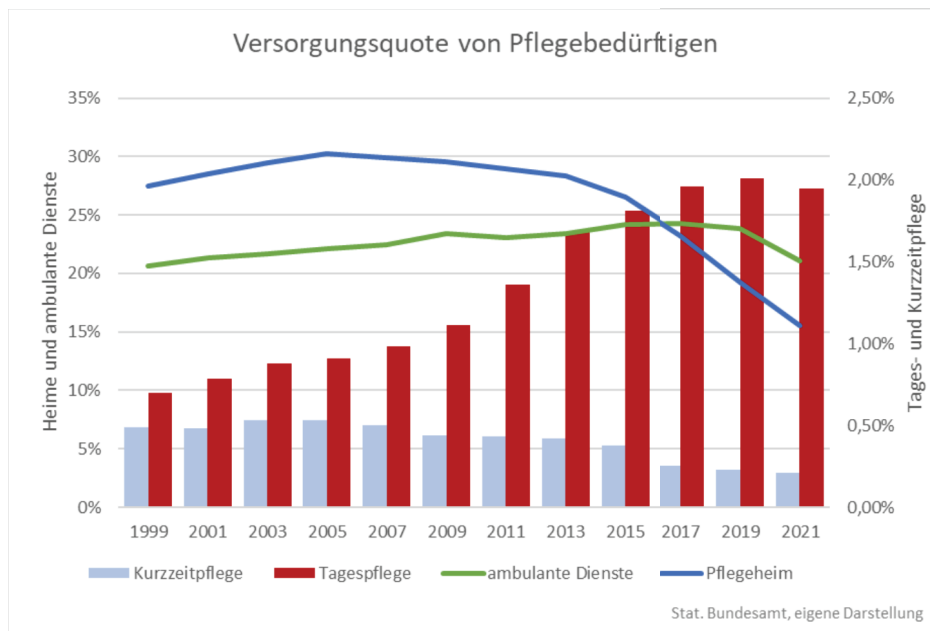
Diese Maßnahme ist mit einem Kostenvolumen von jährlich 0,6 Milliarden. € die zweitgrößte Position bei den Mehrausgaben, obwohl sie nur den 16 Prozent der pflegebedürftigen Menschen zugutekommt, die vollstationär versorgt werden. Der Anteil der Kosten für die vollstationäre Pflege liegt aktuell mit 25 Prozent (Kennzahlen der sozialen Pflegeversicherung - GKV Spitzenverband) bereits schon jetzt überproportional zum Anteil der pflegebedürftigen Menschen, die vollstationär versorgt werden. Die geplanten Maßnahmen des PUEG verschärfen diese Ungleichbehandlung von vollstationärer und häuslicher Pflege nochmal eklatant.

Für die 84 Prozent der pflegebedürftigen Menschen, die im Rahmen der häuslichen Pflege von pflegenden Angehörigen versorgt werden, sind mit

- 0,7 Mrd. Euro für die Erhöhung des Pflegegeldes
- 0,3 Mrd. Euro für die Erhöhung der Pflegesachleistungen
- 0,5 Mrd. Euro für den Gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege und
- 0,02 Mrd. Euro für die Ausweitung des Pflegeunterstützungsgeldes

proportional deutlich geringere Mehrausgaben vorgesehen.





Der Anteil der Pflegesachleistung an den Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung ist von 13,9 Prozent in 2015 auf 10,9 Prozent in 2021 zurückgegangen (siehe: Kennzahlen der sozialen Pflegeversicherung GKV Spitzenverband, S. 16, April 2022). Und das, obwohl der Anteil der häuslichen Pflege allein von 2017 bis 2021 von 76 Prozent auf 84 Prozent gestiegen ist. Die geplante minimale Erhöhung der Pflegesachleistungen wird diesen Trend nochmal deutlich verstärken. Das ist unverantwortlich! Pflegenden Angehörigen sind durch diese Entwicklung und die zusätzlichen pandemiebedingten Belastungen nicht nur am Limit, sie sind vielfach am Ende ihrer Kräfte! Zusätzlich sind sie von massiven Kostensteigerungen und damit einhergehenden existentiellen Ängsten geplagt.⁵ Dies betrifft insbesondere Frauen, Alleinerziehende, Menschen mit Migrationshintergrund und junge Pflegenden.

Die Leistungszuschläge zur Reduzierung von Eigenanteilen sind nicht nur in der vollstationären Versorgung erforderlich. Die Eigenanteile der pflegebedürftigen Menschen, die zu Hause gepflegt werden, müssen ebenso reduziert werden.

Dazu müssen die Investitionskosten in der stationären und teilstationären Pflege aus Steuermitteln finanziert werden.

Die Verschiebung der Leistungsdynamisierung um ein Jahr führt einmalig zu Minderausgaben von 3,2 Milliarden Euro. Diese Verschiebung erfolgt einseitig zu Lasten der pflegebedürftigen Menschen und ihrer pflegenden Angehörigen, die sie zu Hause versorgen. Das ist angesichts der Not, die durch die jahrelang unterlassenen Anpassungen der Leistungen der Pflegeversicherung, in diesen Familien herrscht, nicht akzeptabel. Pflegenden Haushalte dürfen nicht zur Finanzierung pandemiebedingter Ausgaben oder gar zur Entlastung der Träger der Sozialhilfe durch die Leistungszuschläge zur Reduzierung der Eigenanteile in der vollstationären Pflege herangezogen werden.

⁵ siehe unter anderem VdK-Studien: Armutsfälle Nächstenpflege, September 2022



11. Heilmittelversorgung

Der Gesetzentwurf greift zu unserem großen Erstaunen die Defizite bei der Heilmittelversorgung von chronisch kranken und behinderten Kindern und Jugendlichen nicht auf, obwohl die Problematik seit längerem bekannt ist.

wir pflegen e.V. empfiehlt deshalb dringend, § 40 Abs. 5 SGB XI dergestalt zu erweitern, dass chronisch kranken und behinderten Kindern und Jugendlichen eine direkte Bewilligung von Hilfs- und Heilmitteln seitens der Krankenkassen ohne Prüfung durch den Medizinischen Dienst zukommen kann, sofern ein SPZ die Verordnung ausgestellt hat.

12 / 14

Ebenfalls fordern wir, als Maßnahme zur Entbürokratisierung eine längere Geltungsdauer der Rezepte für Heilmittel.

12. Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten

wir pflegen bedauert die Streichung des geplanten Informationsportals zu Pflege- und Betreuungsangeboten mit dem Ziel einer passgenaueren Gestaltung der Versorgung in der eigenen Häuslichkeit. Es hätte die gravierenden Defizite bei der Pflegeinfrastruktur nicht kompensieren können (was es nicht gibt, kann nicht vermittelt werden), hätte aber Möglichkeiten eröffnet, die strukturellen Defizite im Bereich der Information und Beratung sowie beim care management (Lückenschluss in der Angebotsstruktur) anzugehen. ,

13. Durchführung der Beratung per Videokonferenz

Die Videoberatung kann dazu beitragen, regionale Defizite im Angebot abzumildern. Es ist deshalb begrüßenswert, wenn sie strukturell besser verankert wird. wir pflegen e.V. empfiehlt, ergänzend dazu folgende Hürden abzubauen, die der Inanspruchnahme im Wege stehen:

- Fehlender Netzzugang
- Fehlende Hardware
- Fehlende Barrierefreiheit
- Fehlende Angebote für Menschen aus bildungsfernen Milieus
- Fehlende Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund
- Fehlende spezifische Angebote für junge Pflegenden
- Erweiterung der Beratungszeiten über die Kernarbeitszeiten hinaus insbesondere zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

14. Versorgung mit Kurzzeitpflege

Die Versorgung mit Kurzzeitpflegeplätzen / Kurzzeitwohnplätzen ist bundesweit ein Kernproblem. Die bestehenden qualitativen und quantitativen Defizite müssen schnellstmöglich beseitigt werden.

wir pflegen e.V. fordert



- Die Beauftragung des GKV-Spitzenverbands mit der Erfassung und Bewertung der Umsetzungsbarrieren und der Erstellung von Handlungsempfehlungen zum Ausbau der Kurzzeitpflege bis Oktober 2023 unter Beteiligung der Anbieterverbände und Kostenträger.
- Bei Bedarf weitere Rahmenvorgaben durch das BMG bis zum 31.12.2023.
- Die Erfassung des aktuellen Bestands und des erwarteten Bedarfs an eingestreuten und solitären Kurzzeitpflegeplätzen für unterschiedliche Pflegefälle in adäquater Ausstattung (Ist-Soll-Erfassung) sowie darauf aufbauend die Ausweisung jährlicher Ausbauziele als kommunale Pflichtaufgabe.
- Eine Überprüfung und bedarfsorientierte Anpassung der Rahmenverträge für die Kurzzeitpflege in den Ländern, insbesondere der Refinanzierungsbedingungen und qualitativen Anforderungen auf Basis der Handlungsempfehlungen zum Ausbau der Kurzzeitpflege. Bestandteil könnte bedarfsabhängig die Einführung einer verbindlichen Quote an Kurzzeitpflegeplätzen in stationären Pflegeeinrichtungen (flächendeckende eingestreute Kurzzeitpflege) und solitären Kurzzeitpflegeplätzen für spezielle Nutzergruppen sein.
- Die zeitnahe Einführung der geplanten Plattform mit der Information über bestehende Angebote und der Ausweisung von freien Plätzen mit den entsprechenden Ausstattungen für unterschiedliche Pflegesituationen. Diese muss gekoppelt sein mit einer individuellen analogen Beratung für Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen keine virtuellen Informationen abrufen können.
- Die Ergänzung des geplanten Informationsportals mit einem Eingabetool, das es - nutzerfreundlich und niedrigschwellig gestaltet – Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen sowie vergleichbar Nahestehenden, Mitarbeitern von Beratungs- und Entlastungsangeboten, Sozialdiensten im Krankenhaus, Anbietern von Pflege-, Entlastungs- und Betreuungsangeboten, MDK, Heimaufsicht und Verwaltung ermöglicht, auf vor Ort fehlende Angebote hinzuweisen.
- Bedarfsorientiert die Entwicklung und Erprobung von Angeboten der Kurzzeitpflege für spezielle Zielgruppen.
- Die Gewährleistung einer gleichen Anzahl an Entlastungstagen unabhängig vom Pflegegrad.

15. Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson

Die mit dem neuen § 42a SGB XI vorgesehenen Schritte werden begrüßt. Sie erleichtern und stärken den Zugang von pflegenden Angehörigen bzw. anderen Pflegepersonen zu Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen und eröffnen die Möglichkeit einer zeitgleichen Versorgung Pflegebedürftiger.

Vorsorge und Rehabilitation verfolgen beide das Ziel, die Gesundheit von pflegenden Angehörigen bzw. anderen Pflegepersonen zu verbessern, zu erhalten oder wiederherzustellen. Beide Maßnahmen tragen dazu bei, sie zu entlasten, ihre Pflegebereitschaft zu erhöhen und die häusliche Pflege zu stabilisieren. Während nach § 40 Absatz 2 SGB V die Krankenkasse für pflegende Angehörige bzw.



Pflegepersonen stationäre Rehabilitation unabhängig davon erbringt, ob eine ambulante Rehabilitation ausreicht, ist dies bei der Vorsorge nicht der Fall. Empfohlen wird deshalb, diese die Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen limitierende Vorgabe in § 23 Absatz 4 SGB V aufzuheben.

Berlin, den 8. Mai 2023

14 / 14

Über wir pflegen e.V. – www.wir-pflegen.net

Der Bundesverband wir pflegen e.V. ist eine Interessenvertretung und Selbsthilfeorganisation für pflegende Angehörige. Der 2008 gegründete Verein setzt sich für nachhaltige Verbesserungen in der häuslichen Pflege ein.

Über den Austausch mit anderen Pflegenden ermöglichen wir Angehörigen mehr Anerkennung, Kontakt und Informationen sowie eine Stimme in Politik und Gesellschaft – als gleichberechtigte Partner in der Pflege.



Stellungnahme der Einzelsachverständigen Dr. Carola Reimann zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 10.05.2023 zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP „Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)“ Bundestags-Drucksache 20/6544 vom 25.04.2022

Neben der Konsolidierung und langfristigen Stabilisierung der Finanzen der Sozialen Pflegeversicherung ist die Stärkung der häuslichen Pflege pflegepolitisch eine zentrale Aufgabe in dieser Legislatur. Die Soziale Pflegeversicherung setzt auf die Pflegebereitschaft des familiären und nachbarschaftlichen Umfelds. Ob ein Leben unter Bedingungen von Pflegebedürftigkeit in Pflegearrangements gelingt, hängt im Wesentlichen von den Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung für pflegebedürftige Menschen und ihren An- und Zugehörigen, ihrer Informiertheit wie auch von den Bedingungen vor Ort ab.

Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (PUEG) greift die Bundesregierung Maßnahmen auf, die darauf abzielen, die häusliche Pflege und Unterstützungsbereitschaft zu stärken. Hierzu gehört insbesondere die Dynamisierung der Geld- und Sachleistungen, um die finanzielle Überforderung der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen abzufedern. Für die Akzeptanz des Teilleistungssystems der sozialen Pflegeversicherung ist eine regelgebundene Dynamisierung unabdingbar. Die geplante Anpassung um 5 % ist sachgerecht, allerdings aufgrund der Preisentwicklung seit 2017 im Umfang von durchschnittlich 2 % p. a. und unter Berücksichtigung der im gleichen Zeitraum um 19,6 % gestiegenen Bruttolöhne und Gehälter unterhöhlt sie zusehend diese Akzeptanz für das Teilleistungssystem.

Positiv ist, dass die (Transparenz-) Offensive auch zur Stärkung der Entscheidungskompetenz und Rechte der Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf weitergeführt wird.

Zur finanziellen Stabilisierung der Pflegeversicherung sowie zur Refinanzierung der vorgesehenen Leistungsverbesserungen für pflegebedürftige Menschen und ihren Angehörigen wird der Beitragssatz um 0,35 v. H. zum 01.07.2023 angehoben. Als weitere liquiditätssichernde Maßnahmen wird die jährliche Zuführung in den Pflegevorsorgefonds für das Jahr 2023 in das Jahr 2024 verschoben und die Rückzahlungsverpflichtung des Bundesdarlehens zur Hälfte auf Ende 2028 verlängert.

Insgesamt kann mit dieser vorgesehenen Kombination aus Beitragssatzanhebung und Lastenverschiebung kurzfristig eine Stabilisierung der angespannten Finanzsituation erreicht werden. Ob sie die soziale Pflegeversicherung bis ans Ende der Legislaturperiode finanziell stabilisiert, ist dabei nicht sichergestellt. Die im Gesetzentwurf geplante Ermächtigung, mit der die Bundesregierung den Beitragssatz zur

Pflegeversicherung bei Liquiditätseingpässen per Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates anheben kann, ist dabei bereits ein Hinweis darauf, dass das BMG selbst die avisierten Maßnahmen für nicht ausreichend erachtet.

Die vorgesehenen Finanzierungsregelungen des Gesetzentwurfes betrachte ich als nicht ausreichend. Der sachgerechte und für eine dauerhafte finanzielle Absicherung der sozialen Pflegeversicherung zwingend notwendige Ausgleich für versicherungsfremde Leistungen durch den Bund unterbleibt erneut. Der Gesetzentwurf ignoriert den Koalitionsvertrag, in dem sich SPD, Grüne und FDP einvernehmlich darauf verständigt hatten, dauerhaft einen Beitrag zur finanziellen Stärkung der sozialen Pflegeversicherung durch Bundesmittel für versicherungsfremde Leistungen zu leisten.

Aus meiner Sicht ist es dringend erforderlich dieses Koalitionsversprechen umzusetzen. Insbesondere die Gegenfinanzierung der Rentenversicherungsbeiträge für die pflegenden Angehörigen bleibt eine durch den Bund zu lösende Aufgabe, um Beitragszahlende vor ungerechtfertigten Belastungen zu schützen. Zur Stabilisierung der Finanzlage ist es darüber hinaus notwendig, die pandemiebedingten Kosten der Pflegeversicherung vollumfänglich auszugleichen.

Angesichts der im Entwurf angelegten Finanzierungsmaßnahmen ist der Spielraum für die dringend notwendige strukturelle Weiterentwicklungen der Pflegeversicherung und bedarfsgerechte Leistungsverbesserungen nicht gegeben.

Es ist bedauerlich, dass in der Kabinettsfassung die im Referentenentwurf vorgesehene Förderung von innovativen Vorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier nicht mehr enthalten ist. Eine solche wegweisende Regelung wäre ein wirksamer Hebel zur gezielten Unterstützung der häuslichen Pflege vor Ort gewesen. Die familiäre und gesellschaftliche Bereitschaft zur Übernahme von Pflegeaufgaben könnte durch sie weiter gefördert werden. Die Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege ist dazu eine zwingende Voraussetzung. Aus diesem Grunde wäre es erforderlich, ein „Innovationsbudget/Strukturbudget Pflege“ als Innovationsmotor zu etablieren.

Das Gesetzgebungsverfahren greift leider keine Maßnahmen auf, mit denen Potenziale zum Erhalt und Förderung der Selbstständigkeit und Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen gestärkt werden könnten, um Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern, verlorene Fähigkeiten oder auch die Rehabilitationsfähigkeit wiederherzustellen und die Rückkehr in die Häuslichkeit unter Beteiligung des sozialen Umfelds vorzubereiten. Dazu wäre eine inhaltliche Neuausrichtung der Kurzzeitpflege geeignet. Für diese strukturellen Weiterentwicklungen sind über den Gesetzentwurf hinausgehende Finanzmittel zur Verfügung zu stellen. Dabei darf aber weder der Einzelne noch die Solidargemeinschaft überfordert werden.

Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsbeschlusses zum 01.07.2023 nicht realisierbar

Auch wenn – statt über eine Steuerfinanzierung - an einer Umsetzung des BVerfG-Beschlusses zur Berücksichtigung von Erziehungszeiten im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung festgehalten wird, kann die Umsetzungsvariante über die beitragsabführenden Stellen mitgetragen werden.

Positiv zu bewerten ist zudem die Verlängerung der Umsetzungsfrist bis spätestens 31.12.2024. Allerdings sollten vor diesem Hintergrund und um den hohen Bürokratieaufwand, der mit der Umsetzung einhergeht, wesentlich zu minimieren bzw. zu entzerren, die Zeiträume sowohl für die fristgerechte Einreichung der Kindernachweise als auch für die Aussetzung der Verzinsung bis zum 01.01.2024 verlängert werden. Ferner werden die Pflegekassen und die beitragsabführenden Stellen (Arbeitgeber, Deutsche Rentenversicherung, Zahlstellen, Reha-Träger, usw.) aufgrund der viel zu späten Anzeige der Regelungen zur Umsetzung des BVerfG-Beschusses vor eine unlösbare Herausforderung gestellt. In der bis zum 01.07.2023 verbleibenden Zeit ist sowohl eine technische Umsetzung als auch die Nachweisführung über die Anzahl der für die Beitragsermittlung zu berücksichtigenden Kindern nicht realisierbar. Die vorgesehene finanzielle Entlastung von Mitgliedern mit mehr als einem Kind wird daher erst zu einem erheblich späteren Zeitpunkt durch die rückwirkenden Beitragskorrekturen Wirkung entfalten.

Die geplanten Neuregelungen, beispielweise die umfangreichen neuen Berichtspflichten der Pflegekassen, lösen eine weitere Zunahme von bürokratischen Maßnahmen und Prozessen im Verwaltungshandeln der Pflegekassen aus. Die Pflegekassen setzen große Anstrengungen daran, die bürokratischen Prozesse zu minimieren. Die geplanten Neuregelungen gefährden diese Bestrebungen der Pflegekassen.



Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
Selbsthilfe Demenz

Stellungnahme

Stellungnahme zum Entwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und - entlastungsgesetz – PUEG) (Stand 5. April 2023)

Einleitung

Wir bedanken uns für die Möglichkeit der Stellungnahme zum vorliegenden Gesetzentwurf. Dieser entspricht bedauerlicherweise in keiner Weise den Erwartungen der 1,8 Millionen Menschen mit Demenz und ihrer An- und Zugehörigen in Deutschland.

Die dringend benötigte große Systemreform, um die Pflegeversicherung zukunftsfest und nachhaltig zu gestalten, bleibt aus. Dem Entwurf fehlt eine Vision für die Gestaltung einer Pflege- und Versorgungsstruktur, die den Bedürfnissen der Betroffenen und ihrer An- und Zugehörigen gerecht wird. Die Versorgung

pflegebedürftiger Menschen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und darf nicht ausschließlich zulasten der betroffenen Familien gehen. Eine Finanzierung des demographischen Wandels kann an dieser Stelle nicht ausschließlich aus Versicherungsbeiträgen stattfinden, sie müssen aus Mitteln des Bundeshaushaltes ergänzt werden.

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. nimmt zum vorliegenden Gesetzentwurf wie folgt Stellung:

Zu Artikel 1 Nr. 14

§ 30 SGB XI Dynamisierung der Leistungen im ambulanten Bereich

Rund zwei Drittel der Menschen mit Demenz wird von An- und Zugehörigen zu Hause unterstützt und gepflegt. Die vorgesehenen Erhöhungen des Pflegegelds und der ambulanten Sachleistungen sind zwar grundsätzlich zu begrüßen, sie sind aber nicht ausreichend, um die Preisentwicklung und die Inflation der letzten Jahre auszugleichen. Bereits im Jahr 2020 heißt es im Bericht der Bundesregierung über die Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung (Drucksache 19/25283): „aus Sicht der Bundesregierung [erscheint] ein Anstieg der Leistungsbeträge um 5 Prozent angemessen“. Fast drei Jahre später und nach einer Inflationsrate von 7,9 Prozent alleine im Jahr 2022 sind nun weiterhin nur 5 Prozent vorgesehen und diese erstmalig 2024. Dies führt zu einem realen Einkommensverlust bei den Pflegebedürftigen und ist daher eindeutig unzureichend. Gleiches gilt für die Anhebung der übrigen Leistungen um 5 Prozent, die erst 2025 erfolgen soll. Für 2026 und 2027 sind gar keine Anpassungen vorgesehen. Aber bereits heute müssen Familien große Abstriche in der Versorgung hinnehmen, weil die Kosten einer am Bedarf orientierten Versorgung explodieren.

Notwendig ist sofortige Dynamisierung der Leistungen, die sich an den Kostensteigerungen orientiert, nicht erst, wie vorgesehen, ab 2028 und nicht nur an der Kerninflationsrate. Laut Koalitionsvertrag sollte die Dynamisierung bereits 2022 erfolgen.

Zu Artikel 1 Nummer 39

§ 113b Qualitätsausschuss

Die vorgesehene Referenten- bzw. Referentinnenstelle zur Unterstützung der nach § 118 SGB XI maßgeblichen Interessensvertretungen in der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege begrüßen wir ausdrücklich, zumal es sich um eine langjährige Forderung der Patientenvertretungen handelt. Hier bedarf es noch der Klarstellung, dass mit dieser Stelle verbundene Sachkosten zusätzlich zu den Personalkosten auch dann aus den Mitteln der Pflegeversicherung zu finanzieren sind, wenn die Stelle nicht in den Räumlichkeiten der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege angesiedelt wird. Ebenso begrüßen wir die in Absatz 3a vorgesehene verbesserte Transparenz des Qualitätsausschusses.

Zu Artikel 1 Nummer 45

§ 125b SGB XI Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

Eine Verbesserung der Digitalisierung in der Pflege ist grundsätzlich begrüßenswert, solange die Digitalisierung – auch mittelbar - zu einer Verbesserung der Versorgung der Pflegebedürftigen beiträgt. Nicht nachvollziehbar ist allerdings, dass sich die Aufgaben des vorgesehenen Kompetenzzentrums ausschließlich auf die stationäre Langzeitpflege beziehen soll. Aus Sicht der Deutschen Alzheimer Gesellschaft gibt es auch im ambulanten Bereich große digitale Potenziale, die genutzt werden sollten. Das Kompetenzzentrum sollte aus unserer Sicht allerdings unabhängig arbeiten können. Eine Verortung beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen ist daher aus unserer Sicht nicht zielführend.

Zu Artikel 2 Nr. 7

§ 42a Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson

Stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsangebote für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz sind bisher bei weitem nicht in erforderlichem Umfang verfügbar. Die Übernahme der Kosten der pflegerischen Versorgung der Pflegebedürftigen in der Zeit der Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme wird dementsprechend nur einer kleinen Gruppe zugutekommen. Nichtsdestotrotz ist die Einführung dieser neuen Leistung in der Pflegeversicherung zu begrüßen, zumal sie, im Gegensatz zu allen anderen Leistungen nach diesem Gesetz, sämtliche Kosten inklusive Investitionskosten, Unterkunft und Verpflegung umfasst.

Zu Artikel 2 Nr. 12

§ 43c SGB XI Leistungszuschläge für Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Die weitere Erhöhung der Leistungszuschläge für Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings zeigt die Erfahrung des letzten Jahres, dass die finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen trotz des Leistungszuschlags größer geworden sind. Der Leistungszuschlag hat die Erhöhungen im Bereich der pflegebedingten Aufwendungen nicht ausgleichen können. Zusätzlich steigen die Kosten im Bereich von Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten, die von den Pflegebedürftigen alleine zu tragen sind, weiter deutlich an. Ob die geplante Erhöhung hier Abhilfe schafft, ist fraglich.

Zudem verschärft sie eine seit dem Inkrafttreten des GVWG bestehende Problematik für ambulant betreute Wohngemeinschaften: Da der zusätzliche Leistungszuschlag nur für stationäre Pflegeeinrichtungen gewährt wird, nicht aber für ambulante Wohngemeinschaften, in denen Menschen ebenfalls langfristig gepflegt werden, entsteht eine Ungleichbehandlung. Angesichts der insgesamt hohen Pflegekosten sind Pflegebedürftige und ihre Familien gezwungen, sich bei der Entscheidung für eine Wohnform nicht nur an den Bedürfnissen der gepflegten Person, sondern auch an den Kosten zu orientieren. Durch die gesetzlichen Regelungen wird die stationäre Pflege hier bevorteilt – was dem Grundgedanken des Pflegeversicherungsgesetzes „ambulant vor stationär“ widerspricht. Die Sozialhilfefähigkeit von ambulant betreuten Wohngemeinschaften wird bereits heute von Sozialhilfeträgern mit Verweis auf die Leistungszuschläge infrage gestellt. Wenn immer weniger Menschen sich diese Wohnform leisten können, besteht die Gefahr, dass keine weiteren Wohngemeinschaften entstehen, bestehende Angebote wegfallen und so die Vielfalt der bedarfsgerechten Versorgungsmöglichkeiten abnimmt.

Gerade für Menschen mit Demenz und ihre Familien sind Wohngemeinschaften eine gute und den Bedürfnissen entsprechende Wohnform. Mit ihrer Familienorientierung, ihrer zivilgesellschaftlichen Einbettung, der Quartiersnähe, den vertraglich gesicherten Mitbestimmungs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten von An- und Zugehörigen stehen ambulant betreute Wohngemeinschaften für Aufbruch und Neuausrichtung - weg von klassischen, institutionalisierten Versorgungsstrukturen hin zu gemeinschaftlich verantworteten Pflege- und Sorgestrukturen. Eine Stärkung der stationären gegenüber der ambulanten Versorgung widerspricht auch der in der UN-Behindertenrechtskonvention vorgesehenen Deinstitutionalisierung, die auch bezogen auf Menschen mit Demenz einschlägig ist.

Zu Artikel 2 Nummer 16

§ 108 SGB XI Auskünfte an Versicherte

Schon heute ist es für Empfänger von Pflegeleistungen oft schwierig, den Überblick über die zur Finanzierung zur Verfügung stehenden Töpfe zu bewahren. Um zu verhindern, dass pflegebedürftige Menschen auf Kosten sitzen bleiben, braucht es regelmäßige Information über bezogene Leistungen und deren Kosten. Daher begrüßen wir die mit dieser Änderung einhergehende Verbesserung der Transparenz für die Versicherten. Allerdings sollte die Versicherten nicht nur auf Wunsch, sondern automatisch einmal im Kalenderhalbjahr über ihre bezogenen Leistungen und deren Kosten schriftlich informiert werden.

Zu Artikel 10 Inkrafttreten

Nicht nachvollziehbar ist für uns, dass die Betragssatzerhöhungen bereits zum 1. Juli 2023 in Kraft treten, die – wenigen – vorgesehenen Leistungserhöhungen jedoch erst zum 1. Januar 2024.

Schlussbemerkungen

Der vorgelegte Gesetzesentwurf ist insgesamt enttäuschend. Er bringt für die Pflegebedürftigen und ihre An- und Zugehörigen keine spürbaren Entlastungen oder Verbesserungen. Gegenüber dem Referentenentwurf hat sich sogar eine Verschlechterung ergeben, indem der vorgesehene gemeinsame Jahresbetrag für die Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege wieder gestrichen wurde. Damit ist das im Koalitionsvertrag vereinbarte (kleine) Entlastungsbudget aus diesem Gesetzesentwurf herausgefallen. Wir plädieren entschieden für die Wiederaufnahme des gemeinsamen Jahresbetrags in den Gesetzesentwurf als erstem Schritt hin zu einem umfassenden wirklichen Entlastungsbudget.

Weitere Vereinbarungen des Koalitionsvertrags der Bundesregierung werden im Gesetzesentwurf ebenso nicht erwähnt. Beispielhaft genannt seien hier:

- die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen wie die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige aus Steuermitteln,
- die Übertragung der Kosten für die Behandlungspflege in der stationären Versorgung auf die gesetzliche Krankenversicherung,
- die rechtssichere Gestaltung der 24-Stunden-Betreuung im familiären Bereich.

Insgesamt ergibt sich durch den fehlenden Ausgleich der allgemeinen Inflation sowie der überdurchschnittlichen Kostensteigerungen in der Pflege eine weitere Verschlechterung der Situation der pflegebedürftigen Menschen mit Demenz sowie ihrer pflegenden Angehörigen.

Wir erwarten daher, dass das Gesetz hier noch nachgebessert wird.

Berlin, 8. Mai 2023

Herausgeber

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
Selbsthilfe Demenz

Friedrichstraße 236
10969 Berlin
Tel: 030 - 259 37 95 0
Fax: 030 - 259 37 95 29
www.deutsche-alzheimer.de
info@deutsche-alzheimer.de

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft engagiert sich für ein besseres Leben mit Demenz. Sie unterstützt und berät Menschen mit Demenz und ihre Familien. Sie informiert die Öffentlichkeit über die Erkrankung und ist ein unabhängiger Ansprechpartner für Medien, Fachverbände und Forschung. In ihren Veröffentlichungen und in der Beratung bündelt sie das Erfahrungswissen der Angehörigen und das Expertenwissen aus Forschung und Praxis. Als Bundesverband von mehr als 130 Alzheimer-Gesellschaften unterstützt sie die Selbsthilfe vor Ort. Gegenüber der Politik vertritt sie die Interessen der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Die DALzG setzt sich ein für bessere Diagnose und Behandlung, mehr kompetente Beratung vor Ort, eine gute Betreuung und Pflege sowie eine demenzfreundliche Gesellschaft.



Stellungnahme

zum

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

Drucksache 20/6544

8. Mai 2023

- Die Reform verschärft die Finanzprobleme der Sozialen Pflegeversicherung erheblich. Die umfangreichen Leistungsausweitungen sind nicht gegenfinanziert und es gibt keine nachhaltige Finanzierungsstrategie für die alternde Gesellschaft.
- Für die weitere Ausdehnung der Zuschläge für die vollstationäre Pflege gibt es keinen sozialpolitischen Handlungsbedarf: Die gesetzliche Pflegeversicherung hält die Quote der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen seit über 20 Jahren stabil. Diese Leistungsausweitung ist vielmehr ein Erbenschutzprogramm zugunsten von Besserverdienenden. Vor jeglichen Neuregelungen sollte eine Evaluation der bestehenden Regelungen erfolgen.
- Das Ziel, die Sozialabgaben bei 40 Prozent stabil zu halten, gerät durch die deutliche Anhebung der Beitragsätze zur Sozialen Pflegeversicherung immer weiter ins Hintertreffen. Dies schadet dem Wirtschaftsstandort Deutschland in Zeiten der Krise und geht zu Lasten der jüngeren Generationen. Es braucht einen Neustart in der Pflegefinanzierung: nachhaltig und generationengerecht und ohne weitere Lohnzusatzkosten. Dazu ist der Ausbau der privaten und betrieblichen Vorsorge unumgänglich.
- Das Finanztableau des Entwurfes ist weder plausibel noch transparent. Die Dynamik der Leistungsanspruchnahme, der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen und die laufenden Defizite der Sozialen Pflegeversicherung werden nicht berücksichtigt.
- Der PKV muss bei gesetzlichen Leistungsausweitungen eine prospektive Berücksichtigung der Mehrkosten über ein Beitragsanpassungsrecht für die Private Pflegepflichtversicherung ermöglicht werden.

I. ALLGEMEINE ANMERKUNGEN

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts umgesetzt werden, wonach bis spätestens zum 31. Juli 2023 das Beitragsrecht der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) im Hinblick auf die Berücksichtigung der Kinderzahl verfassungskonform auszugestalten ist. Zudem sollen die häusliche Pflege gestärkt und pflegebedürftige Menschen und Pflegepersonen entlastet, die Arbeitsbedingungen für professionell Pflegende weiter verbessert sowie die Potentiale der Digitalisierung besser nutzbar gemacht werden. Es ist eine regelhafte Anpassung der Geld- und Sachleistungsbeiträge in 2025 und 2028 geplant.

Den vorgesehenen Leistungsausweitungen steht jedoch keine ausreichende Gegenfinanzierung und keine nachhaltige Finanzierungsstrategie für die alternde Gesellschaft gegenüber:

- Die weitere Begrenzung der Eigenanteile in der stationären Pflege ist mit Blick auf die demografische Entwicklung eine Leistungsausweitung ohne nachhaltige Finanzierungsperspektive. Es ist eine Legende, dass die Eigenanteile an den Pflegekosten immer mehr Sozialfälle produzieren würden. Richtig ist vielmehr: Vor Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung – also bis Mitte der 90 Jahre – bezogen 80 Prozent der Pflegebedürftigen in Einrichtungen Sozialhilfe. Die gesetzliche Pflegeversicherung hat dagegen seit über 20 Jahren diesen Anteil auf unter ein Drittel der Heimbewohner reduziert und seitdem konstant gehalten. Es besteht also kein sozialpolitischer Handlungsbedarf, die Leistungen der Pflegeversicherung auszuweiten.
- Vor weiteren Leistungsausweitungen im Umlageverfahren ist grundsätzlich zu warnen, denn sie führen – wie im Gesetzentwurf erkennbar – zur weiteren Erhöhung der Beitragssätze in der Sozialversicherung. Das Ziel, die Sozialabgaben bei 40 Prozent zu stabilisieren, gerät so in immer weitere Ferne. Diese liegen heute schon – noch zu Beginn des demografischen Wandels, der sich mit dem sukzessiven Renteneintritt von 13 Millionen Babyboomern in den kommenden 10 Jahren vollziehen wird – bei 40,8 Prozent (Kinderlose) bzw. 40,45 Prozent. Folgt man dem Gesetzentwurf, würde die Sozialabgabenquote bereits in diesem Sommer bei 41,4 Prozent (Kinderlose) bzw. 40,8 (bei einem Kind) oder 40,55 Prozent (bei zwei Kindern) liegen. Dieser Trend gefährdet die Wettbewerbschancen der deutschen Wirtschaft – auch in der internationalen Konkurrenz um qualifizierte Arbeitskräfte. Jede Leistungsausweitung zieht zur Refinanzierung einen dauerhaften Anstieg der Sozialversicherungsbeiträge nach sich, weil diese Mehrleistungen Jahr für Jahr von immer mehr Menschen in Anspruch genommen werden, die in das pflegebedürftige Alter kommen. Zudem sind Zweifel angebracht, ob der vorliegende Entwurf auch nur kurzfristig den Finanzbedarf richtig kalkuliert hat oder ob nicht – wie bei jeder Pflegereform der vergangenen Jahre – die tatsächlichen Kosten die kalkulierten deutlich übertreffen und unmittelbar neue Defizite mit sich bringen werden.

- Schon ein Blick in den Gesetzentwurf selbst zeigt, dass die Kostensteigerungen nicht sauber berechnet und folglich nicht ausreichend gegenfinanziert sind, denn das laufende Defizit wird in das Einnahmen- und Kostentableau nicht einbezogen. Im Ergebnis lässt die geplante Reform die Soziale Pflegeversicherung nur für dieses Jahr einen positiven Saldo entstehen – und das auch nur, weil im Entwurf diverse „Luftbuchungen“ unternommen werden. Dazu gehört unter anderem die Verschiebung der Zuführungen in den Pflegevorsorgefonds von 2023 ins Jahr 2025. Schon im Jahr 2025 „rutschen“ die Finanzen der SPV wieder ins Defizit. Die Kostenfolgeschätzungen durch das BMG sind auf Basis der Finanzentwicklung der SPV für das Jahr 2021 berechnet worden. Die Grundlage der Berechnungen müsste 2023 sein. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Werte zu niedrig angesetzt sind.

In jedem Fall werden die Leistungsausweitungen das Demografiedefizit der SPV weiter erhöhen – zu Lasten der nachfolgenden Generationen. Stattdessen braucht es einen Neustart in der Pflegefinanzierung: nachhaltig und generationengerecht und ohne weitere Lohnzusatzkosten. Dazu ist der Ausbau der privaten und betrieblichen Vorsorge unumgänglich und zu bezahlbaren Konditionen bereits heute möglich. Dass strukturelle Finanzierungsreformen in der Pflege nötig sind, erkennt auch der Koalitionsvertrag zumindest dahingehend an, dass für eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung eine Regierungskommission eingesetzt werden sollte, deren Aufgabe die Vorlage von Vorschlägen für eine generationengerechte Pflegefinanzierung gewesen wäre. Diese Kommission ist noch immer nicht eingesetzt worden.

Die Private Pflegepflichtversicherung (PPV) darf nicht weiter durch den seit 2022 geltenden jährlichen Bundeszuschuss zur SPV in Höhe von 1 Mrd. Euro benachteiligt werden. Wenn Steuermittel aufgewandt werden, dann ausschließlich zur Abgeltung versicherungsfremder Leistungen, z. B. der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige.

II. ZU AUSGEWÄHLTEN REGELUNGEN DES GESETZENTWURFS

Zu Art. 1 Nr. 10 (§§ 18 – 18e SGB XI – Verfahren der Begutachtung)

Vorgeschlagene Regelungen

Die Beauftragung der Medizinischen Dienste und die Übermittlung der Pflegegutachten erfolgt nur noch elektronisch. Der Auftrag ist innerhalb von drei Arbeitstagen ab Eingang des Antrags auf Pflegeleistungen an den Medizinischen Dienst zu übermitteln.

Es bleibt beim Grundsatz der Untersuchung im Wohnbereich. Es wird eine Ausnahme für eine Krisensituation von nationaler oder regionaler Tragweite definiert. Auch weiterhin muss die Begutachtung nach gewisser Zeit wiederholt werden.

Es wird eine Hemmung der Begutachtungsfrist für bestimmte Fälle geregelt.

Zur Weiterentwicklung des Verfahrens der Pflegebegutachtung werden Modellvorhaben u. a. zu telefonischer/digitaler Kommunikation bei der Begutachtung gefördert.

Bewertung

Die PKV befürwortet alle sinnvollen Maßnahmen, die dem Ziel dienen, das Begutachtungsverfahren zu beschleunigen. Die ausschließlich elektronische Übermittlung der Aufträge an den medizinischen Dienst wird in der PKV daher bereits seit Jahren praktiziert. Dringend erforderlich wäre es, dass Begutachtungen über Telefoninterviews oder per Video regelhaft ermöglicht werden, nicht nur bei einer Pandemie. Dies würde tatsächlich zu einer Beschleunigung beitragen und schon – angesichts des Fachkräftemangels – wertvolle Ressourcen.

Regelmäßige Wiederholungsbegutachtungen sind durch die Rechtsprechung und Praxis überholt. Daher sollte diese Regelung zur Klarstellung gestrichen werden.

Es sollte auf die aufwändige Regelung zur Fristhemmung verzichtet werden. Sie führt für alle Beteiligten zu Mehraufwänden und ist für die beabsichtigte Beschleunigung des Verfahrens kontraproduktiv. Auch der neu geregelte parallele Fristlauf der verkürzten und regulären Frist dürfte in der Umsetzung schwierig zu realisieren sein und Konfliktpotential beinhalten. Denn während der verkürzten Frist kann die abschließende Begutachtung noch nicht beauftragt werden, und somit stellen sich Fragen zum Fristlauf und zur Fristhemmung. Daher sollte auch diese Regelung nicht eingeführt werden.

Zu Art. 1 Nr. 14 (§ 30 SGB XI – Dynamisierung)

Zu Art. 2 Nr. 4 und Nr. 5 (§§ 36, 37 SGB XI – Pflegesachleistung, Pflegegeld)

Vorgeschlagene Regelungen

§ 30 SGB XI sieht ab 1. Januar 2025 eine Dynamisierung aller Leistungsbeträge der Pflegeversicherung in Höhe von 5 Prozent und ab 1. Januar 2028 in anhand der Teuerungsrate noch festzulegender Höhe vor. Außerdem will die Bundesregierung noch in dieser Legislaturperiode für eine langfristige Leistungsdynamisierung einen Vorschlag vorlegen.

Die Beträge für die ambulanten Sachleistungen (= häusliche Pflegehilfe) und für das Pflegegeld werden zum 1. Januar 2024 jeweils um 5 Prozent angehoben.

Bewertung

Alle vorgesehenen Anhebungen und Dynamisierungen der Leistungsbeträge weiten die Kosten der Pflegeversicherung aus und verschärfen das Defizit der Sozialen Pflegeversicherung. Damit werden die nachfolgenden Generationen in der Sozialen Pflegeversicherung belastet, ohne dass eine Lösung für das Problem der sich immer weiter öffnenden Schere zwischen Beitragszahlern und Pflegebedürftigen aufgezeigt wird. Die Leistungen der Pflegeversicherung sollten nur dann dynamisiert werden, wenn sie ausreichend finanziert werden und auch in Zukunft finanzierbar sind. Ebendies ist hier nicht der Fall. Es ist jetzt schon absehbar, dass die Leistungen denen gegenüber, die sie heute finanzieren, nicht mehr erfüllt werden können. Eine langfristige und nachhaltige Finanzierung ist zwingend erforderlich.

Unredlich erscheint zudem, dass die Leistungsdynamisierung teilweise erst nach der nächsten Bundestagswahl in Kraft treten soll. Das aus der Dynamisierung aller Leistungsbeträge resultierende Defizit der SPV wird ganz bewusst der nächsten Bundesregierung übertragen. Auch hier sollte das Diktum des Bundesrechnungshofes Anwendung finden, dass keine neuen Maßnahmen mehr beschlossen werden dürfen, ohne ihre langfristige Finanzierung zu klären.

Auch für die Private Pflegepflichtversicherung hat diese Maßnahme Folgen. Bisher erfolgt die Berücksichtigung höherer Kosten regelmäßig im Nachhinein, wenn sicher ist, dass sie tatsächlich dauerhaft anfallen. Sollte an der deutlichen Leistungsausweitung für die Jahre 2024, 2025 und 2028 und der dauerhaften, regelmäßigen Dynamisierung festgehalten werden, müssen für die Private Pflegepflichtversicherung Beitragsanpassungen jeweils mit Inkrafttreten der Leistungsänderung oder Dynamisierung ermöglicht werden. Dies sollte in der Form geschehen, dass eine Leistungsänderung durch Gesetzesänderung oder Dynamisierung der Äquivalenzstörung nach § 203 Abs. 2 VVG gleichgestellt wird. Technisch passend wäre es, dazu eine Änderung der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) vorzunehmen:

Dem § 26 KVAV werden folgende Sätze angefügt:

„Jeweils bei Inkrafttreten einer gesetzlichen Änderung oder Dynamisierung der Leistungen der Pflegepflichtversicherung ist der Versicherer berechtigt, die Prämien im Rahmen der Höchstbeitragsgarantie mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders anzupassen. Bei verringertem Bedarf ist der Versicherer zur Anpassung insoweit verpflichtet. Die Sätze 2 und 3 gelten nur, wenn die auslösenden Faktoren, die vor dem Inkrafttreten unter Berücksichtigung der finanziellen Auswirkungen dieser Änderungen berechnet wurden, außerhalb des Toleranzintervalls liegen.“

Alternativ wäre auch eine Regelung in SGB XI möglich, die wie folgt aussehen könnte:

„§ 110b Anpassungsrecht für die technischen Berechnungsgrundlagen privater Pflegeversicherungsverträge

(1) Bei einer privaten Pflegeversicherung nach § 110 ist der Versicherer berechtigt, auch für bestehende Versicherungsverhältnisse die technischen Berechnungsgrundlagen jeweils bei Inkrafttreten einer gesetzlichen Änderung oder Dynamisierung der Leistungen der privaten Pflegeversicherung zu ändern und die Prämien daran anzupassen. § 155 Absatz 1 und 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes findet Anwendung.

(2) Dem Versicherungsnehmer ist die Neufestsetzung der Prämie nach Absatz 1 unter Kenntlichmachung der Unterschiede sowie unter Hinweis auf die hierfür maßgeblichen Gründe in Textform mitzuteilen. Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

(3) Gesetzlich oder vertraglich vorgesehene Sonderkündigungsrechte des Versicherungsnehmers bleiben hiervon unberührt.“

Äußerst hilfsweise wäre für jede Leistungsänderung durch Gesetzesänderung oder Dynamisierung jeweils ein Sonderanpassungsrecht für die Private Pflegepflichtversicherung vorzusehen, wie es z. B. mit § 143 SGB XI früher schon erfolgt ist.

Zu Art. 1 Nr. 35 (§ 111 Abs. 1 S. 1 SGB XI – Risikoausgleich)

Vorgeschlagene Regelung

In § 111 SGB XI wird der Fördertatbestand des § 45d SGB XI gesondert aufgeführt. Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Bewertung

In § 111 SGB XI müsste ergänzt werden, dass sich der Risikoausgleich auch auf die Mittel des neuen § 125b SGB XI für das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege bezieht. Dies ist erforderlich, um auch diesen neu eingeführten Fördertatbestand in den Risikoausgleich der Privaten Pflegepflichtversicherung einzubeziehen.

Zu Art. 1 Nr. 39 (§ 113b Abs. 6 SGB XI – Qualitätsausschuss)

Vorgeschlagene Regelung

Durch die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI soll ab dem 1. September 2023 dauerhaft eine Referentenstelle zur Unterstützung der nach § 118 SGB XI maßgeblichen Interessenvertretungen finanziert werden. Die Finanzierung soll dabei über den Haushalt der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses nach § 8 Abs. 4 SGB XI durch die Soziale und Private Pflegeversicherung erfolgen.

Bewertung

Auch wenn die Bedeutung der Beteiligung der Interessenvertretungen nach § 118 SGB XI unbestritten ist, so sollte diese aufgrund der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung aus Bundesmitteln erfolgen. Die Finanzierung (ca. 106.000 Euro jährlich) aus Mitteln der Pflegeversicherung, die wiederum von den Beitragszahlenden – und somit auch von den Pflegebedürftigen – aufgebracht werden, ist nicht sachgerecht.

Zu Art. 1 Nr. 45 (§ 125b SGB XI – Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege)

Vorgeschlagene Regelung

Es soll ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege beim GKV-Spitzenverband geben. Für die Einrichtung werden aus dem Ausgleichsfonds 10 Millionen Euro im Zeitraum von 2023 bis 2027 zur Verfügung gestellt. Die Private Pflegepflichtversicherung ist in Höhe von 7 % an den Kosten beteiligt. Der PKV-Verband ist im Beirat zur Begleitung der Arbeit des Kompetenzzentrums vertreten.

Bewertung

Es ist vorzusehen, dass der GKV-Spitzenverband die Ziele, den Inhalt, die Planung und die Durchführung des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege im Einvernehmen mit dem PKV-Verband festlegen muss. Weil der PKV-Verband auch an der Finanzierung beteiligt ist, reicht es hier nicht wie vorgesehen aus, dass die Festlegungen im Benehmen mit dem PKV-Verband erfolgen.

Zu Art. 2 Nr. 7 (§ 42a SGB XI – Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson)

Vorgeschlagene Regelung

Es wird ab 1. Juli 2024 ein neuer Anspruch auf Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson eingeführt. Dabei soll ein festzulegendes Gesamtheimentgelt direkt von den Pflegekassen oder privaten Versicherungsunternehmen, die die Private Pflegepflichtversicherung betreiben, der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung erstattet werden. Es sollen dadurch keine Mehrkosten entstehen. Bislang ist eine Finanzierung über die Kurzzeitpflege möglich.

Bewertung

Ein Erfordernis für den neuen Anspruch auf Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson wird nicht gesehen. Die Versorgung in solchen Fällen wurde bislang durch die Kurzzeitpflege abgedeckt. Die vorgesehene vollständige Finanzierung widerspricht dem Teilleistungsprinzip der gesetzlichen Pflegeversicherung. Sollte eine Finanzierung nicht im Rahmen der Kurzzeitpflege wie bisher erfolgen, so sollte daher zumindest die Leistungshöhe dieser neuen Leistungsart auf 60 % des Betrages der pflegebedingten Aufwendungen, der Kosten für Unterkunft und Verpflegung und der Investitionskosten begrenzt werden.

Im Übrigen ist die Regelung selbst so nicht praktikabel umsetzbar, weil sie eine direkte Erstattung der Kosten an die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung vorsieht. Dies ist sowohl für die Soziale Pflegeversicherung als auch für die Private Pflegepflichtversicherung ein unübliches Verfahren. Es widerspricht zudem dem Kostenerstattungsprinzip der Privaten Pflegepflichtversicherung, das in § 23 Abs. 1 S. 3 SGB XI festgelegt ist. Außerdem dürfte das vorgesehene Verfahren einer schnellen Versorgung und Entscheidungsfindung entgegenstehen, weil viele verschiedene zuständige Stellen einzubeziehen sind.

Zu Art. 2 Nr. 12 (§ 43c SGB XI – Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen)

Vorgeschlagene Regelungen

Die Leistungszuschläge zu den Eigenanteilen bei vollstationärer Pflege werden zum 1. Januar 2024 um 5 bis 10 Prozentpunkte angehoben. Im ersten Jahr erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 einen Leistungszuschlag in Höhe von 15 Prozent (statt aktuell 5 Prozent) des pflegebedingten Eigenanteils, im zweiten Jahr in Höhe von 30 Prozent (statt aktuell 25 Prozent), im dritten Jahr in Höhe von 50

Prozent (statt aktuell 45 Prozent) und ab dem vierten Jahr in Höhe von 75 Prozent (statt aktuell 70 Prozent).

Bewertung

Diese Regelung erhöht die Hypothek der Sozialversicherung im demografischen Wandel massiv, ohne dass es hierfür eine sozialpolitisch fundierte Begründung gäbe. Es ist nicht belegt, dass die Eigenanteile an den Pflegekosten zu immer mehr Sozialfällen führen. Die vorgesehenen Regelungen leisten keinen sozialpolitischen Beitrag zur Armutsvermeidung im Alter, sondern schonen vielmehr die Vermögens- und Einkommensressourcen der Mittel- und Oberschicht.

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ darf nicht durch die überproportionale Anhebung der Leistungen der Pflegeversicherung im Bereich der vollstationären Pflege unterlaufen werden.

Außerdem ist bei der Finanzierung der Kosten eine ausreichende Berücksichtigung der dynamischen Entwicklung der Kosten für die vollstationäre Pflege nicht erkennbar.

Daher sollte der Leistungszuschlag zu den Eigenanteilen bei vollstationärer Pflege nicht angehoben werden. Zunächst sollte diese erst 2022 eingefügte Leistungsart evaluiert werden.

III. WEITERER ÄNDERUNGSBEDARF

Zu § 8 Abs. 6 SGB XI – Gemeinsame Verantwortung

Mit Inkrafttreten des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes zum 1. Januar 2019 wurde die Refinanzierung von 13.000 zusätzlichen Pflegefachkraftstellen nach § 8 Abs. 6 SGB XI eingeführt. Die Finanzierung erfolgt durch jährliche Zahlung der GKV und PKV an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung. Zum 31. Dezember 2025 erfolgt eine Aufhebung der Regelung nach § 8 Abs. 6 SGB XI, da eine Übertragung in das Personalbemessungsverfahren nach § 113c Abs. 6 SGB XI erfolgt.

Von den geplanten Stellen wurde bislang allerdings nur eine geringe Zahl geschaffen, sodass ein Großteil der gezahlten Mittel ungenutzt beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) liegt. Die Ausschöpfung der Mittel bis zum Auslaufen der Regelung ist einerseits wegen nicht vorhandenen Personals sowie der schrittweisen Überführung in andere Finanzierungsstrukturen (§ 113c Abs. 6 SGB XI) nicht möglich. Durch den Bundesrechnungshof (BRH) wird die fehlende Rückzahlungsklausel für nicht genutzte Gelder oder die Möglichkeit der Aussetzung der Zahlungen kritisiert. Zudem sei ein zielgerichteter Einsatz der Mittel nicht ersichtlich, so dass die Gefahr einer Zweckentfremdung der Mittel bestehe. Im Anschluss an den BRH wird vorgeschlagen, dass die PPV nachschüssig in dem Maße in das Programm einzahlt, wie dies benötigt wird. Überzahlungen würden dadurch von vornherein vermieden. Ausgabenreste müssen an die PPV zurückgezahlt werden.



Deutsche Stiftung Patientenschutz
für Schwerstkranke, Pflegebedürftige und Sterbende

Patientenschutz Info-Dienst

Ausgabe 1/2023, 05. Mai 2023

Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)

Inhalt

1. Vorbemerkungen.....	3
2. Änderungsvorschläge zum Gesetzentwurf Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG Artikel 1, §55 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch.....	5
2.1. § 55 SGB XI Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung	5
2.1.1. Gesetzentwurf	5
2.1.2. Stellungnahme.....	5
2.1.3. Änderungsvorschlag	6
3. Änderungsvorschläge zum Gesetzentwurf Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch.....	6
3.1. § 30 SGB XI - Dynamisierung	6
3.1.1. Gesetzentwurf	6
3.1.2. Stellungnahme.....	6
3.1.3. Änderungsvorschlag	7
4. Änderungsvorschläge zum Gesetzentwurf Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG Artikel 2 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch.....	8
4.1. § 36 SGB XI – Pflegesachleistung	8
4.1.1. Gesetzentwurf	8
4.1.2. Stellungnahme.....	8
4.1.3. Änderungsvorschlag	8
4.2. § 37 SGB XI – Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen	9
4.2.1. Gesetzentwurf	9
4.2.2. Stellungnahme.....	9

Impressum

Patientenschutz Info-Dienst wird verlegt von der Deutschen Stiftung Patientenschutz
Redaktion: Christine Eberle, Hanna Giesen, Berit Leinwand, Annette Simon,
Elke Simon, Dr. Stephan Terhorst, Vorstand: Eugen Brysch (V. i. S. d. P.)
Informationsbüro Berlin: Telefon 030 28444840, Telefax 030 28444841
info@stiftung-patientenschutz.de, www.stiftung-patientenschutz.de

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz ist eine Stiftung bürgerlichen Rechts. Sie ist vom Finanzamt Dortmund-Ost mit Steuerbescheid vom 27.05.2020, 31759413835, als gemeinnützige und mildtätige Körperschaft anerkannt.



4.2.3. Änderungsvorschlag	9
4.3. § 43c SGB XI – Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen.....	9
4.3.1. Gesetzentwurf	9
4.3.2. Stellungnahme.....	10
4.3.3. Änderungsvorschlag	10
4.4. Gemeinsamer Jahresbetrag.....	11
4.4.1. Stellungnahme.....	11
4.4.2. Änderungsvorschlag	11

1. Vorbemerkungen

Mit dem Entwurf des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes will der Gesetzgeber die Situation von fast fünf Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland in der ambulanten und stationären Altenpflege sowie für deren Angehörigen verbessern. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz begrüßt die längst überfällige Pflegereform. Denn schon lange warten die Betroffenen auf spürbare Verbesserungen und Entlastungen. Die moderate Anhebung des Beitragssatzes und der Versuch einer Dynamisierung der Leistungsbeiträge sind überfällige Maßnahmen. Jedoch bleibt der Gesetzentwurf weit hinter den Erwartungen des Koalitionsvertrags zurück. Dementsprechend sieht die Deutsche Stiftung Patientenschutz weitergehenden Verbesserungsbedarf.

Erwartungen aus Koalitionsvertrag nicht erfüllt

Die Ampel-Koalition hat sich mit Regierungsantritt 2021 viel vorgenommen. Im Koalitionsvertrag ist die Rede von einem „Aufbruch in eine moderne sektorübergreifende Gesundheits- und Pflegepolitik“.¹ Es schien, als hätte die Bundesregierung die Situation in der Altenpflege erkannt. Doch bei genauerem betrachten des Gesetzentwurfs ist festzustellen, dass von den Vorhaben wenig übriggeblieben ist. Die gesetzlich vorgesehene Dynamisierung des Pflegegeldes wurde beispielsweise von 2017 auf zunächst 2022 und jetzt auf 2025 verschoben. Auch folgende der Absicht, die Ausbildungskosten aus den Eigenanteilen der stationären Pflegekosten zu streichen, keine Taten. Statt Pflegeheimbewohner² schnell zu entlasten, sind 100 Millionen Euro für Modellvorhaben für „innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier“ im Gesetzentwurf vorgesehen. Doch es fehlt nicht an Modellen, sondern an der Implementierung in die Breite des Pflegesystems.

Zukunftssichere und bezahlbare Pflege

Die Finanzierung der Altenpflege ist alles andere als nachhaltig. Seit Jahren explodieren hier die Kosten und die Löcher in der Pflegekasse werden größer. Zudem müssen Pflegebedürftige immer tiefer in die eigene Tasche greifen, um ihre Pflege bezahlen zu können. Jedes Jahr steigt die Zahl der Menschen, die „Hilfe zur Pflege“ beantragen und erhalten. Nun reagiert der Gesetzgeber mit einer moderaten Erhöhung der Beitragssätze, ohne jedoch ein langfristiges und nachhaltiges Finanzierungskonzept vorzulegen. Auch müssen die sechs Milliarden Euro, die für Corona-Maßnahmen ausgegeben wurden, in die Pflegeversicherung zurückgeführt werden. Denn diese wurden durch die Beitragszahler finanziert. Doch der Infektionsschutz in der Pandemie ist gesetzliche Aufgabe des Staates. Es darf nicht der Pflegeversicherung in Rechnung gestellt werden, sondern muss aus Steuermitteln getragen werden.

¹ Vgl. Koalitionsvertrag Mehr Fortschritt Wagen S. 80

² Hinweis: Sofern bei Personenbezeichnungen nur die männliche Form gewählt wurde, beziehen sich die Angaben jeweils auf Angehörige aller Geschlechter.

Dynamisierung von Pflegegeld und -sachleistungen

Im Koalitionsvertrag haben sich die regierungstragenden Parteien geeinigt, das Pflegegeld regelmäßig wieder ab dem Jahr 2022 zu dynamisieren. Tatsächlich ist seit 2017, also seit mehr als sechs Jahren, keine Erhöhung des Pflegegeldes erfolgt. Der nun vorliegende Gesetzentwurf sieht eine Dynamisierung um 5 Prozent ab dem Jahr 2025 vor. Ganze acht Jahre werden dann Pflegebedürftige und deren Angehörige hingehalten, ehe ihnen finanziell unter die Arme gegriffen wird. Das ist länger als die durchschnittliche Pflegedauer eines Menschen von fast sieben Jahren.³ Auch wie es nach 2028 weitergeht, beantwortet die Bundesregierung nicht. Aber genau diese Planungssicherheit benötigen Beitragszahler und Pflegebedürftige jetzt. Außerdem ist die aktuell geltende Dynamisierung gesetzlich für alle Leistungen der Pflegeversicherung vorgesehen. Dies unterschlagen die Regierungsparteien vollkommen, wenn sie die Dynamisierung nur auf Teilbereiche begrenzen.

Erhöhung Pflegegeld und -sachleistungen

Ambulante Altenpflege hat in den vergangenen fünf Jahren eine Kostenexplosion um 40 Prozent erfahren. Eine sofortige Entlastung für die rund 4,1 Millionen daheim versorgten Menschen ist jedoch nicht in Sicht. Stattdessen lässt die Bundesregierung ein weiteres Jahr ins Land ziehen, ehe sie handelt. 2024 sollen Betroffene ein Plus von 5 Prozent beim Pflegegeld und ambulanten Sachleistungen erhalten. Aber die Pflegebedürftigen brauchen schon heute eine monatliche Unterstützung von mindestens 340 Euro zusätzlich.

Finanzierung der stationären Altenpflege neu ausrichten

Seit Jahren steigen die Eigenanteile in der stationären Altenpflege. Zum 1. Januar 2022 hat der Gesetzgeber darauf reagiert und Leistungszuschläge zur Reduzierung der Kostenanteile für Pflegeheimbewohner eingeführt. Je nach Aufenthaltsdauer verringert sich somit der Eigenanteil an den Pflegekosten. Doch nur die Wenigsten profitieren von diesen Entlastungsmaßnahmen.

Unberücksichtigt bleibt auch die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen. Während für daheim versorgte Menschen die Krankenkassen dafür aufkommen, springt diese bei Heimbewohnern nur im Falle eines hohen Versorgungsbedarfes ein. Das muss sich ändern. Die Krankenkassen haben auch die medizinische Behandlungspflege für Pflegeheimbewohner zu übernehmen.

Auch fehlen weiterhin zusätzliche Leistungsansprüche für Pflegeheimbewohner zur Verbesserung ihrer palliativen und hospizlichen Begleitung am Lebensende. Ebenso bleibt in der Praxis der Weg ins Hospiz wegen der restriktiven Regelung des § 39 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit der Rahmenvereinbarung meist versperrt. Daher braucht es einen Rechtsanspruch für Hospizleistungen auch für Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen. Diese werden gewährt, wenn der Pflegeheimbewohner die gleichen Voraussetzungen erfüllt, wie bei der Versorgung im stationären Hospiz.

³ Barmer-Pflegereport 2015



Grundsätzlich gilt es, die Finanzierung der Altenpflege komplett anders aufzustellen. Die Pflegeversicherung muss künftig die reinen Pflegekosten übernehmen. Für alle weiteren anfallenden Ausgaben, wie Unterkunft und Verpflegung, hat der Pflegebedürftige selbst aufzukommen. Das schafft Planbarkeit und Generationengerechtigkeit für die Menschen.

2. Änderungsvorschläge zum Gesetzentwurf Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG Artikel 1, § 55 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

2.1. § 55 SGB XI Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung

2.1.1. Gesetzentwurf

Um die soziale Pflegeversicherung finanziell zu stabilisieren, plant die Bundesregierung die Beitragssätze zum 1. Juli 2023 um 0,35 Prozentpunkte anzuheben.⁴ Dabei findet der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 zur Berücksichtigung des Erziehungsaufwands von Eltern im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung Beachtung.

2.1.2. Stellungnahme

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz hält die geplante Anhebung für moderat. Diese zusätzlichen Mittel werden benötigt, um die bestehenden Ansprüche auf Pflegeleistungen und die anstehenden Leistungsanpassungen zu finanzieren. In der Pflege sind zudem weitere Kostensteigerungen absehbar, beispielsweise durch die Tarifierhöhungen für Pflegekräfte oder durch die hohe Inflationsrate. Mehrbelastungen dürfen jedoch nicht allein den pflegebedürftigen Menschen auf die Schultern geladen werden. Allein die rund 800.000 in Pflegeheimen lebenden Menschen sind seit Jahren dem permanenten Anstieg des Eigenanteils schutzlos ausgeliefert. Auch die ca. 4,1 Millionen daheim versorgten Pflegebedürftigen leiden unter den stetig steigenden Kosten.⁵

Um die Pflege zukunftssicher und vor allem bezahlbar zu gestalten, braucht es eine grundlegende Finanzreform der Altenpflege. Hier gilt es, die Pflegeversicherung auf eine breite Basis zu stellen. Dazu bedarf es Steuerzuschüsse. Derzeit ist die Pflegeversicherung nicht mal eine Teilkaskoversicherung, da sie allein Festbeträge zahlt. Die Höhe der tatsächlichen Kosten spielt dabei keine Rolle. Was an Pflegekosten über die Festzuschüsse hinausgeht, zahlen die Pflegebedürftigen selbst. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz tritt dafür ein, die reinen Pflegekosten künftig vollständig aus der Pflegeversicherung zu finanzieren. Ausgaben für Lebenshaltung und Nebenkosten tragen die Pflegebedürftigen dann weiterhin selbst. Nur ein solcher Systemwechsel ermöglicht Planungs- und Finanzierungssicherheit für Pflegebedürftige

⁴ Gesetzentwurf PUEG S. 1

⁵ Statistisches Bundesamt, Dezember 2022

und ihre Angehörigen. Ebenso muss ausgeschlossen werden, dass Pflegebedürftige an den Ausbildungskosten beteiligt werden.

2.1.3. Änderungsvorschlag

Das Bundesministerium für Gesundheit wird beauftragt, noch in dieser Legislaturperiode ein Konzept für die vollständige Finanzierung der Pflegeleistungen durch die Pflegekassen zu erarbeiten. Hierbei ist unabhängiger wissenschaftlicher und praktischer Sachverstand mit einzubeziehen.

3. Änderungsvorschläge zum Gesetzentwurf Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

3.1. § 30 SGB XI - Dynamisierung

3.1.1. Gesetzentwurf

Der Entwurf sieht vor, dass bestimmte Leistungsbeträge, das heißt ambulante Geld- und Sachleistungsbeträge sowie Leistungszuschläge im stationären Bereich nach § 43c SGB XI, zum 1. Januar 2024 angehoben werden. Daher wird die in § 30 SGB XI festgelegte Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung um ein Jahr auf den 1. Januar 2025 verschoben. Die Höhe dieser Dynamisierung wird auf 5 Prozent festgelegt. Eine weitere Anpassung ist zum 1. Januar 2028 vorgesehen. Diese Anhebung soll „in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen, nicht jedoch stärker als der Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum“⁶ erfolgen. Eine regelhafte Dynamisierung über das Jahr 2028 hinaus entfällt. Für die langfristige Leistungsdynamisierung wird auf eine künftige Regelung verwiesen.

3.1.2. Stellungnahme

Die Bundesregierungen haben seit Jahren die Bedürfnisse der fast fünf Millionen Pflegebedürftigen und deren Angehörigen nicht berücksichtigt. Der Gesetzentwurf gibt vor, Leistungsbeträge erhöhen zu wollen. Angesichts der anhaltend hohen Inflationsrate und der Preissteigerungen in der Pflege wäre dies auch dringend erforderlich. Allerdings darf das Vorhaben der Bundesregierung nicht darüber hinwegtäuschen, dass bereits eine gesetzliche Dynamisierung vorgeschrieben ist.⁷ Diese wurde in den vergangenen Jahren aber vielfach ausgesetzt und sporadisch durch individuell festgelegte Erhöhungen ersetzt.

⁶ Gesetzentwurf PUEG S. 17

⁷ § 30 SGB XI

Eine lückenhafte Erhöhung ist auch aktuell vorgesehen. Sie übersieht aber, dass die Dynamisierung des § 30 SGB XI aus gutem Grund alle Leistungen der Pflegeversicherung einschließt. Hierzu gehören neben den ambulanten Geld- und Sachleistungen auch essentielle Leistungen wie die Tages- und Nachtpflege, die Kurzzeit- und Verhinderungspflege. Schließlich machen allgemeine Preissteigerungen nicht vor einzelnen Pflegeversicherungsleistungen halt. Die Verschiebung der Dynamisierung bedeutet schlicht, dass zum Beispiel die Tages- und Nachtpflege erneut ganz ohne Erhöhungen bleiben. Diese rechtsaushöhlende Praxis wird seit 2017 ausgeübt.

Auch ist seit 2017 das Pflegegeld nicht gestiegen. Die jetzt auf 2025 verschobene Dynamisierung von 5 Prozent bleibt zudem noch unter der Inflationsrate von 7,9 Prozent allein im Jahr 2022. Hier hilft auch die im Referentenentwurf für Januar 2024 vorgesehene Erhöhung der Geldleistungen um 5 Prozent wenig. Auch die einzig für 2028 vorgesehene Dynamisierung reicht nicht.

Gleiches gilt für die ambulanten Pflegesachleistungen. Auch hier fand keine tatsächliche Dynamisierung statt. Zum Januar 2022 wurde lediglich eine Erhöhung der Leistungen um 5 Prozent vorgenommen. Damit wurde den in den vergangenen Jahren gestiegenen Kosten nicht ansatzweise Rechnung getragen. Auch mit Blick auf 2023 werden Pflegebedürftige mit den Mehrkosten alleingelassen.

Schließlich errechnet die Bundesregierung durch die aufgeschobene Dynamisierung selbst eine Einsparung in Höhe von 3,2 Milliarden Euro für das Jahr 2024. Dem stehen jährliche Mehrausgaben für die Bereiche Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie Leistungszuschüsse zu stationärer Altenpflege in Höhe von nur 2,1 Milliarden Euro gegenüber.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert die Bundesregierung auf, gesetzliche Bestimmungen einzuhalten und eine echte Dynamisierung der Leistungsbeträge vorzunehmen, so wie sie in § 30 SGB XI festgeschrieben ist. Das heißt auch, dass sich die Dynamisierung an der „kumulierten Preisentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahren“⁸ ausrichten muss und nicht, wie nun vorgesehen, an der „Kerninflationsrate“⁹. Schließlich hilft es den Pflegebedürftigen angesichts hoher Energiepreise und Inflation wenig, wenn diese Mehrkosten für die Dynamisierung unberücksichtigt bleiben.

Verbunden damit ist die Forderung des Vorziehens der im Gesetzentwurf vorgesehenen Dynamisierung auf den 1. Januar 2024. Um Planungs- und Finanzierungssicherheit für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zu schaffen, braucht es eine jährliche, automatische Dynamisierung der Leistungsbeträge und keine willkürliche Erhöhung.

3.1.3. Änderungsvorschlag

§ 30 Abs. 1 SGB XI – Dynamisierung – wird wie folgt geändert:

⁸ § 30 SGB XI

⁹ § 30 SGB XI

Die Bundesregierung passt ~~jährlich alle drei Jahre, erneut~~ nächstmalig zum 01. Januar 2024, ~~im Jahre 2020~~, die Leistungen der Pflegeversicherung an. Als ein Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeit dient die kumulierte Preisentwicklung ~~in den letzten drei des~~ abgeschlossenen Kalenderjahres~~n~~; dabei ist sicherzustellen, dass der Anstieg der Leistungsbeiträge nicht höher ausfällt als die Brutto Lohnentwicklung im gleichen Zeitraum. ~~Bei der Prüfung~~ Dabei können die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mitberücksichtigt werden. ~~Die Bundesregierung legt den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes einen Bericht über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe vor.~~

4. Änderungsvorschläge zum Gesetzentwurf Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG Artikel 2 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

4.1. § 36 SGB XI – Pflegesachleistung

4.1.1. Gesetzentwurf

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht vor, die ambulanten Pflegesachleistungen zum 1. Januar 2024 um 5 Prozent zu erhöhen. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 haben einen Anspruch von bis zu 761 Euro, bei Pflegegrad 3 werden 1.432 Euro gezahlt, bei Pflegegrad 4 bis zu 1.778 Euro abgerechnet und bei Pflegegrad 5 stehen ihnen bis zu 2.200 Euro zu.¹⁰

4.1.2. Stellungnahme

Angesichts steigender Betreuungskosten in der ambulanten Altenpflege erkennt die Deutsche Stiftung Patientenschutz die Bemühungen der Bundesregierung um die Anhebung der ambulanten Pflegesachleistungen an. Es ist Pflegebedürftigen und Angehörigen nicht zuzumuten, alleine für stetig steigenden Kosten aufkommen zu müssen. Doch anstatt sofort zu handeln, will der Bundesgesundheitsminister wieder ein weiteres Jahr verstreichen lassen. Erst dann sollen die Hilfsbedürftigen mit einem Plus von 5 Prozent abgespeist werden. Dieser geringe Betrag wird aufgrund der Inflation kaum etwas nützen. Daher brauchen Pflegebedürftige jetzt eine monatliche Unterstützung von 340 Euro zusätzlich.

4.1.3. Änderungsvorschlag

Um den steigenden Kosten im ambulanten Pflegebereich Rechnung zu tragen, wird in § 36 SGB XI Absatz 3 folgendermaßen geändert:

In § 36 Absatz 3 wird in Nummer 1 die Angabe „724“ durch die Angabe „761 1 101“, in Nummer 2 die Angabe „1 363“ durch die Angabe „1 432 1 772“, in Nummer 3 die Angabe „1 693“

¹⁰ Gesetzentwurf PUEG S. 28

durch die Angabe „~~1 778 2 118~~“ und in Nummer 4 die Angabe „2 095“ durch die Angabe „~~2 200 2 540~~“ ersetzt.

4.2. § 37 SGB XI – Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

4.2.1. Gesetzentwurf

Analog zu den ambulanten Pflegesachleistungen soll das in § 37, Absatz 1 SGB XI geregelte Pflegegeld für selbstbestimmte Pflegehilfen um 5 Prozent erhöht werden. Die Anhebung soll ebenfalls zum 1. Januar 2024 erfolgen. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 erhalten 332 Euro, bei Pflegegrad 3 werden 573 Euro gezahlt, bei Pflegegrad 4 bekommen sie 765 Euro und bei Pflegegrad 5 stehen ihnen 947 Euro zu.¹¹

4.2.2. Stellungnahme

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz begrüßt die Erhöhung des Pflegegelds. Allerdings hätte die Zunahme bereits vor Jahren erfolgen müssen. Seit 2017 warten Pflegebedürftige und ihre Angehörigen darauf. Dementsprechend groß ist die Not bei den betroffenen Menschen. Die geringe Erhöhung um 5 Prozent ist aufgrund der Inflation ein Tropfen auf dem heißen Stein. Das Pflegegeld muss jetzt um 340 Euro erhöht werden.

4.2.3. Änderungsvorschlag

Um den steigenden Kosten im ambulanten Pflegebereich Rechnung zu tragen, wird in § 37 SGB XI Absatz 1 Satz 3 folgendermaßen geändert:

In Absatz 1 Satz 3 wird in Nummer 1 die Angabe „316“ durch die Angabe „~~332 672~~“, in Nummer 2 die Angabe „545“ durch die Angabe „~~573 913~~“, in Nummer 3 die Angabe „728“ durch die Angabe „~~765 1 105~~“ und in Nummer 4 die Angabe „901“ durch die Angabe „~~947 1 287~~“ ersetzt.

4.3. § 43c SGB XI – Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen

4.3.1. Gesetzentwurf

Der Gesetzentwurf sieht eine Anhebung der Zuschüsse in der stationären Altenpflege ab 2024 vor. „Nachdem zum 1. Januar 2022 Leistungszuschläge zur Reduzierung der von den Pflegebedürftigen zu tragenden Eigenanteile eingeführt wurden, werden diese ab dem 1. Januar 2024 nochmals um 5 bis 10 Prozentpunkte erhöht. Mit dieser Maßnahme wird dem Trend zu steigenden Eigenanteilen noch stärker entgegengewirkt.“¹²

¹¹ Gesetzentwurf PUEG S. 28

¹² Gesetzentwurf PUEG S. 37

4.3.2. Stellungnahme

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz begrüßt die Anhebung der Zuschüsse in der stationären Altenpflege. Vor allem die Erhöhung für die Pflegeheimbewohner die erst ein Jahr oder weniger dort leben. Jedoch kommt diese Erhöhung eindeutig zu spät und ist nicht ausreichend. Der Eigenanteil in der stationären Altenpflege steigt ungebremst. Daher muss die Anhebung der Zuschüsse bereits im Juli 2023 erfolgen.

Auch muss zur Entlastung der Pflegeheimbewohner die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen endlich von der Krankenkasse übernommen werden. Für Pflegebedürftige, die zu Hause leben, werden diese Leistungen von der Krankenversicherung getragen. Bei Heimbewohnern aber übernimmt die Krankenkassen die Kosten nur, wenn ein besonders hoher Versorgungsbedarf besteht. Darüber hinaus bezuschussen die Krankenkassen die medizinische Behandlungspflege im Heim pauschal mit 640 Millionen. Euro jährlich. Denn grundsätzlich sollen in der stationären Pflege die Kosten mit den pauschalierten Leistungsbeträgen der Pflegekasse abgegolten sein. Doch diese Pauschalen spiegeln allenfalls den Aufwand der Grundpflege wider. In der Praxis müssen die pflegebedürftigen Menschen in Heimen daher die Behandlungspflege über ihren Eigenanteil an den Pflegekosten fast vollständig selbst tragen. Dies waren pro Bewohner auf Basis von Studien¹³ aus dem Jahr 2017 rund 300 Euro pro Monat. Heute dürften es, bedenkt man die Preissteigerungen im Pflegepersonalbereich und die Inflation, 400 Euro im Monat sein.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert daher, die medizinische Behandlungspflege für Heimbewohner künftig vollständig und direkt aus Mitteln der Krankenversicherung zu finanzieren. Dafür erhalten die Pflegeheimbewohner einen zusätzlichen pauschalen Betrag von 400 Euro monatlich¹⁴. Dafür reicht es nicht, jährlich 640 Millionen. Euro an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zu zahlen. Die Transferleistung muss direkt bei den Betroffenen ankommen. Hierfür müssen künftig insgesamt 4Milliarden. Euro zur Verfügung stehen.

4.3.3. Änderungsvorschlag

Um den steigenden Eigenanteilen in der stationären Altenpflege entgegenzuwirken muss Artikel 10 Inkrafttreten Absatz 4 folgender Maßen geändert werden:

- (1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 4 am 1. Juli 2023 in Kraft. [...]
- (3) Artikel 2, Artikel 3, Artikel 6 Nummer 1,2,4,5,6 und 7 und Artikel 7 Nummer 1 treten am 1. ~~Januar 2024~~ **Juli 2023** in Kraft.

¹³ Vgl. VKAD, Ergebnisbericht, VKAD – Projekt – Datenerhebung zur Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen (2016/2017), 26.04.2017.

¹⁴ Bei besonders hohem Versorgungsbedarf übernehmen die Krankenkassen die Leistungen wie bisher gemäß §37 Abs. 2 S.3 SGB V.

4.4. Gemeinsamer Jahresbetrag

4.4.1. Stellungnahme

Die im Referentenentwurf ursprünglich vorgesehene Zusammenführung der Budgets für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege wurde nicht in den Gesetzentwurf übernommen. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz bedauert das sehr. Schließlich sind dies für pflegende Angehörige zwei zentrale Entlastungsbausteine der Pflegeversicherung. Gerade nach einem Krankenhausaufenthalt schafft die Kurzzeitpflege notwendige Zeit, die Pflege des Angehörigen zu organisieren. Die ursprünglich vorgesehene Erhöhung der Verhinderungspflege auf acht Wochen gäbe pflegenden Angehörigen die Möglichkeit der Erholung sowie Flexibilität bei Krankheiten. Auch der Wegfall der Vorpflegezeit von mindestens sechs Monaten, bevor die Verhinderungspflege erstmals genutzt werden darf, wäre sinnvoll.

Neben der Angleichung der zeitlichen Höchstdauer der Verhinderungspflege muss auch der zur Verfügung stehende Betrag erhöht werden. Im Jahr 2022 wurde nämlich nur der Betrag für die Kurzzeitpflege angehoben, aber nicht der Betrag für die Verhinderungspflege.

Auch müssen weitere Kapazitäten in der Kurzzeitpflege geschaffen werden. Aktuell wird es immer schwieriger, Unterstützung zu finden. Denn Angebote von Kurzzeitpflege wurden stark heruntergefahren. Es bedarf daher des dringenden Ausbaus von Kurzzeitpflegeplätzen, verbunden mit einem Rechtsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung zur Entlastung der Angehörigen. Denn sonst können diese wichtigen Pflegeleistungen am Ende nicht genutzt werden. So bliebe das bereitgestellte Geld nutzlos liegen.

4.4.2. Änderungsvorschlag

Um die pflegenden Angehörigen zu entlasten, wird der § 42a SGB XI Referentenentwurf wieder eingefügt und folgender Maßen geändert:

Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 haben Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege nach Maßgabe des § 39 sowie Leistungen der Kurzzeitpflege nach Maßgabe des § 42 in Höhe eines Gesamtleistungsbetrages von insgesamt bis zu ~~3 386~~ **3 500 Euro** je Kalenderjahr (Gemeinsamer Jahresbetrag).

Stellungnahme des

Bundesarbeitgeberverbandes der Personaldienstleister e.V. (BAP)

zur Anhörung im Gesundheitsausschuss zum Thema „Unterstützung und Entlastung in der Pflege“ am 10. Mai 2023

Berlin, den 08. Mai 2023

Kurzzusammenfassung

Der Bundesarbeitgeberverband der Personaldienstleister e.V. (BAP) begrüßt das Vorhaben der Bundesregierung die Pflege zu stärken.

Der BAP weist darauf hin, dass Zeitarbeit in der Pflege quantitativ eine untergeordnete Rolle spielt. Allerdings spielt Zeitarbeit eine wichtige Rolle, wenn es darum geht, die Versorgungssicherheit bei Personalengpässen aufrecht zu erhalten. Prinzipiell begrüßt es der BAP, wenn weitere Instrumente, die die Versorgungssicherheit bei Personalengpässen gewährleisten sollen, gestärkt werden.

Angesichts eines stetig zunehmenden Fach- und Arbeitskräftemangels bei gleichzeitig wachsendem Pflegebedarf in der alternden Gesellschaft drohen strukturelle Personalengpässe. Um die Versorgungssicherheit aufrechtzuerhalten, müssen alle Möglichkeiten flexibler Personalarbeit genutzt werden können.

Im Detail

Zunächst einmal ist festzustellen, dass Zeitarbeitskräfte nur einen geringen Anteil an den Pflegekräften ausmachen. Laut Daten der Bundesagentur für Arbeit waren von 1.747.816¹ in Pflegeberufen tätigen Personen 42.206 Zeitarbeitskräfte. Damit lag der Anteil bei 2,4 Prozent. Allerdings waren mehr als ein Viertel dieser Zeitarbeitskräfte in anderen Bereichen wie Einrichtungen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen beschäftigt. Träger und Einrichtungen des sozialen Sektors können, sofern sie eine Arbeitnehmerüberlassungserlaubnis von der Bundesagentur für Arbeit erhalten haben, Zeitarbeitskräfte

¹ Sonderauswertung der Arbeitnehmerüberlassungs- und der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (BA) im Auftrag des BAP. Stichtag 30.06.2022. Der genannte Stichtag enthält die derzeit aktuellen Zahlen der BA.

beschäftigen. Träger organisieren so zum Teil den Einsatz in verschiedenen Betriebsstätten bzw. Häusern. Das führt dazu, dass gerade einmal 30.715 Zeitarbeitskräfte in Pflegeberufen bei Personaldienstleistern beschäftigt waren. Anschaulich ausgedrückt: Von 57 in Pflegeberufen tätigen Personen hat eine einen Personaldienstleister als Arbeitgeber (knapp 1,8 Prozent).

Mit dem Pflegeberufegesetz wurde zum 1. Januar 2020 die generalistisch ausgerichtete Pflegeausbildung geschaffen. Dadurch ist eine eindeutige Zuordnung von Pflegekräften in Alten- und Krankenpflege in der BA-Statistik nicht mehr möglich. Solange die Daten noch eine Differenzierung zuließen, lag der Anteil der Zeitarbeitskräfte in der Altenpflege noch einmal niedriger als in der gesamten Pflege. Es ist also davon auszugehen, dass der Anteil der Zeitarbeit in der Altenpflege deutlich unter zwei Prozent liegt.

Zeitarbeit in der Altenpflege ist also eine Ergänzung. Personaldienstleister können in Zeiten von Personalknappheit schnell und flexibel Pflegekräfte zur Verfügung stellen. Dadurch kann die Versorgungssicherheit im pflegerischen Bereich gewährleistet werden. Zeitarbeit ist oft unverzichtbar, um den Betrieb von Betten zu gewährleisten. Gerade bei Personalausfällen, temporären Engpässen und Belastungsspitzen können Zeitarbeitskräfte schnell und flexibel eingesetzt werden, um Lücken in der Stammbesetzung zu schließen. Im Übrigen dämpft die Zeitarbeit in der Pflege den Arbeitskräftemangel nicht nur dadurch, dass sie es ermöglicht, nachgefragte Arbeitskräfte an Stellen einzusetzen, wo sie am dringendsten benötigt werden. Die Zeitarbeitsbranche hebt auch Personalreserven in der Pflege und hilft somit, dass die Arbeitskräftelücke nicht noch stärker ausfällt.

Nach Angaben des Deutschen Pfliegerates fehlen schon heute über 200.000 Pflegekräfte in Deutschland. Während der Bedarf wächst, nähert sich immer mehr Personal dem Rentenalter. Die Personallücken in der Pflege wachsen und entwickeln sich zu einem strukturellen Problem. Vor diesem Hintergrund bedarf es der vollen Kapazität aller Personalinstrumente, um die Versorgungssicherheit sicherzustellen. Ein Verbot und/oder die Einschränkung der Zeitarbeit würde aber das Gegenteil bewirken, wie eine großangelegte Befragung von Zeitarbeitskräften in der Pflege und im Ärztlichen Dienst zeigt, die im Frühjahr 2023 vom Institut der Deutschen Wirtschaft Köln (IW) durchgeführt wurde. Mehr als 4.000 pflegende Zeitarbeitskräfte – das entspricht in etwa einer 13-prozentigen Beteiligung aller in der Zeitarbeit beschäftigten Pflegekräfte – wurden in dieser Studie² unter anderem danach befragt, warum sie sich für eine Beschäftigung in der Zeitarbeit entschieden haben und wie sie auf eine Beschränkung bzw. einem Verbot der Zeitarbeit in der Pflege reagieren würden. Zu den Reaktionen auf ein Verbot der Zeitarbeit stellt die IW-Studie fest: *„Eine Rückkehr würden im Falle eines Überlassungsverbots nur 18,2 Prozent der Befragten in Erwägung ziehen [...]. Mehr als die Hälfte (55,1 Prozent) der Zeitarbeitskräfte würden sich für eine Beschäftigung in einem anderen beruflichen Segment innerhalb oder außerhalb der Zeitarbeit entscheiden. Jede elfte Zeitarbeitskraft (11,2 Prozent) nimmt eine komplette Aufgabe der Berufstätigkeit und damit das Ausscheiden aus der Erwerbstätigkeit in den Blick. Damit ist hinsichtlich einer Betätigung in einem Gesundheits- bzw. Pflegeberuf für zwei Drittel der Befragten die Anstellung in einem Zeitarbeitsunternehmen alternativlos. Ein Überlassungsverbot würde folglich die Arbeits- und Fachkräfteengpässe in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen noch verschärfen. Dabei ist zu beachten, dass fast jede siebte Zeitarbeitskraft (15,6 Prozent) in einem Gesundheits- und Pflegeberuf vor eine ungewisse berufliche Zukunft gestellt würde und noch nicht wusste, wie sie sich dann entschiede. Der drohende Verlust von gut 21.000 der 32.000 Zeitarbeitskräfte im Gesundheits- und Pflegesegment muss vor diesem Hintergrund als untere Grenze für den negativen Effekt eines Überlassungsverbots angesehen werden.“*³

Die IW-Studie zeigt aber auch auf, wo mögliche Stellschrauben liegen, um mehr Personal für die Altenpflege zu gewinnen. Das lässt sich aus den Motiven ablesen, warum Altenpflegekräfte in der Zeitarbeit tätig sind: Für 64,3 Prozent ist die *„leistungsgerechte Vergütung“* der wichtigste Grund. Am zweithäufigsten wurde mit 59,2 Prozent *„mehr Einfluss auf meine Dienstpläne“* genannt, wobei weitere 31,6 Prozent *„Weil ich mich auf meine Dienstpläne verlassen kann“* angaben. Und an dritter Stelle wurde

²Holger Schäfer, Oliver Stettes: Zeitarbeiterbefragung – Zeitarbeit in der Pflegebranche, Kurzstudie im Auftrag des BAP und des iGZ, Institut der deutschen Wirtschaft Köln e. V., Köln April 2023.

³ Ebd., S. 14.

mit 54,7 Prozent als Grund „*Weil ich mehr Wertschätzung erhalte*“ angeführt. Mit anderen Worten: Um eine Beschäftigung in der Altenpflege attraktiver zu machen und somit mehr Mitarbeitende zu gewinnen, müssen die Arbeitsbedingungen insbesondere in den Bereichen Vergütung und stabile Arbeitszeitrahmenbedingungen verbessert werden und die Altenpflegekräfte mehr Wertschätzung durch ihre Arbeitgeber erhalten. Die Personaldienstleister sind gerne bereit, ihre Expertise dabei einzubringen und dazu in einen konstruktiven Dialog mit den Betreibern von Pflegeeinrichtungen einzutreten.

Stellungnahme

Pflegeunterstützungs- und entlastungsgesetz (PUEG)

Bundesgeschäftsstelle
Abteilung Sozialpolitik

Bei Rückfragen:

Tel. 030 726222-0

Fax 030 726222-328

sozialpolitik@sovd.de

**Anlässlich der öffentlichen Anhörung im Ausschuss
für Gesundheit des Deutschen Bundestages am
10. Mai 2023 zu den Vorlagen**

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE
GRÜNEN und FDP

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

BT-Drucksache 20/6544

Antrag der Fraktion AfD

**Pflegeversicherung - Bürokratie abbauen, Pflegebe-
dürftige und ihre Angehörigen entlasten**

BT-Drucksache 20/4669

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Gute Pflege stabil finanzieren

BT-Drucksache 20/6546

1 Zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz - PUEG)

a Zusammenfassung des Gesetzentwurfes

Mit dem Gesetzentwurf sollen Anpassungen in der Pflegeversicherung vorgenommen werden auf der Basis von im Koalitionsvertrag für diese Legislaturperiode vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der Pflege. Außerdem sollen den Vorgaben des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 zu den Aktenzeichen 1 BvL 3/18, 1 BvR 717/16, 1 BvR 2257/16 und 1 BvR 2824/17 entsprochen werden, bis spätestens zum 31. Juli 2023 das Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung im Hinblick auf die Berücksichtigung des Erziehungsaufwandes von Eltern verfassungskonform auszugestalten. Dazu sieht der Entwurf die folgenden wesentlichen Maßnahmen vor:

- Anhebung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung zum 1. Juli 2023 um 0,35 Prozentpunkte sowie eine Rechtsverordnungsermächtigung für die Bundesregierung zur kurzfristigen Anpassung des Beitragssatzes,
- Entlastung kinderreicher Familien bei den Beiträgen zur Pflegeversicherung bei gleichzeitiger Erhöhung des Kinderlosenzuschlages,
- Anpassung der Rückzahlungsmodalitäten der Liquiditätshilfe des Bundes,
- Erhöhung des Pflegegeldes und der ambulanten Sachleistungsbeträge jeweils zum 1. Januar 2024 um 5 Prozent,
- Erhöhung der Leistungszuschläge zu den Eigenanteilen in der vollstationären pflegerischen Versorgung ab dem 1. Januar 2024 um 5 bis 10 Prozent,
- Verschiebung der für das Jahr 2024 vorgesehenen Leistungsdynamisierung,
- Verpflichtung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) bis zum 31. Mai 2024 Empfehlungen für eine stabile und dauerhafte Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung unter Beteiligung weiterer Bundesministerien vorzulegen,
- Anpassung der Regelungen zum Pflegeunterstützungsgeld,
- Einführung eines neuen Leistungsanspruches zur Gewährleistung der Versorgung Pflegebedürftiger bei Aufenthalt der Pflegeperson in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ab dem 1. Juli 2024,
- Stärkung der Transparenz im Qualitätsausschuss Pflege und die Einrichtung einer Referentenstelle zur Unterstützung der Betroffenenorganisationen.

Nicht mehr in dem Gesetzentwurf enthalten ist eine Zusammenführung der bislang separaten Beträge für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege zu einem gemeinsamen Jahresbetrag.

b Gesamtbewertung des Gesetzentwurfes

Durch den demografischen Wandel und die explodierenden Pflegekosten (infolge notwendiger Anpassungen der Personalkosten und des inflationären Sachkostenanstieges) steigt der finanzielle Druck auf die soziale Pflegeversicherung. Die Pflegeversicherung hat nach Angaben des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-SV) zum Jahresende 2022 ein Defizit von rund 2,25 Milliarden Euro eingefahren. Die Liquiditätsreserve lag zum Jahresende bei rund 5,7 Milliarden Euro und damit 1,2 Milliarden Euro unter der gesetzlich vorgesehenen Höhe. Ohne Reformen droht für das Jahr 2023 bereits jetzt ein erneutes Defizit in Höhe von 2,4 Milliarden Euro. Trotz der mehr als angespannten Situation in der Langzeitpflege beschränkt sich der Entwurf vor allem auf kurzfristig wirkende Vorschläge. Grundlegende Lösungen zur langfristigen Stabilisierung der pflegerischen Versorgung werden nicht angepackt, sondern vertagt. Zentrale Aspekte des Koalitionsvertrages und vorgesehene Maßnahmen zur Verbesserung der Pflege werden nicht umgesetzt. Das gilt insbesondere für die Finanzierung versicherungsfremder, insbesondere pandemiebedingt entstandenen, Kosten aus Steuermitteln des Bundes. Stattdessen belastet der Gesetzentwurf mit der geplanten Anhebung der Beitragssätze ausschließlich die Beitragszahler*innen, um vornehmlich das drohende Milliardendefizit für das Jahr 2023 auszugleichen. Dass die Bundesregierung künftig per Rechtsverordnung am Parlament als Gesetzgeber vorbei den Beitragssatz in der Pflegeversicherung untergesetzlich anpassen können soll, halten wir für unangebracht, unnötig und undemokratisch. Die vorgesehenen Anpassungen der ambulanten Geld- und Sachleistungen sowie der Leistungszuschüsse zu den Eigenanteilen in der stationären Pflege sind zwar prinzipiell richtig, kommen zum 1. Januar 2024 aber zu spät und können den immensen Kaufkraftverlust der Pflegeleistungen allein durch die jüngste Inflation in 2022 und 2023 nicht annähernd ausgleichen. Die Folge solcher unzureichender Leistungsanpassungen sind steigende Eigenanteile im stationären und spürbare Leistungskürzungen im häuslichen Bereich. Zugleich ist mit der Streichung des gemeinsamen Jahresbetrages eine zentrale Entlastungsregelung, die noch im Referententwurf vorgesehen war, entfallen. Vor diesem Hintergrund vermögen die wenig verbliebenen, begrüßenswerten Einzelmaßnahmen, wie die Ausweitung des Pflegeunterstützungsgeldes, der Leistungsanspruch zur Pflege bei stationärer Reha der Pflegeperson und die Stärkung der Transparenz der Pflegebetroffenenvertretung in der Selbstverwaltung, das negative Gesamtfazit (siehe auch unten d.) nicht entscheidend verbessern. Trotz ihrer bedeutenden Rolle als Teil der Daseinsvorsorge zur Versorgung von Millionen von Pflegebedürftigen in Deutschland schenkt die Bundesregierung der Pflege – insbesondere der Langzeitpflege – nach wie vor nicht die angemessene und notwendige Aufmerksamkeit.

c Zu den einzelnen Regelungskomplexen des Gesetzentwurfs

■ Beitragserhöhung ohne Beteiligung des Bundes

Zu Artikel 1 Nr. 20 b (§ 55 Absatz 1 Satz 1 NEU): Zur Absicherung bestehender Leistungsansprüche der sozialen Pflegeversicherung und der im Rahmen dieser Reform vorgesehenen Leistungsanpassungen soll der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung zum 1. Juli 2023 um 0,35 Prozentpunkte von 3,05 auf 3,4 Prozent des Bruttolohns angehoben werden.

SoVD-Bewertung: Die Stabilisierung der Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung darf **nicht allein** durch Erhöhung des Beitragssatzes zulasten der Versicherten erfolgen. Der Bund muss seiner **Finanzierungsverantwortung** bei den **versicherungsfremden Leistungen** der sozialen Pflegeversicherung nachkommen und endlich seinen Teil zur Stabilisierung der Finanzsituation leisten.

Durch den demografischen Wandel und die explodierenden Pflegekosten (infolge notwendiger Personalkosten und inflationären Sachkostenanstieges) steigt der finanzielle Druck auf die soziale Pflegeversicherung kontinuierlich. Die Pflegeversicherung hat nach Angaben des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-SV) zum Jahresende 2022 ein Defizit von rund 2,25 Milliarden Euro eingefahren. Die Liquiditätsreserve lag zum Jahresende bei rund 5,7 Milliarden Euro und damit 1,2 Milliarden Euro unter der gesetzlich vorgesehenen Höhe. Ohne Reformen droht für das Jahr 2023 bereits jetzt ein erneutes Defizit in Höhe von 2,4 Milliarden. Der Bund leistet Bundeszuschüsse zur Sozialversicherung. Im Jahr 2020 wurde erstmals seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1995 überhaupt ein Bundeszuschuss im Kontext der Corona-Pandemie in Höhe von 1,8 Milliarden Euro an diese gewährt. Zuvor erfolgte die Finanzierung ausschließlich durch Beitragszahlungen im Umlageverfahren. Erst seit dem 1. Januar 2022 erhält die jüngste Säule der Sozialversicherung dauerhaft einen Bundeszuschuss in Höhe von einer Milliarde Euro pro Jahr. Bundeszuschüsse aus Steuermitteln werden pauschal für sogenannte versicherungsfremde Leistungen gezahlt. Das sind Leistungen der Sozialversicherung, die nicht zu deren originären Aufgaben gehören, sondern familienpolitisch motiviert oder von gesamtgesellschaftlichem Interesse sind. Im Falle der Pflegeversicherung sind das beispielsweise Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige, Lohnersatzleistungen wie das Pflegeunterstützungsgeld sowie die pandemiebedingten Mehrbelastungen der Pflegeversicherung. Sie sind aus allgemeinen Steuermitteln zu finanzieren. Bislang mussten die Versicherten mit ihren Beitragsgeldern (bis 2020 ausschließlich) diese finanzieren. Allein die **pandemiebedingten Kosten der sozialen Pflegeversicherung**, die bis heute noch nicht erstattet wur-

den, belaufen sich auf rund 5,5 Milliarden Euro. Im Koalitionsvertrag haben die Koalitionspartner die Finanzierung eben jener Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen und coronabedingte Kosten durch den Bund längst angekündigt. Die Umsetzung brächte eine wichtige und spürbare Kostenentlastung. Vor diesem Hintergrund wäre eine Erhöhung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung grundsätzlich nachvollziehbar, wenn sich der Bund zeitgleich und seiner Finanzierungsverantwortung entsprechend an der Stabilisierung der Finanzsituation durch die Finanzierung der Kosten der versicherungsfremden Leistungen beteiligen würde. Allerdings wäre dann eine Beitragserhöhung kaum mehr erforderlich.

■ Keine Beitragserhöhung am Gesetzgeber vorbei

Zu Artikel 1 Nr. 20 b (§ 55 Absatz 1 Satz 2 NEU): Zur mittelfristigen Sicherung der Zahlungsfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung soll die Bundesregierung ermächtigt werden, ohne Beteiligung des Bundestages als Gesetzgeber durch Rechtsverordnung den Beitragssatz anpassen zu können. Die Anpassung darf nicht höher als 0,5 Beitragssatzpunkte über dem jeweils zuletzt gesetzlich festgesetzten Beitragssatz liegen.

SoVD-Bewertung: Der SoVD protestiert aufs Schärfste gegen diese Regelung, wodurch die Bundesregierung am Bundestag als zuständigen Gesetzgeber vorbei durch einfache, untergesetzliche Rechtsverordnung den gesetzlich festzulegenden Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung erhöhen kann. Für eine solche Ermächtigung besteht weder ein Grund noch Anlass. Zum einen dient die **Liquiditätsreserve** der sozialen Pflegeversicherung zum Ausgleich eines kurzfristig zusätzlichen Finanzierungsbedarfes. Entsprechend sollte die gesetzlich vorgesehene Höhe der Liquiditätsreserve weder unverhältnismäßig herabgesenkt noch unterschritten werden. Trotzdem lag sie allein zum Jahresende 2022 bei rund 5,7 Milliarden Euro und damit 1,2 Milliarden Euro unter der gesetzlich vorgesehenen Höhe. Eine Unterschreitung gilt es künftig zu vermeiden und vorzubeugen. Zum anderen hat gerade der **Gesetzgeber während der Corona-Pandemie** eindrücklich bewiesen, dass gesetzliche Regelungen von erheblicher gesamtgesellschaftlicher Bedeutung im Falle höchster Dringlichkeit in kürzester Zeit umgesetzt und verabschiedet werden können. Dies sollte auch bei erheblich drohender Zahlungsunfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung der Fall sein. Überdies würde bei zuverlässiger Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen durch Steuermittel die Sorge vor einem drohenden Liquiditätsengpass der sozialen Pflegeversicherung deutlich in die Ferne rücken.

■ Weiterhin Rückforderung des Bundesdarlehens

Zu Artikel 1 Nr. 26 b (§ 61a Absatz 2 NEU): Die Rückzahlung der Liquiditätshilfe des Bundes an den Ausgleichsfonds von 1 Milliarde Euro soll nunmehr bis spätestens zum 31. Dezember 2023 zur Hälfte erfolgen. Die verbleibenden 500 Millionen Euro werden bis spätestens zum 31. Dezember 2028 zurückgezahlt. Ursprünglich sollte dies in voller Höhe bis Ende 2023 erfolgen.

SoVD-Bewertung: Anstelle einer angemessenen Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen im Jahr 2022 gewährte der Bund zur Reduzierung des Jahresdefizits der sozialen Pflegeversicherung ein Darlehen für dieses Jahr in Höhe von 1 Milliarde Euro, welches bereits im Folgejahr 2023 getilgt werden sollte. Mit dem Darlehen wurde lediglich ein Teil des Gesamtkostendefizits in das **Folgejahr verschoben**. Trotz der prekären Finanzlage und des erneut drohenden Defizits im Jahr 2023 besteht der Bund weiterhin auf die Rückzahlung der Liquiditätshilfe an den Ausgleichsfonds in Höhe von 1 Milliarde Euro – immerhin „nur“ noch in Höhe der Hälfte der Liquiditätshilfe bis Ende des defizitären Jahres 2023. Der Rest soll ebenfalls bis spätestens 31. Dezember 2028 zurückgezahlt werden. Geboten wäre der Verzicht auf die Rückzahlung der Summe und eine „Umwidmung“ des Darlehens in eine Teilleistung des Bundes für die versicherungsfremden Leistungen für das Jahr 2022.

■ Entlastung kinderreicher Familien richtig finanzieren

Zu Artikel 1 Nr. 26 b (§ 61a Absatz 2 NEU): Der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 7. April 2022 (1 BvL 3/18, 1 BvR 2824/17, 1 BvR 2257/16, 1 BvR 717/16) zur Berücksichtigung des Erziehungsaufwandes von Eltern im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung wird umgesetzt. Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung mit mehreren Kindern werden ab dem zweiten bis zum fünften Kind mit einem Abschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten für jedes Kind entlastet. Nicht berücksichtigungsfähig sind Kinder, die das 25. Lebensjahr bereits vollendet haben. Ab dem fünften Kind bleibt es bei einer Entlastung in Höhe eines Abschlages von insgesamt bis zu 1,0 Beitragssatzpunkten. Der Abschlag gilt bis zum Ablauf des Monats, in dem das jeweilige Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat. Dafür wird der Kinderlosenzuschlag um 0,25 Beitragssatzpunkte auf 0,6 Beitragssatzpunkte angehoben. Für Mitglieder mit einem Kind gilt weiterhin der reguläre Beitragssatz.

SoVD-Bewertung: Die Vorgaben des BVerfG sind umzusetzen. Es betont, dass bei der kinderbedingten besonderen finanziellen und sonstigen Belastung wesentliche Unterschiede in Abhängigkeit von der Anzahl der Kinder auch innerhalb der Gruppe beitragspflichtiger Eltern bestehen. So steige der Umfang des Realaufwandes wie derjenige der

Opportunitätskosten in Abhängigkeit von der Kinderzahl substantiell an, so das BVerfG. Vor diesem Hintergrund stößt die Begrenzung der Entlastung nur bis einschließlich zum fünften Kind auf Unverständnis und verfassungsrechtliche Bedenken. Die Begründung, eine weitere Absenkung hätte zur Folge, dass der Pflegeversicherungsbeitrag so niedrig wäre, dass die Höhe des Beitrags nicht mehr in einem angemessenen Verhältnis zum Wert der versicherten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit stünde, widerspricht den grundlegenden Prinzipien der solidarischen sozialen Pflegeversicherung. Außerdem rücken die Kinder als Beitragszahlende nach. Auch die Zahl der betroffenen kinderreichen Familien mit fünf und mehr Kindern dürfte erheblich höher liegen, wenn gerade Familien mit Kindern über dem 25. Lebensjahr berücksichtigt werden. Die Ausnahmen treffen vor allem die **Rentner*innen** mit Kindern besonders schwer. Sie werden durch das Gesetz in doppelter Weise belastet: Zum einen werden die um Jahre zurückliegenden Kindererziehungszeiten nicht berücksichtigt. Zum anderen müssen Rentner*innen den – nunmehr steigenden – Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung in voller Höhe selbst tragen.

Vor diesem Hintergrund fordern wir vom **SoVD im Interesse der Renter*innen**,

- die Berücksichtigung des Erziehungsaufwandes von Eltern im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung auch für Kinder, die das 25. Lebensjahr bereits vollendet haben und
- die **paritätische** Beteiligung der Deutsche Rentenversicherung an den Beitragszahlungen ihrer Rentner*innen zur Pflegeversicherung.

Auch die alleinige Refinanzierung durch die Erhöhung des Beitragszuschlags für Kinderlose sehen wir problematisch. Dem Gesetzgeber steht es laut BVerfG frei, sich den weitergehenden Differenzierungsspielraum nicht oder nicht vollständig durch die „Umverteilung der Beitragslast“ von Eltern mit mehr Kindern auf Eltern mit weniger Kindern und Kinderlose, sondern (anteilig) auf andere Weise, nämlich durch steuerfinanzierte Bundeszuschüsse oder auch sonstige beitrags- und leistungsseitige Instrumente zu verschaffen. Es ist bedauerlich und bezeichnend zugleich, dass der Gesetzgeber nicht den Weg des steuerfinanzierten Bundeszuschusses wählt.

■ Jährliche Dynamisierung der Leistungen notwendig

Zu Artikel 1 Nr. 14 (§ 30 NEU): Zum 1. Januar 2025 und zum 1. Januar 2028 werden die Geld- und Sachleistungen regelhaft in Anlehnung an die Preisentwicklung automatisch dynamisiert – zum 1. Januar 2025 um 5 Prozent, zum 1. Januar 2028 in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen, nicht jedoch stärker als

der Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmenden im selben Zeitraum. Für die langfristige Leistungsdynamisierung will die Bundesregierung im Rahmen ihrer Überlegungen zur langfristigen Finanzierung der Pflegeversicherung noch in dieser Legislaturperiode Vorschläge erarbeiten.

SoVD-Bewertung: Infolge (bis 2008) versäumter und späterer unzureichender Anpassungen der Pflegeversicherungsleistungen an die Preisentwicklung der vergangenen Jahre konnte ein erheblicher Teil der Wertverluste der Pflegeversicherungsleistungen seit 1995 nach wie vor nicht ausgeglichen werden. Die nach geltendem Recht für das Jahr 2024 vorgesehene allgemeine und dringend notwendige Leistungsdynamisierung wird findet nicht statt und wird verschoben. Eine Dynamisierungsautomatik in Form einer im Gesetz verankerten, automatisch wirkenden Anpassung des Pflegegeldes und der Pflegesachleistung ist grundsätzlich richtig, um den fortschreitenden Wertverlust der Pflegeversicherungsleistungen entgegenzuwirken und so das mit Pflegebedürftigkeit verbundene Armutsrisiko zu mindern. Sie muss aber auch eingehalten werden. Die derzeitig sprunghafte Inflation verdeutlicht zudem, dass ein Drei-Jahres-Rhythmus für die Dynamisierung ungeeignet ist, um auf die zwischenzeitlichen Veränderungen reagieren zu können. Es kommt zu steigenden Pflegekosten bei gleichbleibenden Leistungssummen der sozialen Pflegeversicherung als Teilkostenversicherung. Die Folge sind **steigende Eigenanteile** im stationären und **echte Leistungskürzungen** im ambulanten Bereich zulasten der Pflegebedürftigen. Notwendig ist eine gesetzlich verankerte, **jährlich** automatisch wirkende Dynamisierung der Pflegeleistungen. Als Bezugsgröße sollte die Veränderung der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV gelten. Da diese sich an der Bruttolohnentwicklung orientiert, wäre so berücksichtigt, dass der Wertverlust der Pflegeversicherungsleistungen im Dienstleistungssektor Pflege maßgeblich mit der Entwicklung der Lohnkosten verknüpft ist. Die Funktion, den Wert von Sozialversicherungsleistungen zu erhalten, hat die Bezugsgröße nach § 18 SGB IV bereits für Teile des SGB V.

■ Vorschläge für eine stabile Finanzierung

Zu der Begründung A. II. (Seite 38): Das Bundesministerium für Gesundheit wird bis zum 31. Mai 2024 Empfehlungen für eine stabile und dauerhafte Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung vorlegen. Hierbei soll insbesondere auch die Ausgabenseite der sozialen Pflegeversicherung betrachtet werden. Bei der Erarbeitung der Empfehlungen werden das Bundesministerium der Finanzen, das Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz, das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend beteiligt.

SoVD-Bewertung: Deutschland braucht ein gerechtes und leistungsfähig finanziertes Pflegesystem. Vor diesem Hintergrund unterstützen wir die Einführung einer **solidarischen Bürgerversicherung** zur Absicherung der Pflegerisiken für die gesamte Bevölkerung auf der Grundlage der sozialen Pflegeversicherung. Sie kann gewährleisten, dass alle Bürger*innen den gleichen Versicherungsschutz genießen und unter den gleichen Voraussetzungen Zugang zu den nötigen Leistungen erhalten. Dazu müssen heute bereits erste Weichen gestellt werden. Bis zur Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung brauchen wir einen **umfassenden Morbiditäts- und Finanzausgleich** zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung sowie eine Anhebung der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze zumindest auf das Niveau der Deutschen Rentenversicherung. Die Pflegeversicherung muss auch künftig solidarisch aus Versicherungsbeiträgen und Steuermitteln finanziert werden. Bei der Erhebung der Beiträge muss die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und damit auch weitere Kapitaleinkünfte herangezogen werden, wie Einnahmen aus Vermietung, Verpachtung sowie Kapitaleinkommen. Den Aus- bzw. Aufbau einer kapitalgedeckten Säule der Pflegeversicherung lehnen wir ab. Sie ist nicht für jeden geeignet oder bezahlbar. Gerade für Betroffene mit einem begrenzten Einkommen oder niedriger Rente ist es absehbar, dass die Beiträge für eine private Zusatzversicherung im Alter zu hoch sind. Daran vermögen auch steuerliche Anreize kaum etwas zu ändern.

■ Ambulante Leistungen angemessen erhöhen

Zu Artikel 2 Nr. 4 und 5 (§§ 36 Absatz 3 und § 37 Absatz 1 Satz 3 NEU): Um die häusliche Pflege zu stärken und angesichts lohnbedingt steigender Pflegevergütungen ambulanter Pflegeeinrichtungen werden das Pflegegeld und die ambulanten Sachleistungsbeträge zum 1. Januar 2024 jeweils um 5 Prozent erhöht.

SoVD-Bewertung: Die Erhöhung des Pflegegeldes und der ambulanten Sachleistungsbeträge ist grundsätzlich notwendig und zu begrüßen, kommt aber zum 1. Januar 2024 **zu spät** und fällt in Höhe von lediglich 5 Prozent **zu gering** aus, um den zwischenzeitlichen Kaufkraftverlust der letzten Jahre auch nur annähernd zu kompensieren. Eine unzureichende Anpassung bedeutet in der Realität Leistungskürzungen und den unfreiwilligen Verzicht auf erforderliche Pflege für die Pflegebedürftigen gerade im ambulanten Bereich. Notwendig ist eine o.g. gesetzlich festgeschriebene, jährlich automatisch erfolgende Dynamisierung aller Pflegeleistungen.

■ Nur kurzfristige Entlastung durch Zuschüsse zu Eigenanteilen

Zu Artikel 2 Nr. 12 (§ 43 c NEU): Zur weiteren Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile bei vollstationärer Pflege werden die zum 1. Januar 2022 eingeführten und nach

Verweildauer gestaffelten prozentualen Leistungszuschläge für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 ab dem 1. Januar 2024 abermals wie folgt erhöht:

- Bei einer Verweildauer von unter einem Jahr um 10 Prozent auf 15 Prozent,
- Bei einer Verweildauer von mehr als zwölf Monaten um 5 Prozent auf 30 Prozent,
- Bei einer Verweildauer von mehr als 24 Monaten um 5 Prozent auf 50 Prozent,
- Bei einer Verweildauer von mehr als 36 Monaten um 5 Prozent auf 75 Prozent.

SoVD-Bewertung: Der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE) liegt nach aktuellen Zahlen des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) zum 1. Januar 2023 bundesweit ohne Zuschüsse im Durchschnitt bei 1.139 Euro (vor zwei Jahren noch bei 831 Euro) und variiert je Bundesland erheblich (von einem durchschnittlichen EEE in Höhe von 901 Euro in Sachsen-Anhalt bis hin zu 1.446 Euro in Baden-Württemberg). Eine Reduzierung der Kostenbelastung Pflegebedürftiger bei den pflegebedingten Eigenanteilen ist dringend notwendig. Die zusätzlichen Anpassungen entlasten wenigstens die **finanziell besonders belasteten Langzeitpflegebedürftigen** erheblich. Umso länger eine stationäre Vollzeitpflege beansprucht wird, je höher ist der prozentuale Leistungszuschlag und reduziert die finanzielle Belastung spürbar. Damit werden auch regional bedingte Unterschiede bei dem EEE durch die prozentuale Regelung berücksichtigt.

Doch es zeigt sich, dass der kostenentlastende Effekt der Leistungszuschüsse **nur von kurzer Dauer** ist. Es bleibt dabei, dass prozentuale Leistungszuschüsse nicht vor weiter steigenden Pflegekosten und Eigenanteilen schützen. Insoweit kann von einer „Begrenzung“ des pflegebedingten Eigenanteils keinesfalls die Rede sein. Angesichts des demografischen Wandels und notwendiger Mehrausgaben, etwa für eine angemessene Bezahlung beruflich Pflegenden, wird damit das Problem steigender Eigenanteile erneut lediglich vertagt. Das Kostenrisiko - v.a. im ersten Jahr - verbleibt damit weiter bei den Pflegebedürftigen. Angesichts einer durchschnittlichen Verweildauer in Pflegeheimen zwischen einem und zweieinhalb Jahren (je nach Statistik) ist dies überaus ernüchternd. Die Eigenbeteiligung ohne Zuschüsse beläuft sich in der stationären Versorgung auf durchschnittlich 2.468 Euro monatlich (Quelle: vdek 1. Januar 2023) und übersteigt auch bei einem Leistungszuschuss von derzeit 70 Prozent mit einem EEE von 1.671 Euro monatlich im Bundesdurchschnitt die Durchschnittsrente in Deutschland von rund 1.276 Euro (Männer) bzw. 1.060 Euro (Frauen) (Quelle: DRV, Aktuelle Daten 2023) bei weitem. Diese Summe ist für viele pflegebedürftige Rentner*innen nicht mehr aus ihrer Rente finanzierbar.

Wir vom SoVD setzen uns für eine solidarische **Pflegevollversicherung mit Sachleistungscharakter** ein. Sie trägt die im Einzelfall zur Pflege, Betreuung und Teilhabe erforderlichen Aufwendungen und sichert damit das Pflegerisiko vollständig ab. Umfasst sind dabei alle Leistungen zur Pflege und Betreuung, die notwendig, wirtschaftlich und zweckmäßig sind. Die Kosten übernimmt die Solidargemeinschaft. Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII werden damit weitgehend entbehrlich. Bis zur Einführung der Pflegevollversicherung ist eine angemessene Begrenzung der Eigenanteile notwendig (etwa in Form des sogenannten Sockel-Spitze-Tausches), um die pflegebedürftigen Menschen finanziell zu entlasten und vor weiter steigenden Pflegekosten zu schützen.

Neben den steigenden EEE haben sich die **Investitionskosten** in der stationären Pflege in den letzten Jahren zu einem großen Kostenfaktor für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen entwickelt. Sie machen mittlerweile mit 472 Euro (Quelle: vdek) im Bundesdurchschnitt einen erheblichen Anteil der finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen aus. Die Länder sind nach § 9 SGB XI verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlich pflegerischen Versorgungsstruktur. Dies umfasst auch die finanzielle Unterstützung bei den betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen von Pflegeeinrichtungen. Anstatt ihrer Verantwortung bei der Finanzierung der Pflegeeinrichtungen nachzukommen, werden die Investitionskosten – mit Billigung der Länder – von den Pflegeeinrichtungen den Pflegebedürftigen zusätzlich in Rechnung gestellt. Die Länder müssen endlich Verantwortung übernehmen. Dies würde nebenbei zu mehr Kontrolle und Aufsicht über die Höhe der geltend gemachten Investitionskosten führen, wodurch letztlich die Investitionskosten insgesamt gesenkt werden könnten.

■ Pflegeunterstützungsgeld als Jahresanspruch

Zu Artikel 2 Nr. 13 (§ 44a NEU): Das Pflegeunterstützungsgeld soll künftig pro Kalenderjahr statt einmalig für bis zu zehn Arbeitstage für jeden pflegebedürftigen nahen Angehörigen in Anspruch genommen werden können. Die Änderung dient dem Ziel der weiteren Unterstützung und Verbesserung des häuslichen Pflegearrangements und soll Beschäftigte, die sich neben ihrer Beschäftigung um pflegebedürftige nahe Angehörige kümmern, in einer akut aufgetretenen Pflegesituation entlasten.

SoVD-Bewertung: Wir begrüßen die Klarstellung zum Pflegeunterstützungsgeld. Nach derzeitiger Rechtslage ist der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld auf „insgesamt zehn Arbeitstage“ begrenzt. Die Änderung stellt klar, dass es sich bei dem Anspruch auf das Pflegeunterstützungsgeld grundsätzlich um einen Jahresanspruch handelt. Dies gilt auch, wenn mehrere Beschäftigte das Recht auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen geltend machen.

■ Sicherstellung der Pflege bei Reha der Pflegeperson

Zu Artikel 2 Nr. 7 (§ 42a NEU): Es wird ein neuer Leistungsanspruch zur Gewährleistung der Versorgung Pflegebedürftiger bei Aufenthalt der Pflegeperson in einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ab dem 1. Juli 2024 eingeführt. Danach besteht unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit zur Mitaufnahme des Pflegebedürftigen in die stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung der Pflegeperson.

SoVD-Bewertung: Der neue Leistungsanspruch ist ausdrücklich zu begrüßen. Oftmals sind Pflegepersonen durch die Pflege An- und Zugehöriger faktisch daran gehindert, den Anspruch auf Rehabilitation geltend zu machen. Der neue Leistungsanspruch kann die Versorgung der Pflegebedürftigen während dieser Zeit gewährleisten und gleichzeitig die Rehabilitation der Pflegeperson ermöglichen.

■ Stärkung der Transparenz und Betroffenenvertretung

Zu Artikel 1 Nr. 39 (§ 113b Absatz 3 a und Absatz 6 NEU): Die beschlussfassenden Sitzungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses sind künftig in der Regel öffentlich und werden zeitgleich als Live-Video-Übertragung im Internet angeboten sowie in einer Mediathek zum späteren Abruf verfügbar gehalten. Die nicht öffentlichen Beratungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses, insbesondere auch die Beratungen in den vorbereitenden Gremien, bleiben einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften vertraulich. Zudem ist ab dem 1. September 2023 dauerhaft zusätzlich eine Referent*innenstelle zur Unterstützung der nach § 118 SGB XI maßgeblichen Interessensvertretungen beim Qualitätsausschuss Pflege einzurichten. Die Interessensvertretungen haben das Recht, die Stelle zu besetzen und den Arbeitsort in Abstimmung mit der Geschäftsstelle zu bestimmen.

SoVD-Bewertung: Der Qualitätsausschuss Pflege ist v.a. mit der Entwicklung von neuen Verfahren zur Qualitätsprüfung und Qualitätsberichterstattung beauftragt. Trotz dieser hohen Bedeutung für die pflegerische Versorgung sind die Beratungen und Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss und im erweiterten Qualitätsausschuss gegenwärtig nicht öffentlich. Um Transparenz über die Arbeit des Qualitätsausschusses zu schaffen, ist es richtig, den bisherigen strikten Grundsatz der Vertraulichkeit aufzugeben. Dies schafft die **Möglichkeit für die Öffentlichkeit**, Entscheidungsprozesse besser nachvollziehen zu können. Zur Sicherstellung der demokratischen Legitimation hat die Öffentlichkeit Anspruch auf Information, Kontrolle und Kritik. Es bestehen keine Gründe, nach denen die Sitzungen einschließlich der hierzu gefertigten Niederschriften nicht öffent-

lich sein dürften. Geschützte Denk- und Kommunikationsbereiche sind im Übrigen weiterhin in den vorbereitenden Arbeitsgruppen vorhanden. Damit folgt der Qualitätsausschuss dem Gemeinsamen Bundesausschuss, dessen Beratungen ebenfalls nach § 91 Abs. 7 SGB V in der Regel zurecht öffentlich sind.

An den Beschlüssen und Entscheidungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses wirken nach § 118 SGB XI die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen ohne Stimmrecht beratend mit. Als einer der maßgeblichen Verbände begrüßt der SoVD die Einrichtung einer Referent*innenstelle ausdrücklich. Sie dient zur inhaltlichen und organisatorischen Unterstützung bei der Wahrnehmung und Umsetzung der **im gesetzlichen Auftrag handelnden Betroffenenorganisationen**, ähnlich der Stabstelle Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss. Entsprechend ist die nähere Ausgestaltung der Modalitäten der Referent*innenstelle zurecht den Betroffenenverbänden überlassen.

■ Gemeinsames Pflegebudget entfällt

Ursprünglich sah der Referentenentwurf des PUEG vor, die bisher separat vorgesehenen Leistungsbeträge für Leistungen der Verhinderungspflege und für Leistungen der Kurzzeitpflege mit Wirkung zum 1. Januar 2024 in einen neuen Gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege zusammen zu führen. Damit sollte für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege künftig ein Gesamtleistungsbetrag zur Verfügung stehen, den die Anspruchsberechtigten nach ihrer Wahl flexibel für beide Leistungsarten einsetzen können. Dieser hätte in Höhe von bis zu insgesamt 3.386 Euro pro Kalenderjahr zur Verfügung gestanden. Die Regelungen für ein gemeinsames Pflegebudget wurde jedoch aus dem Entwurf gestrichen.

SoVD-Bewertung: Die Streichung der Regelungen für ein gemeinsames Pflegebudget ist außerordentlich bedauernd. Seit Jahren setzt sich der SoVD für die Einführung eines flexiblen Pflegebudgets ein. Die Zusammenlegung der Verhinderungs- und der Kurzzeitpflege zu einem Jahresbudget hätte eine flexible und bedarfsgerechte Versorgung bei gleichzeitiger spürbarer Entlastung pflegender Angehöriger bedeutet. Die Streichung ist erkennbar allein haushaltspolitisch motiviert und den erwarteten Mehrausgaben geschuldet. Mit der Streichung des gemeinsamen Jahresbetrags ist eine zentrale Entlastungsregelung dieses Gesetzvorhabens entfallen.

d Fazit zum Gesetzentwurf

Angesichts der erheblichen finanziellen Belastungen der Versicherten durch den Gesetzentwurf bei gleichzeitiger Vermeidung einer angemessenen steuerfinanzierten Beteiligung des Bundes an der Finanzierung fallen die wenigen positiven Regelungen des Gesetzentwurfs in einer Gesamtschau bedauerlicherweise kaum mehr spürbar ins Gewicht, sodass das Gesetz seinem Namen (Pflegeunterstützungs- und entlastungsgesetz) nicht gerecht wird. Anstatt ausschließlich die Beitragszahlenden zu belasten, muss der Bund seiner Finanzierungsverantwortung endlich nachkommen und seinen Beitrag zur Stabilisierung der Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung mit Steuermitteln leisten. Im Hinblick auf die gegenwärtige und künftige Ausgestaltung der Pflegeversicherung hält der SoVD an einer solidarischen Finanzierung aus Beitragsgeldern und Steuerzuschuss weiterhin fest. Erneut bleibt die Regierung einer Gesamtlösung zur Zukunft der pflegerischen Versorgung in Deutschland schuldig. Es wird deutlich, dass die Langzeitpflege trotz der alarmierenden Situation nach wie vor keinen bedeutenden politischen Stellenwert in der Regierung einnimmt.

2 Zum Antrag der Fraktion DIE LINKE

Unter Verweis auf den finanziellen Zustand der sozialen Pflegeversicherung bleibt die Bundesregierung nach Auffassung der Antragsteller*innen ein Konzept für eine nachhaltige und gerechte Finanzierung schuldig. Erforderlich sei eine finanzielle Sanierung der Pflegeversicherung, bessere Leistungen für Versicherte und bessere Löhne für die in der Pflege Beschäftigten. Die Antragstellenden fordern die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf vorzulegen, der übergangsweise Steuermittel des Bundes einsetzt, die Beitragsbemessungsgrenze wie auch die Jahresarbeitsentgeltgrenze (Versicherungspflichtgrenze) abschafft, die Beitragspflicht auf alle Einkommensarten ausweitet, in einem ersten Schritt die private Pflegeversicherung in den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung einbezieht und erste Maßnahmen zur Einbeziehung der privat Pflegeversicherten in das System der sozialen Pflegeversicherung vorsieht. Des Weiteren sollen die in dem Gesetzentwurf der Bundesregierung genannten Leistungen um 20 Prozent (statt in der Regel 5 Prozent) erhöht und eine jährlich erfolgende Leistungsdynamisierung eingeführt sowie eine „Konzertierte Aktion Langzeitpflege“ gestartet werden, um Pflegeberufe attraktiver zu gestalten.

SoVD-Bewertung: Der SoVD teilt die Anliegen des Antrages weitestgehend. Ein Steuerzuschuss des Bundes in Höhe der versicherungsfremden Leistungen zur Pflegeversicherung ist systemgerecht und brächte eine spürbare Kostenentlastung. Die Beitragsbemessungsgrenze sollte zumindest auf das Niveau der Deutschen Rentenversicherung

angehoben werden. Richtig ist auch eine Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze. Zu-
recht wird die Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die Beitragspflicht gefordert.
Bis zur Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung ist ein umfassender Morbidi-
täts- und Finanzausgleich zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung einzufüh-
ren. Die Pflegeversicherungsleistungen sind zum Ausgleich der (bis 2008) versäumten
und späterer unzureichender Anpassungen an die Preisentwicklung der vergangenen
Jahre nachzuholen und künftig jährlich dynamisch anzupassen. Maßnahmen zur weite-
ren Stärkung der Attraktivität der Pflegeberufe werden befürwortet. Ergänzend wird auf
die vorgenannten Ausführungen verwiesen.

Berlin, 8. Mai 2023

DER BUNDESVORSTAND
Abteilung Sozialpolitik

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)105(9)
gel. VB zur öffent. Anh. am
10.05.2023 - PUEG
09.05.2023



Bundesverband e.V.

Stellungnahme

zum Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz – PUEG), BT-Drs. 20/6544 vom 25.04.2023

und

zum Antrag „Gute Pflege stabil finanzieren“ der fraktion DIE LINKE, BT-DRS. 20/6546 vom 25.04.2023.

AWO Bundesverband e. V.

Blücherstr. 62/63

10961 Berlin

Telefon: (+49) 30 – 263 09 – 0

Telefax: (+49) 30 – 263 09 – 325 99

E-Mail: info@awo.org

Internet: awo.org

Verantwortlich: Claudia Mandrysch

Ansprechpartner: Claus Bölicke

E-Mail: claus.boelicke@awo.org

© AWO Bundesverband e. V.

Berlin, 08. Mai 2023

Allgemeine Vorbemerkungen

Der Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bundesverband e. V. bedankt sich für die Einladung zur öffentlichen Anhörung "Unterstützung und Entlastung in der Pflege" am 10. Mai 2023 und die Möglichkeit, zum Pflegestärkungs- und Entlastungsgesetz (PUEG) sowie weiteren Anträgen Stellung nehmen zu dürfen.

Die AWO nimmt zu den Regelungen des Themenkomplexes der Leiharbeit im PUEG einzelverbandlich Stellung und verweist zu den weiteren Themen des Gesetzentwurfs auf die gemeinsame Stellungnahme der in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) kooperierenden Verbände in der Anlage.

Des Weiteren nimmt die AWO nachfolgend auch Stellung zum Antrag „Gute Pflege stabil finanzieren“ der Fraktion DIE LINKE.

Pflegestärkungs- und Entlastungsgesetz (PUEG): Stellungnahme zu den Regelungen im Gesetzentwurf zur Leiharbeit (Artikel 1, §§ 75, 83c und 113c)

In den letzten Jahren ist laut Statistischem Bundesamt der Anteil der Leiharbeitnehmenden in der Altenpflege um über 30 % gestiegen. Gemeinnützige Einrichtungen und Dienste stehen durch den Mangel an Pflegefachkräften vor dem Dilemma, die Mehrkosten, die durch den Einsatz von Leiharbeitskräften auf sie zukommen, entweder in der Höhe von bis zu 400% aus eigenen Mitteln zu tragen oder die Belegung zu stoppen, was bis hin zur Schließung von Gruppen und Einrichtungen führen kann. Nicht nur in den dramatischen Corona-Ausbruchsituationen war Leiharbeit oft das letzte Mittel, um die Versorgung aufrecht zu erhalten. Auch nach der Pandemie werden Einrichtungen und Dienste in gewissem Umfang weiterhin darauf angewiesen sein, akute Personalausfälle kompensieren zu können. Dennoch ist Leiharbeit aus Sicht der AWO stets das letzte Mittel und sollte nie der Regelfall sein.

Zur Eindämmung der Leiharbeit aus Sicht der AWO sind dazu vor allem folgende Maßnahmen notwendig:

1. Leiharbeit ist ein Symptom prekärer Arbeitsbedingungen in der Pflege. Diese Ursache ist anzugehen. Politik, Kostenträger und Träger von Einrichtungen und Diensten der Pflege müssen weiter gemeinsam an der Attraktivität des Pflegeberufs und für bessere Arbeitsbedingung vor Ort arbeiten (Bezahlung, mehr Personal, verlässliche Dienstplangestaltung etc.).
2. Es sind sinnvolle, alternative Konzepte zur Leiharbeit für akute Personalengpässe in den Einrichtungen und Diensten einzuführen und zu fördern, wie z. B. die Bildung von Springerpools. Wobei hier der Fokus derzeit nur auf trägerinternen Pools liegen kann, solange bei trägerübergreifenden Poollösungen die rechtlichen Fragestellungen bzgl. der Arbeitnehmerüberlassung nicht geklärt wurden. Personalpools und zusätzliche Personalstellen im Rahmen betrieblicher Ausfallkonzepte sind grundsätzlich Sachgründe, für die eine über die tarifliche Bezahlung hinaus gerechtfertigte höhere Bezahlung möglich sein und refinanziert werden müssen.

3. Leiharbeit muss durch klare Regulierung begrenzt werden. Das beinhaltet sowohl die Begrenzung der Stundenverrechnungssätze bzw. Vermittlungsgebühren der Leiharbeitsfirmen als auch das Besserstellungsverbot von Leiharbeitenden gegenüber der Stammebelegschaft von Pflegeeinrichtungen und -diensten. Analog zum Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) könnten die Stundenverrechnungssätze für die Leiharbeitnehmenden auf das 1,5fache des durchschnittlichen einschlägigen Bruttoarbeitslohns inklusive Arbeitgeberkosten begrenzt werden. Gleiche Regelungen in der Langzeitpflege und im Krankenhaus würden Anreize zur Abwanderung von Leiharbeitnehmenden ins Krankenhaus verhindern. Vermittlungsgebühren werden im Vorschlag der DKG auf 15 Prozent des Jahresbruttogehalts des Leiharbeitnehmenden begrenzt, was insgesamt aus Sicht der AWO sinnvoll wäre.
4. Eine weitere Ungleichbehandlung zwischen Langzeitpflege und Krankenhaus stellt die Nichtbeteiligung an den Kosten der generalistischen Ausbildung dar, da dieser Zweig sich bislang nicht an der Refinanzierung des Gesamtbudgets zur Finanzierung der Ausbildungskosten beteiligt. Dies muss dringend geändert werden.

Die Begrenzung von Leiharbeit durch ein Verbot von deren Refinanzierung, wie in PUEG mit dem § 82c Absatz 2b SGB XI geplant, stellt dagegen keinen sinnvollen Lösungsansatz zur Lösung des Problems dar. Vielmehr muss Leiharbeit unter den oben beschriebenen Bedingungen der Begrenzung und Regulierung sowie weiteren flankierenden Maßnahmen vollständig in den Pflegsätzen und Vergütungen berücksichtigt werden. Ansonsten drohen in letzter Konsequenz Qualitätsverluste und Kapazitätsabbau in den Pflegeeinrichtungen und -diensten.

Ferner muss aufgrund der obigen Ausführungen bezweifelt werden, dass das Problem der Leiharbeit allein durch Regelungen im SGB XI gelöst werden kann. Vielmehr werden hier auch entsprechende Änderungen im Arbeitnehmerüberlassungsgesetz (AÜG) und ggf. weiteren rechtlichen Grundlagen notwendig.

Änderungsbedarf

§ 82c Absatz 2b: Begrenzung der Refinanzierung des Leiharbeitnehmendenentgelts und der Vermittlungsgebühr

Die Entgelte für Personal, das Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen ohne direktes Arbeitsverhältnis mit der zugelassenen Pflegeeinrichtung erbringen, insbesondere für Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes sowie für Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer, die im Rahmen eines Werk- oder Dienstleistungsvertrags eingesetzt werden, gelten die Regelungen nach Absatz 1 und 2 für Beschäftigte, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen mit direktem Arbeitsverhältnis mit der zugelassenen Einrichtungen erbringen, mit der Maßgabe, dass die Stundenverrechnungssätze nicht mehr als das 1,5fache der in Absatz 1 genannten Gehälter und des in Absatz 2 genannten Entlohnungsniveaus beträgt. Die Zahlung von Vermittlungsentgelten, die 15 Prozent des Jahresbruttogehalts des Leiharbeitnehmers oder der Leiharbeiterin nicht übersteigen, kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.

§ 72 Absatz 2a neu: Refinanzierung von Springerpools

Nach Absatz 2 wird ein neuer Absatz 2a eingefügt:

Als sachlicher Grund gilt insbesondere die Bildung eines Personalpools, auch trägerübergreifend, sowie zusätzliche Pflegepersonalstellen im Rahmen vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal.

Antrag „Gute Pflege stabil finanzieren“

Die Arbeiterwohlfahrt warnt vor einem Kollaps der Pflegefinanzierung in Deutschland, denn die Situation ist heute so dramatisch wie nie zuvor. In Deutschland gibt es rund fünf Millionen pflegebedürftige Menschen und 780.000 Beschäftigte in der Altenpflege. Im Pflegeheim liegt der durchschnittlich zu leistende Eigenanteil für Pflegebedürftige inzwischen bei fast 2.500 Euro, die Sozialhilfequote liegt bei einem Drittel. Für 2022 beträgt das Defizit der sozialen Pflegeversicherung 2,25 Mrd. Euro, für 2023 wird ein Defizit in Höhe von 3 Mrd. Euro erwartet. Der Finanzierungsbedarf beträgt allein für die kurzfristige Stabilisierung in 2023 mindestens 4,5 Mrd. Euro.

Die Arbeiterwohlfahrt hat deshalb in den letzten Jahren immer wieder sozialpolitische Initiativen gestartet, wie z. B. 2019 die Petition „[Eigenanteil bei stationärer Pflege begrenzen!](#)“ mit 74 Tausend Unterschriften oder aktuell im Februar diesen Jahres, die Resolution „[Rettet die Pflege!](#)“. Darin warnt die AWO davor, dass das Pflegesystem in Deutschland kollabiert, wenn die Finanzen der Pflegeversicherung nicht substantiell und nachhaltig in einer Strukturreform angegangen werden. Das entspricht auch den Erwartungen der Bevölkerung, den Erwartungen der rund fünf Millionen pflegebedürftigen Menschen und ihren pflegenden Angehörigen und den Erwartungen der rund 780 Tausend Beschäftigten in der Altenpflege. Die AWO unterstützt daher Forderungen nach

- einer verlässlichen und planbaren Absicherung des Pflegerisikos
- Kostensenkungen für pflegebedürftige Menschen und einer Begrenzung der Eigenanteile
- einer solidarischen und paritätischen Finanzierung von Pflege
- einer Erweiterung der Einnahmen der Pflegeversicherung im Umlagesystem
- Steuerzuschüssen für versicherungsfremde Leistungen sowie
- der Verankerung der Pflege als zentralen Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge.

Das dies auch rechtlich möglich wäre, zeigt u. a. das [Gutachten zur Umsetzbarkeit einer Bürgerversicherung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit](#) der Professoren Greß und Bieback von 2013 im Auftrag des AWO Bundesverbands.



Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von
Menschen mit Behinderung und chronischer
Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
BAG SELBSTHILFE
Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf
Tel. 0211/31006-0
Fax. 0211/31006-48

Stellungnahme der

**Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE
von Menschen mit Behinderung,
chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
(BAG SELBSTHILFE)**

zum

**Gesetzentwurf der Fraktionen SPD,
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP:**

**Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Ent-
lastung in der
Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz
- PUEG)
(BT-Drucksache 20/6544),**

**Antrag der Fraktion AfD
„Pflegeversicherung - Bürokratie abbauen, Pflegebe-
dürftige und ihre Angehörigen entlasten“
(BT-Drucksache 20/4669),**

**Antrag der Fraktion DIE LINKE.
„Gute Pflege stabil finanzieren“
(BT-Drucksache 20/6546)**

**- Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des
Deutschen Bundestages am 10. Mai 2023 -**

Als Dachverband von 125 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und deren Angehörigen sowie von 13 Landesarbeitsgemeinschaften teilt die BAG SELBSTHILFE zwar das Ziel der Bundesregierung, **Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zu entlasten und hält die vorgesehenen Maßnahmen grundsätzlich auch für begrüßenswert; allerdings hält sie sie gleichzeitig in keiner Weise für ausreichend.** Betroffene und ihre Angehörige haben in stationären Einrichtungen derzeit mit Kostensteigerungen von teilweise über 500 € zu kämpfen. Gegenüber 2018 sind die Kosten für einen **Heimplatz im Schnitt bundesweit von 1.772 auf 2.411 €** gestiegen, ein Plus von 36 Prozent; gegenüber dem letzten Jahr fand eine Erhöhung von 13 Prozent statt. Wie finanziell überlastet die Betroffenen und ihre Angehörigen derzeit sind, zeigt sich auch daran, dass die Zahl der pflegebedürftigen Personen, die in einer stationären Einrichtung auf Sozialhilfe angewiesen sind, steigt und voraussichtlich weiter steigen wird.

Im Koalitionsvertrag wurde festgelegt, dass die **Eigenanteile** begrenzt und berechenbar gemacht werden sollen; dies ist durch die vorgesehene Maßnahme nicht gewährleistet, vielmehr braucht es für den Bereich der pflegebedingten Kosten in der stationären Pflege **dringend den - auch im Antrag der Fraktion DIE LINKE - angesprochenen Sockel-Spitze-Tausch** mindestens auf dem Niveau des Vorjahres, eine **Übernahme (und Kontrolle) der Investitionskosten durch die Länder und eine bessere Kontrolle der Kosten für Unterkunft und Verpflegung.** Ferner muss auch der Ausgleich der medizinischen Behandlungspflege, der im Koalitionsvertrag

vorgesehen wurde, dringend umgesetzt werden, um so mittelbar die Pflegebedürftigen und ihre Familien von Kosten im Bereich der stationären Pflege zu entlasten.

Doch auch im ambulanten Bereich bedarf es dringend entsprechender Erhöhungen über die vorgesehenen Verbesserungen hinaus. Nach wie vor sind pflegende Angehörige der größte Pflegedienst der Nation; sie werden derzeit aber nicht entlastet, sondern eher zusätzlich belastet, etwa durch tariflich bedingte Kostensteigerungen bei den Pflegesachleistungen. Hier benötigen die Pflegebedürftigen und ihre Familien dringend eine Erhöhung um mehr als 5 Prozent. Denn tarifliche Steigerungen und sonstige Erhöhungen aufgrund der Inflation seitens der Pflegedienste führen dazu, dass die Betroffenen immer weniger Leistungen für diese Beträge einkaufen können. Dies ist umso schwieriger, als sie wegen der steigenden Lebenshaltungs- und Energiepreise auch immer weniger eigene Mittel für pflegebedingte Leistungen aufwenden können und so eine private Kompensation der fehlenden Leistungen nicht mehr möglich ist, die in der Vergangenheit vielleicht noch in Einzelfällen gelungen ist. Hier fordert die BAG SELBSTHILFE eine Erhöhung der Leistungen über die 5 Prozent hinaus und ab 2024 eine jährliche Dynamisierung, die sich gemischt an Verbraucherpreisen und tatsächlichen Kostensteigerungen im Bereich der Pflegesachleistungen orientiert.

Eine deutlich stärkere Erhöhung fordert die BAG SELBSTHILFE im Bereich des Pflegegeldes: Bereits Ende 2020 hat die Bundesregierung die Erhöhung des Pflegegeldes um 5 Prozent für notwendig erachtet, eine Umsetzung erfolgte jedoch nicht. Zuletzt wurde das **Pflegegeld** 2017 angepasst, seitdem hat es Teuerungen unterschiedlichster Art gegeben, zuletzt mit hoher Inflation in dramatischem Ausmaß; insgesamt beinhaltet die Entwicklung der Verbraucherpreise bis heute eine Erhöhung um 17,7 Prozent seit 2017. Hier bedarf es nun endlich - ähnlich der Forderung im Antrag der Fraktion DIE LINKE - einer zeitnahen Erhöhung zum 1. Juli diesen Jahres um 18 Prozent, die diese hohen Belastungen der Betroffenen und ihren Familien ein Stück weit auffängt; dies hätte aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE längst erfolgen müssen und sollten sich bei einer jährlichen Dynamisierung - wie auch die Pflegesachleistungen - an der Verbraucherinflation und den Kostensteigerungen im Bereich der Pflegesachleistungen orientieren.

Ebenfalls kritisch wird die **Erhöhung der Beiträge zur Pflegeversicherung** von der BAG SELBSTHILFE gesehen, zumal diese nicht dazu dient, die vorhandenen strukturellen Probleme der Pflegeversicherung dauerhaft zu lösen; gleichzeitig dürfte es zu der Erhöhung angesichts des Defizites der Pflegeversicherung und der Maßgaben des Bundesverfassungsgerichtes nur wenig Alternativen geben. Die BAG SELBSTHILFE hält allerdings die vorgesehene zukünftige Anpassung ohne parlamentarische Beteiligung für schwierig. Insgesamt wäre zur Abfederung der enormen Kostensteigerungen dringend ein höherer Steuerzuschuss vorzusehen.

Ausdrücklich und uneingeschränkt **zu begrüßen ist hingegen die Errichtung einer Stabsstelle für den Bereich der Pflege und die Schaffung von Transparenz im Qualitätsausschuss**. Die Komplexität der verschiedenen Aufgaben und Arbeitsgruppen im Qualitätsausschuss bedarf dringend personeller Unterstützung, wie sie ja auch im Gemeinsamen Bundesausschuss bereits seit 2008 - angesichts der Größe des GBA in deutlich größerem Umfang - zur Verfügung steht. Ebenfalls begrüßt wird die nunmehr vorgesehene **Patientenbeteiligung der Verbände nach § 118 beim Kompetenzzentrum für Digitalisierung und Pflege**, die im Referentenentwurf noch nicht enthalten war.

Zu den Vorschriften im Einzelnen nimmt die BAG SELBSTHILFE wie folgt Stellung:

1. Förderprogramm für digitale und technische Anschaffungen (§ 8 Abs. 8 SGB XI GesE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt es, dass das bereits seit 2019 bestehende Förderprogramm für digitale und technische Anschaffungen in Pflegeeinrichtungen (§ 8 Abs. 8 SGB XI) bis Ende 2030 verlängert und um einen weiteren Zweck erweitert wird: In Zukunft sollen Bewohner*innenzimmer in Pflegeheimen mit Internet- und WLAN-Anschlüssen aus Mitteln des Förderprogramms ausgestattet werden können.

Auch die Förderfähigkeit von Aus-, Fort- und Weiterbildung zu den digitalen Kompetenzen des Pflegepersonals sowie der Bewohner*innen wird positiv gesehen.

Weitergehend setzt sich die BAG SELBSTHILFE aber dafür ein, dass sich Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nicht ausschließlich auf die Gewährung von Leistungen nach dem SGB XI beschränken dürfen. Vielmehr ist dem Aspekt der selbstbestimmten Teilhabe im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention und des SGB IX mehr Beachtung als bisher zu schenken und die barrierefreie Zugänglichkeit zum Internet und sozialen Medien sicherzustellen. Dies ist derzeit - ebenso wie der förderfähige WLAN Zugang in den allermeisten Pflegeheimen - nicht der Fall.

2. Erweiterung der Beteiligung der Verbände nach § 118 SGB XI, Beteiligung an den Begutachtungsrichtlinien (§ 17 SGB XI GesE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die Maßgabe, dass der MD Bund auf schriftliche Positionierungen der Pflegebedürftigenorganisationen, denen er nicht folgt, reagieren und die Gründe mitteilen muss, weswegen er hier anderer Auffassung ist. Dies ist aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE ein hilfreiches Instrument, um der Auseinandersetzung mit den Argumenten der Pflegebedürftigenvertretung ein zusätzliches Gewicht zu geben.

Die BAG SELBSTHILFE hält es aber nicht für zielführend, dass für die Erstellung der Dienstleistungsrichtlinien offenbar keine Beratungsbeteiligung der Organisationen nach § 118 SGB XI, sondern nur eine Stellungnahmemöglichkeit vorgesehen ist. Gerade im Bereich des - leider oft ungenügend sensiblen - Umgangs mit Pflegebedürftigen haben die Verbände umfangreiche Erfahrungen und ein ureigenstes Interesse an einer Verbesserung; gerade diese Erfahrungen und mögliche Verbesserungsvorschläge sollten sie im Rahmen einer Beratungsbeteiligung einbringen können; andernfalls besteht das Risiko, dass sich die Richtlinien wiederum im Wesentlichen an den Handlungslogiken der entsprechenden Institutionen orientiert und nicht - wie es an der Stelle besonders offensichtlich ist - notwendigerweise an den Bedarfen der Pflegebedürftigen. Vor diesem Hintergrund wäre hier ein Mitberatungsrecht der Verbände nach § 118 vorzusehen, welches auch die oben angesprochene Maßgabe einer schriftlichen Rückäußerung auf Positionen beinhaltet, denen nicht gefolgt wird. Mindestens sollte die Gelegenheit auch zur mündlichen Stellungnahme eröffnet werden, wie sie auch bei den Beratungen zum Hilfsmittelverzeichnis üblich ist. Zwar haben die Verbände nach § 118 durch ihre Beteiligung im Verwaltungsrat des

Medizinischen Dienstes eine stärkere Stellung, allerdings betrifft dies nicht zwingend die Auseinandersetzung mit allen Details einer Stellungnahme.

3. Beauftragung zur Begutachtung, telefonische oder videogestützte Begutachtung (§ 18ff. SGB XI GesE)

Die BAG SELBSTHILFE hält es für sinnvoll, § 18 Abs. 5 zur Verbesserung der Wahlmöglichkeiten der Betroffenen zu erweitern: Sofern die Antragsteller kein Einverständnis in die Begutachtung in seinem Wohnbereich erteilen, aber Ärzte und Pflegekräfte von der Schweigepflicht entbinden, sollte aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE die Möglichkeit eingeräumt werden, dass eine Prüfung unter Beteiligung der behandelnden Ärzte und Pflegedienste bzw. Pflegeeinrichtungen i.S. eines Assessments durchgeführt werden kann.

Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE sollte **eine Begutachtung im Wohnbereich zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Grundsatz der Regelfall** bleiben - wie es auch § 18a zu Recht festlegt; dies sollte uneingeschränkt für Erstbegutachtungen gelten. Wenn es jedoch bei **Folgebegutachtungen den Wunsch des Betroffenen und der Angehörigen gibt**, sollte es grundsätzlich möglich sein, hier eine telefonische oder videogestützte Form der Begutachtung durchzuführen, jedenfalls außerhalb von (Folge-)Begutachtungen von Kindern, bei seltenen Erkrankungen, bei Krankheiten mit schwer abschätzbarem Verlauf mit der Notwendigkeit persönlichen Augenscheins oder bei der Notwendigkeit der Feststellung eines Hilfsmittelbedarfes, die sich für diese Form des Verfahrens nicht eignen und bei denen eine Begutachtung vor Ort auch bei Folgebegutachtungen notwendig ist. **Der Wunsch des Versicherten sollte jedoch zwingende Voraussetzung für eine solche Abweichung vom Regelfall der persönlichen Begutachtung bei Folgebegutachtungen sein**; es sollte zudem sichergestellt sein, dass der Wunsch nach telefonischer bzw. videogestützter Begutachtung von den Betroffenen selbst ohne entsprechende Einflussnahme der Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes kommt.

Die Regelungen des § 18c Abs. 2 werden zwar seitens der BAG SELBSTHILFE begrüßt, allerdings noch für ergänzungsbedürftig gehalten: Zum einen sollte das Gutachten in barrierefreier Form übersandt werden; zum anderen sollte § 18 c Abs.2

SGB XI GesE auch eine über die übliche Rechtsbehelfsbelehrung hinausgehende verständliche Belehrung des Antragsstellers über seine Widerspruchsmöglichkeit vorsehen. Ferner sollte aufgenommen werden, dass in der Entscheidung ausführlich und für den Empfänger verständlich dargelegt wird, worauf sich die Entscheidung detailliert stützt (welche Arztunterlagen wurden herbeigezogen etc.).

4. Dynamisierung der Leistungen (§ 30 SGB XI GesE)

Seit der letzten Erhöhung des Pflegegeldes 2017 sind die Verbraucherpreise bis heute um 17,7 Prozent gestiegen; für die Bereiche der Pflegesachleistungen und der stationären Pflege sind zudem tarifliche Erhöhungen dazu gekommen, die für zusätzliche Belastungen der Pflegebedürftigen sorgten, da diese auf die Eigenanteile oder die eigenfinanzierten Pflegeleistungen durchschlugen, wenn sie im Bereich der ambulanten Pflege überhaupt aufgefangen werden konnten. Auch wenn es im Laufe der letzten Jahre leichte Entlastungen insbesondere im Bereich der stationären Pflege und der Pflegesachleistungen gab, sind diese leider durch die erheblichen Kostensteigerungen infolge der Tarifentlohnung mehr als kompensiert worden. Betroffene berichten im Bereich der stationären Pflege über enorme Kostensteigerungen von 500 € und mehr. Ähnliches wird von den Kostensteigerungen in der ambulanten Pflege rückgemeldet, wobei hier die Kostensteigerungen teilweise zu einer zusätzlichen Belastung der pflegenden Angehörigen sorgen, weil diese nicht mehr die gewohnten Leistungen einkaufen können bzw. diese auch nicht selbst finanzieren können.

Insgesamt ist eine Erhöhung von nur 5 Prozent ab 2023 nach der langen Zeit des Verzichts auf Erhöhungen im Bereich des Pflegegeldes und der hohen Inflation deutlich zu spät und zu niedrig bemessen. Zudem steht sie auch nicht im Einklang mit der Erhöhung der Leistungen der hauptamtlichen Pflege, die ja über die Eigenanteile im stationären Bereich bzw. durch erhöhte Eigenfinanzierung der Pflegesachleistungen im ambulanten Bereich derzeit größtenteils von der Gruppe der Pflegebedürftigen finanziert werden, da die stattgefundenen Tarifanpassungen der Pflegekräfte wegen des fehlenden Sockel-Spitze-Tausches fast ausschließlich auf die Eigenanteile der Pflegebedürftigen durchschlagen bzw. im Bereich der ambulanten Pflege durch erhöhte Eigenbeteiligungen oder Verzicht auf Leistungen.

Auch im Koalitionsvertrag war eine regelhafte Dynamisierung des Pflegegeldes bereits ab 2022 vorgesehen; die Bundesregierung hatte eine Erhöhung des Pflegegeldes bereits 2020 um 5 Prozent für notwendig erachtet, die jedoch bis heute nicht umgesetzt wurde. Dies ist umso ärgerlicher, als diese Erhöhungsempfehlung vor dem Hintergrund einer relativ geringen Inflation erfolgte, die sich heute längst komplett anders darstellt.

Vor diesem Hintergrund ist es völlig unverständlich, dass die Leistungen zum 1.1.2024 nur um überwiegend 5 Prozent erhöht werden sollen, wenn gleichzeitig die Inflation für diesen Zeitraum fast 18 Prozent beträgt und gleichzeitig auch noch Steigerungen hinzukommen, die auf der politisch gewollten Anpassung der Löhne der Pflegekräfte beruhen. Die BAG SELBSTHILFE fordert insoweit zeitnah eine Erhöhung um 18 Prozent, spätestens zum 1.7.2023.

Soweit eine Dynamisierung der Leistungen 2025 und 2028 in § 30 SGB XI GesE angepasst an die „Kerninflationsrate“ vorgesehen ist, hält die BAG SELBSTHILFE eine jährliche Dynamisierung angepasst an die reguläre Inflationsrate und auch tariflich bedingten Erhöhung der Pflegesachleistungen (gemischt) für sachgerechter; es steht zu befürchten, dass die Erhöhung der Kosten der Pflegesachleistungen angesichts des Pflegemangels in Zukunft deutlich über der Inflationsrate liegt, so dass hier eine Einbeziehung der realen Kosten dringend erforderlich ist.

Ferner wird eine jährliche Erhöhung für notwendig gehalten. Denn eine Dynamisierung in längeren Abständen hat für die Betroffenen zur Folge, dass sie den inflationsbedingten Wertverlust in den Jahren selbst kompensieren müssen, in denen keine Erhöhung erfolgt. Dies ist nicht sachgerecht und dürfte auch dazu führen, dass immer mehr Menschen auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sind. Zudem bildet eine „Kerninflationsrate“ weder vollständig die Steigerungen im Verbraucherbereich noch die voraussichtlich hohen Steigerungen der Pflegesachleistungen ab. Ein Konzept für die Berechnung sollte aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE sehr zeitnah entwickelt werden.

5. Mitaufnahme Pflegebedürftiger (§ 42a SGB XI GesE)

Auch wenn die BAG SELBSTHILFE die neuen Inhalte des § 42a SGB XI inhaltlich begrüßt, kann sie es nicht nachvollziehen, weswegen der noch im Referentenentwurf unter diesem Paragraph enthaltene gemeinsame Jahresbetrag/das Entlastungsbudget aus dem Kabinettsentwurf gestrichen wurde, trotzdem er im Koalitionsvertrag angekündigt war. Diese Regelung hätte für die Betroffenen und ihre Angehörigen eine erhebliche Entlastung gebracht und passgenauere Lösungen für ihre jeweilige Situation ermöglicht. Insoweit fordert sie dringend dazu auf, diese Regelung wieder in das Gesetzgebungsverfahren aufzunehmen.

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt hingegen die nunmehr in § 42a enthaltene Regelung, da hier der Zugang zur Mitaufnahme Pflegebedürftiger erleichtert wird.

Der neue § 42a des Gesetzentwurfs regelt die Voraussetzungen der Mitaufnahme Pflegebedürftiger in eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, wenn pflegende Angehörige dort entsprechende Leistungen in Anspruch nehmen. Die Mitaufnahme ist dann möglich, wenn vor Ort die Grund- und Behandlungspflege sowie pflegerische Betreuungsmaßnahmen sichergestellt werden können. Pflegebedürftige erhalten ab dem 01. Juli 2024 einen Anspruch auf die Erstattung aller anfallenden Kosten, inklusive Unterkunft und Verpflegung sowie ggf. Fahrtkosten. Für die Dauer der Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme ruht der Anspruch auf Pflegegeld (§37 SGB XI) oder anteiliges Pflegegeld (§ 38 SGB XI). Leistungen nach dieser Vorschrift werden nur erbracht, wenn kein Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 40 Absatz 3a Satz 1 SGB V besteht.

6. Finanzielle Entlastung der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege (§ 43c SGB XI GesE)

Wie bereits dargestellt begrüßt die BAG SELBSTHILFE einerseits die Entlastungen von 5-10 Prozent in der stationären Pflege, hält diese jedoch angesichts der dramatisch steigenden Eigenanteile nicht für ausreichend. Aus ihrer Sicht muss zeitnah eine Pflegereform mit Sockel- Spitze- Tausch, Verpflichtung der Länder zur Zahlung (und Kontrolle) der Investitionskosten und eine stärkere Kontrolle der Kosten für Unterkunft und Verpflegung kommen; denn derzeit tragen die Betroffenen sowohl

die tariflich gestiegenen Kosten als auch die erhöhten Energiepreise. Ferner scheint es auch in einigen Fällen Mitnahmeeffekte der Erhöhungen in stationären Einrichtungen zu geben.

7. Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI GesE)

Die BAG SELBSTHILFE setzt sich dafür ein, dass die Anforderungen für die Angebote, für die der monatliche Entlastungsbetrag von 125 € eingesetzt werden kann, niedrighschwellig bundeseinheitlich festgelegt werden. Derzeit gibt es enorme Unterschiede zwischen den Bundesländern mit der häufigen Folge, dass der Entlastungsbetrag nicht für nachbarschaftliche und ehrenamtliche Hilfsangebote eingesetzt wird, sondern dass sich Pflegedienste diesen Betrag abtreten lassen- ohne dass immer klar ist, welche Leistungen dafür erbracht werden. Denn nach wie vor fehlen in vielen Bundesländern die Angebote zur Entlastung bzw. werden zu hohe Anforderungen für die Umsetzung an die Dienste gestellt.

Ferner müsste auch dieser Beitrag nun endlich nach dem Prüfbericht der Bundesregierung von 2020 um mindestens 5 Prozent angepasst werden.

8. Beitragssatzerhöhung (§ 55 SGB XI GesE)

Die Erhöhung der Beiträge sieht die BAG SELBSTHILFE kritisch, zumal diese nicht dazu dient, die vorhandenen strukturellen Probleme der Pflegeversicherung dauerhaft zu lösen; die BAG SELBSTHILFE hält zudem die vorgesehene zukünftige Anpassung ohne parlamentarische Beteiligung für schwierig. Die Begründung, dass der Finanzbedarf ggf. kurzfristig zu decken ist, sollte nicht zu außerparlamentarischen Lösungen führen. Zusätzliche finanzielle Belastungen der Versicherten bedürfen der parlamentarischen Debatte und eines parlamentarischen Konsenses.

Insgesamt wäre zudem aus ihrer Sicht zur Abfederung der enormen Kostensteigerungen dringend ein höherer Steuerzuschuss vorzusehen. Dies gilt umso mehr, als hier mit diesem Gesetz (und vorangehenden Gesetzen) Strukturaufgaben wie etwa das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege auf die Sozialversicherungen verlagert werden, die eigentlich dem steuerlichen Bereich zuzuordnen sind.

Auch ein Ausgleich durch andere Sozialleistungsträger für Aufgaben, die die Pflegeversicherung wahrnimmt, sollte erfolgen, etwa die im Koalitionsvertrag versprochene Erstattung der Behandlungspflege.

9. Übersicht über die bisherigen Leistungen (§ 108 SGB XI GesE)

Die BAG SELBSTHILFE sieht es sehr positiv, dass die Betroffenen in Zukunft eine Übersicht über die von den Pflegebedürftigen in der Vergangenheit bezogenen Leistungen und deren Kosten von den Pflegekassen künftig einmal je Kalenderhalbjahr übersandt erhalten sollen.

Die BAG SELBSTHILFE hätte insoweit noch drei Punkte, die aus ihrer Sicht aufgenommen werden sollten:

- Es wird begrüßt, dass nunmehr - gegenüber dem Referentenentwurf - die Regelung aufgenommen wurde, dass der Wunsch nach Übersendung zu einer quasi-automatischen Wiederholung der Übersendung führt. Gleichwohl ist es hierzu notwendig, diesen Wunsch zumindest einmal zu äußern; dies dürfte aber leider nur von einem Bruchteil der Betroffenen gewusst und umgesetzt werden. Vor diesem Hintergrund würden wir eine automatische Übersendung ohne die erste Anforderung für sinnvoll halten - mit der Möglichkeit zu widersprechen.
- Zum anderen würde die BAG SELBSTHILFE es auch befürworten, wenn der Restanspruch - etwa nach § 42a - in der Übersicht aufgeführt werden müsste, da dies die Planung für die Betroffenen erleichtern würde. Auch wenn es hier gegenüber dem Referentenentwurf begrüßenswerte Ergänzungen gab (etwa zur Darstellung der Leistungsbestandteile), ist doch der Restanspruch nicht enthalten, sondern muss anhand der übersandten Unterlagen errechnet werden.
- Die Übersicht sollte in barrierefreier Form übersandt werden müssen.

10. Qualitätsausschuss (§ 113b SGB XI GesE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt nachdrücklich, dass nunmehr eine Stabsstelle für die Verbände nach § 118 SGB XI beim Qualitätsausschuss geschaffen werden soll - wie sie auch im Gemeinsamen Bundesausschuss besteht. Zu Recht verweist die Gesetzesbegründung darauf, dass die Komplexität der verschiedenen Aufgaben und Arbeitsgruppen im Qualitätsausschuss personeller Unterstützung der Verbände nach § 118 SGB XI, wie sie ja auch im Gemeinsamen Bundesausschuss bereits seit 2008 - angesichts der Größe des GBA in deutlich größerem Umfang - zur Verfügung steht.

Auch die zu schaffende Transparenz durch die Öffentlichkeit der Plenumsitzungen ist ausdrücklich zu begrüßen. Sie entspricht aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE den allgemeinen Transparenzanforderungen, wie sie ja auch für den Gemeinsamen Bundesausschuss gelten; zu Recht muss diese Transparenz hinsichtlich der gesellschaftlich wichtigen Diskussionen zur Pflege gelten. Die Pflegebedürftigenvertretung hatte sich in Vergangenheit für eine stärkere Transparenz des Gremiums eingesetzt, war damals jedoch nicht durchgedrungen.

11. Kompetenzzentrum Pflege und Digitalisierung (§ 125b SGB XI GesE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die Errichtung eines Kompetenzzentrums ebenso wie die - gegenüber dem Referentenentwurf - erweiterte Beteiligung der Verbände der Pflegebedürftigen nach § 118 an der Errichtung des Kompetenzzentrums und dessen Beirat. Zu Recht wird dadurch anerkannt, dass ihre Perspektive - ebenso wie etwa in der Gematik - zentral für die Implementierung von Versorgungsrealitäten in entsprechende Entwicklungsprozesse ist.

12. Pflegeunterstützungsgeld (§ 2 PflegeZG)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt, dass nunmehr das Pflegeunterstützungsgeld je pflegebedürftigem nahen Angehörigen nicht mehr - wie bisher - nur einmal für bis zu zehn Arbeitstage gewährt wird, da dies flexiblere Lösungen für Familien ermöglichen kann. Es sollte jedoch geprüft werden, ob nicht auch eine die Anpassung des

Pflegezeitgesetzes auf eine längere Dauer möglich ist, da in der Praxis 10 Tage häufig nicht ausreichend sind.

Die Änderung nimmt die BAG SELBSTHILFE zudem zum Anlass, die Umsetzung der im Koalitionsvertrag vorgesehene Lohnersatzleistung anzumahnen.

13. Notwendigkeit einer Überarbeitung des § 43a SGB XI

Die BAG SELBSTHILFE nimmt die Reform zum Anlass, um auf die seit langem anstehende und gleichzeitig dringend erforderliche Überarbeitung des § 43a SGB XI hinzuweisen, auf die auch die Bundesvereinigung Lebenshilfe und der BVKM e.V. aufmerksam machen: Nach der derzeitigen Regelung stehen Bewohner*innen in gemeinschaftlichen Wohnformen der Behindertenhilfe nur maximal 266 Euro pro Monat als Pflegeleistung zur Verfügung - unabhängig von ihrem festgestellten Pflegegrad. Diese Beschränkung ist auf dem Weg in eine inklusive Gesellschaft ein Teilhabe-Hindernis, da bei Klient*innen, die einen Anspruch auf Pflegeleistungen haben, ein Unterschied zwischen häuslicher Pflege und der Pflege in besonderen Wohnformen gemacht wird. Aufgrund dessen können betroffene Bewohner*innen gezwungen sein, ihr vertrautes Lebensumfeld in einer Einrichtung der Behindertenhilfe zu verlassen und in die Langzeitpflege/ Pflegeheim zu ziehen, da dort ein höherer Anspruch auf Pflegeleistungen geltend gemacht werden kann. Dies steht im klaren Widerspruch zum personenzentrierten Ansatz bei der Bedarfsermittlung, wie es das Bundesteilhabegesetz vorsieht.

Düsseldorf/ Berlin 08.05.2023

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

20(14)105(11)

gel. VB zur öffent. Anh. am

10.05.2023 - PUEG

09.05.2023

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 05.05.2023

**zum Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und
Entlastung in der Pflege
(Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz - PUEG)
vom 05.04.2023**

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	4
II. Stellungnahme zum Gesetzentwurf	8
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch).....	8
§ 7a – Pflegeberatung	8
§ 8 – Gemeinsame Verantwortung	9
§§ 18 bis 18e – Verfahren der Begutachtung	11
§ 18 – Beauftragung der Begutachtung.....	12
§ 18a – Begutachtungsverfahren	15
§ 18b – Gutachten.....	19
§ 18c – Entscheidung über den Antrag	20
§ 18c – Entscheidung über den Antrag (Heilmittlempfehlung und Hilfs- und Pflegehilfsmittlempfehlungen)	23
§ 18d – Berichtspflichten.....	25
§ 18e – Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung	27
§ 30 – Dynamisierung	29
§ 40a – Digitale Pflegeanwendungen	31
§ 40b – Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen.....	32
§ 55 – Beitragssatz, Beitragssatzdifferenzierung nach Kinderzahl	33
§§ 58, 59 und 59a – Tragung der Beiträge.....	37
§ 61a – Beteiligung des Bundes an Aufwendungen.....	38
§ 75 – Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung	39
§ 78a – Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung	41
§ 82c – Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen	42
§ 113b – Maßstäbe und Grundsätze.....	44
§ 113b – Maßstäbe und Grundsätze.....	45
§ 113c – Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen	47
§ 125a – Modellprogramm Telepflege.....	51
§ 125b – Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege	52
§ 135 – Zuführung der Mittel	55
Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch).....	56
§ 36 – Pflegesachleistung	56
§ 37 – Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen	57
§ 42a – Pflegerische Versorgung bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson	58
§ 43c – Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen	61

§ 44a – Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung	62
§ 46 – Pflegekassen.....	63
§ 108 – Auskünfte an Versicherte	64
Artikel 5 (Änderung der Beitragsverfahrensverordnung).....	65
§§ 2 und 8 – Beitragsberechnungsvorgang, Entgeltunterlagen.....	65
Artikel 6 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	67
§ 23 – Medizinische Vorsorgeleistungen	67
§ 24 – Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter	68
§ 40 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.....	69
§ 41 – Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter	73
§ 60 – Fahrkosten.....	74
§ 111 – Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.....	75
§ 341 – Elektronische Patientenakte	76
II. Ergänzender Änderungsbedarf.....	77
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch).....	77
§ 8 SGB XI – Gemeinsame Verantwortung.....	77
§ 105 – Abrechnung pflegerischer Leistungen	78
§ 106 b Abs. 4 SGB XI – Finanzierung der Einbindung der Pflegeeinrichtung in die Telematikinfrastruktur.....	80
§ 150 SGB XI – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige	81
§ 154 SGB XI – Ergänzungshilfen für stationäre Pflegeeinrichtungen zum Ausgleich steigender Preise für Erdgas, Wärme und Strom	82
Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	84
§ 219d – Nationale Kontaktstellen	84
§ 293 SGB V – Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer	85
§ -302 SGB V – Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer	85

I. Vorbemerkung

Die gemeinschaftliche Absicherung des Einzelnen vor dem Risiko einer finanziellen Überforderung durch Pflegebedürftigkeit zählt zu einer der größten sozialpolitischen Errungenschaften in Deutschland. Zu Recht stellt die soziale Pflegeversicherung eine international hoch beachtete Institution dar, da sie der vulnerablen Gruppe der auf Pflege angewiesenen Menschen und ihren Familien eine verlässliche und auf das individuelle Versorgungssetting zugeschnittene Unterstützung zur Seite zu stellt.

Insbesondere in Zeiten der Pandemie hat die soziale Pflegeversicherung enorme Resilienz und Stabilität gezeigt, indem sie schnell und unbürokratisch für die Betroffenen einen Rettungsschirm gespannt hat. Gleichwohl ist die soziale Pflegeversicherung sowie die auf sie angewiesenen pflegebedürftigen Menschen und ihre Unterstützungsnetzwerke nicht unbegrenzt belastbar. Die pandemiebedingten Mehrausgaben sowie die Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige, zu deren Gegenfinanzierung sich die Regierungskoalition im Koalitionsvertrag bekannt hat, belasten die soziale Pflegeversicherung in einer Phase, in der zum Teil sich gegenseitige bedingende Problemstellungen wechselseitig verstärken.

So macht sich die demografische Entwicklung in Deutschland erwartungsgemäß zunehmend durch eine steigende Zahl an pflegebedürftigen Menschen bemerkbar. Die Reformschritte zur Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes haben richtigerweise zu einer Erweiterung des anspruchsberechtigten Personenkreises geführt. Dem steht jedoch schon heute eine nicht ausreichende Anzahl an professionellen Pflegekräften gegenüber. In der Folge sehen sich Pflegebedürftige und ihre familiären und informellen Unterstützungssysteme mehr denn je einer erheblichen Belastungssituation ausgesetzt.

Bei der Inanspruchnahme von notwendigen Pflegeleistungen dürfen Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen nicht noch zusätzlich wirtschaftlich überfordert werden. Aktuell führen steigende Eigenanteile für die Betroffenen, u. a. ausgelöst durch wünschenswerte Erhöhungen bei den Tariflöhnen sowie erhebliche Energiekostensteigerungen, zu unkalkulierbaren und stetig wachsenden Belastungen, die faktisch zu einer Aushöhlung und damit Entwertung der bestehenden Leistungen führen.

Der vorgelegte Gesetzentwurf löst diese Problematiken nicht. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes bedarf es grundlegender Anpassungen, um dem Anspruch einer nachhaltigen finanziellen Stabilisierung, spürbaren Leistungsverbesserungen und einer Entlastung von Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen gerecht zu werden. Dazu gehört ganz wesentlich auch,

dass Bund und Länder ihrer Verantwortung nachkommen, anstatt das finanzielle Defizit ausschließlich durch Beitragssatzerhöhungen zulasten der Beitragszahlenden zu schließen. Der Gesetzgeber hat für eine angemessene Stabilisierung sowie einen zeitgemäßen Ausbau der bestehenden Leistungs- und Finanzierungsstrukturen Sorge zu tragen. Gleichzeitig ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu gewährleisten.

Leistungsverbesserungen nicht ausreichend

In der Gesamtbetrachtung erweisen sich die vorgesehenen Anpassungen der Leistungsansprüche als nicht ausreichend und bleiben sowohl deutlich hinter der erheblichen Kostenentwicklung der vergangenen Jahre als auch der bereits im Status quo gesetzlich normierten Leistungsdynamisierung zurück. Die letzte Erhöhung des Pflegegeldes fand zum Jahresbeginn 2017 statt und hätte zum Jahresbeginn 2021 erneut erfolgen müssen. Das bedeutet, dass im nunmehr siebten Jahr ein unveränderter Leistungsanspruch ungeachtet der dynamischen Inflation und allgemeinen Bruttolohnentwicklung gilt. Pflegebedürftige Personen, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, erfahren dadurch eine laufende Entwertung der geleisteten Angehörigenpflege.

Dynamisierung der Leistungen bildet die Realität nicht ab

Die vorgesehene Begrenzung der Dynamisierung auf 5 Prozent bildet die realen Preisentwicklungen nicht ausreichend ab und bedeutet de facto eine Unterschreitung der bestehenden gesetzlichen Normierung. Diese sieht eine Anpassung auf Basis der kumulierten Inflationsrate bzw. allgemeinen Bruttolohnentwicklung der letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahre vor. Nun soll sich ab dem Jahr 2028 die Anpassung der Leistungsbeträge an der Kerninflation orientieren. Diese berücksichtigt jedoch nicht die Entwicklung der Energie- und Lebensmittelpreise und liegt daher deutlich unter der Inflation. So wird die Inflation im Jahr 2023 laut Bundesbank bei rund 8,6 Prozent liegen, während die Kerninflation nur bei 4,3 Prozent gesehen wird.

Notwendige nachhaltige Finanzierung: Bundesaufgaben aus Steuermitteln erstatten

Im Koalitionsvertrag wurde aus gutem Grund vereinbart, konkrete versicherungsfremde Leistungen aus Steuermitteln zu finanzieren. Bei der Refinanzierung der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige sowie die noch ausstehende vollständige Erstattung der pandemiebedingten Mehrausgaben der Pflegekassen handelt es sich eindeutig um Bundesaufgaben, die aber bisher von den Beitragszahlenden geschultert wurden. Anstelle einer Übernahme der finanziellen Verantwortung für diese originär staatlichen Aufgaben sieht der

Gesetzesentwurf einige alternative Maßnahmen vor, die allerdings einer nachhaltigen Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung widersprechen:

- Darlehen: Die Rückzahlung des im Jahr 2022 der Pflegeversicherung gewährten Darlehens in Höhe von einer Mrd. Euro, die nach geltendem Recht noch im laufenden Jahr erfolgen muss, soll hälftig in das Jahr 2028 verschoben werden.
- Ausgleichsfonds: Die für das Jahr 2023 vorgeschriebenen Zuführungen des Ausgleichsfonds in den Pflegevorsorgefonds in Höhe von rund 1,7 Mrd. Euro sollen in das Jahr 2024 verschoben werden.

Die gegenwärtig schwierige Finanzlage der sozialen Pflegeversicherung soll damit zulasten von Beitragszahlenden der Zukunft gelöst werden. Die Beitragszahlenden werden vor allem deshalb zusätzlich belastet werden, weil der Bund seiner Finanzierungsverantwortung – trotz Verständigung im Koalitionsvertrag – nicht nachkommt. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollten die vorgesehenen Beitragsmehreinnahmen jedoch vollumfänglich in die Verbesserung der pflegerischen Versorgung fließen.

Für das laufende Jahr bedeutet die vorgesehene Kombination aus Lastenverschiebung und Beitragssatzanhebung zum 01.07.2023 zwar zunächst eine Stabilisierung der angespannten Finanzsituation, die Fehlallokation der Beitragsmittel für gesamtgesellschaftliche Aufgaben wird jedoch zementiert. Ob sie die soziale Pflegeversicherung bis ans Ende der Legislaturperiode finanziell stabilisieren kann, ist dabei aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes jedoch keinesfalls sichergestellt.

Verordnungsermächtigung schränkt parlamentarische Entscheidungsmöglichkeiten ein

Die vorgesehene Verordnungsermächtigung der Bundesregierung, den Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung künftig durch Rechtsverordnung anpassen zu können, wenn der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung absehbar eine Monatsausgabe laut Haushaltsplänen der Pflegekassen zu unterschreiten droht, wird als Ausdruck einer reaktiven anstelle einer gestalterischen Politik gewertet. Sie schränkt die Verantwortung des Parlaments für eine auskömmliche Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung in Zeiten größter Dringlichkeit ein. Die Lösung der Finanzierungsfrage wird dadurch eindimensional auf die Anpassung des Beitragssatzes beschränkt und der parlamentarischen Diskussion entzogen. Auf die Verordnungsermächtigung sollte daher verzichtet werden.

Späte Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils vom 07.04.2022

Die viel zu späte Konkretisierung der Regelungen, mit denen der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 07.04.2022 zur differenzierten Berücksichtigung der Kinderzahl bei der Beitragsbemessung in der sozialen Pflegeversicherung umgesetzt werden soll, führt zu Verzögerungen hinsichtlich der entsprechenden Entlastungen aller Mitglieder mit mehr als einem Kind. Die Feststellung der Zahl der bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigenden Kinder wird nicht rechtzeitig zum Inkrafttreten der Regelung erfolgen können und eine rückwirkende Korrektur von überzahlten Beiträgen erfordern. Weitere zeitliche Verzögerungen könnten sogar dazu führen, dass beitragsabführende Stellen selbst dann abrechnungstechnisch nicht in der Lage sind, die Beiträge entsprechend der Fristvorgabe des Bundesverfassungsgerichts zu berechnen, wenn die Zahl der Kinder bereits festgestellt ist. Dies käme einer nicht rechtmäßigen Beitragsbemessung gleich.

Eine vergleichbare Situation ergibt sich grundsätzlich auch für die Pflegekassen hinsichtlich der selbstzahlenden Mitglieder. Dabei ist anzunehmen, dass die Erwartungshaltung der betroffenen Mitglieder mit mehr als einem Kind hinsichtlich einer zeitnahen Umsetzung der intendierten Beitragsentlastung hoch ist. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass die erforderlichen Anpassungen der IT-Umgebungen sowohl auf Seiten der Pflegekassen als auch auf Seiten der beitragsabführenden Stellen zwingend erhebliche Vorlaufzeiten in Anspruch nehmen werden, so dass es zu einer verzögerten Umsetzung und mithin zu einer nachgelagerten Erstattung überzahlter Beiträge kommen wird. Um die Verwaltungsaufwände der Pflegekassen in diesem Kontext möglichst gering zu halten, die Komplexität der Prozesse nicht weiter zu erhöhen, wird angeregt nach dem Vorbild der Regelung im GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz (siehe BGBl. Jg. 2019, Teil I, Seite 2913; Artikel 1 Nummer 2) die Vorgabe des § 27 Absatz 1 des Vierten Buches über die Verzinsung und Verjährung von Erstattungsansprüchen temporär bis zum 31. Dezember 2024 auszusetzen.

Bund, Länder und Kommunen in der Pflicht

Der GKV-Spitzenverband appelliert eindringlich an die Bundesregierung, die pandemiebedingten Zusatzkosten in der sozialen Pflegeversicherung – ebenso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung – vollständig aus Bundesmitteln zu finanzieren. Die Beitragszahlenden finanzieren nicht nur die sinnvollen Leistungsverbesserungen der Pflegekassen, sondern tragen vor allem auch die steigenden Aufwände für die versicherungsfremden Leistungen. Der GKV-Spitzenverband sieht aber neben dem Bund auch die Länder und Kommunen in der Pflicht, ihrer gesetzlichen Verantwortung für die pflegerische Infrastruktur gerecht zu werden und sich insbesondere der Verantwortung für die Investitionsförderung in der stationären Altenpflege nicht weiter zu entziehen.

II. Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 7a – Pflegeberatung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen sollen die bisherigen Formulierungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit präzisieren. Insbesondere wurde klargestellt, dass bei der Durchführung der Beratung als Videokonferenz die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten sind. Für digitale Angebote sowie andere digitale Anwendungen sollen die Anforderungen gelten, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in seiner Richtlinie nach § 17 Absatz 1a zur Durchführung von Beratungen für den Datenschutz und die Datensicherheit bestimmt hat.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich sind jedwede gesetzlichen Klarstellungen im Sinne der praktischen Umsetzung zu begrüßen. Allerdings gilt es vorliegend aufgrund unterschiedlicher Strukturen der Video-Pflegeberatung durch die Pflegekassen und der vertragsärztlichen Versorgung durch zugelassene Ärztinnen und Ärzte nochmals zu prüfen, ob der Verweis auf § 365 SGB V für die Video-Pflegeberatung erforderlich und sachgerecht ist. In Betracht käme auch ein grundsätzlicher Verweis auf die im Fall der Verarbeitung personenbezogener Daten dafür geltenden Vorschriften zum Datenschutz und die Anforderungen an die Datensicherheit nach dem Stand der Technik sowie auf die Anforderungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Denn in diesem Fall würden bereits die für die Auftraggeber (d. h. Pflegekassen) geltenden Anforderungen – § 35 SGB I, §§ 67–85a SGB V, DSGVO – auf vertraglicher Basis für die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater und ihre Unterauftragnehmer gelten.

C) Änderungsvorschlag

Es gilt zu prüfen, ob es eines Verweises auf § 365 SGB V für die Video-Pflegeberatung bedarf oder ein grundsätzlicher Verweis auf die im Fall der Verarbeitung personenbezogener Daten dafür geltenden Vorschriften zum Datenschutz und die Anforderungen an die Datensicherheit nach dem Stand der Technik sowie auf die Anforderungen der DSGVO bereits sachgerecht wäre.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 8 – Gemeinsame Verantwortung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen betreffen die Digitalisierungsförderung ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen:

- a) Der bislang bis zum Ende des Jahres 2023 befristete Zuschuss aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung soll nunmehr bis zum Ende des Jahres 2030 bereitgestellt werden. Durch die Änderungen in § 8 Absatz 8 wird der Förderzweck erweitert, sodass die Förderung nicht mehr nur zur Entlastung der Pflegekräfte dienlich sein muss, sondern auch die Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowie eine stärkere Beteiligung der Pflegebedürftigen zum Zweck haben kann. Konkretisiert wurden auch die förderfähigen Anschaffungen. Förderfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen, die beispielsweise Investitionen in die IT- und Cybersicherheit, das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, verbesserte Arbeitsabläufe und Organisationen bei der Pflege und die Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen unterstützen. Auch die förderfähigen Aus-, Fort- und Weiterbildungen und Schulungen wurden dahingehend konkretisiert, dass diese digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften in der Langzeitpflege zum Inhalt haben können.
- b) Die Änderung sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband die Digitalisierungs-Richtlinien bis zum 31.10.2023 entsprechend anzupassen hat.

B) Stellungnahme

a)

Die Verlängerung der einmaligen Förderung bis zum Ende des Jahres 2030 wird begrüßt. So können Pflegeeinrichtungen, die den Zuschuss bislang noch nicht in Anspruch genommen haben, von der Digitalisierungsförderung über das Jahr 2023 hinaus profitieren.

Die neue Formulierung des § 8 Absatz 8 Satz 1 SGB XI zur Erweiterung der Zwecksetzung der Förderung wird begrüßt: Müssen Anschaffungen von digitaler/technischer Ausrüstung bisher ausschließlich zur Entlastung der Pflegekräfte eingesetzt werden, sollen diese nunmehr neben der Entlastung der Pflegekräfte auch zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung

der Pflegebedürftigen sowie zur Stärkung ihrer Teilhabe dienen können. Dass die förderfähigen Anschaffungen demnach auch der Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Pflegebedürftigen sowie der Stärkung ihrer Teilhabe dienen können, erweitert die Fördermöglichkeiten ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen.

Der neue Satz 2 konkretisiert die förderfähigen Anschaffungen, die vormals größtenteils in Satz 1 verankert waren.

Die Abgrenzung der Förderfähigkeit von „Schulungen“ und Aus-, Fort- und Weiterbildungen ist nicht nachvollziehbar, so dass es hier in Satz 2 einer entsprechenden Ergänzung der Aus-, Fort- und Weiterbildungen bedarf.

Zu begrüßen ist die nach Satz 2 geregelte gesetzliche Konkretisierung förderfähiger Aus-, Fort- und Weiterbildungen und Schulungen zu digitalen Kompetenzen.

b) Da die gesetzlich vorgesehenen Änderungen im Rahmen der Digitalisierungsförderung Auswirkungen auf die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes haben, ist die Anpassung mit einer angemessenen Frist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

zu a) In Satz 2 wird vor „Schulungen“ eingefügt „Aus-, Fort und Weiterbildungen und“.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§§ 18 bis 18e – Verfahren der Begutachtung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um die Regelungen zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit übersichtlicher und adressatengerechter zu gestalten, sollen die §§ 18 bis 18c SGB XI durch die §§ 18 bis 18e SGB XI ersetzt werden. Folgende Regelungen sind vorgesehen:

- § 18 Beauftragung der Begutachtung
- § 18a Begutachtungsverfahren
- § 18b Gutachten
- § 18c Entscheidung über den Antrag
- § 18d Berichtspflichten
- § 18e Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte verfahrensrechtliche Trennung zwischen den Aufgaben von Pflegekassen und Medizinischen Diensten ist zu begrüßen. Durch die damit einhergehende Präzisierung der einzelnen Verantwortungsbereiche werden Zuständigkeiten im Verfahrensprozess klarer als bisher erkennbar. Die Abfolge der einzelnen Regelungen spiegelt den Ablauf des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wider und ist in sich logisch aufgebaut.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 18 – Beauftragung der Begutachtung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es ist in Absatz 1 vorgesehen, dass die Pflegekassen die Aufträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit innerhalb von drei Arbeitstagen ab Eingang des Antrags auf Pflegeleistungen in gesicherter elektronischer Form an den Medizinischen Dienst oder die von ihnen beauftragten Gutachterinnen und Gutachter übermitteln sollen. Eine von der elektronischen Form abweichende Form der Antragsübermittlung sei bis einschließlich zum letzten Tag des fünften auf die Verkündung dieses Gesetzes möglich. Der MD Bund soll im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband in den Begutachtungs-Richtlinien nach § 17 SGB XI regeln, welche Unterlagen zwingend zur Beauftragung der Begutachtung erforderlich sind. In Absatz 2 sollen die bisherigen Regelungen zur Prüfung des Zeitanteils bei gleichzeitiger Erbringung von Leistungen nach § 36 SGB XI und § 37 Abs. 2 SGB V beibehalten werden, ergänzt um eine redaktionelle Anpassung bzgl. des § 37c SGB V. Absatz 3 beinhaltet die bisherigen Vorschriften zur Beauftragung und zum Einsatz unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter. In den Absätzen 4 und 5 werden im Wesentlichen die bisherigen Vorschriften zur Übermittlung von Unterlagen und der Erteilung von Auskünften gegenüber den Medizinischen Diensten sowie die Mitwirkungspflichten des Versicherten fortgeführt.

B) Stellungnahme

Der Auftrag, in den Begutachtungs-Richtlinien zu regeln, welche Unterlagen zwingend zur Beauftragung der Begutachtung erforderlich sind, bringt Klarheit in eine bisher unterschiedlich gehandhabte Praxis.

In § 18 Absatz 1 (neu) wird für die Pflegekasse verbindlich geregelt, dass die Anträge innerhalb von drei Arbeitstagen ab Eingang des Antrages an den Medizinischen Dienst weitergeleitet werden müssen. Die bisherige Regelung sieht eine unverzügliche Weiterleitung vor. Mit Blick auf die Einhaltung der Fristen und mit der Verzögerungsgebühr bei Verletzung ist die bisherige Regelung, Anträge unverzüglich weiterzuleiten, sachgerecht. Eine Ausweitung der Frist wird daher abgelehnt.

Die im Entwurf im Absatz 3 vorgesehene Beibehaltung der Regelungen zur Beauftragung unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter ist ersatzlos zu streichen.

Die mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) vom 23.04.2012 in § 18 Abs. 3a SGB XI (Neu: § 18 Absatz 3) eingeführte Beauftragung unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter hat zum Ziel, den Pflegekassen bessere Möglichkeiten zu eröffnen, innerhalb der gesetzlich verankerten Fristen ihre Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit zu treffen und der bzw. dem Betroffenen mitzuteilen. Insoweit sollen Gutachteraufträge durch die Pflegekassen, insbesondere in den Fällen drohender Fristüberschreitungen, nicht nur an den Medizinischen Dienst, sondern auch an andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter vergeben werden können. Soweit unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen oder wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist, erhält die Antragstellerin oder der Antragsteller durch die Pflegekasse das Angebot zur Auswahl einer anderen unabhängigen Gutachterin bzw. eines anderen unabhängigen Gutachters aus drei Vorschlägen.

Die mit der Regelung beabsichtigte Verfahrensbeschleunigung ist nicht bzw. nur in wenigen Einzelfällen eingetreten. De facto spielt der Einsatz von unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern durch die Pflegekassen bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit keine Rolle.

Die angespannte Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich macht auch vor den Gutachterdiensten nicht halt. Es fehlt zunehmend an einer ausreichenden Zahl von unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern, auf die die Pflegekassen im Zusammenhang mit der Feststellung von Pflegebedürftigkeit zurückgreifen können. Demzufolge gibt es nach den Angaben des Medizinischen Dienstes Bund seit mehreren Jahren auch keine Gutachten von unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern, die in das Qualitätssicherungsverfahren der Medizinischen Dienste hätten einbezogen werden können (vgl. § 53a Abs. 2 Nr. 4 SGB XI i. V. m. Nr. 6 der UGu-Rili).

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 18a – Begutachtungsverfahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt gemäß Absatz 1 der Neuregelung nach wie vor grundsätzlich durch eine persönliche Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich. Abweichend davon soll gemäß Absatz 2 die Begutachtung ausnahmsweise auch ohne Untersuchung des Versicherten im Wohnbereich möglich sein, wenn der Antrag auf Pflegeleistungen während einer Krisenlage von nationaler oder regionaler Tragweite gestellt wurde. Grundlage für die Begutachtung sollen die zum Versicherten zur Verfügung stehenden Unterlagen sowie die Angaben und Auskünfte, die beim Versicherten oder den sonstigen zur Auskunft fähigen Personen telefonisch oder digital einzuholen sind, sein. Die Voraussetzungen sowie die weiteren, insbesondere inhaltlichen und organisatorischen Einzelheiten, soll der MD Bund im Benehmen mit dem GKV-SV in den Begutachtungs-Richtlinien nach § 17 SGB XI regeln. Im neuen Absatz 3 wird zudem hervorgehoben, dass bei der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit die Bereiche „außerhäusliche Aktivitäten“ und „Haushaltsführung“ bei der rechnerischen Ermittlung des Pflegegrades nicht gesondert berücksichtigt werden. Absatz 4 enthält lediglich eine Klarstellung. Die in den Absätzen 5 und 6 verorteten verkürzten Begutachtungsfristen von einer bzw. zwei Wochen bei z. B. Krankenhausaufenthalten oder bei gegenüber dem Arbeitgeber angekündigter Pflegezeit sollen auf eine Frist von fünf bzw. zehn Tagen ab Antragseingang bei der Pflegekasse geändert werden. In diesen Begutachtungsfällen muss die gutachterliche Empfehlung nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit i. S. der §§ 14, 15 SGB XI vorliegt und ob die Voraussetzungen mindestens des Pflegegrades 2 erfüllt sind (Absatz 7). Des Weiteren sieht Absatz 7 vor, dass in den Fällen, in denen der Versicherte unmittelbar im Anschluss an einem Aufenthalt in einem Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch genommen hat, spätestens innerhalb einer Frist von 10 Arbeitstagen nach Beginn der Kurzzeitpflege eine abschließende Begutachtung in der Kurzzeitpflegeeinrichtung zu erfolgen hat. Gleiches soll gelten, wenn unmittelbar vor Beginn der Kurzzeitpflege Übergangspflege nach § 39e SGB V in Anspruch genommen wird. Bei den Absätzen 8 bis 11 handelt es sich im Wesentlichen um Bündelung und redaktionelle Anpassungen von bereits derzeit geltenden Regelungen in § 18.

B) Stellungnahme

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass der Entwurf – neben der obligatorischen Begutachtung durch eine Untersuchung im Wohnbereich des Versicherten sowie der Begutachtung nach Aktenlage – die Möglichkeit der Begutachtung mittels telefonischer oder digitaler Kommunikationsmittel vorsieht. Allerdings sollten diese neuen Begutachtungsformate nicht allein auf den Einsatz in Krisenfällen von nationaler oder regionaler Tragweite begrenzt werden. Um weiterhin eine qualitativ hochwertige, zeitnahe und ressourcenschonende Pflegebegutachtung gewährleisten zu können, bedarf es insbesondere des effizienten Einsatzes von Gutachterinnen und Gutachter. Entsprechendes Potenzial besteht durch den flexiblen Einsatz Telefoninterview basierter und digitaler Begutachtungen. Dies zeigten die Erfahrungen mit den Telefonbegutachtungen während der Corona-Pandemie. Unter welchen Voraussetzungen bzw. in welchen Fällen telefonische oder videobasierte Begutachtungen sachgerecht und geeignet sind, sollte der MD Bund im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 SGB XI festlegen. Des Weiteren wäre der MD Bund zu verpflichten, bis zum 30.06.2025 einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht über die Erfahrungen der telefonischen und videobasierten Begutachtungen vorzulegen.

Es ist zu begrüßen, dass nunmehr gesetzlich hervorgehoben wird, dass die Bereiche „außerhäusliche Aktivitäten“ und „Hauswirtschaft“ nicht für die Bewertung eines Pflegegrades herangezogen werden. Obwohl in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 SGB XI schon lange darauf hingewiesen wird, dass diese Bereiche nicht für die Feststellung eines Pflegegrades herangezogen werden, wird eine flankierende gesetzliche Klarstellung helfen, falschen Erwartungshaltungen von Versicherten entgegenzuwirken und Streitigkeiten zwischen Pflegekassen und Versicherten zu vermeiden.

Es wird ebenfalls begrüßt, dass die im Rahmen der verkürzten Begutachtungsfristen für die Medizinischen Dienste bisher geltenden Wochenfristen durch Arbeitstagefristen ersetzt werden. Damit findet eine Angleichung an die für die Pflegekassen geltende und sich ebenfalls auf Arbeitstage beziehende Bearbeitungsfrist statt. Zudem wird mit dem Wechsel von einer Ein- bzw. Zweiwochenfrist auf entsprechende Arbeitstagefristen den unterschiedlichen Feiertagsregelungen in den Ländern Rechnung getragen.

Mit der Klarstellung, dass die im Rahmen der verkürzten Begutachtungsfristen erstellten Gutachten – neben der Feststellung, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI vorliegt – auch die Feststellung enthalten sollen, ob mindestens der Pflegegrad 2 vorliegt, wird nachvollzogen, was bereits heute in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 SGB XI geregelt ist. Denn allein die Feststellung, dass Pflegebedürftigkeit vorliegt, sagt nichts über den

Schweregrad der Pflegebedürftigkeit aus. Nur wenn mindestens der Pflegegrad 2 festgestellt wird, können zur Sicherstellung der Pflege z. B. auch stationäre Pflegeleistungen zulasten der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden. Mit der gesetzlichen Klarstellung wird die entsprechende Regelung in den Begutachtungs-Richtlinien rechtssicher gemacht.

Es ist bisher geregelt, dass im Falle einer Begutachtung mit verkürzten Begutachtungsfristen, die größtenteils im Rahmen von Aktenlagegutachten erfolgen, die abschließende Begutachtung des Versicherten unverzüglich nachzuholen ist. Denn in der Regel wird in den Fällen, in denen die Feststellung der Pflegebedürftigkeit auf einem Aktenlagegutachten beruht, die entsprechenden Verwaltungsakte der Pflegekassen mit einer Befristung – bis zur Nachholung der körperlichen Untersuchung – versehen. Nunmehr wird für den Fall, dass sich z. B. an einen Krankenhausaufenthalt unmittelbar eine Kurzzeitpflege anschließen sollte, der Begriff „unverzüglich“ mit „spätestens innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Beginn der Kurzzeitpflege“ definiert. Gleiches soll für den Fall gelten, dass unmittelbar vor der Kurzzeitpflege Übergangspflege nach § 39e SGB V in Anspruch genommen wird.

Es ist vorgesehen, dass in den Fällen, in denen der Versicherte unmittelbar im Anschluss an einen Aufenthalt in einem Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch genommen hat, spätestens innerhalb einer Frist von 10 Arbeitstagen nach Beginn der Kurzzeitpflege eine abschließende Begutachtung in der Kurzzeitpflegeeinrichtung zu erfolgen hat. Gleiches soll gelten, wenn unmittelbar vor Beginn der Kurzzeitpflege Übergangspflege nach § 39e SGB V in Anspruch genommen wurde.

Eine Gleichbehandlung von ambulant und stationär versorgten Versicherten wird befürwortet

Wie zuvor bereits erwähnt, kann es sein, dass, aufgrund der Akutsituation, in der Kurzzeitpflegeeinrichtung ein anderer Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten festgestellt wird als im Anschluss daran in der Häuslichkeit. Durch eine Umsetzung mit Befristungen und Wiederholungsbegutachtungen, auf die in der Gesetzesbegründung verwiesen wird, werden die ohnehin knappen Ressourcen der Medizinischen Dienste zusätzlich in Anspruch genommen. Gleichwohl würden die Pflegekassen damit verbunden einen höheren Verwaltungsaufwand haben.

Darüber hinaus kann bei einer Begutachtung in der Kurzzeitpflegeeinrichtung das häusliche Wohnumfeld nicht in die Begutachtung mit einbezogen werden. Dies ist im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung (z. B. Anpassungen am Wohnbereich) relevant. Ebenso hat der Medizinische Dienst festzustellen, ob die Pflege in der häuslichen Umgebung sichergestellt ist. Dazu gehört beispielsweise, dass der Versicherte ausreichend Unterstützung erhält und dass keine Gefahr der Verwahrlosung droht.

Zusätzlich ist auf operative Hürden hinzuweisen. Ziel für alle Beteiligten ist es, einen schlanken und reibungslosen Prozess sicherzustellen. Damit der Medizinische Dienst innerhalb von 10 Arbeitstagen die Begutachtung durchführen kann, muss gewährleistet sein, dass der Medizinische Dienst weiß, ab wann der Versicherte in der Kurzzeitpflegeeinrichtung ist, in welcher Einrichtung sich der Versicherte befindet, ob nicht gegebenenfalls Unterbrechungen durch einen Krankenhausaufenthalt entstehen und ob der Versicherte am angedachten Begutachtungstag noch in der Einrichtung ist. Aktuell ist es in der Praxis so, dass die Pflegekasse nicht immer zeitnah eine entsprechende Mitteilung von der Kurzzeitpflegeeinrichtung erhält.

C) Änderungsvorschlag

§ 18a Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Medizinische Dienst hat den Versicherten zu untersuchen. Die erstmalige Untersuchung ist immer im Wohnbereich des Pflegebedürftigen durchzuführen. Die Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Untersuchung ist zu wiederholen, soweit sich Hinweise in Bezug auf die bereits festgestellten Einschränkungen ergeben. Der Medizinische Dienst kann bei Folgebegutachtungen eine telefonische Begutachtung oder eine Begutachtung per Videokonferenz durchführen, sofern die geltenden Anforderungen an den Datenschutz eingehalten und die Anforderungen an die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet werden. Der Medizinische Dienst Bund regelt im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband hierzu Näheres in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1. Das Recht des Versicherten auf eine Untersuchung in seinem Wohnbereich bleibt unberührt. Erteilt der Versicherte zur Begutachtung durch den Medizinischen Dienst nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Die §§ 65, 66 des Ersten Buches bleiben unberührt. Der MD “

Der MD Bund legt unter wissenschaftlicher Begleitung bis zum 30.06.2025 einen Bericht über die Erfahrungen der telefonischen bzw. videobasierten Begutachtungen vor.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 18b – Gutachten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Wie bei der Zusendung des Begutachtungsauftrages der Pflegekasse an die Medizinischen Dienste bzw. unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter in § 18 Absatz 1 vorgesehen, soll auch die Rückgabe des Gutachtens an die Pflegekasse in gesicherter elektronischer Form erfolgen. Eine Übergangsphase, in der die Rückgabe auch in anderer Form möglich ist, ist ebenfalls vorgesehen. Im Übrigen enthält der Gesetzentwurf im Wesentlichen die derzeit geltenden Regelungen zum erforderlichen Inhalt eines Pflegegutachtens. Insbesondere wurde der Wortlaut des Gesetzes aktualisiert, mit weiteren Regelungen des SGB sprachlich in Einklang gebracht und enthält Vorschläge zu den im Gutachten aufzuführenden Empfehlungen der Medizinischen Dienste bzw. der unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter.

B) Stellungnahme

Es ist davon auszugehen, dass viele Medizinische Dienste schon bisher die Pflegebegutachtung in elektronischer Form den Pflegekassen übermitteln. Die geplante Regelung stellt sicher, dass dies bis zum Ende der eingeräumten Übergangsfrist bei allen Medizinischen Diensten Standard ist.

Im Übrigen ist auch schon derzeit gesetzlich geregelt, dass im Gutachten – neben der Feststellung der Pflegebedürftigkeit – weitere Feststellungen und insbesondere Empfehlungen zu therapeutischen und anderen Maßnahmen zu treffen sind, die zu einer Verbesserung der Pflegesituation bzw. zu einer besseren Versorgungssituation beitragen können. Mit den nun vorgenommenen Ergänzungen und teilweise umformulierten Begrifflichkeiten werden dazu weitere Vorgaben gemacht. Zudem wird nunmehr detailliert aufgelistet, welche Maßnahmen von den Empfehlungen im Gutachten umfasst sein sollen. Diese Auflistung entspricht weitgehend den in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 SGB XI aktuell festgelegten Empfehlungen.

C) Änderungsvorschlag

Soweit in § 18b von unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter gesprochen wird, sind diese zu streichen (siehe Stellungnahme/Änderungsvorschlag zu § 18 Absatz 3).

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 18c – Entscheidung über den Antrag

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekasse hat 70 Euro an einen Antragssteller zu zahlen, wenn ein Bescheid nicht innerhalb einer Frist von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags erteilt oder die verkürzten Begutachtungsfristen (§ 18a SGB XI neu) nicht eingehalten wurden. Dies gilt nicht, wenn – wie bisher – die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat.

Hat die Pflegekasse die Verzögerung – wie beispielsweise ein Aufenthalt der versicherten Person im Krankenhaus – nicht zu vertreten, ist der Lauf der 25–Arbeitstage–Frist gehemmt. Während der Zeit des Aufenthaltes laufe die Frist nicht mit, sondern werde nach dessen Beendigung fortgesetzt. Liegt nach der Fortsetzung der Frist ein erneuter Verzögerungsgrund vor, sollen die Regelungen zur pauschalen Zusatzzahlung bei Fristüberschreitungen gelten. Dies gelte unabhängig davon, ob der Verzögerungsgrund zuvor von der Pflegekasse oder von der antragstellenden Person zu vertreten war.

Wird die antragstellende Person von der Pflegekasse aufgefordert, zur Begutachtung noch zwingend erforderliche Unterlagen einzureichen, soll die 25–Arbeitstage–Frist für die Erteilung des Bescheides über den Pflegeantrag sowie die verkürzten Begutachtungsfristen von 5 bzw. 10 Arbeitstagen bis zur Einreichung der Unterlagen unterbrochen werden. Der Zeitraum der Unterbrechung soll mit dem Tag beginnen, an dem der antragstellenden Person die Aufforderung zur Einreichung der noch fehlenden Unterlagen zugeht.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigten Klarstellungen zu den Fristenregelungen sind sachgerecht. Sie geben dem Grunde nach das Ergebnis des Beschlusses der 93. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder vom 14./15.11.2018 in Hamburg (zu TOP 30) wider. Danach führen Verzögerungen, die die Pflegekassen nicht zu vertreten haben, zu einer Hemmung der Frist. Soweit in der beabsichtigten gesetzlichen Regelung von Unterbrechung statt Hemmung gesprochen wird, bedarf es einer entsprechenden sprachlichen Anpassung, wie bereits in der gesetzlichen Begründung zu § 18c Absatz 5 (neu) geschehen.

Es bleibt weiterhin offen, ob in den Fällen, in denen die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat, die Fristhemmung mit der Kenntnis des Verzögerungsgrundes durch die Pflegekasse zu laufen beginnt oder mit dem Eintritt des entsprechenden Tatbestandes, z. B.

Aufnahme zur stationären Krankenhausbehandlung. Gleiches gilt für das Ende der Unterbrechung. Auch hier ist die Pflegekasse darauf angewiesen, dass sie Kenntnis über das Ende der Unterbrechung erlangt. So kann sie z. B. erst dann die Nachholung einer Begutachtung veranlassen, wenn ihr bekannt ist, dass die antragstellende Person z. B. aus dem Krankenhaus entlassen wurde. Auch dass die antragstellende Person z. B. aus privaten Gründen nicht zur Begutachtung zur Verfügung steht (z. B. Friseur- oder Arztbesuch), bzw. ab wann wieder, erfährt die Pflegekasse nicht immer taggleich vom Antragstellenden, sondern dann, wenn der Antragstellende die Pflegekasse entsprechend informiert. Insoweit sollten der Beginn und das Ende des Zeitraumes der Fristhemmung die jeweilige Kenntnisnahme des Hemmungsgrundes durch die Pflegekasse bedingen. Dies sollte in § 18c SGB XI (neu) ergänzend klargestellt werden.

Soweit Absatz 6 vorsieht, dass beim Fehlen zwingend erforderlicher Unterlagen die Fristen nach Absatz 1 und Absatz 5 Satz 1 bis zur Einreichung der Unterlagen unterbrochen werden, ist diese Klarstellung grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings sollte an dieser Stelle – wie in Absatz 5 – auch von Hemmung und nicht von Unterbrechung gesprochen werden. Zudem sollte die Hemmung nicht mit dem Tag beginnen, an dem der antragstellenden Person die Aufforderung zur Einreichung noch fehlenden Unterlagen zugeht, sondern mit dem Tag, an dem die Pflegekasse von der antragstellenden Person die noch fehlenden Informationen bzw. Unterlagen anfordert. Denn der konkrete Tag des Zuganges der Aufforderung ist in der Praxis nur schwer von der Pflegekasse zu belegen. Dies kann zu Konflikten zwischen antragstellender Person und Pflegekasse bei der Bestimmung des Zeitraumes der Fristhemmung führen. Dies gilt es zu vermeiden.

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass die im Absatz 5 aufgegriffenen Verweise „Satz 2 Alternative 1“ und „Satz 1 Alternative 1“ nicht eingeordnet werden können. Hier bedarf es einer Korrektur.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 5 Satz 4 und 5 sind wie folgt zu ersetzen:

Liegt ein Verzögerungsgrund nach Satz 2 Alternative 1 vor, ist der Lauf der Frist gehemmt. Die Hemmung beginnt mit dem Tag, an dem die Pflegekasse Kenntnis über den Verzögerungsgrund erhält, spätestens mit dem Tag des tatsächlichen Beginns des Verzögerungsgrundes. Sie endet mit der Kenntnis über den Wegfall des Verzögerungsgrundes, frühestens mit dem Tag des tatsächlichen Wegfalls des Verzögerungsgrundes. Während dieser Zeit läuft die Frist nicht weiter, sondern wird nach

dem Ende der Fristhemmung fortgesetzt. Ein neuer Fristbeginn ist mit dem Ende der Hemmung nicht verbunden.

Absatz 6 ist wie folgt zu fassen:

Wird die antragstellende Person von der Pflegekasse aufgefordert, zur Beauftragung der Feststellung der Pflegebedürftigkeit noch zwingend erforderliche Informationen bzw. Unterlagen im Sinne des § 18 Absatz 1 Satz 3 einzureichen, werden die Fristen nach Absatz 1 und Absatz 5 Satz 1 bis zur Einreichung der zwingend erforderlichen Informationen bzw. Unterlagen gehemmt. Danach läuft die Frist weiter; der Zeitraum der Hemmung wird in die Frist nicht einberechnet. Die Hemmung beginnt mit dem Tag, an dem die Pflegekasse von der antragstellenden Person die noch fehlenden Informationen bzw. Unterlagen nach Satz 1 anfordert.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 18c – Entscheidung über den Antrag (Heilmittlempfehlung und Hilfs- und Pflegehilfsmittlempfehlungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Pflegebegutachtung können der Medizinischen Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter Empfehlungen, die insbesondere zu einer positiven Veränderung der Pflegesituation beitragen können, aussprechen. Dies können u. a. Maßnahmen der Heilmittelversorgung sein (vgl. § 18b Absatz 1 Nr. 2 lit. d) SGB XI). In diesem Zusammenhang soll die Pflegekasse verpflichtet werden, den Antragsteller über die Bedeutung der im Pflegegutachten empfohlenen Heilmittel zu informieren und ihn über die Möglichkeit zur Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 32 Absatz 1a SGB V bei der Krankenkasse aufzuklären. Ferner soll die Pflegekasse der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt schriftlich oder elektronisch eine Mitteilung über die im Pflegegutachten empfohlenen Heilmittel zuleiten, sofern der Antragsteller in die Weiterleitung eingewilligt hat. Ziel der Regelung ist es gemäß der Gesetzesbegründung, die Prüfung sowie Ausstellung einer Heilmittelverordnung durch die Ärztin oder den Arzt zu befördern.

Zudem haben die Pflegekassen bei Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittlempfehlungen die Versicherten über die zur Auswahl stehenden Leistungserbringenden zu informieren.

B) Stellungnahme

Das vorgeschlagene Verfahren erscheint vor dem Hintergrund der im Vorfeld einzuholenden Einwilligung des Versicherten und der sich anschließenden Information der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes für die Beteiligten aufwendig und verzögert die Veranlassung einer Heilmitteltherapie unnötig. Versicherte könnten über die im Gutachten ausgesprochenen Heilmittlempfehlungen und die Möglichkeit zur Antragsstellung nach § 32 Absatz 1a SGB V stattdessen bereits mit der Entscheidung über den Antrag nach § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB XI informiert werden und sich damit unmittelbar an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt zum Zwecke der Verordnung wenden. Ein Zustimmungsverfahren wäre dann nicht erforderlich.

Die Informationspflicht der Versicherten bezüglich der Auswahl der Leistungserbringenden wird kritisch gesehen. Aufgrund der Vielzahl der zur Verfügung stehenden Leistungserbringenden in diesem Bereich ist dies nicht praktikabel und mit hohen Verwaltungsaufwänden verbunden. Bereits mit dem heutigen Verfahren erhalten die

Pflegebedürftigen schnell und unkompliziert die empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel.

C) Änderungsvorschlag

§ 18c Absatz 3 Satz 2 und 3 werden gestrichen und wie folgt gefasst:

„Wird im Gutachten eine Empfehlung zu Maßnahmen der Heilmittelversorgung ausgesprochen, ist dem Antragsteller mit dem Bescheid eine Mitteilung über die empfohlenen Heilmittel zur Vorlage bei der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt auszuhändigen.“

In § 18c Abs. 3 Satz 1 SGB XI ist die Ergänzung „und weist ihn zugleich auf die zur Auswahl stehenden Leistungserbringer hin“ zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 18d – Berichtspflichten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Berichtspflichten der Pflegekassen werden um weitere Berichte ergänzt. Erstmals für das Geschäftsjahr 2024 sollen die Pflegekassen zusätzlich berichten über

- die Anzahl der Anträge auf Leistungen der Pflegeversicherung,
- die Fallzahl der abgelehnten Anträge, die Anzahl der Arbeitstage bis zur Entscheidung,
- die Anzahl der Fristüberschreitungen und die Gründe der Nichteinhaltung der Frist,
- die Anzahl der Fälle, bei den Zahlungen der Verzögerungsgebühr geleistet wurden,
- die Anzahl der Fälle, in denen der Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter zur Auswahl benannt wurden,
- die Anzahl der Fälle, bei denen der Antragsteller eine Untersuchung verweigert hat,
- Anzahl der Heilmittlempfehlungen und davon Weiterleitung an den Arzt bzw. Ärztin, jeweils unterteilt nach Heilmittelart,
- Anzahl der Widersprüche inkl. Widerspruchsgründe,
- Anzahl der zurückgewiesenen und stattgegeben inkl. Entscheidungsgründe und Angabe der Dauer der Widerspruchsverfahren sowie soweit zum Zeitpunkt der Berichtslegung bekannt, die Fälle, in den bei erfolglosem Widerspruchsverfahren geklagt wurde.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erhält den Auftrag, die Daten aufzubereiten und auf Plausibilität zu prüfen. Ein Bericht ist erstmalig bis zum 30.06.2025 dem BMG vorzulegen. Für das Geschäftsjahr 2025 erfolgt eine wissenschaftliche Evaluation zu den Ergebnissen und Wirkungen der Zuleitung von Mitteilungen zu empfohlenen Heilmitteln, die dem Bericht beizufügen ist.

B) Stellungnahme

Der für die ergänzten Berichtspflichten zusätzlich geforderte Datenpool ist sehr umfangreich. Entsprechend ist der Aufwand für die Erhebung der zusätzlichen Daten und die notwendigen Anpassungen der technischen Verfahren seitens der Pflegekassen beträchtlich. Damit der mit den zusätzlichen Berichtspflichten erhoffte Erkenntnisgewinn und der unweigerlich steigende Verwaltungsaufwand ausgewogen bleiben, sollte die umfangreiche Erweiterung der bestehenden Berichtspflichten einer kritischen Prüfung unterzogen werden.

C) Änderungsvorschlag

Um die zusätzlichen Verwaltungsaufwände seitens der Pflegekassen überschaubar zu halten, sollte die neuen Berichtspflichten vom Umfang her reduziert werden.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 18e – Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Medizinische Dienst Bund und die Medizinischen Dienste können Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen zur Weiterentwicklung der den Medizinischen Diensten nach den §§ 18 bis 18b zugewiesenen Aufgaben durchführen und mit den Pflegekassen vereinbaren. Bei der Durchführung der Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des § 18a und insoweit von den Richtlinien nach § 53d Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 abgewichen werden. Pflegebedürftige dürfen dadurch nicht benachteiligt werden. Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Maßnahmen sind im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu bestimmen. Für die Modellvorhaben sind eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung der betroffenen Personen verarbeitet werden. Für die Durchführung der Modellvorhaben, Studien und wissenschaftlichen Expertisen können aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bis zu 500.000 Euro im Kalenderjahr genutzt werden. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Medizinische Dienst Bund und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.

Der Medizinische Dienst Bund beauftragt im Rahmen der Modellvorhaben nach den Absätzen 1 bis 5 bis spätestens [einsetzen: Datum des letzten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine wissenschaftliche Studie zu den Auswirkungen, die ein ersatzweiser oder ergänzender Einsatz telefonischer und digitaler Kommunikationsmittel bei der Untersuchung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit auf das Begutachtungsverfahren und das Begutachtungsergebnis, insbesondere im Vergleich zu einer Begutachtung im Wohnbereich des Versicherten nach § 18a Absatz 2 Satz 1, mit sich bringt. Der Abschlussbericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des fünfzehnten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] vorzulegen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt grundsätzlich die Durchführung von Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung im Rahmen des § 18e SGB XI.

Vor dem Hintergrund des mit der Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in 2017 eingeführten Begutachtungsinstruments wäre es angezeigt, das Begutachtungsinstrument auf seine Wirkungen und Zielsetzungen hin zu überprüfen. Mit einer Evaluation könnte auch untersucht werden, ob die zu erhebenden Informationen sachgerecht sind.

Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, sind zu beteiligen.

Die Absätze 1 und 2 sind wie folgt zu fassen.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1 werden nach Satz 7 folgende Sätze eingefügt:

„Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 10 Prozent an den Kosten nach Satz 6. Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden.“

§18e Absatz 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„(2) Der Medizinische Dienst Bund beauftragt im Benehmen mit dem PKV-Verband im Rahmen der Modellvorhaben nach Absatz 1 bis spätestens [einsetzen: Datum des letzten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine wissenschaftliche Evaluation zur Überprüfung der Begutachtungsrichtlinien nach § 17 Absatz 1 SGB XI. Der Abschlussbericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des fünfzehnten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] vorzulegen.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 30 – Dynamisierung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es ist eine Anhebung der Leistungsbeträge zum Jahresbeginn 2025 um 5 Prozent vorgesehen. Zum Jahresbeginn 2028 sollen die Leistungsbeträge in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, jedoch bis maximal der allgemeinen Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum, angehoben werden.

B) Stellungnahme

Durch die Erhöhung der Leistungsbeträge werden die in den vergangenen Jahren gestiegenen Kosten sowie die verpflichtende tariforientierte Entlohnung nicht ausreichend berücksichtigt. Trotz Bericht der damaligen Bundesregierung über eine notwendige Erhöhung aller Leistungsbeträge um 5 Prozent wurde dies zum letzten gesetzlich vorgesehenen Dynamisierungszeitpunkt zum Jahresbeginn 2021 nicht umgesetzt. Zum Jahresbeginn 2022 fand lediglich eine Erhöhung der Leistungsbeträge der Pflegesachleitung und Kurzzeitpflege statt. Durch die um ein Jahr verzögerte Dynamisierung hätte jedoch auch ein weiteres Kalenderjahr in der Anpassungshöhe Berücksichtigung finden müssen. Durch die in den Leistungsbereichen Pflegegeld, Tages- und Nachtpflege, Entlastungsbetrag, Verhinderungspflege und Pflegehilfsmittel ausgebliebene Anhebung der Leistungsbeträge tragen ambulant versorgte pflegebedürftige Personen seit 2017 den Anstieg der pflegerischen Kosten selbst. Die beabsichtigte Neuregelung hat nicht nur eine verzögerte, sondern auch eine im Vergleich zum gesetzlichen Status quo verringerte Anpassungshöhe für alle ambulanten Leistungsbeträge zur Folge. Die ausgebliebene Dynamisierung sollte daher bereits – wie gesetzlich derzeit vorgesehen – zum Jahresbeginn 2024 und nicht erst zum Jahresbeginn 2025 mit pauschal 5 Prozent erfolgen.

Die neue Bezugsgröße der sogenannten Kerninflation schließt zudem gestiegene Lebensmittel- und Energiepreise aus.

Die seitens des Bundesgesundheitsministeriums ausgewiesene Einsparung geht damit in vollem Umfang zulasten pflegebedürftiger Personen und ihrer Angehörigen. Würde die Bundesregierung ihrer Finanzierungsverantwortung für versicherungsfremde Leistungen nachkommen, könnten die Leistungsbeträge im Rahmen der geplanten Beitragssatzanhebung sachgerecht dynamisiert werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 40a – Digitale Pflegeanwendungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Durch die vorgesehene Streichung des § 40a Absatz 2, Satz 8 Alt. 2 soll klargestellt werden, dass Hersteller von DiPA den anspruchsberechtigten Personen keine höheren Vergütungsbeträge als mit dem GKV-Spitzenverband vereinbart in Rechnung stellen dürfen.

b) Satz 9 wird aufgehoben.

B) Stellungnahme

a) In Abs. 2 Satz 8 erfolgt durch entsprechende Streichung in Verbindung mit einer Anpassung des § 78a Absatz 4 SGB XI die Klarstellung, dass Hersteller von DiPA den anspruchsberechtigten Personen keine höheren Vergütungsbeträge als mit dem GKV-Spitzenverband vereinbart in Rechnung stellen dürfen. Die vorherige Formulierung führte hinsichtlich der Verbindlichkeit der Vergütungsbeträge zu abweichenden Auslegungen, sodass die vorgesehene Streichung begrüßt wird. In Verbindung mit der gesetzlichen Änderung in § 78a Absatz 4 SGB XI wird unmissverständlich deutlich, dass die zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Herstellern vereinbarten Vergütungsbeträge für DiPA für die Hersteller und die anspruchsberechtigten Personen abschließend und bindend sind. Auch die eindeutige Klarstellung in der Begründung zum Gesetzentwurf, dass parallele Vergütungsvereinbarungen zwischen den Herstellern und der anspruchsberechtigten Person oder die Inrechnungstellung höherer Vergütungsbeträge gegenüber der anspruchsberechtigten Person nicht möglich sind, wird ausdrücklich begrüßt. Gemäß der Begründung können Hersteller den anspruchsberechtigten Personen lediglich dann Mehrkosten in Rechnung stellen, sofern diese sich für eine DiPA entscheiden, deren Funktionen oder Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a Abs. 3 SGB XI aufgenommenen DiPA hinausgehen.

b) Satz 9 wird im neuen § 40b Absatz 2 SGB XI verortet und umformuliert.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17

§ 40b – Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im neuen Abs. 2 wird die vorherige Informationspflicht der Pflegekassen über die von den Pflegebedürftigen für ergänzende Unterstützungsleistungen (eUL) und DiPA selbstzutragenden Kosten einschließlich etwaiger Mehrkosten geregelt. Dies war vorher teilweise in § 40a Abs. 2 Satz 9 SGB XI geregelt, der aufgehoben und in § 40b Absatz 2 SGB XI verortet wurde.

Der Satz wurde dahingehend geändert, dass gemäß der neuen Formulierung nicht mehr nur über Mehrkosten zu informieren ist, die sich auf Funktionen oder Anwendungsbereiche beziehen, die über die in das DiPA-Verzeichnis aufgenommenen DiPA hinausgehen. Vielmehr soll die Pflegekasse auch über die von den anspruchsberechtigten Personen für eUL und DiPA selbstzutragenden Kosten einschließlich der Mehrkosten nach § 40a Absatz 2 Satz 8 SGB XI informieren. Die Information hat zudem barrierefrei zu erfolgen.

B) Stellungnahme

Die durch die Informationspflicht geschaffene Transparenz für Pflegebedürftige hinsichtlich selbstzutragender Kosten und Mehrkosten wird begrüßt. Wie auch der Gesetzesbegründung zu entnehmen ist, ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Pflegekasse gegebenenfalls lediglich grundsätzliche Informationen erteilen kann. Die Pflegekasse kann die anspruchsberechtigte Person beispielsweise über die Bewilligung einer Versorgung mit der beantragten DiPA und ggf. eUL und die Höhe des monatlichen Leistungsanspruchs informieren. Eine Information über den Vergütungsbetrag der beantragten DiPA ist nur möglich, sofern dieser zum Zeitpunkt der Antragsbearbeitung bereits vereinbart ist. Sofern bereits andere DiPA und eUL bewilligt wurden, kann die Pflegekasse die anspruchsberechtigte Person über die jeweiligen Vergütungsbeträge der DiPA informieren und darauf hinweisen, dass selbstzutragende Mehrkosten entstehen, sofern der monatliche Leistungsanspruch von insgesamt 50 Euro überschritten wird.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

§ 55 – Beitragssatz, Beitragssatzdifferenzierung nach Kinderzahl

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung soll ab dem 01.07.2023 um 0,35 Beitragssatzpunkte auf 3,4 Prozent angehoben werden.

Grundsätzlich wird der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung durch Gesetz festgelegt. Die Bundesregierung soll ermächtigt werden, den Beitragssatz durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates anzupassen, wenn der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung absehbar eine Monatsausgabe laut Haushaltsplänen der Pflegekassen zu unterschreiten droht.

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat mit Beschluss vom 07.04.2022 die bisherige Verteilung der Beitragslast zwischen kinderreichen und kinderarmen Familien in der sozialen Pflegeversicherung mit Artikel 3 Absatz 1 des Grundgesetzes für unvereinbar erklärt. Es bestätigt damit den bereits in 2001 begründeten und eingeforderten Familienlastenausgleich im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung. Im Kern hatte das BVerfG bereits in 2001 entschieden, dass der Vorteil kinderloser Versicherter in der sozialen Pflegeversicherung systemspezifisch beitragsrechtlich zu kompensieren ist. Mit seinem jüngsten Beschluss stellt das BVerfG im Wesentlichen fest, dass die bislang vorgehaltene Differenzierung zwischen Kinderlosen und Eltern im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung nicht weit genug geht.

Die nunmehr vorgesehenen Regelungen greifen die Vorgaben des BVerfG auf. Der weiterhin vorgehaltene Beitragszuschlag für Kinderlose sowie die vorgesehene Beitragssatzdifferenzierung in Abhängigkeit von der Anzahl der insoweit zu berücksichtigenden Kinder führen den vom BVerfG formulierten Grundsatz, nach dem die Erziehungsleistung konstitutiv für die Funktionsfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung ist, über die schon bislang vorgehaltenen Regelungen hinaus fort. Die Befreiung vom Beitragszuschlag für Kinderlose soll für das Mitglied mit festgestellter Elterneigenschaft weiterhin lebenslang gelten. Die Beitragsabschläge ab dem 2. Kind sollen hingegen nur bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres gewährt werden und sich somit auf den Zeitraum beschränken, in dem der Erziehungsaufwand typischerweise anfällt. Die Regelung, nach der die Elterneigenschaft sowie künftig auch die Anzahl der Kinder gegenüber der beitragsabführenden Stelle bzw. bei Selbstzahlenden gegenüber der Pflegekasse nachzuweisen sind, wird fortgesetzt.

Bis spätestens 01.07.2023 soll 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 entwickeln. Über geeignete Nachweise soll der GKV-Spitzenverband eine Empfehlung abgeben. Nachweise, die für vor dem 01.07.2023 geborene Kinder, die bis zum 31.12.2023 erbracht werden, wirken vom 01.07.2023 an. Zu viel gezahlte Beiträge infolge einer Nichtberücksichtigung von Beitragsabschlägen ab dem 01.07.2023 sind von den beitragsabführenden Stellen bzw. den Pflegekassen spätestens bis zum 31.12.2024 zu erstatten.

Der Anspruch auf Verzinsung des Erstattungsbetrags gemäß § 27 Absatz 1 des Vierten Buches findet bis einschließlich 31.12.2023 keine Anwendung.

B) Stellungnahme

Eine Anhebung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung um 0,35 Beitragssatzpunkte auf 3,4 Prozent ist nicht grundsätzlich kritisch zu bewerten, sie sollte jedoch vollumfänglich dazu dienen, Leistungsverbesserungen für pflegebedürftige Personen zu finanzieren. Tatsächlich bleiben die vorgesehenen Verbesserungen deutlich hinter der Mehrbelastung der Beitragszahlenden zurück, weil die Rentenversicherungsbeiträge von pflegenden Angehörigen und die pandemiebedingten Zusatzkosten der sozialen Pflegeversicherung nicht, wie als Ziel im Koalitionsvertrag definiert, der Aufgabenverantwortung folgend aus Steuermitteln getragen werden, sondern von den Beitragszahlenden zu finanzieren sind; im Falle der Rentenversicherungsbeiträge sogar im Jahr für Jahr weiter anwachsenden Umfang. Die vorgesehene Beitragssatzanhebung finanziert mehr als die Hälfte Rentenversicherungsbeiträge von pflegenden Angehörigen.

Die in Absatz 1 vorgesehene Ermächtigung der Bundesregierung, den Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung durch Rechtsverordnung anzupassen, wenn der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung absehbar die Höhe einer Monatsausgabe laut Haushaltsplänen der Pflegekassen zu unterschreiten droht, schränkt die Verantwortung des Parlaments für eine auskömmliche Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung in Zeiten größter Dringlichkeit ein. Die Lösung wird dadurch auf die Höhe des Beitragssatzes beschränkt und der parlamentarischen Diskussion entzogen. Die vorgesehene Verordnungsermächtigung würde es zwar ermöglichen, eine erforderliche Beitragssatzanhebung in kürzerer Frist umzusetzen. Dennoch sollte auf die Verordnungsermächtigung verzichtet werden. Sofern die Verordnungsermächtigung erteilt wird, ist zu beachten, dass die Festlegung der Interventionsschwelle auf die Höhe einer

Monatsausgabe unter dem gesetzlich vorgesehenen Mittel-Soll gemäß § 63 und § 64 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Höhe von 1,5 Monatsausgaben liegt. Sie berücksichtigt dabei nicht, dass Kassen annähernd bis zu eineinhalb Monate in Vorleistung gehen müssen, ehe sie aus dem Finanzausgleich refinanziert werden. Damit werden Liquiditätsengpässe bei einzelnen Pflegekassen in Kauf genommen.

Die vorgesehenen Regelungen in Absatz 3 sind grundsätzlich geeignet, das Ziel einer den Vorgaben des BVerfG entsprechenden Beitragssatzdifferenzierung zwischen kinderlosen Mitgliedern einerseits und Eltern in Abhängigkeit von der Anzahl der insoweit zu berücksichtigenden Kinder andererseits zu erreichen.

Die millionenfache erstmalige Erhebung und Prüfung der Nachweise über Anzahl und Geburtsdaten der Kinder und die erforderlichen Anpassungen in der Abrechnung der beitragspflichtigen Einkommen machen es erforderlich, dass den beitragsabführenden Stellen und Pflegekassen für die Erstattung der zu viel gezahlten Beiträge bei zunächst nicht berücksichtigten Beitragsabschlägen eine Frist bis zum 31.12.2024 eingeräumt wird. Diese Frist ist dem fehlenden zeitlichen Vorlauf zum Inkrafttreten des Anspruchs auf Beitragsabschläge geschuldet. Der Anspruch auf Verzinsung der Erstattungsbeträge durch die Pflegekassen wird hingegen nur bis zum 31.12.2023 ausgesetzt. Die fehlende Fristenkongruenz führt durch die Ermittlung und Auszahlung von Zinsen zu einer unbegründeten finanziellen und bürokratischen Belastung der Pflegekassen. Der Verzinsungsanspruch nach § 27 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch muss deshalb temporär bis zum 31.12.2024 ausgesetzt werden.

Laut Gesetzesbegründung haben die Pflegekassen mit Verweis auf die in den §§ 13 ff. SGB I geregelten Beratungs- und Informationspflichten ihre Mitglieder individuell über die ab dem 01.07.2023 geltenden Beitragsabschläge für Mitglieder mit zwei und mehr Kindern unter 25 Jahren zu informieren. Es ist allerdings geübte und wirtschaftliche Praxis, dass Kranken- und Pflegekassen ihre Mitglieder über ihr jeweiliges Onlineinformationsangebot, über die Mitgliederzeitschrift und durch geeignete Pressearbeit informieren. Individuelle Schreiben an 57,6 Millionen Mitglieder sind ein relevanter Kostenfaktor. Dies wurde zuletzt mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz dahingehend berücksichtigt, dass die Hinweispflicht der Krankenkassen nach § 175 Absatz 4 Satz 7 SGB V, ihre Mitglieder durch individuelle Schreiben über die Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes und die damit einhergehenden Rechte des Mitglieds zu informieren, in Erwartung von Erhöhungen des Zusatzbeitragssatzes bei einer Vielzahl von Krankenkassen zum 01.01.2023 für die Zeit bis zum 30.06.2023 ausgesetzt wird und die Krankenkassen stattdessen ihre Mitglieder auf andere geeignete Weise zu informieren haben. Individuelle Schreiben der Pflegekassen an die Mitglieder mit der Aufforderung, gegenüber der beitragsabführenden Stelle Nachweise über Kinder zu

erbringen, die jünger als 25 Jahre sind, bergen außerdem sowohl für die beitragsabführenden Stellen als auch für die informierenden Pflegekassen das Risiko, dass diese Nachweise fälschlicherweise an die Pflegekasse geschickt werden, von der das Mitglied angeschrieben wurde. Dies würde zu zusätzlichem Verwaltungsaufwand, zu ungeklärten Datenschutzfragen (Berechtigung der Weiterleitung an die zuständige Stelle) und zu dem Risiko führen, dass die Nachweise im ungünstigsten Fall durch den Umweg nicht rechtzeitig bis zum 31.12.2023 der beitragsabführenden Stelle vorliegen und somit eine rückwirkende Berücksichtigung der Beitragsabschlüsse nicht mehr möglich ist.

Entgegen der Darstellung eines geringfügigen Erfüllungsaufwandes für die technische Umsetzung innerhalb der Sozialversicherung und damit auch bei den Kranken- und Pflegekassen entsteht zudem bereits erheblicher Aufwand für die Anpassung der IT-Systeme hinsichtlich der Beitragsberechnung, der Nachweiserhebung und -speicherung sowie der Erstellung der Anschreiben/Informationsschreiben und der Beitragsbescheide an die selbst die Beiträge zahlenden Mitglieder.

Abschließend wird auf einen Verweisfehler in § 55 Absatz 4 (neu) hingewiesen.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung in Artikel 1 Nummer 20 Buchstaben a wird gestrichen.

Die Regelung in Artikel 1 Nummer 20 Buchstabe b sollte wie folgt gefasst werden: „In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „3,05“ durch die Angabe „3,4“ ersetzt.“

In Artikel 1 Nummer 20 Buchstabe c wird im letzten Teilsatz die Jahreszahl „2023“ durch die Jahreszahl „2024“ ersetzt.

Nach Artikel 1 Nummer 20 Buchstabe d wird folgender Buchstabe e eingefügt:

„e) In Absatz 4 sind die Wörter „Absatzes 3 Satz 2“ durch die Wörter „Absatzes 3 Satz 3“ zu ersetzen.“

Die bisherigen Buchstaben e und f werden f und g.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21, 22 und 23

§§ 58, 59 und 59a – Tragung der Beiträge

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen bei den Regelungen zur Beitragstragung in den §§ 58 und 59 SGB XI stellen reine Folgeänderungen zur Neufassung des § 55 Absatz 3 SGB XI dar. Mit ihnen wird – ohne inhaltliche Veränderungen – klargestellt, dass der Beitragszuschlag für Kinderlose (weiterhin) allein vom Mitglied aufzubringen ist.

Darüber hinaus wird im Umgang mit der Reduzierung des Beitragssatzes für Mitglieder mit mehr als einem Kind (Beitragsabschlag) mit § 59a SGB XI neu geregelt, dass der Beitragsabschlag nur die vom Mitglied zu tragenden Beiträge reduziert. Sonstige an der Beitragsaufbringung Beteiligte (z. B. Arbeitgebende) werden vom Beitragsabschlag nicht begünstigt. Im Falle der vollständigen Beitragstragung durch Dritte findet der Beitragsabschlag keine Berücksichtigung.

B) Stellungnahme

Die als Folgeänderungen gekennzeichneten Regelungen bei der Tragung des Beitragszuschlags für Kinderlose sind sachgerecht und erforderlich. Gleiches gilt für die über alle Personengruppen hinweg geltende allgemeine gesetzliche Regelung, nach der die Reduzierung des Beitragssatzes (Beitragsabschlag) bei Mitgliedern mit mehr als einem Kind nur dem Mitglied zugutekommt und nicht sonstigen an der Beitragstragung Beteiligten.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26

§ 61a – Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der angespannten Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung soll die Rückzahlungsfrist des vom Bund gewährten Darlehens in Höhe von 1 Mrd. Euro von Ende 2023 hälftig auf Ende 2028 verlängert werden.

B) Stellungnahme

Die Verschiebung von Finanzierungslasten in die Zukunft durch Darlehen des Bundes an den Ausgleichsfonds ist bereits grundsätzlich als nicht nachhaltig zu kritisieren. Eine Verlängerung der Rückzahlungsfrist um fünf Jahre ist allerdings noch kritischer zu bewerten als die Darlehensgewährung an sich. Bei der nun vorgesehenen Verlängerung der hälftigen Rückzahlungsfrist auf Ende 2028 stehen dem Darlehensbetrag zwar höhere beitragspflichtige Einnahmen gegenüber. Diese werden aber nicht ausreichen, die mit der demografischen Entwicklung und der im Gesetzentwurf vorgesehenen Leistungsdynamisierung wachsenden Ausgaben der Pflegeversicherung bis 2028 ohne weitere Beitragssatzsteigerung zu finanzieren. Die Rückzahlung muss somit bei einem bereits höheren Beitragssatzniveau zusätzlich geleistet werden. Eine Verlängerung der Rückzahlungsfrist verschiebt die politische Verantwortung zur Schließung der Finanzierungslücke in die nächste Legislaturperiode zu einem höheren Preis für die zukünftigen Beitragszahlenden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 26 sollte gestrichen werden. Es wird empfohlen, das zum 31.12.2023 zurückzuzahlende Bundesdarlehen im Rahmen der Haushaltsgesetzgebung in einen Bundeszuschuss umzuwandeln.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 28

§ 75 – Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und –vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1 wird mit Satz 5 ergänzt, dass die Rahmenverträge nach § 75 künftig von den Landesverbänden der Pflegekassen zu veröffentlichen sind.

In Absatz 2 Satz 1 soll mit neu gefasster Nummer 10 geregelt werden, dass 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 diese nicht von den Richtlinien gemäß § 82c Absatz 4 umfasst sind, in den Landesrahmenverträgen geregelt werden. In den Landesrahmenverträgen sollen die Maßstäbe und Grundsätze für eine personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen künftig auch Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal umfassen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Regelungen werden grundsätzlich begrüßt.

Allerdings verweist die Gesetzesbegründung darauf, dass neben den Aufwendungen für die Personalgewinnung im Inland auch die Aufwendungen für die Anwerbung von Personal im Ausland in der Pflegevergütung berücksichtigungsfähig sein sollen. Damit werde, so die Gesetzesbegründung, auch ein Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes aufgegriffen.

Hier muss klargestellt werden, dass dies kein Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes darstellt. Vielmehr hat der GKV-Spitzenverband gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit die Auffassung vertreten, dass Kosten für Vermittlung und Anwerbung von Pflegefachkräften im Ausland keine Aufwendungen sind, die im unmittelbaren Zusammenhang mit den für die Versorgung der pflegebedürftigen Personen erforderlichen Pflegeleistungen nach dem SGB XI stehen. Verauslagte Aufwendungen für notwendige Leistungen für die Beschäftigung in Deutschland wie Kosten für Anreise, Sprachkurse und berufliche Qualifizierung (Anwerbekosten) können vielmehr als „Vorhaltekosten“ eingeordnet werden. Darüber hinaus entstehen Aufwendungen für die Personalvermittlung und –gewinnung auch im Inland. Diese sind im engeren Sinne nicht für die Erbringung von Pflegeleistungen, sondern vielmehr zur

Gewährleistung einer pflegerischen Versorgungsstruktur zuzuordnen. Nach § 9 SGB XI sind die Länder für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur entsprechend Art. 30, 70 Abs. 1 GG verantwortlich. Das Nähere wird durch Landesrecht bestimmt. In der Folge sind Aufwendungen für die Personalanwerbung im In- und Ausland nicht Bestandteil der Pflegevergütung.

Sofern der Gesetzgeber die Auffassung vertritt, dass die Finanzierungsverantwortung der Aufwendungen für die Beschaffung von im In- und Ausland angeworbenem Personal vollständig bei den Pflegebedürftigen, Pflegekassen und Sozialhilfeträgern liegen sollte, bedarf es einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage. Die vorgesehene Neuregelung ist hierfür nicht ausreichend.

Mit der Berücksichtigung von ergänzenden Regelungen zu Personalpools und vergleichbaren betrieblichen Ausfallkonzepten in den Landesrahmenverträgen sollen die Vertragsparteien in den Ländern die Rahmenbedingungen für die Einrichtung von Personal- bzw. „Springerpools“ schaffen. Der GKV-Spitzenverband unterstützt das damit verbundene Ziel, die Anzahl der Leiharbeitnehmenden in der Langzeitpflege zu reduzieren. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass eine systematische „Ablösung“ von Leiharbeitskräften durch festangestellte Pflegekräfte im Rahmen von Personalpools – sofern letztere überhaupt auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen – eines längeren Umstellungszeitraums bedarf.

C) Änderungsvorschlag

§ 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 10 ist wie folgt zu fassen: „die Anforderungen an die nach § 85 Absatz 3 geeigneten Nachweise zur Darlegung der prospektiven Sach- und Personalaufwendungen bei den Vergütungsverhandlungen, soweit nicht von den Richtlinien gemäß § 82c Absatz 4 umfasst. Aufwendungen für die Beschaffung von Personal sind nicht den pflegebedingten Aufwendungen zuzuordnen.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29

§ 78a – Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Der neu eingefügte Satz 7 soll klarstellen, dass die zwischen dem Hersteller und dem GKV-Spitzenverband vereinbarten Vergütungsbeträge für DiPA für die Hersteller und die anspruchsberechtigte Person bindend sind.

b) Die Änderungen in Absatz 9 (aa) und bb)) betreffen die Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes zu Informationen über die Inanspruchnahme von DiPA und eUL.

aa) Gemäß Absatz 9 Satz 1 soll die Frist zur Vorlage des erstmaligen Berichts des GKV-Spitzenverbandes zu den DiPA und eUL vom 01.02. auf den 01.04.2024 verschoben werden.

bb) Gemäß Absatz 9 Satz 2 ist vorgesehen, dass hinsichtlich der Leistungen der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. mit einbezogen werden soll.

B) Stellungnahme

a) Es hat sich gezeigt, dass Differenzen in der Auslegung hinsichtlich der Verbindlichkeit bestehen, sodass die gesetzliche klarstellende Formulierung hinsichtlich der Verbindlichkeit der zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Hersteller verhandelten Vergütungsbeträge für den Hersteller und die anspruchsberechtigte Person begrüßt wird.

b) Die Änderungen im Rahmen der Berichtspflicht sind sachgerecht.

aa) Die Verlängerung der Frist zur Vorlage des erstmaligen Berichts des GKV-Spitzenverbandes zu den DiPA und eUL vom 01.02. auf den 01.04.2024 wird begrüßt.

bb) Durch den ergänzenden Satz ist der PKV e. V. im Rahmen der Berichterstattung zu Informationen zu Leistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung einzubeziehen. Die Einbeziehung des PKV e. V. wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 30

§ 82c – Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für Pflegeeinrichtungen, die sich an Tarifverträge anlehnen, wird ergänzt, dass sich die Regelungen zur Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen auch auf Arbeitnehmende beziehen, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen. Ferner wird klargestellt, dass für die Pflegeeinrichtungen, die sich am regional üblichen Entlohnungsniveau orientieren, bei den Personalaufwendungen für Arbeitnehmende, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, die allgemeinen Bemessungsgrundsätze gem. § 84 bzw. § 89 SGB XI gelten.

Darüber hinaus werden die Wirtschaftlichkeitsgrundsätze für die Entlohnung von Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen auf die Wirtschaftlichkeit von Entgelten für Personal aus Arbeitnehmerüberlassungen oder Werk- bzw. Dienstleistungsvertragsverhältnissen in Pflegeeinrichtungen übertragen.

Zudem werden die Vermittlungsentgelte von Leiharbeitnehmenden nicht als wirtschaftlich und ihre Bezahlung über die Wirtschaftlichkeitsgrenze hinaus nur mit sachlichem Grund als wirtschaftlich anerkannt; dies steht im Zusammenhang mit dem Auftrag an die Pflegeselbstverwaltung zur Konkretisierung der Landesrahmenverträge nach § 75 Absatz 3 insbesondere zur Umsetzung von Personalpools sowie für den vollstationären Bereich hinsichtlich der Vereinbarung von Personalstellen nach § 113c Absatz 2 zur Umsetzung dieser Konzepte.

B) Stellungnahme

Mit der Einfügung von Absatz 2a erfolgt bezogen auf Pflegeeinrichtungen, die sich an einen Tarifvertrag oder eine kirchliche Arbeitsrechtsregelung anlehnen, eine Klarstellung zur Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen für Arbeitnehmende, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen. Diese Klarstellung wird begrüßt.

Die Regelung des Absatzes 2b überträgt die bereits für die Vergütung bzw. Entlohnung von Beschäftigten von Pflegeeinrichtungen geltenden Wirtschaftlichkeitsgrundsätze auf die Wirtschaftlichkeit von Überlassungsentgelten für Personal, das im Rahmen von Arbeitnehmerüberlassungen oder Werk- bzw. Dienstleistungsvertragsverhältnissen in einer Pflegeeinrichtung tätig wird. Die Anerkennung von Entgelten für die Vermittlung von

Leiharbeitnehmenden als wirtschaftlich wird ausgeschlossen. Damit soll ein wirtschaftlicher Anreiz gesetzt werden, bei Personalausfall die Versorgung durch sogenannte Springer im Stammpersonal der Pflegeeinrichtung und nicht über Leiharbeitskräfte sicherzustellen.

Die Regelung steht in einem engen Zusammenhang mit dem Auftrag an die Pflegeselbstverwaltung zur Konkretisierung der Landesrahmenverträge nach § 75 Absatz 3 insbesondere zur Umsetzung von Personalpools sowie für den vollstationären Bereich hinsichtlich der Vereinbarung von Personalstellen nach § 113c Absatz 2 zur Umsetzung dieser Konzepte. Das damit verbundene Ziel entspricht den Vereinbarungen der Konzertierte Aktion Pflege, die Anzahl der Leiharbeitnehmenden in der Langzeitpflege zu reduzieren. Es ist jedoch zu bedenken, dass eine Vereinbarung von Ausfallkonzepten und die systematische Ablösung des Einsatzes von Leiharbeitskräften durch festangestelltes Springerpersonal in den Einrichtungen einen längeren Zeitraum in Anspruch nimmt und nicht stichtagsbezogen mit Inkrafttreten des Gesetzes realisiert werden kann.

Hinsichtlich der Wirksamkeit der Änderungen des § 82c Absatz 2b SGB XI ist zu beachten, dass aufgrund der beabsichtigten Neuregelung des § 82c Absatz 3 SGB XI auch für Personal, das im Rahmen einer Arbeitnehmerüberlassung tätig wird, für eine höhere Bezahlung als das Tarifniveau ein sachlicher Grund greifen kann. In § 6 Abs. 6 der Pflegevergütungsrichtlinien nach § 82c SGB XI sind als Beispiele und damit nicht abschließend sachliche Gründe aufgeführt, unter anderem unter Buchstaben d: „Die Zahlung wettbewerbsfähiger Löhne aufgrund einer besonders herausfordernden Fachkräftesituation in der Region.“. Dies ist bei Pflegeeinrichtungen, die Leiharbeitnehmende beschäftigen müssen, um Versorgungslücken auszugleichen, zu erwarten.

C) Änderungsvorschlag

Es wird gebeten, die obigen Hinweise im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu berücksichtigen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 39

§ 113b – Maßstäbe und Grundsätze

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Aufnahme des Absatz 3a wird geregelt, dass die beschlussfassenden Sitzungen des Qualitätsausschusses Pflege und des erweiterten Qualitätsausschusses Pflege in der Regel öffentlich und zeitgleich als Live-Video-Übertragungen im Internet angeboten werden sollen. Die nichtöffentlichen Beratungen des Qualitätsausschusses Pflege und des erweiterten Qualitätsausschusses Pflege einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften bleiben hiervon unberührt.

B) Stellungnahme

Mit dieser Änderung soll die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Arbeit des Qualitätsausschusses Pflege gestärkt werden. Allerdings benötigt die Umsetzung dieser Regelung eine umfassende rechtliche und organisatorische Vorbereitung. Es betrifft zum einen die Änderung der Satzung des Vereins „Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege“. Zudem benötigt die Geschäftsstelle Pflege hierfür geeignete Räumlichkeiten mit der technischen Ausstattung und des technischen Supports für eine Live-Übertragung sowie Archivierung der Gremiensitzungen. Außerdem kann die Umsetzung mit der derzeitigen Besetzung der Geschäftsstelle Pflege nicht gewährleistet werden.

C) Änderungsvorschlag

In der beabsichtigten Neuregelung sollten die umfassenden rechtlichen und organisatorischen Vorarbeiten berücksichtigt werden.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 39

§ 113b – Maßstäbe und Grundsätze

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung in Abs. 6 sollen die Vertragsparteien ab dem 01.09.2023 eine dauerhafte zusätzliche Referentenstelle zur Unterstützung der nach § 118 SGB XI maßgeblichen Interessenvertretungen einrichten. Die Interessenvertretungen haben das Recht, die Stelle zu besetzen und den Arbeitsort in Abstimmung mit der Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege zu bestimmen.

B) Stellungnahme

Die Einrichtung einer Referentenstelle ist aus der Perspektive der Verbände nach § 118 SGB XI grundsätzlich nachzuvollziehen, sollte allerdings in der Umsetzung nicht Aufgabe der Geschäftsstelle sein. Denn die Neuregelung zielt allein auf die fachliche und organisatorische Unterstützung einzelner Interessengruppen, ohne dass hinreichend konkretisiert ist, was damit gemeint ist. Dagegen ist Auftrag der unabhängigen Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege, alle Mitglieder und Beteiligte des Qualitätsausschusses Pflege und seiner Untergremien inhaltlich und organisatorisch umfänglich zu unterstützen, was die benannten Vertreterinnen und Vertreter der Betroffenenorganisationen selbstverständlich einschließt. Die vorgeschlagene Regelung bringt erhebliche rechtliche und organisatorische Umsetzungsprobleme mit sich.

Der Verein „Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege e.V.“ fungiert in der derzeitigen Fassung des § 113 Abs. 6 SGB XI als Arbeitgeber. Einflussmöglichkeiten auf Auswahl, Tätigkeitsfeld, Vergütung der einzustellenden Person sowie Bewertung der Arbeitsleistung bestünden bei der Einrichtung einer Referentenstelle zur Unterstützung der nach § 118 SGB XI maßgeblichen Interessensvertretungen, wie im derzeitigen Referentenentwurf des PUEG dargelegt, jedoch nicht. Auch eine Definition des zu bearbeitenden Aufgabengebietes obläge nach der derzeitigen Ausgestaltung nicht dem Verein „Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege e.V.“. Dieser Umstand wird kritisch gesehen und befindet sich derzeit noch in juristischer Prüfung. Der Verein „Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege e.V.“ schliesse demnach einen Arbeitsvertrag mit einer Person ab, deren Arbeitsort, -inhalt und -umfang

dem Einfluss des Vereins entzogen wären. Insgesamt könnte der Verein auch seinen formalen Arbeitgeberpflichten und seinen Personalführungsaufgaben nicht nachkommen.

In der Umsetzung der Einrichtung einer Referentenstelle zur Unterstützung der nach § 118 SGB XI maßgeblichen Interessensvertretungen orientiert sich der Gesetzgeber an den bereits vorhandenen Regelungen zum Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Die Strukturen des G-BA insbesondere mit seiner Geschäftsstelle und der dort angegliederten Stabsstelle Patientenbeteiligung lassen sich nicht ohne weiteres auf den Verein „Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege e.V.“ und mithin die Organisationsstruktur von Trägerverein, Geschäftsstelle und Qualitätsausschuss Pflege übertragen. Während der G-BA als Selbstverwaltungskörperschaft eine Anstalt des öffentlichen Rechts ist, fungiert die Geschäftsstelle als eingetragener Verein.

C) Änderungsvorschlag

Die Ansiedlung und Ausgestaltung der geplanten Referentenstelle sollte außerhalb der Geschäftsstelle Pflege erfolgen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40

§ 113c – Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die derzeitigen Vorgaben zur Personalausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen sollen im Wesentlichen durch folgende Regelungen geändert werden.

(a) Ergänzung weiterer Ausnahmen, wann von den Personalthöchstwerten nach § 113c Abs. 1 abgewichen werden kann

Als weitere Ausnahmen werden Personalpools oder die Umsetzung vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte sowie das Modellprojekt nach § 8 Absatz 3b ergänzt.

(b) Regelungen zum Personalaufwuchs

Es werden mehrere Substitutionsmöglichkeiten für die Erfüllung der Qualifikationsvoraussetzungen nach § 113c Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 (landesrechtlich geregelte Helfer- oder Assistenz Ausbildung in der Pflege) vorgesehen.

(c) Festlegung von Mindest- und Höchstwerten durch das Bundesministerium für Gesundheit und zweijährliche Überprüfung

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) soll erstmals zum 31.12.2023 bundeseinheitliche Personalanhaltswerte für die Mindestpersonalausstattung festlegen und diese sowie die bereits gesetzlich geregelten Personalthöchstwerte alle zwei Jahre überprüfen. Der GKV-Spitzenverband soll dem BMG alle zwei Jahre, erstmals bis zum 31.12.2024, aufgeschlüsselt nach Bundesländern, über die Einhaltung der Vorgaben zur Mindest- und Höchstpersonalausstattung berichten. Die Grundlagen des Berichts soll der GKV-Spitzenverband bis zum 30.09.2023 festlegen.

B) Stellungnahme

Zu (a)

Die Ergänzung von Personalpools (sogenannten „Springerpools“) oder vergleichbaren betrieblichen Ausfallkonzepten sowie des Modellprojekts nach § 8 Absatz 3b als Gründe für eine mögliche Abweichung von den gesetzlichen Personalthöchstwerten, ist folgerichtig. Die Berücksichtigung von Personalpools bei der Personalbemessung steht hierbei im Zusammenhang mit der Neuregelung in § 75 Absatz 3.

Bei der Möglichkeit, zusätzliches Personal außerhalb der in § 113c Abs. 1 festgelegten Höchstpersonalausstattung zu vereinbaren, ist zu beachten, dass regelhafte Personalausfälle (wie bspw. Urlaub oder Krankheit) bereits als Personalkosten bei den Pflegesatzverhandlungen berücksichtigt werden. Daher können nur darüberhinausgehende Aufwendungen für unvorhersehbare Personalausfälle zusätzlich finanziert werden.

Zu (b)

Nach derzeitiger Rechtslage sind für vollstationäre Pflegeeinrichtungen bundeseinheitliche Höchstwerte für Personalschlüssel in drei Qualifikationsstufen festgelegt. Pflegeeinrichtungen können dadurch insbesondere mehr Pflegehilfskraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege vereinbaren. Allerdings stellen Arbeitsmarktlage und Ausbildungssituation die Pflegeeinrichtungen vor die Herausforderung, Personal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege zu gewinnen. Insofern wird grundsätzlich begrüßt, dass landesrechtliche Qualifikationsregelungen, die einer einjährigen Ausbildung gleichgesetzt werden, hier Berücksichtigung finden sollen.

Eine Ausnahme stellt die in § 113c Absatz 3 als Satz 4 neu vorgesehene Regelung dar. Danach soll alleine die Anwartschaft (Wartezeit) auf eine landesrechtlich geregelte Helfer- oder Assistenzausbildung der Durchführung einer solchen gleichgesetzt werden, sofern die Pflegeeinrichtung nachweist, dass die Ausbildung schnellstmöglich, spätestens jedoch bis zum 30.12.2028, begonnen wird und die entsprechende (ungelernte) Pflegehilfskraft über eine fünfjährige Berufserfahrung (mindestens hälftige Vollzeitbeschäftigung) in der Pflege verfügt.

Die Gesetzesbegründung gibt Aufschluss über die Konsequenzen, sofern die Ausbildung nicht zum nachgewiesenen Zeitpunkt begonnen wird, die Ausbildung vorzeitig endet oder nicht erfolgreich abgeschlossen wird. In diesen Fällen ist die entsprechende Pflegekraft dann wieder als ungelernte Pflegehilfskraft im Stellenschlüssel der Einrichtung zu berücksichtigen; der Bestandsschutz nach § 113c Absatz 2 Nummer 1 SGB XI greift nicht.

Abgesehen davon, dass unklar ist, wie ein Nachweis erfolgen soll, dass eine Pflegehilfskraft zu einem bestimmten Zeitpunkt in den nächsten fünf Jahren eine Ausbildung beginnen wird, ist es alleine aus Gründen der Qualitätssicherung unverständlich, warum eine Pflegekraft (mit Berufserfahrung) bereits dann als ausgebildete Pflegekraft gelten soll, wenn sie nur auf einen Ausbildungsplatz wartet. Dies wird auch durch die Ausführungen in der Gesetzesbegründung ad absurdum geführt, dass die Pflegekraft dann wieder als ungelernt gilt, wenn sie nicht bis zum nachgewiesenen Datum die Ausbildung begonnen hat. Die vorgesehene Regelung

(§ 113c Absatz 3 Satz 4) ist wieder zu streichen.

Ein Einstieg in die neue qualifikationsbezogene Systematik ist erst dann möglich, wenn für Pflegeassistentenpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr die strukturellen Voraussetzungen geschaffen sind. Die sehr heterogenen Qualifizierungen von Pflegeassistentenpersonal und deren unterschiedliche Kompetenzniveaus und -profile in den Ländern wirken sich dabei hemmend auf die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens aus. Zielführend wäre deshalb eine bundesweite Regelung zur Entwicklung eines Rahmenlehrplans über die Fachkommission gemäß § 14 Pflegeberufgesetz.

Zu (c)

Die Festlegung von qualifikationsdifferenzierten und bundeseinheitlichen Personalanhaltswerten für eine Mindest- und Höchstpersonalausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen durch das BMG wird grundsätzlich begrüßt. Unklar ist allerdings, in welchem Verhältnis die Festlegung der Mindestwerte zu den Empfehlungen nach Abs. 4 stehen.

Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die vorgesehene Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes zu der Frage, ob vollstationäre Pflegeeinrichtungen eine Pflegesatzvereinbarung mit den Personalanhaltszahlen einhalten konnten und welche Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung durch die Einführung einer bundeseinheitlichen, mindestens zu vereinbarenden personellen Ausstattung zu erwarten wären, nicht aufgrund von quantitativen Erhebungen der Pflegekassenverbände zu erfüllen ist. Die Aufgabe kann daher nicht dem GKV-Spitzenverband übertragen werden.

Zielführender wäre eine einrichtungsbezogene Analyse der erforderlichen Daten, die auch stichprobenartig in den Bundesländern durchgeführt werden könnte. Das gelingt bspw. mit der Expertise eines wissenschaftlichen Instituts, das die Einhaltung der Zielwerte erhebt und deren Auswirkungen auf die Versorgung identifizieren kann. Das Bundesministerium für Gesundheit kann diesen Auftrag extern vergeben.

C) Änderungsvorschlag

Es ist Satz 4 in § 113c Absatz 3; Nr. 40 Buchstabe b Doppelbuchstabe b zu streichen.

Es ist Satz 3 3. Halbsatz in § 113c Absatz 8 („und welche Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung durch die Einführung einer bundeseinheitlichen, mindestens zu vereinbarenden personellen Ausstattung zu erwarten wären.“) in Nr. 40 Buchstabe d zu streichen.

Der § 113c Absatz 7 Satz 2 Nummer 2 SGB XI wird wie folgt gefasst: „die Erkenntnisse aus dem Bericht nach Absatz 8 und“.

Der § 113c Absatz 8 Sätze 3 und 4 SGB XI werden wie folgt gefasst: „Das Bundesministerium für Gesundheit führt alle zwei Jahre eine externe Erhebung, erstmals bis zum 31. Dezember 2024, aufgeschlüsselt nach Bundesländern für den Stichtag 1. November des Berichtsjahres, zu der Frage durch, ob vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die eine Pflegesatzvereinbarung im Sinne von Absatz 1 geschlossen haben, die Zielwerte nach Satz 1 einhalten können und welche Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung durch die Einführung einer bundeseinheitlichen, mindestens zu vereinbarenden personellen Ausstattung zu erwarten wären. Dabei sind auch die Daten über den Umfang des Pflegehilfskraftpersonals, das nach Absatz 2 Nummer 1 die Personalanhaltzahlen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 überschreitet oder das entsprechend Absatz 3 vorgehalten wird, extern zu erheben.“

Der § 113c Absatz 8 Sätze 5 und 6 SGB XI sind zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 44

§ 125a – Modellprogramm Telepflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für eine wissenschaftlich gestützte Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen wird das Ende des Zeitraums möglicher Förderungen von Ende des Jahres 2024 auf Ende des Jahres 2025 verlängert.

B) Stellungnahme

Die Verlängerung des Förderzeitraums ist sachgerecht und wird vom GKV-Spitzenverband begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 45

§ 125b – Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Beim GKV-Spitzenverband wird ein interdisziplinäres „Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege“ eingerichtet, das regelmäßig die Umsetzung digitaler Potenziale in der ambulanten und stationären Langzeitpflege analysiert und evaluiert. Es soll konkrete Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Digitalisierung in der Langzeitpflege entwickeln, Möglichkeiten der Digitalisierung bei der Vermittlung von Plätzen und Angeboten im Bereich der Langzeitpflege eruieren sowie den Wissenstransfer bei Themen der Digitalisierung unterstützen. Dabei sollen bereits laufende Vorhaben (wie die Modellvorhaben nach § 8 Abs. 3b, § 125 und § 125a SGB XI) berücksichtigt werden.

Von 2023 bis 2027 werden für die Einrichtungen des Kompetenzzentrums aus Mitteln des Ausgleichsfonds 10 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Der PKV-Verband beteiligt sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten. Ziele, Inhalte, Planung und Durchführung des Kompetenzzentrums bestimmt der GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Eine Benehmensherstellung erfolgt mit den Verbänden der Pflegekassen, den Ländern, dem PKV-Verband, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, der BAGüS, den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, dem Deutschen Pflegerat, den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 sowie deren Pflegepersonen nach § 19, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der KBV sowie mit Kompetenzzentren auf Bundes- und Landesebene. Die Gesellschaft für Telematik soll beteiligt werden. Ebenso hat eine Benehmensherstellung mit der bzw. dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit zu erfolgen, sofern datenschutzrechtliche Belange betroffen sind.

Die Arbeit des Kompetenzzentrums soll wissenschaftlich durch unabhängige Sachverständige hinsichtlich Qualität, Wirksamkeit und Kosten begleitet und evaluiert werden. Der GKV-Spitzenverband legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis 2028 jährlich, erstmals zum 01.03.2024, einen Bericht über die Arbeit und Ergebnisse des Kompetenzzentrums vor.

Die Arbeit des Kompetenzzentrums wird von einem Beirat begleitet, der im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit vom GKV-Spitzenverband eingerichtet wird. Beteiligt sind die Parteien der Benehmensherstellung (s. o.) sowie Wissenschaft, Bundesministerium für Bildung und Forschung, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Gesundheit und die bzw. der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung.

Der GKV-Spitzenverband informiert regelmäßig und aktuell auf einer eigens dafür eingerichteten barrierefreien Internetseite über das Kompetenzzentrum.

B) Stellungnahme

Das Kompetenzzentrum flankiert weitere Maßnahmen zur Förderung der Digitalisierung, wie bspw. die vollständige Verpflichtung von Pflegeeinrichtungen zur Anbindung an die Telematik-Infrastruktur (TI). Der Prozess zur Digitalisierung in der Langzeitpflege wurde schon vor längerer Zeit begonnen und von zahlreichen Aktivitäten des GKV-Spitzenverbandes begleitet. Insofern ist die Verknüpfung mit den Modellprogrammen nach § 8 Abs. 3, § 125 und § 125a SGB XI und die Ansiedelung des Kompetenzzentrums beim GKV-Spitzenverband folgerichtig und sachgerecht.

Die Bündelung der beschriebenen Zielstellungen und Inhalte in dem geplanten Kompetenzzentrum v. a. mit Blick auf die regelmäßige Analyse und Evaluation der Umsetzung digitaler Potenziale im Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege ist zu begrüßen. Die Fülle der vielfältigen, aufeinander aufbauenden Aufgaben des Kompetenzzentrums lässt sich jedoch in dem begrenzten Zeitrahmen nicht angemessen umsetzen. Auch trägt die zeitliche Befristung des Kompetenzzentrums dem außerordentlich hohen Vorbereitungsaufwand sowie der hohen Dynamik der erwarteten Entwicklungen im Bereich Digitalisierung in der Pflege nicht angemessen Rechnung. Daher sollte die Arbeit des Kompetenzzentrums als kontinuierliche Aufgabe konzipiert werden.

Durch die Beteiligung der zahlreichen Akteure sowohl in der Vorbereitung als auch in der Durchführung bzw. im Begleitgremium sind komplexe und zeitintensive Abstimmungsprozesse absehbar. Um eine angemessene Vor- und Nachbereitung sowie Berücksichtigung der Ergebnisse der Sitzungen des Begleitgremiums zu ermöglichen, sollte die Frequenz der Sitzungen des Begleitgremiums auf eine Sitzung pro Jahr begrenzt werden.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 2 Satz 1 sind nach dem Wort „2027“ die Worte „und für den kontinuierlichen Betrieb ab dem Jahr 2028 2 Millionen Euro jährlich“ einzufügen.

In Absatz 4 Satz 1 sind nach dem Wort „Gesundheit“ die Worte „in regelmäßigen Abständen“ einzufügen; die Worte „Begleitung und“ sind zu streichen.

Absatz 4 Satz 2 ist zu streichen.

In Absatz 4 Satz 4 sind die Worte „über das“ durch das Wort „dem“ zu ersetzen; die Worte „dem Deutschen Bundestag bis 2028“ sind zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 48

§ 135 – Zuführung der Mittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Zuführung von Mitteln des Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung zum Pflegevorsorgefonds soll anstelle einer Einmalzahlung im Dezember 2023 in monatlichen Raten im Jahr 2024 erfolgen.

B) Stellungnahme

Mit der Einführung des Pflegevorsorgefonds wurde gesetzlich normiert, dass monatlich ein Zwölftel von 0,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung an diesen abgeführt werden. Infolge von Liquiditätsproblemen der sozialen Pflegeversicherung, die insbesondere auf die seitens der Bundesregierung unterlassene, vollständige Refinanzierung versicherungsfremder Leistungen wie den Pandemiemehrausgaben zurückzuführen ist, wurde bereits zum Jahresende 2022 eine Stundung der Zuführungen des Jahres 2023 vorgesehen. Die beabsichtigte Neuregelung sieht vor, dass anstelle der Jahresrate im Dezember 2023 die Zuführungen des Jahres 2023 jeweils mit den monatlichen Zuführungen im Jahr 2024 erfolgen sollen. Dies hat kurzfristig eine positive Liquiditätswirkung auf die Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung. Der GKV-Spitzenverband spricht sich jedoch dafür aus, die Zuführungen zum Pflegevorsorgefonds wie ursprünglich gesetzlich vorgesehen beizubehalten und nicht zum politischen Spielball nach Kassenlage zu machen, damit die beabsichtigten Zinseffekte tatsächlich realisiert werden können. Eine solide Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung setzt voraus, dass kurzfristige Liquiditätsengpässe nicht in die Zukunft verschoben werden.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen. Alternativ sollte das Wort „Vorjahres“ durch die Wörter „des Jahres 2022“ zur Konkretisierung der beabsichtigten Neuregelung ersetzt werden.

Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 36 – Pflegesachleistung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungsbeträge der ambulanten Pflegesachleistungen sollen zum Jahresbeginn 2024 um 5 Prozent erhöht werden.

B) Stellungnahme

Durch die Erhöhung der Leistungsbeträge werden die in den vergangenen Jahren gestiegenen pflegerischen Kosten sowie die verpflichtende tariforientierte Entlohnung des Personals nicht ausreichend berücksichtigt. So wurde die zum Jahresbeginn 2021 laut Bericht der letzten Bundesregierung erforderliche Anpassung erst mit der neuen Bundesregierung zum Jahresbeginn 2022 umgesetzt. Durch die um ein Jahr verzögerte Erhöhung hätte jedoch auch ein weiteres Kalenderjahr in der Anpassungshöhe Berücksichtigung finden müssen.

Die beabsichtigte Neuregelung bei der Pflegesachleistung hat zwar einen Dynamisierungsschritt mehr als gesetzlich derzeit in 2021 und 2024 vorgesehen, in der Anpassungshöhe bleibt eine Erhöhung von jeweils fünf Prozent jedoch hinter der Inflation und allgemeinen Bruttolohnentwicklung zurück.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 37 – Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungsbeträge für das Pflegegeld sollen zum Jahresbeginn 2024 um 5 Prozent erhöht werden.

B) Stellungnahme

Durch die Erhöhung der Leistungsbeträge werden die in den vergangenen Jahren gestiegenen pflegerischen Kosten nicht ausreichend berücksichtigt. Die Zielsetzung im Koalitionsvertrag, das Pflegegeld ab 2022 regelhaft zu dynamisieren, ist bereits im Status quo im dreijährlichen Turnus gesetzgeberisch gegeben. Die gesetzlich vorgesehene Anpassung des Pflegegelds hätte zum Jahresbeginn 2021 erfolgen müssen. Somit fand die letzte Erhöhung des Pflegegelds zum Jahresbeginn 2017 statt, sodass nun im siebten Jahr ein unveränderter Leistungsanspruch ungeachtet der Inflation und allgemeinen Bruttolohnentwicklung gilt. Pflegebedürftige Personen, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, erfahren dadurch eine laufende Entwertung der geleisteten Angehörigenpflege. Die derzeitige Entwicklung unterläuft die gesetzliche Prämisse, dass die Pflegeversicherung vorrangig die häusliche Pflege unterstützen soll. Für den Erhalt bzw. gesamtgesellschaftlich auch die erforderliche Stärkung der Pflegebereitschaft ist eine jährliche Erhöhung des Pflegegelds unausweichlich.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 42a – Pflegerische Versorgung bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung des Anspruchs auf Versorgung pflegebedürftiger Personen bei Aufenthalt der Pflegeperson in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung soll ein eigener Leistungstatbestand im Recht der Pflegeversicherung geschaffen werden.

Pflegebedürftige Personen sollen einen Anspruch auf Mitaufnahme in eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung haben, wenn die pflegerische Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Leistungen zur stationären Vorsorge oder zur medizinischen Rehabilitation der Pflegeperson sichergestellt ist. Leistungen nach dieser Vorschrift werden nur erbracht, wenn kein Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches besteht. Ist die pflegerische Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht sichergestellt, so soll der Anspruch auch in einer nach dem SGB XI zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung wahrgenommen werden können. Der Antrag der Pflegeperson auf Leistungen der Vorsorge- und Rehabilitation soll auf Wunsch der pflegebedürftigen Person zugleich als Antrag auf Leistungen nach § 42a SGB XI gelten.

Der Leistungsanspruch umfasst die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Unterkunft und Verpflegung sowie die Übernahme der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen. Zudem besteht ein Anspruch auf Erstattung der erforderlichen Fahr- und Gepäcktransportkosten.

Die Vergütung der Leistungen erfolgt nach dem durchschnittlichen Gesamtheimtgelt nach § 87a Absatz 1 Satz 1 SGB XI aller zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen im jeweiligen Land. 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.

B) Stellungnahme

Die Regelung entspricht weitgehend dem bisherigen Anspruch der pflegebedürftigen Person, während einer Maßnahme der Rehabilitation der Pflegeperson in derselben Rehabilitationseinrichtung versorgt zu werden. Kann dort eine Versorgung der pflegebedürftigen Person nicht sichergestellt werden, besteht ein Anspruch auf die Versorgung in einer anderen Rehabilitationseinrichtung oder einer Kurzzeitpflegeeinrichtung. In diesem Fall besteht ein Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI. Insofern wird der bisher bestehende grundsätzliche Anspruch fortgeführt. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass der Anspruch bislang nicht im Rahmen des SGB XI, sondern im Rahmen des SGB V geregelt ist. Insofern wird auf die Stellungnahme zu § 40 Abs. 3a SGB V (Art. 6 Nr. 4) und die dort begründete Inkonsistenz der Regelungen verwiesen. Gemäß den im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen würde bei Inanspruchnahme von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch Pflegepersonen zu Lasten ihrer Krankenkasse und Mitaufnahme der pflegebedürftigen Person in derselben Einrichtung der neue Leistungstatbestand der Pflegeversicherung nicht durchgreifen. Die Übernahme der Versorgung des Pflegebedürftigen in der Einrichtung bliebe in der Verantwortung der Krankenkasse der Pflegeperson, während pflegebedürftige Personen, die ihre Pflegeperson in eine Rehabilitationsleistung zu Lasten der Rentenversicherung oder des privaten Krankenversicherungsunternehmens begleiten, einen Anspruch auf Versorgung gegen die Pflegekasse bzw. das private Pflegeversicherungsunternehmen haben.

Mit der Neueinführung der Leistung nach § 42a SGB XI wird der bisherige Leistungsumfang ausgeweitet. Dies ist grundsätzlich nachvollziehbar, um den Zugang der Pflegeperson zu Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen zu erleichtern und zu stärken. Dies insbesondere durch die Ausweitung des Leistungsumfangs, indem die Dauer der Unterbringung der pflegebedürftigen Person in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder der vollstationären Pflegeeinrichtung in Form eines Kurzzeitpflegeplatzes nicht begrenzt ist, sondern an die Dauer der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme der Pflegeperson gekoppelt ist. Die Übernahme aller anfallenden Kosten ohne Begrenzung der Höhe oder der Zeit nach, steht allerdings im Widerspruch zur Struktur des SGB XI und ist daher nicht systemgerecht. Beispielsweise werden Aufwendungen für pflegebedürftige Personen, die Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, nur teilweise übernommen. Die Leistungen sind zudem der Höhe und der Zeit nach begrenzt.

Inwieweit die durchschnittlichen Gesamtheimentgelte der Kurzzeitpflegeeinrichtungen für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen wirtschaftlich sind, ist aufgrund fehlender Erfahrungswerte unklar. Die Verknüpfung und damit die Begrenzung der Kosten mit vergleichbaren Leistungen der Kurzzeitpflegeeinrichtungen ist sachgerecht. Um eine

einheitliche Vorgehensweise zur Berechnung in den Bundesländern zu erleichtern, sollte die Berechnung der Durchschnittswerte stichtagsbezogen erfolgen. Aufgrund der Laufzeit 01.04. bis 31.03. sollte als Stichtag der 31.12. des jeweiligen Jahres herangezogen werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 42a Abs. 1 Satz 2 wird gestrichen.

In § 42a Abs. 2 ist nach dem Wort „zugelassenen“ das Wort „nahegelegenen“ zu ergänzen.

In § 42a Abs. 6 Satz 1 sind die Wörter „oder § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches“ zu streichen.

§ 42a Absatz 5 Satz 3 SGB XI wird ersetzt durch:

„Das durchschnittliche Gesamtheimentgelt wird durch die Landesverbände der Pflegekassen auf Grundlage der am 31.12. des vorangehenden Jahres gültigen Gesamtheimentgelte ermittelt und jeweils ab dem 1. April für die Dauer eines Jahres bis zum 31. März festgelegt.“

Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 43c – Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der nach der Bezugsdauer von vollstationären Pflegeleistungen gestaffelte Prozentsatz des Zuschlags zu den von den Leistungsberechtigten zu zahlenden Eigenanteilen an den pflegebedingten Aufwendungen wird erhöht. Der Prozentsatz bei einem Leistungsbezug von vollstationären Leistungen von unter einem Jahr wird um 10 Prozent und die weiteren Leistungszuschläge um jeweils 5 Prozent zum Jahresbeginn 2024 erhöht.

B) Stellungnahme

Die Erhöhung des Leistungszuschlags für die von ihnen zu zahlenden pflegebedingten Eigenanteile von pflegebedürftigen Bewohnern in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist vor dem Hintergrund steigender Eigenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen positiv zu bewerten. Da jedoch zu erwarten ist, dass die pflegebedingten Eigenanteile auch in den nächsten Jahren kontinuierlich steigen werden, stellt die vorgesehene Erhöhung des Leistungszuschlags jedoch keine langfristige Lösung zur Begrenzung der Heimentgelte und damit der pflegebedingten Eigenanteile dar. Aber auch die Länder und Kommunen sind in der Pflicht, ihrer gesetzlichen Verantwortung für die pflegerische Infrastruktur gerecht zu werden und sich insbesondere der Verantwortung für die Investitionsförderung in der stationären Altenpflege nicht weiter zu entziehen. Durch die Tragung der Investitionskosten durch Länder und Kommunen werden pflegebedürftige Personen von der Zahlung der Investitionskosten weiter entlastet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 44a – Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Pflegeunterstützungsgeld soll künftig bei Vorliegen der Tatbestandsvoraussetzung nicht nur einmalig bis zu 10 Arbeitstage, sondern bis zu 10 Arbeitstage je Kalenderjahr gewährt werden können.

B) Stellungnahme

Die klarstellende Regelung zum Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld ist zu begrüßen. Bisher war nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene die Regelung des § 44a Abs. 3 SGB XI hinsichtlich der Häufigkeit des bestehenden Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld nicht klarstellend geregelt. Die bisherige Regelung und die Begründung des Gesetzgebers zur Einführung des Pflegeunterstützungsgeldes ließ insofern einen Interpretationsspielraum, dass es sich um insgesamt 10 Arbeitstage bei Vorliegen der Tatbestandsvoraussetzungen handelt. Und damit durchaus mehrmals in Anspruch genommen werden kann. Etwaige Auslegungsfragen werden durch die vorgesehene Regelung geklärt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 46 – Pflegekassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Bewertung

Mit diesem und den letzten Gesetzen wurden zahlreiche sehr verwaltungsaufwändige Gesetze erlassen. Die vorgesehene Absenkung der Verwaltungskostenerstattung steht dem diametral entgegen. Vor diesem Hintergrund ist die Erstattung an die GKV in der bisherigen Höhe sachgerecht und beizubehalten. So wird lediglich buchhalterisch eine Einsparung bei der sozialen Pflegeversicherung erreicht, die sich aber aus Gesamtsystemsicht als Verschiebepbahnhof erweist.

Darüber hinaus wird der Verwaltungskostenaufwand auch von den Tarifsteigerungen im Personalkostenbereich der Pflegekassen beeinflusst. Vor dem Hintergrund der anhaltend hohen Inflation ist für die Jahre 2023 ff. von entsprechend hohen Tarifsteigerungen auszugehen. Die damit verbundenen Kostensteigerungen auf Seiten der Krankenkassen können im Falle einer Absenkung der Verwaltungskostenpauschale nicht an die Pflegekassen weitergereicht werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Vorschrift ist zu streichen.

Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 108 – Auskünfte an Versicherte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Auf Wunsch soll Versicherten regelmäßig jedes Kalenderhalbjahr eine Übersicht über die Leistungen, die sie in Anspruch genommen haben, und deren Kosten übermittelt werden. Ebenso sollen sie auf Anforderung von den Pflegekassen Auskünfte darüber erhalten, welche Leistungsbestandteile im Einzelnen Leistungserbringende mit der Pflegekasse abgerechnet haben. Auf Wunsch sollen Versicherte zudem eine Durchschrift der von den Leistungserbringenden bei der Pflegekasse eingereichten Abrechnungsunterlagen erhalten; falls dies nicht möglich ist, sollen die Pflegekassen die elektronisch eingereichten Abrechnungsunterlagen verständlich und nachvollziehbar aufbereiten und erläutern.

B) Stellungnahme

Die Erweiterung und Vereinfachung der Geltendmachung der Auskunftsansprüche der Versicherten tragen zu einer höheren Transparenz des Leistungsgeschehens für den einzelnen Versicherten bei. Sie erhalten einen regelmäßigen Überblick über die bereits in Anspruch genommenen und noch nicht verwendeten Leistungen. Hierdurch kann die Planung eines Hilfe-Mixes erleichtert werden.

Positiv zu bewerten ist, dass die Form der Informationsübermittlung technologieoffen formuliert ist. Damit können die bei den Pflegekassen bereits implementierten Informationswege, beispielsweise in Form von Apps, genutzt werden, ohne dass es eines Aufbaus von Doppelstrukturen bedarf.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Änderung der Beitragsverfahrensverordnung)

Nr. 1 und 2

§§ 2 und 8 – Beitragsberechnungsvorgang, Entgeltunterlagen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei den Änderungen der Beitragsverfahrensverordnung handelt es sich um Folgeänderungen zur Einführung eines Beitragsabschlags in der Pflegeversicherung für Eltern mit mehr als einem Kind (§ 55 Absatz 3 Satz 4 und 5 SGB XI). Die vorgesehenen Regelungen stellen klar, dass in der Systematik der Berechnungen der Beitragsanteile des Beschäftigten und des Arbeitgebenden der Beitragsabschlag nicht dem Arbeitgebenden zugutekommt, sondern allein den Beitragsanteil des Beschäftigten reduziert.

Zu den dem Arbeitgebenden zur Verfügung zu stellenden Unterlagen, die dieser für Zwecke der späteren Betriebsprüfung zu den Entgeltunterlagen zu nehmen hat, zählt künftig nicht nur der Nachweis der Elterneigenschaft, sondern auch der Nachweis über die Anzahl der für den Beitragsabschlag in der Pflegeversicherung in Betracht kommenden Kinder.

B) Stellungnahme

Die als Folgeänderungen der Einführung eines Beitragsabschlags in der Pflegeversicherung zur Berechnung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge und bei Führung der Entgeltunterlagen vorgesehenen Änderungen der Beitragsverfahrensverordnung sind sachgerecht und erforderlich.

Es bedarf jedoch einer weiteren Ergänzung zur Berücksichtigung des Beitragsabschlags bei der Berechnung des Beitragsanteils für den Beschäftigten in den Übergangsfällen zum Übergangsbereich (§ 2 Absatz 3 BVV). Auch für diese Fälle sollte eindeutig geregelt werden, dass der Beitragsabschlag zugunsten des Beschäftigten zu berücksichtigen ist.

Vorbehaltlich der weiteren Überlegungen zur Ausgestaltung des Verfahrens zur Erhebung und zum Nachweis der Kinder ist unter Umständen im Katalog der zu führenden Entgeltunterlagen nicht nur der Nachweis über die Anzahl der zu berücksichtigenden Kinder (§ 8 Absatz 2 Satz 1 Nummer 11 BVV), sondern auch das Geburtsdatum mit aufzunehmen.

C) Änderungsvorschlag

In § 2 Absatz 3 Satz 1 BVV wird die Angabe „Absatz 2 Satz 1, 2 und 6“ durch die Angabe „Absatz 2 Satz 1, 2, 6 und 7“ ersetzt.

Die Änderung in Form der Ergänzung der Verweisregelungen auf den neu hinzukommenden Absatz 2 Satz 7 stellt sicher, dass auch bei der Ermittlung des Beitragsanteils für den Beschäftigten in den Übergangsfällen zum Übergangsbereich der Beitragsabschlag zu berücksichtigen ist, und zwar durch Anwendung des maßgebenden Beitragsabschlags auf die beitragspflichtige Einnahme nach § 134 Satz 1 bis 3 SGB IV. Ohne diese Ergänzung könnte der Satz 3 als abschließende Regelung zur Ermittlung des Beitragsanteils des Beschäftigten verstanden werden. Damit bliebe der Beitragsabschlag unberücksichtigt, was klar der Intention des Beitragsabschlags für alle Mitglieder mit mehr als einem Kind widerspräche.

Artikel 6 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 23 – Medizinische Vorsorgeleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Regelungen des § 23 Abs. 4 und 5, wonach bei den Leistungen der medizinischen Vorsorge besondere Belange pflegender Angehöriger zu berücksichtigen sind, soll der Begriff der pflegenden Angehörigen jeweils durch den Begriff der Pflegepersonen im Sinne des § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB XI ersetzt werden. Zudem soll durch Einfügung eines neuen Absatzes 5a geregelt werden, dass die Krankenkasse bei Anträgen auf stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge für Pflegepersonen nach dem SGB XI, die zugleich als Antrag auf Leistungen nach § 42a Abs. 1 Satz 1 SGB XI gelten, weil die Versorgung des Pflegebedürftigen in derselben Vorsorgeeinrichtung gewünscht wird, diesen Antrag an die Pflegekasse oder das zuständige private Pflege-Versicherungsunternehmen weiterleitet und unverzüglich geeignete Einrichtungen benennt.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Regelungen zur Konkretisierung des Begriffs der pflegenden Angehörigen durch den Begriff der Pflegeperson im Sinne von § 19 Satz 1 SGB XI sind im Sinne der Rechtsklarheit zu begrüßen. Die Regelungen zur Antragsweiterleitung und Benennung geeigneter Vorsorgeeinrichtungen gegenüber der Pflegekasse bzw. dem zuständigen privaten Pflege-Versicherungsunternehmen der pflegebedürftigen Person, die die Mitaufnahme in der Vorsorgeeinrichtung wünscht, stehen im Kontext der beabsichtigten Einführung eines neuen Leistungsanspruchs pflegebedürftiger Personen auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 42a SGB XI (siehe Artikel 2 Nr. 7). Die Regelungen sollen die Vorsorgemöglichkeiten von Pflegepersonen stärken und dienen damit der Sicherung des wichtigen Beitrags von Pflegepersonen für die pflegerische Versorgung. Dieses Anliegen wird unterstützt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 24 – Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es sind Anpassungen von Verweisregelungen beabsichtigt.

B) Stellungnahme

Mit der Anpassung von Verweisregelungen in § 24 Abs. 2 SGB V wird erreicht, dass die in der Kommentierung zu Art. 6, Nr. 1 dargestellten Regelungen auch für medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter gelten. Dies ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 40 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Regelungen des § 40 Abs. 2 Satz 2 und 3 sowie Abs. 3 Satz 1, wonach bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation besondere Belange pflegender Angehöriger zu berücksichtigen sind, soll der Begriff der pflegenden Angehörigen jeweils durch den Begriff der Pflegepersonen im Sinne des § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB XI ersetzt werden. Zudem sollen die Regelungen in § 40 Abs. 3 Sätze 11 und 12, die bei einer stationären Rehabilitation von Pflegepersonen bei Mitaufnahme der Pflegebedürftigen in dieselbe Rehabilitationseinrichtung einen Anspruch auf Versorgung und bei Aufnahme in einer anderen Einrichtung einen Koordinierungsanspruch vorsehen, in einen neuen Absatz 3a überführt werden. Zudem soll in diesem Absatz 3a zusätzlich geregelt werden, dass die Krankenkasse bei Anträgen auf stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Pflegepersonen, die zugleich als Antrag auf Leistungen nach § 42a Abs. 1 Satz 1 SGB XI gelten, weil die Versorgung des Pflegebedürftigen in derselben Rehabilitationseinrichtung gewünscht wird, diesen Antrag an die Pflegekasse oder das zuständige private Pflege-Versicherungsunternehmen weiterleitet und unverzüglich geeignete Einrichtungen benennt.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Regelungen zur Konkretisierung des Begriffs der pflegenden Angehörigen durch den Begriff der Pflegeperson im Sinne von § 19 Satz 1 SGB XI sind im Sinne der Rechtsklarheit zu begrüßen.

Das mit diesem Gesetzentwurf verfolgte Anliegen, die Inanspruchnahme medizinisch notwendiger Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch Pflegepersonen mithilfe von erweiterten Ansprüchen auf zeitgleiche Versorgung der Pflegebedürftigen zu befördern und unterstützen, kann nachvollzogen werden. Dies gilt sowohl in Bezug auf den im Vergleich zur aktuellen Rechtslage erweiterten Anspruch bei Inanspruchnahme von Leistungen der stationären medizinischen Vorsorge (siehe Art. 6, Nr. 1) als auch von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung (siehe Art. 7, Nr. 1). In den vorgenannten Fallkonstellationen können die neuen Leistungsansprüche nach § 42a SGB XI gegen den zuständigen Träger der Pflegeversicherung des

Pflegebedürftigen (siehe Art. 2, Nr. 7) zu einer Erleichterung und Stärkung des Zugangs von Pflegepersonen zu Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen führen.

Allerdings sollen die erweiterten Ansprüche nach den vorgesehenen Regelungen in § 42a Abs. 1 Satz 2 SGB XI (siehe Art. 2, Nr. 7) explizit nicht gelten, wenn die Krankenkasse der Pflegeperson für die Rehabilitationsleistung zuständig ist und die pflegebedürftige Person in dieselbe Rehabilitationseinrichtung aufgenommen werden soll. Damit knüpft diese Regelung an die aktuelle Regelung in § 40 Abs. 3 Satz 11 SGB V an, die in den neuen Absatz 3a überführt werden soll. Bei Inanspruchnahme von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch Pflegepersonen zulasten ihrer Krankenkasse und Mitaufnahme der pflegebedürftigen Person in derselben Einrichtung würde der neue Leistungstatbestand der Pflegeversicherung somit nicht durchgreifen. Die Übernahme der Versorgung des Pflegebedürftigen in der Einrichtung bliebe in der Verantwortung der Krankenkasse der Pflegeperson, während pflegebedürftige Personen, die ihre Pflegeperson in eine Rehabilitationsleistung zulasten der Rentenversicherung oder des privaten Krankenversicherungsunternehmens begleiten, einen Anspruch auf Versorgung gegen die Pflegekasse bzw. das private Pflegeversicherungsunternehmen haben. Dies ist inkonsistent.

Die Regelung im bisherigen § 40 Abs. 3 Satz 11 SGB V, die in § 40 Abs. 3a Satz 1 SGB V unverändert überführt werden soll, stellt bereits nach derzeit geltender Rechtslage keine systemgerechte Abgrenzung der Versicherungsfälle der Kranken- und Pflegeversicherung dar. Im Zuge der nunmehr vorgesehenen Gesetzesänderungen mit einem neuen Leistungstatbestand im SGB XI für Pflegebedürftige bei Begleitung der Pflegepersonen zu Rehabilitationsmaßnahmen muss diese Anspruchsgrundlage im SGB V gestrichen werden. Es ist kein sachlicher Grund erkennbar, weshalb bei gleichen Sachverhalten der notwendigen Sicherstellung der pflegerischen Versorgung pflegebedürftiger Personen unterschiedliche Abgrenzungen der Trägerzuständigkeit zwischen der Pflegeversicherung einerseits und den Krankenkassen bzw. Rentenversicherungsträgern sowie privaten Krankenversicherungsunternehmen andererseits erfolgen sollen.

Auch folgende Aspekte unterstreichen die Notwendigkeit durchgängig konsistenter Regelungen zur Sicherung der pflegerischen Versorgung pflegebedürftiger Personen im Rahmen einheitlicher Leistungsansprüche nach dem SGB XI:

- In der Gesetzesbegründung wird unter „3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand“ mit Hinweis auf die Kostenneutralität der vorgesehenen Regelungen ausgeführt, dass sich die Kosten einer Rehabilitations- bzw. Vorsorgemaßnahme der Pflegeperson nach wenigen Monaten amortisieren, wenn weiterhin ein pflegender Angehöriger tätig ist. Dem liegt erkennbar die Annahme zugrunde, dass mit der Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme ein Beitrag zur weiteren Pflegefähigkeit der Pflegeperson geleistet wird und demnach auch die Pflegeversicherung von der Wirksamkeit der Leistungen für die Pflegeperson profitiert. Es ist nicht erkennbar, dass es für diese Betrachtung einen Unterschied macht, ob die Kranken- oder Rentenversicherung oder ein privates Krankenversicherungsunternehmen Träger der Rehabilitationsleistung ist oder ob es sich um Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen handelt. Von daher ist eine einheitliche Zuordnung der Finanzierungsverantwortung zur Pflegeversicherung für die Versorgung des Pflegebedürftigen sachgerecht und geboten.
- § 42a Abs. 5 SGB XI (n.F.) sieht vor, dass die Vergütung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung für die Versorgung der pflegebedürftigen Personen gesetzlich in Höhe des durchschnittlichen Gesamtheimtentgelts nach § 87a Abs. 1 Satz 1 SGB XI für Kurzzeitpflegeeinrichtungen festgesetzt wird. Damit wird ein verwaltungspraktikables Vorgehen gewählt, das im Bereich der Pflegeversicherung einzelvertragliche Verhandlungen von Vergütungen vermeidet und einheitliche Vergütungshöhen bewirkt. In Fällen des § 40 Abs. 3a Satz 1 SGB V (n.F.) würde diese Zielsetzung bei Rehabilitationsleistungen zulasten der Krankenkassen durchbrochen, da Vergütungen nach § 111 Abs. 5 SGB V einrichtungsbezogen zu vereinbaren sind. Die Folge wäre ein sachlich nicht zu rechtfertigendes und auch für die Rehabilitationseinrichtungen weder nachvollziehbares noch bürokratiearm administrierbares Nebeneinander von gesetzlich festgelegter und vertraglich vereinbarter Vergütung für dieselbe Versorgung, nur abhängig davon, ob die Pflegekasse oder die Krankenkasse Kostenträger ist.

Nach alledem sind die vorgesehenen Regelungen zur Beibehaltung der Leistungszuständigkeit der Krankenkassen für die Versorgung von Pflegebedürftigen abzulehnen (siehe auch Änderungsvorschläge zu Art 2, Nr. 7).

C) Änderungsvorschlag

Art. 6, Nr. 4 Buchstabe c wird wie folgt gefasst (Änderungen sind kenntlich gemacht):

Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

~~„(3a) Bei einer stationären Rehabilitation haben Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches 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 Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch der Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen. Gilt nach § 42a Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Absatz 2 Satz 1 zugleich als Antrag eines Pflegebedürftigen auf Leistungen nach § 42a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, so leitet die Krankenkasse den Antrag an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, weiter und benennt gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, unverzüglich geeignete Einrichtungen, sofern die Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 42a des Elften Buches in derselben Einrichtung gewünscht ist.“~~

Artikel 6 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 41 – Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es sind Anpassungen von Verweisregelungen beabsichtigt.

B) Stellungnahme

Mit der Anpassung von Verweisregelungen in § 41 Abs. 2 SGB V wird erreicht, dass die in der Kommentierung zu Art. 6, Nr. 4 dargestellten Regelungen auch bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter gelten. Dies ist bei Umsetzung unseres zu Art. 6, Nr. 4 dargestellten Änderungsvorschlages sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 60 – Fahrkosten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit den vorgesehenen Änderungen sollen Anpassungen der Verweisregelungen auf § 40 SGB V korrigiert und der Begriff der pflegenden Angehörigen durch den Begriff Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 SGB XI ersetzt werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Änderungen stehen im Zusammenhang mit den Regelungen in § 40 SGB V, wonach die Rehabilitationsleistungen für Pflegepersonen auch die Versorgung der Pflegebedürftigen umfassen, wenn diese während der Rehabilitationsmaßnahme der Pflegeperson in derselben Einrichtung aufgenommen werden. Insoweit wird auf die Kommentierung und den Änderungsvorschlag zu Art. 6, Nr. 4 verwiesen. In der Konsequenz sind diesbezügliche Regelungen in § 60 Abs. 5 zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

Art. 6, Nr. 6 wird wie folgt gefasst: „In § 60 Absatz 5 werden die Sätze 2 und 3 aufgehoben.“

Artikel 6 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 111 – Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Regelungen des Absatzes 1, wonach für pflegende Angehörige Leistungen der medizinischen Vorsorge und zur medizinischen Rehabilitation auch in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen erbracht werden können, soll der Begriff der pflegenden Angehörigen durch den Begriff der Pflegepersonen im Sinne des § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB XI ersetzt werden. Zudem soll in Absatz 2 ein unrichtig gewordener Verweis korrigiert werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Regelungen zur Konkretisierung des Begriffs der pflegenden Angehörigen durch den Begriff der Pflegeperson im Sinne von § 19 Satz 1 SGB XI sind im Sinne der Rechtsklarheit zu begrüßen. Die veränderten Verweisregelungen sind zutreffend.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 341 – Elektronische Patientenakte

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 341 SGB V wird ein neuer Absatz 8 angefügt, mit dem ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI verpflichtet werden, bis zum 01.07.2025 alle Voraussetzungen zu erfüllen, um den Zugriff auf die elektronische Patientenakte und den Anschluss an die Telematikinfrastruktur umzusetzen.

B) Stellungnahme

Nach derzeitiger Rechtslage erfolgt die Anbindung von Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur auf freiwilliger Basis. Die vorgesehene verbindliche Anbindung der Pflegeeinrichtungen wird begrüßt.

Wichtig für eine wirtschaftliche Anbindung der Pflegeeinrichtungen ist die Verfügbarkeit einer günstigen Zugangsmöglichkeit. Hierzu hat die gematik den sog. TI-Gateway spezifiziert. Derzeit erfolgt die Anbindung an die Telematikinfrastruktur über kostenintensive Hardwarekomponenten. Alleine die Ausstattung mit den aktuell noch notwendigen Hardware-Konnektoren würde für alle Pflegeeinrichtungen zusammen ca. 65 Mio. Euro betragen, zzgl. Integrationskosten. Sofern die Verfügbarkeit des TI-Gateways nicht rechtzeitig sichergestellt werden kann, sollte eine Verschiebung der verpflichtenden Anbindung der Pflegeeinrichtungen in Betracht gezogen werden.

Auch sollte unbedingt vermieden werden, dass alle Pflegefachkräfte mit einem personenbezogenen elektronischen Heilberufsausweis (physische Karte) ausgestattet werden müssen, um Anwendungen nutzen zu können. Insbesondere durch die Menge an Pflegefachkräften wäre eine solche Ausstattung überaus kostenintensiv (ca. 0,5 Mrd. Euro). Daher sollte der Zugriff und die Nutzung auf Anwendungen in der Regel mit institutionsbezogenen elektronischen Karten (SMC-B Pflege) möglich sein, insbesondere bis die Nutzung digitaler Identitäten möglich sind. Dadurch, dass SMC-B-Karten einrichtungsbezogen sind, ist eine sehr viel geringere Menge an Karten zur Versorgung der Pflegeeinrichtungen notwendig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

II. Ergänzender Änderungsbedarf

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 8 SGB XI – Gemeinsame Verantwortung

A) Sachverhalt

Gemäß § 8 Absatz 5a SGB XI ist die Finanzierung der Geschäftsstelle zur tariflichen Entlohnung in der Langzeitpflege nach § 82c Absatz 6 SGB XI aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sicherzustellen. Eine Beteiligung der privaten Pflege-Pflichtversicherung an den Aufwendungen der Geschäftsstelle ist bislang nicht vorgesehen. Dies wäre jedoch folgerichtig, da die Pflege-Pflichtversicherung auch bei anderen Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen gesetzlich verpflichtet ist, sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten zu beteiligen. Eine entsprechende Ergänzung ist in § 8 Absatz 9 SGB XI vorzunehmen.

B) Änderungsvorschlag

§ 8 Absatz 9 SGB XI ist wie folgt zu ändern:

„Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß den Absätzen 5, 5a, 7 und 8 jeweils ergeben.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 105 – Abrechnung pflegerischer Leistungen

A) Bestehende Regelung

Für die Abrechnung von pflegerischen Leistungen nach § 105 SGB XI ist gesetzlich zu regeln, dass in den Abrechnungsunterlagen für den Bereich der ambulanten Pflegesachleistungen der Beginn und das Ende der Leistungserbringung in Echtzeit anzugeben ist, unabhängig davon, ob eine Zeitvergütung vorliegt oder nicht.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung hat bereits der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) gefordert (vgl. BT-Drs. 18/6182, Seite 9) und in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG II) bekräftigt (vgl. 18/9959, Seite 16). Dabei ist zur Vermeidung von Missverständnissen darauf hinzuweisen, dass bei Erbringung unterschiedlicher Leistungen innerhalb eines Pflegeeinsatzes die Anfangs- und Beendigungszeit des Pflegeeinsatzes und nicht die jeder einzelnen Leistung innerhalb des Pflegeeinsatzes anzugeben ist.

Die einsatzbezogene Aufzeichnung der Anfangs- und Endzeiten ist in der ambulanten Pflege die unabdingbare Grundlage, um nachzuvollziehen, in welchem Umfang tatsächlich Pflege- und Betreuungsleistungen von einer Pflegekraft erbracht wurden. Nur wenn Beginn und Ende der Leistungserbringung in Echtzeit fixiert werden, kann Leistungsmissbrauch oder Abrechnungsbetrug überhaupt gerichtsfest nachgewiesen werden. Diese Aufzeichnungspflicht ist zudem für die gezielte Überprüfung von Vertragsverstößen unabdingbar.

Die „Einvernehmliche Festlegung über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie Einzelheiten des Datenaustausches gemäß § 105 Absatz 2 SGB XI“ regelt bereits, dass bei der Abrechnung von Zeitvergütungen die Uhrzeit von Beginn und Beendigung der Leistungserbringung anzugeben ist. Zur Abrechnung von Leistungskomplexvergütungen ist mit den Leistungserbringern nur die Angabe des Beginns der Leistungserbringung vereinbart. Im Rahmen eines Schiedsverfahrens wurde entschieden, dass der Forderung der Pflegekassen, auch bei der Abrechnung von Leistungskomplexvergütungen die Uhrzeit von Beginn und Beendigung der Leistungserbringung anzugeben, nicht entsprochen werden

kann, da hierfür die gesetzliche Grundlage fehlt. Insofern ist ein gesetzlicher Klarstellungsbedarf erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

§ 105 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB XI wird wie folgt ergänzt:

„1. in den Abrechnungsunterlagen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und der Zeit der Leistungserbringung, im Bereich der ambulanten Pflegesachleistungen einschließlich des Beginns und der Beendigung der Leistungserbringung in Echtzeit, aufzuzeichnen,“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 106 b Abs. 4 SGB XI – Finanzierung der Einbindung der Pflegeeinrichtung in die Telematikinfrastruktur

A) Sachverhalt

Im Rahmen des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes wurde die Umstellung der Finanzierung der telematikbedingten Aufwände sowohl für die vertragsärztlichen Versorgungen, den Apotheken sowie der Pflegeeinrichtungen auf TI-Pauschalen geregelt. Für die vertragsärztliche Versorgung sowie für die Apotheker erfolgt die Umstellung der Finanzierung ab dem 01.07.2023. Hinsichtlich der Regelungen zur Finanzierung der Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur ist in § 106b Abs. 4 SGB XI geregelt, dass die nach den Absätzen 1 und 2 festgelegten Höhen der TI-Pauschalen ab dem 30. Juni 2023 gelten sollen. Damit würde die neue Finanzierung für den 30.06.2023 gelten, welcher der letzte Tag im Monat bzw. im Quartal ist. Die übrigen Tage des Monats Juni bzw. des II. Quartals würden nach dem alten Prinzip abgerechnet werden. Gilt die Umstellung bereits für den 30.06.2023 würde hieraus ein erheblicher Verwaltungsaufwand entstehen. Eine Abrechnung über das Abrechnungsportal wäre automatisiert unmöglich, die Berechnungen und Auszahlungen müssten händisch und einzeln erfolgen.

B) Änderungsvorschlag

§ 106b Abs. 4 SGB XI ist wie folgt zu ändern:

„Die nach den Absätzen 1 und 2 festgelegte Höhe der TI-Pauschale gilt ab dem 1. Juli 2023.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 150 SGB XI – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige

A) Sachverhalt

Auf Grundlage des bis 30.06.2022 geltenden § 150 Absatz 2 SGB XI hatten Pflegeeinrichtungen Anspruch auf die Erstattung ihrer aufgrund der Corona-Pandemie im Zeitraum 01.03.2020 bis 30.06.2022 entstandenen Mehraufwendungen und Mindereinnahmen. Sie konnten hierzu Anträge bei den Pflegekassen einreichen. Der Gesetzgeber hatte versäumt zu regeln, bis wann jeweils die Anträge gestellt werden konnten (Ausschlussfristen). Zur Regelung des Verfahrens der Pflegekassen, insbesondere der Einleitung der nachgelagerten Prüfverfahren, wurden die entsprechenden Fristen in die Kostenerstattungs-Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes auf Grundlage des bis 30.06.2022 geltenden § 150 Absatz 3 SGB XI aufgenommen. Zu diesen Fristen sind mittlerweile mehrere Klageverfahren bei den Pflegekassen anhängig. Um die erforderliche Rechtssicherheit für die Ausschlussfristen zu schaffen und um weitere Rechtsstreitigkeiten zu vermeiden, ist es erforderlich, die Ausschlussfristen gesetzlich klarzustellen und damit verbindlich zu regeln.

Auch im Zusammenhang mit den weiteren pandemiebedingten Ausgleichszahlungen der §§ 150a und 150c SGB XI ist eine entsprechende gesetzliche Klarstellung von Ausschlussfristen erforderlich.

B) Änderungsvorschlag

In § 150 SGB XI wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„Anträge der Pflegeeinrichtungen, die aufgrund Absatz 2 in der bis zum 30. Juni 2022 geltenden Fassung gestellt werden, können für die Monate März 2020 bis Dezember 2020 bis spätestens 31. März 2021, für die Monate Januar 2021 bis Dezember 2021 bis spätestens 31. März 2022 und für die Monate Januar 2022 bis Juni 2022 bis spätestens 30. September 2022 bei der Pflegekasse eingereicht werden. Der Anspruch der Pflegeeinrichtung gemäß Absatz 2 in der bis zum 30. Juni 2022 geltenden Fassung erlischt, wenn er nicht jeweils innerhalb der in Satz 1 genannten Fristen gegenüber der Pflegekasse geltend gemacht wurde.“

Für die Ausgleichszahlungen nach §§ 150a und 150c SGB XI sind entsprechende Regelungen zu treffen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 154 SGB XI – Ergänzungshilfen für stationäre Pflegeeinrichtungen zum Ausgleich steigender Preise für Erdgas, Wärme und Strom

A) Sachverhalt

Mit dem Gesetz zur Einführung von Preisbremsen für leistungsgebundenes Erdgas und Wärme und zur Änderung weiterer Vorschriften ist der Anspruch auf Ergänzungshilfen nach § 154 SGB XI eingeführt worden, um Pflegeeinrichtungen bei den gestiegenen Energiepreisen zu entlasten. Demnach erhalten zugelassene teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie Kurzzeitpflegeeinrichtungen im Zeitraum vom 01.10.2022 bis 30.04.2024 die Differenz zwischen der monatlichen abschlägigen Vorauszahlung im Referenzmonat März 2022 (bei Neuzulassung ab 01.04.2022 der Referenzmonat Februar 2022) und der monatlichen abschlägigen Vorauszahlung für den aktuellen Antragsmonat erstattet.

Die anspruchsberechtigten Pflegeeinrichtungen sind zur Beantragung der Ergänzungshilfen verpflichtet. In § 154 Abs. 2 SGB XI sind die Antragsfristen geregelt. Demnach ist die Ergänzungshilfe gemäß § 154 Abs. 2 Satz 1 SGB XI jeweils bis zum 15. des Folgemonats zu beantragen. Die erstmalige Beantragung hat spätestens 15 Tage nach Inkrafttreten der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zu erfolgen. Eine letztmalige Einreichung von Angaben ist nach § 154 Abs. 2 Satz 3 bis zum 30.08.2024 möglich. Aus dieser Regelung der letztmaligen Einreichung und der Gesetzesbegründung zu § 154 SGB XI, wonach Ergänzungshilfen kumuliert geltend gemacht werden können, besteht die Notwendigkeit einer Klarstellung, dass grundsätzlich keine Ergänzungshilfen rückwirkend beantragt werden können, außer bei der erstmaligen Beantragung. Die Beantragung kumulierter Ergänzungshilfen ist hierbei für die Monate Oktober 2022 bis einschließlich Februar 2023 möglich. Dies ist bereits in den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes entsprechend geregelt. Die letztmalige Antragstellung für die Ergänzungshilfen stellt somit der 15.05.2024 für den Anspruchsmonat April 2024 dar. Im Gesetztext ist ferner eine Frist für die letztmalige Einreichung von Nachweisen für die beantragten Ergänzungshilfen aufzunehmen. Für ein rechtssicheres Verfahren ist dies entsprechend im § 154 Abs. 2 SGB XI zu regeln.

B) Änderungsvorschlag

In § 154 Abs. 2 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 angefügt:

„Die Ergänzungshilfe kann ausschließlich für den Vormonat geltend gemacht werden.“

Der bisherige Satz 2 wird Satz 3.

Dem neuen Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Abweichend von Satz 2 gilt die erstmalige Beantragung rückwirkend für die zurückliegenden Monate Oktober 2022 bis Februar 2023.“

Im bisherigen Satz 3 ist das Wort „Angaben“ durch die Wörter „Nachweisen für die beantragten Ergänzungshilfen“ zu ersetzen.

Die bisherigen Sätze 3 bis 10 werden Sätze 5 bis 12.

In § 154 Abs. 4 Satz 2 sind nach dem Wort „Ergänzungshilfen“ die Wörter „und erstatte Energieberatungskosten“ einzufügen.

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 219d – Nationale Kontaktstellen

A) Neuregelungsbedarf

Gemäß Absatz 7 Satz 1 hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland ab 01.07.2023 die nationale eHealth-Kontaktstelle zum grenzüberschreitenden Austausch von Gesundheitsdaten zu betreiben.

Vor der erstmaligen Inbetriebnahme ist die Teilnahme an einem Testverfahren der Europäischen Kommission verpflichtend. Inhalt und Ablauf des Testverfahrens bestimmt die Europäische Kommission.

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

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

B) Änderungsvorschlag

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

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 293 SGB V – Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

§ –302 SGB V – Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer

A) Sachverhalt

Mit dem Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz, PDSG, 2020) wurde der § 293 SGB V um Absatz 8 ergänzt. Demgemäß wurde das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) bis zum 31.12.2021 beauftragt, ein bundesweites Verzeichnis der ambulanten Pflegeeinrichtungen und Betreuungsdienste mit einem Versorgungsvertrag nach § 132a SGB V oder § 72 SGB XI sowie den dort beschäftigten Personen, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V oder Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 Absatz 1 SGB XI erbringen, zu errichten. Als weitere Personengruppe sind hiervon Pflegekräfte erfasst, mit denen die Pflegekassen Verträge nach § 77 Absatz 1 SGB XI abgeschlossen haben. Das BfArM legt hierbei für jede in das Verzeichnis aufzunehmende Person eine Beschäftigtennummer fest, die bei der Abrechnung der von ihr erbrachten Leistungen anzugeben ist.

Beim Aufbau des Beschäftigtenverzeichnisses hat sich gezeigt, dass für weitere Leistungserbringende und deren Beschäftigte die Aufnahme in das Beschäftigtenverzeichnis sachgerecht und konsequent wäre. So sind ergänzend vollstationäre Langzeitpflegeeinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 132i Absatz 5 SGB V zur außerklinischen Intensivpflege, vollstationäre Langzeitpflegeeinrichtungen, die Leistungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g Absatz 4 SGB V erbringen sowie Leistungserbringende, die Leistungen nach § 37b SGB V erbringen, als weitere Leistungserbringende aufzunehmen; zudem ist die verpflichtende Angabe der Beschäftigtennummer in den Abrechnungen auch dieser Leistungserbringenden gesetzlich zu regeln.

Zum anderen werden die mit Beschäftigtenverzeichnis verbundenen Potenziale mit Augenmerk auf Digitalisierung und Entbürokratisierung, wie es ein zentrales Anliegen der Konzentrierten Aktion Pflege war, nicht ausgeschöpft; nicht zuletzt bleibt das Beschäftigtenverzeichnis hinter dem Arztverzeichnis nach § 293 Abs. 4 SGB V in seiner Funktion und in der Ausgestaltung zurück. Das Beschäftigtenverzeichnis nach § 293 Abs. 8 SGB V wäre eine geeignete Grundlage, geltende Personalanforderungen für die stationären Pflegeeinrichtungen zu prüfen (z.B. im Sinne des § 113c SGB XI) und um den Personalabgleich nach § 115 Abs. 3 SGB XI durchzuführen.

Die Leistungserbringenden sind verpflichtet, dem BfArM u. a. Angaben zur Qualifikation ihrer Beschäftigten zu übermitteln. Nach der derzeitigen Rechtslage werden weder von den Einrichtungen die Berufsurkunden und Qualifikationsnachweise dem BfArM vorgelegt, noch hat das BfArM den gesetzlichen Auftrag, diese zu verifizieren. Die Verlässlichkeit der Angaben ist somit nicht gegeben und muss von den Kranken- und Pflegekassen im Rahmen der Genehmigung und Abrechnung überprüft werden. Sachgerecht wäre es, wenn das BfArM die Aufgabe zugewiesen bekäme, eine Überprüfung der Berufsnachweise und zusätzlich erlangter Weiter- und Fortbildungen vorzunehmen. Dies wäre effizient, da beim BfArM zentral und personenbezogen die Qualifikationen der Beschäftigten verzeichnet sind und bei einem Arbeitgeberwechsel an die schon erbrachten Nachweise angeknüpft werden kann. Durch eine solche zentrale einmalige Verifizierung von Qualifikationen würde sowohl auf Seiten der Einrichtungen als auch auf Seiten der Kranken- und Pflegekassen und ihrer Landesverbände erheblicher Verwaltungsaufwand vermieden werden können.

Nach derzeitiger Rechtslage hat das BfArM den Kranken- und Pflegekassen die zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlichen Angaben aus dem Verzeichnis zur Verfügung zu stellen. Für eine effiziente Datenbereitstellung wäre es zielführend, das Beschäftigtenverzeichnis den Kranken- und Pflegekassen sowie ihren Landesverbänden über den GKV-Spitzenverband elektronisch zur Verfügung zu stellen. Dies entspricht auch den gesetzlich vorgesehenen und bereits praktizierten Verfahren bei anderen Verzeichnissen nach § 293 SGB V wie dem Arzt- und Zahnarztverzeichnis (§ 293 Absatz 4 SGB V) oder dem Apothekerverzeichnis (§ 293 Absatz 5 SGB V).

Die Anfangs- und Endzeiten in Echtzeit für den jeweiligen Pflegeeinsatz sind insbesondere vor dem Hintergrund der Vermeidung und Aufdeckung von Abrechnungsbetrug und Leistungsmisbrauch von hoher Relevanz.

Nur die zusätzliche Angabe der Anfangs- und Endzeiten des Einsatzes ermöglicht es, durch die Zusammenführung der Abrechnungsdaten von mehreren Versicherten verschiedener Krankenkassen festzustellen, ob die abgerechneten Leistungen in der angegebenen Zeit des Einsatzes plausibel erbracht werden können. Fehlerhafte Abrechnungen können schneller und vor allem ressourcenschonender identifiziert werden. Die einsatzbezogene Aufzeichnung der Anfangs- und Endzeiten ist die unabdingbare Grundlage um nachzuvollziehen, in welchem Umfang tatsächlich Leistungen von einer Pflegefachkraft erbracht wurden. Nur wenn auch Beginn und Beendigung der Leistungserbringung fixiert werden, kann Fehlverhalten wie Leistungsmisbrauch oder Abrechnungsbetrug mittels Erstellung von Tagesprofilen letztlich auch gerichtsfest nachgewiesen werden. Diese Aufzeichnungspflicht ist zudem für die notwendige Sanktionierung von Vertragsverstößen unabdingbar. Ansonsten kann dem Leistungsmisbrauch nicht effektiv nachgegangen und entsprechend verfolgt werden.

B) Änderungsvorschlag

§ 302 Absatz 1 Satz 2 SGB V wird wie folgt geändert (Änderungen sind gekennzeichnet):

„Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c sowie der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b ist zusätzlich zu den Angaben nach Satz 1 der Beginn und die Beendigung der Leistungserbringung in Echtzeit ~~die Zeit der Leistungserbringung~~ und nach § 293 Absatz 8 Satz 11 spätestens ab dem 1. Januar 2023 die Beschäftigtennummer der Person, die die Leistung erbracht hat, anzugeben.“

§ 293 Absatz 8 Satz 1 SGB V wird wie folgt geändert:

„Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte errichtet bis zum 31. Dezember 2021 im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der Träger von ambulanten Pflegediensten und Betreuungsdiensten nach § 71 Absatz 1a des Elften Buches maßgeblichen Vereinigungen auf Bundesebene ein bundesweites Verzeichnis

1. der ambulanten und stationären Leistungserbringer, mit denen die Krankenkassen oder Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 Satz 1, nach § 132g Absatz 4 oder nach § 132i Absatz 5 abgeschlossen haben, der ambulanten Leistungserbringer, die Leistungen nach § 37b erbringen, oder bei denen es sich um zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches handelt,
2. der Personen, die durch die in Nummer 1 genannten Leistungserbringer in der pflegerischen Versorgung beschäftigt oder bei diesen tätig sind und häusliche Krankenpflege nach § 37, spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b, die gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132g, außerklinische Intensivpflege nach § 37c oder Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 Absatz 1, § 41 Absatz 1, § 42 Absatz 1, § 43 Absatz 1 des Elften Buches erbringen, sowie
3. der Pflegekräfte, mit denen die Pflegekassen Verträge nach § 77 Absatz 1 des Elften Buches abgeschlossen haben.“

§ 293 Absatz 8 Satz 7 SGB V wird wie folgt geändert:

„Die Leistungserbringer, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 Satz 1 oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Verträge nach § 132i

Absatz 5 oder nach § 132g Absatz 4 abgeschlossen haben oder Leistungserbringer, die Leistungen nach § 37b erbringen, oder bei denen es sich um zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches handelt, und die Pflegekräfte nach Satz 1 Nummer 3 sind verpflichtet, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ab dem 1. August 2022 die Angaben nach Satz 4 Nummer 2 bis 5 und den Sätzen 5 und 6 zu übermitteln sowie unverzüglich jede Veränderung dieser Angaben mitzuteilen.“

Nach § 293 Absatz 8 Satz 7 SGB V wird folgender Satz eingefügt:

„Für die Überprüfung der Angaben nach Satz 7 und deren Aufnahme in das Verzeichnis nach Satz 1 sind die Angaben nach Satz 7 mit entsprechenden Nachweisen dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zu belegen.“

Die bisherigen Sätze 8 und 9 werden die Sätze 9 und 10. Satz 10 (neu) wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte stellt dem Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen das Verzeichnis im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Verfügung; Änderungen des Verzeichnisses sind dem Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen in monatlichen oder kürzeren Abständen unentgeltlich zu übermitteln.“

Nach Satz 10 (neu) wird folgender Satz eingefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen stellt seinen Mitgliedsverbänden sowie den Kranken- und Pflegekassen das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Buch sowie nach dem Elften Buch, zur Verfügung; für andere Zwecke darf der Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen die in dem Verzeichnis enthaltenen Angaben nicht verarbeiten.“

Die bisherigen Sätze 10 und 11 werden die Sätze 12 und 13 (neu).

**Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz – PUEG) BT-Drs. 20/6544 vom 25.04.2023
und zum
Antrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE „Gute Pflege stabil finanzieren“ BT-Drs. 20/6546**

A. Vorbemerkung

Der Paritätische Gesamtverband ist einer der sechs Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Deutschland und der Dachverband für über 10.000 rechtlich selbstständige Mitgliedsorganisationen, die in vielen Sozial-, Pflege- und Gesundheitsbereichen tätig sind.

Der Paritätische nimmt zu dem o.g. Entwurf eines Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz und zu dem Antrag der BT-Fraktion DIE LINKE wie folgt Stellung. Zu dem überwiegenden Teil der Einzelregelungen haben die in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege zusammengeschlossenen Verbände eine gemeinsame Stellungnahme erarbeitet, die hier als Anlage 1 beiliegt. In diesem Teil der Stellungnahme beziehen wir uns darüber hinaus auf das Thema:

1. Refinanzierung der Eigenanteile bzw. Einführung einer Pflegevollversicherung

und auf das Thema

2. Leiharbeit.

B. Stellungnahme im Einzelnen

1. Refinanzierung der Eigenanteile bzw. Einführung einer Pflegevollversicherung:

Die bisher im Entwurf des Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG) vorgesehenen Maßnahmen zur Unterstützung und Entlastung sind nicht ausreichend. Der Paritätische hebt als besonders besorgniserregend hervor, dass mit diesem Gesetzentwurf erneut keine dringend notwendige Strukturreform der sozialen Pflegeversicherung, vor allem in Bezug auf die Finanzierung von Pflege, erfolgt. Um die soziale Pflegeversicherung langfristig auf eine tragfähige Basis zu stellen, ist eine ernsthafte Debatte über die zukünftige Finanzierung der Pflegeversicherung zwingend notwendig. Die im Antrag der BT-Fraktion DIE LINKE geforderte Erhöhung der unterschiedlichen Leistungsbeträge um 20 %, statt i.d.R. 5 % sowie eine jährliche Dynamisierung usw. geht für den Moment in die richtige Richtung, löst aber, wie der Fraktion auch selber bekannt ist - das Problem nicht, weswegen weitere Schritte gefordert werden.

Der Paritätische konstatiert daher, dass endlich eine komplette Lösung und ein langfristiger Plan (Gesamtplan) entwickelt und umgesetzt werden muss. Finanzierung und Eigenanteile sind die Schlüsselthemen. Andernfalls werden die Nöte und die "Furcht" pflegebedürftiger Menschen vor Unterversorgung, hohen Eigenanteilen oder Armut nicht richtig aufgegriffen. Weitere Zuschüsse, Dynamisierung von Leistungen usw. setzen Stückwerk fort und werden nicht ausreichend sein, um das Problem zu lösen. Daher spricht der Paritätische sich schon seit längerem für eine Pflegevollversicherung aus. Wenn keine hinreichende Lösung zur Finanzierung der pflegebedingten Eigenanteile herbeigeführt wird, wird die Umsetzung der kostenintensiven Themen (Löhne, Arbeitsbedingungen, mehr Personal) für alle in große Schwierigkeiten geraten, Pflegearmut und Sozialhilfeabhängigkeit weiter ansteigen und insbesondere die Unterversorgung im ambulanten Bereich eklatante Ausmaße annehmen.

Für Pflegebedürftige, die bis zu zwölf Monate im Pflegeheim versorgt werden, fallen ab Mitte 2023 im Durchschnitt 2658 € aus eigener Tasche an. Diese Kosten setzen sich zusammen aus Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten einerseits und Pflege- und Ausbildungskosten andererseits. Das Einkommen reicht oft nicht, um die eigene Pflege zu finanzieren. So lag laut Alterssicherungsbericht der Bundesregierung 2020 das durchschnittliche Einkommen von alleinlebenden Rentner*innen bei

etwa 1700 € und damit deutlich unter den durchschnittlich anfallenden Eigenanteilen für einen Heimplatz. Bei Ehepaaren waren es 2.900 €. Nach Abzug der pflegebedingten Kosten verbleiben Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten – in nennenswerter Höhe, weswegen der Paritätische die Auffassung vertritt, dass eine Bezuschussung, Begrenzung oder Reduktion des Eigenanteils, (bspw. durch die Herausnahme der Behandlungspflegekosten oder der Ausbildungskosten) oder durch eine Deckelung auf einen Sockelbetrag nicht mehr ausreichend ist. Im Durchschnitt müsste ein(e) Pflegeheimbewohner*in unabhängig von der Verweildauer immer noch 1413 € Eigenanteil aufbringen, wenn die reinen Pflegekosten vollständig übernommen würden, was unterhalb der durchschnittlichen Einkommen läge:

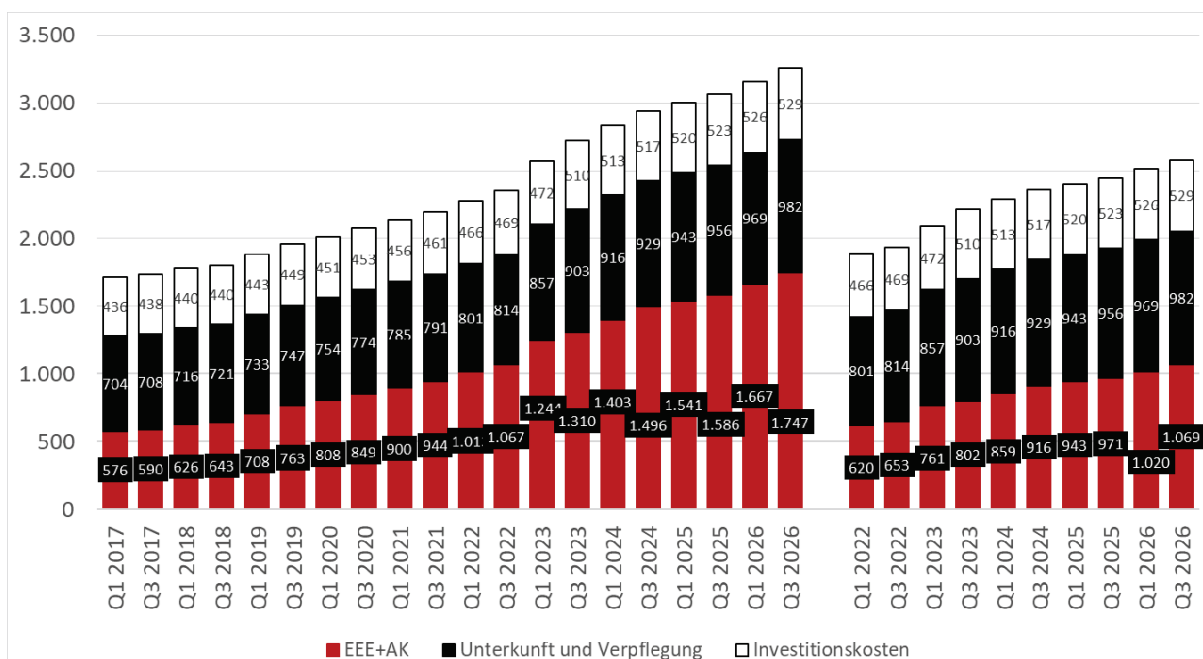
Eigenanteilsbelastung Pflegeheim, Prognose 3. Quartal 2023¹ / Beispiel:

	Durchschnittlicher Eigenanteil (mtl.) über alle Pflegegrade hinweg <u>ohne Berücksichtigung des Zuschlages nach § 43c SGB XI für die Dauer des Heimaufenthaltes</u>	Durchschnittlicher Eigenanteil (mtl.) über alle Pflegegrade hinweg <u>mit Berücksichtigung des Zuschlages nach § 43c SGB XI für die Dauer des Heimaufenthaltes</u>	Durchschnittlicher Eigenanteil (mtl.) über alle Pflegegrade hinweg <u>mit Berücksichtigung des Zuschlages nach § 43c SGB XI für die Dauer des Heimaufenthaltes für bis zu 12 Monate</u>
	Eigenanteil Heimkosten	Eigenanteil Heimkosten	Eigenanteil Heimkosten
<u>Pflegebedingte Kosten & Ausbildungskosten</u>	1310 €	802 €	1245 €

¹ Stand 3. Quartal 2023 (Rothgang et al., 2023: Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen – Zukünftige Entwicklung unter Berücksichtigung der aktuellen Reformmaßnahmen. Aktualisierung einer Expertise im Auftrag der DAK-Gesundheit, Feb. 2023.)

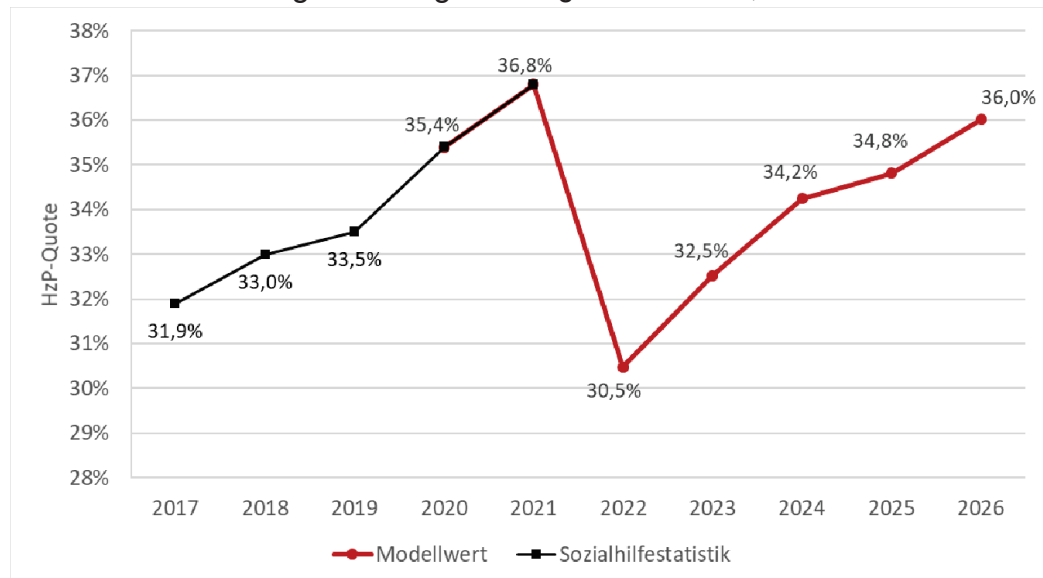
Unterkunft & Verpflegung	903 €	903 €	903 €
Investitionskosten	510 €	510 €	510 €
Gesamt	<u>2723 €</u>	<u>2215 €</u>	<u>2658 €</u>

Pflegebedingte Eigenanteile steigen bis 2026 im ersten Jahr der Heimversorgung um über 33%. Die Quote der Hilfe zur Pflege wird demzufolge von derzeit knapp 33 % auf 36 % in 2026 steigen. Die mit dem Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz avisierte Erhöhung der Zuschüsse nach § 43c SGB XI (z.B. von 5 % auf 10 % in den ersten 12 Monaten der Heimversorgung) wird diese Entwicklung nur marginal beeinflussen können:



Der rechte Block dieser Abbildung zeigt die Durchschnittswerte bei Berücksichtigung der Zuschläge nach § 43c SGB XI. Quelle: Rothgang et al. 2023: Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen – Zukünftige Entwicklung unter Berücksichtigung der aktuellen Reformmaßnahmen. Aktualisierung einer Expertise im Auftrag der DAK-Gesundheit,

Feb. 2023 - Abbildung 5: Entwicklung der Eigenanteile bei Berücksichtigung durchschnittlicher Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI, S. 26.



Quelle: Rothgang et al., 2023: Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen – Zukünftige Entwicklung unter Berücksichtigung der aktuellen Reformmaßnahmen. Aktualisierung einer Expertise im Auftrag der DAK-Gesundheit, Feb. 2023 - Abbildung 7: Anteil der Heimbewohner:innen, die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen beziehen (HzP-Quote), S. 28.

Ohnehin ist die Zuschussregelung nach § 43c SGB XI sozial nicht ausgewogen. Auch wenn die durchschnittliche Verweildauer in Pflegeheimen länger ist als angenommen, scheint es gesichert zu sein, dass dennoch die Hälfte der Heimbewohner*innen nicht mehr in den Genuss höherer Zuschüsse nach dem ersten Jahr kommt. D.h. die Mehrzahl von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen trägt die größte Last der Eigenanteile und verstirbt dann. Aus etwas älteren Zahlen ergibt sich, dass von Heimeinzügen der Jahre 2013 bis 2017 nach einem Jahr 55,5 % bis 58,7 % der Heimbewohner, nach zwei Jahren noch 41,4 % bis 44,1 % und nach vier Jahren noch 21,9 % bis 23,8 % im Pflegeheim leben. Zahlen aus dem Jahr 2019 zeigen hingegen, dass nach einem Jahr aber nur noch 49,8 % im Pflegeheim leben².

² Siehe BARMER Pflgereport 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends, S. 91

Eine Vollversicherung muss zwingend auch den ambulanten Bereich umfassen. Sämtliche durch einen unabhängigen pflegerischen-medizinischen Dienst / MD für bedarfsgerecht erachtete Pflegeleistungen müssen über ein „Pflegerzept“ in vollem Umfang und ohne Eigenanteile vollständig von den Kassen übernommen werden, andernfalls wird notwendige Pflege zu Hause nicht mehr im ausreichenden Maße in Anspruch genommen. Lungen (2012) geht nicht davon aus, dass ein Vollversicherungsmodell eine Überversorgung auslöst, sondern einer bestehenden Unterversorgung entgegenwirkt, nicht zuletzt deswegen, weil 40 Prozent der von Pflege betroffenen Haushalte in einer niedrigen Einkommensgruppe liegen³.

Im 2. Gutachten Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung wurde ein geeignetes „Drei-Instanzen-Modell“ für die Bedarfsfeststellung beschrieben, wobei in diesem Gutachten ein sektorübergreifender Einsatz, also auch stationär, vorgesehen ist, was vollkommen sinnvoll ist. In der ersten Instanz stellt der Medizinische Dienst wie bisher mit dem bestehenden Begutachtungsinstrument den Pflegebedarf fest. Anstelle des Pflegegrades (oder unseres Erachtens auch zusätzlich dazu, z.B. wg. Pflegegeld) bemisst er ein individuelles, bedarfsgerechtes und ortsunabhängiges Leistungsbudget. Die zweite Instanz bildet ein gut ausgebautes Case-Management auf kommunaler Ebene (z. B. Pflegestützpunkte). Es stellt die individuelle Beratung sicher, mit dem Ziel, den für alle Beteiligten optimalen Einsatz professioneller Dienste und zivilgesellschaftlicher Leistungserbringer zu ermöglichen. Der beauftragte Pflegedienst sichert in der dritten Instanz für seinen Anteil am Leistungsbudget die tägliche Leistungsplanung und -erbringung sowie die Qualitätssicherung für das gesamte Pflegearrangement. Pflegeprofis, aber auch zivilgesellschaftliche Akteure erhalten im neuen System mehr Verantwortung für eine gelingende Pflege und Betreuung im Quartier⁴.

Wie Studien in der Vergangenheit gezeigt haben, ist eine Vollversicherung finanziell umsetzbar. Dazu wären Einnahmen der SPV erforderlich, wie sie durch eine Bürgerversicherung generiert werden können. Die vom Paritätischen geforderte Verbreiterung der Einnahmehasis der Pflegeversicherung durch den Ausbau in eine solidari-

³ Siehe Lungen (2012): Vollversicherung in der Pflege – Quantifizierung von Handlungsoptionen. Osnabrück, Hochschule Osnabrück.

⁴ Siehe Rothgang et al. (2019). 2. Gutachten Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung. Gutachten im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform, Kurzfassung, S. 17.

sche Bürgerversicherung kann sicherlich nicht kurzfristig, aber administrativ vergleichsweise einfach umgesetzt werden, weil die Leistungen in der sozialen und privaten Pflegeversicherung gleich sind. In beiden Versicherungssystemen gibt es einen Kontrahierungszwang. Die Prämien in der privaten Pflegeversicherung dürfen – abweichend von allen anderen privaten Versicherungszweigen – nicht nach Gesundheitsrisiken oder Geschlecht kalkuliert werden. Kinder werden in der privaten Pflegeversicherung beitragsfrei mitversichert und Ehepartner*innen sowie Lebenspartner*innen aus eingetragenen Lebenspartnerschaften werden gemäß § 110 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2e und 2g sowie Absatz 3 SGB XI vor Überforderung durch zu hohe Prämien geschützt. Dieses bietet besondere Voraussetzungen zur zügigen und vollständigen Integration beider Versicherungszweige. Im Antrag der BT-Fraktion DIE LINKE wird vorgeschlagen, die Beitragsbemessungsgrenze und die Versicherungspflichtgrenze abzuschaffen, weitere Einkommensarten einzubeziehen und grundsätzlich die Private Pflegeversicherung in das soziale Pflegeversicherungssystem zu integrieren. Der Paritätische teilt die Forderungen nach Einführung einer Bürgerversicherung auch in der Pflege. Dies beinhaltet die Forderung nach einer Einbeziehung weiterer Einkommensarten und einer deutlichen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze.

Berechnungen zeigen für das Referenzjahr 2017, dass für ein Vollversicherungsmodell 8,5 Mrd. € mehr ausgegeben werden müssten bzw. dass der Beitragssatz um 0,61 % steigen würde. Mit einem Pflegebürgervollversicherungsmodell ließen sich Mehrausgaben und Beitragssatzsteigerung mit 0,02 % Steigerung nahezu kostenneutral umsetzen⁵. Da die Zahl der Pflegebedürftigen anwächst und die Kosten zwischenzeitlich erheblich gestiegen sind, sind die o.g. Annahmen nicht mehr ohne Weiteres übertragbar. Allerdings zeigen die Berechnungen, dass ein Vollversicherungsmodell grundsätzlich möglich und nicht utopisch ist. Zudem kann argumentiert werden, dass in Zeiten der Vollbeschäftigung – und bis zu dem Zeitpunkt, an dem das Erwerbspersonenpotential tatsächlich abnimmt – die Einnahmen der Sozialversicherungen gut sind. Eine konsequente Einwanderungspolitik und die Verbreiterung der Einnahmehasis der Pflegeversicherung ist ohnehin erforderlich, wenn mit der Überalterung der Gesellschaft die Umlagefinanzierung weiterhin funktionieren soll. Kosten

⁵ Siehe Rothgang, Domhof, 2019: Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung - Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung. Working Paper Forschungsförderung, Hans-Böckler-Stiftung, Nummer 150, S. 65.

für eine Vollversicherung mögen steigen, aber tut man nichts, erhöht sich die Pflegearmut bzw. die Sozialhilfequote im stationären Bereich und die Unterversorgung im ambulanten Bereich.

2. Leiharbeit (Artikel 1 - §§ 75, 82c, 113c SGB XI)

Die Zunahme der Leiharbeit in der Alten- und Langzeitpflege geht zu Lasten Pflegebedürftiger, der Pflegekräfte und der Pflegeeinrichtungen. Sie konterkariert die bisherigen Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in der Pflege und belastet das ohnehin bedrängte System weiter: Für die Stammebelegschaft bedeutet die Zunahme von Leiharbeit die Übernahme zusätzlicher Aufgaben, die benötigte Einarbeitung von Leiharbeitspersonal und die Übernahme von Wochenend- und Nachtdiensten. Dies bringt Betriebsfrieden und -abläufe dauerhaft in Gefahr. Pflegebedürftige sehen sich durch den Anstieg von Leiharbeitnehmer*innen in Pflegeeinrichtungen mit häufig wechselnden Ansprechpartner*innen konfrontiert. Dies widerspricht einem professionellen Verständnis von Pflege und kann die Qualität der Pflegeleistungen verringern.

In der Coronapandemie hat sich die ohnehin schwierige Personalsituation für Pflegeeinrichtungen nochmals verschärft. Die Abhängigkeit der Träger von Leiharbeit, um die erheblichen personellen Lücken zu schließen und die Versorgung aufrecht zu erhalten, war nie größer. Gleichzeitig sind die Kosten für Leiharbeit immer weiter gestiegen und die Attraktivität der Leiharbeit nimmt, bei gleichzeitigem Verlust des Stammpersonals in Einrichtungen, zu. Repräsentative Daten zur Höhe der Kosten liegen im Pflegebereich nicht vor, aber Erfahrungswerte zeigen, dass 8000 € (brutto) für eine Vollzeitkraft im Monat keine Seltenheit sind. Die Anzahl der Leiharbeitskräfte habe sich laut Bundesagentur für Arbeit im Vergleich zu den Vorjahren kaum verändert. Im Bundesdurchschnitt weist die Statistik der Bundesagentur für Arbeit zwei Prozent aller Arbeitnehmenden in Pflegeberufen als Leiharbeitende aus. So kann überschlagen werden, dass bei rd. 12.000 Leiharbeitskräften in der Langzeitpflege (vorausgesetzt diese sind in Vollzeit beschäftigt) und 2000 – 3000 € Mehrkosten je Leiharbeitskraft und Monat ein wirtschaftlicher Schaden pro Jahr in Höhe von 288 bis 432 Mio. € entsteht. In der Krankenpflege kämen nochmal 22.000 Leiharbeitskräfte dazu, aber die Zuordnung zum Krankenhaussektor oder ambulanter (Hauskranken-)pflege oder stationärer Pflege ist nicht ohne weiteres möglich. Allerdings steht die Tatsache, dass sich die Anzahl der Leiharbeitskräfte kaum verändert haben soll, im Widerspruch zu den Anzeigen der Mitgliedsorganisationen.

Der Corona-Pflege-Rettungsschirm für Pflegeeinrichtungen hatte zwischenzeitig die finanziellen Mehraufwendungen aufgefangen. Dieser wurde im Sommer 2022 weitestgehend eingestellt und seitdem fällt die Refinanzierung wieder überwiegend zurück auf die Einrichtungen. Die Berücksichtigung von Leasingkosten oder der vollständigen Kosten in Pflegesatzvereinbarungen war bereits vor der Pandemie sehr schwierig bis unmöglich, daran hat sich nichts geändert.

Derzeit auf Leiharbeit zu verzichten, heißt Plätze für Pflegebedürftige stillzulegen oder Pflegeaufträge abzulehnen. Dies ist eine gefährliche Abwärtsspirale. Auch ohne diesen Umstand ist die Versorgungslage streckenweise schwierig geworden. Hinzu kommt der erhebliche wirtschaftliche Schaden und die moralische Unterwanderung der in den Pflegeeinrichtungen fest angestellten Mitarbeiter*innen. Es besteht erheblicher Handlungsbedarf, wobei die angrenzenden Bereiche wie der Krankenhaussektor, die Eingliederungshilfe, Rehabilitation usw. mitgedacht und mit gleichen Regelungen besehen werden müssen, da ansonsten entsprechende Maßnahmen in der Langzeitpflege kaum Wirkung entfalten können.

Der Gesetzentwurf sieht drei Stellschrauben zur Bekämpfung der Leiharbeit vor:

1. Verbot der Refinanzierung der Leiharbeit durch die Pflegeeinrichtungen (§ 82c Absatz 2b SGB XI)
2. Verankerung von Personalpools und vergleichbaren betrieblichen Ausfallkonzepten zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal (§ 75 Absatz 3 und 113c SGB XI)
3. Regelung der höheren Bezahlung von Personalpools und Beschäftigten auf der Grundlage betrieblicher Ausfallkonzepte zum Erhalt der vertraglich vereinbarten Personalausstattung bei kurzfristigen Personalausfällen oder vorübergehend nicht besetzten Stellen (sachlicher Grund)

Ein generelles Verbot der Refinanzierung wird derzeit zur Stilllegung von weiteren Pflegeplätzen führen. Statt dem Verbot der Refinanzierung höherer Kosten durch Leiharbeit, was das Problem nur auf die Einrichtungsträger verlagert, sollten mehrere Lösungsansätze verfolgt werden, die eine Kombination aus Begrenzung und Sicherstellung der Refinanzierung fokussieren. Regelungen zur Bildung von Personalpools

und Etablierung anderer Konzepte gehen in die richtige Richtung, diese müssen allerdings trägerübergreifend möglich sein und die Refinanzierung (auch von Zusatzleistungen für diese Mitarbeitenden) muss als sachlicher Grund abschließend gesichert werden. Dies scheint auch geboten, weil eine restriktive Handhabung in Vergütungsverhandlungen den Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen gefährdet. Eine Etablierung trägerübergreifender Strukturen ist insbesondere auch deswegen erforderlich, damit derzeit schon umgesetzte innovative Konzepte wie trägereigene Tochtergesellschaften zur Personalentlehnung (im Sinne des o.g. Personalpools) ggf. künftig anders organisiert werden können oder grundsätzlich als „Personalpools“ etc. anerkannt werden können.

Lösungsansätze zur Diskussion:

- Eine gesetzliche Vorgabe im SGB XI zur Beschränkung der Inanspruchnahme von Leiharbeit in den o.g. Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI kann eine entsprechende Wirkung entfalten. Dabei sollen sich die Vertragspartner in den Ländern auf Quoten und Länge der Einsatzdauer verständigen. Dies entspricht im weitesten Sinne einer Forderung der DKG. Gleiche Regelungen in der Langzeitpflege und im Krankenhausbereich usw. verhindern Anreize zur Abwanderung von Leiharbeitnehmenden in den Krankenhaussektor. Hier müssten allerdings vor einer Gesetzesinitiative Abstimmungen (auch mit der DKG) erfolgen, ob sich bspw. die Quoten auf die Belegschaft gesamt oder auf die Qualifikationsniveaus/ Berufsgruppen beziehen. Außerdem müssen Konsequenzen für Einrichtungen bedacht werden, die ggf. Versorgung einstellen müssen, was wirtschaftliche Folgen haben und eher nachteilig werden kann. Derartige Regelungen können nicht alleine im SGB XI getroffen werden und bedürfen zunächst einer breiteren Erörterung.
- Einbezogen werden müssen auch die Bereiche der Eingliederungshilfe, Hospize und Rehaeinrichtungen.
- Ebenfalls analog zum Vorschlag der DKG sollten die Stundenverrechnungssätze im SGB XI für die Leiharbeitnehmenden auf das 1,5-fache des durchschnittlichen einschlägigen Bruttoarbeitslohns inklusive Arbeitgebernebenkosten begrenzt werden. Auch hier gilt: Gleiche Regelungen in der Langzeitpflege und im Krankenhausbereich verhindern Anreize zur Abwanderung von Leiharbeitnehmenden in den Krankenhaussektor. Aber zu klären wäre z.B. auch, ob neue Regelungen nur für „neue“ Leiharbeitende gelten oder auch auf schon

bestehende Verträge ausgeweitet werden kann bzw. wie eine Übertragung erfolgen kann.

- Der Gesetzgeber wird aufgefordert, gesetzliche Änderungsmöglichkeiten im Arbeitnehmerüberlassungsgesetz (AÜG) zu prüfen, die dazu beitragen, das System Leiharbeit in der Pflege wieder auf seine Kernaufgaben zurückzuführen und das entstandene Ungleichgewicht wieder ins Lot zu bringen. Das sog. Gleichstellungsgebot des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes (AÜG) schützt Leiharbeiter*innen und sichert ihnen gleichwertige Arbeitsbedingungen im Entleiherbetrieb (Pflegeeinrichtung) zu (Schlechterstellungsverbot zugunsten der Leiharbeiter*innen). Zur Entschärfung der Situation sprechen wir uns dafür aus, die Möglichkeit der wesentlichen Besserstellung der Leiharbeit in der Pflege zu untersagen. Dies kann über eine Begrenzung der Stundenverrechnungssätze bzw. von Vermittlungsgebühren sowie über Einschränkungen bei der Auswahl der Schichtbesetzung, Aufgabenverteilung und geringere Einsatzdauer (als heute im AÜG möglich ist) usw. erfolgen.
- Karenzzeit für das Tätigwerden von Leiharbeitnehmenden in derselben Einrichtung nach Abwerbung, bzw. wenn eine Mitarbeiter*in aus der Einrichtung zu einer Leiharbeitsfirma wechselt, im Umfang von 6 Monaten, wobei Regelungen sowohl im AÜG als auch im SGB XI geprüft werden müssen.
- Personalpools und zusätzliche Personalstellen im Rahmen betrieblicher Ausfallkonzepte sind grundsätzlich Sachgründe, für die eine über die tarifliche Bezahlung hinaus gerechtfertigte höhere Bezahlung möglich sind.
- Personalpools und Konzepte müssen auch trägerübergreifend möglich sein (auch ggf. Kooperationen) und vorhandene Strukturen damit anschlussfähig sein.

Für das SGB XI werden vor diesem Hintergrund zunächst folgende Änderungsvorschläge eingebracht:

Änderungsvorschlag:

**Begrenzung der Refinanzierung des Leiharbeitnehmendenentgelts
§ 82c Absatz 2b wird durch folgende Formulierung ersetzt:**

„Die Entgelte für Personal, das Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen ohne direktes Arbeitsverhältnis mit der zugelassenen Pflegeeinrichtung erbringen, insbesondere für Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes sowie für Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer, die im Rahmen eines Werk- oder Dienstleistungsvertrags eingesetzt werden, gelten die Regelungen nach Absatz 1 und 2 für Beschäftigte, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen mit direktem Arbeitsverhältnis mit der zugelassenen Einrichtungen erbringen, **mit der Maßgabe, dass die Stundenverrechnungssätze nicht mehr als das 1,5-fache der in Absatz 1 genannten Gehälter und des in Absatz 2 genannten Entlohnungsniveaus beträgt.** Die Zahlung von ggf. darüber hinausgehenden Vermittlungsentgelten und Steuern kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.“

Karenzzeit für Wiederbeschäftigung ausgeschiedener Arbeitnehmender als Leiharbeitnehmende in derselben Einrichtung

§ 72 Absatz 3 wird durch folgende Formulierung nach Satz 1 Nr. 2 ergänzt:

Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die [...]

(Neue Nummer 2a)

„keine Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes beschäftigen, die in den letzten 6 Monaten aus der Pflegeeinrichtung ausgeschieden sind“.

Personalpool oder betriebliches Ausfallkonzept als sachlicher Grund für höhere Bezahlung verankern

§ 82c Absatz 3 wird durch folgende Formulierung nach dem durch das PUEG neu eingefügten Satz 4 ergänzt:

[...]

„Als sachlicher Grund gilt insbesondere die Bildung eines Personalpools, auch trägerübergreifend, sowie zusätzliche Pflegepersonalstellen im Rahmen vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal. Zulagen und auch Sachleistungen, die im Zusammenhang mit der Bildung von Personalpools und zusätzlicher Pflegepersonalstellen stehen, sind ebenfalls pflegesatzrelevant.“

Trägerübergreifende Pools ermöglichen

§ 75 Absatz 3 Satz 5 wird durch folgende Formulierung ergänzt:

[...]

„Dies umfasst auch Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal, **auch trägerübergreifend.**“

Personalpools auch für ambulante Pflegedienste ermöglichen:

§ 89 Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt ergänzt:

[...]

Bei der Vereinbarung der Vergütung sind die Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen, die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 des Fünften Buches vorzusehen sind **und die Kosten für die Bildung von Personalpools (auch trägerübergreifend) sowie für zusätzliche Personalstellen im Rahmen vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte sind** zu berücksichtigen. **Die** in den Rahmenempfehlungen geregelten Verfahren zum Vorweis der voraussichtlichen Personalkosten im Sinne von § 85 Absatz 3 Satz 5 können berücksichtigt werden. § 84 Absatz 4 Satz 2 und Absatz 7, § 85 Absatz 3 bis 7 und § 86 gelten entsprechend.

Berlin, 08. Mai 2023

Anne Linneweber / Thorsten Mittag

Abteilung Gesundheit, Teilhabe und Pflege

Kontakt

Thorsten Mittag (altenhilfe@paritaet.org)

Anlage

BAGFW-Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz – PUEG)

BT-Drs. 20/6544 vom 25.04.2023



Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

5.5.2023

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Frau Amtierende Vorsitzende
Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Bearbeitet von
Dr. Irene Vorholz (DLT)
Telefon: 030 590097-341
E-Mail: irene.vorholz@landkreistag.de
Az.: IV-431-01/1.5

Per Mail: anja.luedtke@bundestag.de

Öffentliche Anhörung am 10.5.2023 zu den Vorlagen

- a) **Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG), BT-Drs. 20/6544**
- b) **Antrag der Bundestagsfraktion der AfD „Pflegeversicherung – Bürokratie abbauen, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen entlasten“, BT-Drs. 20/4669**
- c) **Antrag der Bundestagsfraktion Die LINKE. „Gute Pflege stabil finanzieren“, BT-Drs. 20/6546**

Sehr geehrte Frau Dr. Kappert-Gonther,

für die Einladung zur o. g. Anhörung sagen wir besten Dank. Die kommunalen Spitzenverbände werden in der Anhörung durch Frau Dr. Irene Vorholz, Stellvertreterin des Hauptgeschäftsführers des Deutschen Landkreistages, vertreten werden. Vorab nehmen wir wie folgt schriftlich Stellung:

Zusammenfassung

- **Es bedarf einer echten, grundsätzlichen Reform der Pflegeversicherung, um die Pflege zukunftsfest zu machen, sowohl was die Finanzierung betrifft als auch mit Blick auf das Personal und die Unterstützung der häuslichen Pflege. Ein Pflegenotstand ist bereits in wenigen Jahren nicht ausgeschlossen.**
- **Der Entwurf eines Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes dagegen enthält viele kleine Reparaturschritte. Sie sind für sich genommen richtig, werden aber nur zu kurzzeitigen und punktuellen Entlastungen führen. Der Entwurf bleibt zugleich hinter den Verabredungen im Koalitionsvertrag von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP zurück. Schon in den nächsten Jahren werden erneute Änderungen erforderlich sein.**

- Die vorgesehene Anhebung der stationären und ambulanten Leistungssätze sowie die Dynamisierung tragen nicht einmal der Preisentwicklung Rechnung und müssen deutlich weiter gehen und früher in Kraft treten. Zudem sollten einzelne Verbesserungen wie der gemeinsame Jahresbetrag für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege, die im Referentenentwurf noch vorgesehen waren, wieder aufgenommen werden.
- Zu hinterfragen ist der beschleunigte Ausbau der Personalanhaltswerte in stationären Pflegeeinrichtungen. Es ist nicht ersichtlich, dass ausreichend Pflege-, Assistenz- und Hilfskräfte zur Verfügung stehen werden. Durch die Vorgabe weiterer Ausbaustufen sind zugleich neue Belastungen der Pflegebedürftigen und der Sozialhilfe vorprogrammiert.
- Die vorgesehene Regulierung der Leiharbeit in der Pflege ist zu begrüßen. Allerdings sollte spezifiziert werden, dass allgemeiner Personalmangel nicht als sachlicher Grund für eine höhere Entlohnung herangezogen werden darf.

Zu a)

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG), BT-Drs. 20/6544

I. Grundlegende Bemerkungen

Die mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) zum 1.1.2022 erfolgte Einführung der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI zur Begrenzung der Eigenanteile an den pflegebedürftigen Aufwendungen in der vollstationären Pflege war ein richtiger und wichtiger Schritt. Er war aber bei Weitem nicht ausreichend und führte nur zu kurzzeitigen punktuellen Entlastungen. Mittlerweile liegt die bundesdurchschnittliche Belastung der Pflegebedürftigen in Einrichtungen im ersten Jahr bei monatlich 2.400 €.

Wir erinnern an die Zusage des Bundes in der Konzertierte Aktion Pflege, dass eine finanzielle Überlastung der Pflegebedürftigen durch steigende Anteile verhindert wird. Dies ist bislang nicht erfolgt. Es bedarf daher weiterer Leistungen der Pflegekassen zur Unterstützung der Pflegebedürftigen im stationären Bereich.

Zugleich muss dringend der ambulante Bereich stärker in den Fokus genommen werden. Nach wie vor werden ca. 80 % der Pflegebedürftigen zu Hause von ihren Angehörigen und/oder ambulanten Diensten betreut. Dies gilt es nicht nur zu erhalten, sondern auch zu stärken. Die vorgesehene Anhebung der Pflegesachleistung und des Pflegegeldes führt nicht dazu, dass ausreichend ambulante Anbieter zur Verfügung stehen bzw. Pflegedienste dafür gewonnen werden können, sowohl schwierige, aufwändige als auch einfache, vermeintlich nicht so lohnende Pflegesituationen zu übernehmen. Bereits heute ist die Versorgungssicherheit vielerorts nur noch eingeschränkt gewährleistet.

Vor diesem Hintergrund begrüßen wir einerseits, dass mit dem vorliegenden Fraktionsentwurf einige der richtigen Verabredungen aus dem Koalitionsvertrag von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP, die kommunale Forderungen aufgreifen, umgesetzt werden. Sie gehen allerdings weder von der Höhe weit genug noch sind sie vom Zeitpunkt her rechtzeitig vorgehen.

Zugleich ist zu kritisieren, dass mehrere wichtige Verabredungen des Koalitionsvertrags nicht umgesetzt werden. Dazu gehören insbesondere die Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege, die Einbeziehung neuer Wohnformen in die Pflegeversicherung, die Übernahme der medizinischen Behandlungspflege durch die Krankenversicherung und die Herausnahme der Ausbildungskostenumlage aus den Eigenanteilen. Wir sprechen uns dafür aus, auch diese

Punkte zügig umzusetzen und in den parlamentarischen Beratungen mit aufzunehmen (s.u. II.3. Noch aufzugreifende Änderungsbedarfe).

Zu hinterfragen ist die Darstellung der finanziellen Auswirkungen des Entwurfs für die Träger der Sozialhilfe. Die Begründung suggeriert, sie würden durch die Anhebung der Leistungszuschläge gemäß § 43c SGB XI um 200 Mio. € entlastet. Wenn überhaupt, dann wird lediglich die ungebrochene Steigerung der Ausgaben in der Hilfe zur Pflege gemindert. Tatsächlich aber enthält der Entwurf Änderungen, z. B. die Vorgabe weiterer Ausbaustufen zur Beschleunigung der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens, die zu weiteren Belastungen der Pflegebedürftigen und damit auch der Sozialhilfe führen.

II. Im Einzelnen

1. Zu Artikel 2, Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

- Zu § 30 SGB XI-E, Dynamisierung

Die automatische und regehaftere Dynamisierung der Leistungen in der stationären und ambulanten Pflege ist eine langjährige kommunale Forderung. Insofern ist die vorgesehene Dynamisierung richtig und zu befürworten. Sie kommt allerdings mit den vorgesehenen Zeitpunkten 1.1.2025 und 1.1.2028 viel zu spät und bleibt sogar hinter den Verabredungen im Koalitionsvertrag zurück, der eine Dynamisierung ab dem Jahr 2022 vorsieht.

Zugleich ist der Abstand zwischen den beiden Dynamisierungen zu groß. Die Dynamisierung sollte jährlich erfolgen. Nur dann kann sie der Preisentwicklung einigermaßen Rechnung tragen.

- Zu § 82c SGB XI-E, Einschränkung der Leiharbeit

Die Regulierung der Leiharbeit ist zu begrüßen. Die Regelungen gehen aber noch nicht weit genug. Es bedarf weiterer Konkretisierungen, um den Einsatz von Leiharbeitnehmern in Pflegeeinrichtungen zurückzuführen und die Stammangestellten zu stärken. Denn bei Vorliegen eines sachlichen Grundes soll nach dem Entwurf die höhere Entlohnung von Leiharbeitnehmern weiterhin zulässig sein. Insofern ist zu befürchten, dass als sachlicher Grund die allgemeine Personalknappheit herangezogen werden kann. Damit wäre gegenüber der heutigen Rechts- und Sachlage nichts gewonnen. Es muss daher auf den konkreten Personalengpass in der spezifischen Einrichtung abgestellt werden.

- Zu § 113b SGB XI-E, Sitzungen des Qualitätsausschusses Pflege

Die vorgesehene Live-Übertragung von Sitzungen des Qualitätsausschusses Pflege im Internet und insbesondere die Bereithaltung zum späteren Abruf in einer Mediathek lehnen wir ab. Eine auf Knopfdruck weltweite Verfügbarkeit würde die Konsensfindung bei schwierigen Prozessen unmöglich machen und obendrein unverhältnismäßig stark in die Persönlichkeitsrechte der Mitglieder des Qualitätsausschusses eingreifen. Sie sind keine Politiker, die an Auftritte in der Öffentlichkeit gewohnt sind, sondern sind als Vertreter eines Verbandes tätig. Es besteht die Gefahr, dass im Internet Einfluss genommen und Druck ausgeübt wird. Dies muss ausgeschlossen bleiben. Wir halten es für ausreichend, die Protokolle der Sitzungen des Qualitätsausschusses zu veröffentlichen.

- Zu § 113c SGB XI-E, Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Eine adäquate Personalausstattung in den Pflegeheimen ist zweifellos wünschenswert. Ob aber eine Beschleunigung des Personalaufbaus in der aktuellen Arbeitsmarktsituation der

richtige Weg ist, ist fraglich. Schon jetzt ist es vielen Leistungserbringern, auch in kommunaler Trägerschaft, nur eingeschränkt möglich, die Vorgaben hinsichtlich Personalausstattung und Personalzusammensetzung zu erfüllen. Wegen des bestehenden Personalmangels kommt es zu immer mehr Beschränkungen beim Angebot. Der Fachkräftemangel und seine Folgen werden nicht kurzfristig zu beheben sein, auch mit Blick auf die Beschränkungen in der Nachwuchsgewinnung. Es ist nicht ersichtlich, woher das zusätzliche Personal an Pflege-, Assistenz- und Hilfskräften kommen soll.

Deswegen wäre bereits viel damit gewonnen, den Status quo auf sichere und finanzierbare Füße zu stellen, bevor eine weitere Umstrukturierung und ein Aufbau an Personal gelingen können. Eine weitere Beschleunigung der Umsetzung bedeutet auch einen rascheren Kostenanstieg, der sich direkt auf die pflegebedürftigen Betroffenen und auf die Sozialhilfe auswirkt.

2. Zu Artikel 2, Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

- Zu §§ 36, 37 SGB XI-E, Pflegesachleistung bei häuslicher Pflege und Pflegegeld

Die vorgesehene Erhöhung der Leistungen bei häuslicher Pflege – Pflegesachleistung sowie Pflegegeld – um 5 % ab 1.1.2024 ist richtig, aber deutlich zu gering bemessen. Die Anhebung sollte zumindest die Inflationsrate abdecken, die nach den Zahlen des Bundesamtes für Statistik im Februar 2023 bei 8,7 % im Vergleich zum Vorjahresmonat lag. Da die häusliche Pflege, vor allem wenn sie durch Angehörige erfolgt, gestärkt werden muss, wären darüber hinausgehende Erhöhungen erforderlich.

- Zu § 43c SGB XI-E, Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen

Dass die gestaffelten Leistungszuschläge in der stationären Pflege im ersten Jahr um 10 Prozentpunkte und in den folgenden Jahren um jeweils 5 Prozentpunkte erhöht werden sollen, ist zu begrüßen, allerdings wiederum viel zu wenig. Die Eigenanteile in stationären Einrichtungen sind überproportional angestiegen, nach den Zahlen des vdek 2022 durchschnittlich um 13 %. Die Anhebung der Leistungszuschläge fängt also nicht einmal diese Kostensteigerungen auf und nimmt damit zusätzliche Belastungen der Pflegebedürftigen in Kauf.

Zugleich werden die pflegebedingten Aufwendungen weiter steigen. Bereits der Gesetzentwurf des PUEG enthält wie dargestellt neue Belastungen für die Pflegebedürftigen, z. B. durch den beschleunigten Ausbau des Personalanhaltswerte. Diese Belastungen werden bislang in keiner Weise kompensiert, sie gehen zu Lasten der Pflegebedürftigen und der kommunalen Sozialhilfe. Auch ist die Anhebung der Leistungszuschläge erst ab 1.1.2024 vorgesehen. Dies ist zu spät.

Wir sprechen uns daher für eine deutlich stärkere und frühere Erhöhung der Leistungszuschläge aus.

3. Noch aufzugreifende Änderungsbedarfe

Anstelle der kommunalnachteilig ausgestalteten Regelungen in §§ 123, 124 SGB XI, Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, war im Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums ein Förderbudget für „Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier“ enthalten. Diese Modellvorhaben haben keinen Eingang in den Fraktionsentwurf gefunden. Sollten die Regelungen im Laufe der Beratungen wieder aufgenommen werden, bitten wir um eine praxisgerechte und kommunalfreundliche Ausgestaltung. Dies bedeutet, dass es keine Vorgaben des GKV-Spitzenverbandes geben kann. Die Ausgestaltung kann ausschließlich vor Ort erfolgen. Zugleich sollte von einer kommunalen Kofinanzierung abgesehen werden.

In diesem Zusammenhang erinnern wir an die langjährige kommunale Forderung, eine stärkere Verantwortung für die Kommunen in der Pflege gesetzgeberisch zu ermöglichen. Insoweit sollte die Verabredung im Koalitionsvertrag, dass im Rahmen der Versorgungsverträge der Pflegekassen verbindliche kommunale Mitgestaltungsmöglichkeiten eingeräumt werden, endlich umgesetzt werden. Sie greift das kommunale Petition auf, die Kreispflegeplanung wirkungsvoller zu machen. Nur so kann eine sozialräumlich orientierte Pflegeinfrastruktur erreicht werden, die auf dem Land anders aussehen muss als in der Stadt. Eine solche Verabredung enthielt bereits der Koalitionsvertrag von CDU und SPD für die 19. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages und ist seinerzeit mangels Interesse des Bundesgesundheitsministeriums nicht umgesetzt worden. Es ist augenfällig, dass die Verabredung auch vorliegend fehlt. Gleiches gilt für die Berücksichtigung neuer Wohnformen.

Der gemeinsame Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege, der im Referentenentwurf des BMG enthalten war, hat trotz einer entsprechenden Verabredung im Koalitionsvertrag gleichfalls keinen Eingang in den Fraktionsentwurf erhalten. Wir bitten darum, den Jahresbetrag wieder aufzunehmen. Dadurch könnten die Leistungen leichter abgerufen und besser eingesetzt werden. Das wäre eine Erleichterung im häuslichen Pflegealltag.

Der Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € gemäß § 45b SGB XI ist seit Jahren nicht erhöht worden. Er sollte in die Anhebung und Dynamisierung einbezogen werden.

Die Verabredung im Koalitionsvertrag der Regierungskoalition, die Ausbildungskostenumlage aus den Eigenanteilen an den pflegebedingten Aufwendungen herauszunehmen und über die Steuer zu finanzieren, ist richtig und muss umgesetzt werden. Eine Finanzierung über die Hilfe zur Pflege ist dabei auszuschließen.

Auch dass die medizinische Behandlungspflege in Einrichtungen von der Krankenversicherung übernommen wird und nicht mehr systemfremd auf die Pflegebedürftigen und die kommunale Hilfe zur Pflege abgewälzt wird, greift eine kommunale Forderung auf. Diese Verabredung aus dem Koalitionsvertrag muss gleichfalls dringend umgesetzt werden.

Solange die Pflegeversicherung nicht alle pflegebedingten Kosten abdeckt, bedarf es ergänzend einer obligatorischen privaten Vorsorge.

Des Weiteren werden nach wie vor pflegebedürftige Menschen diskriminiert, wenn sie in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, indem §§ 13 Abs. 3, 43a SGB XI ihnen lediglich einen beschränkten Pauschalbetrag zugestehen, maximal 266 €. Diese Beschränkung muss endlich aufgehoben werden. Versicherte Pflegebedürftige mit Behinderungen müssen unabhängig von ihrem Wohnort dieselben vollständigen Leistungen erhalten wie versicherte Pflegebedürftige ohne Behinderungen.

Schließlich verweisen wir auf folgende kleinere Änderungsbedarfe: Mit dem Pflegebonusgesetz ist in § 72 Abs. 3d SGB XI der vormalige Satz 2 („Änderungen der Angaben gemäß Satz 1 nach Abschluss des Versorgungsvertrags sind unverzüglich mitzuteilen“) entfallen. Er sollte wieder aufgenommen werden, damit die Pflegeeinrichtungen die entsprechenden Informationen liefern. Daneben sollte bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 SGB XI eine Information der zuständigen Sozialhilfeträger über das Prüfergebnis vorgesehen werden, wie es bei Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI der Fall ist, damit die Sozialhilfeträger bei ihren Prüfungen nach § 76a Abs. 2 SGB XII Kenntnis davon haben.

Zu b)**Antrag der Bundestagsfraktion der AfD „Pflegeversicherung – Bürokratie abbauen, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen entlasten“, BTR-Drs. 20/4669**

Der Antrag sieht vor, coronabedingte Regelungen zur Pflegeberatung und zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu entfristen sowie Fristen der Pflegeberatung für reine Pflegegeldempfänger anzupassen.

Wir begrüßen prinzipiell Entbürokratisierungsbemühungen in der häuslichen Pflege. In Anbetracht der im PUEG-Entwurf vorgesehenen Überarbeitung des Verfahrens für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst sollten diese Möglichkeiten miterörtert werden.

Anstelle einer Fristverlängerung für die Pflegeberatung wäre eine Weiterentwicklung der Beratung zu überlegen. Sie sollte noch stärker in Richtung einer Unterstützung im Pflegealltag gehen, z. B. über in Betracht kommende Leistungen und Möglichkeiten beraten und Kontakt zu lokalen Reha- und Entlastungsangeboten herstellen, sowohl für die Pflegebedürftigen wie auch ihre pflegenden Angehörigen.

Zu c)**Antrag der Bundestagsfraktion Die LINKE. „Gute Pflege stabil finanzieren“, BT-Drs. 20/6546**

Der Antrag sieht verschiedene Mechanismen zur Erweiterung der Einnahmenseite der Pflegeversicherung vor, um die im PUEG-Entwurf vorgesehenen Leistungserhöhungen und -dynamisierung weiter anzuheben.

Unsere Priorität ist die finanzielle Entlastung der Pflegebedürftigen. Wir unterstützen daher die Forderung, dass die Pflegeversicherung pflegebedingte Aufwendungen vollständig abdecken sollte. Den Vorschlag eines Sockel-Spitze-Tausches begrüßen wir.

Ebenso halten wir, wie oben zum Fraktionsentwurf des PUEG dargestellt, eine automatische und jährliche Leistungsdynamisierung ab sofort für notwendig, um mit den Preisentwicklungen Schritt zu halten.

Auch die vorgesehene Erhöhung der Leistungen bei der häuslicher Pflege halten wir für deutlich zu gering bemessen, da sie nicht einmal die Inflationsrate abdeckt.

Mit freundlichen Grüßen



Stefan Hahn
Beigeordneter
Deutscher Städtetag



Dr. Irene Vorholz
Beigeordnete
Deutscher Landkreistag



Uwe Lübking
Beigeordneter
Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Stellungnahme der Diakonie Deutschland zum Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz – PUEG) BT-Drs. 20/6544 vom 25.04.2023

Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für Diakonie
und Entwicklung e. V.

Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
T +49 30 65211-1653
politische.kommunikation@diakonie.de
www.diakonie.de

Berlin, den 8.05.2023

Die Stellungnahme der Diakonie Deutschland erfolgt zu

I. dem Thema Leiharbeit und Personalpools oder vergleichbaren betrieblichen Ausfallkonzepten zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal (§§ 75, 82c, 89) (Artikel 1: Änderung des Elften Buches Gesetzbuch).

II. zu weiteren Handlungsbedarfen, die nicht mit dem PUEG aufgerufen werden:

- Anpassung der Leistungen für Menschen mit Behinderung in § 43a SGB XI
- Verbesserung der Situation von Live-in-Kräften

Zu alle anderen Themen des PUEG nimmt die Diakonie Deutschland im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) Stellung. Die Stellungnahme der BAGFW zum Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz – PUEG) BT-Drs. 20/6544 vom 25.04.2023 ist in diese Datei ab den Seiten 10 integriert.

I. Artikel 1: Änderung des Elften Buches Gesetzbuch

Leiharbeit und Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal (§§ 75, 82c, 89)

Die Zunahme der Leiharbeit in der Alten- und Langzeitpflege geht zu Lasten Pflegebedürftiger, der Pflegekräfte und der Pflegeeinrichtungen. Sie konterkariert die bisherigen Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in der Pflege und belastet das ohnehin bedrängte System weiter: Für die Stammbeschaft bedeutet die Zunahme von Leiharbeit die Übernahme zusätzlicher Aufgaben, die benötigte Einarbeitung von Leiharbeitspersonal und die Übernahme von Wochenend- und Nachtdiensten. Dies bringt Betriebsfrieden und -abläufe dauerhaft in Gefahr. Pflegebedürftige sehen sich durch den Anstieg von Leiharbeiter:innen in Pflegeeinrichtungen mit häufig wechselnden Ansprechpartner:innen konfrontiert. Dies widerspricht einem professionellen Verständnis von Pflege und kann die Qualität der Pflegeleistungen verringern.

In der Corona Pandemie hat sich die ohnehin schwierige Personalsituation für Pflegeeinrichtungen nochmals verschärft. Die Abhängigkeit der Träger von Leiharbeit, um die erheblichen personellen Lücken zu schließen und die Versorgung aufrecht zu erhalten, war nie größer. Gleichzeitig sind die Kosten für Leiharbeit immer weiter gestiegen und die Attraktivität der Leiharbeit nimmt, bei gleichzeitigem Verlust des Stammpersonals in den Einrichtungen, zu.

Der Corona-Pflege-Rettungsschirm für Pflegeeinrichtungen hatte zwischenzeitig die finanziellen Mehraufwendungen aufgefangen. Dieser wurde im Sommer 2022 weitestgehend eingestellt und seitdem fällt die Refinanzierung wieder überwiegend zurück auf die Einrichtungen. Die Berücksichtigung von Leasingkosten oder der vollständigen Kosten in Pflegesatzvereinbarungen war bereits vor der Pandemie sehr schwierig bis unmöglich, daran hat sich nichts geändert. Derzeit auf Leiharbeit zu verzichten, heißt Plätze für Pflegebedürftige stillzulegen oder Pflegeaufträge abzulehnen. Dies gefährdet zusätzlich die Versorgungssicherheit.

Es besteht erheblicher Handlungsbedarf, wobei die angrenzenden Bereiche wie der Krankenhaussektor, die Eingliederungshilfe, die Rehabilitation usw. mitgedacht und mit gleichen Regelungen versehen werden müssen, da ansonsten entsprechende Maßnahmen in der Langzeitpflege kaum ihre Wirkung entfalten können. Analog zum Vorschlag der DKG werden die Stundenverrechnungssätze im Arbeitnehmerüberlassungsgesetz und/oder im SGB XI für die Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter auf das 1,5fache des durchschnittlichen einschlägigen Bruttoarbeitslohns inklusive Arbeitgebernebenkosten begrenzt. Es müssen die gleichen Regelungen für den Krankenhausbereich und die Langzeitpflege gelten, um der Abwanderung aus der Langzeitpflege in den Krankenhausbereich zu begegnen. Darüber hinaus sind unserer Auffassung nach die Vermittlungsgebühren auf 15 Prozent des Jahresbruttogehalts des Leiharbeiterin bzw. des Leiharbeiters zu begrenzen.

Vor diesem Hintergrund begrüßt die Diakonie Deutschland, dass mit diesem Gesetzentwurf das Thema Begrenzung der Leiharbeit aufgegriffen wird. Die Diakonie Deutschland unterstützt die Zielsetzung der Begrenzung der Leiharbeit und der Vermeidung von wirtschaftlichen Anreizen für das Verleihen von Pflege- und Betreuungspersonal auf Kosten der Solidargemeinschaft bzw. der pflegebedürftigen Menschen, hält aber die hier vorgeschlagenen gesetzlichen Maßnahmen in § 82c SGB XI für korrektur- und ergänzungsbedürftig. Unserer Auffassung nach sind isolierte Maßnahmen im SGB XI nur bedingt zielführend, solange nicht entsprechende gesetzliche Maßnahmen im Arbeitnehmerüberlassungsgesetz und für alle Branchen, die Pflegefachkräfte, Pflegeassistenz und Betreuungskräfte einsetzen, einheitlich getroffen werden.

Als weitere Maßnahme sieht der Gesetzentwurf die Verankerung von Personalpools und vergleichbaren betrieblichen Ausfallkonzepten zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal in § 75 Absatz 3 und 113c vor. Die Implementierung von Personalpools und der Einsatz von Springerkonzepten als strategische Personalmanagementstrategie stellen eine langjährige Forderung der Diakonie Deutschland dar. Wir begrüßen somit die mit dem Gesetzentwurf vorgenommenen Änderungen in § 75 SGB XI und 113c SGB XI. Personalpools und zusätzliche Personalstellen im Rahmen betrieblicher Ausfallkonzepte sind grundsätzlich Sachgründe, die eine über die tarifliche Bezahlung hinaus höhere Bezahlung rechtfertigen. Diese sind als sachliche Gründe in § 82c Absatz 3 SGB XI aufzunehmen. Personalpools müssen auch trägerübergreifend

möglich sein. Dies ist entsprechend in das Gesetz aufzunehmen. Außerdem halten wir es für erforderlich, die Personalpools und die zusätzlichen Personalstellen im Rahmen betrieblicher Ausfallkonzepte auch in § 89 SGB XI zu verankern, damit sie auch in der ambulanten Pflege zur Anwendung kommen können.

Darüber hinaus sind unserer Auffassung nach perspektivisch weitere Maßnahmen zur Beschränkung der Leiharbeit gesetzlich zu regeln, wie

- eine gesetzliche Vorgabe im SGB XI zur Beschränkung der Inanspruchnahme von Leiharbeit, z.B. als Ausschlusskriterium für die Zulassung der Pflegeeinrichtung bzw. für den Abschluss eines Versorgungsvertrages gemäß § 72 SGB XI,
- Karenzzeit für das Tätigwerden von Leiharbeitnehmenden in derselben Einrichtung nach Abwerbung im Umfang von 6 Monaten,
- eine Beteiligung der Zeitarbeitsfirmen an den Ausbildungskosten durch Einzahlung in den Ausbildungsfonds,
- gesetzliche Änderungen/Verbot von Knebelverträgen für überlassene Leiharbeitnehmer*innen, die aus den Leiharbeitsfirmen in die Pflegeeinrichtung wechseln wollen,
- verpflichtende Ausfallzahlung der Leiharbeitsfirma an den Entleihenden bei Nichteinhaltung des vertraglich festgelegten Leihumfangs nach Qualifikation, Umfang und Einsatzzeiten der Leiharbeitnehmenden.

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, gesetzliche Änderungsmöglichkeiten im Arbeitnehmerüberlassungsgesetz (AÜG) zu prüfen, die dazu beitragen, das System Leiharbeit in der Pflege wieder auf seine Kernaufgaben zurückzuführen und das entstandene Ungleichgewicht wieder ins Lot zu bringen. Das sog. Gleichstellungsgebot des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes (AÜG) schützt Leiharbeitnehmer:innen und sichert ihnen gleichwertige Arbeitsbedingungen im Entleiherbetrieb (Pflegeeinrichtung) (Schlechterstellungsverbot zugunsten der Leiharbeitnehmer:innen) zu. Zur Entschärfung der Situation sprechen wir uns dafür aus, die Möglichkeit der wesentlichen Besserstellung der Leiharbeit in der Pflege zu untersagen.

Zu § 82c SGB XI Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen

Zu § 82c Absatz 2b Begrenzung der Refinanzierung des Leiharbeitnehmendenentgelts und der Vermittlungsgebühr

Die geplante Regelung des Absatzes 2b überträgt die bereits für die Vergütung bzw. Entlohnung von Beschäftigten von Pflegeeinrichtungen geltenden Wirtschaftlichkeitsgrundsätze auf die Wirtschaftlichkeit von Überlassungsentgelten für Personal, das im Rahmen von Arbeitnehmerüberlassungen oder Werk- bzw. Dienstleistungsvertragsverhältnissen in einer Pflegeeinrichtung tätig wird. Dies trägt dazu bei, dass Leiharbeit und vergleichbare Maßnahmen nur zusätzliche Instrumente bleiben, um bei kurzfristigen Personalausfällen und nicht besetzbaren Stellen die vertraglich vereinbarte Personalausstattung vorübergehend sicherzustellen. Insbesondere soll vermieden werden, dass wirtschaftliche Anreize für das Verleihen von Pflege- und Betreuungspersonal auf Kosten der Solidargemeinschaft bzw. der Pflegebedürftigen und ihrer Familien gehen. Darüber hinaus soll ein wirtschaftlicher Anreiz gesetzt werden, Stammpersonal im Betrieb zu halten und ungleiche Arbeits- und Entlohnungsbedingungen zu Lasten des Stammpersonals zu beschränken. Die Anerkennung von Entgelten für die Vermittlung von Leiharbeitnehmenden (z. B. bei Übernahme in die

Stammebelegschaft des Entleihers) als wirtschaftlich wird ausgeschlossen. Die Regelung steht in einem engen Zusammenhang mit dem Auftrag an die Pflegeeselsbverwaltung zur Konkretisierung der Landesrahmenverträge nach § 75 Absatz 3 insbesondere zur Umsetzung von Personalpools sowie für den vollstationären Bereich hinsichtlich der Vereinbarung von Personalstellen nach § 113c Absatz 2 zur Umsetzung dieser Konzepte.

Die Diakonie Deutschland unterstützt die Zielsetzung der Begrenzung der Leiharbeit und der Vermeidung von wirtschaftlichen Anreizen für das Verleihen von Pflege- und Betreuungspersonal auf Kosten der Solidargemeinschaft bzw. der pflegebedürftigen Menschen. Wir halten die hier im neuen § 82c Absatz 2b vorgeschlagene Begrenzung jedoch für nicht umsetzbar, solange nicht entsprechende gesetzliche Maßnahmen im Arbeitnehmerüberlassungsgesetz sowie die entsprechenden Maßnahmen für die Begrenzung der Leiharbeit für alle Branchen, die Pflegefachkräfte, Pflegeassistenten und Betreuungskräfte einsetzen, einheitlich getroffen werden. Außerdem denken wir, dass die mit diesem Gesetzentwurf vorgeschlagenen Maßnahmen für Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonals einige Zeit für die Umsetzung benötigen werden, die geplanten Änderungen in § 82c SGB XI sollen jedoch schon zum 01.07.2023 in Kraft treten. Analog zum Vorschlag der DKG werden die Stundenverrechnungssätze im Arbeitnehmerüberlassungsgesetz und/oder im SGB XI für die Leiharbeiter:innen und Leiharbeiter auf das 1,5fache des durchschnittlichen einschlägigen Bruttoarbeitslohns inklusive Arbeitgebernebenkosten begrenzt. Es müssen die gleichen Regelungen für den Krankenhausbereich und die Langzeitpflege gelten, um der Abwanderung aus der Langzeitpflege in den Krankenhausbereich zu begegnen. Darüber hinaus sind unserer Auffassung nach die Vermittlungsgebühren auf 15 Prozent des Jahresbruttogehalts des Leiharbeiterin bzw. des Leiharbeiters zu begrenzen.

Änderungsbedarf:

§ 82c Absatz 2b wird durch folgende Formulierung ersetzt:

„Für die Entgelte für Personal, das Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen ohne direktes Arbeitsverhältnis mit der zugelassenen Pflegeeinrichtung erbringen, insbesondere für Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes sowie für Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer, die im Rahmen eines Werk- oder Dienstleistungsvertrags eingesetzt werden, gelten die Regelungen nach Absatz 1 und 2 für Beschäftigte, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen mit direktem Arbeitsverhältnis mit der zugelassenen Einrichtungen erbringen ~~entsprechend~~, **mit der Maßgabe, dass die Stundenverrechnungssätze nicht mehr als das 1,5fache der in Absatz 1 genannten Gehälter und des in Absatz 2 genannten Entlohnungsniveaus beträgt.** Die Zahlung von Vermittlungsentgelten, **die 15 Prozent des Jahresbruttogehalts des Leiharbeiters oder der Leiharbeiterin nicht übersteigen,** kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.“

Zu § 82b Absatz 3: Personalpool oder betriebliches Ausfallkonzept als sachlicher Grund für höhere Bezahlung

§ 82b Absatz 3 lautet gegenwärtig: „Für eine über die Höhe der Bezahlung von Gehältern nach Absatz 1 hinausgehende Bezahlung der Beschäftigten durch die in Absatz 1 genannten Pflegeeinrichtungen bedarf es eines sachlichen Grundes. Soweit im Fall von Absatz 2 Satz 1 das regional übliche Entlohnungsniveau um mehr als 10 Prozent überstiegen wird, bedarf es eines sachlichen Grundes. Mit dem vorgelegten Gesetzentwurf werden zwar die folgenden Sätze 3 und 4 angefügt. „Für eine über die Höhe der Bezahlung von Gehältern nach Absatz 2a hinausgehende Bezahlung der Beschäftigten durch die in Absatz 2 genannten Pflegeeinrichtungen bedarf es eines sachlichen Grundes. Entsprechendes gilt für die Zahlung von Entgelten für Personal im Sinne von Absatz 2b Satz 1.“ **Die mit diesem Gesetz vorgesehenen Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal müssen nach Auffassung der Diakonie Deutschland auch als sachlicher Grund gelten und sind entsprechend zu ergänzen.**

Änderungsbedarf:

§ 82b Absatz 3 ist um den folgenden Satz zu ergänzen:

„Als sachlicher Grund gilt insbesondere die Bildung eines Personalpools, auch trägerübergreifend, sowie zusätzliche Pflegepersonalstellen im Rahmen vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal.“

Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal auch trägerübergreifend

Zu § 75 Absatz 3

§ 75 Absatz 3 wird um den Satz: „Dies umfasst auch Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal“ ergänzt. Damit wird an die Pflegeselbstverwaltung der Auftrag zur Ergänzung der Landesrahmenverträge erteilt, Personal- bzw. „Springerpools“ sowie vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte zu etablieren. Für vollstationäre Pflegeeinrichtungen wird die Möglichkeit zur Vereinbarung von Personal für Personal- bzw. Springerpools ergänzend in § 113c Absatz 2 Nummer 3a) konkretisiert. Die Ergänzung in § 75 und § 113c entspricht einer langjährigen Forderung der Diakonie. Ein Modellprojekt der Diakonie Bayern mit wissenschaftlicher Begleitung zeigte, dass Springerkonzepte ein wichtiger Baustein sein können, um die Arbeitsbedingungen in der Pflege nachhaltig zu verbessern und der Leiharbeit zu begegnen (<https://www.diakonie-bayern.de/ueber-die-diakonie/projektarbeit-in-der-geschaeftsstelle/zentrum-fuer-innovation-in-der-altenhilfe>). Nach Auffassung der Diakonie Deutschland müssen die Personalpools aber auch trägerübergreifend möglich sein. Dies bedeutet es muss auch möglich sein, dass Personalpools auch gemeinsam von mehreren diakonischen Einrichtungsträgern in der Pflege oder z. B. auch gemeinsam von der Caritas und der Diakonie in einer Region implementiert werden können. In diesem Sinne ist § 75 Absatz 3 zu ergänzen.

Änderungsbedarf:

Der in § 75 Absatz 3 neu angefügte Satz ist wie folgt zu fassen:

„Dies umfasst auch Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal, **auch trägerübergreifend.**“

Ergänzung in § 89 Absatz 3 Satz 3

In der Begründung zu § 75 Absatz 3 wird ausgeführt, dass mit dem Auftrag an Pflegeselbstverwaltung zur Ergänzung der Landesrahmenverträge auch für ambulante und teilstationäre Pflegeeinrichtungen die Rahmenbedingungen für Personal- bzw. „Springerpools“ sowie vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte geschaffen würden. Nach Auffassung der Diakonie Deutschland ist dies nicht ausreichend und es ist eine zu § 113c Absatz 2 Nummer 3a) analoge inhaltliche Regelung auch in § 89 Absatz 3 aufzunehmen.

Änderungsbedarf:

§ 89 Absatz 3 Satz 3 bis 5 sind wie folgt zu fassen.

Bei der Vereinbarung der Vergütung sind die Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen, die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 des Fünften Buches vorzusehen sind **und die Kosten für die Bildung von Personalpools (auch trägerübergreifend) sowie für zusätzliche Personalstellen im Rahmen vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte** zu berücksichtigen. **Die** in den Rahmenempfehlungen geregelten Verfahren zum Vorweis der voraussichtlichen Personalkosten im Sinne von § 85 Absatz 3 Satz 5 können berücksichtigt werden. § 84 Absatz 4 Satz 2 und Absatz 7, § 85 Absatz 3 bis 7 und § 86 gelten entsprechend.

II. Weitere Handlungsbedarfe

Über die mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz – PUEG) BT-Drs. 20/6544 vom 25.04.2023 sieht die Diakonie Deutschland weiteren Handlungsbedarf:

B1) Anpassung der Leistungen für Menschen mit Behinderung in § 43a SGB XI

Menschen mit Behinderungen, die in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe nach SGB IX leben, erhalten bei anerkannter Pflegebedürftigkeit nach § 43a SGB XI einen pauschalierten Betrag in Höhe von 266 Euro bei Vorliegen eines Pflegegrades 2 bis 5.

Seit Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 1990er Jahre, ist die Regelung in ihrem Grundkonstrukt unverändert geblieben: es handelt sich um einen pauschalierten Betrag ohne Bezugsgröße zum tatsächlichen pflegerischen Bedarf von Menschen mit Behinderungen in besonderen Wohnformen der EGH.

Im Rahmen der Pflegeversicherungsreformen PSG II und PG III der zurückliegenden Legislaturperioden erfolgten keine Änderungen zu § 43a SGB XI. Der vorliegende aktuelle Gesetzentwurf zum PUEG vom April 2023 greift die Ankündigungen des Koalitionsvertrages, pflegerische Bedarfe von Menschen mit Behinderungen in den Blick zu nehmen, ebenfalls nicht auf.

Nach Ansicht der Diakonie Deutschland besteht Handlungsbedarf den § 43a SGB XI so anzupassen, dass künftig Art und Höhe des Anspruches auf Pflegeleistungen unabhängig von der gewählten Wohnform einzelfallbezogen entsprechend des individuellen Bedarfes gewährt werden. Der Pauschalbetrag in Höhe von max. 266 Euro mtl. für Menschen mit Behinderungen in besonderen Wohnformen muss durch entsprechende Beträge ersetzt werden, die nach den individuellen Pflegegraden gestaffelt sind. Das Referenzsystem für die Staffelungshöhen sollte sich an die Leistungsbeträge nach § 36 SGB XI anlehnen. Ein solcher Lösungsansatz würde sicherstellen, dass Menschen mit Behinderungen zusätzlich ungekürzt Pflegegeld bspw. bei Aufhalten bei ihren Angehörigen außerhalb der Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe erhielten. Zudem würde dieser Ansatz keine Änderungen im Leistungserbringungsrecht nach sich ziehen, so dass Träger von Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe/ Besonderen Wohnformen keine Versorgungsverträge nach SGB XI abschließen müssten.

B2) Verbesserung der Situation von Live-in-Kräften

Die Diakonie Deutschland sieht dringenden Handlungsbedarf im Hinblick auf die Live-In-Kräfte und bedauerte es sehr, dass die im Koalitionsvertrag benannte Maßnahme: „Wir gestalten eine rechtssichere Grundlage für die 24-Stunden-Betreuung im familiären Bereich.“ nicht mit dem PUEG aufgegriffen wurde, da wir hier sehr deutlichen politischen Handlungsbedarf sehen.

Live-in-Kräfte sind im Lauf der vergangenen 20 Jahre zu einer relevanten Größe in der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen geworden. Eine 24-Stunden-Betreuung inklusive Pflegetätigkeiten wird insbesondere dann in Anspruch genommen, wenn Wohnorte und die eigene Lebensführung von Angehörigen die Übernahme dieser Aufgabe nicht zulassen.

Armut und fehlende Arbeits- und Einkommensperspektiven für Frauen in den Nachbarländern führen dazu, dass in Deutschland Betreuungs- und Pflegebedarfe in privaten Haushalten durch legale, aber auch irreguläre Migration in erheblichem Umfang gedeckt und Lücken der Pflegesysteme kompensiert werden.

Die Betreuung und die pflegerische Versorgung alleinlebender bzw. räumlich getrennt von ihren nächsten Angehörigen lebender Menschen werden zunehmend zu einer Herausforderung. Diese Aufgaben können allerdings nicht durch eine Hausangestellte/eine Live-in-Kraft erfolgen, die die frühere familiäre Sorge rund um die Uhr ersetzt.

Eine rechtskonforme, den arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen Regelungen entsprechende 24-stündige Betreuung in der eigenen Wohnung ist nur durch mehrere Kräfte oder in einem Pflegemix mit professionellen Pflegediensten/Einrichtungen sowie pflegenden Angehörigen möglich und damit sehr viel teurer als Angebote, die heute auf dem Markt zur Verfügung stehen.

Die Diakonie Deutschland empfiehlt verschiedene Maßnahmen, um die Situation der Betreuungs- und Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen zu verbessern und gerechte Arbeitsbedingungen für Live-ins zu gewährleisten.

1. Informationskampagne und Beratung für Bürgerinnen und Bürger

Informationen über Live-in Care werden in erster Linie von privaten Vermittlungsagenturen, die den Kontakt zwischen ausländischen Entsendebetrieben und Kunden führen vermittelt. Es entsteht der Eindruck, eine 24-Stunden-Pflege und -Betreuung durch nur eine einzige Person sei eine ganz normale Dienstleistung, die auch unter Beachtung aller gesetzlichen Vorschriften für einen Preis von weniger als 3.000 € im Monat möglich sei. In dieser Situation ist eine Informationskampagne erforderlich, die insbesondere die rechtlichen Rahmenbedingungen zutreffend und verständlich darstellt. Dabei sind die Bürgerinnen und Bürger auch auf die erheblichen haftungs- und strafrechtlichen Risiken hinzuweisen.

Da Live-in-Care häufig ohne genauere Kenntnisse über das Versorgungssystem, die unterschiedlichen Dienstleistungsangebote sowie über Leistungsansprüche der verschiedenen Sozialgesetzbücher angewiesen wird, müssen die verfügbaren Informationen in die Informationskampagne integriert werden.

Hierzu sind neben der Informationskampagne auch die Beratungsstrukturen für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen auszubauen. Familien, die mit der Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen konfrontiert sind, haben einen spezifischen Beratungsbedarf, wenn sie in Erwägung ziehen, sich für die Versorgung durch eine Live-in zu entscheiden. Bislang sind sie auf die Beratung durch die Vermittlungsagenturen angewiesen, die jedoch von deren Eigeninteresse geprägt ist. Es kommt darauf an, eine unabhängige Beratungsstruktur zu schaffen.

2. Informationskampagne und Beratung für Live-ins

Viele Live-ins verfügen nicht über ausreichende Kenntnisse des in Deutschland geltenden Arbeits- und Sozialversicherungsrechts. Viele Verträge, die zwischen Live-ins und Entsendeunternehmen geschlossen werden, enthalten unwirksame Klauseln (z.B. ein Verbot, der pflegebedürftigen Person oder Angehörigen die Entlohnung zu nennen oder unwirksame Vertragsstrafen). Live-ins müssen darüber informiert werden, dass solche und andere Klauseln in Arbeitsverträgen unwirksam sind. Erforderlich sind auch aufenthaltsrechtliche Informationen für Live-Ins aus Nicht-EU-Staaten. Weiterhin müssen Live-ins über Beratungs- und Unterstützungsangebote für Menschen, die von Arbeitsausbeutung betroffen sind, informiert werden - in verbreiteten Muttersprachen der Live-ins und über soziale Medien, weil diese von vielen Live-ins genutzt werden. Die bestehenden Beratungsangebote für Arbeits- und Pendelmigrant:innen reichen bei weitem nicht aus, um die Beratungs- und Informationsbedarfe von Live-ins zu decken. Für Live-ins empfiehlt sich eine eigenständige Online-Beratung, da sie wegen der oft umfassenden Präsenz im Haushalt der betreuungs- und pflegebedürftigen Person meist nicht die Möglichkeit haben, eine Beratungsstelle aufzusuchen.

3. Live-in-Care als Signal für die Notwendigkeit einer umfassenden Pflegereform

Die große Inanspruchnahme von Live-in-Care ist ein Zeichen dafür, dass die Leistungen der Pflegeversicherung und der kommunalen Altenhilfe den Bedarf vieler älterer pflegebedürftiger Menschen nicht entsprechen. Das Leitbild einer im Wesentlichen durch Familienangehörige getragenen Altenpflege entspricht der gesellschaftlichen Wirklichkeit nicht mehr. Aus der Sicht der Diakonie muss die Pflegeversicherung weiterentwickelt werden zu einer Pflegevollversicherung mit einer begrenzten finanziellen Eigenbeteiligung. Sie ist Grundlage für ein servicebasiertes Pflegesystem, das einer pflegebedürftigen Person in der häuslichen Pflege ein pflegegradbezogenes Kontingent an professionellen Pflegeleistungen/Fachleistungsstunden zur Verfügung stellt, um ihren Bedarf zu decken. Das servicebasierte Pflegesystem eröffnet die Möglichkeit, pflegende Angehörige und andere privat pflegende Personen durch sozialversicherungspflichtige Anstellungsverhältnisse abzusichern. Zu den anderen privat pflegenden Personen können auch Live-in-Kräfte zählen. Zu den Einzelheiten wird auf das Konzept der Diakonie Deutschland für eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung **aus dem Sommer 2019 verwiesen**.

4. Das Angebot FairCare als wegweisendes Modell

Mit dem Vermittlungsdienst FairCare startete der Verein für Internationale Jugendarbeit e.V. in Zusammenarbeit mit der Diakonie Württemberg 2014 eine Stelle, die sich für legale Arbeitsverhältnisse osteuropäischer Betreuungskräfte einsetzt. FairCare unterstützt Haushalte bei der legalen und fairen Beschäftigung einer ausländischen Haushalts- und Betreuungskraft im Arbeitgebermodell. Live-ins werden bei diesem Modell direkt im Privathaushalt angestellt. Das Modell beruht auf verbindlichen Kriterien zu den Aufgaben und Rahmenbedingungen für Betreuungskräfte, formuliert Anforderungen an die Unterbringung im Haushalt; die Betroffenen werden immer durch eine Koordinatorin begleitet. Das FairCare zeigt, dass eine direkte Anstellung im Privathaushalt möglich und praktikabel ist. Allerdings sollte der administrative Aufwand, der mit den Arbeitgeberpflichten verbunden ist, unbedingt –nach dem Vorbild der Minijob-Zentrale – gehandhabt werden.

BAGFW-Stellungnahme

zum

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

BT-Drs. 20/6544 vom 25.04.2023.

Einleitung und Zusammenfassung

Die in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zusammengeschlossenen Spitzenverbände bedanken sich für die Möglichkeit zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz – PUEG)“ Drs. 20/6544 Stellung zu nehmen und geben dazu eine gemeinsame Stellungnahme ab.

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege stellen in ihrer Bewertung des vorliegenden Gesetzentwurfs mit großer Besorgnis fest, dass erneut keine dringend notwendige Strukturreform der sozialen Pflegeversicherung, vor allem hinsichtlich der Finanzierung von Pflege, erfolgt. Um die soziale Pflegeversicherung langfristig auf eine tragfähige Basis zu stellen, ist eine ernsthafte Debatte über die zukünftige Finanzierung der Pflegeversicherung zwingend notwendig. Dabei ist aus unserer Sicht vor allem die Einnahmehasis der Pflegeversicherung stärker zu verbreitern. Das muss bei einer grundlegenden Reform unmittelbar mitgedacht und kommuniziert werden.

Der für die Pflegereform vorgesehene Finanzrahmen eines moderaten Anstiegs des allgemeinen Beitragssatzes um 0,35 Prozentsatzpunkte ist zu gering, um die im Koalitionsvertrag vorgesehenen Vorhaben umzusetzen. Der Gesetzentwurf muss sich daran und an den darin teilweise sehr weitreichenden, aber hier fehlenden Verbesserungen messen lassen. Zu nennen wären hier z. B. handfeste Strukturelemente zur Begrenzung der Eigenanteile, die Herausnahme der Ausbildungskosten aus den Eigenanteilen, aber auch Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen (Klärung des Verhältnisses Pflege und Eingliederungshilfe). Der Gesetzesentwurf bleibt hier schließlich hinter den selbst gesteckten Zielen der Bundesregierung deutlich zurück.



Um diese Herausforderungen meistern zu können, hätte es dringend Bundesmittel für die Pflegeversicherung gebraucht: Entgegen den Versprechungen des Koalitionsvertrags fehlen allein 5,5 Mrd. Euro, um die pandemiebedingten Kosten zu decken, die bis heute noch nicht vom Bund erstattet sind. Des Weiteren hat die Bundesregierung auch nicht die im Koalitionsvertrag vereinbarten Kosten für die Rentenbeiträge pflegender Angehöriger zur Verfügung gestellt. Diese würden die Pflegeversicherung um 3,6 Mrd. Euro entlasten.

Weitere dringend erforderliche Reformschritte in der Pflege zur Stärkung der häuslichen Pflege sind zudem nicht vorhanden. Die Entlastung der Pflegebedürftigen von den Eigenanteilen kommt mit den im Gesetzentwurf beabsichtigten Leistungsverbesserungen nicht entscheidend voran. Wir brauchen eine Finanzierung der Pflegeleistungen, mit der das Problem der Eigenanteilsbelastung gelöst wird und mit der die Pflegeversicherung wieder ihrer Funktion gerecht werden kann.

Es ist insgesamt von entscheidender Bedeutung, dass die soziale Pflegeversicherung entsprechend finanziell gesichert ist. Für 2022 beträgt das Defizit der sozialen Pflegeversicherung 2,25 Mrd. Euro, für 2023 wird ein Defizit in Höhe von 3 Mrd. Euro erwartet. Der Finanzierungsbedarf allein für die kurzfristige Stabilisierung der Finanzen im Jahr 2023 beträgt mindestens 4,5 Mrd. Euro, wenn die Ausgabendeckungsquote des Betriebsmittel- und Rücklagensolls wieder bei einem Wert von 1,5 liegen soll. Der Entwurf zeigt, dass sich die Bundesregierung dieser prekären Situation sehr bewusst ist, indem in § 55 SGB XI nun eine Ermächtigungsgrundlage zur Anpassung des Beitrags mit dem Ziel der mittelfristigen Sicherstellung der Zahlungsfähigkeit durch Rechtsverordnung vorgesehen werden muss. Die Zuführung der Beiträge zum Pflegevorsorgefonds wird nach der ersten Tranche, die mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfEG) für 2023 geregelt wurde, mit diesem Entwurf für 2024 auf einen Jahresbeitrag statt monatlichen Beiträgen umgestellt. Auch dies verdeutlicht die finanzielle Malaise der Pflegeversicherung und stellt keine Lösung, sondern nur eine Verschiebung des Problems dar.

Vor diesem Hintergrund bewerten die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege den Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege wie folgt:

1. Die dringend erforderlichen Leistungsverbesserungen in der häuslichen und stationären Pflege erfolgen mit dem 01.01.2024 zu spät und mit 5 Prozent zu gering, um wenigstens die Inflationsrate auszugleichen. Darüber hinaus werden nur das Pflegegeld, die Pflegesachleistungen und die prozentualen Zuschüsse zu den Eigenanteilen nach § 43c SGB XI zum 01.01.2024 angehoben und nicht alle Leistungen der Pflegeversicherung. Nicht hinnehmbar ist insbesondere, dass der Entlastungsbetrag für Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 nicht angehoben wird.
2. Kritisiert wird darüber hinaus, dass auch die vorgesehene Dynamisierung in den Jahren 2025 und 2028 nur anhand der Kerninflationsrate erfolgt, sodass die



Preissteigerungen für die gegenwärtigen Preistreiber Energiekosten und Lebensmittel unberücksichtigt bleiben. Das Problem einer andauernden Unterfinanzierung löst zudem eine Dynamisierung nicht.

3. Die BAGFW kritisierte, dass der mit dem Referentenentwurf noch vorgesehene Gemeinsame Jahresbetrag für die Kurzzeit- und Verhinderungspflege, einschließlich der Streichung der Wartefristen in der Verhinderungspflege wieder zurückgenommen wurde und der zu knapp bemessene Finanzrahmen der Pflegeversicherung notwendige Reformschritte hier und auch bei der Kurzzeitpflege verhindert. Positiv zu bewerten ist die Gewährung eines jährlichen Pflegeunterstützungsgelds im Umfang von 10 Arbeitstagen analog zum Kinderkrankengeld und auch die Leistung der Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Versorgungs- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson (§ 42a SGB XI neu und entsprechende Änderungen im SGB V). Auch ist der Gesetzgeber gefordert, wie im Koalitionsvertrag angekündigt, Rechtssicherheit für die so genannten „Live-ins“ zu schaffen.
4. Die Entlastung der Pflegebedürftigen von den Eigenanteilen kommt mit den im Gesetzentwurf beabsichtigten Leistungsverbesserungen nicht entscheidend voran. Wir brauchen eine Finanzierung der Pflegeleistungen, mit der das Problem der Eigenanteilsbelastung gelöst wird und mit der die Pflegeversicherung wieder ihrer Funktion gerecht werden kann. Dazu gehört auch, dass die Kosten für die medizinische Behandlungspflege aus dem SGB V refinanziert werden und die Pflegebedürftigen von der Ausbildungskostenumlage entlastet werden. Des Weiteren sollten nicht alle Bestandteile der Investitionskosten der Einrichtungen zu Lasten der Pflegebedürftigen gehen, weshalb eine verpflichtende Finanzierung über die Länder und in allen Ländern zu regeln ist.
5. Mit den ergänzenden Regelungen zur Personalbemessung nach § 113c SGB XI können zuvörderst die bisher fehlenden Pflegeassistenzkräfte mit dem Qualifikationsniveau 3 angemessen mit vorhandenen und geeigneten Mitarbeiter*innen in einem begrenzten Zeitraum substituiert werden. Dies entspricht unserer begründeten Forderung, für fehlende Assistenzkräfte des Qualifikationsniveaus 3 eine gesetzlich verankerte, verantwortungsvolle und fachlich abgesicherte Übergangslösung zu schaffen und wird daher ausdrücklich begrüßt. Die explizite Aufnahme zur Anerkennung von bestandenen „Externenprüfungen“ werten wir als Signal an die Bundesländer, dort die entsprechenden Verfahren schnell zu befördern. Im Gesetzesentwurf wird die weitere Umsetzung der Personalbemessung etwas mehr konkretisiert, es bleibt aber weiterhin offen, wie es nach der aktuellen Ausbaustufe weitergeht. Wir vertreten nach derzeitiger Faktenlage die Auffassung, dass perspektivisch die Ergebnisse aus PeBeM und somit der Algorithmus 1.0 zu 100 % umgesetzt werden müssen. Die aus Gründen der Kohärenz beabsichtigte bundeseinheitliche Festlegung von Zielwerten für eine mindestens zu vereinba-



rende personelle Ausstattung, welche dem Grunde nach mit weiteren Ausbaustufen korrespondieren müssten, ist inhaltlich nachvollziehbar, stellt aber eine Herausforderung dar. Hier ist darauf zu achten, dass das Vorgehen wegen der benötigten Daten nicht zu einem Bürokratiemonster ausartet, das vollstationäre Pflegeeinrichtungen ausbaden müssen. Größere Sorgen bereitet den in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege weiterhin die Auswirkungen des § 113 Absatz 6 SGB XI. Obwohl die Rückführung der Zusatzstellen in den Personalstellenplan und Pflegesatz strukturell richtig ist, fordern wir die Aussetzung der § 113c Absatz 6 SGB XI, solange diese Entwicklung nicht durch eine weitergehende Kompensation der Eigenanteile eintritt.

6. Die Entfristung der Anschubfinanzierung zur Digitalisierung nach § 8 Absatz 8 SGB XI wird ausdrücklich begrüßt. Sehr praxisnah ist die Einführung der Möglichkeit, auch WLAN und IT förderfähig zu machen. Gleichzeitig steht den Fördermöglichkeiten häufig der hohe Eigenanteil und fehlende Flexibilität in der Inanspruchnahme der Fördermittel entgegen; diese Hürden sollten gesenkt werden. Darüber hinaus kritisiert die BAGFW scharf, dass die Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 8 Absatz 7 nicht bis 2030 verlängert wird, wie noch im RefE vorgesehen. Die Maßnahmen werden von den Einrichtungen nach dem Ende der Pandemie sehr nachgefragt und können die dringend notwendige Verbesserung der Arbeitsbedingungen vor Ort stark unterstützen.
7. Die BAGFW bedauert, dass die Ansätze zur Innovation der Pflege im Quartier, die in den §§ 123 und 124 SGB XI neu noch im RefE vorgesehen waren, im Gesetzentwurf gestrichen wurden. Die Modellvorhaben sind zur Stärkung der Quartierspflege dringend erforderlich.
8. Nach wie vor fehlt eine bundesweite Strategie zur Digitalisierung in der Pflege, wie sie von den in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege seit längerem gefordert wird. Diese muss die Grundlagen für die Einrichtung eines Kompetenzzentrums festlegen. Den im Gesetzesentwurf genannten Aufgaben des zu gründenden Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege misst die BAGFW eine hohe Relevanz bei. Die Kernfunktionen eines solchen Zentrums sollen die Erarbeitung eines Roadmap Prozesses und die Unterstützung der Digitalisierung in der Praxis der beruflich Pflegenden, der Einrichtungen und Dienste, aber auch der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Familien sein. Allerdings sehen wir die Ansiedelung einer solchen Institution beim GKV-Spitzenverband äußerst kritisch, da dieser keine Kernkompetenz auf diesem Gebiet hat. Ein wirkungsvolles Kompetenzzentrum muss an neutraler Stelle angesiedelt werden. Deutlich kritisiert wird seitens der in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege die Frist zur verpflichtenden Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI), die aus unserer Sicht zum derzeitigen Umsetzungsgrad der TI in der Pflege nicht umsetzbar ist.



9. Es wird eine begrüßenswerte Neustrukturierung des Begutachtungsverfahrens vorgenommen. Darüber hinaus bedarf es dringend gesetzlicher Maßnahmen, die den gegenwärtigen Fristüberschreitungen und Begutachtungsdauern von sechs bis neun Monaten entgegenwirken und den Rechtsanspruch des Versicherten auf einen Bescheid nach 25 Arbeitstagen sicherstellen. Die digitale oder telefonische Begutachtung sollte nur bei Folgegutachten, nicht jedoch bei der Erstbegutachtung möglich sein. In jedem Fall ist dem Wunsch der Versicherten nach analoger oder aber digitaler sowie telefonischer Begutachtung Rechnung zu tragen.
10. Der vorgelegte Gesetzentwurf beinhaltet nur isolierte Einzelmaßnahmen, stellt keine ganzheitliche Systemverbesserung dar und auch die Versorgungssicherheit wird durch diese Reform nicht verbessert (weiter Unterfinanzierung der Pflegeleistungen, Pflegekräfte fehlen, weiter Überlastung des Systems der Pflegeversicherung und der Selbstverwaltung, Bewohnende rutschen in Sozialhilfe). Weiterhin verstärken Verbesserungen der Arbeitsbedingungen in der Pflege (insbesondere Lohnerhöhungen) direkt die finanzielle Krise der pflegebedürftigen Menschen und ihrer An- und Zugehörigen. So sind keine grundlegenden Verbesserungen in den Einrichtungen möglich.

Nachfolgend die konkrete Bewertung und Änderungsvorschläge der in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege im Einzelnen.

Artikel 1: Änderung des Elften Buches Gesetzbuch

§ 7b: Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine

Bestehende, gesetzlich initiierte Beratungsstrukturen brachten bislang leider nicht den erhofften Erfolg. Als Beispiel seien die Pflegestützpunkte genannt, durch die zwar eine neue Beratungsstruktur geschaffen wurde, die aber nicht flächendeckend ist und von den ratsuchenden Menschen in unterschiedlichem Maße angenommen wird. Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege fordern deshalb, den gesetzlichen Beratungsanspruch durch Einführung eines Beratungsgutscheins einzulösen. Einen Beratungsgutschein in Höhe eines festzulegenden Wertes pro Kalenderjahr, welcher der Preisentwicklung einer professionellen Beratungsleistung entspricht, sollen die Bürgerinnen und Bürger erhalten, die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben oder Altersrente oder Erwerbsminderungsrente beziehen. Im Sinne des Wunsch- und Wahlrechts kann der Anspruch mit Hilfe des Beratungsgutscheins in einer Beratungsstelle geltend gemacht werden. Hierfür sind qualifizierte, unabhängige und plurale Beratungsstrukturen vorzuhalten. Beratungsstellen, die mit gesichertem Qualitätsniveau beraten, können sein:

- kommunale örtliche Beratungsstellen,
- Beratungsstellen der Betroffenenverbände, der Verbraucherzentralen oder der Sozialverbände,
- Kranken- und Pflegekassen,
- Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste oder
- Pflegestützpunkte

Daneben sollten im Sinne der Nutzerfreundlichkeit und der vielfältigen Zielgruppen mit Pflegebedarf, so etwa pflegebedürftige Kinder, auch andere, bereits in der Beratung erfolgreich tätige Institutionen, in diese Regelung einbezogen werden.

Änderungsbedarf

In § 7b Absatz 1 ist nach Satz 2 folgender Satz zu ergänzen:

„Der Versicherte kann dabei zwischen der Beratung durch die Pflegekasse und Beratungsstellen wählen, bei denen der Beratungsgutschein eingelöst werden kann.“



§ 8 Absatz 7: Verlängerung der Förderungsmöglichkeiten der Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf

Die Verbände der BAGFW kritisieren scharf, dass die noch im Referentenentwurf vorgesehene Verlängerung der Förderung der Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf bis 2030 im Gesetzentwurf gestrichen wurde. Die zur Verfügung stehenden Mittel konnten aufgrund der Belastungen der Einrichtungen während der Corona-Pandemie nicht ausgegeben werden. Schon während der Pandemie hatten die Einrichtungen großes Interesse an der Förderung erkennen lassen, die sich u.a. durch immer regere Beteiligung am Projekt "Gute Arbeit in der Pflege durch Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf" der Pflegebevollmächtigten manifestiert. Die BAGFW fordert daher den Gesetzgeber auf, die Fördermöglichkeiten zu verlängern.

Darüber hinaus sehen wir Änderungsbedarf an den Fördermöglichkeiten. So ist die Summe von insgesamt 15.000 Euro jährlich nicht ausreichend, wenn damit beispielsweise der Ausbau von Kinderbetreuungsmöglichkeiten in trägereigenen Strukturen gefördert werden soll. Es sollte daher eine flexible Verwendung der Fördermittel in Höhe von jährlich 7.500 Euro über den gesamten Förderzeitraum von fünf Jahren vorgesehen werden können.

§ 8 Absatz 8: Entfristung der Förderung der Potenziale der Digitalisierung

Sehr zu begrüßen sind die Verbesserungen bei der Förderung der Potenziale der Digitalisierung in der Altenpflege: So wird die Förderung der Digitalisierung in der Altenpflege entfristet. Des Weiteren wird explizit ermöglicht, dass auch die technische Ausrüstung der Einrichtungen durch Investitionen in die IT und Cybersicherheit förderfähig wird. Ein Grundproblem vieler Pflegeeinrichtungen ist das Fehlen von WLAN-Anschlüssen, ohne die pflegebedürftigen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen ihre Handys, Smartphones oder Computer nicht mehr benutzen können, so wie sie es in ihrer eigenen Häuslichkeit gewohnt waren. Sehr positiv zu bewerten ist daher der Ansatz, Teilhabe pflegebedürftiger Menschen zu fördern. Des Weiteren ist ein Netzanschluss auch die Voraussetzung für den Anschluss an die TI, der mit diesem Gesetzentwurf nun verpflichtend wird. Auch die Präzisierung, dass die Aus-, Fort- und Weiterbildung gezielt zu digitalen Kompetenzen von Pflegekräften sowie die Förderung digitaler Kompetenzen der pflegebedürftigen Klient*innen förderfähig ist.

Eine große Hürde beseitigt der Gesetzentwurf allerdings weiterhin nicht: Gefördert werden können nach wie vor nur 40 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. Die restlichen 60 Prozent sind nicht förderfähig und gehen daher zu Lasten der Investitionskosten und letztlich der Eigenanteile der Versicherten. Das war auch in der Vergangenheit einer der wesentlichen Gründe für die Zurückhaltung der Einrichtungen, hier zu investieren. Diese Hürde sollte mit diesem Gesetzentwurf

beseitigt werden. Des Weiteren berücksichtigt die pauschale Fördersumme von 12.000 Euro auch keine Skalierung nach Einrichtungsgröße: So hat eine große stationäre Einrichtung mit 300 Plätzen andere Bedarfe als eine kleine stationäre Einrichtung mit 20 Plätzen. Es sollte des Weiteren möglich sein, die Fördersumme von bis zu 12.000 Euro auch durch mehrere, unterschiedliche Anträge ausschöpfen zu können, auch wenn es beim hier vorgesehenen prozentualen Eigenanteil bleiben sollte. Das Förderprogramm nach § 8 Absatz 8 SGB XI trat zum 01.01.2019 in Kraft. Verschiedene Pflegeeinrichtungen haben bereits die einmalige Fördersumme von 12.000 € in Anspruch genommen. Wir halten es für erforderlich, dass diese Pflegeeinrichtungen mit Inkrafttreten des PUEG einen nochmaligen Förderanspruch für die hinzugekommenen Fördertatbestände erhalten.

Im Übrigen weisen wir darauf hin, dass sowohl die Fördermaßnahmen nach § 8 Absatz 7 als auch nach § 8 Absatz 8 Maßnahmen der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf Aufgaben darstellen, von denen die gesamte Gesellschaft profitiert und die daher nicht von den Beitragszahlenden, sondern aus einem Bundeszuschuss in die Pflegeversicherung refinanziert werden sollten.

Änderungsbedarf

In § 8 Absatz 8 Satz 1 und Satz 5 wird das Wort "einmaliger" gestrichen.

Die prozentuale Höhe des Eigenanteils von 60 Prozent ist zu überdenken. Vorgeschlagen wird eine Reduzierung des Eigenanteils auf 20 Prozent und eine Erhöhung der Förderung auf bis zu 80 Prozent (Änderung in Satz 4).

§ 18-18e: Begutachtung

Die Neugliederung der Kapitel zur Begutachtung im SGB XI ist zu begrüßen, da sie mehr Übersichtlichkeit schafft und das Pflegeverständnis des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Pflegeberatung umsetzt. Allerdings finden die Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG hier noch nicht genügend Berücksichtigung. Die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs kann demnach nur durch Pflegefachmänner und -frauen erfolgen. Hierauf ist in den nachfolgenden Paragraphen bei der Qualifikation sowohl der Prüfenden der MD u. a. Prüfdienste als auch bei den unabhängigen Gutachter*innen an den jeweiligen Stellen, anlog § 18a Absatz 10, hinzuweisen.

§ 18: Beauftragung der Begutachtung

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege bewerten es als positiv, dass in Absatz 1 künftig eine konkrete Frist von drei Arbeitstagen genannt wird, in der die Pflegekassen dem MD den Auftrag zur Begutachtung übermitteln müssen sowie dass der Auftrag elektronisch übermittelt wer-



den muss. Bislang wurden Aufträge teilweise immer noch postalisch übermittelt, so dass wertvolle Zeit bis zur Begutachtung aufgrund des Postwegs verstrich. Positiv zu bewerten ist auch, dass künftig in Richtlinien des MD Bund nach § 17 Absatz 1 konkret zu regeln ist, welche prüffähigen Angaben benötigt werden, um die Begutachtung durchzuführen.

§ 18a: Begutachtungsverfahren

In Absatz 2 Satz 1 bis 3 werden Grundsätze der Begutachtung formuliert. Die Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich ist ein wesentlicher Grundsatz sowohl für in stationären Pflegeeinrichtungen lebenden Menschen als auch für Menschen, die noch in ihrer eigenen Häuslichkeit wohnen. Eine persönliche Begutachtung vor Ort wird im häuslichen Bereich im Kontext des Erstgutachtens und bei Wiederholungsgutachten aufgrund eines Widerspruchs als stets erforderlich angesehen. Dies ist notwendig, da in den Gutachten auch Empfehlungen aufzunehmen sind, die insbesondere zu einer positiven Veränderung der Pflegesituation beitragen können. So soll unter anderem Auskunft über die im Einzelfall erforderlichen Hilfen sowie über notwendige Heil- und Hilfsmittel oder auch technische Hilfen gegeben werden aber auch Feststellungen zur Prävention und Rehabilitation. Dies erfordert unserer Auffassung nach, eine persönliche Begutachtung vor Ort im häuslichen Bereich.

Des Weiteren birgt eine digitale bzw. telefonische sowie eine Begutachtung nach Aktenlagen die Gefahr des Aufbaus von zusätzlichen Zugangsbarrieren für ältere Menschen sowie für Menschen mit wenig Sprachkenntnissen der deutschen Sprache, mit einem niedrigen Bildungsniveau oder auch mit Behinderungen im Gegensatz zu persönlichen Begutachtungen im Wohnumfeld des Versicherten. Dem ist zu aktiv zu vorbeugen.

Im Rahmen von Höherstufungen im stationären Bereich werden Begutachtungen nach Aktenlage bei eindeutiger Sachlage im Zusammenhang mit einer Beschleunigung des Bearbeitungszeitraumes als sinnvoll angesehen. Jedoch werden dadurch Aufgaben der Prüfdienste in den Bereich der Einrichtungen verlagert, jedoch hierbei noch nicht geklärt ist, wie die personellen Ressourcen der Pflegeeinrichtungen diesbezüglich erhöht werden können. In diesem Zusammenhang ist es aus unserer Sicht auch zwingend erforderlich, den Begriff der "eindeutigen Aktenlage" nach Absatz 2 Satz 4 Nummer 1 zu definieren.

Absatz 2 Satz 4 Nummer 2 regelt neu, dass die Begutachtung ausnahmsweise ohne Untersuchung im Wohnbereich erfolgen kann, sofern eine Krisensituation von nationaler bzw. regionaler Tragweite vorliegt. Dies ist ein unbestimmter Rechtsbegriff. Es sollte ergänzt werden, dass der Gesetzgeber eine solche Krisensituation von nationaler Tragweite gesetzlich feststellen muss.



Darüber hinaus regelt Absatz 2 Satz 4 Nummer 2 und Absatz 2 Satz 5, dass es auch Situationen geben kann, in denen eine Begutachtung ohne Untersuchung des Versicherten im Wohnbereich zwingend erforderlich sein kann. Hier werden keine Kriterien genannt. Eine solche Situation könnte z. B. im Verlust der Wohnung in Folge einer Flutkatastrophe wie im Ahrtal bestehen. Nummer 2 ist entsprechend zu konkretisieren. Es ist zudem zu wenig, dass Wünsche des Versicherten im Falle des Absatzes 2 Satz 5 nach Begutachtung in seinem Wohnbereich nur zu berücksichtigen sind; einem solchen Wunsch ist hingegen nach Auffassung der in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege zwingend zu entsprechen.

Ferner ist gesetzlich festzulegen, dass Begutachtungen nach Aktenlage nach einem strukturierten Verfahren durchzuführen sind.

Nach Satz 6 des Absatzes 2 bestimmt der MD das Nähere zu den inhaltlichen und organisatorischen Einzelheiten für eine Begutachtung nach Aktenlage in Richtlinien nach § 17 Absatz 1. Hier ist zu ergänzen, dass den maßgeblichen Organisationen der Träger der Pflegevereinigungen auf Bundesebene ein Stellungnahmerecht eingeräumt wird.

In Absatz 7 wird die Feststellung des vorläufigen Pflegegrads bei Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt oder in einer stationären Rehaeinrichtung geregelt. Wiederholt haben die Verbände der BAGFW auf die Problematik verwiesen, dass pflegebedürftige Menschen mit einem vorläufigen Pflegegrad 2 in die Kurzzeitpflege kommen, obwohl ihr pflegerischer Bedarf oftmals dem des Pflegegrads 4 entspricht. Es ist positiv zu bewerten, dass im Gesetzentwurf nun eine Frist für die abschließende Begutachtung in der Einrichtung, in der die Kurzzeitpflege erfolgt, festgelegt wird; die vorgesehenen 10 Arbeitstage erachten sie jedoch als zu lang. Die Frist sollte auf fünf Arbeitstage festgelegt werden, analog zu den in § 18a Absatz 5 genannten Tatbeständen. Zudem ist zu regeln, dass die abschließende Begutachtung durch den MD in Fällen, in denen die Kurzzeitpflege binnen 10 Arbeitstagen schon beendet ist und sich der Versicherte wieder in der eigenen Häuslichkeit befindet, binnen einer Frist von 10 Arbeitstagen vorzunehmen ist.

Änderungsbedarf

In Absatz 2 ist nach Satz 1 folgender Satz 2 einzufügen:

“Der Versicherte ist in seinem Wohnbereich zu untersuchen. In stationären Einrichtungen besteht die Möglichkeit, dass eine Untersuchung im Wohnbereich bei Höherstufungsanträgen unterbleibt, sofern die Aktenlage eindeutig ist und es sich nicht um ein Widerspruchsgutachten handelt.“

Absatz 2 Satz 4 Nummer 1 ist wie folgt zu formulieren:

“1. auf Grund einer eindeutigen Aktenlage bei einem Folgegutachten das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht oder”



In Absatz 7 Satz 3 wird die Angabe "10" durch "5" ersetzt.

Folgender Satz wird ergänzt: "Sofern die Kurzzeitpflege vor Ablauf von 10 Arbeitstagen beendet wurde, hat die Begutachtung spätestens am zehnten Arbeitstag seit Beginn der Kurzzeitpflege in der Häuslichkeit des Versicherten stattzufinden".

§ 18b: Inhalte und Übermittlung des Gutachtens

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege bewerten es als positiv, dass in Absatz 1 die Inhalte des Gutachtens in einer strukturierten Darstellung aufgelistet wird. Positiv einzuschätzen sind ferner die Konkretisierungen, welche die Gutachter in den Bereichen Prävention und Rehabilitation vorzunehmen haben: So werden jetzt neben den Hilfs- und Pflegehilfsmitteln auch konkret Empfehlungen zu Heilmitteln und anderen therapeutischen Maßnahmen, wohnumfeldverbessernden Maßnahmen, edukativen Maßnahmen und für eine Beratung hinsichtlich von Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Absatz 5 SGB V neu erwähnt.

Außerdem wird geregelt, dass auch das Gutachten vom MD an die Pflegekasse elektronisch in gesicherter Form zu übermitteln ist. Damit gilt für Antrag und Gutachten der elektronische Übermittlungsweg, der geeignet ist, das Verfahren erheblich zu verkürzen, was sehr zu begrüßen ist.

§ 18c: Entscheidung über den Antrag

Wenn der Versicherte in einer stationären Pflegeeinrichtung lebt oder Leistungen der teilstationären Pflege oder eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch nimmt, dann sollte nicht nur der Antragstellerin bzw. dem Antragsteller - sondern auch der Pflegeeinrichtung - sollte spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags nach § 33 Absatz 1 Satz 1 bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitgeteilt werden, zumal diese ihre Personalkapazitäten entsprechend vorhält.

Sehr positiv zu bewerten ist, dass die Pflegekasse nach Absatz 3 neben der bisher schon bestehenden Pflicht zur Empfehlung von Hilfs- oder Pflegehilfsmitteln den Versicherten auch in Bezug auf die Verordnung von Heilmitteln unterstützen muss, indem sie den Antragsteller über die Bedeutung der Empfehlung einschließlich auch der Besonderheit der Verordnung eines langfristigen Heilmittelbedarfs konkret hinweisen muss. Gerade letztere Fallkonstellation ist bei Pflegebedürftigen z. B. in Bezug auf Ergotherapie häufig gegeben.

Die in Absatz 5 formulierten Sanktionszahlungen bei Fristüberschreitung bei nicht erteiltem Bescheid innerhalb von 25 Arbeitstagen, sehen wir nicht als adäquates Steuerungsinstrument an. Zudem lehnen wir auch aus ordnungspolitischen Gründen eine Finanzierung der Strafzahlung durch den Beitragszahler ab. Sollte der Gesetzgeber



jedoch an der Strafzahlung von 70 Euro festhalten, ist deren Anwendungsbereich nicht nur auf Versicherte in der eigenen Häuslichkeit zu begrenzen, sondern auch auf Antragsteller aus dem vollstationären Pflegeeinrichtungen auszuweiten.

Wir weisen darauf hin, dass Höherstufungsanträgen insbesondere im stationären Bereich nicht selten erst nach sechs bis neun Monaten stattgegeben wird. Dies ist nicht hinnehmbar. Auch für Höherstufungsanträge sollte die Frist von 25 Arbeitstagen gelten. Sofern diese nicht eingehalten werden, soll der beantragte Pflegegrad als genehmigt gelten (Genehmigungsfiktion).

Änderungsbedarf

In Absatz 2 Satz 1 ist nach den Wörtern “dem Antragsteller” die Wörter “und der Pflegeeinrichtung” zu ergänzen.

In Absatz 5 Satz 2 sind die Wörter “~~oder wenn sich der Antragsteller in einer vollstationären Pflege befindet und bereits bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt wurden~~” zu streichen.

§ 18e: Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen

Ausdrücklich begrüßt wird durch die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege die Beauftragung des MD Bund, im Rahmen eines Modellvorhabens nach § 18e Absatz 6 das während der Coronapandemie erprobten Verfahrens zum Einsatz telefonischer oder digitaler Kommunikationsmittel für die Begutachtung wissenschaftlich zu validieren, einschließlich des Ansatzes, ob eine solche Datenerhebung ersatzweise oder nur ergänzend zur Anwendung kommen kann, ohne dass sich das einschränkend auf die Begutachtungsinhalte, die Pflegegradeinstufung oder die Abgabe der Empfehlungen zu Hilfs- und Pflegehilfsmitteln, Heilmitteln, zur Rehabilitationsempfehlung oder zu Präventionsempfehlungen negativ auswirkt. Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege hatten 2021 vielfältige Problemanzeigen erhalten, die insbesondere eine zu niedrige Einstufung anbelangten, wenn die Versicherten nicht in ihrer eigenen Häuslichkeit untersucht wurden.

Die vom MD Bund angestrebte Begutachtung nach Aktenlage bewirkt insbesondere in stationären Pflegeeinrichtungen die Übernahme von wesentlichen Aufgaben der Gutachterinnen und Gutachter des MD durch die Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtung. Wir halten es deshalb für angezeigt, dass zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung auch Modellvorhaben zur Übernahme der Pflegebegutachtung durch Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden.

Änderungsbedarf

Es ist folgender Absatz 7 aufzunehmen:

(7) Im Rahmen der Modellvorhaben nach den Absätzen 1 bis 5 ist auch die Pflegebegutachtung durch die Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtungen zu erproben.

§ 30: Dynamisierung

Der Gesetzentwurf formuliert keine regelhafte Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung, hebt aber den Auftrag des bisherigen § 30 SGB XI auf, alle drei Jahre lediglich eine Erhöhung der Leistungen zu prüfen. Insoweit wird die jetzt vorgesehene Erhöhung der Leistungsbeträge zum 01.01.2025 um 5 Prozent und zum 01.01.2028 der Intention des Paragraphen eher gerecht, wenngleich sie nicht ausreichend ist. Zudem darf die Anpassung nicht an die Kerninflationsrate erfolgen, denn diese lässt bestimmte Kostenarten wie Lebensmittel und Energiepreise außen vor. Genau diese sind aber in Folge des Angriffskrieges auf die Ukraine die Kostentreiber gewesen. Ein weiterer Faktor sind die Personalkosten. Mit dem Tariftreuegesetz wurde die notwendige Verbesserung zur Entlohnung von Pflegekräften erreicht – jedoch war auch ein sprunghafter Anstieg der Pflegekosten die Folge. Eine Anpassung muss somit sowohl die Inflationsrate als auch die Lohnentwicklung berücksichtigen. Um einer weiteren Entwertung der Leistungen in der Zukunft entgegenzuwirken, muss jedoch nach Auffassung der in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege mindestens eine regelhafte Dynamisierung vorgesehen werden, das Problem einer andauernden Unterfinanzierung löst eine Dynamisierung nicht. Dies setzt eine nachhaltige Finanzierungsgrundlage für die Pflegeversicherung voraus, die die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege einfordert.

§ 40b Absatz 2 i.V. mit § 40a Absatz 2: Transparenz der Versicherten über Mehrkosten für Unterstützungsleistungen beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen

Die Verbände der BAGFW haben bereits im Rahmen der DVPGM darauf hingewiesen, dass der Leistungsbetrag für Unterstützungsleistungen beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen in Höhe von 50 Euro nicht ausreichen dürfte. Es ist daher zu begrüßen, dass die Pflegekassen mit dem neuen Absatz 2 verpflichtet werden, die Versicherten über eventuelle Mehrkosten auch im Rahmen der Unterstützungsleistungen vorab zu informieren. Es sollte ergänzt werden, dass die Information in verständlicher Form und barrierefrei erfolgen muss.

Änderungsbedarf

In Absatz 2 sind nach den Wörtern „in schriftlicher Form oder elektronisch“ die Wörter „sowie in verständlicher Form und barrierefrei“ zu ergänzen.



§ 55: Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung

Die moderate Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes zum 1. Juli 2023 um nur 0,35 Prozentsatzpunkte ist zu gering, um die Leistungen der Pflegeversicherung im notwendigen Umfang zu erhöhen und die Finanzsituation zu stabilisieren. Wie prekär die finanzielle Lage der Pflegekassen ist, zeigt die in Satz 2 vorgesehene Verordnungsermächtigung der Bundesregierung, den Beitragssatz zur mittelfristigen Sicherung der Zahlungsunfähigkeit der SPV durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats anpassen zu können, wenn der Mittelbestand der SPV absehbar die Höhe einer Monatsausgabe laut den Haushaltsplänen der Pflegekassen zu unterschreiten droht. Eine solche prekäre Haushaltslage der SPV ist nicht hinnehmbar (s. dazu insgesamt Kommentierung in der Einleitung). Die BAGFW fordert den Gesetzgeber auf, die im Koalitionsvertrag vorgesehene Expertenkommission, die bis 2023 Ergebnisse vorlegen soll, unverzüglich einzusetzen mit dem Auftrag, Vorschläge für eine nachhaltige, solidarische und generationengerechte Finanzierungsgrundlage vorzulegen.

Einen Ansatzpunkt zu einer schnellen Verbesserung der Einnahmeseite der Pflegeversicherung würde hier die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und korrespondierend der Versicherungspflichtgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung darstellen, die aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege daher dringend umgesetzt werden sollte. Dem müssen sich dann weitere Strukturreformen zur Verbreiterung der Einnahmebasis anschließen.

§ 61a: Rückzahlungsfrist für das Darlehen des Bundes an die Pflegeversicherung

Die Verschiebung der Rückzahlungsfrist für das Darlehen des Bundes an die Pflegeversicherung in Höhe von 1 Mrd., die nun ursprünglich für 2023 vorgesehen war und nun in hälftiger Höhe (0,5 Mrd.) auf Ende 2028 verschoben werden soll, zeigt die prekäre Situation der Pflegeversicherung. Die Verschiebung mag den Pflegekassen hinsichtlich ihrer Finanzsituation zwar etwas Spielraum verschaffen, allerdings wird das Problem dadurch nicht gelöst, sondern lediglich auf einen späteren Zeitpunkt vertagt. Für die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege ist es nicht hinnehmbar, dass die Liquidität der Pflegeversicherung nicht gesichert ist. Insgesamt setzen sich die Verbände für eine Aufhebung der Rückzahlungsverpflichtung dieses Darlehens ein.

§ 75: Veröffentlichung der Landesrahmenverträge

Die Pflicht zur Veröffentlichung der Landesrahmenverträge auf den Seiten der Pflegekassen ist ein Gebot der Transparenz gegenüber den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen und wird daher begrüßt.

Hinsichtlich des Themas “Leiharbeit, Personalpools und Auswahlkonzepte” verweisen wir auf die Einzelstellungen der in der BAGFW kooperierenden Verbände.

§ 112 Absatz 3: Beratung des MD und des Prüfdienstes der privaten Krankenversicherung in Krisensituationen

Die Neuregelung wird hinterfragt. Aus Sicht der in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege besteht der Beratungsauftrag des MD und des Prüfdienstes der privaten Krankenversicherung in allen Situationen und somit auch in Krisensituationen. Einer gesonderten Regelung bedarf es daher nicht.

§ 113 Absatz 1 Satz 3 neu: Anforderungen an die elektronische Pflegedokumentation

Die Umstellung auf eine elektronische Pflegedokumentation ist wünschenswert. Die Einrichtungen sind jedoch in unterschiedlicher Weise mit Mitteln ausgestattet, welche die Pflegedokumentation vollständig elektronisch ermöglichen.

§ 113a i.V. mit § 72 Absatz 3: Aufhebung der Expertenstandards

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege haben seit langem die Aufhebung des § 113a gefordert, die mit diesem Gesetzentwurf vollzogen wird.

§ 113b Absatz 3a: Öffentliche beschlussfassende Sitzungen des Qualitätsausschuss Pflege

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege geben hinsichtlich des Ansinnens, die beschlussfassenden Sitzungen des Qualitätsausschuss Pflege für die Öffentlichkeit zugänglich zu machen zu bedenken, dass eine derartige Umstellung umfassender organisatorischer Vorbereitungen bedarf. Diese reichen von den technischen Voraussetzungen zur Live-Übertragung über die Anmietung neuer Räumlichkeiten bis hin zu rechtlichen Voraussetzungen, wie etwa die Änderung der Vereinssatzung. Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege bitten daher im Rahmen dieses Verfahrens, die Geschäftsstelle des Qualitätsausschuss Pflege entsprechend mit personellen und finanziellen Ressourcen auszustatten und dieser einen angemessenen Zeitrahmen für die Vorbereitung und Umsetzung einzuräumen.



§ 113b Absatz 6: Einrichtung einer Referentenstelle im Qualitätsausschuss Pflege zur Unterstützung der Interessensvertretungen nach § 118 SGB XI

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege können die Intention zur Einrichtung einer Referentenstelle zur Unterstützung der Interessensvertretungen nach § 118 SGB XI grundsätzlich nachvollziehen, so dass diese ihre Sichtweise und Expertise noch stärker in die Verfahren des Qualitätsausschusses Pflege (QAP) einbinden können. Allerdings gibt es aus Sicht der in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege u.a. rechtliche Bedenken und Fragen zur Umsetzung. Einerseits soll die Geschäftsstelle QAP zwar als Arbeitgeberin fungieren, andererseits sollen ihr die entsprechenden Arbeitgeberrechte entzogen werden, wie etwa Einfluss auf die Auswahl der Person, deren Vergütung, Arbeitsort, -inhalt und -umfang. Der Verein könnte indes auf diese Art auch seinen formalen Arbeitgeberpflichten nicht nachkommen.

Offensichtlich ist bei diesem Vorhaben eine Orientierung an der Stabsstelle Patientenbeteiligung des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Eine Übertragung ist jedoch nicht trivial, da der G-BA als Selbstverwaltungskörperschaft eine Anstalt des öffentlichen Rechts ist, die Geschäftsstelle QAP jedoch als eingetragener Verein fungiert. Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sehen eine bei der unabhängigen Geschäftsstelle des QAP angesiedelte Referentenstelle daher kritisch und regen an, zu überprüfen, inwiefern diesem Anliegen auf anderem Wege entsprochen werden kann.

§ 113b Absatz 8: Jährliche Berichtspflicht des Qualitätsausschusses gegenüber dem BMG und Änderungen in § 114a und § 114c

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen die Einführung einer jährlichen Berichtspflicht des Qualitätsausschusses Pflege gegenüber dem BMG. Die Verbände der BAGFW weisen jedoch in diesem Zusammenhang darauf hin, dass in Verbindung mit § 114c Absatz 3 (jährliche Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbands) eine doppelte Berichterstattung bezüglich des Indikatoren-gestützten Verfahrens geschaffen wird. Im Rahmen des gesetzlichen Auftrages an den Qualitätsausschuss Pflege nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nr. 1 wurden Instrumente und Verfahren für die Qualitätsprüfung und -darstellung als ein aufeinander bezogenes und verzahntes Gesamtsystem entwickelt und implementiert. Weiterhin wurde der Qualitätsausschuss Pflege mit der Evaluation und Weiterentwicklung des Systems betraut. Von Einzelakteuren beauftragte Evaluationen für einzelne Teile des Verfahrens, welche dann in die Evaluation des Gesamtverfahrens einfließen und anschließend in unterschiedlichen Dokumenten und Richtlinien von verschiedenen Einzelakteuren umgesetzt werden müssen, sind nicht sachdienlich. Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege hal-

ten es insofern für sachgerecht und notwendig, sämtliche das Gesamtverfahren betreffenden Aufträge und Kompetenzen dem Qualitätsausschuss Pflege zuzuweisen, um die Einheitlichkeit des Qualitätssystems sicherzustellen.

Änderungsbedarf

§ 114a Absatz 7:

~~Die Vertragsparteien nach § 113 beschließen Der Medizinische Dienst Bund beschließt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zur verfahrensrechtlichen Konkretisierung Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich. In den Richtlinien sind die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 zu berücksichtigen. [...] Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Der Medizinische Dienst Bund hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. ...~~

Streichung des § 114c Abs. 3:

Die Berichtspflicht kann in dem neuen § 113b Absatz 8 aufgehen und ggf. konkretisiert werden.

§ 113b SGB XI: Qualitätsausschuss: Erweiterung der Aufgaben des Qualitätsausschuss Pflege

Nach § 37 Absatz 5 beschließen die Vertragsparteien nach § 113 gemäß § 113b Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3. Nach § 37 Absatz 5a beschließt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 1. Januar 2020 Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse aus dem jeweiligen Beratungsbesuch durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen.

Dies gehört unserer Auffassung nach auch zu den Aufgaben des Qualitätsausschuss Pflege (QAP).

Nach § 37 Absatz 4 haben die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachkräfte die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung.

Die Inhalte des Formulars sind unserer Auffassung auch Aufgabe des QAP.

§ 37 Abs. 5a ist in § 37 Absatz 5 zu integrieren.

§ 113c: Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Mit dem vorliegenden Entwurf werden für Personalausfallkonzepte endlich flächendeckend Personalpools ermöglicht und es sollen weitere Anreize geschaffen werden, Pflegehilfskraftpersonal ohne Ausbildung perspektivisch zu Pflegeassistentkraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege ausbilden zu lassen. Sofern die Länder Regelungen treffen, nach denen Pflegehilfskraftpersonal ohne Berufsabschluss aber mit langjähriger Berufserfahrung in der Pflege als Pflegeassistentkraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege anerkannt werden kann, soll dies auch vorliegend berücksichtigt werden können. Zudem werden Regelungen zur Berücksichtigung von Personen mit ausländischen Berufsabschlüssen, die einen Anerkennungslehrgang durchlaufen, ergänzt. Die Regelung zur Prüfung und Umsetzung weiterer Ausbaustufen und der Umgang mit der Konvergenzphase werden weiter konkretisiert.

Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 wird um die Möglichkeit ergänzt auf Grundlage eines entsprechenden betrieblichen Konzepts Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte vertraglich zu vereinbaren, mit denen die vertraglich vereinbarte Personalausstattung bei kurzfristigen Personalausfällen oder vorübergehend nicht besetzbaren Stellen sichergestellt wird. Die Neuerung dient sogleich der Begrenzung von Leiharbeit in der Pflege, was ausdrücklich begrüßt wird. Allerdings sollte die Maßnahme auch trägerübergreifend ermöglicht werden, was ausdrücklich im Gesetzestext zu ergänzen wäre.

Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a wird mit den Doppelbuchstaben aa der Bezug zu den landesrechtlichen Pflegehelferausbildungen konkretisiert, indem nun nicht mehr abstrakt auf § 12 Absatz 2 des PflBG verwiesen wird, sondern auf die Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und



Helferberufen in der Pflege“ (BAnz AT 17.02.2016 B3). Diese Personen, können bei berufsbegleitender Ausbildung im Zuge des Aufwuchses bspw. bereits als QN-3 Kräfte eingesetzt werden, was aber bisher schon gesetzlich so vorgesehen war.

Zudem wird die Regelung um Doppelbuchstabe bb erweitert, nach denen Personen als Pflegefachkräfte mit dem Qualifikationsniveau 4 berücksichtigt werden können, die mit ausländischen Berufsabschlüssen einen entsprechenden Anpassungslehrgang zur Anerkennung als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann berufsbegleitend durchlaufen.

Die bisherige Regelung nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe a, nach der Pflegehilfskraftpersonal bereits auf den Stellen von Pflegeassistentenpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege (Qualifikationsniveau 3) anerkannt werden kann, wenn berufsbegleitend eine entsprechende Ausbildung absolviert wird und die nun durch den Doppelbuchstaben aa konkretisiert wird, wird zudem um Absatz 3 Satz 3 ergänzt, so dass diese landesrechtlich geregelte Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege spätestens bis zum 30. Juni 2028 begonnen werden muss und das entsprechende Pflegehilfskraftpersonal bei Abschluss der Vereinbarung mindestens fünf Jahre mit im Jahresdurchschnitt mindestens hälftiger Vollzeitbeschäftigung in der Pflege tätig war. Mit dieser Regelung kann zuvörderst ein Teil der bisher fehlenden Pflegehilfskräfte mit dem Qualifikationsniveau 3 angemessen mit vorhandenen, rechnerisch „überhängigen“ und unter Bestandschutz stehenden sowie geeigneten Mitarbeiter*innen des Qualifikationsniveaus 1 und 2 in einem begrenzten Zeitraum substituiert werden. Dies entspricht unserer begründeten Forderung, für das derzeit vorhandene massive Problem fehlender Hilfskräfte des Qualifikationsniveaus 3, eine gesetzlich verankerte Übergangslösung zu schaffen, was ausdrücklich begrüßt wird.

Die neu hinzugefügte Möglichkeit, nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe b Pflegehilfskraftpersonal nach bestandener „Externenprüfung“ für das Qualifikationsniveau 3 einsetzen zu können, ist an und für sich keine Verbesserung, denn davon müsste man ohnehin ausgehen, wenn nach diesen speziellen Verfahren nach Landesrecht eine staatliche Anerkennung analog der landesrechtlich geregelten Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege erteilt wird. Allerdings verdeutlicht die Regelung, dass die entsprechenden „erfahrenen“ Pflegehilfskräfte mit dem Qualifikationsniveau 1 und 2 neben der Möglichkeit, bis zum 30. Juni 2028 eine entsprechende landesrechtlich geregelte Pflegehelfer- oder Assistenzausbildung berufsbegleitend aufzunehmen, auch andere Möglichkeiten haben, staatlich als Pflegehilfskraft mit dem Qualifikationsniveau 3 anerkannt zu werden. Grundsätzlich wird schließlich begrüßt, dass die Aufnahme der „Externenprüfung“ in § 113c die Aufmerksamkeit auf das Thema lenkt, denn die Einrichtungen sind weiterhin darauf angewiesen, dass die Möglichkeit dafür vor Ort besteht und das ist in vielen Ländern anscheinend noch nicht der Fall. Insofern erhoffen wir uns von dieser Regelung, dass die Verfahren in den Ländern befördert werden.



Die Klarstellung in Absatz 5 Satz 1 Nummer 3, mit der das Fachkraft- und Hilfskraftpersonal auch in den Personalanhaltswerten der niedrigeren Qualifikationsstufen nach Satz 1 Nummer 2 und 1 bzw. Satz 1 Nummer 1 berücksichtigt werden kann, wird begrüßt. Die Regelung zur Orientierung der Entlohnung am Einsatz im jeweiligen Qualifikationsniveau ist sachgerecht und schafft Klarheit, wenngleich dadurch ein Hemmnis entstehen kann, als Intention dahinter, auf Basis des Grades der Umsetzung, der Arbeitsmarktlage usw. die weiteren Schritte zu planen oder gesetzgeberisch vorzugeben. Allerdings vertreten wir nach derzeitiger Faktenlage auch die Auffassung, dass perspektivisch die Ergebnisse aus PeBeM und somit der Algorithmus 1.0 zu 100 % umgesetzt werden muss. Insoweit begrüßen wir die Aussage in der Begründung, dass die Umsetzung der Personalbemessung weiterhin auf eine Verbesserung der personellen Ausstattung in allen vollstationären Pflegeeinrichtungen abzielt. Sicher ist hingegen nichts und weiterhin fürchten Pflegeeinrichtungen in einigen Bundesländern, dass sie am Ende weniger Personal einsetzen dürfen, als dies heute der Fall ist. Wir fordern daher auch weiterhin eine verbindliche Ausgestaltung der Ausbaustufen mit dem Ziel, PeBeM vollständig umzusetzen. Die Möglichkeit der vollständigen Umsetzung könnte im Übrigen heute schon den Trägern freigestellt werden. Damit hätten sich die teilweise komplizierten Bestandsschutzregelungen für Einrichtungen, die heute mehr Personal einsetzen, als § 113c Absatz 1 SGB XI ermöglicht, erübrigt.

Wir begrüßen ebenfalls, dass angestrebt wird, dass sich die individuell vereinbarte personelle Ausstattung in allen vollstationären Pflegeeinrichtungen in Richtung der bundeseinheitlichen Personalanhaltswerte nach Absatz 1 angleicht. Zu diesem Zwecke sieht der neue Absatz 8 vor, dass erstmals bis Ende 2023 das BMG unter Beteiligung aller relevanten Ministerien und Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene bundeseinheitliche Festlegungen für Zielwerte für eine mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung trifft. Dies muss mit einer Anhebung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1, einhergehen. Das derzeit nach geltender Rechtslage vorhandene Belieben einer Umsetzung wird damit, sollte es zu einer Anhebung der Mindestausstattung kommen, faktisch aufgehoben, was zielführend ist. Allerdings bitten wir zu prüfen, ob festgeschrieben werden kann, dass diese Zielwerte im Qualitätsmixmodell, also nach Qualifikationsniveaus, festgelegt werden müssen, um Anachronismus zu vermeiden.

Die zur Umsetzung von Absatz 7 und 8 erforderlichen bundeslandbezogenen Zahlen, Daten und Fakten sollen insbesondere durch eine neue Berichtspflicht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (ebenfalls in Absatz 8) eingeführt werden. Dieser Bericht soll in zweijährigem Intervall Hinweise liefern, ob Zielwerte für eine personelle Mindestausstattung von den vollstationären Pflegeeinrichtungen angesichts der Situation am Arbeitsmarkt eingehalten werden könnten. Darüber hinaus soll die Berichtspflicht Hinweise liefern, welche Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung zu erwarten wären, sollten die angestrebten Zielwerte nicht von allen Pflegeeinrichtungen



vollumfänglich erfüllt werden können. Wir bitten zu prüfen, ob konkretisiert werden kann, dass die Grundlagen zur Erstellung des Berichts maßgeblich aus den vorhandenen und den Pflegekassen vorliegenden Vertragsdaten und sonstigen herkömmlichen Personalmeldungen oder -abgleichen entnommen werden. Andernfalls fürchten wir ein weiteres Bürokratiemonster bis hin zum tagesaktuellen Personalabgleich.

Größere Sorgen bereitet den in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege nach wie vor die Auswirkung des § 113 Absatz 6 SGB XI. Demnach werden schon bald ab Juli 2023 die Stellen nach § 8 Absatz 6 SGB XI und § 84 Absatz 9 SGB XI in die regulären Pflegesätze überführt, was zu einer weiteren Steigerung der pflegebedingten Eigenanteile führt. Durch den Mechanismus, dass in der ersten nach dem 01.07.2023 geschlossenen Pflegesatzvereinbarung die Stellen überführt werden, spätestens aber bis Ende 2025, entstehen für entsprechende Einrichtungen in mehrfacher Hinsicht große Fehlanreize. Es werden nun so kurzfristig keine Zusatzstellen mehr akquiriert und neue Pflegesatzvereinbarungen ab dem 01.07.2023 werden ggf. nicht abgeschlossen, was den Umstieg in das Qualifikationsmixmodell und somit in den Aufwuchs behindert. Die Kostenbelastung ist für Heimbewohner*innen zu hoch geworden. Die zusätzliche Belastung kann für betroffene Heimbewohner*innen bis zu 200 € / Monat und mehr betragen. Die entsprechenden Einrichtungen werden nicht zusehen, wie diese durch den vorzeitigen Wegfall der Finanzierung der Zusatzstellen weiter steigen. Obwohl die Rückführung der Zusatzstellen in den Personalstellenplan und Pflegesatz strukturell richtig ist, fordern wir die Aussetzung der § 113c Absatz 6 SGB XI, solange diese Entwicklung nicht durch eine weitergehende Kompensation der Eigenanteile eintritt.

Änderungsbedarf

§ 113c Absatz 6 SGB XI wird ersatzlos gestrichen.

Wegfall der §§ 123, 124 im Gesetzentwurf: Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier, Verordnungsermächtigung; Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der gemeinsamen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier

Die BAGFW kritisiert scharf, dass die Modellvorhaben nach § 123 SGB XI zur Förderung von Unterstützungsstrukturen vor Ort und für die Quartierspflege, die noch im Referentenentwurf vorgesehen waren, im Gesetzentwurf entfallen sind. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sahen im neuen Modellvorhaben zur Entwicklung regionalspezifischer Modellvorhaben für innovative Unterstützungskonzepte vor Ort und im Quartier, wie im Referentenentwurf ausgeführt, großes Potenzial. Aus Perspektive der in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sind vielfältige Formen der Förderung, wie die Erprobung von Konzepten



wie Buurtzorg im deutschen Kontext, präventive Hausbesuche, verbunden mit Schulungen, Beratungen und Trainings zur Gesundheitsförderung von pflegebedürftigen Menschen im Haushalt, die Einführung neuer Versorgungsformen und/ oder die Einführung neuer Wohnformen, wie bspw. Altenwohnheime für Menschen mit geringem Pflegebedarf oder die Erprobung von Öffnungsklauseln in Landesrahmenverträgen zur Ermöglichung von Kurzzeitpflege in anderen als vollstationären Settings, denk- und umsetzbar. Insbesondere könnte auch die Verzahnung von medizinischen und pflegerischen Angeboten und Hilfen, bspw. in Gesundheitskiosken, mit vorhandenen Beratungsangeboten (Pflegestützpunkte) umgesetzt und erprobt werden. Darüber hinaus wären die Entwicklung und Stärkung präventiver Angebote und Strukturen wie auch die bessere Verzahnung der Sektoren innerhalb des SGB XI sehr zu begrüßen. Angesichts knapper Personalressourcen sollten solche innovativen Projekte möglichst auf bestehenden Strukturen und Angeboten aufgebaut und von dort aus weiterentwickelt werden können.

Im Allgemeinen stellt sich die Frage, ob die Pflegeversicherung der richtige Ort ist, um der Thematik der kommunalen Verantwortung der Daseinsvorsorge in der Altenhilfe gerecht zu werden.

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände konstatieren, dass die Kommunen heute ihrer Rolle nicht gerecht werden. Die Einsparungen der Sozialhilfeträger durch den in der vollstationären Pflege eingeführten Einrichtungseinheitlichen Eigenanteil sollten, eigentlich wieder investiert werden. Diese kommen aber im Rahmen der Investitionskosten nicht an oder, die Mittel werden aufgrund der fehlenden Planungsverpflichtung nicht ausgegeben. Die mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) angedachte regionalisierte und an die Landespflegeausschüsse (LPA) angeschlossene Planung wird bekanntermaßen nicht richtig umgesetzt. In Bayern versucht man dem entgegenzuwirken, in dem u.a. eine Pflegestrukturplanung etabliert wird.

In Brandenburg versucht das zuständige Ministerium mit gezielten Förderungen der Kommunen u.a. die ambulante Sorgestruktur zu stärken. Das Land übernimmt heute 80 % der Kosten im Bereich der Hilfe zur Pflege. Ausgangspunkt ist die These, dass die Pflegeprävalenz 2030 noch beeinflusst werden kann – auch mit präventiven, aufsuchenden niedrigschwelligen Angeboten und Leistungen.

§ 7c SGB XI gibt den Kommunen ein Initiativrecht zur Etablierung von Pflegestützpunkten an die Hand, und zwar mit Co-Finanzierung der Pflegekassen. Die Kommunen müssen sich lediglich mit 20 % beteiligen. Zudem bot das PSG III (und bietet es weiterhin) vieles mehr, von dem zu oft kein Gebrauch gemacht wird: So z.B. das Thema Planungsverpflichtung (mit allen negativen Wechselwirkungen, s.o.). Davon machen heute nur Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg Gebrauch. Damit haben Kommunen zumindest dort Planungs- und Steuerungskom-



petenz für die regionale Pflegestruktur übernommen. In Brandenburg hat das zuständige Ministerium im Rahmen des Pflegepakts ein Pflegedossier zu allen 103 Kommunen erstellt. Die Daten sind Routinedaten einer etablierten Datenbank, die auch die Pflegekassen für Dossiers nutzen könnten. Mit dem Prinzip ZDF (Zahlen, Daten, Fakten) arbeitet auch das Landesamt für Pflege in Bayern. Hier finden allerdings zusätzlich Erhebungen und Auswertungen statt. Das Ziel sind regionalisierte Daten zur Planung und Planungsverpflichtung. Die Beispiele zeigen, dass im SGB XI Regelungen zur Erstellung und Verfügungstellung von notwendigen Planungsdaten getroffen werden sollten, welche die Kommunen in die Lage versetzen zu handeln. Es geht um die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (vor Ort über den Landespflegeplan) mit der Herausarbeitung der Schnittstellen zu kommunalen Aufgaben und die Definition der „Gemeinsamen Verantwortung“. Schlussendlich muss die Altenhilfe aus Perspektive der BAGFW wieder Pflichtaufgabe der Kommunen werden (§ 71 SGB XII). Wie vor Einführung der Pflegeversicherung auch, können Träger der Freien Wohlfahrtspflege den Bedarf abseits der Leistungen des SGB XI und der Hilfe zur Pflege regelhaft im Sinne von Sorgearbeit und anderen niedrighschwelligem Angeboten übernehmen, wenn „offene Seniorenarbeit“ überall wieder gefördert würde und eine Rolle spielte. Dies ist jedoch eine Frage der Daseinsvorsorge der Kommunen im Bereich der Altenhilfe.

§ 125b SGB XI: Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

Die Chancen der Digitalisierung für eine bessere Versorgung in der Langzeitpflege durch die Entlastung von Pflege- und Betreuungskräften und die Unterstützung des Erhalts von Selbständigkeit der Pflegebedürftigen sind auch aus Sicht der BAGFW optimierungsbedürftig. Der Gesetzentwurf sieht dazu ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege vor, welches die Potentiale zur Verbesserung und Stärkung der pflegerischen Versorgung (ambulant und stationär) sowohl für die Betroffenen als auch die Pflegenden identifiziert und verbreitet. Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sehen in der effizienten Nutzung digitaler Technologien ein großes Potential für die Zukunft der Pflege und begrüßen vor diesem Hintergrund Maßnahmen, die die Prozesse der digitalen Transformation in der Pflege unterstützen und den konsequenten Anschluss der Pflege an die Telemedizininfrastruktur zeitnah fördern und auch die Einrichtung eines Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege.

Zu den Aufgaben des Kompetenzzentrums: Nach Auffassung der in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege gibt es kein Erkenntnisproblem, sondern ein Umsetzungsproblem aufgrund nicht synchroner Prozesse. Es gibt gegenwärtig eine Vielzahl an Studien und wissenschaftlichen Untersuchungen zum Potential der Digitalisierung in der Langzeitpflege, Modellprojekte von verschie-



denen Ministerien, Hochschulen und anderen Akteuren wie z. B. den Förderschwerpunkt Digitalisierung und Pflege des GKV-SV mit den Modellprojekten nach den §§ 8 Absatz 3, § 125 und §125a, die Cluster-Projekte des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, die Projekte des IGES Instituts sowie die derzeit in Erarbeitung befindliche Digitalstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege des Bundesministeriums für Gesundheit. Außerdem erstellt die gematik einen TI-Atlas. Folglich sehen wir die in Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 benannte regelmäßige Analyse und Evaluation der Umsetzung digitaler Potentiale im Bereich der Langzeitpflege nicht als vordergründige Aufgabe des Kompetenzzentrums an. Stattdessen sollte das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege die gegenwärtig teilweise parallelaufenden und nicht immer abgestimmten Prozesse von Gesetzgebungsverfahren, Modellprojekten und Aktivitäten der unterschiedlichen Akteure etc. in einem ersten Schritt in einem transparenten Roadmap-Prozess integrieren (siehe auch unsere Stellungnahme zu § 341 SGB V). Dies haben die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege bereits in den Prozess der Digitalisierungsstrategie des BMG eingegeben.

Daher sehen wir den Schwerpunkt nicht auf der regelmäßigen Analyse und Evaluation der Umsetzung digitaler Potentiale im Bereich der Langzeitpflege, sondern bei vielen in der Begründung zu Absatz 2 genannten weiteren Aufgaben des Kompetenzzentrums, die aus unserer Sicht in den Gesetzestext aufzunehmen sind. Diese sind

- Die Erarbeitung von konkreten Handlungsempfehlungen zur Digitalisierung in der Langzeitpflege insbesondere für die Leistungserbringer, die Pflegekassen und die Digitalwirtschaft.
- Der Wissenstransfer durch die Umsetzung zielgruppengerechter Aufbereitung von Themen der Digitalisierung in der Langzeitpflege in geeigneten Formaten für pflegebedürftige Menschen, pflegende An- und Zugehörige, beruflich Pflegenden und Pflegeberatende (z. B. Broschüren, Erklärfilme, (Online-)Veranstaltungen wie Werkstattgespräche, Podcasts etc.) einschließlich eines Überblicks über bestehende praxisorientierte Experimentierräume und Laboratorien in Deutschland, in denen digitale Anwendungen erprobt werden können.
- Darauf aufbauend Beratung und ggf. Entwicklung von konkreten Handlungsempfehlungen zur Umsetzung digitaler Anwendungen insbesondere für Leistungserbringer, Pflegekassen und die Digitalwirtschaft (z. B. zu Themen wie Telematikinfrastruktur, Interoperabilität, Standards, Bürokratieabbau, etc.). Insbesondere für die Pflegeberatungsstellen sollen adäquate Schulungen entwickelt und durchgeführt werden, damit die Beratung zu digitalen Anwendungen in der Pflege stets auf dem aktuellen Stand ist.
- Entwicklung und Kommunikation von Qualifizierungskonzepten für Fachkräfte, um die praxisorientierte Umsetzung der bereits existierenden und noch entstehenden digitalen Anwendungen zu unterstützen (wie bspw. die Fortbildung zu „Digital-

technischen Assistenten“), sowie von innovativen Bildungskonzepten zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften unter Nutzung digitaler Technologien.

- Erarbeitung von bundeseinheitlichen Schulungsmaterialien zur Schulung von Multiplikatoren für Pflege und Telematikinfrastruktur.
- Entwicklung von Unterstützungskonzepten für ehrenamtlich in der Pflege Engagierte.
- Die Bereitstellung fachlicher Expertise als Brücke zwischen Praxis und Gesetzgebung.
- Die Förderung des fachlichen Austauschs – insbesondere von best practice Beispielen – zwischen Digitalwirtschaft, Pflegekassen, privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, Leistungserbringern und Pflegekräften in der Langzeitpflege und den anderen Sektoren im Gesundheitswesen. Identifizierung und Bewertung von neuen, innovativen Entwicklungen („Thinktank“-Funktion).“

Verortung des Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege:

Ausweislich der Begründung zu Absatz 1 soll unter Berücksichtigung der im Koalitionsvertrag für die 20. Legislaturperiode vorgesehenen Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege mit dem Kompetenzzentrum ein Baustein zur Förderung einer strukturierten Implementierung einer digital unterstützten Pflege und eines digitalen Gesundheitswesens geleistet werden. Dies erfordert unserer Auffassung nach auch, dass ein strukturierter Prozess zwischen den verschiedenen Akteuren befördert werden muss. Ein Kompetenzzentrum kann deshalb nicht bei einem der Akteure angesiedelt werden, sondern muss bei einer neutraleren Instanz angesiedelt werden. Außerdem sollen mit Einrichtung eines interdisziplinär arbeitenden Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege auch Lösungsoptionen für die Praxis der Langzeitpflege (ambulant wie stationär) entwickelt und konkret umgesetzt werden. Der GKV-SV zeichnete sich bisher nicht durch eine Praxisnähe und durch konkrete Umsetzungsschritte für die Praxis aus. Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege schlagen vor auf eine bewährte neutrale, fachlich geeignete Instanz zu gründen oder z. B. direkt beim Bundesministerium für Gesundheit oder bei der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege/der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 organisatorisch zu verorten.

Änderungsbedarf

§ 125b Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

(1) Bei der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege eingerichtet. Die Aufgaben des Kompetenzzentrums umfassen:



1. regelmäßige Analyse und Evaluation der Umsetzung digitaler Potentiale im Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege, die Erarbeitung eines Roadmap-Prozesses für teilweise parallelaufende und nicht immer abgestimmten Prozesse von Gesetzgebungsverfahren, Modellprojekten und Aktivitäten der unterschiedlichen Akteure,

[...]

4. Unterstützung des Wissenstransfers bei Themen der Digitalisierung in der Langzeitpflege für pflegebedürftige Menschen, ihre Pflegepersonen nach § 19, beruflich Pflegende und Pflegeberatende mit geeigneten Maßnahmen, durch die Erarbeitung bundeseinheitlicher Schulungsmaterialien für Multiplikatoren und Unterstützungskonzepte für pflegende Angehörige und ehrenamtlich in der Pflege Tätige,

5. sowie die weiteren Aufgaben:

- „Die Erarbeitung von konkreten Handlungsempfehlungen zur Digitalisierung in der Langzeitpflege insbesondere für die Leistungserbringer, die Pflegekassen und die Digitalwirtschaft.
- Entwicklung und Kommunikation von Qualifizierungskonzepten für Fachkräfte, um die praxisorientierte Umsetzung der bereits existierenden und noch entstehenden digitalen Anwendungen zu unterstützen

(2) Für die Einrichtung des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung 10 Millionen Euro im Zeitraum von 2023 bis 2027 zur Verfügung gestellt. [...] Das Kompetenzzentrum Pflege und Digitalisierung Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verfolgt die Aufgaben nach Absatz 1 und bestimmt demnach Ziele, Inhalte, Planung und Durchführung des Kompetenzzentrums im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und im Benehmen mit den Verbänden der Pflegekassen, den Ländern, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, dem Deutschen Pflegerat der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 sowie deren Pflegepersonen nach § 19, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie mit der Gesellschaft für Telematik und – soweit vorhanden – mit Kompetenzzentren auf Bundes- und Landesebene. [...]



(3) Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zu finanzierenden Fördermittel regeln die qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 ~~der Spitzenverband Bund der Pflegekassen~~ und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.

(4) Das Kompetenzzentrum Digitalisierung ~~Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen~~ veranlasst im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Arbeit des Kompetenzzentrums durch unabhängige Sachverständige. Dabei ist der Nutzen für Pflegeeinrichtungen herauszustellen. Begleitung und Auswertung erfolgen nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards hinsichtlich der Wirksamkeit, Qualität und Kosten der Arbeit des Kompetenzzentrums. Die unabhängigen Sachverständigen haben Berichte über die Ergebnisse der Auswertungen zu erstellen. Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege ~~Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen~~ legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis 2028 jährlich, erstmals zum 1. März 2024, einen barrierefreien Bericht über die Arbeit und Ergebnisse des Kompetenzzentrums vor.

(5) Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege ~~Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen~~ richtet einen Beirat zur Begleitung der Arbeit des Kompetenzzentrums im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit ein. Der Beirat besteht aus Vertreterinnen und Vertretern des GKV-SV, der Länder, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe [...]

(6) Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege ~~Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen~~ informiert regelmäßig und aktuell über die Aktivitäten und Ergebnisse des Kompetenzzentrums im Hinblick auf Veranstaltungen, Empfehlungen, auf einer eigens dafür eingerichteten barrierefreien Internetseite und stellt Handreichungen und Umsetzungstools zur Verfügung.

Artikel 2: Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 36: Anhebung der Pflegesachleistung

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sehen die Anhebung der Pflegesachleistung um 5 Prozent zum 01.01.2024 angesichts der bereits seit Jahren und seit dem 2022 deutlich erfolgten Kostensteigerungen als zu spät an; sie reicht bei weitem nicht aus, um den Kostenanstieg infolge der inflationsbedingten Tarifsteigerungen, die 15 Prozent und höher ausfallen können, zu kompensieren, ebenso wie die Ausbildungsumlage. Auf diese Weise erfolgt eine schleichende Entwertung der Pflegeleistungen und es droht eine Zunahme der Unterversorgung, weil benötigte Pflege und Betreuungsleistungen aus Kostengründen nicht mehr in Anspruch genommen werden. Dem ist dringend entgegenzuwirken.

Dies kann jedoch nur erfolgen, wenn der Finanzrahmen der Pflegeversicherung erhöht wird. Diesbezüglich wird auf die Einleitung zu dieser Stellungnahme verwiesen.

§ 37: Anhebung des Pflegegelds

Die Anhebung der Leistungsbeträge des Pflegegelds um 5 Prozent ist ein dringend überfälliger Schritt, der spätestens zum Juli 2023 und nicht erst zum 01.01.2024 erfolgen muss, zumal das Pflegegeld seit 2017 nicht erhöht wurde. Die pflegebedürftigen Menschen, die nur Pflegegeld und keine Pflegesachleistung beziehen, waren im Rahmen der Reform des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) die einzige Gruppe, die nicht von Leistungsverbesserungen profitiert hat. Auch hier ist zu konstatieren, dass eine Erhöhung des Pflegegelds um 5 Prozent wg. langjähriger Nullrunden für den Inflationsausgleich nicht ausreicht. Aufgrund dieser Benachteiligung der Leistungsempfänger von Pflegegeld regen die Verbände der BAGFW an, das Pflegegeld bereits ab dem 1. Juli 2023 zu erhöhen.

Wegfall des § 42a: Gemeinsamer Jahresbetrag im Gesetzentwurf

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege kritisieren scharf, dass die noch im Referentenentwurf vorgesehene Regelung eines Entlastungsbudgets, das den bisherigen Jahresbetrag von 1.774 Euro für die Kurzzeitpflege und von 1.612 Euro für die Verhinderungspflege zu einem gemeinsamen Jahresbetrag von 3.386 im Kalenderjahr zusammengefasst hätte und von den Pflegebedürftigen flexibel und passgenau im Kalenderjahr eingesetzt hätte werden können, im Gesetzentwurf ersatzlos gestrichen wurde. Damit im Zusammenhang steht auch die im Referentenentwurf noch vorgesehene Streichung der 6monatigen Wartefrist für die Inanspruchnahme der Verhinderungspflege sowie die Folgeregelung einer Fortgewährung des hälftigen Pflegegelds während der Verhinderungspflege. Mit dieser Streichung verdient der Gesetzentwurf seinen Namen als "Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz" nicht mehr, denn das Entlastungsbudget wäre ein Kernstück dieser dringend notwendigen Entlastung gewesen. Seine Streichung ist ein Schlag ins Gesicht der pflegenden Angehörigen, die auch schon mit der Pflegereform GVWG aus der letzten Legislaturperiode leer ausgegangen waren. Von einem Entlastungsbudget hätten insbesondere auch Familien mit Kindern mit einer Behinderung, die die Mittel der Kurzzeitpflege aufgrund fehlender Eignung dieses Angebots für Kinder kaum nutzen können, stark profitiert. Gerade diese Familien brauchen Unterstützung durch die Möglichkeit zur Nutzung von möglichst viel stundenweiser Verhinderungspflege.

Der Vorschlag der BAGFW für ein Entlastungsbudget wäre noch über den Vorschlag des Referentenentwurfs hinausgegangen, indem in ein solches Entlastungsbudget auch den Entlastungsbetrag nach § 45b einzubeziehen wäre, denn auch dieser ist



eine klassische Entlastungsleistung pflegender An- und Zugehöriger. Ein Gesamtkonzept von Kurzzeit-, Verhinderungspflege und jährlichem Entlastungsbetrag hätte den Vorteil einer größtmöglichen Flexibilität für Pflegebedürftige beim Einsatz der Leistungen der Pflegeversicherung. Davon profitieren würden insbesondere auch Familien mit Kindern mit Behinderung, die einen hohen Bedarf an stundenweiser Entlastung haben.

Für den Fall, dass der Gemeinsame Jahresbetrag nach § 42a SGB XI im weiteren parlamentarischen Verfahren doch wieder in den Gesetzentwurf aufgenommen wird, sehen wir folgende Änderungsbedarfe:

Abzulehnen ist die in Absatz 2 RefE statuierte Anzeigepflicht der professionellen Leistungserbringenden von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege gegenüber den Pflegekassen, die spätestens bis zum Ende des auf den Monat der Leistungserbringung folgenden Kalendermonats erfolgen muss. Begründet wird dies im Falle der Verhinderungspflege mit der Tatsache des fehlenden Antragserfordernisses und der Tatsache, dass Pflegekassen im Interesse der Pflegebedürftigen mitverfolgen können müssen, inwiefern der Gesamtleistungsanspruch bereits verbraucht wurde, um ggf. beratend tätig zu werden. Da professionelle Leistungserbringende monatliche Rechnungen stellen, stellt dies eine unnötige bürokratische Hürde dar. Das gleiche Anzeigerfordernis soll nach dem Referentenentwurf auch für die Kurzzeitpflege gelten und wird damit begründet, dass „nicht immer eine zeitnahe Abrechnung gewährleistet“ sei. Eine zeitnahe Abrechnung ist jedoch auch hier der Regel- und nicht der Ausnahmefall. Daher schafft diese Regelung unnötige Bürokratie. Der dem Regelungstext zugrundeliegende Transparenzgedanke gegenüber dem Versicherten ist dabei grundsätzlich nachvollziehbar. Allerdings kann dieses Ziel auf dem hier vorgeschlagenen Weg nicht erreicht werden, denn Angehörige, Nachbarn oder Freunde, die Verhinderungspflege erbringen, werden – zurecht – von dieser Anzeigepflicht ausgenommen. Dieser Fall stellt jedoch bei Verhinderungspflege eine häufige Konstellation dar, sodass das Ziel der Schaffung von Transparenz, über die noch zur Verfügung stehenden Mittel auf diesem Wege nicht erreicht werden kann. Sollte der Gesetzgeber an dieser Regelung festhalten, ist zwingend im Gesetzestext vorzuschreiben, dass sich die Pflegekassen auf ein einheitliches Verfahren einigen und Musterformulare zur Verfügung stellen müssen, die grundsätzlich elektronisch übermittelt werden können.

Die in Absatz 3 RefE den Leistungserbringenden auferlegte Informationspflicht gegenüber den Versicherten, im Anschluss an die Leistungserbringung unverzüglich eine schriftliche Übersicht über die angefallenen Aufwendungen zu übermitteln, wird ebenfalls abgelehnt, denn den Versicherten liegt diese Information im Rahmen der Rechnungsstellung bereits vor. Des Weiteren kann das mit der Informationspflicht verbundene Transparenzziel nicht erreicht werden, wenn An- oder Zugehörige, die Verhinderungspflege erbringen. Ein sinnvolles Instrument zur Erzielung von Transparenz wäre hingegen eine Verpflichtung der Pflegekassen, ihren Versicherten im Falle



der Inanspruchnahme von Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege einen Überblick über die verbrauchten und noch zur Verfügung stehenden Leistungsbeträge zu geben.

Darüber hinaus ist auch der Gemeinsame Jahresbetrag anzuheben.

Zu § 42 a (Pflegerische Versorgung bei Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegepersonen) SGB XI in Verbindung mit den §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen ausdrücklich die im Gesetzentwurf in § 42a SGB XI formulierten Schritte zum Abbau von Hürden für pflegende Angehörige im Zugang zu einer medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation, zu einer besseren zeitgleichen Versorgung Pflegebedürftiger, sowie zum vorgesehenen Bürokratieabbau für die Betroffenen.

Pflegepersonen sind oftmals nicht nur erheblich gesundheitlich belastet und in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe eingeschränkt, sondern ihr Zugang zur Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen ist auch dadurch erschwert, dass sie die Versorgung der Pflegebedürftigen nicht gesichert wissen. Aktuell bedeutet die eigene medizinische Vorsorge oder Reha mit der gleichzeitigen Versorgung des pflegebedürftigen Angehörigen zu organisieren, eine hochkomplexe Antragstellung in zwei verschiedenen Sozialversicherungssystemen mit der Herausforderung, dies zu einem passgenauen und zeitgleichen Ergebnis zu bringen, und sich finanziell nicht zu überfordern. Für viele pflegende Angehörige ist dies ohne Unterstützung eine Überforderung und hat zu häufig zur Folge, dass das eigene Rehabilitationserfordernis weiter aufgeschoben wird. Es ist äußerst sinnvoll, dass hier eine „Lösung aus einer Hand“ geschaffen werden soll.

Durch den neuen 42a SGB XI werden die rechtlichen Bedingungen dafür geschaffen, dass sich die komplexe Situation von pflegender und pflegebedürftiger Person in der Praxis verbessern kann. Begrüßt werden insbesondere die Stärkung des Rechtsanspruchs der pflegebedürftigen Personen auf die in Absätzen 1 bis 3 formulierten Leistungen und Ansprüche (einschließlich u.a. der Übernahme der betriebsbedingten Investitionsaufwendungen). Der neu geschaffene Leistungsanspruch für den Pflegebedürftigen analog der Regelung im § 40 Absatz 3 bzw. 3a SGB V und neben den Leistungsansprüchen der Kurzzeitpflege nach § 42 und der Verhinderungspflege nach § 39 ist sachgerecht. Es nimmt dies eine Besorgnis vieler Betroffener, dass ansonsten nach der Pflegeversorgung während des Rehabilitationszeitraumes alle Mittel für weitere Entlastungsphasen oder Akut-Situationen aufgebraucht sind. Durch die Förderung der Gesundheit der Pflegeperson wird deren Leistungsfähigkeit nachhaltig gestärkt und es kann ggf. ein Übergang in eine stationäre Pflegeeinrichtung weiter vermieden oder möglichst lange hinausgezögert werden, was dem Wunsch vieler Betroffener entspricht.



Begrüßt wird die Bestimmung in Absatz 4, wonach der Antrag der Pflegeperson auf Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen zugleich einen Antrag der Pflegeperson nach Leistungen nach Absatz 1 darstellt. Zu ergänzen ist, dass die Regelungen auch gelten, wenn die Möglichkeit der Unterbringung in einer Einrichtung mit Versorgungsvertrag nach § 111 a SGB V gewünscht ist. Des Weiteren sollte ergänzt werden, dass bei den Neuregelungen auch eventuelle Kooperationen mit vollstationären Pflegeeinrichtung umfasst sind, damit alle Arrangements in der Praxis umfasst sind.

Begrüßt wird ebenfalls, dass mit den Bestimmungen in Absatz 7 die maßgeblichen Verbände der Leistungserbringer der Vorsorge und Rehabilitation auf Bundesebene mit den Leistungsträgern gemeinsame Empfehlungen zum Antrags-, Genehmigungs- und Kostenerstattungsverfahren vereinbaren und dadurch auch die gemeinsame Selbstverwaltung stärken.

Nicht notwendig sind jedoch die dort vorgesehenen Vereinbarungen zur Sicherung der Qualität der Versorgung der Pflegebedürftigen. Die Pflege erfolgt entweder in einer nach § 111 SGB V oder nach § 72 SGB XI zugelassenen Einrichtung (Absatz 2). Einrichtungen nach § 111 SGB V stehen fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und beschäftigen qualifiziertes Gesundheitsfachpersonal. Sie unterliegen der externen Qualitätssicherung nach § 137d SGB V, müssen ein zertifiziertes, internes Qualitätsmanagement vorhalten und unterliegen sämtlichen behördlichen Aufsichten für Gesundheitseinrichtungen. Mit der Aufnahme von Patientinnen und Patienten entstehen darüber hinaus zivilrechtliche Sorgfaltspflichten, deren Einhaltung über das geltende Haftungsrecht sichergestellt ist.

Da es sich bei einer Konzepterweiterung um die Mit-Aufnahme und Versorgung der Pflegebedürftigen um einen versorgungsvertragsrelevanten Sachverhalt handelt, ist die Vorlage eines ergänzenden Konzeptes gegenüber dem federführenden Kassenverband bzw. Rentenversicherungsträger heute schon geregelt. Ebenso sind Nachweisverfahren bzgl. der Leistungserbringung etabliert (§ 111 Absatz 7 SGB V, § 15 SGB VI). Erforderlich wird es sein, eine entsprechende Informationsstruktur mit den Pflegekassen, um diese Konzepterweiterungen zu etablieren. Die vorgesehenen Regelungen des § 42a Absatz 8 würden aber darüber hinausgehen und eine Parallelstruktur für Konzeptanerkennungen und Nachweis der Leistungserbringung schaffen, was wir problematisch sehen und auch die Bürokratielast erhöht.

Problematisch ist, dass der Rechtsanspruch von Pflegepersonen auf Vorsorgeleistungen nicht gestärkt wurde, ein Anliegen, für das sich die BAGFW seit Jahren einsetzt. Während nach § 40 Absatz 2 SGB V die Krankenkasse für pflegende Angehörige bzw. Pflegepersonen stationäre Rehabilitation unabhängig davon erbringt, ob eine ambulante Rehabilitation ausreicht, ist dies bei der Vorsorge nicht der Fall. Aber Vorsorgeleistungen, durch die Pflegepersonen aus dem beanspruchenden Versorgungskontext zeitlich befristet in eine stationäre Maßnahme wechseln, um Abstand



zur Alltagspraxis zu gewinnen, sollten sie wie auch rehabilitative Leistungen bei Vorliegen einer Indiktion ebenso gut zugänglich sein.

Änderungsbedarf

§ 42a Absatz 1 Satz 1 SGB XI ist wie folgt zu ergänzen:

Pflegebedürftige haben ab dem 1. Juli 2024 Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung nach § 23 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches, nach § 40 Absatz 2 Satz 1 und 3 des Fünften Buches oder

§ 42a Absatz 4 Satz 1 SGB XI ist wie folgt zu ergänzen:

Stellt die Pflegeperson einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 23 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 2 Satz 1 und 3 des Fünften Buches oder nach § 15 Absatz 1 des Sechsten Buches und wünscht die Versorgung des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung oder einer anderen nach § 72 zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen ...

In § 42a Absatz 7, Satz 1 SGB XI ist der letzte Halbsatz „und zur Sicherung der Qualität der Versorgung der Pflegebedürftigen“ zu streichen.

§ 42a Absatz 8 ist zu streichen. Stattdessen ist vor erstmaligen Konzeptanerkennungen eine Information des Rehaträgers an die Pflegekasse zu etablieren.

§ 23 Absatz 4 SGB V zweiter Halbsatz wird aufgehoben und durch folgenden neuen Satz ersetzt:

„Für pflegende Angehörige erbringt die Krankenkasse diese unabhängig davon, ob die Leistungen nach Absatz 1 und 2 ausreichen, und kann diese Leistungen auch in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111 a besteht.“

§ 43c: Prozentuale Reduzierung des pflegebedingten Eigenanteils bei vollstationärer Pflege

Die prozentuale Reduzierung der Eigenanteile im stationären Bereich erfolgt, gestaffelt nach Aufenthaltsdauer in der stationären Pflegeeinrichtung ebenfalls um 5 Prozent, ausgenommen der Personenkreis, der bis zu 12 Monaten in einer Einrichtung lebt, erfährt eine Entlastung von 10 Prozent. Allerdings reichen die Beträge, bundesdurchschnittlich betrachtet, bei weitem nicht aus, um den steten Zuwachs an Eigenanteil zu begrenzen. Anders als im Koalitionsvertrag vorgesehen, ist weder die Refinanzierung der medizinischen Behandlungspflege aus dem SGB V vorgesehen noch die Übernahme der Ausbildungskostenumlage. Beide Maßnahmen könnten die Eigenanteile für pflegebedürftige Menschen erheblich senken. Generell problematisie-



ren die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, dass der prozentuale Weg der Begrenzung der Eigenanteile konzeptionell zur Lösung des Problems nicht ausreichen wird, denn es gilt nicht nur, die Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal zu kompensieren, sondern auch die zusätzlichen Kosten durch den Personalaufwuchs in Folge der Einführung des Personalbemessungssystems, insbesondere, wenn die zusätzlichen Pflegefachkräfte nach § 8 Absatz 6 und die zusätzlichen Pflegeassistenzkräfte nach § 84 Absatz 9 i.V. mit § 85 Absätze 9 bis 11 ab Juli 2023 in das reguläre Pflegesatzverfahren überführt werden müssen.

§ 44: Ausweitung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld

Als wichtige Entlastung pflegender An- und Zugehöriger begrüßen die in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege die Möglichkeit der kalenderjährlichen Inanspruchnahme eines Pflegeunterstützungsgelds für 10 Arbeitstage, um kurzfristig pflegebedürftige Angehörige versorgen zu können. Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände haben sich seit vielen Jahren dafür eingesetzt, dass die 10 Arbeitstage nicht einmalig sind, sondern sich auf das jeweilige Kalenderjahr beziehen.

§ 108: Auskünfte an Versicherte

Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen die Ausweitung der Auskunftspflichten der Pflegekassen über in Anspruch genommene Leistungen. Allerdings sollten diese Informationspflichten nicht nur „auf Wunsch“ des Versicherten erfolgen nicht nur „auf Anforderung“. Vielfältig sind die Versicherten über ihre Informationsrechte nicht informiert. Daher müssen die Kassen automatisch informieren; der Versicherte kann der Information jederzeit widersprechen. Die Informationen sollten zudem nicht nur in "wahrnehmbarer" Form, sondern auch grundsätzlich in verständlicher Sprache und barrierefrei zur Verfügung gestellt werden.

Änderungsbedarf

In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „auf Wunsch“ und „auf Anforderung“ gestrichen.

In Satz 3 werden die Wörter „~~in wahrnehmbarer Form~~“ durch die Wörter „in verständlicher Sprache und barrierefreier Form“ eingefügt.

Artikel 6: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 341 Absatz 8: Verpflichtung (stationärer) Pflegeeinrichtungen zum Anschluss an die TI und Verpflichtung zur Schaffung der Voraussetzungen für den Zugriff auf die ePA

Bislang waren nur ambulante Pflegedienste, die häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege erbringen, verpflichtet, sich bis zum 01.01.2024 an die TI anzuschließen und ab dem 01.07.2024 die Leistungen auf der Grundlage einer elektronischen Verordnung zu erbringen. Mit der Neuregelung werden nun auch stationäre Pflegeeinrichtungen zur Anbindung an die TI verpflichtet. Alle Pflegeeinrichtungen müssen laut Gesetzentwurf bis zum 01.07.2025 die Voraussetzungen für den Zugriff auf die ePA erfüllen. Dieses Ziel wird von den in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege grundsätzlich unterstützt. Allerdings ist vom Gesetzgeber klar zu bestimmen, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit der Anschluss an die TI und der Zugriff auf die ePA überhaupt erfolgen kann. Es stellt sich die Frage, warum der Gesetzgeber an dieser Stelle so unbestimmt formuliert und sich nicht an den Regelungen, die für die vertragsärztliche Versorgung nach § 341 Absatz 6 oder für die Krankenhäuser nach § 341 Absatz 7 gelten orientiert und konkret die Dienste und Komponenten als Voraussetzung benennt.

Für ambulante Pflegedienste, die sich bislang um eine fristgerechte Anbindung bemühen, werden bereits zum jetzigen Zeitpunkt eine Vielzahl an Hürden offenbar, die die Frist 01.01.2024 bzw. neu 01.07.2024 aus Sicht der in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege stark in Frage stellt. Ein schwerwiegender Grund, der Einrichtungen der Pflege mit einem Anschluss noch zögern lässt, stellt die geplante Neuausrichtung nach der TI 2.0 dar. Mit dieser soll es ab 2025 möglich sein, ganz ohne die Verwendung von Hardwarekomponenten auf die TI zugreifen zu können. Mit Blick auf einen ressourcenschonenden Mitteleinsatz ist aus Sicht der Verbände der BAGFW eine Anbindung an die TI nach der bisherigen Methode daher nicht mehr sinnvoll und zielführend. Nicht nur der geringere Arbeits- und Implementierungsaufwand, sondern auch die kostenwirksame Einsparung von Hardware sprechen deutlich für eine Anbindung an die Telematikinfrastruktur nach den Möglichkeiten der TI 2.0. Des Weiteren wurden mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz die Finanzierungsmodalitäten zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur neu geregelt. Die bestehenden TI-Pauschalen werden auf Monatspauschalen umgestellt. Da zunächst die Vereinbarung im vertragsärztlichen Bereich (Bundesmantelvertrag) geschlossen werden muss, um die Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und Bundesvereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen



entsprechend abzuschließen, ist nicht mit einer Auszahlung der neu vereinbarten Pauschalen vor Juli 2023 zu rechnen. Dies führt zu Unsicherheit und nachvollziehbarem Abwarten seitens der Pflegeeinrichtungen, denn bislang sind nicht alle vorausgesetzten Bestandteile zur Anbindung an die TI ausreichend über die bisherige TI-Finanzierungsvereinbarung abgedeckt, wie z. B. die Refinanzierung von elektronischen Heilberufausweisen. Darüber hinaus sind die datenschutz- sowie haftungsrechtlichen Unsicherheiten im Zusammenhang mit dem eHBA rechtssicher für Leistungserbringer in der Pflege zu klären. Perspektivisch ist aus Sicht der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege für eine sichere Nutzung der TI in der Pflege für jede Pflegefachkraft ein refinanzierter eHBA erforderlich. Die bislang parallellaufenden Prozesse müssen für einen unkomplizierten Anschluss an die TI sowie eine gewinnbringende Nutzung der TI aus Sicht der in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege dringend synchronisiert werden. Erforderliche Vorarbeiten als Voraussetzung für eine Anbindung müssen zwingend erledigt sein, um nicht Gefahr zu laufen, Motivation und Bereitschaft sowie die Möglichkeit zur Nutzung der TI in der Pflege bereits im Registrierungsprozess zunichtezumachen. Grundsätzlich ist zu regeln, dass die Verpflichtung zur Anbindung an die TI nur gilt, sofern die gematik oder ihre Nachfolgeorganisation die technischen Voraussetzungen dafür geschaffen hat.

Wir begrüßen daher, dass der Gesetzentwurf anders als der RefE, nunmehr die sowohl ambulante als auch stationäre Pflegeeinrichtungen erst zum 1. Juli 2025 zur Anbindung an die TI verpflichtet. Dies hatte die BAGFW in ihrer Stellungnahme zum RefE gefordert. Eine verpflichtende Anbindung ergibt aus unserer Sicht auch erst dann Sinn, wenn auch alle anderen Akteure im Gesundheitswesen – insbesondere Arztpraxen – verpflichtend KIM umsetzen. Ferner sind sämtliche Prozesse rund um die Telematikinfrastruktur so zu synchronisieren, dass eine reibungslose Anbindung an die TI sowie eine sich anschließende gewinnbringende Nutzung der TI gewährleistet sind. Dies schließt aus Sicht der in der BAGFW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege ebenso eine Synchronisation des Beschäftigtenverzeichnisses nach § 293 Abs. 8 SGB V mit der TI ein. Ein einheitlicher und unkomplizierter Registrierungsprozess, der z. B. eine Stapelverarbeitung für Träger mehrerer Dienste zulässt, muss über die TI ermöglicht werden. Bislang verhindern parallellaufende Prozesse Bürokratieabbau und Entlastung in diesem Bereich.

Die Verbände der BAGFW weisen auf eine Regelungslücke hin, die sich aus § 360 Absatz 8 SGB V ergibt, wonach sich die Leistungserbringenden der Häuslichen Krankenpflege bereits zum 1. Januar 2024 an die TI angeschlossen haben müssen, um elektronische Verordnungen von HKP und AKI abrufen zu können. Nach der jetzigen Regelungskonstellation würde § 360 Absätze 5 und 8 ambulanten Pflegedienste, die nur einen Versorgungsvertrag nach dem SGB V, nicht jedoch nach dem SGB XI haben, zu einer früheren Anbindung an die TI verpflichten, was keinen Sinn macht.



Änderungsbedarf

§ 341 Abs. 8 wird wie folgt zu ergänzen:

“Die Verpflichtung nach Satz 1 gilt nicht, wenn der Zugriff auf die elektronische Patientenakte oder der Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach Satz 1 aus technischen Gründen im Einzelfall nicht möglich ist.”

§ 360 Abs. 5 SGB V wird wie folgt gefasst:

Die Erbringer von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 sowie der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c sind ab dem 01. Juli 2024-2025 verpflichtet, die Leistungen unter Nutzung der Dienste und Komponenten nach Absatz 1 auch auf der Grundlage einer elektronischen Verordnung nach Satz 1 zu erbringen. Die Verpflichtung nach Satz 3 gilt nicht, wenn der elektronische Abruf der Verordnung aus technischen Gründen im Einzelfall nicht möglich ist.

§ 360 Abs. 8 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Um Verordnungen von häuslicher Krankenpflege nach den Absätzen 5, 6 oder Absatz 7 § 37 sowie Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege nach § 37c elektronisch abrufen zu können, haben sich Erbringer von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 sowie der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c bis zum 01. Januar 2024-Juli 2025 [...] an die Telematikinfrastruktur nach § 306 anzuschließen. Hierfür ist die Möglichkeit des Anschlusses nach der TI 2.0 als Voraussetzung für eine verpflichtende Anbindung zu schaffen.“

§ 293 Abs. 8 SGB V wird wie folgt geändert:

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte errichtet bis zum 31. Dezember 2021 mit der gematik und im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der Träger von ambulanten Pflegediensten und Betreuungsdiensten nach § 71 Absatz 1a des Elften Buches maßgeblichen Vereinigungen auf Bundesebene ein bundesweites Verzeichnis innerhalb der Telematikinfrastruktur

1. der ambulanten Leistungserbringer, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 Satz 1 abgeschlossen haben, oder bei denen es sich um zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches oder bei denen es sich um Leistungserbringer nach § 132d SGB V bzw. 132l SGB V handelt,
2. der Personen, die durch die in Nummer 1 genannten Leistungserbringer beschäftigt sind und häusliche Krankenpflege nach § 37, spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b, außerklinische Intensivpflege nach § 37c oder Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 Absatz 1 des Elften Buches erbringen sowie

3. der Pflegekräfte, mit denen die Pflegekassen Verträge nach § 77 Absatz 1 des Elften Buches abgeschlossen haben.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte legt hierbei für jede in das Verzeichnis aufzunehmende Person nach Satz 1 Nummer 2 und Pflegekraft nach Satz 1 Nummer 3 eine Beschäftigtennummer fest. Dabei schafft das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte einen Registrierungsprozess, der dem Prinzip der Entbürokratisierung und einem aufwandsarmen Prozess für Leistungserbringer Rechnung trägt. Die Beschäftigtennummer folgt in ihrer Struktur der Arztnummer nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1. Das Verzeichnis nach Satz 1 enthält für die Personen nach Satz 1 Nummer 2 und für die Pflegekräfte nach Satz 1 Nummer 3 folgende Angaben:

[...]

Ergänzender Handlungsbedarf

Zeitvergütung in der ambulanten Pflege

Im Pflegeverständnis des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach § 14 SGB XI gilt es die Selbstbestimmung und Selbstständigkeit von pflegebedürftigen Menschen zu erhalten und zu fördern. Dabei stehen individuelle Problemkonstellationen und deren Lösung im Vordergrund, was eine Abkehr vom Verrichtungsbezug in der Pflege bedeutet. In diesem Sinne stellt die Zeitvergütung in der ambulanten Pflege, bei der die zu erbringende Leistung im Rahmen des SGB XI zwischen Pflegebedürftigen und ambulanten Dienst individuell hinsichtlich des Pflegebedarfs vereinbart wird, die dem Pflegebedürftigkeitsbegriff am besten entsprechende Vergütungsform dar.

In den §§ 89 und 120 sind daher die entsprechenden Weichen für diese Form der Zeitvergütung zu stellen und die Vergütungsform zu ermöglichen.

Generalistische Pflegeausbildung

Im Rahmen der Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. -fachmann werden im zweiten und dritten Ausbildungsjahr so genannte Wertschöpfungsanteile geltend gemacht. D.h., dass diese Auszubildenden anteilig auf die Personalschlüssel angerechnet werden. Auch wenn Auszubildende in der Pflege mit jedem Ausbildungsjahr lernen, selbstständiger tätig zu werden, befinden sie sich immer noch drei Jahre lang in der Ausbildung und können in keinem der Jahre als vollwertige Pflegefachpersonen gelten und sind damit, auch nicht anteilig, auf die Personalschlüssel anzurechnen. Vielmehr sind sie auch im letzten Ausbildungsjahr noch Lernende, die Anleitung und Beaufsichtigung benötigen. Dies bedingt Ausbildungsaufwand und keine Wertschöpf-



fung im Sinne Personaleinsparungsmöglichkeiten. Auch widerspricht dies dem Algorithmus der Personalbemessung nach § 113c, der den Bedarf von Personalmenge und -qualifikation anhand des Pflegebedarf der Bewohner*innen von Pflegeheimen ermittelt. Eine Qualifikation "Auszubildender" ist hier nicht vorgesehen.

Der Regelung zum Wertschöpfungsanteil ist daher abzuschaffen.

Bundeseinheitliche generalistische Assistenz Ausbildung

Mit der Einführung der Personalbemessung nach § 113c steigt der Bedarf an Assistenzkräften des Qualifikationsniveaus deutlich an. Weder auf Landesebene noch auf Bundesebene wird diesem steigenden Bedarf bisher nennenswert Rechnung getragen. So fehlt es überall an den Kapazitäten entsprechende Ausbildungsplätze, deren Finanzierung und Regelungen zur Praxisanleitung.

Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sehen daher dringenden Handlungsbedarf aus Bundesebene und fordern, die im Koalitionsvertrag vereinbarte Einführung einer bundeseinheitlichen, generalistischen Assistenz Ausbildung zeitnah auf den Weg zu bringen.

Tariftreueregelungen

Nach § 72 Absatz 3e haben die Pflegeeinrichtungen, die im Sinne von Absatz 3a an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen bis zum Ablauf des 31. August jeden Jahres die § 72 Absatz 3e Satz 1 Ziffer 1 und 2 aufgeführten Meldepflichten mitzuteilen. Dabei muss sich die Entlohnung der Mitarbeitenden auf den Stichtag 01. August des jeweiligen Jahres beziehen. Die Meldepflicht stellt für die tarifgebundenen bzw. für die an die kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen eine hohe zusätzliche Belastung innerhalb der kurzen Zeitspanne von einem Monat in der Sommerzeit dar. Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege halten es für erforderlich, dass das Portal zur Meldung mindestens 2 Monate geöffnet ist und dadurch die Belastung für die Pflegeeinrichtungen etwas reduziert werden kann. Deshalb ist in § 72 Absatz 3e Satz 1 Nr.2 SGB XI der Stichtag vom 01.08. auf den 01.07. vorzuverlegen.

Änderungsbedarf

In § 72 Absatz 3e Satz 1 Nr.2 SGB XI ist der "1. August des Jahres" durch den "1. Juli des Jahres" zu ersetzen.

§ 28 SGB XI: Leistungen bei Pflegegrad 1

Der vorliegende Gesetzesentwurf nimmt zwar redaktionelle Änderungen in § 28a vor, sieht aber keine Leistungsverbesserungen für den Pflegegrad 1 vor.

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege kritisieren scharf, dass Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 leer ausgehen, da der Entlastungsbetrag nach § 45b nicht erhöht wird. Dies ist nicht hinnehmbar.

Zur Stärkung des häuslichen Pflegearrangements schlagen wir darüber hinaus vor, auch die Verhinderungspflege und das Entlastungsbudget als Leistung für den Pflegegrad 1 zu statuieren.

§ 37 SGB XI: Entfristung der Möglichkeit der Videoberatung

Mit dem Gesetz zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (PfleBoG) vom 01.07.2022 wurden u.a. die folgenden Ergänzungen bei den Beratungsbesuchen in § 37 Absatz 3 SGB XI vorgenommen: „Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person erfolgt im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 30. Juni 2024 jede zweite Beratung abweichend von den Sätzen 1 bis 3 per Videokonferenz. Bei der Durchführung der Videokonferenz sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten.“ Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege hatten sich für eine Verstetigung der sich während Pandemie bewährten digitalen Beratungsbesuche eingesetzt und die Befristung bis Juni 2024 schon damals nicht nachvollziehen können. Dieser Gesetzesentwurf verfolgt die Zielsetzung die Potentiale der Digitalisierung für Pflegebedürftige in der Langzeitpflege zu stärken. Vor diesem Hintergrund halten wir es für erforderlich auch in § 37 Absatz 3 Satz 4 die Befristung aufzuheben.

Änderungsbedarf

§ 37 Absatz 3 Satz 4 ist wie folgt zu formulieren:

Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person erfolgt ~~im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 30. Juni 2024~~ jede zweite Beratung abweichend von den Sätzen 1 bis 3 per Videokonferenz.

§ 38a SGB XI: Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

Ambulant betreute Wohngruppen sind eine vielversprechende Alternative für pflegebedürftige Menschen, die nicht mehr in ihrer eigenen Häuslichkeit verbleiben können, aber nicht in eine stationäre Pflegeeinrichtung einziehen wollen und müssen. Die

Kosten in einer Wohngemeinschaft liegen in der Regel in vergleichbarer Höhe mit denen einer stationären Pflegeeinrichtung. Der Eigenanteil setzt sich aus den Kosten für die Koordination, die konkreten Betreuungsleistungen, Miete und Mietnebenkosten und Lebensmittel zusammen. Diese sind in der Regel unabhängig vom Pflegegrad und liegen bei 2.000 bis 2.800 Euro pro Monat für die Pflegebedürftigen. Pflegebedürftige in Wohngemeinschaften erhalten monatlich einen pauschalen Zuschlag von 214,-€ zur Finanzierung der Präsenzkraft. Dieser Leistungsbetrag wurde seit 2017 nicht erhöht. Aufgrund der gestiegenen Kosten stehen viele ambulant betreute Wohngruppen vor dem Aus.

Daher bedarf es einer deutlichen Erhöhung des pauschalen Zuschlags nach § 38a.

§ 41 SGB XI: Tagespflege und Nachtpflege

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände unterstreichen nochmals, dass der Ausbau der Tages- und Nachtpflege zu einer eigenständigen Leistung nachdrücklich zu begrüßen ist. Wir verweisen in diesem Zusammenhang jedoch auf ein Praxisproblem: Es zeigt sich, dass die Höhe der Beförderungskosten bislang oft nicht ausreichend refinanziert wird. Zu berücksichtigen ist nämlich u.a., dass v.a. für gerontopsychiatrisch veränderte Menschen oftmals eine zweite Person zur Betreuung während der Fahrt oder für die Abholung aus der Wohnung erforderlich ist. Dieser Umstand verhindert entscheidend den weiteren Aufbau von Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen und damit den Ausbau dringend benötigter und stark nachgefragter teilstationärer Strukturen, die entscheidend zur Stärkung der häuslichen Pflege und Entlastung pflegender Angehöriger beitragen können.

Darüber hinaus sind auch die Leistungsbeträge für die Tages- und Nachtpflege anzuheben.

Änderungsbedarf

In § 41 Absatz 1 Satz 2 SGB XI wird klargestellt, dass die Beförderung auch eine zweite Begleitperson erfordern kann. Daher sollen in Satz 2 vor das Wort „notwendige“ die Wörter „im jeweiligen Umfang“ ergänzt werden.

§ 45 SGB XI: Pflegekurse und Schulungen in der Häuslichkeit

Vor dem Hintergrund der stark wachsenden Zahl von zu erwartenden Pflegebedürftigen, insbesondere in den Jahren 2035-2045, und dem sich seit Jahren verschärfenden Personalmangel ist es von essenzieller Bedeutung, die Verhältnisprävention und Quartärprävention zu entwickeln. Bei der Verbesserung der Lebensbedingungen und gesundheitsförderlichen Gestaltung des Umfelds der Menschen tragen auch die Beratungen in der häuslichen Umgebung von Pflegebedürftigen bei, insbesondere bei einem noch niedrigen Pflegegrad 1 oder 2. Neben den Beratungen gem. § 37 Abs. 3



SGB XI richten sich die Beratungen gem. § 45 SGB XI an pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen, die großen Einfluss auf die Lebensbedingungen der pflegebedürftigen Person haben. Aktuell können aufgrund der Verortung der Leistungserbringung bei den Pflegekassen nur unter Glückskonstellationen häusliche Schulungen stattfinden. Es bedarf den Versicherten mit der richtigen Pflegekasse, mit der der ambulante Dienst (bzw. die Trägerorganisation) eine Vereinbarung abgeschlossen hat. Auf diesen Pflegedienst muss nun der Versicherte treffen. Andere Pflegekassen schließen wiederum erst gar keine Vereinbarungen. Das grenzt eher an eine Glückslotterie statt einem regelhaftem Unterstützungs- und Entlastungsangebot für pflegende Angehörige.

Bei den Kursangeboten für pflegende Angehörige und Schulungen in der Häuslichkeit gem. § 45 SGB XI ist eine Beendigung des bestehenden Flickenteppichs und die Sicherstellung eines flächendeckenden niedrighwelligen Zugangs zum unterstützenden Leistungsangebot erforderlich. Dies ist mittels Vereinheitlichung vertraglicher Regelungen der Pflegekassen mit den Leistungserbringern (inkl. Kontrahierungszwang der Pflegekassen bei vorliegenden qualitätsgesicherten Angeboten) erreichbar. Dies ermöglicht den Aufbau eines flächendeckenden Angebotes an Schulungen von allen Pflegekassen und schafft Transparenz für die Versicherten. Statt die Nadel im Heuhaufen zu suchen, kann der Versicherte / pflegende Angehörige sich an die regionalen ambulanten Dienste wenden, die mit allen Pflegekassen abrechnen können. Die Vereinheitlichung vertraglicher Regelungen mit den Pflegekassen bietet den ambulanten Pflegediensten die Möglichkeit, ein entsprechendes Angebot aufzubauen und dient der Entbürokratisierung, da Verhandlungen bzw. Bewerbungen auf Vergabeverfahren mit einzelnen Pflegekassen und Beitrittsverfahren sowie Listenführungen entfallen.

Die Möglichkeit zur Teilnahme an einem Pflegekurs / Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen für pflegende Angehörige darf nicht länger davon abhängen, dass die einzelne Pflegekasse einen Rahmenvertrag mit einzelnen Leistungserbringerverbänden geschlossen hat. Die Vertragsregelung, die überdies eine "Kann"-Regelung darstellt, ist durch einen individuellen Rechtsanspruch zu ersetzen. Die Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflege Tätigkeit interessierten Personen können einen qualifizierten Anbieter wählen.

Änderungsbedarf

~~(1) Die Pflegekassen haben für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflege Tätigkeit interessierte Personen~~ haben Anspruch auf unentgeltliche Schulungskurse, die die Pflegekassen durchzuführen, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt. § 114a Absatz 3a gilt entsprechend. Die Pflegekassen sollen

auch digitale Pflegekurse anbieten; die Pflicht der Pflegekassen zur Durchführung von Schulungskursen nach Satz 1 vor Ort bleibt unberührt.

(2)...(unverändert)

(3) Über die einheitliche Durchführung sowie über die inhaltliche Ausgestaltung der Kurse und Schulung in der Häuslichkeit können haben die Spitzen- oder Landesverbände der Pflegekassen Rahmenvereinbarungen mit den Trägern der Einrichtungen zu schließen, die die Pflegekurse durchführen.

Pflegezeitgesetz/Familienpflegezeitgesetz

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände fordern die Bundesregierung auf, zeitnah einen Entwurf zur Einführung einer Lohnersatzleistung in Höhe des Elterngelds im Rahmen der angekündigten Reform der Familienpflegezeit auf den Weg zu bringen, um wenigstens die erwerbstätigen pflegenden Angehörigen zu entlasten.

Inflationsausgleichsprämie

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege halten eine eindeutige Klarstellung für notwendig, dass die Inflationsausgleichsprämien als Bestandteile tariflicher Vergütung grundsätzlich und flächendeckend in allen Bundesländern als wirtschaftlich anerkannt werden müssen.

Berlin, 08.05.2023

Dr. Gerhard Timm, Geschäftsführer
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Kontakt:

Claus Bölicke, AWO (claus.boelicke@awo.org)

Dr. Elisabeth Fix, DCV (elisabeth.fix@caritas.de)

Erika Stempfle, Diakonie Deutschland (erika.stempfle@diakonie.de)

Thorsten Mittag, Der Paritätische (altenhilfe@paritaet.org)

Benjamin Fehrecke-Harpke, DRK (b.fehrecke@drk.de)

Patrick Wollbold, ZWST (p.wollbold@jg-ffm.de)

Nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung wird weiter erschwert – kinderzahlabhängige Beitragshöhe in geplanter Form nicht umsetzbar

Stellungnahme zum Entwurf zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (PUEG)

8. Mai 2023

Zusammenfassung

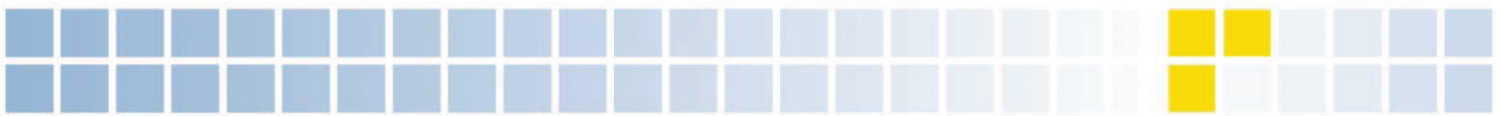
Mit dem Entwurf werden die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung massiv erhöht und die Arbeitgeber sowie die Mehrheit der Versicherten finanziell stark belastet. Zugleich werden die Leistungen der Pflegeversicherung ausgeweitet und damit die Finanzierungsprobleme noch weiter verschärft. Beides zusammen widerspricht dem Gebot der Generationengerechtigkeit, denn die jüngeren, beruflich aktiven Generationen, die zusammen mit ihren Arbeitgebern den größten Teil der Beitragslast zahlen, werden durch die geplanten Änderungen erheblich zusätzlich belastet, während die älteren Generationen, die selbst sehr viel weniger Beiträge geleistet haben, im Ergebnis deutlich profitieren.

Beitragserhöhungen sollen künftig auch am Bundestag vorbei beschlossen werden können. Dabei bedarf gerade die Frage der künftigen Finanzierung der Pflegeversicherung dringend einer parlamentarischen Auseinandersetzung.

Der Entwurf lässt jeglichen Reformwillen vermissen, die langfristige Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung durch nachhaltige Strukturreformen zu gewährleisten. Von Seiten der Arbeitgeber liegen Vorschläge für eine notwendige Pflegereform 2023¹ vor. Ohne grundlegende Strukturreformen, die auch eine Weiterentwicklung der Pflegefinanzierung und der Pflegeinfrastruktur umfassen müssen, droht die Belastung der Arbeitskosten durch Pflegeversicherungsbeiträge in den kommenden Jahren erheblich weiter zu steigen. Die im Entwurf vorgesehenen Maßnahmen treiben die Sozialbeiträge auf fast 41 % - und das, nachdem erst zum Jahreswechsel die 40%-Marke bei den Sozialabgaben gerissen wurde. Gerade in Zeiten hoher Preissteigerungen muss alles getan werden, um zusätzliche Kostenbelastungen im Interesse von Wirtschaft und Bürgern zu verhindern.

Die vorgesehene kinderzahlabhängige Beitragshöhe ist in der im Entwurf vorgesehenen Form weder für die Arbeitgeber noch für andere beitragsabführende Stellen wie die Rentenversicherung nicht in der vorgesehenen Frist umsetzbar. Dies gilt schon deshalb, weil die Arbeitgeber und

¹BDA (2022): Für eine leistungsfähige und finanzierbare soziale Pflegeversicherung - Vorschläge der Arbeitgeber für eine „Pflegereform 2023“ (Stand: 15. November 2022). <https://arbeitgeber.de/wp-content/uploads/2022/12/bda-arbeitgeber-positions-papier-vorschlaege-der-arbeitgeber-fuer-eine-pflegereform-2023-2022-11.pdf> (letzter Abruf 20. März 2023).



die anderen beitragsabführenden Stellen meist nicht über die notwendigen Informationen zur Zahl und zum Alter der Kinder verfügen, da sowohl die Anzahl der Kinder als auch deren Alter für die Abwicklung des Arbeitsverhältnisses regelmäßig keine Rolle spielen. Diese Informationen können auch nur mit einem erheblichen Zeit- und Kostenaufwand eingeholt werden, was bis zum geplanten Inkrafttreten am 1. Juli 2023 nicht zu gewährleisten ist. Insofern muss der Entwurf dringend geändert werden. Sinnvoll wäre, eine Stelle zu schaffen, bei der alle Arbeitgeber und sonstige beitragsabführenden Stellen die Kinderzahl digital abrufen können.

Im Einzelnen

I. Stellungnahme zu den geplanten Änderungen

Beitragsanhebung belastet massiv - nicht „moderat“

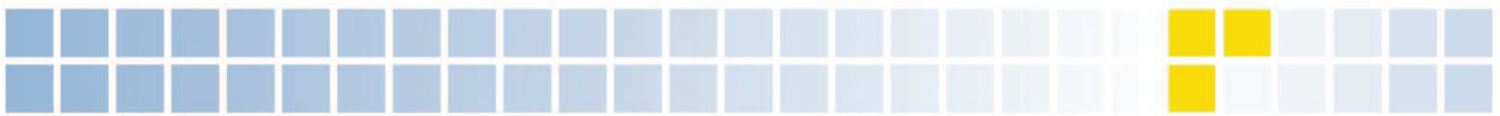
In dem Entwurf wird von einer moderaten Beitragsanhebung (Artikel 21b – § 55 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) gesprochen. Dies entspricht aber nicht den Tatsachen. Tatsächlich sollen die Beiträge nach dem Entwurf ab 2024 um 6,6 Mrd. € jährlich angehoben werden, was einem Anstieg der Beitragslast um über 10 % entspricht. Ein solcher Beitragsanstieg ist keineswegs „moderat“, wie dies im Koalitionsvertrag vereinbart wurde, zumal die Beiträge zur Pflegeversicherung ohnehin derzeit aufgrund des Anstiegs der Beitragsbemessungsgrundlage infolge höherer Löhne, Gehälter und Renten um rund 5 % jährlich steigen.

Die ohnehin extrem hohe Abgabenbelastung auf Löhne und Gehälter in Deutschland² darf nicht noch weiter nach oben getrieben werden. In kaum einem anderen Land bleibt den Beschäftigten so wenig von ihrem erwirtschafteten Einkommen wie in Deutschland. Die hohen Sozialbeiträge sind bei Durchschnittsverdienenden für einen Großteil der Abgabenlast auf Löhne und Gehälter verantwortlich. Gerade in der aktuellen Phase der wirtschaftlichen Unsicherheit, in der Wirtschaft und Bürgerinnen und Bürger massiv unter Preissteigerungen leiden, darf es keine zusätzlichen Belastungen durch höhere Sozialbeiträge geben. Der demografisch bedingte immer stärker werdende Fach- und Arbeitskräftemangel darf nicht auch noch mit steigenden Lohnzusatzkosten einhergehen. Nur bei einer dauerhaften und verlässlichen Begrenzung der Steuer- und Abgabenbelastung des Faktors Arbeit wird der Wirtschaftsstandort Deutschland attraktiv bleiben.

Keine Beitragsanhebungen am Bundestag vorbei ermöglichen

Die im Entwurf vorgesehene Rechtsverordnungsermächtigung für die Bundesregierung zur Anpassung des Beitragssatzes für Fälle eines kurzfristigen Liquiditätsbedarfs (Nummer 21b - § 55 Abs.1 Satz 2 SGB XI) schwächt das Demokratieprinzip und ist abzulehnen. Der Bundesregierung wäre es damit möglich, ohne jegliche Anhörung von Verbänden und ohne Einbeziehung des Bundestags kurzfristig die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung zu erhöhen. Die Möglichkeit zum „unauffälligen“ Erhöhen der Beiträge unterbindet die notwendige politische Debatte über die künftige Finanzierung der Pflegeversicherung und verringert zugleich den Reformdruck. Statt die Beiträge immer weiter zu erhöhen ist es notwendig, die seit langem überfälligen Strukturreformen in der Pflegeversicherung anzugehen.

²OECD (2022): Taxing Wages 2022 vom 24. Mai 2022, S. 16. <https://read.oecd.org/10.1787/f7f1e68a-en?format=pdf> (letzter Abruf 20. März 2022).



Angesichts der im Entwurf enthaltenen Leistungsausweitungen, der demografisch bedingt wachsenden Zahl von Pflegebedürftigen und fehlenden Reformen ist schon jetzt absehbar, dass die Bundesregierung von der Verordnungsermächtigung schon bald mehrfach Gebrauch machen würde.

Verglichen mit den Regelungen in der Rentenversicherung würde die jetzt vorgesehene Verordnungsermächtigung zur Erhöhung der Pflegeversicherungsbeiträge der Bundesregierung deutlich weitergehende Befugnisse einräumen. So darf der Beitragssatz in der Rente nur insoweit erhöht werden, wie dies erforderlich ist, um zu verhindern, dass die Mittel der Nachhaltigkeitsrücklage im jeweiligen Jahr das 0,2-fache der durchschnittlichen Ausgaben zu eigenen Lasten der Träger der allgemeinen Rentenversicherung für einen Kalendermonat (Mindestrücklage) voraussichtlich unterschreiten. Solche strengen formalen Regeln fehlen für die Verordnungsermächtigung nach dem Entwurf für die Pflegeversicherung komplett. Zudem fehlt im Recht der sozialen Pflegeversicherung anders als im Rentenrecht eine Pflicht zur Vorlage von Reformvorschlägen, falls perspektivisch eine definierte Beitragshöhe zu überschreiten droht. Die Bundesregierung hätte nach den vorliegenden Plänen in der Pflege vielmehr nahezu freie Hand, Finanzbedarfen per Verordnung mit immer weiteren Beitragssatzanhebungen zu begegnen.

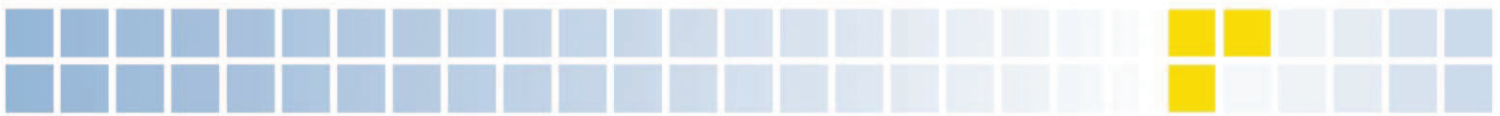
Die im Entwurf vorgesehene Verordnungsermächtigung ist auch nicht vergleichbar mit der Verordnungsermächtigung zur Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Festlegung der tatsächlichen Zusatzbeiträge der einzelnen Krankenkassen erfolgt individuell durch die Selbstverwaltung der Krankenkassen, so dass die Beitragszahlenden über die Verwaltungsräte der Krankenkassen an der Festlegung der Höhe der Beiträge beteiligt sind. Zudem setzt der in der gesetzlichen Krankenversicherung bestehende Wettbewerb um Versicherte Beitragssatzanhebungen eine Grenze, anders als in der als Einheitsversicherung konzipierten sozialen Pflegeversicherung.

Geplante Leistungsausweitungen nicht einmal kurzfristig finanzierbar

Der Entwurf zum Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz sieht verschiedene Leistungsausweitungen vor. Die undifferenzierten Leistungsausweitungen gehen zu Lasten der jüngeren Generationen und werden die Finanzierung der Pflegeversicherung weiter in Schieflage bringen.

Zudem sind die im Entwurf vorgesehenen Maßnahmen nur unzureichend gegenfinanziert. Die laufenden Defizite der Pflegeversicherung werden nicht berücksichtigt, ebenso wie die steigende Anzahl der Pflegebedürftigen und die Dynamik der Pflegekosten. Rechnet man alle diese Faktoren mit ein, werden die Finanzen der Pflegeversicherung trotz der geplanten massiven Beitragssteigerung bereits im Jahr 2024 (!) wieder im Minus sein. Weitere Beitragssatzsteigerungen wären daher vorprogrammiert.

Erhebliche Ausgabensteigerungen entstehen insbesondere durch die Wirkung der Zuschläge für die stationäre Pflege (§ 43c SGB XI). Diese Leistungsausweitung ist im Koalitionsvertrag jedoch überhaupt nicht vorgesehen und abzulehnen. Sie birgt hohe Kostenrisiken und bahnt den Weg in Richtung Vollversicherung. Die soziale Pflegeversicherung ist jedoch richtigerweise als Teilleistungsversicherung konzipiert, bei der ein Teil der tatsächlich anfallenden Pflegekosten von den Pflegebedürftigen selbst getragen werden muss. Ein Übergang zu einer gesetzlichen Vollversicherung für die Pflegekosten und selbst eine regelmäßige Anpassung der jetzigen Pflegeleistungen mit der Wachstumsrate der (Brutto-)Löhne ist angesichts der demografischen Alterung nicht finanzierbar. Eine Anpassung der Pflegeleistungen muss mit Augenmaß erfolgen, damit die demografisch bedingte Zunahme der Anzahl der Pflegebedürftigen für die Pflegeversicherung weiterhin finanzierbar bleibt und gleichzeitig ein gutes Sicherungsniveau für das Pfl-



gebedürftigkeitsrisiko gegeben ist. Hierzu braucht es eine nachhaltige und zukunftsfeste Finanzierungssystematik. Vor diesem Hintergrund ist die nun vorgesehene Verpflichtung des Bundesministeriums für Gesundheit, bis zum 31. Mai 2024 Empfehlungen für eine stabile und dauerhafte Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung vorzulegen und dabei insbesondere auch die Ausgabenseite der sozialen Pflegeversicherung zu betrachten, notwendig und überfällig.

Kinderzahlabhängige Beitragsentlastung durch Steuern gegenfinanzieren

Die vom Bundesverfassungsgericht angemahnte Beitragsentlastung von Eltern sollte durch Steuermittel gegenfinanziert werden. Die Sozialversicherung eignet sich nicht als Instrument für familienpolitische Umverteilung, denn nicht alle Bürger und Einkommen sind in die Sozialversicherung einbezogen. Der im gesamtgesellschaftlichen Interesse liegende Familienleistungsausgleich darf nicht systemwidrig innerhalb des Beitragssystems finanziert werden.

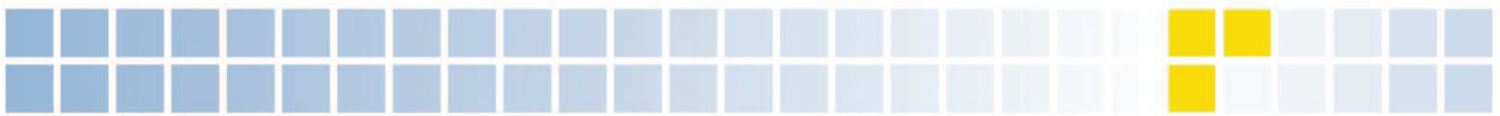
Geplantes Verfahren zur kinderzahlabhängigen Beitragsentlastung nicht in geplanter Frist umsetzbar

Die Umsetzung einer Beitragsdifferenzierung nach Kinderzahl ist in der geplanten Form weder für die Arbeitgeber noch für andere beitragsabführende Stellen, wie die Rentenversicherung oder Pflegekassen, in der geplanten Frist umsetzbar. In den meisten Fällen verfügen die Arbeitgeber nicht über die nach dem Entwurf notwendigen Informationen zur Kinderzahl ihrer Beschäftigten und deren Alter, da sowohl die Anzahl der Kinder als auch deren Alter für die Abwicklung des Arbeitsverhältnisses regelmäßig keine Rolle spielen. Die bisher geübte unbürokratische Praxis der Berücksichtigung der Meldungen eines Kinderfreibetrages über die elektronischen Lohnsteuerabzugsmerkmale (ELStAM) für die Berechnung der Pflegebeiträge, die jedenfalls in den meisten Fällen ausreichte, ist zur differenzierten Erfassung der Anzahl der Kinder in der aktuellen Ausgestaltung ungeeignet. Die vorliegenden Kinderfreibeträge im Lohnsteuerabzugsverfahren werden zwar aus der Kinderanzahl gebildet, lassen jedoch aus verschiedenen Gründen keinen verlässlichen Rückschluss auf die Kinderzahl und deren Alter zu.

Nach dem Entwurf müssten die Arbeitgeber künftig in der Regel bei ihren Beschäftigten Nachweise über die Zahl und das Alter ihrer Kinder einfordern (z. B. Geburtsurkunden) und diese Unterlagen zu Überprüfungs Zwecken auch bei sich abspeichern. Die Ausführungen zum Erfüllungsaufwand im Entwurf (S. 46) erwecken allerdings den Eindruck, dass der Bundesregierung diese Notwendigkeit unbekannt war, denn danach wird offenbar davon ausgegangen, der Arbeitgeber würde bereits über die notwendigen Informationen zur Kinderzahl der Beschäftigten verfügen. Dabei hatte die BDA das Bundesgesundheitsministerium bereits frühzeitig und wiederholt darauf hingewiesen, dass dies nicht der Fall ist und vor der drohenden Bürokratiebelastung gewarnt.

Der im Entwurf angegebene einmalige Erfüllungsaufwand von rund 100 Mio. € für Arbeitgeber mit 34,5 Mio. Pflichtmitgliedern und 6,1 Mio. freiwillig Versicherten ist daher auch deutlich zu gering bemessen und wird auch nicht zu leisten sein:

- Der Entwurf übersieht, dass Arbeitgeber zunächst einmal dafür sorgen müssen, dass ihnen ihre Beschäftigten die benötigten Nachweise zur Kinderzahl und dem Alter der Kinder zur Verfügung stellen. Dies erfordert ein gesondertes Verfahren, für das Arbeitgeber keine zusätzlichen Personalkapazitäten vorhalten. Die Einforderung von Geburtsnachweisen ist keineswegs einfach, zumal diese Nachweise z. B. auch von vorübergehend ins Ausland entsandten oder von erkrankten Beschäftigten eingefordert werden müssen. Die nun vorgesehene Begrenzung des Abschlags auf Kinder, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet

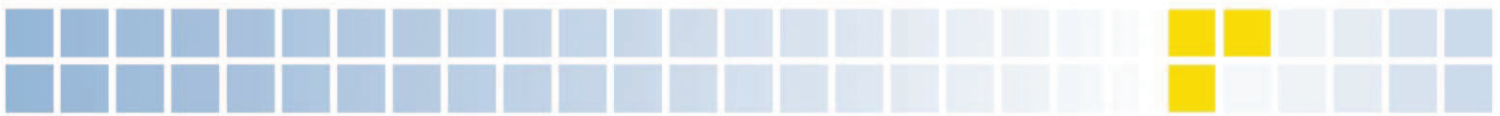


haben, macht das Verfahren für die Arbeitgeber nochmals aufwendiger, da zum einen zusätzlich auch das Alter der Kinder erfasst und vorgehalten und programmtechnisch umgesetzt werden muss und zum anderen nicht alle bisher zulässigen Nachweise auch das Alter der Kinder erkennen lassen und damit gängige Nachweisarten zukünftig wegfallen dürften.

- Zudem müssten Arbeitgeber auch von ehemaligen Beschäftigten, denen sie eine Betriebsrente zahlen, Geburtsnachweise einfordern, wenn die Betriebsrente den geltenden Freibetrag überschreitet. Die quantitative Bedeutung von Betriebsrentnern sollte nicht unterschätzt werden, obwohl sie von Arbeitgeber zu Arbeitgeber sehr unterschiedlich ist. Gerade große, langjährig bestehende Unternehmen haben oftmals mehr Betriebsrentner als aktiv Beschäftigte.
- Eine weitere Herausforderung besteht darin, dass nicht alle Beschäftigten über Geburtsnachweise ihrer Kinder verfügen. Gerade bei Geschiedenen oder bei Eltern verstorbener Kinder dürfte dies häufig der Fall sein. Vielfach werden die Geburtsnachweise (z. B. bei den Standesämtern) erst eingefordert werden müssen, was mit einem Zeitverzug verbunden ist.
- Wenn die Nachweise erst einmal von den Beschäftigten beigebracht worden sind, müssen sie von den Arbeitgebern auf ihre Eignung geprüft werden. Dabei können bei im Ausland geborenen Kindern Übersetzungen erforderlich werden. Zudem müssen die Nachweise dann eingescannt und die Daten in die Entgeltabrechnungssysteme eingepflegt werden. All dies ist keineswegs in 5 Minuten pro Fall zu leisten, wie der Entwurf behauptet.
- Arbeitgeber müssen bei der monatlichen Berechnung und Abführung der Pflegeversicherungsbeiträge die Überschreitung des 25. Lebensjahres regelmäßig prüfen und ggf. korrigieren.

Schon aus zeitlichen Gründen wird der zur Umsetzung notwendige Aufwand nicht zu leisten sein, denn dafür ist der Zeitraum bis zum geplanten Inkrafttreten des Gesetzes am 1. Juli 2023 viel zu kurz:

- Das gilt bereits deshalb, weil die Arbeitgeber aus datenschutzrechtlichen Gründen erst nach dem Gesetzesbeschluss anfangen dürfen, die Zahl und das Alter der Kinder von ihren Beschäftigten zu erfassen. Denn ohne gesetzliche Grundlage dürfen Arbeitgeber keine personenbezogenen Daten erfassen, die sie nicht benötigen. Da realistisch aber kaum vor Juni 2023 mit einem Gesetzesbeschluss zu rechnen ist, bliebe den Arbeitgebern nur ein paar Wochen für die Umsetzung.
- Die Arbeitgeber können aber auch nach dem Gesetzesbeschluss noch nicht mit der Umsetzung der Beitragsdifferenzierung nach Kinderzahl starten. Denn dies ist erst dann möglich, wenn auch Entgeltabrechnungsprogramme zur Verfügung stehen, in die die Kinderzahl und das Alter der Kinder eingepflegt werden können. Die Arbeitgeber dürfen zur Entgeltabrechnung nur besondere, von den Krankenkassen zertifizierte Programme nutzen. Sie selbst können und dürfen die für kinderzahlabhängige Pflegebeiträge notwendigen IT-Änderungen nicht vornehmen. Angepasste Entgeltabrechnungsprogramme stehen regelmäßig erst Monate nach der Beschlussfassung eines Gesetzes zur Verfügung, da die Programmierungen das Ende der Gesetzesberatungen und auch die Klärung der wichtigsten Auslegungsfragen abwarten müssen. Ein solcher zeitlicher Vorlauf ist auch notwendig, damit sichergestellt ist, dass die Programme das notwendige hohe Qualitätsniveau aufweisen und von Anfang an stabil laufen.



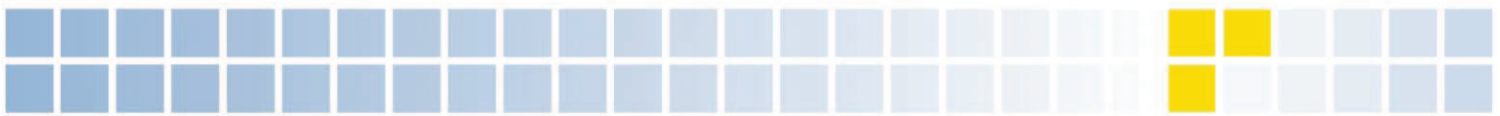
- Zudem ist zu berücksichtigen, dass Updates der Entgeltabrechnungsprogramme in festen Zyklen jeweils zum 1. Januar und zum 1. Juli eines jeden Jahres erfolgen. Jede unterjährige Änderung in den Entgeltabrechnungsprogrammen führt stets zu höherem Aufwand für die Arbeitgeber und vor allem auch zu höheren Kosten.
- Wenn die neuen Entgeltabrechnungsprogramme vorliegen, benötigen die Arbeitgeber die für die Umsetzung des neuen Beitragsverfahrens notwendigen Arbeitskräfte. Dies wird nicht immer allein von den Bestandsbeschäftigten erledigt werden können, dafür ist dieser Aufwand zu groß. Allerdings dürfte es schwer werden, kurzfristig geeignetes Personal auf dem aktuellen Arbeitsmarkt für die Entgeltabrechnung zu finden, zumal alle Arbeitgeber zeitgleich die gleiche Herausforderung trifft. Geht man in Bezug auf die Erhebung der notwendigen Daten von einem durchschnittlichen Zeitaufwand von nur 15 Minuten pro Elternteil und nur rd. 10 Mio. sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit Kindern aus, fällt insgesamt ein Aufwand von rd. 15.600 Personenmonaten an. Bei einer aktuell vorgesehenen Übergangsfrist von 6 Monaten, von denen nach Abzug der notwendigen Maßnahmen zur Personalrekrutierung nur ca. 4 Monate zur Erhebung bleiben würden, würde das rechnerisch die zusätzliche Einstellung von ca. 4.000 Vollzeitkräften allein zur Erfassung der notwendigen Unterlagen bedeuten (die mit Blick auf die Arbeitsmarktlage aber nicht zu realisieren wäre). Dazu kämen notwendige Personalressourcen für die betriebsinterne IT-seitige Umsetzung und die laufende Pflege der Daten.

Im Ergebnis wird sich die im Gesetzentwurf verlangte Berechnung der Pflegebeiträge nicht fristgemäß zum geplanten Inkrafttreten umsetzen lassen, so dass die korrekte Auszahlung der Juli-Gehälter bei vielen der mehr als 34 Mio. pflichtversicherten Beschäftigten gefährdet ist. Falsche Abrechnungen mit nachträglichem Korrektur- und Rückrechnungsbedarf gehen zu Lasten aller Beteiligten und müssen in jedem Fall vermieden werden.

Es ist nicht nachvollziehbar, warum erst so spät ein Vorschlag zur Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts, der seit dem 7. April 2022 vorliegt und dem Gesetzgeber eine Frist zur Neuregelung bis zum 31. Juli 2023 einräumt, vorgelegt wird, dieser Vorschlag dann auch noch die praktischen Umsetzungsprobleme ignoriert und keine digitale Umsetzung ermöglicht.

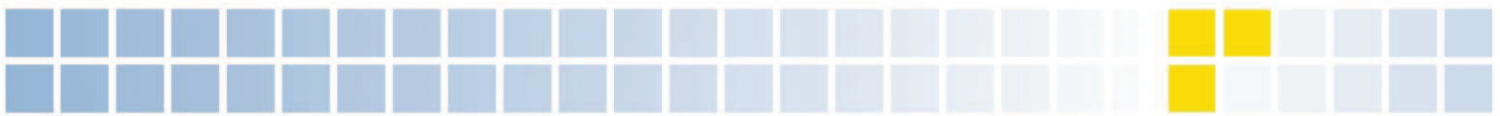
Digitale Umsetzung der kinderzahlabhängigen Beitragsdifferenzierung ermöglichen und auf ausreichenden zeitlichen Vorlauf achten

- **Zentrale Stelle zum Abruf der Kinderzahl einrichten:** Statt auf das millionenfach erforderliche Einscannen von Geburtsnachweisen zu setzen, sollte der Gesetzgeber eine digitale Umsetzung der kinderzahlabhängigen Beitragshöhe in der Pflegeversicherung anstreben. Die Arbeitgeber und alle anderen beitragsabführenden Stellen sollten die Informationen zur Elterneigenschaft sowie zur Anzahl der Kinder bei einer digitalen Stelle abrufen können. In Betracht kommt dazu insbesondere die Finanzverwaltung, weil sie bereits über viele Informationen zur Kinderzahl verfügt und die Arbeitgeber und auch die Rentenversicherung, die nach den Arbeitgebern zweitwichtigste beitragsabführende Stelle, schon heute zu ihr über elektronische Datenaustauschverfahren (ELStAM) unterhalten. Mit der Bereitstellung der Daten über eine digitale Abrufstelle würde der Gesetzgeber auch seinen in der Digitalstrategie festgelegten Open-Data-Verpflichtungen nachkommen. Alternativ könnten die Familienkasse oder die Pflegekasse mit dem Aufbau eines digitalen Registers beauftragt werden, aus dem die zur Beitragsberechnung erforderlichen Informationen zur Kinderzahl abgerufen werden können bzw. es könnte die Anbindung der Arbeitgeber über die DSRV (Datenstelle der Rentenversicherung) an die ZfA (Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen) genutzt werden.



Der Abruf bei einer zentralen Stelle hätte nicht nur für alle beitragsabführenden Stellen, sondern auch für die Versicherten Vorteile, denn viele Versicherte müssten nach dem aktuellen Entwurf die Geburtsnachweise mehrfach einreichen. Insbesondere bei Mehrfachbeschäftigten oder bei zur Rente hinzuverdienenden Beschäftigten kann nach dem Entwurf die mehrfache Einreichung von Geburtsnachweisen erforderlich sein, was durch eine digitale Stelle überflüssig würde. Zudem würde eine digitale Abrufstelle dem Gebot der Datensparsamkeit und dem Grundsatz, Daten möglichst immer nur einmal zu erheben, entsprechen. Vor diesem Hintergrund ist der nun vorgesehene Prüfauftrag für eine möglichst zeitnahe Schaffung eines einheitlichen, zentralisierten und digitalisierten Verfahrens, das die beitragsabführenden Stellen so weit wie möglich vor zusätzlichem Aufwand entlasten soll, richtig. Die vom Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales bis zum 1. Juli 2023 vorzulegenden Vorschläge kommen jedoch zu spät für eine Umsetzung zum geplanten Inkrafttreten. Damit würden die bürokratischen Lasten die Arbeitgeber zunächst in vollem Umfang treffen.

- **Umsetzungsfrist ausschöpfen:** Die vom Bundesverfassungsgericht gesetzte Umsetzungsfrist muss voll ausgeschöpft werden. Ein Inkrafttreten der Neuregelung zum 1. Juli 2023, wie im jetzigen Entwurf vorgesehen, hat das Bundesverfassungsgericht nicht verlangt. Vielmehr hat es lediglich gefordert, dass der Gesetzgeber bis 31. Juli 2023 eine Neuregelung trifft.
- **Keine rückwirkende Umsetzung:** Keine Option kann es sein, den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts rückwirkend umzusetzen, denn Rückrechnungen und nachträgliche Korrekturen von Entgeltabrechnungen sind mit einem extrem hohen Aufwand verbunden. Die im aktuellen Entwurf vorgesehene Übergangsfrist von 6 Monaten vergrößert den bürokratischen Aufwand für die Arbeitgeber noch weiter, da sie in vielen Fällen faktisch ein „rückwirkendes“ In-Kraft-Treten der Regelung bedeutet. Die Arbeitgeber müssten für diese 6 Monate rückwirkend für alle Beschäftigten mit Kind die Löhne- und Gehälter rückrechnen und korrigieren und für jeden Monat eine neue Lohn-/Gehaltsabrechnung ausstellen und zum Teil ausdrucken und versenden. Dazu kommen notwendige zusätzliche Rechenkapazitäten für die Rückrechnungen, die – je nach Beschäftigtenzahl – zu sehr langen Laufzeiten und notwendigen hohen Rechenleistungen führen. Darüber hinaus ist eine rückwirkende Umsetzung auch technisch aufgrund der geringen Abrechnungstiefe der Lohnabrechnungsprogramme allerhöchstens in einem sehr begrenzten Umfang möglich. Die Gemeinsamen Grundsätze für die Systemprüfung nach § 22 Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung (DEÜV) regeln, dass Rückrechnungen/Beitragskorrekturen bis zum April des Vorjahres programmgesteuert vorzusehen sind. Viele Abrechnungsprogramme verfügen über keine größere Abrechnungstiefe als diese Mindestvorgabe. Bei einer Ausweitung der Rückrechnungstiefe in den Entgeltabrechnungsprogrammen müssten diese anschließend auch erneut von der ITSG geprüft und zertifiziert werden. Weitere Probleme würden auch bei einem Systemwechsel der Programme oder einem Arbeitsplatzwechsel der Beschäftigten auftreten. Selbst wenn eine Korrektur des Pflegeversicherungsbeitrages rückwirkend möglich wäre, ist eine steuerliche Korrektur nicht mehr möglich, d. h. betroffene Beschäftigte müssten mit einer Einkommensteuerveranlagung zusätzlich an die zuständigen Finanzbehörden herantreten.
- **Zur Not Selbstauskünfte genügen lassen:** Soweit ein Abruf der Kinderzahl bei einer digitalen Abrufstelle zunächst nicht in allen Fällen gewährleistet werden kann, sollte als absolute Notlösung – obwohl auch diese mit erheblichem bürokratischem Aufwand verbunden wäre – für die Erfassung der Kinderanzahl eine unterschriebene Selbstauskunft der Beschäftigten zur Anzahl der Kinder ausreichen. Diese könnte dann zu den Personalunterlagen genommen werden. Die Lösung wäre jedenfalls aufwandsärmer als Geburtsnachweise anderer Stellen einzuholen und zu prüfen. Für diese Fälle müsste die Haftung der Arbeitgeber bei falscher Auskunft durch die Beschäftigten ausgeschlossen werden. Ebenso müsste sichergestellt



werden, dass Beschäftigte, die ihre Elterneigenschaft trotz Aufforderung des Arbeitgebers nicht oder verspätet nachweisen, nicht im Nachhinein eine Beitragsrückerstattung zu Lasten des Arbeitgebers verlangen dürfen.

Vor dem Hintergrund, dass die Arbeitgeber unentgeltlich umfangreiche, ständig weiterwachsende und mit einem hohen Kostenaufwand verbundene Verwaltungsarbeit für die Sozialversicherung leisten, muss der bürokratische Aufwand zur Umsetzung der kinderzahlabhängigen Beitragshöhe in der Pflegeversicherung so unbürokratisch wie möglich erfolgen. Das komplexe Melde- und Beitragsrecht verursacht bei den Arbeitgebern schon heute einen hohen Bürokratie- und Kostenaufwand. Die automatisierten Meldungen im Bereich der sozialen Sicherung stellen mit rund 400 Mio. Meldevorgängen im Jahr eines der größten und komplexesten Datenübermittlungsverfahren zwischen den Arbeitgebern und öffentlichen Stellen dar. Rund 2,6 Mrd. € kostet die Arbeitgeber die Ermittlung und Zahlung der Sozialversicherungsbeiträge im Jahr. Eine weiter steigende bürokratische Belastung muss daher vermieden werden. Auch das Bundesverfassungsgericht hat darauf hingewiesen, dass die Berücksichtigung der Kinderzahl nicht zu einem unverhältnismäßigen Verwaltungsaufwand bei den Arbeitgebern führen darf.

II. Weiterer Änderungsbedarf

Aktualisierung und Anpassung der Beitragsverfahrensverordnung (BVV) erforderlich

Die Verordnung über die Berechnung, Zahlung, Weiterleitung, Abrechnung und Prüfung des Gesamtsozialversicherungsbeitrages muss im Hinblick auf die neue Berechnung des Pflegeversicherungsbeitrages in § 2 Abs. 1 Satz 4 BVV (fehlende Begrifflichkeit „Beitragsabschlag“) nachgeschärft und aktualisiert werden. Der aktualisierte Entwurf hat die fehlende Begrifflichkeit „Beitragsabschlag“ leider nur im § 2 Abs.2 BVV für Fälle des Übergangsbereichs berücksichtigt.

Anpassungen im Einkommensteuergesetz vornehmen

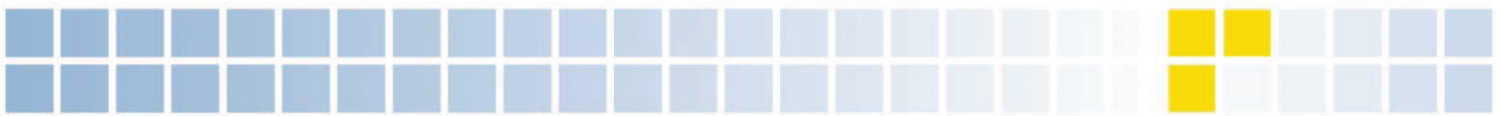
Es sind sowohl eine Veränderung zur Anwendung der Vorsorgepauschale (§ 39b EStG) als auch im maschinellen Lohnsteuerjahresausgleich (§ 42b EStG) erforderlich.

Auswirkung der Änderung der Pflegeversicherungsbeiträge im Datenaustausch zwischen Arbeitgebern und der Gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigen

Eine Veränderung der Pflegeversicherungsbeiträge hat nicht nur Auswirkungen auf die korrekte Beitragsabführung an die Einzugsstellen, sondern muss auch in den Entgeltabrechnungsprogrammen für weiterführende notwendige Meldungen der Arbeitgeber, wie z. B. bei Entgeltersatzleistungen (Krankengeld, Übergangsgeld etc.) berücksichtigt werden. Dies erfordert u. a. eine rechtzeitige Anpassung der Gemeinsamen Grundsätze für die Erstattung der Mitteilungen im Rahmen des Datenaustausches Entgeltersatzleistungen (§ 107 SGB IV) und der Grundsätze für den Datenaustausch Entgeltersatzleistungen der Bundesagentur für Arbeit nach § 108 Abs.1 SGB IV (BA BEA), rvBEA und euBP, um rückwirkende Korrekturen zu vermeiden.

Dringend notwendige Strukturreformen angehen

Der Entwurf zum Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz setzt lediglich darauf, Beiträge zu erhöhen und Leistungen auszuweiten, anstatt endlich notwendige und nachhaltige Strukturreformen anzugehen, damit die soziale Pflegeversicherung auch zukünftig finanzierbar bleibt.



Um die Zeit zu überbrücken, bis echte Strukturreformen im Pflegebereich wirken, müssen zeitnah Maßnahmen ergriffen werden, damit die Beitragssätze in der Pflegeversicherung konstant gehalten werden können. Vorrangig sollten zwei im Koalitionsvertrag dem Grundsatz nach vereinbarte Vorhaben umgesetzt werden:

- **Finanzierung der Rentenbeiträge für pflegende Angehörige durch den Bund** (ca. 2,4 Mrd. €). Durch die Zahlung von Beiträgen an die gesetzliche Rentenversicherung für pflegende Angehörige durch die Pflegekassen soll Sorgearbeit honoriert werden, indem pflegende Angehörige ohne eigene Beiträge einen Rentenanspruch erwerben können. Dabei handelt es sich um eine versicherungsfremde Leistung, die entsprechend – wie die Rentenbeiträge für Kindererziehungszeiten – aus Bundesmitteln zu finanzieren ist.
- **Ausgleich der pandemiebedingten Zusatzkosten** durch den Bund (ca. 4 Mrd. €), damit die Pflegekassen die Mittel zurückerhalten, die sie aufgrund von gesetzlichen Vorgaben pandemiebedingt zusätzlich aufgewendet haben.

Langfristig sind insbesondere folgende Maßnahmen zur Sicherung der Finanzierbarkeit und Leistungsfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung erforderlich:

- **Nachhaltigkeitsfaktor einführen**

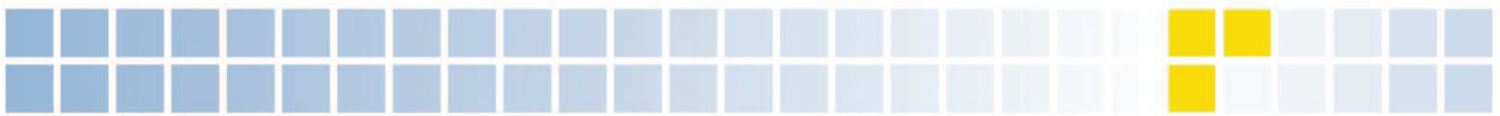
Die soziale Pflegeversicherung ist richtigerweise als Teilleistungsversicherung konzipiert, bei der ein Teil der tatsächlich anfallenden Pflegekosten von den Pflegebedürftigen selbst getragen werden muss. Ein Übergang zu einer gesetzlichen Vollversicherung für die Pflegekosten und selbst eine regelmäßige Anpassung der jetzigen Pflegeleistungen mit der Wachstumsrate der (Brutto-)Löhne ist angesichts der demografischen Alterung nicht finanzierbar. Andererseits ist auch ein Verzicht auf eine Anpassung der Pflegeleistungen keine Alternative, weil dadurch das Sicherungsniveau für das Pflegebedürftigkeitsrisiko mit der Zeit stark sinken würde.

Um hier zu einem Ausgleich zu kommen, sollte in Anlehnung an den Stabilisierungsmechanismus in der gesetzlichen Rentenversicherung auch in der Sozialen Pflegeversicherung ein Nachhaltigkeitsfaktor eingeführt werden, wie ihn auch die BDA-Kommission „Zukunft der Sozialversicherung“ vorschlägt³. Ein solcher Mechanismus würde auch weitere Erhöhungen der Pflegeleistungen zulassen, aber die Anpassungen dämpfen, wenn die Anzahl der Pflegebedürftigen stärker steigt als die der Beitragszahlenden. Damit wäre eine systematische und regelgebundene Anpassung der Pflegeleistungen, die die finanzielle Belastung des Systems berücksichtigt und den Beitragssatz nicht zu sehr unter Druck setzt, möglich.

- **Eigenverantwortung ausbauen**

Vor dem Hintergrund, dass die soziale Pflegeversicherung auch in der Zukunft nur eine Teilleistungsabsicherung bieten kann, sollte die ergänzende private kapitalgedeckte Vorsorge ausgebaut werden. Mit einem Ausbau der privaten kapitalgedeckten Vorsorge wird auch mehr Generationengerechtigkeit erreicht, denn die geburtenstarken Jahrgänge 1957 bis 1969 werden auch noch selbst an den hohen Pflegeausgaben ihrer Generation beteiligt. Zwar nähern sie sich allmählich der Rente, der Großteil der Pflegeleistungen fällt aber erst 15 bis 20 Jahre nach Renteneintritt an. Deshalb kann diese Altersgruppe – im Gegensatz zur Rente – auch noch wirksam für das eigene Pflegerisiko vorsorgen.

³ Werding et al. (2020): Bericht der BDA-Kommission „Zukunft der Sozialversicherungen: Beitragsbelastung dauerhaft begrenzen“ vom 29. Juli 2020, S. 74. https://arbeitgeber.de/wp-content/uploads/2020/12/bda-arbeitgeber-broschuere-zukunft_der_sozialversicherung-2020_07.pdf (letzter Abruf 26. Oktober 2022).



- **Digitalisierung entschlossener vorantreiben**

Die Digitalisierung kann Prozesse effizienter gestalten und die Versorgung in der Pflege verbessern. Die jetzt vorgesehene Schaffung eines „Kompetenzzentrums Digitalisierung in der Pflege“ sowie die Einrichtung eines Informationsportals zur Identifikation freier Plätze in Pflegeeinrichtungen gehen in die richtige Richtung. Die elektronische Patientenakte (ePA) und digitale Gesundheitsanwendungen können darüber hinaus einen Beitrag leisten. Um auch diese Vorteile nutzen zu können, müssen alle Leistungserbringenden an die Telematikinfrastruktur (TI) angebunden werden und die ePA nutzen. Nur so kann die Zahl der Versicherten mit einer ePA erheblich vergrößert und mithilfe der ePA die Versorgungsprozesse effizienter gestaltet und die Qualität der Versorgung verbessert werden.

- **Vertragsspielräume für die Pflegekassen schaffen**

In der sozialen Pflegeversicherung müssen der Kosten-, Preis- und Qualitätswettbewerb zur Erzielung kostengünstiger, qualitativ hochwertiger und leistungsfähiger Versorgungsstrukturen verstärkt werden. Daher benötigen die Pflegekassen größere vertragliche Gestaltungsspielräume mit den Leistungsanbietern. Statt einheitlichem und gemeinsamem Handeln aller Pflegekassen muss Vertragsfreiheit gelten. Die Leistungsbedingungen in der ambulanten und stationären Pflege dürfen nicht länger das Ergebnis eines Monopols der Pflegekassen sein, sondern müssen von jeder Pflegekasse frei mit den Leistungsanbietern – Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen – ausgehandelt werden können. Um Preissenkungsspielräume konsequent zu erschließen, sollten die einzelnen Pflegekassen künftig zudem nicht mehr nur über feste Leistungssätze (bzw. Festpreise für Einzelleistungen) mit den Leistungsanbietern verhandeln können, sondern auch über den Gesamtpreis der zu erbringenden Pflegeleistungen.

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER

Bundesvereinigung der
Deutschen Arbeitgeberverbände

Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

soziale.sicherung@arbeitgeber.de

Die BDA organisiert als Spitzenverband die sozial- und wirtschaftspolitischen Interessen der gesamten deutschen Wirtschaft. Wir bündeln die Interessen von einer Million Betrieben mit rund 30,5 Millionen Beschäftigten. Diese Betriebe sind der BDA durch freiwillige Mitgliedschaft in Arbeitgeberverbänden verbunden.



**Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e.V. (bpa)**

Stellungnahme

zum

**Gesetzentwurf
der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP
für ein**

**Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege
(Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)**

Bundestags-Drucksache 20/6544

und zum

Antrag von Ates Gürpınar u.a. und der Fraktion DIE LINKE.

Gute Pflege stabil finanzieren

Bundestags-Drucksache 20/6546

sowie zum

Antrag von Martin Sichert u.a. und der Fraktion der AfD

**Pflegeversicherung – Bürokratie abbauen, Pflegebedürftige und
ihre Angehörigen entlasten**

Bundestags-Drucksache 20/4669

Berlin, 08. Mai 2023

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
Zusammenfassung	4
• Wirtschaftlichkeit der Pflegeeinrichtungen sichern	4
• Leiharbeit und Springerpools	5
• Keine neue Bürokratie	7
• Mehrkosten in Leistungsbeträgen angemessen abbilden	7
• Umsetzung der Personalbemessung ermöglichen	8
I.) Stellungnahme zum Gesetzentwurf	4
§ 341 Abs. 8 SGB V – ePA und Telematikinfrastruktur	10
§ 8 Abs. 8 SGB XI – Verlängerung Digitalisierungszuschuss	12
§§ 18 bis 18e SGB XI – Begutachtung	14
§ 30 SGB XI – Dynamisierung	16
§ 36 SGB XI – Erhöhung der ambulanten Sachleistungen	20
§ 43c SGB XI – Erhöhung vollstationäre Leistungszuschläge	21
§ 55 SGB XI – Beitragssatz	23
§ 72 Abs. 3 Nr. 4 SGB XI – Expertenstandards	24
§ 75 Abs. 1 SGB XI – Veröffentlichung der Rahmenverträge	25
§ 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 11 – Anforderungen an die geeigneten Nachweise	26
§ 75 Abs. 3 Satz 6 SGB XI – Personalpools	28
§ 82c Nr. 2a SGB XI – Tariftreuregeln für Nicht-Pflegekräfte	29
§ 82c Nr. 2b und 3 SGB XI – Entgelte für Leiharbeiter/innen	30
§ 108 SGB XI – Auskünfte an die Versicherten	31
§ 113 SGB XI – elektronische Pflegedokumentation	32
§ 113a SGB XI – Expertenstandards	33
§ 113b Abs. 3a SGB XI – öffentliche Sitzungen des Qualitätsausschusses	34
§ 113b Abs. 6 SGB XI – zusätzliche Referentenstelle Qualitätsausschuss	35
§ 113c SGB XI – Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen	36
§ 114c Abs. 1 SGB XI – Prüfrhythmus	40
§ 125b SGB XI – Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege	41
II.) Weitere Reformvorschläge des bpa	42
1.) Angemessene Berücksichtigung von unternehmerischem Wagnis und der Möglichkeit der Gewinnerzielung	42
2.) Entgeltverhandlungen vereinfachen	43
3.) Leiharbeit und Springerpools	47
4.) Fachkräftebasis sichern – Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf fortführen und ausbauen	49

III.) Stellungnahme zum Antrag „Gute Pflege stabil finanzieren“	53
IV.) Stellungnahme zum Antrag „Pflegeversicherung – Bürokratie abbauen, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen entlasten“	54

I.) Stellungnahme zum Gesetzentwurf Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)** bildet mit mehr als 13.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-)stationären Pflege, der Behindertenhilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind systemrelevanter Teil der Daseinsvorsorge. Als gutes Beispiel für Public-private-Partnership tragen die Mitglieder des bpa die Verantwortung für rund 395.000 Arbeitsplätze und circa 29.000 Ausbildungsplätze. Die Investitionen in die pflegerische Infrastruktur liegen bei etwa 31 Milliarden Euro. Mit rund 6.700 Pflegediensten, die circa 300.000 Patienten betreuen, und 6.300 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 370.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

Zusammenfassung

Viele ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen befinden sich in einer schwierigen wirtschaftlichen Lage und es mehren sich Berichte über Insolvenzen und Betriebsschließungen aus den verschiedensten Trägerbereichen, aus dem Bereich der freien Wohlfahrtspflege, der Familienunternehmen und größerer Träger. Es werden keine Einzelfälle bleiben: 68 Prozent der bpa-Mitgliedseinrichtungen haben in einer aktuellen Befragung mitgeteilt, dass sie Sorgen um ihre wirtschaftliche Existenz in naher Zukunft haben. Mehr als 77 Prozent haben in den letzten drei Monaten signifikante negative Veränderungen Ihres Betriebsergebnisses festgestellt. Das ist beängstigend – vor allem für Pflegebedürftige und deren Familien.

Diese Zahlen brachten ein großes Medienecho mit sich: Fast alle namhaften Medien von Bild am Sonntag über die ZEIT bis hin zu ARD und ZDF berichteten über die Kritik des bpa an den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in der Pflege. Auch das „Trendbarometer Sozial- und Gesundheitswirtschaft“ der Bank für Sozialwirtschaft und eine ad-hoc-Umfrage des Deutschen Evangelischen Verbandes für Altenarbeit und Pflege e.V. (DEVAP) weisen in die gleiche alarmierende Richtung. Die Politik muss jetzt handeln. Die bereits vereinzelt auftretenden Insolvenzen dürfen auf keinen Fall zum Flächenbrand werden. Denn dann bleiben Pflegebedürftige und ihre Familien in großer Zahl auf der Strecke.

Die Gründe für die schwierige wirtschaftliche Lage der Pflegeeinrichtungen sind fast immer gleich: Die Kombination aus extremen personellen Engpässen und damit einhergehenden Erlöseinbrüchen, Pandemiefolgen, nicht oder nur unzureichend refinanzierter Mehrkosten aus der Tariftreueerregung, einer fehlenden Vergütung des Unternehmerrisikos, steigenden Kraftstoff-, Energie- und Lebensmittelkosten und der ohnehin bestehenden massiven Belastung der Pflegeeinrichtungen führt zu einer toxischen Mischung, die die Einrichtungen zunehmend in die Knie zwingt und in ihrer wirtschaftlichen Existenz gefährdet. Die Auswirkungen auf die pflegerische Infrastruktur sind offenkundig. Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen müssen wegen fehlenden Personals ihre Angebote drastisch einschränken oder ihren Betrieb einstellen.

Die enormen Belastungen und der extrem hohe Druck, mit dem Pflegeeinrichtungen zu kämpfen haben, führen jedoch nicht nur zu einem versorgungspolitischen, sondern auch zu einem gesamtgesellschaftlichen Problem. Die Versorgung der weiter stark wachsenden Zahl pflegebedürftiger Menschen und die dafür notwendigen Milliardeninvestitionen sind nur zu gewährleisten, wenn sich viele Unternehmerinnen und Unternehmer mit der Pflege identifizieren, eigenes Risiko für neue Angebote eingehen und immer neue Arbeitsplätze schaffen. Das aber tun sie nur, wenn sie Rahmenbedingungen vorfinden, in denen es sich planbar und nachhaltig wirtschaften lässt. Wenn dies zunehmend nicht mehr gelingt und sich eine Unterversorgung in der Langzeitpflege verstetigt, hat dies ebenfalls unmittelbare Auswirkungen auf unsere Volkswirtschaft und die Wohlstandssicherung in unserer Gesellschaft:

Wer für die Pflege seiner Angehörigen auf keine professionelle Unterstützung zurückgreifen kann, ist nicht in der Lage mit seiner Arbeitskraft zur Wertschöpfung beizutragen.

Ein Angebotsmangel in der Pflege verschärft somit den Fachkräftemangel in allen anderen Wirtschaftsbranchen. Damit diese Entwicklung sich nicht weiter verschärft, **brauchen die Pflegeeinrichtungen ein Sofortpaket zur wirtschaftlichen Absicherung und Unterstützung.**

Der vorliegende Entwurf wird diesen aktuellen Herausforderungen in der Pflege in keiner Weise gerecht. Er gibt keinerlei Antworten auf die existenziellen wirtschaftlichen Bedrohungen. Stattdessen wird mit weiteren bürokratischen Anforderungen sogar noch an der Belastungsschraube gedreht. Es sind daher umfangreiche Überarbeitungen erforderlich.

Leiharbeit und Springerpools

Die Zunahme der Leiharbeit in der Pflege ist hoch problematisch. Der bpa hat bereits seit langem darauf aufmerksam gemacht, dass durch diese

Millionenbeträge aus der Pflege abfließen und die Arbeitsbedingungen für die Stammbeschäftigten verschlechtert werden.

Die Lösung sind Springerpools, die jedes Pflegeheim und jeder Pflegedienst bilden kann, um unerwartete Personalausfälle durch zusätzliche **eigene** Kräfte auszugleichen. Damit könnte der Einsatz von Leiharbeit in der Pflege weitgehend reduziert werden und wäre nur noch in seltenen Ausnahmefällen erforderlich. Notwendig sind außerdem gesetzliche Regulierungen der Zeitarbeitsfirmen, die sicherstellen, dass diese mit horrenden Preisen nicht die personelle Notlage der Pflegeeinrichtungen ausnutzen.

Der Gesetzgeber hat das Problem der Leiharbeit und die Lösung über die Springerpools im Grundsatz erkannt, bleibt aber bei der Umsetzung auf halbem Weg stehen. Die zur Leiharbeit und zu Springerpools im PUEG vorgesehenen Regelungen müssen deshalb dringend angepasst werden. Derzeit sieht der Gesetzentwurf nur Beschränkungen zulasten der Träger vor, indem gesetzlich klargestellt wird, dass die anfallenden Mehrkosten für Leiharbeit nicht über den Pflegesatz refinanziert werden dürfen. Dies wird dem Problem Leiharbeit in keiner Weise gerecht, sondern gefährdet die wirtschaftliche Situation der Pflegeeinrichtungen noch weiter. Erfahrungen aus dem Krankenhausbereich belegen dies eindrucksvoll. Dort wurde eine vergleichbare Regelung durch den Gesetzgeber bereits 2020 eingeführt – mit dem Ergebnis, dass die Inanspruchnahme von Leiharbeit keineswegs zurückgegangen ist, die Krankenhäuser nun aber mit höheren finanziellen Deckungslücken und negativen Auswirkungen auf ihre Wirtschaftlichkeit konfrontiert sind. Warum diese Entwicklung nun auch in der Langzeitpflege befördert werden soll, erschließt sich dem bpa nicht und schadet Pflegeeinrichtungen empfindlich.

Regelungen zu Springerdiensten finden sich erfreulicher Weise eben im Gesetzentwurf, doch genügen sie bei weitem nicht, um eine gesicherte Umsetzung vor Ort zu gewährleisten. So wird lediglich klargestellt, dass Springerdienste in Pflegeheimen ein Grund sind, über die gesetzlichen Höchstgrenzen bei den Personalschlüsseln hinauszugehen. Zudem sollen in den Landesrahmenverträgen Springerpools vorgesehen werden können. Es fehlt hingegen komplett eine verbindliche Regelung, die eine Refinanzierung der Kosten absichert.

Der bpa unterbreitet im Rahmen dieser Stellungnahme einen konkreten Gesetzesvorschlag zur Begrenzung der Leiharbeit in der Pflege und zur gesicherten Refinanzierung der Springerpools (s. Seite 47).

Darüber hinaus muss der Gesetzgeber die weiteren, im Koalitionsvertrag bereits vereinbarten Maßnahmen, unverzüglich angehen. Hierzu gehören die

- Herausnahme der Ausbildungskosten aus den Eigenanteilen,

- die Finanzierung der Kosten der medizinischen Behandlungspflege in den Pflegeheimen durch die Krankenkassen und
- die Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen (wie die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige) aus Steuermitteln.

Keine neue Bürokratie

Der Bürokratieabbau in der Pflege ist ein seit Jahren verfolgtes politisches Ziel, welches zu oft noch Rückschritte erfährt. Insofern begrüßt der bpa ausdrücklich, dass der Gesetzgeber einige vom bpa in der Stellungnahme zum Referentenentwurf kritisierten bürokratischen Maßnahmen gestrichen hat:

- Das im Referentenentwurf in § 7d SGB XI vorgesehene Informationsportal zur Meldung freier Kapazitäten ist entfallen. Da der ursprünglich in § 42a SGB XI vorgesehene gemeinsame Jahresbeitrag nicht eingeführt wird, entfallen auch die damit zusammenhängenden Meldepflichten für die Pflegeeinrichtungen.

Kritisch zu bewerten bleibt aber weiterhin folgende Regelung:

- Es wird eine Pflicht für den Anschluss an die Telematikinfrastruktur eingeführt, obwohl die technischen und organisatorischen Voraussetzungen dafür nicht gewährleistet sind. Anstatt für die notwendigen Rahmenbedingungen bei der Digitalisierung der Pflege zu sorgen sowie nachhaltige und auskömmliche Finanzierungsmittel zur digitalen Ausstattung in den Einrichtungen zur Verfügung zu stellen, soll lediglich ein „Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege“ beim GKV-Spitzenverband geschaffen werden – fern von den Bedarfen und Notwendigkeiten in den Pflegeeinrichtungen.

Mehrkosten in Leistungsbeträgen angemessen abbilden

Der bpa bewertet die vorgesehenen Erhöhungen der ambulanten und stationären Sachleistungsbeträge als deutlich zu gering. Das gilt auch angesichts der Tatsachen, dass die ambulanten Sachleistungen nach § 36 SGB XI zusätzlich zum 1. Januar 2024 um 5% erhöht und die Leistungszuschläge nach § 43 c SGB XI erhöht werden sollen.

Die vorgesehenen Erhöhungen verkennen, wie stark sich die Preise in den vergangenen Jahren erhöht haben und welchen zusätzlichen Kostenbelastungen die Pflegebedürftigen und Pflegeeinrichtungen ausgesetzt sind: Ausbildungsumlagen, Investitionskosten fehlende Refinanzierung der Behandlungspflege im stationären Sektor ebenso wie Rentenbeiträge für pflegende Angehörige. Nach teuren vorangegangenen Gesetzen wie dem GVWG sind die für die Pflegebedürftigen finanzierbaren Leistungen

zusammengeschrumpft. Die jetzt vorgeschlagenen Leistungserhöhungen reichen nicht aus, um hier echte Entlastungen zu schaffen.

In einem relativ kurzen Zeitraum von fünf Jahren **sind die Eigenbeiträge für ambulant versorgte Pflegebedürftige um über 50% gestiegen**. Das bedeutet, dass die Mehrkosten von vielen Pflegebedürftigen aus ihren Renten oder Vermögen ganz überwiegend nicht mehr getragen werden können. Was im vollstationären Sektor den Gesetzgeber zur Absenkung der Eigenanteile für Langzeitpflegebedürftige veranlasst hat, bedarf es auch für ambulant versorgte Pflegebedürftige. Insbesondere für die Versorgung in Wohngruppen ist eine zur vollstationären Pflege adäquate Regelung zu treffen. Die zum 01.01.2024 geplante Entlastung durch die Anhebung der Sachleistungsbudgets um 5 % wird bei der derzeitigen Entwicklung in der Tariflandschaft lediglich die zum gleichen Zeitpunkt erwartbare weitere deutliche Preissteigerung etwas abfedern. **Eine tatsächliche Entlastung wird nicht erreicht**. Die schon heute für viele Pflegebedürftigen prekäre Situation wird durch eine solche viel zu geringe Anpassung der Sachleistungsbeträge überhaupt nicht verbessert. Bereits heute bestehende Probleme werden nicht gelöst.

Auch wenn die Anhebung der vollstationären Leistungszuschläge nicht ausreicht, wird sie vom bpa als Schritt in die richtige Richtung begrüßt. Sie wird gleichwohl nicht verhindern, dass der Eigenanteil weiter steigt, u.a. aufgrund erheblich steigender Löhne, der belastenden Inflationsrate und vor allem der gesetzlich normierten Mehrpersonalisierung.

Ebenso wie in der stationären Pflege bedarf es auch in der ambulanten Pflege entsprechender Regelungen zur Anerkennung von ausländischen Fachkräften. Diese müssen auch schon während ihres Anerkennungsverfahrens entsprechend eingesetzt werden können.

Umsetzung der Personalbemessung ermöglichen

Die vorgesehenen Neuregelungen zur Besetzung von Stellen in den Pflegeheimen, sind ein sehr guter erster Schritt, der vom bpa ausdrücklich begrüßt wird.

Mindestens einjährig qualifizierte Pflegehilfs- und -assistentenkräfte gibt es in keinem Bundesland in auch nur annähernd der Anzahl, die entsprechend des neuen Personalbemessungssystems erforderlich wäre. Damit dennoch in den Pflegeheimen mit der Umsetzung der neuen Systematik eines qualifikationsgerechten Personaleinsatzes begonnen werden kann, bedarf es deshalb praxistauglicher Lösungen, die gleichzeitig die Beibehaltung einer hohen Versorgungsqualität sicherstellen.

Die auf den Weg gebrachten Möglichkeiten bieten überhaupt erst eine Grundlage und Chance für einen Einstieg in die Umsetzung der neuen Personalbemessung in der Fläche. Die Maßnahmen ersetzen gleichwohl nicht das Erfordernis struktureller Maßnahmen zur Steigerung der Ausbildungszahlen, dem Erschließen des Beschäftigungspotentials sowie dem erheblichen Ausbau der Anwerbung ausländischer Pflegekräfte. Denn ohne eine spürbare Steigerung der zur Verfügung stehenden Personalressourcen in der Langzeitpflege werden lediglich Umverteilungsprozesse beim Personal innerhalb des Sektors vollstationär und zwischen den Sektoren vollstationär und ambulant eintreten – mit dramatischen Folgen für die Angebotsstruktur, die noch weiter wegbrechen wird und damit einer Beförderung der Unterversorgung pflegebedürftiger Menschen in Deutschland.

Zu den Vorschriften im Einzelnen

Artikel 6, Nr. 8

§ 341 Abs. 8 SGB V – ePA und Telematikinfrastruktur

Vorgeschlagene Neuregelung

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen haben bis zum 1. Juli 2025 alle Voraussetzungen zu erfüllen, um den Zugriff auf die elektronische Patientenakte und den Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 306 SGB V umzusetzen.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt es, wenn die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen schnellstmöglich an die Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen sind und Zugriff auf die elektronische Patientenakte haben. Die Pflegeeinrichtungen sind im Gegensatz zu anderen Leistungserbringern nicht diejenigen, die bei der Digitalisierung auf der Bremse stehen. Das verkennt der Gesetzentwurf leider. In der Begründung heißt es, dass die Frist zur Anbindung gesetzt wurde, um zeitnah alle Pflegeeinrichtungen an TI anzuschließen. Das klingt so, als hinge der Anschluss alleine von der Frist ab. Dem ist aber nicht so. Vielmehr besteht das Problem darin, dass den Pflegediensten und Pflegeheimen weitere Verpflichtungen auferlegt werden sollen, obwohl die technischen und organisatorischen Voraussetzungen dafür nicht gewährleistet sind. Die Anwendungen mit besonderem Nutzen für die Pflegeeinrichtungen, wie das vollelektronische Rezept oder ärztliche Verordnungen, fehlen weiterhin. Die laufenden Modelprojekte zur Erprobung der Telematikinfrastruktur für die Pflegeeinrichtungen verzögern sich und haben bisher keine belastbaren Ergebnisse geliefert. Zudem ist an vielen Stellen die technische Umsetzung unklar, weil sich die Spezifikationen fortlaufend ändern und aktuell zudem keine mobilen Konnektoren etabliert sind. Beim elektronischen Heilberufsausweis für Pflegekräfte fehlt eine gesicherte Refinanzierung der erheblichen Kosten.

Bevor diese elementaren Voraussetzungen nicht geschaffen wurden, darf es keine zu kurzfristige Verpflichtung für die ambulanten Pflegedienste und die teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen geben, sich verpflichtend an die Telematikinfrastruktur anbinden zu müssen.

In den Gesetzgebungsverfahren zum Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) und dem Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) sprach der Gesetzgeber stets davon, dass Pflegeeinrichtungen sich künftig freiwillig an die Telematikinfrastruktur anbinden könnten. Das ist aus Sicht des bpa grundsätzlich auch nach wie vor der richtige Weg. Es darf daher keine zu kurzfristige

starre Einführungsfrist geben. Der bpa begrüßt daher, dass gegenüber dem Referentenentwurf die Frist zumindest um ein Jahr verlängert wurde.

Der Gesetzgeber ist gefordert, auf dem Weg zur fortschreitenden Digitalisierung in der Pflege zunächst die bürokratischen Hemmnisse und die Störfaktoren zu beseitigen und die notwendigen technischen Voraussetzungen zu schaffen. Davon unabhängig haben die Pflegeeinrichtungen ein hohes Eigeninteresse, die digitalen Möglichkeiten so weit wie möglich auszuschöpfen. Viele haben sich schon auf den Weg gemacht und nutzen die digitalen Möglichkeiten – soweit dieses heute schon möglich ist. Die Digitalisierung in der Pflege wird nicht an den Pflegeeinrichtungen scheitern.

Änderungsvorschläge

In § 341 Abs. 8 SGB V wird wie folgt gefasst:

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch **sollten haben** bis zum 1. Juli 2025, **spätestens aber zum 1. Januar 2026** alle Voraussetzungen **zu** erfüllen, um den Zugriff auf die elektronische Patientenakte und den Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 306 umzusetzen. § 360 Absatz 8 gilt unverändert.

§ 360 Abs. 8 SGB V wird wie folgt geändert:

Um Verordnungen nach den Absätzen 5, 6 oder Absatz 7 elektronisch abrufen zu können, **haben sollten** sich Erbringer von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 sowie der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c bis zum 1. Januar **2024 2025**, **spätestens aber zum 1. Januar 2026**, Erbringer von Leistungen der Soziotherapie nach § 37a bis zum 1. Januar 2025, **spätestens aber zum 1. Januar 2026** → Heil- und Hilfsmittelerbringer sowie Erbringer der weiteren in Absatz 7 Satz 1 genannten Leistungen bis zum 1. Januar 2026 an die Telematikinfrastruktur nach § 306 anzuschließen.

Artikel 1 Nr. 4§ 8 Abs. 8 SGB XI – Verlängerung Digitalisierungszuschuss

Vorgeschlagene Neuregelung

Der Digitalisierungszuschuss wird bis 2030 verlängert und um weitere Förderbereiche ergänzt.

Stellungnahme

Die Digitalisierung der Pflege kann enorme Vorteile für die pflegebedürftigen Menschen, ihre Angehörigen und die Pflegekräfte mit sich bringen. Hierzu sind jedoch umfassende sowie konstante Investitionen in die technische Ausstattung sowie die Schulung der Beschäftigten erforderlich. Die Pflegeeinrichtungen können dies nicht allein stemmen. Dies hat auch der Gesetzgeber erkannt und deshalb mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz einen Digitalisierungszuschuss in § 8 Absatz 8 SGB XI geschaffen. Die Einführung des Zuschusses wurde vom bpa ausdrücklich begrüßt. Gleichwohl hat sich in der Praxis gezeigt, dass verschiedene Anpassungen notwendig sind.

Die Inanspruchnahme der Mittel ist weiterhin nicht flächendeckend. Als problematisch haben sich neben der nur zu 40% erfolgenden Finanzierung auch die engmaschigen Fördervorgaben erwiesen. Es ist deshalb zu begrüßen, dass der Gesetzgeber diese nun erweitern möchte.

Der in der Begründung stehende Verweis auf ein häufig fehlendes WLAN in stationären Pflegeeinrichtungen verwundert. So ist in der Orientierungshilfe des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Anwendung des Digitalisierungszuschusses die Finanzierung eines WLANs für Bewohner sogar explizit ausgeschlossen:

„Eine Förderung ist ausgeschlossen soweit das W-LAN Netz ausschließlich für Bewohner und/oder Angehörige in stationären Pflegeeinrichtungen zur Verfügung steht.“

Der bpa hat bei der Überarbeitung der Orientierungshilfe, als diese Formulierung aufgenommen wurde, ausdrücklich widersprochen und der Orientierungshilfe nicht seine Zustimmung erteilt. Es ist zu begrüßen, sollte das BMG nun seine Einschätzung zur Förderfähigkeit korrigiert haben.

Der zu tragende Eigenmittelanteil von 60 Prozent ist für viele Einrichtungen nicht darstellbar und sollte radikal reduziert werden. Der bpa schlägt vor, dass künftig 25 Prozent durch die Pflegeeinrichtung und 75 Prozent durch den Zuschuss finanziert werden. Die maximale Förderhöhe sollte auf 24.000 Euro gehoben werden. Digitalisierung ist eine Daueraufgabe.

Der Zuschuss wird jedoch nur einmalig gewährt. Dieser Widerspruch muss aufgelöst werden. Es sollte daher ein jährlicher Zuschuss etabliert werden.

Die im Gesetz beispielhaft aufgezählten Fördergegenstände und Herausforderungen in der Digitalisierung offenbaren sehr deutlich, dass die Aufgaben für die Pflegeeinrichtungen erheblich sind. Auch im hier vorliegenden Gesetzesentwurf kommen bspw. mit der verpflichtenden Telematikbindung neue Aufgaben hinzu. Die Pflegeeinrichtungen sind bei der Sicherung der dauerhaften Refinanzierung jedoch auf sich gestellt. Der Gesetzgeber ist daher gefordert neben Zuschüssen, die insbesondere kleinere Projekte ermöglichen, auch Regelungen zur Gewährleistung der weiteren Kosten, beispielsweise für Investitionen oder IT-Personal, zu schaffen.

Erfreulich ist, dass die Frist zur Erarbeitung neuer Richtlinien nach Satz 6 wie vom bpa gefordert korrigiert wurde.

Änderungsvorschläge

§ 8 Absatz 8 Sätze 1-6 SGB XI wird wie folgt geändert:

Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird ~~in den Jahren 2019 bis 2030~~ ein **einmaliger jährlicher** Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um digitale Anwendungen, insbesondere zur Entlastung der Pflegekräfte, zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowie für eine stärkere Beteiligung der Pflegebedürftigen zu fördern. Förderfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen, die beispielsweise die Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur, Investitionen in die IT- und Cybersicherheit, das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, verbesserte Arbeitsabläufe und Organisation bei der Pflege und die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen unterstützen. Förderfähig sind auch die Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie Schulungen zu digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften in der Langzeitpflege. Gefördert werden bis zu ~~40~~ **75** Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein einmaliger Zuschuss in Höhe von ~~12.000~~ **24.000** Euro möglich. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. Oktober 2023 Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses, der durch eine Pflegekasse ausgezahlt wird.

Artikel 1, Nr. 10 **§§ 18 bis 18e SGB XI – Begutachtung**

Vorgeschlagene Neuregelung

Die Regelungen zur Begutachtung werden umstrukturiert.

Stellungnahme

In der Begründung zu § 18a Abs. 5 SGB XI wird ausgeführt, dass Begutachtungen nicht im Krankenhaus vorgesehen sind. Dem entsprechend wird im bisherigen Gesetzestext das Wort „dort“, das sich auf das Krankenhaus bezog gestrichen.

Begründet wird dieses unter Bezugnahme auf Ziffer 6.1.3 der Begutachtungs-Richtlinien. Aus pflegfachlicher Sicht könne der konkrete Pflegegrad einer Person nur in deren Wohnbereich festgestellt werden. Der bpa teilt diese Einschätzung nicht. In Einzelfällen muss es auch weiterhin möglich sein, eine Begutachtung im Krankenhaus durchzuführen, um eine schnelle und reibungslose pflegerische Anschlussversorgung gewährleisten zu können.

Darüber hinaus sollte das Gutachten mit dem Ergebnis der Begutachtung nicht nur dem Versicherten, sondern auch der Pflegeeinrichtung zur Verfügung gestellt werden, wenn der Versicherte dem zustimmt. Für die Pflegeeinrichtung enthält das Gutachten wesentliche Angaben, die die Grundlage für die Leistungserbringung darstellen. Insofern sollte zur Entlastung der Einrichtungen auch eine in der Regel automatische Weiterleitung erfolgen an den pflegerischen Leistungserbringer vorgesehen werden.

Änderungsvorschläge

§ 18a Abs. 5 SGB XI wird entsprechend der aktuell gültigen Fassung von § 18 Abs. 3 Sätze 3 und 4 SGB XI gefasst:

Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und

1. liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
2. wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder

3. wurde mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart,

ist die Begutachtung **dort** unverzüglich, spätestens am fünften Arbeitstag nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

§ 18c Abs. 2 SGB XI wird wie folgt geändert:

Zusammen mit dem Bescheid wird dem Antragsteller das Gutachten übersandt, sofern er der Übersendung des Gutachtens nicht widerspricht. Mit dem Bescheid ist zugleich das Ergebnis des Gutachtens transparent darzustellen und dem Antragsteller verständlich zu erläutern. Der Medizinische Dienst Bund konkretisiert im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens. Die Pflegekasse hat den Antragsteller ebenfalls auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens im Sinne des § 18a Absatz 8 Satz 1 hinzuweisen. Der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen. Die Pflegekasse hat den Antragsteller auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich an die Ombudsperson nach § 278 Absatz 3 des Fünften Buches zu wenden. **Der vom Versicherten gewählten Pflegeeinrichtung nach § 71 wird das Gutachten übersendet, sofern der Versicherte dem nicht widerspricht.**

Artikel 1, Nr. 14 **§ 30 SGB XI – Dynamisierung**

Vorgeschlagene Neuregelungen

Die Beträge für Leistungen nach §§ 28 bis 45 SGB XI, also auch die ambulanten und stationären Sachleistungsbeträge, werden zum 1. Januar 2025 um 5% erhöht. Zum 1. Januar 2028 erfolgt eine weitere Anhebung in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, nicht jedoch stärker als der Anstieg der Brutto Lohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum.

Stellungnahme

Der bpa bewertet die vorgesehenen Erhöhungen der ambulanten und stationären Sachleistungsbeträge als deutlich zu gering. Das gilt auch angesichts der Tatsachen, dass die ambulanten Sachleistungen nach § 36 SGB XI zusätzlich zum 1. Januar 2024 um 5% erhöht werden sollen und die vollstationären Leistungszuschläge um 5 bzw. 10% angehoben werden sollen.

Die vorgesehenen Erhöhungen verkennen, wie stark sich die Preise in den vergangenen Jahren erhöht haben und welchen zusätzlichen Kostenbelastungen die Pflegebedürftigen und Pflegeeinrichtungen ausgesetzt sind: Ausbildungsumlagen, Investitionskosten, fehlende Refinanzierung der Behandlungspflege im stationären Sektor ebenso wie Rentenbeiträge für pflegende Angehörige.

Um die Situation zu verdeutlichen, werden nachfolgend die Kostensteigerung in der ambulanten Pflege am Beispiel der Preisentwicklung in Mecklenburg-Vorpommern aufgezeigt:

In den letzten fünf Jahren sind dort die Preise für ambulante Pflegeleistungen nach § 36 SGB XI – wesentlich aufgrund der politisch und gesellschaftlich geforderten stetigen Gehaltssteigerungen – um mehr als 56 % gestiegen. An einem konkreten Beispiel aus Mecklenburg-Vorpommern wird erkennbar, dass der maßgebliche Punktwert im Oktober 2017 im mathematischen Mittel bei 0,0422 Euro lag. Im Januar 2023 beträgt dieser 0,0660 Euro.

Im Jahr 2017 kostete eine Ganzkörperpflege 13,08 Euro, aktuell liegt der Preis bei 20,46 Euro.

Im gleichen Zeitraum sind die Sachleistungsbudgets für ambulante Pflegeleistungen nach § 36 SGB XI jedoch nur um 5% gestiegen.

In einem relativ kurzen Zeitraum von fünf Jahren sind die Eigenbeiträge für ambulant versorgte Pflegebedürftige damit um über 50% gestiegen. Das bedeutet, dass die Mehrkosten von vielen Pflegebedürftigen aus ihren Renten oder Vermögen ganz überwiegend nicht mehr getragen werden können. Den Mechanismus, den der Gesetzgeber im vollstationären Sektor zur Absenkung der Eigenanteile für Langzeitpflegebedürftige verankert hat, bedarf es auch für ambulant versorgte Pflegebedürftige. Insbesondere für die Versorgung in Wohngruppen, ist eine zur vollstationären Pflege adäquate Regelung zu treffen. Die zum 01.01.2024 geplante Entlastung durch die Anhebung der Sachleistungsbudgets um 5 % wird bei der derzeitigen Entwicklung in der Tariflandschaft lediglich die zum gleichen Zeitpunkt erwartbare weitere deutliche Preissteigerung etwas abfedern. Die zusätzliche Belastung der Pflegebedürftigen beträgt dann vermutlich nicht 8% oder 10%, sondern dann 3 oder 5 Prozent. Eine tatsächliche Entlastung wird nicht erreicht. Die schon heute für viele Pflegebedürftigen prekäre Situation wird durch eine solche viel zu geringe Anpassung der Sachleistungsbeträge überhaupt nicht verbessert. Bereits heute in der ambulanten Pflege bestehende Probleme werden erneut nicht gelöst, sondern im Gegenteil durch den Gesetzesentwurf eher verschärft.

Zusätzlich fehlen auch die erforderlichen personellen Entlastungen analog dem vollstationären Bereich. Dazu gehört die Leistungsermöglichung im Anerkennungsverfahren.

Besonders kritisch bewertet der bpa, dass sich die Erhöhung zum 01. Januar 2024 nicht auf alle Pflegeleistungen bezieht und große Teile auf 2025 verschoben werden sollen. Im Gesetzesentwurf wird diese Verschiebung sogar als Maßnahme aufgeführt, um die Kosten an anderer Stelle zu finanzieren: „sowie in 2024 Minderausgaben in Höhe von 3,2 Milliarden Euro aufgrund der Verschiebung der Leistungsdynamisierung um ein Jahr“ (Seite 4). Das bedeutet, dass die Bundesregierung in einem Jahr,

- in dem nach aktueller Gesetzeslage eine Überprüfung der Sachleistungsbeträge ansteht,
- in dem die Eigenanteile der Pflegebedürftigen massiv gestiegen sind
- und in dem in einem erheblichen Maße Leistungsverkürzungen vor allem in der ambulanten und teilstationären Pflege eingetreten sind,

die für den 1. Januar 2024 anstehende Erhöhung durch eine Gesetzesanpassung aussetzen will. Das ist genau das falsche Signal und schädlich – viele Pflegebedürftige und ihre Angehörigen werden mit ihren gestiegenen Kosten und den negativen Folgen weitgehend alleine gelassen. Das

ursprüngliche Ziel der Pflegeversicherung – die Abhängigkeit von Sozialhilfe bei Pflegebedürftigkeit zu vermeiden – wird somit ebenfalls in hohem Maße gefährdet.

Unverständlich ist zudem, dass künftig die turnusmäßige Prüfung, ob die Leistungen der Pflegeversicherung erhöht werden müssen, entfallen soll. Es bleibt das Geheimnis der Bundesregierung, warum durch zwei einmalige Erhöhungen in den Jahren 2025 und 2028 die Leistungsanpassungen „regelmäßig erfolgen“ und eine regelgebundene, unbefristete Leistungsdynamisierung offensichtlich als nicht erforderlich betrachtet wird. Der bpa setzt sich schon seit vielen Jahren dafür ein, dass es eine vom Gesetzgeber unabhängig festgelegte, regelhafte Dynamisierung gibt. Dem wird der vorgelegte Vorschlag in keiner Weise gerecht.

Kritisch bewertet der bpa auch die Begrenzung der für den 1. Januar 2028 vorgesehenen Erhöhung. Diese soll angehoben werden in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, nicht jedoch stärker als der Anstieg der Brutto Lohn- und Gehaltssumme. Das heißt, dass die Erhöhung letzten Endes immer maximal begrenzt wird auf die Erhöhung der Personalkosten. Auch wenn es insbesondere durch das GVWG bedingte besonders starke Erhöhungen der Personalkosten gab, zeigen die gestiegenen Energiekosten in Folge des russischen Angriffskriegs auf die Ukraine auch, dass solche Sachkostensteigerungen in nie gekannter Form möglich sind. Der Gesetzgeber wäre gut beraten gewesen, die hohen Inflationsraten anzuerkennen und bei der Dynamisierung nicht auszuschließen.

Insbesondere wenn die **Steigerungen von Personalkosten und Sachkosten kumulieren**, dann ist das Problem – wie jetzt – besonders extrem. Tatsächliche Kostensteigerungen werden dabei nicht kompensiert. Gleichzeitig erhalten die Einrichtungen keinerlei ausreichende Möglichkeiten, Risikozuschläge zu verhandeln. Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige sollen offensichtlich bewusst auf diesen Kosten sitzen bleiben. Sehenden Auges wird der Sozialhilfeträger belastet und die Einrichtungen in der Existenz bedroht sowie die Sicherstellung der zukünftigen Versorgung gefährdet.

Denn letzten Endes bedeutet die vorgesehene Regelung, dass tatsächliche Kosten bei der Dynamisierung ausgeschlossen werden. In der Begründung wird behauptet, dass sich dadurch ein kontinuierlicherer Verlauf der Dynamisierungsschritte ergebe, weil kurzfristige starke Schwankungen im Bereich der Lebensmittel- und Energiepreise nicht berücksichtigt werden. Diese Argumentation erstaunt. Denn bei der Dynamisierung kann es aus Sicht des bpa kein politisches Ziel sein, dass es einen „kontinuierlicheren Verlauf“ gibt, sondern die Dynamisierung soll die Pflegebedürftigen vor einer schleichenden Entwertung ihrer Sachleistungsansprüche durch die Inflation und vor Sozialhilfebedürftigkeit schützen.

Die Dynamisierung soll dazu beitragen, dass die finanziellen Belastungen für die Pflegebedürftigen begrenzt und Leistungen für die Pflegebedürftigen abgesichert werden. Die Erhöhung der Sachleistungen ist dabei aber nur ein Aspekt. Der bpa weist darauf hin, dass für die Pflegebedürftigen weitere Belastungen durch Preisanstiege in den Bereichen von Unterkunft und Verpflegung, Investitionskosten und Ausbildungskosten entstehen. Deshalb hat es der bpa auch ausdrücklich begrüßt, dass die Koalitionsfraktionen beschlossen haben, die Pflegebedürftigen nicht mehr mit den Ausbildungskosten zu belasten. Der bpa fordert, dass mit diesem Gesetzesentwurf die Pflegebedürftigen von den – seit der Einführung des Pflegeberufgesetzes noch einmal erheblich gestiegenen – Ausbildungskosten endlich entlastet werden, so wie es der Koalitionsvertrag vorsieht. Zu den aufgezeigten erforderlichen Änderungen bedarf es höherer Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI als sie bisher vorgesehen sind und der im Koalitionsvertrag beschlossenen Übertragung der Kosten für die medizinische Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf die gesetzliche Krankenversicherung.

Änderungsvorschläge

Die Leistungsbeträge werden zum 1. Januar 2025 nicht um 5 %, sondern um 10% erhöht. Außerdem wird eine Regelung für eine jährliche regelgebundene automatische Dynamisierung zur Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung ab 1. Januar 2026 eingeführt. Dabei ist der bisherige Kaufkraftverlust seit Einführung der Pflegeversicherung zu berücksichtigen. Diese kann jedoch nicht allein an die allgemeine Lohn- oder Preisentwicklung angeknüpft sein, sondern muss die spezifischen, von den politisch gewünschten Gehaltssteigerungen und Personalausweitungen getriebenen Kostenentwicklungen der Pflege berücksichtigen. Daneben ist die gleichwertige Entlastung der ambulant und teilstationär versorgten Pflegebedürftigen, analog dem vollstationären Sektor, ins Gesetz aufzunehmen.

Artikel 2, Nr. 4

§ 36 SGB XI – Erhöhung der ambulanten Sachleistungen

Vorgesehene Neuregelung

Die ambulanten Sachleistungen sollen zum 1. Januar 2024 um 5% erhöht werden.

Stellungnahme

Die vorgesehene Erhöhung der ambulanten Sachleistungen ist viel zu gering. Dazu wird auf die Ausführungen oben zur Dynamisierung verwiesen (s. Seite 16). Das dort geschilderte Beispiel aus Mecklenburg-Vorpommern verdeutlicht eindrücklich die Steigerung der Eigenanteile in der ambulanten Pflege um über 50% in den letzten fünf Jahren.

Zudem kritisiert der bpa, dass zum 1. Januar 2024 nur die ambulanten Sachleistungsbeträge angehoben werden sollen, aber die Beträge für die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI, den Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI, die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI, die Tagespflege nach § 41 SGB XI, die Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI usw., nicht erhöht werden sollen.

Änderungsvorschläge

Die ambulanten Sachleistungsbeträge werden zum 1. Januar 2024 um 10% erhöht. Dementsprechend wird § 36 Abs. 3 SGB XI wie folgt gefasst:

In § 36 Absatz 3 wird in Nummer 1 die Angabe „724“ durch die Angabe „~~764~~ 800“, in Nummer 2 die Angabe „1 363“ durch die Angabe „~~1-432~~ 1500“, in Nummer 3 die Angabe „1 693“ durch die Angabe „~~1-778~~ 1860“ und in Nummer 4 die Angabe „2 095“ durch die Angabe „~~2-200~~ 2300“ ersetzt.

Artikel 2, Nr. 12 **§ 43c SGB XI – Leistungszuschläge**

Vorgesehene Neuregelung

Die Leistungszuschläge für die Eigenanteile an den pflegebedingten Aufwendungen in der stationären Pflege sollen ab 1. Januar 2024 erhöht werden:

- für Pflegebedürftige, die bis zu einem Jahr Leistungen erhalten, von 5 % auf 15 %,
- für Pflegebedürftige, die länger als ein Jahr Leistungen erhalten, von 25 % auf 30 %,
- für Pflegebedürftige, die länger als zwei Jahre Leistungen erhalten, von 45 % auf 50 %,
- für Pflegebedürftige, die länger als drei Jahre Leistungen erhalten, von 70 % auf 75 %.

Stellungnahme

Der seit dem 1. Januar 2022 in den Pflegeheimen geltende Leistungszuschlag hat sich als sinnvolles Mittel der Entlastung erwiesen. Insbesondere Menschen, die länger in einer vollstationären Einrichtung leben profitieren und müssen somit seltener Hilfe zur Pflege in Anspruch nehmen. Der Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege ist deshalb zunächst zurückgegangen.

Die politisch gewünschten Kostenentwicklungen seit Einführung des Leistungszuschlags führen gleichwohl dazu, dass für viele Bewohnende die Entlastung des Zuschlags nach und nach komplett aufgehoben wird. Dies gilt insbesondere für diejenigen, die erst seit kurzer Zeit im Pflegeheim wohnen. Die hier vorgesehenen Erhöhungen des Leistungszuschlags werden vom bpa daher ausdrücklich begrüßt. Sie können dazu beitragen, die Kostenentwicklungen zu begrenzen. Sie werden gleichwohl nicht verhindern, dass der, u.a. aufgrund erheblich steigender Löhne, der belastenden Inflationsrate und der politisch vorgegebenen Mehrpersonalisierung, insgesamt zu tragende Eigenanteil weiter steigt. Neben den pflegerischen Aufwendungen sind auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in den letzten Jahren signifikant gestiegen; allein seit 2018 um 20 Prozent. Der Gesetzgeber muss daher einerseits die Leistungszuschläge stärker erhöhen und andererseits die weiteren, im Koalitionsvertrag bereits vereinbarten Maßnahmen, unverzüglich angehen. Dazu zählt insbesondere die Herausnahme der Ausbildungskosten aus den Eigenanteilen und die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen durch die gesetzliche Krankenversicherung. Zur Thematik Ausbildungskosten sei hier beispielhaft auf Nordrhein-Westfalen verwiesen. Dort zahlen die teil- und vollstationären Bewohner/Gäste durchschnittlich 5,08

EUR pro Tag bzw. 154,53 EUR monatlich. Diese Kosten kommen zu den einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen hinzu. Damit werden die Erhöhungen bei den Leistungszuschlägen nicht einmal annähernd der Höhe nach den Ausbildungskosten entsprechen.

Wie bereits oben ausgeführt sieht der bpa ebenfalls eine erhebliche Belastungssituation bei ambulant versorgten pflegebedürftigen Menschen. Auch bei diesen bedarf es dringend einer Entlastungsregelung analog § 43c SGB XI.

Änderungsvorschläge

§ 43c SGB XI wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird die Angabe „5 Prozent“ durch die Angabe „**15 20** Prozent“ ersetzt.
- b) In Satz 2 wird die Angabe „25 Prozent“ durch die Angabe „**30 35** Prozent“ ersetzt.
- c) In Satz 3 wird die Angabe „45 Prozent“ durch die Angabe „**50 55** Prozent“ ersetzt.
- d) In Satz 4 wird die Angabe „70 Prozent“ durch die Angabe „**75 80** Prozent“ ersetzt.

Zur Entlastung der Bewohnenden in Pflegeheimen werden die im Koalitionsvertrag vereinbarten Maßnahmen zur Übernahme der Ausbildungskosten sowie zur systemadäquaten Finanzierung der Kosten der medizinischen Behandlungspflege durch die Krankenversicherung umgesetzt.

Artikel 1, Nr. 20 **§ 55 SGB XI – Beitragssatz**

Vorgesehene Neuregelung

In der sozialen Pflegeversicherung soll der allgemeine Beitragssatz zum 1. Juli 2023 um 0,35 auf dann 3,4 Prozentpunkte angehoben werden. Der Beitragszuschlag für Kinderlose soll von 0,35 % auf 0,6 % steigen.

Stellungnahme

Der bpa weist darauf hin, dass mit dieser Reform viele Vorhaben, die im Koalitionsvertrag der Regierungsfractionen für die Pflege angekündigt sind, nicht umgesetzt werden und mit den hier vorgesehenen Beitragssatzerhöhungen auch nicht realisiert werden können. Im Koalitionsvertrag heißt es:

„Die Ausbildungskostenumlage werden wir aus den Eigenanteilen herausnehmen und versicherungsfremde Leistungen wie die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige und die pandemiebedingten Zusatzkosten aus Steuermitteln finanzieren, sowie die Behandlungspflege in der stationären Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung übertragen und pauschal ausgleichen. Den Beitrag zur Sozialen Pflegeversicherung (SPV) heben wir moderat an.“

Wenn der Gesetzgeber diese Vorhaben umsetzen will, muss er sie entsprechend bei der Finanzierung berücksichtigen. Der bpa begrüßt die im Koalitionsvertrag geplanten Maßnahmen, weil sie einen wirksamen Beitrag leisten könnten, um die Eigenanteile der Pflegebedürftigen zu begrenzen. Der bpa setzt sich für eine zeitnahe Umsetzung der angekündigten Vorhaben ein.

Änderungsvorschläge

Keine.

Artikel 1, Nr. 27

§ 72 Abs. 3 Nr. 4 SGB XI – Expertenstandards

Vorgesehene Neuregelung

Die Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen, die Expertenstandards nach § 113a SGB XI umzusetzen, wird als Voraussetzung für den Abschluss eines Versorgungsvertrags gestrichen.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung. Die verpflichtende Einführung der Expertenstandards hat sich in der Praxis nicht bewährt – hier teilt der bpa die Einschätzung des Gesetzgebers. Zugleich weist der bpa darauf hin, dass mit dieser Gesetzesänderung die Expertenstandards nicht insgesamt abgeschafft werden. Sie gelten weiterhin als wissenschaftliche Orientierungsstandards, können freiwillig angewendet werden und der Medizinische Dienst wird sie bei den Qualitätsprüfungen weiterhin berücksichtigen.

Änderungsvorschläge

Keine.

Artikel 1, Nr. 28a

§ 75 Abs. 1 SGB XI – Veröffentlichung der Rahmenverträge

Vorgesehene Neuregelung

Die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI müssen von den Landesverbänden der Pflegekassen veröffentlicht werden.

Stellungnahme

Der bpa nimmt zur Kenntnis, dass der Gesetzgeber davon ausgeht, dass es in allen Bundesländern Rahmenverträge nach § 75 SGB XI für alle Versorgungsformen gibt und diese nicht bereits veröffentlicht wurden. Diesen Eindruck kann der bpa nicht bestätigen. Denn es liegen nicht in allen Bundesländern alle Rahmenverträge vor. Daher begrüßt der bpa die mit der Veröffentlichungspflicht einhergehende Transparenz für Rahmenverträge auf Landesebene.

Gegen eine Veröffentlichung spricht nichts. Allerdings geht der bpa davon aus, dass alle bestehenden Rahmenverträge auch bisher schon öffentlich zugänglich waren.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1, Nr. 28b

§ 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 10 SGB XI – Nachweise zur Darlegung der prospektiven Sach- und Personalaufwendungen bei den Vergütungsverhandlungen

Vorgesehene Neuregelung

In den Landesrahmenverträgen sind 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, zu regeln. Laut Begründung sollen dabei insbesondere auch solche Aufwendungen für die Beschaffung von inländisch oder im Ausland angeworbenem Personal umfasst sein.

Stellungnahme

In den Vergütungs- und Pflegesatzverhandlungen kommt es bisher regelmäßig dazu, dass seitens der Kostenträger berechnete Forderungen zur Refinanzierung von Aufwendungen für die Anwerbung von Personal aus dem In- oder Ausland nicht oder nicht in angemessenem Umfang abgelehnt werden. Hinsichtlich der Anwerbekosten ausländischer Pflegekräfte wurden zuletzt seitens der Pflegekassen auf Landes- und Bundesebene auch entsprechende handlungsleitende Hinweise des Bundesministeriums für Gesundheit schlicht zurückgewiesen. Die dringend notwendigen Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen für die Personalsicherung konnten somit bisher zu häufig nicht in dem Maße erfolgen, wie es für die langfristigen Anforderungen erforderlich wäre.

Vor diesem Hintergrund kann der hier vorgesehene Regelungsauftrag an die Vertragspartner auf Landesebene einen positiven Beitrag leisten.

Der im Gesetzentwurf erfolgte Verweis auf die Richtlinien nach § 82c Abs. 4 SGB XI erschließt sich nicht. Es muss darauf hingewiesen werden, dass in der in § 82c Abs. 4 genannten Richtlinie keine Regelungskompetenz für die Vorlage der hier benannten Unterlagen besteht. Eine Regelung der Nachweise im Rahmen einer einseitig vom GKV-Spitzenverband festgelegten Richtlinie, die die Regelungskompetenz der Rahmenvertragspartner einschränkt, ist nicht akzeptabel. Die verhältnismäßige Ausgestaltung der Informationspflichten zur Erfüllung der Plausibilisierungslast einer Vergütungsforderung ist eine klassische Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung und so auch bisher verortet. Bisher werden die verfahrensrechtlichen Grundsätze für die Pflegesatz- und Pflegevergütungsverhandlungen typischerweise in gemeinsamen Verfahrensvereinbarungen der Pflegesatz- oder Pflegevergütungskommissionen nach § 86 Abs. 3

SGB XI festgelegt. Diese Regelungen enthalten regelmäßig Vorgaben zur Pflegesatz- oder Pflegevergütungskalkulation und gelegentlich auch zur Plausibilisierungslast. Eine weitere Aushöhlung der gemeinsamen Selbstverwaltung ist abzulehnen. Der Verweis ist daher zu streichen.

Änderungsvorschläge

§ 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 10 SGB XI wird wie folgt geändert:

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 3 4 umfasst.~~

In § 89 SGB XI wird folgender Absatz 4 neu hinzugefügt:

In den Vergütungen sind Aufwendungen für die Anwerbung von inländisch oder im Ausland angeworbenem Personal zu berücksichtigen.

Artikel 1, Nr. 28c **§ 75 Abs. 3 Satz 6 SGB XI – Personalpools**

Vorgesehene Neuregelung

In den Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI sollen auch Regelungen zu Personalpools oder vergleichbaren betrieblichen Ausfallkonzepten zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal getroffen werden.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Änderung ausdrücklich.

Damit sollen Personal- bzw. „Springerpools“ sowie vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte etabliert werden, um die Anzahl der Leiharbeiterinnen und –arbeitnehmer in der Langzeitpflege wieder zu reduzieren und Pflegekräfte zügig und spürbar zu entlasten und den Pflegeberuf wieder attraktiver zu machen.

Der Gesetzgeber adressiert damit ein wichtiges Problem und zeigt die richtige Lösung auf. Allerdings genügt diese Maßnahme bei weitem nicht, um eine gesicherte Umsetzung vor Ort zu gewährleisten. Es fehlen eine weitergehende Verankerung und eine verbindliche Regelung, die eine Refinanzierung der Kosten absichert.

Der bpa unterbreitet im Rahmen dieser Stellungnahme einen konkreten Gesetzesvorschlag zur Begrenzung der Leiharbeit in der Pflege und zur gesicherten Refinanzierung der Springerpools (s. Seite 47).

Änderungsvorschläge

Zusätzlich zu der hier vorgesehenen Anpassung werden die weiteren Regelungsvorschläge des bpa zur Begrenzung der Leiharbeit und zu den Springerpools umgesetzt (s. Seite 47).

Artikel 1, Nr. 30

§ 82c Nr. 2a SGB XI – Tariftreueregelung für Nicht-Pflegekräfte

Vorgesehene Neuregelung

Wenn Nicht-Pflegekräfte nach dem von der Einrichtung gewählten Tarif oder einem anderen Tarif bezahlt werden, kann dieses nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Für Nicht-Pflegekräfte in Pflegeeinrichtungen, die das regional übliche Entgelt zahlen, gelten die allgemeinen Bemessungsgrundsätze nach § 84 und § 89 SGB XI. Wenn an die Nicht-Pflegekräfte Gehälter über Tarif bezahlt werden sollen, bedarf es dafür eines sachlichen Grundes.

Stellungnahme

Trotz der grundsätzlichen Kritik des bpa an den Tariftreueregelungen, die durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) in das SGB XI eingeführt worden sind, wird diese Ergänzung begrüßt. Denn sie ermöglicht eine einheitliche Bezahlung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Einrichtung, die sich an einen Tarifvertrag anlehnt oder nach dem regional üblichen Entgelt vergütet. Damit erfolgt eine gesetzliche Klarstellung, dass alle Mitarbeitenden nach einem einheitlichen Regelwerk zu vergüten. Pflegekräfte und Hauswirtschaftskräfte können somit nach einheitlichen Vergütungsgrundsätzen vergütet werden.

Bisher bezog sich der Gesetzestext nur auf Pflegekräfte und Betreuungskräfte. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern aus anderen Bereichen (z. B. Hauswirtschaft oder Verwaltungsangestellte) sind nicht ausdrücklich unter den Anwendungsbereich gefallen. Für Einrichtungen, die sich an einen Tarifvertrag oder an eine AVR K anlehnen, gab es nur in der bisherigen Gesetzesbegründung einen Hinweis zu § 82c Abs. 3 SGB XI, wonach auch Beschäftigte, die überwiegend keine Leistungen der Pflege und Betreuung erbringen, nach dem Tarifvertrag oder der AVR K entlohnt werden können, und dieses in der Regel dann als wirtschaftlich gilt.

Dieses wird nun im Gesetz selbst klargestellt. Der bpa begrüßt dieses, weil dadurch Brüche oder Verwerfungen innerhalb einer Belegschaft vermieden werden können.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1, Nr. 30

§ 82c Nr. 2b und 3 SGB XI – Entgelte für Leiharbeitnehmer

Vorgesehene Neuregelung

Für Leiharbeitnehmerinnen und Leiharbeitnehmer gelten auch die Tariftreueregelungen und die Zahlung von Vermittlungsentgelten kann nicht als wirtschaftlich anerkannt werden. Sollen Leiharbeiter über Tarif bezahlt werden, bedarf es dafür eines sachlichen Grundes.

Stellungnahme

Der bpa lehnt diese Regelungen entschieden ab. Damit wird der Bock zum Gärtner gemacht. Der Vorschlag suggeriert, dass die Pflegeeinrichtungen Leiharbeitnehmerinnen und Leiharbeitnehmer nicht ausreichend bezahlen würden. Die Gesetzesbegründung behauptet sogar, dass dadurch wirtschaftliche Anreize für das Verleihen von Pflege- und Betreuungspersonal vermieden werden sollen. Das verkennt die tatsächliche Situation völlig! Es bestehen auch jetzt schon absolut keinerlei „wirtschaftliche Anreize“ für Leiharbeit – im Gegenteil, der Einsatz dieser Kräfte ist extrem kostenträchtig und wird den Einrichtungen in der Regel nur unzureichend refinanziert. Pflegeeinrichtungen sind gleichwohl in Ausnahmesituationen dazu gezwungen, auf dieses Personal zurückzugreifen, um die Versorgung aufrechtzuerhalten. In diesen Fällen muss dann aber auch das Vermittlungsentgelt refinanziert werden. Die hier in § 82c SGB XI vorgesehenen Regelungen sind aber eine reine Refinanzierungsverweigerung, ohne den Einrichtungen Lösungen zu ermöglichen. Die Lösung lautet, Springer-pools gesetzlich zu verankern und ihre Refinanzierung zu sichern sowie die Leiharbeit in der Pflege zu beschränken (s. Seite 47).

Erfahrungen aus dem Krankenhausbereich belegen eindrucksvoll, dass Refinanzierungsbeschränkungen nicht zielführend sind. Für die Krankenhäuser wurde durch den Gesetzgeber bereits 2020 eine Regelung eingeführt, die der hier vorgesehenen für die Pflegeeinrichtungen vergleichbar ist – mit dem Ergebnis, dass die Inanspruchnahme von Leiharbeit keineswegs zurückgegangen ist, die Krankenhäuser nun aber mit höheren finanziellen Deckungslücken und negativen Auswirkungen auf ihre Wirtschaftlichkeit konfrontiert sind. Warum diese Entwicklung nun auch in der Langzeitpflege befördert werden soll, erschließt sich dem bpa nicht und schadet Pflegeeinrichtungen empfindlich.

Änderungsvorschlag

Die vorgesehenen Änderungen in § 82c Nr. 2b und 3 werden gestrichen. Zur Eingrenzung der Leiharbeit und zur gesicherten Etablierung von Springer-pools verweist der bpa auf seine Vorschläge auf Seite 47.

Artikel 2, Nr. 16

§ 108 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI – Auskünfte an die Versicherten

Vorgesehene Neuregelung

Die Pflegekassen unterrichten die Versicherten, indem sie den Versicherten eine Übersicht über die in einem Zeitraum von mindestens 18 Monaten vor der Anforderung in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten übermitteln; auf Wunsch der Versicherten wird ihnen eine Übersicht über die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten bis auf Widerruf regelmäßig jedes Kalenderhalbjahr übermittelt.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Änderung. In der Begründung dazu heißt es:

„Es wird hier Klarheit hergestellt, inwieweit der Jahresleistungsbetrag hierfür bereits ausgeschöpft ist und inwieweit die Leistungen im Jahresverlauf noch zur Verfügung stehen. Ähnliches gilt in Bezug darauf, inwieweit Kostenerstattungsansprüche bereits ausgeschöpft worden sind oder welche Leistungsbeträge noch verfügbar sind.“

Aus Sicht des bpa ist diese Intention im Gesetzestext selbst nicht eindeutig genug. Es sollte im Gesetzestext festgelegt werden, dass in der Information enthalten ist, inwieweit Ansprüche ausgeschöpft sind.

Änderungsvorschlag

In § 108 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

Die Pflegekassen unterrichten die Versicherten, indem sie den Versicherten auf Anforderung

1. eine Übersicht über die in einem Zeitraum von mindestens 18 Monaten vor der Anforderung in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten übermitteln; auf Wunsch der Versicherten wird ihnen eine Übersicht über die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten bis auf Widerruf regelmäßig jedes Kalenderhalbjahr übermittelt. **Anzugeben ist dabei auch, für welche Leistungen der Jahresleistungsbetrag bereits ausgeschöpft ist und für welche Leistungen im Jahresverlauf noch welche Leistungsbeträge zur Verfügung stehen;**

Artikel 1, Nr. 37

§ 113 Abs. 1 SGB XI – elektronische Pflegedokumentation

Vorgesehene Neuregelung

In den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung in der ambulanten, teilstationären, vollstationären und Kurzzeitpflege nach § 113 SGB XI wird aufgenommen, dass die Pflegedokumentation in der Regel vollständig in elektronischer Form erfolgen kann.

Stellungnahme

In der Begründung wird zu dieser Maßnahme ausgeführt:

„Die Ergänzung soll sicherstellen, dass alle zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland auch im Bereich der Pflegedokumentation in der Regel von den Möglichkeiten der Digitalisierung profitieren können. Eine vollständig elektronische Dokumentation hat das Potential, im Alltag der Pflegekräfte für optimierte Abläufe und Arbeits erleichterungen zu sorgen.“

Der bpa teilt diese Einschätzung und begrüßt die vorgesehene Regelung ausdrücklich.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1, Nr. 38
§ 113a SGB XI – Expertenstandards

Vorgesehene Neuregelung

Die Verpflichtung für die Vertragspartner nach § 113 SGB XI, wissenschaftlich fundierte und fachlich abgestimmte Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege zu entwickeln, wird gestrichen.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung. Die verpflichtende Einführung der Expertenstandards hat sich in der Praxis nicht bewährt – hier teilt der bpa die Einschätzung des Gesetzgebers. Zugleich weist der bpa darauf hin, dass mit dieser Gesetzesänderung die Expertenstandards nicht insgesamt abgeschafft werden. Sie sind weiterhin zu berücksichtigen und der Medizinische Dienst wird sie bei den Qualitätsprüfungen weiterhin anwenden.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1, Nr. 39

§ 113b Abs. 3a SGB XI – öffentliche Sitzungen des Qualitätsausschusses

Vorgesehene Neuregelung

Die beschlussfassenden Sitzungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses sind in der Regel öffentlich und werden zeitgleich als Live-Video-Übertragung im Internet angeboten sowie in einer Mediathek zum späteren Abruf verfügbar gehalten.

Stellungnahme

Der bpa lehnt die beabsichtigte Änderung in dieser Form ab. Die Sitzungen des Qualitätsausschusses sind nicht für ein Live-Streaming geeignet, weil dort Beratungsgegenstände behandelt werden, die der begrenzten Vertraulichkeit bedürfen. Insgesamt sind im Qualitätsausschuss – wie vom Gesetzgeber vorgesehen – alle relevanten Akteure mit Sitz beteiligt. Als Kostenträger sind neben dem GKV-Spitzenverband die Spitzenverbände der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) und die Sozialhilfeträger vertreten. Außerdem sind der Medizinische Dienst (MD) und die Betroffenenvertreter nach § 118 SGB XI sowie alle Verbände der Leistungserbringer beteiligt. Eine Fachöffentlichkeit ist somit immer gewährleistet. Um dem Ansinnen des Gesetzgebers nach mehr Transparenz dennoch nachzukommen, schlägt der bpa vor, dass die Sitzungen in der Regel vertraulich sind, aber der Qualitätsausschuss beschließen kann, diese öffentlich zu machen.

Änderungsvorschlag

§ 113b Abs. 3a SGB XI wird wie folgt gefasst:

Die beschlussfassenden Sitzungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses sind in der Regel **vertraulich; der Qualitätsausschuss kann mit Mehrheit beschließen diese im Einzelfall öffentlich durchzuführen; und die Sitzungen können dabei werden** zeitgleich als Live-Video-Übertragung im Internet angeboten sowie in einer Mediathek zum späteren Abruf verfügbar gehalten **werden**. Die nichtöffentlichen Beratungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses, insbesondere auch die Beratungen in den vorbereitenden Gremien, sind einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften vertraulich.

Artikel 1, Nr. 39

§ 113b Abs. 6 SGB XI – zusätzliche Referentenstelle Qualitätsausschuss

Vorgesehene Neuregelung

Der Qualitätsausschuss soll ab dem 1. September 2023 dauerhaft eine zusätzliche Referentenstelle zur Unterstützung der Interessensvertretungen der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen einrichten. Die Interessensvertretungen sollen das Recht haben, die Stelle zu besetzen und den Arbeitsort in Abstimmung mit der Geschäftsstelle zu bestimmen.

Stellungnahme

Die im Zusammenhang mit der Tätigkeit im Qualitätsausschuss Pflege (QAP) entstehenden Aufwendungen der beteiligten Akteure werden entweder aus den Mitteln der Pflegeversicherung (GKV, PKV und MD) oder im Rahmen von Aufwandsentschädigungen für die Patientenvertreter aus dem Budget der Pflegeversicherung refinanziert. Die Sozialhilfevertreter finanzieren die Belastungen aus Haushalts- und damit Steuermitteln. Die Trägerverbände als wesentlicher Bestandteil des Gremiums müssen die Kosten selbst tragen bzw. aus Mitgliedsbeiträgen bestreiten. Es erschließt sich nicht, weshalb eine der beteiligten Gruppen nunmehr ihre ureigene Aufgabe, die Patientenvertretung, an eine/n zusätzliche/n Referenten/in, die obendrein aus Mitteln der Pflegeversicherung finanziert und als freischwebender Satellit der Geschäftsstelle des QAP fungiert, geschaffen werden soll. Die arbeitsrechtliche Ansiedlung sowie die Erfüllung damit verbundener Pflichten, ohne dass die Träger der Geschäftsstelle Einfluss auf Auswahl der Person, dessen Arbeitsort usw. nehmen soll, erscheint weltfremd. Das bisher weitgehend ausgewogene und filigrane Verhältnis der unterschiedlichsten Interessensvertreter sowie die unbelastete und bisher erfolgreiche Zusammenarbeit der Beteiligten und des ehrenamtlichen Vorstandes des Trägers der Geschäftsstelle der im Bereich der Qualität der pflegerischen Verantwortung tragenden Akteure wird hierdurch gefährdet.

Änderungsvorschlag

§ 113b Abs. 6 SGB XI wird nicht geändert.

Artikel 1, Nr. 40

§ 113c SGB XI – Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Vorgesehene Neuregelung

Der Gesetzgeber will die Umsetzung der vollstationären Personalbemessung beschleunigen. Hierzu werden Maßnahmen zur Erleichterung der Besetzung der zusätzlichen Stellen, insbesondere bei den mindestens einjährig qualifizierten Hilfs- und Assistenzkräften, sowie zur Weiterentwicklung der Personalbemessung vorgesehen.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt das Ziel eines qualifikationsgerechten Personaleinsatzes in den Pflegeeinrichtungen. Um die Umsetzung der bisherigen Vorgaben des § 113c SGB XI zu ermöglichen, fanden im letzten Jahr umfangreiche Gespräche auf Bundesebene statt, die im Ergebnis zu den [Gemeinsamen Empfehlungen nach § 113c Absatz 4 SGB XI](#) führten. Parallel verhandeln die Landesrahmenvertragspartner über die jeweilige Umsetzung im Land. Im Kern müssen dabei stets die tatsächliche Umsetzbarkeit sowie die Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung stehen. Niemandem ist geholfen, wenn durch allzu strikte Vorgaben ein Abwerbewettbewerb zwischen den Versorgungsbereichen in der Pflege befeuert oder Versorgungsangebote aufgrund nicht erfüllbarer Personalschlüssel reduziert werden müssen. Bis zu einer möglichst weitgehenden Umsetzung der vollstationären Personalbemessung sind zudem erhebliche strukturelle Maßnahmen erforderlich, die in Verantwortung von Bund und Ländern stehen. Als Anlage zu den zuvor genannten Gemeinsamen Empfehlungen gibt es daher eine gemeinsame Erklärung aller Verhandlungspartner über die notwendigen flankierenden politischen Maßnahmen. Diese umfassen:

- Ausbildungskapazitäten absichern und schaffen
- Anerkennung internationaler Berufsabschlüsse stärken
- Beschäftigungspotential erschließen
- ordnungsrechtlichen Rahmen in den Ländern anpassen
- Finanzierung nachhaltig absichern

§ 113c Abs. 2 SGB XI – Personalpools

Es wird klargestellt, dass es unter anderem als sachlicher Grund für eine höhere Personalausstattung gilt, wenn das Personal auf Grundlage eines entsprechenden betrieblichen Konzepts ganz oder teilweise in Personalpools oder im Rahmen vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte tätig ist.

Der bpa begrüßt ausdrücklich, dass die Möglichkeit des Einsatzes von Personalpools an dieser Stelle im Gesetz verankert wird. Die Errichtung von Personalpools ist eine sinnvolle Maßnahme, um kurzfristig entstehende Lücken in Pflegeteams zu schließen, Belastungsspitzen abzufangen und Leiharbeit zu vermeiden. Allerdings ist diese Regelung alleine nicht ausreichend, um Springerpools in allen Versorgungsbereichen gesichert zu verankern und die Refinanzierung sicherzustellen. Der bpa verweist dazu auf seine Ausführungen und Änderungsvorschläge auf Seite 47.

§ 113c Abs. 3 und 5 SGB XI – Maßnahmen zur Stellenbesetzung

Die hier vorliegenden Neuregelungen zur Besetzung von Stellen sind ein sehr guter erster Schritt, der vom bpa ausdrücklich begrüßt wird. Die auf den Weg gebrachten Möglichkeiten bieten erst die Grundlage und Chance eines Einstiegs in die Umsetzung der neuen Personalbemessung in der Fläche. Sie können gleichwohl allenfalls vorübergehend eine teilweise Erleichterung bieten. Sie ersetzen nicht das Erfordernis der zuvor benannten strukturellen Maßnahmen, ohne die eine flächendeckende Mehrpersonalisierung nicht gelingen wird und schlimmer noch die Beförderung von Umverteilungsprozessen von Personal und Unterversorgung in der Langzeitpflege eintreten wird.

Mindestens einjährig qualifizierte Pflegehilfs- und -assistenzkräfte gibt es in keinem Bundesland in auch nur annähernd der Anzahl, die entsprechend des neuen Personalbemessungssystems erforderlich wäre. Damit dennoch in den Pflegeheimen mit der Umsetzung der neuen Systematik eines qualifikationsgerechten Personaleinsatzes begonnen werden kann, bedarf es deshalb praxistauglicher Lösungen, die gleichzeitig die Beibehaltung einer hohen Versorgungsqualität sicherstellen. **Die Ermöglichung langjährig berufserfahrenes Pflegepersonal auf die Stellenschlüssel für mindestens einjährig qualifizierte Pflegehilfs- und -assistenzkräfte anzurechnen, überzeugt.** Die dabei anfallenden Aufgaben werden bereits von eben diesem Personal ausgeübt. Der Übergangszeitraum bis zum 30.12.2028 als spätester Beginn einer entsprechenden mindestens einjährigen Ausbildung ist angemessen. Dies gibt den Ländern die Möglichkeit, die bis dato nicht annähernd ausreichenden Ausbildungsstrukturen auszubauen.

Die Zulassung von Pflegehilfskräften, die eine sogenannte „**Externenprüfung**“ bestanden haben, ist ein wichtiger Schritt zur Eröffnung neuer Beschäftigtenpotentiale. Sie ist gleichzeitig Ausdruck einer verantwortungsvollen Sozial- und Arbeitsmarktpolitik, da sie Menschen, die unter Umständen eine unterbrochene Schul- und Arbeitsbiographie haben, eine

Aufstiegschance bietet. Die Länder sind nun gefordert entsprechende Prüfungen anzubieten.

Die Anrechnung ausländischer Fachkräfte, die sich im Anerkennungsverfahren befinden, auf den Fachkraftschlüssel ist eine sinnvolle Maßnahme. Dies ermöglicht dem Personal einen ihrer Qualifikation angemessenen Einsatz und kann weiter dazu beitragen, Anwerbung attraktiver zu gestalten. Gleichwohl muss gefragt werden, wieso es insbesondere für akademisch qualifiziertes Pflegepersonal aus dem Ausland überhaupt derlei Anerkennungsverfahren bedarf. Konsequenterweise sollten diese bei einer mindestens dreijährigen akademischen Ausbildung in einem Pflegeberuf nicht notwendig sein. Im Stellungnahmeverfahren zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Fachkräfteeinwanderung hat der bpa entsprechende Regelungsvorschläge unterbreitet.

§ 113c Abs. 7 und 8 SGB XI – Weiterentwicklung Personalbemessung

Der bpa versteht das im Koalitionsvertrag angelegte Ziel einer Weiterentwicklung der vollstationären Personalbemessung als Auftrag,

- die Erkenntnisse aus der Umsetzung in den Ländern zusammenzutragen,
- die Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung – insbesondere hinsichtlich der Aufrechterhaltung von Kapazitäten – darzustellen
- sowie die Ergebnisse aus den Modellprojekten nach § 8 Abs. 3b SGB XI auszuwerten.
- Dabei sind stets die strukturellen Gegebenheiten des Arbeits- und Ausbildungsmarkts zu berücksichtigen.

Darauf aufbauend soll über mögliche Anpassungen entschieden werden. Dieser Prozess muss ergebnisoffen ausgestaltet sein und eine zentrale Frage beantworten:

Kommt es durch eine Anpassung der Vorgaben zur Gefahr eines Abbaus an pflegerischen Versorgungsangeboten?

Dies droht stets dann, wenn durch eine Erhöhung der Mindestvorgaben der Personalanhaltswerte nicht länger alle vorzuhaltenden Stellen auch besetzt werden können. Ist dies nicht der Fall, müssen die Träger Plätze abbauen. Dies führt nicht nur zu einer Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz der jeweiligen Einrichtung, sondern insbesondere auch zu einer Rationierung der Pflegeheimplätze. Mit in den Blick zu nehmen sind die Auswirkungen auf die ambulante pflegerische Versorgung. Hier lehnen weit mehr als die Hälfte der Pflegedienste bereits heute neue Kunden aufgrund fehlenden Personals ab.

In den Ländern werden derzeit Mindestpersonalvorgaben verhandelt, die die jeweilige Situation (bestehende Personalschlüsse, vorhandenes Personal, Ausbildungskapazitäten) vor Ort in den Blick nehmen und darauf basierend Vorgaben festlegen. In einem föderalen System mit teils sehr unterschiedlichen Strukturen wird es dabei zwangsläufig zu unterschiedlichen Werten kommen. In Anbetracht, dass diese neuen Mindestvorgaben erst ab dem 1. Juli 2023 gelten, ist es nicht nachvollziehbar, wieso das Bundesministerium für Gesundheit bereits zum Jahresende 2023 neue (Ziel-)Werte festlegen soll. Soweit diese höher liegen als im jeweiligen Land vorgesehen, wären nicht nur jeweils neue Pflegesatzvereinbarungen erforderlich, sondern auch eine Mehrpersonalisierung, die die Selbstverwaltung aus gutem Grund nicht immer im gleichen Maße wird vorgesehen haben.

Gleiches gilt für die Möglichkeit der verbindlichen Festsetzung von neuen Minimal- und Maximalschlüsseln mit dem Ziel einer Konvergenz der Bundesländer und der möglichst vollständigen Ergebnisse der Studie zum Personalbemessungsverfahren. Zwar ist der Wunsch nachvollziehbar, doch ist die Realität in den Ländern eine andere. Es sollte daher zunächst auf Verschärfungen verzichtet werden, bis die Landesregierungen ihren jeweiligen Verpflichtungen zur Schaffung der strukturellen Voraussetzungen erfüllt und Bund und Länder die Anwerbung ausländischer Pflegekräfte erheblich erleichtert haben.

Vergütungszuschläge belassen

Ab dem 1. Juli 2023 sollen keine Anträge für Vergütungszuschläge für zusätzliche Hilfs- und Fachkräfte mehr gestellt werden können. Bestehende Zuschläge sollen bis spätestens 31. Dezember 2025 in den Pflegesatz überführt werden. Für die Pflegebedürftigen bedeutet dies eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung. Insbesondere die Einführung der zusätzlichen Fachkraftstellen nach § 8 Abs. 6 SGB XI war vom Gesetzgeber explizit mit der Verknüpfung des Einstiegs in eine Refinanzierung von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege durch die Krankenversicherung verbunden. Das damalige Ziel des Gesetzgebers ist jedoch – trotz einer entsprechenden Vereinbarung im Koalitionsvertrag – weiterhin nicht erfüllt. Statt der angekündigten Entlastung von diesen Kosten sollen die Pflegebedürftigen nun vielmehr erneut zusätzlich belastet werden. Der bpa fordert deshalb die Fortführung der Vergütungszuschläge und die Streichung des § 113c Abs. 6 SGB XI.

Änderungsvorschlag

§ 113c Abs. 6, 7 und 8 SGB XI werden gestrichen.

Artikel 1, Nr. 42

§ 114c Abs. 1 SGB XI – Prüfrhythmus

Vorgesehene Neuregelung

Bisher „kann“ der Prüfrhythmus verlängert werden, wenn die vollstationäre Einrichtung ein hohes Qualitätsniveau nachweist (§ 114c SGB XI). Der Gesetzentwurf sieht nun vor, das Ermessen der Pflegekassen einzuschränken, indem aus dem „kann“ ein „soll“ wird. Im Regelfall ist dann eine Prüfung nur noch alle zwei Jahre vorzunehmen.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Änderung. Wenn die vollstationäre Pflegeeinrichtung das hohe Qualitätsniveau nachweist, gibt es keinen Grund für die Pflegekassen, den längeren Prüfrhythmus nicht zu gewähren.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1, Nr. 45

§ 125b SGB XI – Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

Vorgesehene Neuregelung

Beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege eingerichtet werden. Es soll u.a. konkrete Empfehlungen insbesondere für Leistungserbringer und Pflegekassen für die Digitalisierung in der Langzeitpflege entwickeln und beim Wissenstransfer zu Themen der Digitalisierung in der Langzeitpflege unterstützen.

Darüber hinaus sollen Prüfung und Nutzung der Möglichkeiten der Digitalisierung bei der Vermittlung von Plätzen und Angeboten im Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege und Erarbeitung von Empfehlungen zu den Aufgaben gehören.

Für die Einrichtung des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung 10 Millionen Euro im Zeitraum von 2023 bis 2027 zur Verfügung gestellt.

Stellungnahme

Der bpa lehnt die Einführung eines solchen Kompetenzzentrums entschieden ab. Der Gesetzgeber verkennt damit die Handlungsnotwendigkeit bei der Digitalisierung in der Pflege. Es bedarf keiner neuer Gremien und Empfehlungen, sondern der Gesetzgeber muss dafür sorgen, dass die Rahmenbedingungen und Voraussetzungen geschaffen werden und die entsprechende Finanzierung gesichert ist. Mit diesem Kompetenzzentrum werden übergeordnete Strukturen beim GKV-Spitzenverband aufgebaut und finanziert. Das ist genau der falsche Weg. Die Strukturen müssen an der Basis, bei den Pflegediensten, Tagespflegen und in den Pflegeheimen vor Ort entstehen, und sie müssen dort finanziert werden. Auf die Einführung des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege sollte daher verzichtet werden und die Finanzmittel den Pflegeeinrichtungen zum strukturellen Ausbau und zur Absicherung von Digitalisierungsprozessen zur Verfügung gestellt werden.

Änderungsvorschlag

Der vorgeschlagene § 125b SGB XI wird nicht eingefügt.

II.) Weitere Reformvorschläge des bpa

Entscheidend für die langfristige Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung und den Erhalt der qualitativ hochwertigen Versorgung ist deren wettbewerbliche Ausgestaltung. Der politisch gewollte Wettbewerb hat pflegebedürftige Menschen und Sozialhilfeträger vor ungebremsten Kostensteigerungen bewahrt und gleichzeitig einen Wettbewerb um Qualität und Innovationen gefördert. Und vor allem hat er dafür gesorgt, dass in den zurückliegenden mehr als 25 Jahren seit Einführung der Pflegeversicherung ein erheblicher und sehr beeindruckender Ausbau der pflegerischen Infrastruktur erfolgen konnte, der die pflegerische Versorgung mit dem hohen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen weitgehend abgesichert hat.

Wer Markt und Wettbewerb in der Pflege in Frage stellt, verschärft die Probleme und verspielt die Zukunftsfestigkeit der pflegerischen Versorgung!

Dies gilt umso mehr, als bis 2040 allein in stationären Einrichtungen bis zu 109 Milliarden Euro investiert werden müssen. Die Pflegeversicherung finanziert keine pflegerische Infrastruktur und die Länder haben sich aus der Finanzierungsverantwortung längst herausgezogen. Investitionen der privaten Träger sichern ein flächen- und bedarfsdeckendes Angebot.

Dafür schlägt der bpa folgende Maßnahmen vor:

1.) Angemessene Berücksichtigung von unternehmerischem Wagnis und der Möglichkeit der Gewinnerzielung

Durch die Möglichkeit einer angemessenen Berücksichtigung des Unternehmerrisikos wird überhaupt erst die Grundlage geschaffen, dass das Risiko des Betriebs einer Pflegeeinrichtung übernommen wird. Ohne eine wirtschaftliche Perspektive ist dem unternehmerischen Handeln der Boden entzogen. Dies würde nicht nur die Existenzgrundlage der privaten, sondern auch der freigemeinnützigen Träger zerstören. Der bpa hat die Mindestanforderungen mit je einer Studie für [stationäre](#) und [ambulante](#) Einrichtungen herleiten und beziffern lassen. In einem ersten Schritt müssen alle Pflegeeinrichtungen in die Lage versetzt werden, ihre Versorgungsaufträge zu erfüllen und die absehbaren Gestehungskosten inklusive der damit verbundenen Risiken finanzieren zu können, ohne absehbar Verluste zu erwirtschaften. Damit ist eine Nulllinie definiert. Für die ambulanten Dienste sind die spezifischen Risiken des Einzelleistungssystems zu berücksichtigen. Daneben und zusätzlich sind die angemessene Finanzierung des allgemeinen Unternehmerrisikos und damit die Möglichkeit der Gewinnerzielung zu vereinbaren. Nur so wird die

Investitionsfähigkeit der Pflegeeinrichtungen erhalten, eine Finanzierung durch Banken ermöglicht und die Versorgung zukunftsfest und abgesichert ausgerichtet. Politische Entscheidungen dürfen künftig das Finanzierungsrisiko der pflegerischen Grundversorgung nicht erhöhen, sondern müssen dieses spürbar senken.

2.) Entgeltverhandlungen vereinfachen

Um den ins Uferlose steigenden Verhandlungsaufwand wirksam zu begrenzen, werden klarstellende gesetzliche Regelungen benötigt. Hierbei ist deutlich zu machen, dass Entgelte in der Pflege grundsätzlich weiterhin auf zwei Wegen verhandelt und vereinbart werden können: sowohl reine Preisverhandlungen müssen eindeutig legitimiert bleiben als auch Verhandlungen, in denen eine kleinteilige Bewertung einzelner Kosten verbunden werden muss mit einer darauf aufbauenden Berücksichtigung des Anteils für Wagnis und Gewinn. Wir benötigen demnach

- sowohl die Möglichkeit der reinen Preisverhandlung ohne detaillierte Nachweisforderungen bis zur Höhe des durchschnittlichen Entgelts
- als auch alternativ die Vereinbarung auf der Grundlage vereinbarter Gehälter mit entsprechenden Nachweispflichten („...die Pflegesätze auf Grundlage der Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbart wurden...“)

Für beide Verhandlungsalternativen muss der Zugang zur Schiedsstelle möglich sein. **Sehr hilfreich wäre aus verhandlungsökonomischer Sicht die ausdrückliche Ermächtigung der Landespflegesatzkommissionen, angemessene Entgelte für eine Musterpflegeeinrichtung zu verhandeln, vereinbaren und fortschreiben zu können, welche dann über ein bloßes Beitrittsverfahren für diejenigen Pflegeeinrichtungen gelten, die keine darüber hinausgehenden Steigerungen begehren. Auch dieses Verfahren muss schiedsstellenfähig ausgestaltet werden.** In einem einfachen Verfahren müssen alle Pflegeeinrichtungen zumindest das durchschnittliche Entgelt ohne weitere Nachweisanforderungen vereinbaren können.

Um die Pflegesatz- und Vergütungsverhandlungen im SGB XI und SGB V auf Landesebene zu vereinfachen und zu entbürokratisieren, soll gesetzlich klargestellt werden, dass Entgelte auch kollektiv auf Landesebene entsprechend der spezifischen Kostenentwicklung vereinbart und

pauschal fortgeschrieben oder im Streitfalle einer gemeinsamen Schiedsentscheidung zugeführt werden können.

Um Entgeltverhandlungen führen zu können, bedarf es einer Klarstellung in § 85 Abs. 7 SGB XI. Dazu muss bei Veränderungen der Voraussetzungen zur Erfüllung der sog. Tariftreuregelung und der damit zusammenhängenden Gehaltsanpassungen der Pflegeeinrichtung immer die Anwendung von § 85 Abs. 7 SGB XI auch während der Laufzeit der Vergütungsvereinbarung ermöglicht werden.

Der bpa schlägt zur Umsetzung folgende Gesetzesänderungen vor:

§ 84 Abs. 2 SGB XI – Bemessungsgrundsätze

(2) ¹Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. ²Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, entsprechend den fünf Pflegegraden einzuteilen. ³Davon ausgehend sind bei vollstationärer Pflege nach § 43 für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln; dies gilt auch bei Änderungen der Leistungsbeträge. ⁴Die Pflegesätze müssen **einem dem jeweiligen Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, unter Berücksichtigung auch der betrieblich-spezifischen Einzelwagnisse** seine Aufwendungen **nach § 82c Absatz 1 oder Absatz 2 und seine bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehenden weiteren pflegesatzerheblichen Aufwendungen** zu finanzieren, **und** seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen **und eine angemessene Vergütung seines allgemeinen Unternehmerrisikos zu erzielen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos**. ⁵Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen. **~~Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten.~~** ⁶Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können die **weiteren pflegesatzerheblichen Aufwendungen nach Satz 4 Pflegesätze** derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach Art und Größe sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, angemessen berücksichtigt werden; **die Kostenträger haben hierfür alle notwendigen Informationen zur Verfügung zu stellen.**

§ 85 Abs. 3a SGB XI – Pflegesatzverfahren

(3a) Abweichend von Absatz 3 Satz 2 bis 5 sind auf Verlangen des Pflegeheims die von der Pflegesatzkommission nach § 86 Absatz 2a Satz 1 empfohlenen pauschalen Veränderungen oder die nach § 86 Absatz 2a Satz 2 empfohlenen Pflegesätze zu vereinbaren. Die Verpflichtung des Pflegeheims zur Vorlage der schriftlichen Stellungnahme der nach heimrechtlichen Vorschriften vorgesehenen Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner bleibt unberührt.

(4) Die Pflegesatzvereinbarung kommt durch Einigung zwischen dem Träger des Pflegeheimes und der Mehrheit der Kostenträger nach Absatz 2 Satz 1 zustande, die an der Pflegesatzverhandlung teilgenommen haben. Sie ist **unverzüglich** schriftlich abzuschließen. Soweit Vertragsparteien sich bei den Pflegesatzverhandlungen durch Dritte vertreten lassen, haben diese vor Verhandlungsbeginn den übrigen Vertragsparteien eine schriftliche Verhandlungs- und Abschlussvollmacht vorzulegen.

§ 85 Abs. 7 SGB XI – unvorhergesehene Änderungen

Bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen der Annahmen, die der Vereinbarung oder Festsetzung der Pflegesätze zugrunde lagen, sind die Pflegesätze auf Verlangen einer Vertragspartei für den laufenden Pflegesatzzeitraum neu zu verhandeln. Unvorhersehbare wesentliche Veränderungen der Annahmen im Sinne des Satzes 1 liegen insbesondere bei einer erheblichen Abweichung der tatsächlichen Bewohnerstruktur sowie bei einer erheblichen Änderung der Energieaufwendungen vor. **Daneben liegen auch in den Fällen des § 72 Absatz 3b Satz 6 und 7 unvorhersehbare wesentliche Veränderung der Annahmen im Sinne des Satzes 1 vor. Abweichend von Absatz 6 Satz 2 sind bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 3 Pflegesätze rückwirkend für den Zeitpunkt zu vereinbaren, in dem die erforderlichen Anpassungen der gezahlten Entlohnung vorzunehmen sind.** Die Absätze 3 bis 6 gelten entsprechend. Abweichend von Satz 5 in Verbindung mit Absatz 5 Satz 1 kann eine Festsetzung der Pflegesätze durch die Schiedsstelle bereits nach einem Monat beantragt werden, die binnen eines Monats erfolgen soll.

§ 86 SGB XI – Pflegesatzkommission

(2a) Die Pflegesatzkommission kann für einen zukünftigen Zeitraum (Pflegesatzzeitraum) pauschale Veränderungen vereinbarter Pflegesätze in angemessener Höhe empfehlen. Für Pflegeheime in einer Region im Sinne von § 82c Absatz 2, für die derselbe Tarifvertrag oder dieselbe kirchliche Arbeitsrechtsregelung nach § 72 Absatz 3a oder 3d bindend oder maßgebend ist, empfiehlt die Pflegesatzkommission auf Antrag einer beteiligten Organisation nach Absatz 1 Satz 1 einheitliche Pflegesätze. Die Empfehlungen erfolgen gemeinsam und einheitlich mit Zustimmung der Mehrheit der beteiligten Kostenträger. **§ 85 Absatz 5 gilt entsprechend.**

(3) Die Pflegesatzkommission oder die Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 können auch Rahmenvereinbarungen abschließen, die insbesondere ihre Rechte und Pflichten, die Vorbereitung, den Beginn und das Verfahren der Pflegesatzverhandlungen sowie Art, Umfang und Zeitpunkt der vom Pflegeheim vorzulegenden Leistungsnachweise und sonstigen Verhandlungsunterlagen näher bestimmen. **Absatz 2a Satz 2 und 3 gilt entsprechend.**

Satz 1 gilt nicht, soweit für das Pflegeheim verbindliche Regelungen nach § 75 getroffen worden sind.

§ 87 SGB XI – Unterkunft und Verpflegung

¹Die als Pflegesatzparteien betroffenen Leistungsträger (§ 85 Abs. 2) vereinbaren mit dem Träger des Pflegeheimes die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Entgelte für die Unterkunft und für die Verpflegung jeweils getrennt. ²Die Entgelte müssen in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen. ³§ 84 Abs. ~~3 und 2 bis~~ 4 und die §§ 85 und 86 gelten entsprechend; § 88 bleibt unberührt.

§ 89 SGB XI – Ambulante Vergütungsregelung

(1) ¹Die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe und der ergänzenden Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. ²Sie muss leistungsgerecht sein. ³Die Vergütung muss ~~einem dem jeweiligen~~ Pflegedienst ~~bei wirtschaftlicher Betriebsführung~~ ermöglichen, ~~unter Berücksichtigung auch der betrieblich-spezifischen Einzelwagnisse~~ seine Aufwendungen nach § 82c Absatz 1 oder Absatz 2 und seine bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehenden weiteren pflegesatzerheblichen Aufwendungen zu finanzieren, und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen ~~unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos und eine angemessene Vergütung seines allgemeinen Unternehmerrisikos zu erzielen~~. ⁴Eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

(3a) Abweichend von Absatz 2 Satz 2 kann die Vergütung oder eine Vergütungserhöhung mit Zustimmung der betroffenen Pflegedienste einheitlich für Pflegedienste in einer Region im Sinne von § 82c Absatz 2 sowie für die Pflegedienste, für die derselbe Tarifvertrag oder dieselbe kirchliche Arbeitsrechtsregelung nach § 72 Absatz 3a oder 3d bindend oder maßgebend ist, zwischen einer vertretungsberechtigten Vereinigung gleicher Träger und den Kostenträgern nach Absatz 2 vereinbart werden. Absatz 3 Sätze 1 bis 3 erster Halbsatz, § 84 Absatz 4 Satz 2 und Absatz 7, § 85 Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 bis 7 gelten entsprechend. § 85 Absatz 3a und § 86 bleiben unberührt.

3.) Leiharbeit und Springerpools

Die Zunahme der Leiharbeit in der Pflege ist hoch problematisch. Der bpa hat bereits seit langem darauf aufmerksam gemacht, dass durch diese Millionenbeträge aus der Pflege abfließen und die Arbeitsbedingungen für die Stammebeschäftigten verschlechtert werden.

Die Lösung sind Springerpools, die jedes Pflegeheim und jeder Pflegedienst bilden kann, um unerwartete Personalausfälle durch zusätzliche **eigene** Kräfte auszugleichen. Perspektivisch müssen auch einrichtungs- und ggf. trägerübergreifende Pools möglich sein. Benötigt werden außerdem gesetzliche Regularien, die die Zeitarbeitsfirmen in Schranken weisen, wenn diese die Notlage der Pflegeeinrichtungen mit horrenden Preisangeboten ausnutzen.

Der Gesetzgeber hat das Problem der Leiharbeit in der Pflege und die Lösung über die Springerpools im Grundsatz erkannt, bleibt aber bei der Umsetzung auf halbem Weg stehen. Die zur Leiharbeit und zu Springerpools im PUEG vorgesehenen Regelungen müssen deshalb dringend angepasst werden. Derzeit sieht der Gesetzentwurf nur Beschränkungen zu Lasten der Träger vor, indem gesetzlich klargestellt wird, dass die anfallenden Mehrkosten nicht über den Pflegesatz refinanziert werden dürfen. Dies wird dem Problem Leiharbeit in keiner Weise gerecht, sondern gefährdet die wirtschaftliche Situation der Pflegeeinrichtungen noch weiter.

Regelungen zu Springerdiensten finden sich zwar ebenfalls im Gesetzentwurf, doch genügen sie bei weitem nicht, um eine gesicherte Umsetzung vor Ort zu gewährleisten. So wird lediglich klargestellt, dass Springerdienste in Pflegeheimen ein Grund sind, über die gesetzlichen Höchstgrenzen bei den Personalschlüsseln hinauszugehen. Zudem sollen in den Landesrahmenverträgen Springerpools vorgesehen werden können. Es fehlt hingegen komplett eine verbindliche Regelung, die eine Refinanzierung der Kosten absichert.

Erfahrungen aus dem Krankenhausbereich belegen eindrucksvoll, dass Refinanzierungsbeschränkungen nicht zielführend sind. Für die Krankenhäuser wurde durch den Gesetzgeber bereits 2020 eine Regelung eingeführt, die der hier vorgesehenen für die Pflegeeinrichtungen vergleichbar ist – mit dem Ergebnis, dass die Inanspruchnahme von Leiharbeit keineswegs zurückgegangen ist, die Krankenhäuser nun aber mit höheren finanziellen Deckungslücken und negativen Auswirkungen auf ihre Wirtschaftlichkeit konfrontiert sind. Warum diese Entwicklung nun auch in der Langzeitpflege befördert werden soll, erschließt sich dem bpa nicht und schadet Pflegeeinrichtungen empfindlich.

Der bpa unterbreitet nachfolgend einen konkreten Gesetzesvorschlag zur Begrenzung der Leiharbeit in der Pflege und zur gesicherten Refinanzierung der Springerpools.

Dieser verfolgt drei Ziele:

- 1.) Rechtliche Verankerung von Springerpools**
- 2.) Gesicherte Finanzierung von Springerpools**
- 3.) Beschränkung der Leiharbeit in der Pflege**

Änderungsvorschläge:

§ 75 SGB XI

1.) In § 75 Abs. 2 SGB XI wird folgende Nr. 11 neu eingefügt:

(2) Die Verträge regeln insbesondere:

...

11. Beschränkungen für den Einsatz von Personal, das Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen ohne direktes Arbeitsverhältnis mit der zugelassenen Pflegeeinrichtung erbringt, insbesondere für Leiharbeitnehmer im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes sowie für Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer, die im Rahmen eines Werk- oder Dienstleistungsvertrags eingesetzt werden.

2.) § 75 Absatz 3 SGB XI wird wie folgt gefasst:

(3) Als Teil der Verträge nach Absatz 2 Nr. 3 sind entweder

1. landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten oder

2. landesweite Personalrichtwerte

zu vereinbaren. Dabei ist jeweils der besondere Pflege- und Betreuungsbedarf Pflegebedürftiger mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems zu beachten. Bei der Vereinbarung der Verfahren nach Satz 1 Nr. 1 sind auch in Deutschland erprobte und bewährte internationale Erfahrungen zu berücksichtigen. Die Personalrichtwerte nach

Satz 1 Nr. 2 können als Bandbreiten vereinbart werden und umfassen bei teil- oder vollstationärer Pflege wenigstens

1. das Verhältnis zwischen der Zahl der Heimbewohner und der Zahl der Pflege- und Betreuungskräfte (in Vollzeitkräfte umgerechnet), unterteilt nach Pflegegrad (Personalanhaltszahlen), sowie

2. im Bereich der Pflege, der Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege zusätzlich den Anteil der ausgebildeten Fachkräfte am Pflege- und Betreuungspersonal.

Die Maßstäbe und Grundsätze nach Absatz 2 Nummer 3 sind auch daraufhin auszurichten, dass das Personal bei demselben Einrichtungsträger in verschiedenen Versorgungsbereichen flexibel eingesetzt werden kann.

Dies umfasst auch Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal. In den Maßstäben und Grundsätzen nach Absatz 2 Nummer 3 sind bis zum 1. Januar 2024 landeseinheitliche Personalschlüssel für Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal zu vereinbaren.

4). Fachkräftebasis sichern – Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf fortführen und ausbauen

Im Kampf gegen den Fachkräftemangel in der Pflege gilt es, alle Mittel zu nutzen. Dazu gehört es zweifelsfrei auch, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf weiter zu verbessern. Hierzu hat der Gesetzgeber mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz ein entsprechendes Förderprogramm eingeführt. Dieses gilt es fortzuführen und zu verbessern. Während der Referentenentwurf noch vorsah, das Förderprogramm nach § 8 Abs. 7 SGB XI zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf bis 2030 zu verlängern, findet sich diese Regelung nicht mehr im vorliegenden Gesetzentwurf. Das bedeutet, dass das Förderprogramm zum Ende des Jahres 2024 ausläuft. Das ist ein aus Sicht des bpa ein fatales Zeichen – denn statt einer Beendigung der Förderung braucht es eines Ausbaus!

Der bpa hat in seiner damaligen Stellungnahme das Ziel des Gesetzgebers ausdrücklich begrüßt. Gleichwohl wurde bereits damals festgestellt, dass das vorliegende Förderinstrument absehbar keine nachhaltigen Verbesserungen bewirken könne. 7.500 Euro im Jahr als fünfzigprozentiger Zuschuss genügen zur Finanzierung von Schulungs- und Weiterbildungsangeboten. Es konnte hingegen nicht erwartet werden, dass die tatsächlich effektiven Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf damit auch nur im Ansatz gegenfinanziert werden können.

Die Realität hat diese Befürchtungen allzu deutlich bestätigt. Knapp 1% der jährlichen Fördersumme wird überhaupt nur in Anspruch genommen. Und selbst hier verteilt sich ein erheblicher Teil ausschließlich auf ausgewählte Coaching-Angebote, die spezifisch zur Nutzung der Fördergelder geschaffen wurden. Das rechtfertigt aber nicht ein Auslaufen des Förderprogramm, sondern bedeutet, dass eine erhebliche Überarbeitung erforderlich ist.

Dazu sollten die Förderbeträge signifikant erhöht werden. Es bietet sich mindestens eine Verdoppelung auf 15.000 € pro Pflegeeinrichtung pro Jahr an. Um die Teilnahme zu fördern, sollte zudem der zu erbringende Eigenanteil auf 10 Prozent gesenkt werden. Dieser Betrag kann als Grundsumme zur Verfügung gestellt werden, die bspw. für Schulungen oder Konzeptentwicklung jederzeit bereitsteht.

Darüber hinaus sollte es jedoch auch eine zweite Anspruchskategorie geben, die die Förderung ausgewählter zusätzlicher Maßnahmen ermöglicht. Bestes Beispiel hierfür sind Springerdienste. Diese haben das ausgesprochene Potential einen ausdrücklichen Beitrag zu arbeitnehmerorientierten Arbeitszeiten, gesicherten Dienstplänen und einer Reduzierung der Belastungen zu sorgen. Erste Modellprojekte haben dies eindrücklich bestätigt. Gleichzeitig tragen sie dazu bei, das in der Konzertierten Aktion Pflege vereinbarte Ziel einer signifikanten Reduzierung der Notwendigkeit der Inanspruchnahme von Leiharbeit zu erreichen. Damit aber eine umfassendere Nutzung in der Fläche möglich ist, bedarf es zusätzlicher Finanzierung. In einem Pflegeheim mit 75 Plätzen kann von einem Bedarf von mindestens 3 Springern in Vollzeit ausgegangen werden. Dies entspricht der in Bayern derzeit bevorstehenden Umsetzung. Bei dabei angenommen Personalkosten von bis zu 75.000 € pro Person entstehende erhebliche Kosten, die von den Pflegebedürftigen zu tragen sind. Die Orientierungshilfen für das Förderprogramm nach § 8 Abs. 7 SGB XI benennen Springerdienste ausdrücklich als förderfähig. In Anbetracht der Mitteldiskrepanz ist jedoch offenkundig, dass dies unter den derzeitigen Bedingungen ausgeschlossen ist. Es bedarf daher der zusätzlichen Fördermöglichkeit einer Komplettfinanzierung einer Maßnahme auf Antrag. Für die Pflegeversicherung bedeutet dies keine Mehrkosten, da die insgesamt zur Verfügung stehenden Mittel weiterhin durch § 8 Abs. 7 Satz 1 SGB XI in ihrer Höhe begrenzt sind. Es kann somit kostenneutral ein deutlicher Mehrwert erreicht werden.

Die modellhafte Förderung von Springerdiensten über Förderprogramme kann gleichwohl nur ein Einstieg in die flächendeckende Umsetzung darstellen. Es braucht daher zeitnah eine Regelfinanzierung . Dazu verweist

der bpa auf seine Ausführungen zu Leiharbeit und Springerpools auf Seite 47.

Änderungsvorschläge:

§ 8 Abs. 7 SGB XI wird wie folgt geändert:

(7) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden in den Jahren 2019 bis ~~2024~~ **2030** jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt, um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zu fördern, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern. Förderfähig sind

1. individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind,
2. die Entwicklung von Konzepten für mitarbeiterorientierte und lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung,
3. die Entwicklung von Konzepten zur Rückgewinnung von Pflege- und Betreuungspersonal und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung und
4. Schulungen und Weiterbildungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf sowie zu den Zielen, zu denen nach den Nummern 2 und 3 Konzepte zu entwickeln sind.

Gefördert werden bis zu ~~50~~ **90** Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein jährlicher Förderzuschuss von ~~7.500~~ **15.000** Euro möglich. **Abweichend von Satz 3 ist auf Antrag auch eine Komplettfinanzierung einer Maßnahme möglich.** Die Landesverbände der Pflegekassen stellen die sachgerechte Verteilung der Mittel sicher. Der in Satz 1 genannte Betrag soll unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen auf die Länder aufgeteilt werden. Antrag und Nachweis sollen einfach ausgestaltet sein. Pflegeeinrichtungen können in einem Antrag die Förderung von zeitlich und sachlich unterschiedlichen Maßnahmen beantragen. Soweit eine Pflegeeinrichtung den Förderhöchstbetrag nach Satz 4 innerhalb eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommen hat und die für das Land, in dem die Pflegeeinrichtung ihren Sitz hat, in diesem Kalenderjahr bereitgestellte Gesamtfördersumme noch nicht ausgeschöpft ist, erhöht sich der mögliche Förderhöchstbetrag für diese Pflegeeinrichtung im nachfolgenden Kalenderjahr um den aus dem Vorjahr durch die Pflegeeinrichtung

nicht in Anspruch genommenen Betrag. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene, erstmals bis zum 31. März 2019, Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel durch eine Pflegekasse. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 12 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.

III.) Stellungnahme zum Antrag „Gute Pflege stabil finanzieren“

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE. fordert u.a. eine Erhöhung der Sachleistungen um 20 % anstatt wie durch das PUEG vorgesehen lediglich um 5 %. Außerdem soll eine Leistungsdynamisierung entsprechend der aktuellen Teuerungsrate umgesetzt werden. Vorgesehen ist ferner die Einsetzung einer „Konzertierten Aktion Langzeitpflege“, die notwendige Leistungsverbesserungen benennen soll und die Wege aufzeigen soll, den Pflegeberuf attraktiver zu gestalten.

Der bpa begrüßt diese Maßnahmen.

Auch aus Sicht des bpa sind die Erhöhungen der Sachleistungen, so wie sie im PUEG vorgesehen sind, viel zu gering. Dazu wird auf die Ausführungen oben zu den ambulanten Sachleistungen verwiesen (s. Seite 20). Der bpa begrüßt, dass auch die Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege um 20 % erhöht werden sollen. Zugleich müssen aber auch die Leistungszuschläge zur Begrenzung der stationären Eigenanteile erhöht werden (s. Seite 21).

Eine Dynamisierung alleine aufgrund der Teuerungsrate ist aus Sicht des bpa nicht zielführend. Dabei müssen auch die Steigerungen der Lohnkosten berücksichtigt werden. Es wird dazu auf die Vorschläge des bpa verwiesen (s. Seite 16).

Der bpa begrüßt ausdrücklich die Einberufung einer Konzertierten Aktion Langzeitpflege. Die steigende Pflegebedürftigkeit, der eklatante Fachkräftemangel und die bedrohliche wirtschaftliche Situation vieler Träger in der Langzeitpflege sprechen für diesen Vorschlag.

IV.) Stellungnahme zum Antrag „Pflegeversicherung – Bürokratie abbauen, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen entlasten

Der Antrag der AfD sieht vor, dass die Pflegebegutachtung ohne Hausbesuch erfolgt und dass die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI nur als Hausbesuche erfolgen, wenn der Pflegebedürftige dieses wünscht.

Der vorliegende Gesetzentwurf des PUEG definiert in § 18a Abs. 2 SGB XI bereits Ausnahmefällen, in denen eine Begutachtung auch ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich erfolgen kann. Diese erscheinen überwiegend sachgerecht. Darüber hinaus sollten aus Sicht des bpa mit Ausnahme des Erstbesuchs die folgenden Begutachtungstermine (z.B. bei Höherstufungen) auch per Videokonferenz erfolgen können.

Jeder zweite Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI kann nach aktueller Gesetzeslage auf Wunsch der pflegebedürftigen Person im Zeitraum bis einschließlich 30. Juni 2024 per Videokonferenz durchgeführt werden. Diese doppelte Einschränkung ist aus Sicht des bpa nicht sachgerecht. Vielmehr sollte mit Ausnahme der Erstberatung auf Wunsch der pflegebedürftigen Person jede Folgeberatung auch per Videokonferenz möglich sein. Es ist nicht angemessen, das Selbstbestimmungsrecht hier einzuschränken. Vielmehr zeigen die Erfahrungen der letzten Jahre, dass Beratungen per Videokonferenz eine sinnvolle Alternative sind, die zudem die Prozesse für die pflegebedürftigen Menschen und die Beratenden vereinfachen können. Die derzeit im Gesetz noch vorgesehene Befristung ist ebenfalls aufzuheben. Die Erfahrungen der vergangenen Jahre haben bereits gezeigt, dass Videoberatungen ohne Qualitätsverlust durchgeführt werden können.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz PUEG) BT-Drucksache 20/6544

Eva M. Welskop-Deffaa
Präsidentin

Reinhardtstraße 13, 10117 Berlin
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Telefon 030 284 447-404

Ihre Ansprechpartnerin

Dr. Elisabeth Fix
Telefon-Durchwahl 030 284 447-46
Telefax 030 284 44788-88
elisabeth.fix@caritas.de

Datum, 8.5.2023

Der Deutsche Caritasverband bedankt sich für die Einladung zur Anhörung eines Gesetzentwurfs zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (PUEG). Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände der Freien Wohlfahrtspflege hatten bereits zum Referentenentwurf gemeinsam Stellung genommen und positionieren sich auch zum Gesetzentwurf gemeinsam. Die Stellungnahme der BAGFW ist dieser Stellungnahme als integraler Bestandteil der Stellungnahme des Deutschen Caritasverbands beigefügt.

Darüber hinaus nimmt der Deutsche Caritasverband zu drei Punkten gesondert Stellung:

1. Regulierung der Leiharbeit (§§ 75, 82c, 113c XI)
2. Erfordernis der Schaffung einer rechtssicheren Grundlage für die 24-Stunden-Betreuung und Verankerung einer Leistungsgrundlage im SGB XI
3. Erhöhung des Wohngruppenzuschlags nach § 38a

1. Regulierung der Leiharbeit (§§ 75, 82c, 113c SGB XI)

Der Deutsche Caritasverband und sein Fachverband VKAD begrüßen, dass der Gesetzentwurf zum Ziel hat, die Leiharbeit zu bekämpfen und alternative Ansätze zu befördern. Die Möglichkeit, Personalpools in Form von Springerpools oder auch trägerübergreifenden Flexpools zu schaffen und mit finanziellen Anreizen auszustatten, die die erforderliche Flexibilität in der Leistungserbringung sichern und zugleich die Abwanderung von Stammpersonal in die Leiharbeit verhindern können, wird als Schritt in die richtige Richtung sehr positiv bewertet. Kritisch gesehen werden die Regelungen zur Refinanzierung der Leiharbeit, die die Einrichtungen und Dienste statt der Leiharbeitsfirmen reglementieren.

Die Nachfrage nach Leiharbeit in der Gesundheitsversorgung hat in den letzten Jahren extrem zugenommen: Waren in 2014 noch ca. 8.000 Leiharbeitnehmende in der Altenpflege, so stieg die Zahl bis 2018 auf 12.000 an. Ebenso verdoppelte sich die Zahl in der Krankenpflege von

12.000 auf 22.000. Inzwischen werben Leiharbeitsfirmen gezielt Pflegende aus Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege ab, um oftmals genau diese dann den Einrichtungen für etwa 1/3 mehr an Kosten wieder zurück zu verkaufen. Denn Leiharbeitsfirmen setzen höhere Stundensätze an und verlangen zusätzliche Gebühren, wie z.B. Vermittlungsgebühren. In der Regel liegen die mit den Pflegekassen verhandelten durchschnittlichen Bruttopersonalkosten unterhalb der Kosten für die Leiharbeit. Damit ist die Leiharbeit nicht über den verhandelten Pflegesatz gedeckt und geht zulasten der Einrichtung. Die fehlende Refinanzierung bedeutet, dass Einrichtungen auf Dauer wirtschaftlich gefährdet sind und bei einer Insolvenz die Versorgung gänzlich einstellen müssen.

Leiharbeit führt zu vielfältigen Problemen in der Einrichtung:

- Leiharbeitskräfte im Gesundheitswesen müssen bei einem Einsatz neu eingearbeitet werden und übernehmen daher bspw. keine übergeordneten Aufgaben (Dokumentation, Delegation, etc.) wie Stamm-Mitarbeitende. Damit kann es für diese Mitarbeitenden zu einer zusätzlichen Arbeitsanforderung kommen, die die angespannte Arbeitssituation trotz Entlastung durch die Leiharbeit in der subjektiven Wahrnehmung weiterhin negativ unterstützen kann. Gleichzeitig kann die Konfrontation mit den „angenehmeren“ Arbeitsbedingungen der Leiharbeitskräfte zur Unzufriedenheit der Stamm-Mitarbeitenden führen.
- Qualifizierung: Leiharbeitskräfte müssen zusätzlich geschult und eingearbeitet werden, um sich mit den spezifischen Arbeitsabläufen und Richtlinien der Organisation vertraut zu machen, was zusätzliche Kosten und Zeit erfordern kann.
- Ungleichheit bei der Bezahlung: Leiharbeitskräfte werden oft zu höheren Löhnen beschäftigt als die Mitarbeitenden in den Einrichtungen, was zu einer gefühlten und tatsächlichen Ungleichheit bei der Bezahlung führen kann. Das kann zur Folge haben, dass Stammpersonal sich entweder aufreißt oder weniger engagiert ist, mit der Konsequenz, dass Mitarbeitende innerlich oder tatsächlich kündigen.

Lösungsansatz

- Den Leiharbeitsfirmen werden Anreize genommen, Leiharbeiter teuer an die Einrichtungen zu verleihen. Der Deutsche Caritasverband und sein Fachverband VKAD setzen sich daher, sich dem Vorschlag der DKG anschließend, für eine Begrenzung der Kosten der Leiharbeit ein, indem die in Rechnung gestellten Brutto-Stundensätze für die Leiharbeitnehmenden auf das 1,5fache des durchschnittlichen einschlägigen Bruttoarbeitslohns inklusive Arbeitgeberkosten begrenzt werden. Gleiche Regelungen in der Langzeitpflege und im Krankenhaus verhindern Anreize zur Abwanderung von Leiharbeitnehmenden ins KH.
- Vermittlungsgebühren werden gesetzlich auf 15 Prozent des Jahresbruttogehalts des Leiharbeitnehmers/in begrenzt.
- Es wird eine Karenzzeit für das erneute Tätigwerden derselben Pflegekraft als Leiharbeitnehmende in derselben Einrichtung, in der sie zuvor im Stammpersonal beschäftigt war, für die Dauer von 6 Monaten statuiert.
- Personalpools und zusätzliche Personalstellen im Rahmen betrieblicher Ausfallkonzepte sind grundsätzlich Sachgründe, für die eine über die tarifliche Bezahlung hinaus

gerechtfertigte höhere Bezahlung möglich sind. Vergleichbare Regelungen muss es auch für andere soziale Einrichtungen, wie die der Eingliederungshilfe oder von Hospize geben, in denen es gleichermaßen zu erheblichen Personalengpässen und der Ausbreitung von Leiharbeit gekommen ist.

Änderungsbedarf:

a) Begrenzung der Refinanzierung des Leiharbeitnehmendenentgelts und der Vermittlungsgebühr

§ 82c Absatz 2b durch folgende Formulierung ersetzt:

„Die Entgelte für Personal, das Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen ohne direktes Arbeitsverhältnis mit der zugelassenen Pflegeeinrichtung erbringen, insbesondere für Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes sowie für Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer, die im Rahmen eines Werk- oder Dienstleistungsvertrags eingesetzt werden, gelten die Regelungen nach Absatz 1 und 2 für Beschäftigte, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen mit direktem Arbeitsverhältnis mit der zugelassenen Einrichtungen erbringen, **mit der Maßgabe, dass die in Rechnung gestellten Bruttostundensätze nicht mehr als das 1,5fache der in Absatz 1 genannten Gehälter und des in Absatz 2 genannten Entlohnungsniveaus beträgt. Die Zahlung von Vermittlungsentgelten, die 15 Prozent des Jahresbruttogehalts des Leiharbeitnehmers oder der Leiharbeiterin nicht übersteigen, kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.**“

b) Karenzzeit für Wiederbeschäftigung ausgeschiedener Arbeitnehmender als Leiharbeiterin in derselben Einrichtung

§ 72 Absatz 3 wird wie folgt ergänzt

„Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die.....

Neue Nummer 2a

„**keine Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes beschäftigen, die in den letzten 6 Monaten aus der Pflegeeinrichtung ausgeschieden sind**“

c) Personalpool oder betriebliches Ausfallkonzept als sachlicher Grund für höhere Bezahlung

§ 82c Absatz 3 lautet:

„Für eine über die Höhe der Bezahlung von Gehältern nach Absatz 1 hinausgehende Bezahlung der Beschäftigten durch die in Absatz 1 genannten Pflegeeinrichtungen bedarf es eines sachlichen Grundes. Soweit im Fall von Absatz 2 Satz 1 das regional übliche Entlohnungsniveau um mehr als 10 Prozent überstiegen wird, bedarf es eines sachlichen Grundes.“

In § 82c wird nach Absatz 3 ein neuer Absatz 3a eingefügt:

„Als sachlicher Grund gilt insbesondere die Bildung eines Personalpools, auch trägerübergreifend, sowie zusätzliche Pflegepersonalstellen im Rahmen vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal.“

2. Schaffung einer rechtssicheren Grundlage für die 24-Stunden-Betreuung und Verankerung einer Leistungsgrundlage im SGB XI

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält keinerlei Ansatz, die im Koalitionsvertrag für die laufende Legislaturperiode angekündigte Regulierung für die 24-Stunden-Betreuung im familiären Bereich“ zu schaffen.

Der Anteil von Live-in-Kräften an den bezahlten Arbeitsstunden im deutschen Pflegesystem lag 2019 – wenn konservativ von 163.000 Familien ausgegangen wird, die für die Betreuung ihrer pflegebedürftigen Angehörigen auf Live-In-Kräfte zurückgreifen - bei 32%.¹ Die Arbeitsorganisation häuslicher Pflege in Deutschland ist damit heute weniger berufsorientiert als vor zehn Jahren. Für die Coproduktion familialer Leistungen und professioneller Kräfte in der ambulanten und teilstationären Versorgung fehlen erkennbar die überzeugenden Rahmenbedingungen. Eine regulierende Förderung des Arbeitseinsatzes von Live-in-Kräften, die an eindeutige Konditionen² zu knüpfen ist, ist dringend überfällig.

Handlungsbedarfe:

Ein erster Schritt, Versorgungssicherheit rund um die Live-in-Care fair zu stärken, wäre es, **Case-Management auszubauen und professionelle Angebote der häuslichen Pflege zu stärken:** Für die pflegebedürftigen Menschen ist auf der Grundlage ihres individuellen Bedarfs ein Pflege- und Betreuungsmix zu entwickeln. Hierfür ist erforderlich, den Betreuungs- und Pflegebedarf durch (kommunale) Pflegestützpunkte/Pflegeberatung (der Kassen oder der Pflegedienste im Rahmen von § 37 Abs.3 SGB XI) zu erheben und die Versorgung zu koordinieren. Zur Sicherung der Pflegequalität ist ab Pflegegrad 1 die Einbindung eines ambulanten Pflegedienstes notwendig.³ Die Bedarfserhebung und Qualitätsvisiten müssen von Fachkräften durchgeführt werden. Ausgebildete Pflegekräfte können den Pflegebedarf und Änderungen der Bedarfe beurteilen und mit ihrer Einschätzung Angehörige und Live-in-Kräfte in der Verantwortung entlasten. Dies

¹ Bernhard Emunds, Jonas Hagedorn, Marianne Heimbach-Steins, Lea Quaing, Häusliche Pflegearbeit gerecht organisieren, Weinheim 2022, S. 89.

² Die Beschäftigung bei einem Arbeitgeber im Inland, eine Qualifizierung auf dem Niveau einer Betreuungskraft, eine Zertifizierung der involvierten Agentur und die Einbindung eines ambulanten Pflegedienstes, der die Tätigkeiten der Live-Ins professionell ergänzt und auf die Pflegequalität (bei wachsendem Pflegebedarf) achtet.

³ Der Diözesan-Caritasverband Paderborn hat in Kooperation mit Caritas Polen im Rahmen des Projektes „CariFair“ ein Konzept entwickelt, das Haushalte bei der legalen und fairen Beschäftigung einer ausländischen Haushalts- und Betreuungskraft im Arbeitgebermodell berät und unterstützt. Live-ins werden bei diesem Modell direkt im Privathaushalt angestellt. Das Modell beruht auf verbindlichen Kriterien zu den Aufgaben und Rahmenbedingungen für Betreuungskräfte, formuliert Anforderungen an die Unterbringung im Haushalt und die Betroffenen werden immer durch eine Koordinatorin begleitet. Verbindlich ist auch die Einbindung von Fachpflege (ambulanter Pflegedienst). Reformen sollten auf den gewonnenen Erfahrungen aus diesem und vergleichbaren Projekten aufbauen.

entspricht der Zielsetzung des Deutschen Caritasverbandes, die Arbeitsbedingungen der Live-in-Kräfte zu verbessern und zu einer qualitätsgesicherten Betreuung beizutragen.

Eine finanzielle Entlastung der Pflegehaushalte für qualitätsgesicherte Angebote soll illegale und prekäre Beschäftigung zurückdrängen: Der Deutsche Caritasverband setzt sich dafür ein, private Haushalte bei der Finanzierung der Kosten für eine Live-in-Kraft durch einen Zuschuss aus der Pflegeversicherung zu unterstützen, wenn Voraussetzungen vorliegen, die eine faire Beschäftigung gewährleisten. Zur Sicherung der Pflegequalität ist die Einbindung eines ambulanten Pflegedienstes notwendig. Der Zuschuss sollte daher gewährt werden, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen und nachgewiesen sind:

- Legales Beschäftigungsverhältnis
- Erfüllung bestimmter Mindestanforderungen an die Qualifizierung (Deutschkenntnisse, Erste-Hilfe-Kurs) der Betreuungsperson
- Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes

Es sollte im SGB XI für Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 einen Anspruch auf Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Live-in-Kräfte unter Anrechnung auf den Pflegesachleistungsanspruch in Höhe von 40% der nach § 36 SGB XI vorgesehenen Höchstleistungsbeträge (Umwandlungsanspruch) geschaffen werden, wenn die oben genannten Voraussetzungen vorliegen. Der Anspruch auf Erhalt eines anteiligen Pflegegelds bleibt daneben bestehen. Weiter sollte der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI ab Pflegegrad 1 für die Finanzierung von Haushaltshilfen/Live-in-Kräften unter den gleichen Bedingungen einsetzbar sein.

Verbindliche Qualitätsstandards sollen für (Vermittlungs-)Agenturen entwickelt und entsprechende staatliche Kontrollmöglichkeiten geschaffen werden

Deutsche und ausländische (Vermittlungs-)Agenturen haben eine zentrale Bedeutung in diesem Setting. Ihnen kommt eine entscheidende Rolle in Bezug auf die Aufklärung über die rechtlichen Rahmenbedingungen, die Verifikation des Betreuungs- und Pflegebedarfs und der Eignung der Betreuungskräfte zu.

Abspraken mit den Herkunftsländern von Live-in-Kräften aus Drittstaaten können eine Legalisierung der Arbeitsverhältnisse ermöglichen

Da es um eine Tätigkeit geht, die keinen beruflichen Abschluss voraussetzt, wäre die Anwerbung möglich, wenn es Absprachen mit der Arbeitsverwaltung des Herkunftslandes gäbe (§ 19c Abs. 1 AufenthG i.V.m. § 15c BeschV). Solche Absprachen gibt es derzeit nicht. Der Deutsche Caritasverband fordert schon seit langem solche Absprachen zur Legalisierung von Arbeitsverhältnissen mit Beschäftigten aus Drittstaaten.

Last but not least ist die **irreführende Bezeichnung 24-Stunden-Betreuung bzw. -Pflege zu vermeiden** und entsprechende Werbung zu verbieten. Auch der Anschein, dass mit dem live-in-Vertrag eine umfassende Betreuung Rund-um-die-Uhr geboten wird (vergleichbar der familiären Betreuung/Pflege) ist irreführend.

3. Erhöhung des Wohngruppenschlags in § 38a SGB XI

Ambulant betreute Wohngruppen sind eine vielversprechende Alternative für pflegebedürftige Menschen, die nicht mehr in ihrer eigenen Häuslichkeit verbleiben können, aber nicht in eine stationäre Pflegeeinrichtung einziehen wollen und müssen. Die Kosten in einer Wohngemeinschaft liegen in der Regel in vergleichbarer Höhe mit denen einer stationären Pflegeeinrichtung. Der Eigenanteil setzt sich aus den Kosten für die Koordination, die konkreten Betreuungsleistungen, Miete und Mietnebenkosten und Lebensmittel zusammen. Diese sind in der Regel unabhängig vom Pflegegrad und liegen bei 2.000 bis 2.800 Euro pro Monat für die Pflegebedürftigen. Pflegebedürftige in Wohngemeinschaften erhalten monatlich einen pauschalen Zuschlag von 214,-€ zur Finanzierung der Präsenzkraft. Dieser Leistungsbetrag wurde seit 2017 nicht erhöht. Aufgrund der gestiegenen Kosten stehen viele ambulant betreute Wohngruppen vor dem Aus. Daher bedarf es einer deutlichen Erhöhung des pauschalen Zuschlags nach § 38a. Der Deutsche Caritasverband und sein Fachverband VKAD schlagen eine Erhöhung auf 500 Euro vor.

Änderungsbedarf:

In Absatz 1 Satz 1 wird die Zahl „214“ durch die Zahl „500“ ersetzt.

Berlin/ Freiburg, den 8. Mai 2023

Eva M. Welskop-Deffaa

Präsidentin

Deutscher Caritasverband e.V.

Kontakte

Dr. Elisabeth Fix, Leitung Kontaktstelle Politik, Deutscher Caritasverband, Tel. 030 284447 46 oder 0151 16759875, elisabeth.fix@caritas.de

Stellungnahme



Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (PUEG) 08.05.2023

sowie

Antrag der Abgeordneten der Fraktion DIE LINKE „Gute Pflege stabil finanzieren“

Zusammenfassung

Der Gesetzentwurf beinhaltet nur in Teilen die im Koalitionsvertrag festgelegten Maßnahmen zur finanziellen Entlastung Pflegebedürftiger sowie ihrer An- und Zugehörigen und wenige Leistungsausweitungen zur Unterstützung in der ambulanten Pflege. Vor dem Hintergrund der sich stetig verschlechternden finanziellen Bedingungen durch die anhaltend hohe Inflation in Höhe von 7,2 Prozent sowie massiv gestiegenen Energie- und Lebenshaltungskosten sind die im Referentenentwurf vorgeschlagenen Maßnahmen zur Stabilisierung der finanziellen Situation in der Pflege als völlig unzureichend einzuschätzen.

Obwohl mit der letzten Pflegereform erst zu Beginn des vergangenen Jahres finanzielle Entlastungen zur Finanzierung der stationären Pflege in Kraft traten, wurde mit der im Februar veröffentlichten ‚DAK-Studie zum Reformbedarf in der Pflege‘ aufgezeigt, dass die damit verbundenen Effekte bereits wieder durch die Preisentwicklung verpufft sind. Trotz deutlich gesteigener Alterseinkünfte wird demnach der Anteil der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner, die Sozialhilfe in Anspruch nehmen müssen, im Laufe dieses Jahres wieder auf ein Drittel anwachsen.¹

Erneute Leistungszuschläge zum Eigenanteil stationär Pflegebedürftiger sollen deshalb zum 1.1.2024 um 5-10 Prozent (je nach Dauer der Pflegebedürftigkeit) angehoben werden. Dieser Betrag ist aus Sicht des DGB viel zu gering und wird von der zu erwartenden Lohnentwicklung in der Pflege sowie den steigenden Lebenshaltungskosten umgehend egalisiert. Notwendig ist eine strukturelle Reform mit einer Deckelung der Eigenanteile in einem ersten Schritt und danach die Etablierung einer Pflegebürgervollversicherung, die alle pflegerischen Leistungen zuverlässig übernimmt.

Der DGB erachtet es als zwingend notwendig, die Situation Pflegebedürftiger und Pflegenden rasch zu verbessern und die solidarischen Finanzierungsgrundlagen langfristig durch eine nachhaltige Strukturreform zu stärken. Diese ist jedoch allein mit einer Beitragssatz-Erhö-

Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand
Abteilung Sozialpolitik

Keithstr. 1
D – 10787 Berlin
www.dgb.de

¹ <https://www.dak.de/dak/bundesthemen/dak-studie-zeigt-reformbedarf-in-der-pflege-2609246.html#/>



in Höhe von 0,35 Prozentpunkten sowie zusätzlich für Kinderlose um 0,25 Prozentpunkte nicht zu stemmen. Obwohl im Koalitionsvertrag vereinbart wurde, die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige sowie die pandemiebedingten Zusatzkosten der Pflegeversicherung aus Steuermitteln zu finanzieren, fehlen diese Regelungen im Gesetzentwurf komplett. Um die Pflegeversicherung nicht noch weiter ins Defizit laufen zu lassen – für 2023 wird erneut ein Defizit, diesmal in Höhe von 3 Mrd. Euro erwartet – fordert der DGB den Gesetzgeber auf, die vereinbarten Bundesmittel zur langfristigen Sicherstellung der pflegerischen Versorgung jetzt zur Verfügung zu stellen.

Darüber hinaus sollen das Pflegegeld sowie ambulante Sachleistungen ab 1.1.2024 um 5 Prozent angehoben werden. Aus Sicht des DGB ist das viel zu spät und die Anhebung viel zu gering. Die letzte Anpassung erfolgte 2017. Es bedarf einer zeitnahen Anhebung des Pflegegeldes sowie der ambulanten Sachleistungen zum 1. Juli 2023 in dem Umfang, dass die Inflation in den vergangenen fünf Jahren nachvollzogen wird. Da davon auszugehen ist, dass auch im Jahr 2023 die Inflation auf einem relativ hohen Niveau verharrt, ist eine weitere Anpassung zum 1. Juli 2024 nötig.

Der Referenten-Entwurf enthält ferner eine Regelung, wonach die Regierung den Beitrag künftig per Verordnung anpassen kann, wenn die Pflegekassen in finanzielle Schieflage geraten. Der DGB lehnt diesen Vorschlag ab. Stattdessen ist die soziale Pflegeversicherung zu einer Pflegebürgervollversicherung weiterzuentwickeln, die künftig alle Pflegekosten trägt und in die alle Bürger*innen solidarisch entsprechend ihres Einkommens einzahlen (nur für neu ernannte Beamt*innen ab einem definierten Stichtag in der Zukunft). Das Konzept beinhaltet eine Anhebung der Beitragssatzgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung West sowie die Verbeitragung anderer Einkommen wie Kapitaleinkünfte unter Anwendung von Freibeträgen. Der DGB fordert den Gesetzgeber zudem auf, die zugesagte Expert*innenkommission einzusetzen, um Vorschläge zu erarbeiten wie die soziale Pflegeversicherung um eine freiwillige, paritätisch finanzierte Vollversicherung ergänzt werden kann. Laut Koalitionsvertrag soll diese Kommission 2023 konkrete Vorschläge vorlegen.

Desweiteren fordert der DGB den Gesetzgeber auf, den sächsischen Sonderweg zur Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung zu alleinigen Lasten der dortigen Arbeitnehmer*innen zu beenden, indem der Feiertag zum Buß- und Betttag zukünftig komplett paritätisch zu finanzieren ist.

Zum 1.1.2025 sowie zum 1.1.2028 sollen die Geld- und Sachleistungen regelhaft in Anlehnung an die Preisentwicklung automatisch dynamisiert werden. Aus Sicht des DGB greift diese Regelung – trotz Erhöhung der ambulanten Geld- und Sachleistungsbeträge zum 1.1.2024 – zu spät und lässt die Pflegebedürftigen mit den Auswirkungen der massiv gestiegenen Inflations- und Lebenshaltungskosten allein. Der DGB spricht sich deshalb für die Beibehaltung der regelhaften Dynamisierung auf Basis der kumulierten Inflationsrate der letzten drei Jahre schon ab 2024 und dann wieder 2027 aus.

Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege sollten noch laut Referentenentwurf ab 1.1.2024 flexibel in einem Gesamtleistungsbetrag genutzt werden können. Diese Regelung



stand schon im letzten Koalitionsvertrag und ist längst überfällig, um die pflegenden Angehörigen zu entlasten und die informelle Pflege zu entbürokratisieren. Umso enttäuschender ist es für Millionen pflegende Angehörige, dass die avisierte Verfahrensvereinfachung, mit der die vorgesehene Wirkung – eine Vereinfachung und Entlastung der pflegenden Angehörigen – erzielt werden sollte, nun doch nicht im Gesetzentwurf enthalten ist.

Das Pflegeunterstützungsgeld soll künftig für bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr pro Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden können. Diese Regelung ist aus gewerkschaftlicher Sicht ein erster richtiger Schritt, um die häusliche Pflege zu vereinfachen und somit zu stärken. Die im Koalitionsvertrag angekündigte Einführung einer Lohnersatzleistung für pflegende An- und Zugehörige findet im vorliegenden Referentenentwurf leider keinerlei Erwähnung.

Zu den Regelungen im Einzelnen

Beitragssatzanhebung, Kinderlosen-Beiträge, fehlende Steuermittel, Leistungszuschläge

Zur Sicherung der finanziellen Stabilität der sozialen Pflegeversicherung im Sinne einer Absicherung bestehender Leistungsansprüche und im Rahmen dieser Reform vorgesehener Leistungsanpassungen soll der Beitragssatz zum 1. Juli 2023 moderat um 0,35 Prozentpunkte angehoben werden. Ferner wird der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 zur Berücksichtigung des Erziehungsaufwands von Eltern im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung umgesetzt. Hierfür wird der Kinderlosenzuschlag um 0,25 Beitragssatzpunkte auf 0,6 Beitragssatzpunkte angehoben. Mitglieder mit mehreren Kindern werden ab dem zweiten Kind bis zum fünften Kind in Höhe von 0,15 Beitragssatzpunkten je Kind entlastet, allerdings nur bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres des jeweiligen Kindes. Ab dem 1. Januar 2024 sollen Leistungszuschläge zur Reduzierung der von den Pflegebedürftigen zu tragenden Eigenanteile in der vollstationären pflegerischen Versorgung um 5 bis 10 Prozentpunkte erhöht werden.

Laut dem Verband der Ersatzkassen (vdek) sind die Eigenanteile für einen Platz in einer stationären Pflegeeinrichtung 2022 um durchschnittlich 13 Prozent, in einzelnen Bundesländern sogar um 27 Prozent gestiegen.² Hinzu kommen die ebenfalls stark gestiegenen Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen sowie die Kosten für die Ausbildungsumlage. All dies lässt sich mit der geplanten Beitragssatzanhebung und den Leistungszuschlägen nicht auffangen, von einer Umsetzung der lange angekündigten und dringend benötigten Strukturreform zur Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung, einmal völlig abgesehen. Das Armutsrisiko Pflegebedürftigkeit steigt damit weiter an. Der DGB fordert den Gesetzgeber deshalb auf, wie im Koalitionsvertrag vereinbart, die Ausbildungskostenumlage aus den Eigenanteilen herauszunehmen und versicherungsfremde Leistungen wie die Rentenbeiträge

² <https://www.vdek.com/LVen/BAY/Presse/Pressemitteilungen/2023/starker-anstieg-eigenbeteiligung-pflegeheime.html>



für pflegende Angehörige sowie die pandemiebedingten Zusatzkosten aus Steuermitteln zu finanzieren. Die Investitionskosten sind dauerhaft durch die Länder zu tragen.

Kurzfristig müssen die Einrichtungseinheitlichen Eigenanteile für pflegebedürftige Menschen, die in stationären Einrichtungen leben, begrenzt werden. Der sog. Sockel-Spitze-Tausch ist hierfür das Mittel der Wahl. In einem zweiten Schritt muss das Pflegerisiko als gesamtgesellschaftliche Aufgabe mit Einführung einer Pflegebürgerversicherung solidarisch abgesichert werden.

Die finanzielle Ent- und Belastung von Menschen mit und ohne Kinder folgt dem höchstrichterlichen Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes. Der DGB merkt dazu an, dass ein nicht unerheblicher Anteil der Bevölkerung aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage ist Kinder zu bekommen, obwohl der Wunsch besteht. Diese Menschen drohen nun zusätzlich in finanzielle Haftung genommen zu werden, was aus Sicht des DGB zweifelhaft erscheint.

Mit der Einschränkung zur Umsetzung des Urteils, wonach der Beitragssatz für Versicherte mit Kindern nur bis zu deren 25. Lebensjahr abgesenkt wird, werden nicht nur Familien schlechter gestellt als zuvor angekündigt, auch Millionen von Senior*innen, deren Kinder erwachsen sind, werden nichts von den Entlastungsbeiträgen spüren. Zudem wird massiv weiter Bürokratie aufgebaut. Die beitragsführenden Stellen dürfen mit der Umsetzung nicht überlastet werden. Die gesetzlichen Regelungen sind so auszugestalten, dass sie ohne einen hohen organisatorischen, personellen und finanziellen Aufwand umgesetzt werden können.

Erhöhung von Pflegegeld und ambulanten Sachleistungen um 5 Prozent

Um die häusliche Pflege weiter zu stärken, soll das Pflegegeld zum 1. Januar 2024 um 5 Prozent erhöht werden. Angesichts lohnbedingt steigender Pflegevergütungen ambulanter Pflegeeinrichtungen sollen die ambulanten Sachleistungsbeträge zum 1. Januar 2024 ebenfalls um 5 Prozent angehoben werden.

Der DGB setzt sich schon lange auch für bessere Bedingungen in der häuslichen Pflege ein. Um die pflegenden Angehörigen bei ihrer schweren Aufgabe angemessen zu unterstützen, muss sichergestellt sein, dass die Sachleistungsbeträge nicht an Wert verlieren und dadurch faktisch ambulante Leistungen nicht mehr abgerufen und erbracht werden können. Dies ist in den letzten Jahren jedoch durch die massiv ansteigende Inflation mehr und mehr der Fall gewesen – allein in den letzten acht Monaten sind die ambulanten Pflegekosten um bis zu 20 Prozent gestiegen. Dies musste von den Angehörigen zusätzlich ‚aufgefangen‘ werden. Auch die bislang fehlende Anpassung des Pflegegeldes an die Inflationsrate hat dazu geführt, dass die entstandenen Aufwände im Pflege- und Betreuungskontext nicht bzw. nur unzureichend abgegolten werden konnten. Die Anhebung des Pflegegeldes erstmals seit 2017 ist damit mehr als überfällig.



Der DGB fordert eine zeitnahe Anhebung des Pflegegeldes sowie der ambulanten Sachleistungen zum 1. Juli 2023 in dem Umfang, der die Inflation in den vergangenen fünf Jahren nachvollzieht. Da davon auszugehen ist, dass auch im Jahr 2023 die Inflation auf einem relativ hohen Niveau verharrt, ist eine weitere Anpassung zum 1. Juli 2024 nötig, um einen adäquaten Ausgleich zu den aktuellen Lebenshaltungskosten herzustellen.

Regelmäßige Dynamisierung von Geld- und Sachleistungen

Zum 1. Januar 2025 und zum 1. Januar 2028 sollen die Geld- und Sachleistungen regelmäßig in Anlehnung an die Preisentwicklung automatisch dynamisiert werden.

Aus Sicht des DGB greift diese Regelung – trotz Erhöhung der ambulanten Geld- und Sachleistungsbeträge zum 1.1.2024 – zu spät und lässt die Pflegebedürftigen mit den Auswirkungen der massiv gestiegenen Inflations- und Lebenshaltungskosten allein. Der DGB spricht sich deshalb für die Beibehaltung der regelmäßigen Dynamisierung auf Basis der kumulierten Inflationsrate der letzten drei Jahre schon ab 2024 und dann wieder 2027 aus. Positiv ist anzumerken, dass die Dynamisierung der Leistungen fortan regelmäßig, d.h. ohne vorherige Prüfung, stattfinden wird. Damit kommt der Gesetzgeber einer wichtigen Forderung nach, die DGB und Gewerkschaften seit langem erhoben haben.

Regelungen zur Umsetzung Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege

- zu Nummer 40 b)

Die Anforderungen an die pflegerische Versorgung steigen. Pflegebedürftige Menschen erwarten zu Recht eine qualitativ hochwertige Versorgung, die sich an ihren individuellen Bedürfnissen ausrichtet. Gleichzeitig setzen die komplexen Anforderungen und die große Verantwortung in der Pflege eine hohe Fachlichkeit der Pflegepersonen voraus. Dafür braucht es genügend und vor allem auch gut qualifiziertes Personal. Nach wie vor sind jedoch schlechte Arbeitsbedingungen und die damit verbundenen hohen Belastungen in der Langzeitpflege aufgrund ungenügender Personalausstattung die Hauptursache für Teilzeitarbeit, überdurchschnittlich hohe Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie das Verlassen des Berufs. Eine Beschleunigung der Umsetzung der Personalbemessung in der vollstationären Pflege ist daher dringend geboten. Dabei ist es von zentraler Bedeutung, dass sich die Personalvorgaben am pflegerischen Bedarf orientieren. Um diese Zielsetzung zu unterstützen, sieht der vorliegende Gesetzentwurf angesichts der gegenwärtigen Arbeitsmarktlage erweiterte Maßnahmen vor, die es Pflegeeinrichtungen ermöglichen sollen, für die entsprechenden Stellenanteile Pflegehilfskraftpersonal vorzuhalten, das berufs begleitend eine Ausbildung nach landesrechtlicher Regelung, die die „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ erfüllt, oder eine Ausbildung zur Fachkraft nach Pflegeberufegesetz (dabei werden alle Abschlüsse nach Pflegeberufegesetz berücksichtigt, der Abschluss Pflegefachfrau/-mann, die gesonderten Abschlüsse in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege sowie das Pflegestu-



dium) berufsbegleitend durchläuft. Ebenfalls soll Pflegehilfskraftpersonal vorgehalten werden können, welches berufsbegleitend einen Anpassungslehrgang nach § 40 Absatz 3 oder § 41 Absatz 2, Absatz 3, Absatz 4, Absatz 6 oder Absatz 7 des Pflegeberufgesetzes durchläuft. Gleiches soll für Personal gelten, das nach landesrechtlichen Regelungen zur berufsqualifizierenden Prüfung in der Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege zugelassen wurde, weil es berufspraktische Erfahrungen oder andere Qualifizierungsmaßnahmen in einem bestimmten Umfang nachweisen konnte und es die Prüfung bestanden hat. Hier soll sich laut Begründung der Umfang der erforderlichen berufspraktischen Erfahrung sowie Art und Umfang der berücksichtigungsfähigen Qualifizierungsmaßnahmen einschließlich anrechenbarer Zeiten einer Ausbildung nach dem Pflegeberufgesetz ausschließlich nach den landesrechtlichen Vorgaben richten, die insofern Gewähr für eine hinreichend qualifizierte Leistungserbringung im Rahmen des SGB XI bieten.

In der Begründung wird ausgeführt, dass damit Anreize geschaffen werden sollen, Pflegehilfskraftpersonal ohne eine solche nach Landesrecht geregelte Ausbildung auszubilden. Sofern die Länder Regelungen treffen, nach denen Pflegehilfskraftpersonal ohne Berufsabschluss aber mit langjähriger Berufserfahrung in der Pflege als Pflegehilfskraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege anerkannt werden kann, soll dies auch berücksichtigt werden können.

Die Maßnahmen tangieren die vorzuhaltende Mindestausstattung nicht.

Der Ansatz, ungelernte oder angelernte Pflegehilfskräfte weiterzuqualifizieren, damit sie eine Ausbildung nach Landesrecht abschließen, ist grundsätzlich folgerichtig. Ebenfalls wird die Berücksichtigung einer vorliegenden langjährigen berufspraktischen Erfahrung in der Pflege begrüßt, auch wenn an der Stelle der Verweis auf mögliche unterschiedliche landesrechtliche Regelungen die Frage der Vergleichbarkeit und der Qualität aufwirft. Allerdings dürfte dieser Ansatz der Weiterqualifizierung grundsätzlich verfolgt werden und nicht an die Anrechnung auf die Personalanhaltswerte gekoppelt werden. Qualifikationsstandards in der Altenpflege dürfen – sei es auch nur temporär – nicht noch weiter abgesenkt werden. Doch diesen Weg wählt der vorliegende Gesetzentwurf, indem auch Pflegehilfskraftpersonal vorgehalten und auf die Personalanhaltswerte angerechnet werden kann, welches sich gerade in einer berufsbegleitenden Weiterqualifizierung befindet und diese noch nicht abgeschlossen hat, oder für Hilfskräfte aus dem Ausland, die sich in einem Anpassungslehrgang befinden. Auch ist der Zeitraum, in dem die Pflegeeinrichtung nachweisen muss, dass die Ausbildung begonnen wird, bis 2028 zu lang gewählt und ermöglicht es den Einrichtungen die Standards bis dahin zu unterlaufen.

Um den Teufelskreis aus Personalnot, schlechten Arbeitsbedingungen, geringer Bezahlung und zu wenig Zeit für gute Pflege zu durchbrechen, sind spürbare und wirkungsvolle Maßnahmen notwendig. Es sind alle Anstrengungen zu unternehmen, qualifizierte Pflegefachpersonen auszubilden und vorhandene Pflegehilfskräfte darin zu unterstützen, eine berufsbegleitende Ausbildung zur Pflegefachperson anzustreben. Attraktive Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen sind der Schlüssel, um die Fachkräfte zu gewinnen und im Beruf zu halten. Wichtig ist zudem im Absatz 3 Satz 2 die verpflichtende Vorgabe, die Differenz



zwischen dem Gehalt der Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung zu finanzieren, eine „kann“-Regelung ist deshalb unzureichend.

- zu Nummer 40 c), bb)

Der zweite angefügte Satz sieht einen weiteren Eingriff in die ohnehin missbrauchsanfälligen Regelungen zur sogenannten Bezahlung nach Tarif zu Lasten der Beschäftigten vor: In den Einrichtungen, die einen Tarifvertrag oder kirchliche AVR in Anwendung bringen oder ihre Beschäftigten nach dem jeweiligen durchschnittlichen Entgeltniveau entlohnen (§ 72 Absatz 3b Nummer 1 bis 4), soll die Zuordnung zu einer Qualifikationsgruppe jeweils durch den konkreten Einsatz bestimmt werden und somit Beschäftigte nicht nach Qualifikation, sondern entsprechend der ausgeübten Tätigkeit entlohnt werden. Damit kann eine examinierte Pflegefachkraft als Assistenzkraft angestellt und entlohnt werden, unabhängig davon, welche Tätigkeiten sie dann letztlich im Berufsalltag zu verrichten hat. Hier wird Missbrauch durch Arbeitgeber*innen – insbesondere bei migrantischen Fachkräften - Tür und Tor geöffnet.

Diese Regelung lehnt der DGB ab und fordert die ersatzlose Streichung des folgenden Teilsatzes: „die erforderlichen Qualifikationen für das vorzuhaltende Personal nach Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 werden auch eingehalten, wenn hierfür das Personal mit einer jeweils höheren Qualifikation vorgehalten wird; im Fall des § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1 bis 3 wird die Eingruppierung und im Fall des § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 4 die Zuordnung zu einer Qualifikationsgruppe jeweils durch den konkreten Einsatz bestimmt“.

- zu Nummer 40 d)

Das Verfahren zur weiteren Umsetzung der einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in vollstationären Einrichtungen nach § 113c soll konkretisiert werden. Um weitere Personal- ausbaustufen in der stationären Langzeitpflege unabhängig vom Vorliegen von Ergebnissen aus den Modellprojekten prüfen zu können, soll das Bundesministerium für Gesundheit beginnend im Jahr 2025 alle zwei Jahre eine Anpassung der in § 113c Absatz 1 geregelten Personalanhaltswerte sowie die Grundlagen für die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung nach Absatz 5 prüfen. Darüber hinaus sollen alle zwei Jahre, erstmals bis zum 31. Dezember 2023, Zielwerte für eine bundeseinheitliche, mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung festgelegt werden.

Dieses Vorgehen enthält weitere Schritte, um eine bedarfsgerechte Personalbemessung zu erreichen, zumal bislang nur 40 Prozent des von Prof. Rothgang für gute Pflege errechneten Stellenaufwuchses gesetzlich abgebildet ist. Aus Sicht von ver.di sind jedoch weitergehende Maßnahmen erforderlich, um schnellstmöglich eine bedarfsgerechte Personalausstattung in den Pflegeeinrichtungen zu erlangen und sicherzustellen, dass die daraus



resultierenden Mehrkosten nicht von den Pflegebedürftigen zu tragen sind. Hierzu sind im Gesetz konkrete Zielvorgaben zu definieren.

So schlägt der DGB vor, Vergütungszuschläge zur Finanzierung für zusätzliche Fachkräfte nach § 8 Absatz 6 und zusätzliche Pflegehilfskräfte nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 dauerhaft aus Mitteln des Ausgleichsfonds zu finanzieren und § 113c Absatz 6 ersatzlos zu streichen. Weiter fordert der DGB, den Pflegevorsorgefonds aufzulösen, um somit die nötigen Mittel für die Finanzierung des dringenden benötigten Personals in der Pflege zur Verfügung zu stellen, die Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege zu verbessern und die pflegerische Versorgung in der stationären, teilstationären und ambulanten Pflege sicherzustellen.

Die bisherigen Regelungen zur Umsetzung einer neuen Personalbemessung in § 113c setzen kaum Anreize für Einrichtungen eine bessere personelle Ausstattung anzustreben. Statt Mindeststandards für eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung festzulegen, werden Personalanhaltswerte als Höchstwerte definiert, die nur 40 Prozent des notwendigen Personalaufwuchses darstellen und die nur in begründeten Fällen überschritten werden können. Die Personalanhaltswerte in § 113c sind als Richtwerte zu sehen und deshalb fordert der DGB in § 113c SGB XI Satz 1 das Wort „höchstens“ zu streichen. Eine gute personelle Ausstattung, die eine hohe Fachkraftquote beinhaltet, darf eine Einrichtung in der Frage der Refinanzierung nicht benachteiligen. Damit würde auch für Träger bereits jetzt eine vollständige Umsetzung der PeBem ermöglicht. Überdies sind im Gesetz weitere konkrete Personalausbaustufen zu definieren, um in absehbarer Zeit 100 Prozent der im Rahmen des PeBem-Projektes berechneten Personalausstattung in allen Einrichtungen zu erreichen. Der DGB empfiehlt bei den weiteren Ausbaustufen die bisherigen Personalanhaltswerte jeweils als neue Werte für die mindestens vorzuhaltende personelle Ausstattung zu übernehmen.

Es ist zu begrüßen, dass der Gesetzgeber weiterhin auf eine bundesweit einheitliche Mindestausstattung abzielt. Dazu sieht der neu eingefügte Absatz 8 vor, dass erstmals bis Ende 2023 auf Bundesebene bundeseinheitliche Festlegungen für die Zielwerte für eine mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung getroffen werden.

Ausweitung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld

Der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld soll ausgeweitet werden. Wenn die Voraussetzungen für eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 des Pflegezeitgesetzes vorliegen, soll das Pflegeunterstützungsgeld künftig pro Kalenderjahr für bis zu zehn Arbeitstage je pflegebedürftiger Person in Anspruch genommen werden können.

Der DGB begrüßt die Flexibilisierung und Ausweitung der Regelung zu Gunsten der Angehörigenpflege und verweist auf die massive Zunahme der Pflegebedürftigen über die nächsten Jahre, wenn die sog. geburtenstarken Jahrgänge die Pflegebedürftigkeit erreichen. Die Regelung ist Anreiz und Wertschätzung zugleich, um die Angehörigenpflege attraktiver zu gestalten und einen längeren Verbleib der pflegebedürftigen Menschen in der eigenen



Häuslichkeit zu ermöglichen. Gleichwohl kann dies nur ein erster kleiner Schritt sein, um eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu erlangen. Die im Koalitionsvertrag angekündigte Einführung einer Lohnersatzleistung für pflegende An- und Zugehörige findet im vorliegenden Gesetzentwurf leider keinerlei Erwähnung.

Ausweitung des Förderprogrammes zur Digitalisierung in der Langzeitpflege

Mit der Einrichtung eines ‚Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege‘ sollen die Potentiale zur Verbesserung und Stärkung der pflegerischen Versorgung sowohl für die Betroffenen als auch die Pflegenden identifiziert und gehoben werden. Dazu soll das bereits bestehende Förderprogramm nach § 8 Absatz 8 SGB XI für digitale und technische Anschaffungen in Pflegeeinrichtungen zur Entlastung des Pflegepersonals um weitere Förderatbestände erweitert und bis 2030 verlängert werden.

Der DGB begrüßt und unterstützt eine stärkere Förderung der Anbindung der Pflege an die TI zur Unterstützung des Pflegepersonals in stationären Einrichtungen wie auch bei der ambulanten Pflege vor Ort. Mit der Einrichtung des Kompetenzzentrums zur Digitalisierung in der Langzeitpflege sollen Potentiale erkannt und Effizienzreserven gehoben werden, die standardisiert, aber individuell, d.h. bedarfsgerecht zum Einsatz gebracht werden können. Die bisher weitgehend freiwillige Anbindung der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur wird durch einen verpflichtenden Anschluss der Pflegeeinrichtungen ersetzt. Pflegeeinrichtungen, die das Förderprogramm bisher nicht genutzt haben, wird mit der Entfristung auf Dauer ermöglicht, die Potenziale der Digitalisierung mithilfe der Anteilsfinanzierung in ihrer Einrichtung wirksam werden zu lassen. Damit soll u.a. jede stationäre Pflegeeinrichtung in die Lage versetzt werden, ihren Dokumentationsverpflichtungen komplett digital nachzukommen und dringend benötigte Zeitpotentiale für die Pflege am Menschen zu nutzen. Eine Kompensation im Sinne einer höheren Effizienz von digitalen Anwendungen gegenüber vorzuhaltendem Personal ist in jedem Falle auszuschließen.

Zudem wird die Zielrichtung des Förderprogramms erweitert. Die Anschaffungen können nun neben der Entlastung der Pflegekräfte auch zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Pflegebedürftigen sowie zur Stärkung ihrer Teilhabe dienen, z.B. um mittels WLAN digital zu kommunizieren und sich zu informieren.

Ausbau guter Arbeitsbedingungen, insbesondere zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf

Die Förderung von guten Arbeitsbedingungen in der Pflege, insbesondere zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, soll ausgebaut und das Förderprogramm von 100 Millionen Euro pro Jahr nach § 8 Absatz 7 SGB XI – entgegen der ursprünglichen Ankündigung im Referentenentwurf nun doch nicht bis zum Ende des Jahrzehnts verlängert werden.



Der DGB kritisiert dies scharf, sollten doch mit dem ursprünglich angedachten Ansatz die Arbeitsbedingungen in der ambulanten und stationären Pflege verbessert werden, um somit zur Fachkräftegewinnung bzw. zur Behebung des Fachkräftemangels aktiv beizutragen. Mit der Regelung, die nun 2024 ausläuft, werden Maßnahmen die Pflegeeinrichtungen gefördert, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern, und somit eine höhere Arbeitszufriedenheit und -planbarkeit zu ermöglichen. Dies kann zum Beispiel die Entwicklung von Konzepten und betriebliche Umsetzung von mitarbeiterorientierten und lebensphasengerechten Arbeitszeitmodellen sein, die auf die Vermeidung geteilter Dienste oder die partnerbezogene Abstimmung von Kinderbetreuungszeiten abzielen. Auch unmittelbar wirkende Maßnahmen wie das Vorhalten von einrichtungseigenen Angeboten zur Kinderbetreuung sind förderfähig.

Der DGB appelliert an die Arbeitgeber, die betriebliche Mitbestimmung auszubauen, bzw. zuzulassen, um die Potentiale innerhalb der Belegschaften für eine höhere Arbeitszufriedenheit im Sinne eines Wettbewerbsvorteils zum Gewinnen von Pflegepersonal nutzen zu können und die gesetzliche Regelung und die mit ihr verbundenen Fördermöglichkeiten voll zur Geltung kommen zu lassen.

Mit einer gesteigerten Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf gewinnt das Berufsbild der Pflege an Attraktivität und es werden beispielsweise Möglichkeiten eröffnet, durch Kinderbetreuung bedingte Berufspausen zu reduzieren. Dies kommt der pflegerischen Versorgung zugute.

Weiterer Handlungsbedarf

Der DGB fordert vom Gesetzgeber eine eindeutige Klarstellung, dass im Rahmen von Tarifverträgen vereinbarte Inflationsausgleichprämien als wirtschaftlich anerkannt werden müssen und entsprechend regelhaft zu finanzieren sind. Sollte es hier keine Klarstellung geben, besteht das hohe Risiko einer Benachteiligung des Personals in der Altenpflege gegenüber Beschäftigten in anderen Branchen.



Antrag der Abgeordneten der Fraktion DIE LINKE

Gute Pflege stabil finanzieren

Einschätzung:

Der DGB begrüßt die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Verbreiterung der Einnahmeseite der Sozialen Pflegeversicherung, um die notwendigen Ausgaben durch gestiegene Inflationsskosten und Teuerungen sowie Lohnerhöhungen des Pflegepersonals im Sinne der Versicherten auszugleichen. Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Deutschen Rentenversicherung Bund sowie die Verbeitragung von Kapitaleinkünften könnten einen wesentlichen Beitrag leisten, um zu einer langfristigen Stabilisierung der Pflegeversicherung vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung beizutragen.

Der DGB begrüßt den Vorschlag, einen finanziellen Ausgleich zwischen Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung infolge der Absicherung unterschiedlicher Pflegerisiken vorzunehmen. Dies würde zu mehr Gerechtigkeit unter allen Versicherten beitragen, da die Private Pflegeversicherung die mit einer Gesundheitsprüfung verbundenen günstigeren Risiken wesentlich kostengünstiger absichern kann als die Soziale Pflegeversicherung.

Des Weiteren begrüßt der DGB die Forderungen der Fraktion DIE LINKE nach einer realistischen Anhebung zum Ausgleich der Inflation des Pflegegeldes sowie der ambulanten Sachleistungen zum 1. Juli 2023. Vorgeschlagen wird ein Ausgleich in dem Umfang, der die Inflation in den vergangenen fünf Jahren nachvollzieht. Da davon auszugehen ist, dass auch im Jahr 2023 die Inflation auf einem relativ hohen Niveau verharrt, ist eine weitere Anpassung zum 1. Juli 2024 nötig, um einen adäquaten Ausgleich zu den aktuellen Lebenshaltungskosten herzustellen.

Der DGB begrüßt die Forderung nach einer regelhaften Dynamisierung von Geld- und Sachleistungen in der Pflegeversicherung. Der DGB spricht sich für die Beibehaltung der regelhaften Dynamisierung auf Basis der kumulierten Inflationsrate der letzten drei Jahre schon ab 2024 und dann wieder 2027 aus.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)105(22)
gel. SV zur öffent. Anh. am
10.05.2023 - PUEG
09.05.2023



Anhörung von Sachverständigen des Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages

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

BT-Drucksache 20/6544

*Pflegeversicherung – Bürokratie abbauen, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen
entlasten*

BT-Drucksache 20/4669

Gute Pflege stabil finanzieren

BT-Drucksache 20/6546

Stellungnahme

Vallendar, den 08. Mai 2023

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Ansprechpartner:

Prof. Dr. Christian Hagist

WHU – Otto Beisheim School of Management
Lehrstuhl für Wirtschafts- und Sozialpolitik
Burgplatz 2
56179 Vallendar

Telefon: +49 261 6509 - 255
Fax: +49 261 6509 - 259
E-Mail: christian.hagist@whu.edu
Web: www.whu.edu/wipo

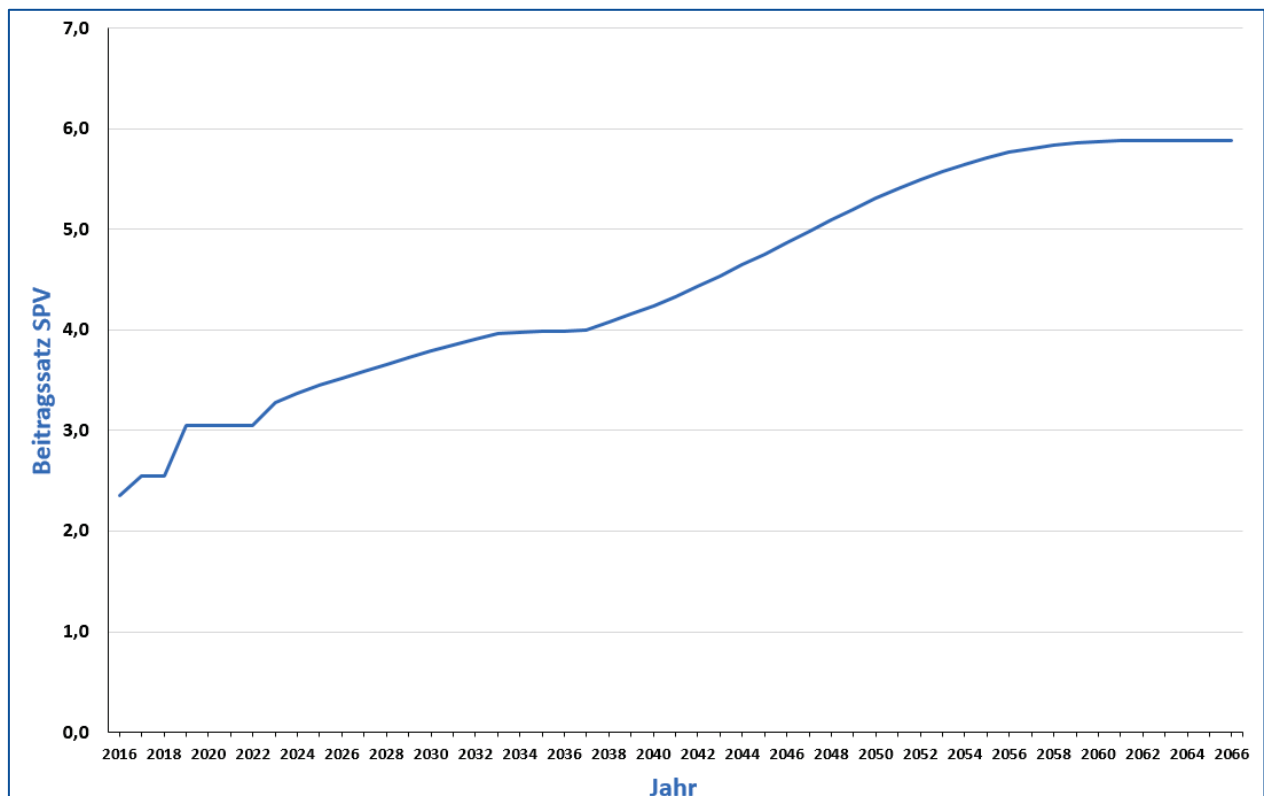
Excellence in
Management
Education

Bewertung der vorliegenden Anträge

Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) – BT-Drucksache 20/6544

Aus finanzwissenschaftlicher Sicht kommt die im Gesetzentwurf als zentral stehende Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes nicht überraschend. Dies veranschaulicht Abbildung 1, welche eine Projektion des Beitragssatzes zur Sozialen Pflegeversicherung basierend auf Daten des Jahres 2019 zeigt:

Abbildung 1: Beitragssatzprojektion SPV



Quelle: Bahnsen, L., S. Fetzer, F. Franke und C. Hagist (2020)¹

Auch die Projektion zeigt eine Beitragssatzerhöhung im Jahr 2023 an – und zwar in ähnlicher Dimension (Jahresbeitragssatz Projektion 3,28 Prozent vs. Durchschnitt des Gesetzesentwurfes 3,225). Es kann also davon ausgegangen werden, dass die in der Projektion angezeigte Dynamik in der Realität ähnlich verlaufen wird. Will heißen: Die jetzige Beitragssatzerhöhung ist keineswegs nachhaltig angelegt und keine der im Gesetzentwurf genannten Maßnahmen kann eine solche Nachhaltigkeit herstellen. Vielmehr ist es erneut einfach eine (fiskalisch notwendige) Beitragssatzerhöhung per Gesetz – nicht mehr und nicht weniger. Wenn keine wirklichen Struktur- und Finanzreformen in naher Zukunft getätigt werden, dann werden solche Beitragssatzerhöhungen für die kommenden Jahre die Regel und nicht die Ausnahme darstellen.

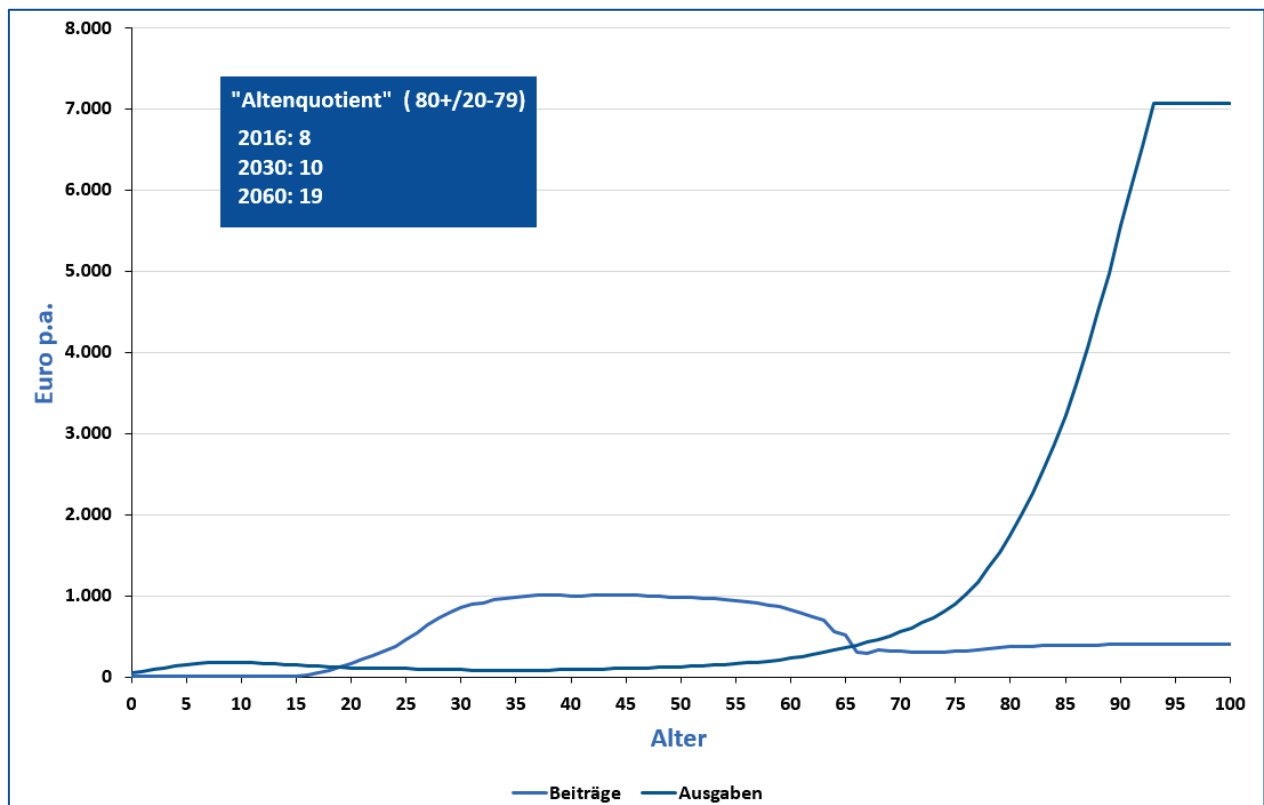
Für fiskalische Nachhaltigkeit der Sozialen Pflegeversicherung gibt es im Prinzip zwei Stellschrauben – zum einen eine klare Betonung, dass die Soziale Pflegeversicherung eben keine Vollversicherung darstellt, sondern nur partiell das Pflegerisiko absichert. Dies ist auch ökonomisch geboten, denn zumindest das Pflegerisiko im Alter kann auch durch private Sparanstrengungen effizient abgesichert

¹ Bahnsen, L., S. Fetzer, F. Franke und C. Hagist (2020), <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2020.100254>.

werden – sei es über eine Pflegezusatzversicherung, eine Immobilie oder andere Ersparnisbildung. Haushalten, die dies nicht leisten können, steht der Steuerzahler im Rahmen der Fürsorgepflicht über Leistungen wie etwa der Hilfe zur Pflege bei – aber eben bedürftigkeitsgeprüft.

Die andere Stellschraube ist die Kapitaldeckung. Schon im Jahr 1995 hätte man aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht einen Mix aus Umlage- und Kapitaldeckung zur Finanzierung der Pflegeversicherung einführen sollen - analog zur privaten Pflegeversicherung, bei der ebenfalls ein Teil der Leistungen umlagefinanziert, allerdings das Gros über das sogenannte Anwartschaftsdeckungsverfahren, also kapitalgedeckt, abgesichert ist. Vor mehr als 20 Jahren hätte so die geburtenstarke Generation der sogenannten Baby-Boomer sehr gut für sich selbst vorsorgen können, anstatt die Lasten der Finanzierung der Pflegeleistungen den sehr viel weniger stark besetzten jüngeren Jahrgängen aufzubürden. Bereits in Abbildung 2 zeigt sich diese Wucht des demografischen Wandels für die Pflegeversicherung. Während im Jahr 2016 acht über 80-Jährige auf einhundert 20-79-Jährige kamen, werden es im Jahr 2060 mehr als doppelt so viele sein. Dieser Druck wird – sofern die Generosität des Systems gleichbleibt – einen entsprechenden Druck auf den Beitragssatz zur SPV auslösen. Noch ist etwas Zeit, das Verhältnis von Kapital- zu Umlagefinanzierung in eine fiskalisch nachhaltigere Richtung zu entwickeln. Beispielsweise ist der Jahrgang 1964, der geburtenstärkste Jahrgang der Nachkriegsgeschichte, heute fast 60 Jahre alt und hat somit noch ungefähr 20-25 Jahre Zeit, Kapital zu bilden, aus dem seine späteren Pflegeversicherungsleistungen dann teilweise finanziert werden. 50 Jahre Kapitalbildung wären besser (und günstiger) gewesen, doch hier gilt eindeutig die Devise „besser spät als nie“.

Abbildung 2: Altersspezifische Ausgaben und Beiträge der SPV



Quelle: Bahnsen, L., S. Fetzter, F. Franke und C. Hagist (2020)²

² Bahnsen, L., S. Fetzter, F. Franke und C. Hagist (2020), <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2020.100254>.

Die Rendite eines optimalen Finanzierungsmix aus echter Kapitaldeckung, die bei langen Ansparphasen, wie im Falle der Pflegeversicherung, mit einem starken Aktienanteil ausgestattet sein sollte und Umlageverfahren liegt bei gegebener Demografie über der Rendite der reinen Umlage des Status quo (abstrahierend vom derzeitigen zarten Pflänzchen des Pflegevorsorgefonds). Zudem sorgt so jede Kohorte zumindest zum Teil für sich selbst vor und verlagert die Finanzierung des eigenen Pflegerisikos nicht auf die kommenden Generationen.

Gute Pflege stabil finanzieren – BT-Drucksache 20/6546

Die Dreiteilung (gesetzlich, privat und privat/Beihilfe) in der Kranken- und Pflegeversicherung in Deutschland ist ein historisches Konstrukt und folgt keinem optimalen sozialen Kalkül. Dies heißt jedoch nicht, dass der Umkehrschluss, also die Auflösung der Dreiteilung und eine einheitliche Versicherungsstruktur, automatisch zu einer Wohlfahrtsverbesserung führen würde. Hier muss nämlich wiederum der demografischen Struktur der Versichertengruppen Rechnung getragen werden. So stimmt es zwar, dass die Risikostruktur der Privat-Pflegeversicherten besser ist als die der SPV, was insbesondere mit der Geschlechterverteilung (überproportional mehr Männer sind in die PKV pflegeversichert) und den unterschiedlichen Lebenserwartungen zwischen den Geschlechtern zu tun hat. Allerdings wissen wir auch, dass die PKV-Pflegeversicherten per se über eine höhere Lebenserwartung verfügen, da sich bspw. hier das Gros der Beamten befindet (Altis und zur Nieden (2017)³ zeigen, dass Beamte eine deutliche längere Lebenserwartung als die Gesamtbevölkerung haben). Langfristig können PKV-Pflegeversicherte somit tendenziell eher als höhere Risiken gelten.

Leider wissen wir über die soziodemografischen Charakteristika von Pflegefällen recht wenig, da Krankenkassendaten hier nur bedingt Auskunft geben können. Jedoch ist bekannt, dass insbesondere niedrig verdienende Männer eine geringere Lebenserwartung haben (vgl. Breyer und Hupfeld (2009)⁴). Somit ist der Effekt einer Zusammenlegung der beiden Versichertenpopulationen auf der Ausgabenseite keineswegs eindeutig. Zum einen finden zwar mehr Männer (günstige Risiken) Beachtung, zum anderen aber ist die Lebenserwartung der privatversicherten Gruppe aufgrund der sozio-demografischen Struktur höher und verschlechtert somit die Risikostruktur.

Auf der Einnahmenseite dürfte es bei einer Pflegebürgerversicherung kurzfristig eine Entlastung des Beitragssatzes geben, da überdurchschnittlich Verdienende in den Kreis der Beitragszahler aufgenommen werden. Die Tragfähigkeit des Gesamtsystems insgesamt leidet jedoch, da eben mit einer solchen Maßnahme, wie sie in der Drucksache 20/6546 angedacht ist, der Kapitaldeckungsgrad sinkt. Da die Kapitaldeckung allerdings für die Pflegeversicherung das effizientere Finanzierungsverfahren darstellt, verschlechtert sich die Nachhaltigkeit des Gesamtsystems. Man holt sich zwar zum jetzigen Zeitpunkt ein paar starke Ruderer an Bord, bekommt jedoch, wenn diese Leistungsträger zu Leistungsempfängern werden, umso mehr Schlagseite.

Eine Verbeitragung aller Einkommensarten ohne Beitragsbemessungsgrenze ist de facto ökonomisch gesehen eine Steuerfinanzierung – und dies auf Bruttobasis. Zum einen werden damit Doppelstrukturen aufgebaut (quasi müssten die Bürger zwei Einkommensteuererklärungen abgeben, einmal an das Finanzamt, ein anderes Mal an die Sozialversicherung), zum anderen führt eine Steuer (alias Beitrag) auf Bruttoerträge zu negativen Investitionsanreizen – gerade im Immobiliensektor (Steuer auf die Bruttomiete ohne Abschreibungen und Abzügen von Kosten). Sinnvoller wäre eine

³ Altis und zur Nieden (2017), https://www.destatis.de/DE/Methoden/WISTA-Wirtschaft-und-Statistik/2017/02/lebenserwartung-beamte-022017.pdf?__blob=publicationFile.

⁴ Breyer und Hupfeld (2009), https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.94159.de/09-5-1.pdf.

Kopfpauschale mit einem steuerfinanzierten Sozialausgleich – so wären bei der Solidarität alle Einkunftsarten herangezogen ohne ein Mehr an Bürokratie und Investitionshemmnissen.

Pflegeversicherung – Bürokratie abbauen, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen entlasten – BT-Drucksache 20/4669

Da keine Finanzierungsfragen von diesem Gesetzentwurf betroffen sind, kann ich als Finanzwissenschaftlicher hier keine Expertise geben.

Fazit

Die Finanzierung im reinen Umlageverfahren war der Geburtsfehler der Pflegeversicherung und wird sie in absehbarer Zeit selbst zum Pflegefall machen. Die demografische Entwicklung war auch Mitte der 1990er Jahre bereits bekannt, daher hätte man bereits damals einen Mix aus umlage- und kapitalgedeckter Finanzierung wählen müssen. Jetzt gilt es, möglichst schnell Schadensbegrenzung zu betreiben. Erstens sollte bis zu einer nachhaltigen Finanzierung auf weitere – auch möglicherweise aus Versorgungssicht sinnvolle – Leistungsausweitungen verzichtet werden. Zweitens muss der umlagefinanzierte Teil der Pflegeversicherung zu einer Hochrisikoversicherung umgebaut werden – also nur für die schwersten Pflegefälle. Und drittens braucht es eine große gesellschaftliche Debatte, wie das verbleibende (durchschnittliche) Pflegerisiko abzusichern ist. Leider leistet keiner der drei vorliegenden Gesetzesentwürfe diesen Dreiklang.



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)105(23)
gel. VB zur öffent. Anh. am
10.05.2023 - PUEG
09.05.2023

Stellungnahme

der

Deutschen Rentenversicherung Bund

vom 8. Mai 2023

zum

- a) Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP
**Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege
(Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)**
BT-Drucksache 20/6544
- b) Antrag der Fraktion AfD
**Pflegeversicherung – Bürokratie abbauen, Pflegebedürftige und ihre An-
gehörigen entlasten**
BT-Drucksache 20/4669
- c) Antrag der Fraktion DIE LINKE.
Gute Pflege stabil finanzieren
BT-Drucksache 20/6546

A. Vorbemerkung

Der Gesetzentwurf zielt auf die Verbesserung der Situation in der Pflege durch umfangreiche Anpassungen in der Pflegeversicherung ab. Im Hinblick auf die ökonomischen Rahmenbedingungen und die finanzielle Lage der Pflegeversicherung sind Maßnahmen zur Verbesserung der Einnahmensituation der sozialen Pflegeversicherung vorgesehen.

Mit § 55 Abs. 3 SGB XI-E soll der Beitragssatz zur gesetzlichen Pflegeversicherung angehoben und nach der Anzahl der Kinder der Versicherten differenziert werden. Hiermit soll der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 zu den Aktenzeichen 1 BvL 3/18, 1 BvR 717/16, 1 BvR 2257/16 und 1 BvR 2824/17 umgesetzt werden. Danach ist der Gesetzgeber aufgefordert, bis spätestens zum 31. Juli 2023 das Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung im Hinblick auf die Berücksichtigung des Erziehungsaufwands von Eltern verfassungskonform auszugestalten. Konkret soll dazu nach dem Gesetzentwurf der bundeseinheitliche Beitragssatz von derzeit 3,05 Prozent auf 3,4 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten angehoben werden. Zudem soll der Beitragszuschlag für kinderlose Versicherte von derzeit 0,35 Prozentpunkten auf 0,6 Prozentpunkte erhöht werden; der Beitragssatz läge dann für kinderlose Versicherte bei 4,0 Prozent. Für Versicherte mit zwei oder mehr Kindern unterhalb der Altersgrenze von 25 Jahren soll dagegen eine nach der Kinderanzahl gestaffelte Reduktion des Beitragssatzes um maximal 1,0 Prozentpunkte eingeführt werden; für Versicherte mit fünf oder mehr Kindern läge der Beitragssatz damit künftig mit 2,4 Prozent niedriger als der aktuelle Wert.

Zu dem vorangegangenen **Referentenentwurf** hatte die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) im Rahmen der Verbändeanhörung am 6. März 2023 Stellung genommen. Es wurde darauf hingewiesen, dass das Inkrafttreten der Beitragsstaffelung wegen der erforderlichen Anpassungen der eingesetzten technischen Verfahren nicht zum 1. Juli 2023 umsetzbar ist. Im Hinblick auf eine verwaltungs- und bürokratiearme Umsetzung der angedachten Regelungen wurde dargelegt, dass es dazu einer zentralen Stelle bedürfe, von der die Deutsche Rentenversicherung als die den Pflegeversicherungsbeitrag einziehende Stelle die notwendigen Informationen über die zu berücksichtigenden Kinder auf elektronischem Weg erhält. Eine manuelle Ermittlung der individuellen Kinderanzahl bei den Rentenbeziehenden und die Prüfung der Nachweise wäre für die Betroffenen wegen der Vielzahl der beitragsabführenden Stellen sehr aufwendig und für die Sachbearbeitungen bei den Rentenversicherungsträgern angesichts der Mengen ein solcher Aufwand, dass die Bearbeitung von Rentenanträgen durch die Träger der Rentenversicherung massiv gefährdet sein könnte. Steigende Laufzeiten bei

den Alters- und Erwerbsminderungsrenten wären die zwangsläufige Folge. Eine manuelle Ermittlung durch die Einholung von Nachweisen bei den Rentenbeziehenden durch die Beitrags einzugsstellen sei daher ineffizient, nicht bürgerfreundlich und könne zu unterschiedlichen Entscheidungen führen.

Der vorliegende **Gesetzesentwurf** sieht in diesem Zusammenhang nun in § 55 Abs. 3 Satz 11 SGB XI-E Regelungen für den Fall vor, dass die Abschlüsse nach § 55 Abs. 3 Satz 4 und 5 SGB XI-E von den beitragsabführenden Stellen und den Pflegekassen nicht bereits ab dem 1. Juli 2023 berücksichtigt werden können. Diese Abschlüsse sollen dann so bald wie möglich, spätestens jedoch bis zum 31. Dezember 2024 von den beitragsabführenden Stellen erstattet werden; § 27 Abs. 1 SGB IV soll bis einschließlich 31. Dezember 2023 keine Anwendung finden. Erstattungsansprüche wären danach bis zu diesem Zeitpunkt nicht zu verzinsen.

Der Gesetzesentwurf berücksichtigt, dass eine manuelle Nachweiserhebung und Prüfung der Kinderanzahl durch die beitragsabführenden Stellen nicht verwaltungsarm umsetzbar ist und sieht ein modernes digitales Verfahren vor, das unterschiedliche Entscheidungen bei Beteiligung mehrerer Einzugsstellen vermeidet. Um eine einheitliche Rechtsanwendung sicherzustellen und ein möglichst effizientes, schnelles und digitales Verwaltungshandeln zu gewährleisten, soll deshalb 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 (§ 55 Abs. 3 Satz 7 SGB XI-E).

Hiermit wird das Ziel verfolgt, ein einheitliches, zentralisiertes und digitalisiertes Verfahren zur Ermittlung und Prüfung der Kinderanzahl aufzubauen, das die beitragsabführenden Stellen von manuellen Erhebungen und Prüfungen entlastet und für alle Beteiligten bürokratiearm ist. Dies begrüßt die DRV Bund ausdrücklich.

Es soll aber bereits an dieser Stelle deutlich darauf hingewiesen werden, dass die Entwicklung, der Aufbau und die technische Umsetzung entsprechender Datenaustauschverfahren zwischen den beteiligten Stellen einschließlich deren Erprobung einen ausreichenden zeitlichen Vorlauf benötigen. Eine einzelfallbezogene Umsetzung der Kinderstaffelung durch die Deutsche Rentenversicherung wird deshalb erst im Frühjahr 2025 möglich sein.

Das vorgesehene Inkrafttreten der Beitragsstaffel zum 1. Juli 2023 und die beschriebenen Fristen werden daher aufwendige Rück- und Zinsberechnungen zur Folge haben. Dem könnte, worauf die DRV Bund bereits bei der Verbändeanhörung zum Referentenentwurf hingewiesen hat, Rechnung getragen werden, indem das Inkrafttreten der Beitragsstaffel auf einen späteren Zeitpunkt verschoben wird. Im Hinblick auf die erforderlichen umfangreichen konzeptionellen und technischen Vorarbeiten bei den hieran beteiligten Institutionen wäre der 1. Januar 2025 ein realistisches Datum für das Inkrafttreten der Beitragsstaffel mit einer Frist für deren Umsetzung bis zum 30. Juni 2025. Die beitragsentziehenden Stellen hätten dann ausreichend Zeit, bis zum Inkrafttreten der Beitragsstaffel ein einheitliches, zentralisiertes und digitalisiertes Verfahren zur Ermittlung und Prüfung der individuellen Kinderanzahl aufzubauen, zu erproben und in Betrieb zu setzen und die internen Berechnungsprogramme für den individuellen Beitragssatz an dieses anzubinden. Auf dieser Grundlage könnte dann die Umsetzung der Beitragsstaffel im Frühjahr 2025 erfolgen. Zusätzliche Aufwände, die sich durch die Rückrechnung bei der Programmierung und in der Sachbearbeitung ergeben, sowie Beschwerden von Betroffenen würden hierdurch vermieden.

B. Betroffenheit der Deutschen Rentenversicherung

Die vorgesehenen Regelungen betreffen die Deutsche Rentenversicherung als die den Pflegeversicherungsbeitrag bei Rentenbeziehenden einziehende Stelle und als Rehabilitationsträger insbesondere durch

- 1) die Anhebung der Beiträge zur Pflegeversicherung
- 2) die Einführung eines Beitragsabschlages nach Kinderanzahl
- 3) die Tragung des zukünftig erhöhten Beitrags zur Pflegeversicherung bei Rehabilitanden (§ 64 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe e) SGB IX)
sowie
- 4) die Berücksichtigung der Belange pflegender Angehöriger bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung

Die Regelungen sollen jeweils zum 1. Juli 2023 in Kraft treten.

B.1. Anhebung der Beiträge zur Pflegeversicherung für kinderlose Rentenbeziehende oder solche mit mindestens einem Kind

Zum 1. Juli 2023 umsetzbar ist die Erhebung der (neuen) Pflegeversicherungsbeitragssätze hinsichtlich aller PV-Mitglieder, bei denen mindestens ein Kind zu berücksichtigen ist bzw. die kinderlos sind. Die Umsetzung kann allein dadurch sichergestellt werden, dass die neuen Beitragssätze in die vorhandenen Programme eingepflegt werden und im Rahmen der Rentenanpassung zum 1. Juli 2023 berücksichtigt werden. Damit kann eine spätere Beitragsnacherhebung der ab 1. Juli 2023 höheren PV-Beiträge für viele Millionen Rentenbeziehende mit den sich hieraus ergebenden weiteren erheblichen personellen Aufwänden bei den Rentenversicherungsträgern vermieden und die finanzielle Stabilität der Pflegeversicherung sichergestellt werden.

B.2. Einführung und Umsetzung eines Beitragsabschlages nach Kinderanzahl

Da die Deutsche Rentenversicherung nicht über die insgesamt erforderlichen Informationen zu den bei der Festsetzung des Pflegeversicherungsbeitrages für Rentenbeziehende zu berücksichtigenden Kindern verfügt (vgl. Stellungnahme zum Referentenentwurf von 6. März 2023), ist für eine effektive Umsetzung des Beitragsabschlages nach Kinderanzahl aus Sicht der DRV Bund erstens eine zentrale Stelle für Erhebung und Nachweis der der Kinderanzahl erforderlich.

Zweitens muss es möglich sein, von dieser die Daten im Wege eines digitalen Verfahrens abzufragen. Mit einer derartigen Zentralisierung und digitalen Übermittlung würden alle Bürger*innen von mehrfacher Nachweisführung entlastet sowie wegen des in § 55 SGB XI weiter gefassten Kindbegriffs mögliche unterschiedliche Entscheidungen bei der Berücksichtigung von Kindern durch verschiedene beitragsabführende Stellen vermieden.

Eine individuelle Berechnung des Beitragsabschlages ab dem zweiten Kind kann durch die Rentenversicherung erst dann erfolgen, wenn ein digitales Verfahren zur Erhebung und Prüfung der Kinderanzahl und der Anschluss an eine zentrale Stelle, die über diese Informationen verfügt, entwickelt, realisiert, getestet und vollständig einsatzfähig ist und die Verfügbarkeit entsprechender Anwendungsprogramme im IT-System der Deutschen Rentenversicherung gegeben ist. Ein solches Verfahren ist nicht bis zum 1. Juli 2023 umsetzbar.

Die DRV Bund begrüßt es, dass der Gesetzentwurf die Beauftragung einer interministeriellen Arbeitsgruppe mit der Entwicklung eines digitalen Verfahrens zur Erhebung und zum Nachweis der Anzahl der Kinder bis spätestens zum 1. Juli 2023 vorsieht. Damit wäre allerdings lediglich eine erste Vorstufe auf dem Weg zu einem Gesamtkonzept zur Umsetzung der Beitragsstaffel erreicht. Denn es muss, wie bereits ausgeführt, die zentrale Stelle geschaffen werden, bei der die erforderlichen Informationen zur Kinderanzahl verfügbar sind, die beitragsabführenden Stellen müssen über einen Datenweg an diese zentrale Stelle angeschlossen werden und ein hierauf aufbauendes Abfrage- und Rückmeldeverfahren muss in einer sich hieran anschließenden Testphase vor dem praktischen Einsatz erprobt werden. Wenn die zentrale Stelle und der Datenweg bis November 2024 aufgebaut wären und die Umsetzung des Beitragsabschlags in der IT der DRV realisiert ist, könnte eine Nutzung des Abfrage- und Rückmeldeverfahrens durch die Rentenversicherung im Frühjahr 2025 erfolgen. Der Zwischenzeitraum wird wegen der zu berücksichtigenden Risiken bei der Inbetriebnahme entsprechender komplexer Verfahren für die erforderlichen Testungen und die Auslieferung der IT-Module benötigt (vergleichbar zum Verfahren Grundrentenzuschlag). Die Beitragsstaffelung könnte von der Deutschen Rentenversicherung damit erst im Jahr 2025 umgesetzt werden.

Hierzu im Einzelnen:

Zentrale Stelle für den Abruf der Kinderanzahl

Da die Finanzverwaltung über Informationen zu Kindern verfügt, die mit denen der steuerpflichtigen Eltern verknüpft sind, kommt sie als zentrale Stelle für den Abruf der Kinderanzahl in Betracht. Diese müsste die Informationen zu Kindern entsprechend den in § 55 SGB XI enthaltenden Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung zur Verfügung stellen.

Aufbau eines Datenweges von der Finanzverwaltung zur Deutschen Rentenversicherung unter Nutzung bestehender Verbindungen

Die Zentralstelle für Altersvermögen (ZfA) unterhält aufgrund ihrer Aufgabenstellung Datenverbindungen zu einer Vielzahl beitragsabführender Stellen für alle Rentenversicherungsträger, die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) und die Zahlstellen der betrieblichen Altersversorgung, soweit Renten über das Rentenbezugsmitteilungsverfahren zu melden sind. Für die beitragsabführenden Stellen, bei denen bereits eine Datenverbindung zur ZfA besteht, ist deshalb eine Anbindung über das Bundeszentralamt für Steu-



ern (BZSt) an die Finanzverwaltung denkbar. Damit bietet sich für den Bereich der Rentenversicherung ein digitales Abfrage- und Meldeverfahren von der DRV Bund über die ZfA an das BZSt und zurück an.

Für Arbeitgebende könnte das bei diesen zum Einsatz kommende elektronischen Verfahren zur Abfrage der Lohnsteuerabzugsmerkmale (Verfahren ELStAM) um die Abfrage und Meldung der Kinderanzahl ergänzt werden. Dies bietet sich aus dem Grund an, weil hierfür die bestehende Datenverbindung zur Finanzverwaltung lediglich erweitert werden müsste.

Abruf der Kinderanzahl durch die Deutsche Rentenversicherung über die ZfA bei der Finanzverwaltung und Rückweg von der Finanzverwaltung

Wie bereits ausgeführt bedarf ein in den Rentenbestand eingreifendes Abfrage- und Rückmeldeverfahren einer sorgfältigen Prüfung und sich anschließenden Testphase noch vor dem praktischen Einsatz. Wenn die zentrale Stelle und der Datenweg von der Steuerverwaltung zur ZfA bis November 2024 aufgebaut wären, könnte daher eine Nutzung des Abfrage- und Rückmeldeverfahrens durch die Deutsche Rentenversicherung im Frühjahr 2025 erfolgen. Der Zwischenzeitraum wird für die erforderlichen Testungen und die Auslieferung der IT-Module benötigt.

Der Aufwand für den Anschluss der Deutschen Rentenversicherung über die ZfA an die Finanzverwaltung wird auf 3.600 Personentage (PT) geschätzt, für die Anbindung der oben genannten weiteren Stellen entstünde ein Aufwand von weiteren 300 PT. Hierdurch entstehen im Bereich der Rentenversicherung Kosten in Höhe von rund 5,46 Millionen €. Hinzu kommen die Personalaufwände für die Sicherstellung des laufenden Betriebs des Verfahrens. Um dieses Verfahren etablieren zu können, müsste ergänzend zu den bisherigen Regelungen geregelt werden, dass die Bereitstellung der Schnittstelle für das maschinelle Datenaustauschverfahren mit dem BZSt zur Ermittlung der Kinderanzahl für die Berechnung des PV-Beitrages bei den Rentenversicherungsträgern als eine originäre Aufgabe der ZfA nach § 81 EStG angesehen wird. Analog der Aufgabenzuweisung in § 22a EStG (Rentenbezugsmitteilung, an die zentrale Stelle nach § 81 EStG) wäre eine solche Regelung z.B. in einem neuen § 22b EStG denkbar, um Synergien (bestehende Datenwege und -anbindungen) zu nutzen und einen höheren Umsetzungsaufwand zu vermeiden. Gleichzeitig ist für alle beitragsabführenden Stellen zu regeln, dass der Datenabruf unter Nutzung der Steueridentifikationsnummer zur eindeuti-

gen Zuordnung von Kinder- und Elterndaten stattfindet und die Rentenversicherung die Steueridentifikationsnummer als Identifikationsmerkmal nutzen darf. Sofern dies nicht erfolgt, könnte das Verfahren in der angedachten Konzeption nicht realisiert werden.

Aufgrund der aktuell laufenden ebenfalls zeitkritischen Umsetzung anderer Aufträge des Gesetzgebers (insbesondere Ost-Westangleichung der Renten und EM-Bestandsrentenverbesserungsgesetz – Inkrafttreten zum 1. Juli 2024!) stellt die ebenfalls mit erheblichem Aufwand verbundene Programmierung zur Berücksichtigung der Kinderanzahl für Beitragseinbehalt und -abführung mit der vorgesehenen neuen Staffelung in dieser Kombination eine große Herausforderung für die Deutschen Rentenversicherung Bund dar. Der für die Programmierung entstehende Aufwand, soweit die Deutsche Rentenversicherung die für den Beitragsabzug erforderlichen Informationen in maschinell auswertbarer Form erhalten würde, wird mit weiteren etwa 2.000 PT eingeschätzt, was einem finanziellen Aufwand in Höhe von rd. 2,8 Millionen € entspricht.

Wegen des oben dargestellten, unbedingt erforderlichen zeitlichen Vorlaufs für die Einrichtung und Umsetzung eines digitalen Verfahrens zur Entlastung der Betroffenen von der Nachweissführung sowie der beitragsabführenden Stellen, sollte das Inkrafttreten der nach Kinderzahl gestaffelten Beitragssätze idealerweise auf den 1. Januar 2025 verschoben werden. Auf jeden Fall aber müsste wegen des erforderlichen und dargestellten zeitlichen Vorlaufs der in § 55 Abs. 3 Satz 11 SGB XI-E genannte Termin des 31. Dezember 2024 um ein halbes Jahr auf den 30. Juni 2025 verlängert werden. Eine gleichlautende Änderung hatten die federführenden Ausschüsse des Bundesrates für die am 12. Mai 2023 vorgesehene Stellungnahme des Bundesrates empfohlen (BR 165/1/23, S. 8).

Sollte es nicht zu einer Verschiebung des Inkrafttretens der Beitragsstaffel kommen, sollte unbedingt eine Regelung in das Gesetz aufgenommen werden, die eine pauschale Abgeltung für in der Vergangenheit zu viel erhobener Beiträge ermöglicht, ohne dass z.B. Zinsansprüche zu berechnen sind. § 55 Abs. 3 Satz 11 SGB XI-E könnte bspw. um eine Klausel ergänzt werden, in der geregelt ist, dass die Erstattung zu viel gezahlter Beiträge pauschaliert erfolgen kann. Hierdurch kann eine unbürokratische, pauschalierende Ausgleichslösung für die sonst – beim Wechsel von Beschäftigungsverhältnissen bzw. Ende von Leistungsbezug – problematische Rückrechnung bei den beitragsabführenden Stellen geschaffen werden. Rückrechnungen für das zweite Halbjahr 2023 sollten auf jeden Fall vermieden werden.

C. Auswirkungen im Reha-Bereich

Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf wird die pflegerische Versorgung bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson auf eine gesetzliche Grundlage gestellt. Dies ist auch aus Sicht der Rentenversicherung ein wichtiges Ziel, um die rehabilitative Versorgung von Pflegepersonen weiter zu unterstützen und damit auch den Zugang zu Rehabilitationsleistungen zu erleichtern. Insbesondere vor dem Hintergrund des demographischen Wandels ist die Versorgung der pflegebedürftigen Person während einer Rehabilitationsleistung der Pflegeperson ein wichtiges Anliegen, dem der vorliegende Gesetzesentwurf Rechnung trägt.

Die Rentenversicherung begrüßt, dass der Gesetzesentwurf zum einen gesetzliche Regelungen zur Ausgestaltung des Zusammenwirkens zwischen den Reha-Trägern und den Trägern der Pflegeversicherung vorsieht und zum anderen auch die Zuständigkeiten zwischen Pflegeversicherung und den Reha-Trägern im Rahmen des gegliederten Systems der Sozialversicherung gewahrt bleiben.

Die DRV Bund sieht nur an zwei Stellen noch geringfügigen Änderungsbedarf:

In den Sätzen 2 bis 5 des § 42 a Abs. 4 SGB XI-E sind die Rehabilitationseinrichtungen nach § 15 Abs. 2 SGB VI richtigerweise nicht benannt, da diesbezüglich eine gesonderte Verwaltungsvereinbarung zwischen der Pflegekasse und der Deutschen Rentenversicherung gemäß Absatz 7 Satz 5 gelten soll. Um deutlich zu machen, dass die Sätze 2 bis 5 des Abs. 4 inhaltlich gleichwohl auch dort gelten, sollte Abs. 7 wie folgt um einen Satz 6 (bei der Verwaltungsvereinbarung) ergänzt und die Begründung zu der Vorschrift entsprechend angepasst werden:

„Dabei sind die Regelungen der Sätze 2 bis 5 des Absatzes 4 entsprechend für das Verhältnis der Pflegekasse zu den Rehabilitationseinrichtungen nach § 15 Absatz 2 SGB VI zu beachten.“

Weiter regen wir an, in der Begründung zu Abs. 7 klarzustellen, dass auch Rehabilitationseinrichtungen, die nicht durch "die für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen" bei den Gesprächen zur Vereinbarung der gemeinsamen Empfehlung vertreten waren, unter Einhaltung der Regelungen in der gemeinsamen Empfehlung eine Zulassung zur Pflege beantragen und im positiven Fall bei Belegungen das Kostenerstattungsverfahren nutzen können. Hier denken

wir an die von den Trägern der Rentenversicherung selbst betriebenen Reha-Einrichtungen. Es wäre damit klargestellt, dass auch sie die Option haben, bundesweit das Angebot an medizinischen Rehabilitationseinrichtungen mit Pflegemöglichkeit zu erweitern.

C. Erfüllungsaufwand und digitale Umsetzbarkeit

Zum Erfüllungsaufwand und insbesondere der digitalen Umsetzbarkeit wurde unter Punkt B ausführlich Stellung genommen. Der Gesamtpersonalaufwand bei der DRV Bund beträgt, wie oben dargestellt, 5.900 PT, was einen Kostenvolumen von rd. 8,26 Mio. € entspricht.

E. Sozialpolitische Auswirkungen

E.1. Auswirkungen auf die gesetzliche Rentenversicherung

Die Anhebung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung hat Folgewirkungen im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung, da dadurch das Sicherungsniveau vor Steuern („Rentenniveau“) beeinflusst wird. Nach § 154 Abs. 3a SGB VI ist das Sicherungsniveau vor Steuern als Verhältniswert der verfügbaren Standardrente und des verfügbaren Durchschnittsentgelts definiert. Die verfügbare Standardrente ist dabei die Standardrente, gemindert um die von den Rentner*innen zu tragenden Sozialversicherungsbeiträge; das verfügbare Durchschnittsentgelt das Durchschnittsentgelt, gemindert um die von den Arbeitnehmer*innen zu tragenden Sozialversicherungsbeiträge. Bezüglich der Beiträge zur Pflegeversicherung soll hierbei zukünftig der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung des betreffenden Kalenderjahres aus der Bekanntmachung des Gesamtsozialversicherungsbeitragssatzes nach § 20 Abs. 2a Satz 5 SGB IV im Bundesanzeiger maßgeblich sein. Da sich die Tragung der Beiträge zur Pflegeversicherung zwischen Arbeitnehmer*innen und Rentner*innen systematisch unterscheidet – bei Beschäftigten zahlt der Arbeitgeber den hälftigen Beitragssatz, Rentner*innen zahlen den Beitrag zur Pflegeversicherung in vollem Umfang selbst –, hat jede Anhebung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung Auswirkungen auf die Höhe des Rentenniveaus.

Für die Zeit bis 2025 gilt in der gesetzlichen Rentenversicherung eine „Haltelinie“ bezüglich Beitragssatz und Rentenniveau; das Rentenniveau darf danach den Wert von 48 Prozent („Mindestsicherungsniveau“) nicht unterschreiten. Wird dieser Wert bei Anwendung der Rentenanpassungsformel nach § 68 SGB VI unterschritten, ist nach § 255e Abs. 2 SGB VI eine

(stärkere) Anhebung des aktuellen Rentenwertes vorzunehmen, mit der das Mindestsicherungsniveau sichergestellt wird. Dies hat entsprechende Mehrausgaben der Rentenversicherung zur Folge. Mit der im Referentenentwurf vorgesehenen Anhebung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung wird dies der Fall sein.

Konkret hat die im Gesetzentwurf vorgesehene Anhebung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung um 0,35 Prozentpunkte zum 1. Juli 2023 zur Folge, dass die Haltelinie Rentenniveau 2024 und damit ein Jahr früher greifen würde. Um das Mindestsicherungsniveau von 48 Prozent in den Jahren 2024 und 2025 zu erreichen, müssten die Rentenanpassungen in beiden Jahren höher ausfallen. Dadurch lägen die Rentenausgaben dauerhaft in jedem Jahr höher. Die im Gesetzentwurf genannten Finanzwirkungen sind nachvollziehbar (Stand Februar 2023).

Vor diesem Hintergrund ist auch zu beachten, dass nach dem Gesetzentwurf die Bundesregierung ermächtigt werden soll, unter den dort definierten Voraussetzungen eine Erhöhung des Beitragssatzes der sozialen Pflegeversicherung im Rahmen einer Verordnung mit Zustimmung des Bundesrates vorzunehmen. Bislang ist dafür eine gesetzliche Grundlage erforderlich. Da wie dargestellt Veränderungen des Beitragssatzes der sozialen Pflegeversicherung Auswirkungen auf das Rentenniveau und – im Zusammenwirken mit der Regelung zur Einhaltung des Mindestsicherungsniveaus – auf die Höhe von aktuellem Rentenwert und Rentenausgaben haben, führt dies zu zusätzlichen Unwägbarkeiten bei der Abschätzung der künftigen Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung der Rentenversicherung.

E.2. Verteilungspolitische Auswirkungen auf Rentenbeziehende

Die beschriebenen Zusammenhänge zwischen dem Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung und Rentenniveau sowie Rentenanpassung haben auch verteilungspolitische Auswirkungen für die Bezieher*innen von Renten der gesetzlichen Rentenversicherung. Für die gesetzlichen Regelungen zur Ermittlung des Rentenniveaus soll zukünftig bezüglich der von Versicherten und Rentner*innen zu tragenden Pflegeversicherungsbeiträge der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung gemäß der Bekanntmachung des Gesamtsozialversicherungsbeitragssatzes nach § 20 Abs. 2a Satz 5 SGB IV im Bundesanzeiger maßgebend sein.

Führt die Anhebung des Beitragssatzes der sozialen Pflegeversicherung zum Absinken des Rentenniveaus unter den nach geltendem Recht bis 2025 geltenden Mindestwert von 48 Prozent, wird der aktuelle Rentenwert nach § 255e Abs. 2 SGB VI so angehoben, dass dieses Mindestsicherungsniveau wieder erreicht wird. Für die Rentner*innen wird so die Anhebung

des Pflegeversicherungsbeitrags durch eine entsprechend höhere Rentenanpassung zumindest teilweise kompensiert.

Die Rentner*innen sind wegen des differenzierten Beitragssatzes der sozialen Pflegeversicherung allerdings nicht in einheitlicher Weise von der Anhebung des Pflegeversicherungs-Beitragssatzes betroffen. Für kinderlose Rentenbezieher*innen wird der Beitragssatz um 0,6 Prozentpunkte erhöht, für Rentenbezieher*innen mit Kindern dagegen um maximal 0,35 Prozentpunkte. Für Rentenbezieher*innen mit mehr als einem Kind unter 25 Jahren fällt die Erhöhung noch geringer aus; für Rentner*innen mit vier oder mehr Kindern unter 25 Jahren sinkt der Beitragssatz sogar unter den heutigen Wert. Die „Kompensation“ durch die stärkere Erhöhung des aktuellen Rentenwertes fällt dagegen für alle Rentnerinnen und Rentner in gleicher Weise aus. Im Ergebnis wird die Anhebung des Beitragssatzes der sozialen Pflegeversicherung damit für die Rentenbezieher*innen in unterschiedlichem Ausmaß durch die stärkere Erhöhung der Rente kompensiert.

E.3. Finanzwirkungen

Es wird darauf hingewiesen, dass durch die Beitragsanhebung in der PV noch weitere bisher nicht betrachtete Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand beim Bund und in der Kranken- und Pflegeversicherung entstehen können. Sofern es aufgrund der durch die vorgesehenen Regelungen ausgelösten Mehrausgaben der Gesetzlichen Rentenversicherung zu einer Erhöhung des Beitragssatzes der Rentenversicherung kommt, fallen sowohl der Bundeszuschuss zur Gesetzlichen Rentenversicherung als auch die von der Kranken- und Pflegeversicherung zu entrichtenden Rentenversicherungsbeiträge für Bezieher*innen von Kranken- oder Pflegeunterstützungsgeld höher aus.

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

20(14)105(25)

gel. VB zur öffent. Anh. am

10.05.2023 - PUEG

09.05.2023



Familienbund der Katholiken Littenstr. 108, 10179 Berlin

Stellungnahme des Familienbundes der Katholiken

zum

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP
Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege
(Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)
(BR-Drs. 20/6544)

sowie zum Antrag der Fraktion DIE LINKE:
Gute Pflege stabil finanzieren (BT-Drs. 20/6546)

Und dem Antrag der AfD-Fraktion:
Pflegeversicherung - Bürokratie abbauen, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen
entlasten (BT-Drs. 20/4669)

Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 10. Mai 2023

1. Einleitung

Der Familienbund der Katholiken bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme zu dem aktuellen Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege.

In der Debatte zur ersten Lesung des Gesetzes vom 27. April 2023 wurde es im Bundestag mehrfach erwähnt: Der überwiegende Teil der Pflege wird durch pflegende Angehörige geleistet. Vier von Fünf Pflegebedürftigen werden zu Hause gepflegt, unter großem Einsatz der Angehörigen selbst. 80 Prozent aller zuhause gepflegten Menschen werden durch die Familie versorgt.¹ Das sind 2,55 Millionen Pflegebedürftige, die ausschließlich von Angehörigen, in Ausnahmefällen auch von Freundinnen und Freunden oder Nachbarn, betreut werden. Über eine weitere Million Pflegebedürftige werden von Angehörigen und ambulanten Diensten gemeinsam unterstützt (1,05 Mio.).² Insgesamt werden damit 3,6 Millionen Menschen überwiegend zuhause und durch die eigene Familie gepflegt. Bei insgesamt knapp 5 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland³ machen diese Zahlen deutlich, dass die private, von familiären Netzwerken getragene Pflege eine zentrale Säule des deutschen Pflegesystems ist.

Familien sind für die Sozialversicherung insgesamt unverzichtbar, denn sie tragen auf vielfältige Weise zu ihrem Erhalt und zu ihrer Stabilisierung bei. Das gilt für die Renten- und Krankenversicherung, aber insbesondere auch für die soziale Pflegeversicherung. Familien leisten bereits mit der Erziehung von Kindern einen wichtigen Beitrag, da diese wiederum mit ihren künftigen Beiträgen die Pflegeversicherung von morgen finanzieren. Die Pflegeversicherung ist wie die Rentenversicherung ein Umlageverfahren, in dem ein ganz überwiegend im Alter auftretendes Risiko durch die jüngere Generation abgesichert wird. Familien leisten einen wesentlichen sozialen Beitrag aber auch durch die Übernahme umfangreicher Pflegeaufgaben im Alltag sowie darüber hinaus durch die Beteiligung an den entstehenden Unterhaltskosten, auf informellem Weg häufig auch unterhalb der gesetzlichen Einkommensgrenze für den Rückgriff des Sozialversicherungsträgers.

Gleichzeitig steht die Pflegeversicherung aktuell vor enormen finanziellen Herausforderungen, wenn nicht zügig Veränderungen bei der Finanzierung eingeleitet werden. Ursache dafür sind unter anderem die positiven Entwicklungen einer steigenden Lebenserwartung und des medizinischen Fortschritts, aber auch die im demografischen Wandel sinkende Zahl junger Menschen, die im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung gleichzeitig als Beitragszahler:innen und pflegende Angehörige fehlen. Auch

¹ DIW Wochenbericht 46/2020, S.853-860.

² Statistisches Bundesamt, Pflegebedürftige in Deutschland nach Art der Versorgung. Stichtag 31.12.2021

³ Statistisches Bundesamt, Pflegebedürftige in Deutschland. Stichtag 31.12.2021

daran wird deutlich, dass Familien und künftige Generationen von erheblicher Bedeutung für die Pflege, aber auch für die Sozialversicherung insgesamt, sind.

Beide Aspekte – die enormen finanziellen und pflegerischen Leistungen seitens der Familien sowie die wachsenden Kosten der Pflegeversicherung – bilden den gesellschaftlichen Hintergrund des vorliegenden Gesetzentwurfs. Hinzu kommt die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 07. April 2023, verbunden mit dem Auftrag an den Gesetzgeber, Eltern stärker bei den Pflegebeiträgen zu entlasten. In dieser Entscheidung bestätigte das Bundesverfassungsgericht die wichtige Aussage des Pflegeurteils von 2001⁴, dass Familien mit der Kindererziehung einen zusätzlichen Beitrag für die Pflegeversicherung leisten, der bei der Erhebung der Pflegeversicherungsbeiträge zu berücksichtigen ist. Außerdem erkannten die Richter an, dass Versicherte mit mehreren Kindern einen größeren generativen Beitrag erbringen als Familien mit nur einem Kind. Der Gesetzgeber dürfe daher bei der Beitragserhebung nicht einfach wie bisher pauschal zwischen Versicherten mit und ohne Kinder unterscheiden, sondern müsse nach der Kinderzahl differenzieren. Dafür wurde eine Frist bis zum 31. Juli 2023 eingeräumt.

Die im Gesetzentwurf der Koalitionsfraktionen geplante Familienentlastung ist unausgewogen, unangemessen niedrig und nicht zielgenau. Sie verkennt den generativen Beitrag von Familien. Leider ist wie nach dem Pflegeurteil von 2001 zu beobachten, dass die Politik äußerst zögerlich ist, familienstärkende Vorgaben aus Karlsruhe umzusetzen. Familien ist mit dem aktuellen Vorschlag leider kaum geholfen. Es ist dringend notwendig, den Entwurf im weiteren Gesetzgebungsverfahren noch zu verbessern und die Leistungen der Familien für das Umlageverfahren angemessen anzuerkennen.

Da der Familienbund seinen Blick insbesondere auf die Familienperspektive in der Pflege richtet, konzentriert sich die folgende Stellungnahme zum vorgelegten Gesetzentwurf auf die geplante Entlastung von Eltern durch die Staffelung der Pflegebeiträge nach der Kinderzahl sowie auf die vorgesehenen Veränderungen bei den Leistungen für pflegende Angehörige. Gleichzeitig nimmt der Familienbund ebenfalls Stellung zu den allgemeinen finanziellen Herausforderungen in der Pflegeversicherung. Soweit inhaltlich passend, werden dabei auch die Anträge der Fraktionen der LINKEN und der AfD berücksichtigt.

⁴ BVerfG, Urteil vom 03.04.2001 - 1 BvR 2014/95 -, Rn. 1-93.

2. Entlastung für Familien bei der Beitragsgestaltung

Lösung des Familienbundes für die Familienentlastung bei den Beiträgen:

Der Familienbund befürwortet statt der im Gesetzentwurf vorgesehenen Kombination aus einem Kinderlosenzuschlag und einer vom zweiten bis zum fünften Kind gestaffelten Beitragsentlastung ein schlüssiges und deutlich einfacheres Modell: **Es sollte einen einheitlichen Pflegeversicherungsbeitrag für alle Versicherten geben und für Familien pro Kind einen Kinderfreibetrag analog zum Steuerrecht.**

Soweit der Gesetzgeber am Entlastungsmodell des Entwurfs festhalten will, fordert der Familienbund ein klares Bekenntnis zur Entlastung von Familien und eine Anhebung der Beitragsentlastung ab dem zweiten Kind auf mindestens 0,5 Prozentpunkte pro Kind.

Familien entlasten und unterstützen die Pflegeversicherung bereits heute in außerordentlichem Maße: durch die Erziehung von Kindern, die als zukünftige Beitragszahler:innen den Fortbestand der Pflegeversicherung überhaupt erst möglich machen, durch ihren enormen Einsatz bei der häuslichen Pflege sowie durch die (Teil-)Finanzierung der Unterhaltskosten für angehörige Pflegebedürftige. Es wird daher aus Sicht des Familienbundes Zeit, auch die Familien bei der Pflege zu besser zu unterstützen und zu entlasten. Dies muss auf verschiedenen Ebenen erfolgen: während der Zeit der Beitragszahlung und Kindererziehung ebenso wie bei der Übernahme von Pflegeverantwortung für die ältere Generation.

Was die Beitragsgestaltung betrifft, hat das Bundesverfassungsgericht hier am 07. April 2023 aus Familiensicht eine wichtige Entscheidung getroffen: Es erkennt (zum zweiten Mal nach dem ersten Pflegeurteil von 2001) erneut an, dass Familien mit der Kindererziehung einen zusätzlichen Beitrag für die Pflegeversicherung leisten, der bei der Erhebung der Pflegeversicherungsbeiträge zu berücksichtigen ist. Zusätzlich hat das Gericht darauf hingewiesen, dass Versicherte mit mehreren Kindern einen größeren generativen Beitrag erbringen als Familien mit nur einem Kind. Der Gesetzgeber ist daher aufgefordert, bei der Beitragsgestaltung nicht länger pauschal zwischen Versicherten mit und ohne Kindern zu unterscheiden, sondern die Beiträge nach der Kinderzahl zu differenzieren. Dafür wurde eine Frist bis zum 31. Juli 2023 gesetzt.⁵

⁵ Dass nach der Kinderzahl differenziert werden muss, war bereits nach der Argumentation des Urteils von 2001 sehr naheliegend. Im aktuellen Urteil hat das Bundesverfassungsgerichts das ausdrücklich klargestellt.

Derzeit beträgt der Beitragssatz in der Pflegeversicherung 3,05 Prozent. Dieser soll nach dem Gesetzentwurf erhöht werden, um 0,35 Prozentpunkte. Er läge damit zukünftig bei 3,4 Prozent. Kinderlose zahlen darüber hinaus derzeit einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,35 Prozentpunkten. Nach dem aktuellen Gesetzentwurf der Regierungsfaktionen soll es in Zukunft folgende Beitragsdifferenzierungen geben: Der Kinderlosenzuschlag für Personen ab dem 23. Lebensjahr soll um 0,25 Prozentpunkte steigen und in Zukunft 0,6 Prozentpunkte betragen. Der Beitragssatz für Kinderlose erhöht sich somit auf insgesamt 4,0 Prozent. Wer ein Kind hat, muss den Kinderlosenzuschlag nicht zahlen. Es gilt hier grundsätzlich der normale Beitragssatz, was einer Entlastung in Höhe von 0,6 Prozentpunkten entspricht. Beim zweiten, dritten, vierten und fünften Kind soll es jeweils eine weitere Entlastung um 0,25 Prozentpunkte geben. Ab dem sechsten Kind sind keine weiteren Entlastungen vorgesehen. Zusätzlich sollen die Entlastungen ab dem zweiten Kind anders als im vorausgehenden Referentenentwurf des Gesundheitsministeriums nun nicht mehr lebenslang gelten, sondern nur solange, wie ein:e Versicherte:r tatsächlich für Kinder sorgen muss. Analog zur Regelung der Freibeträge im Steuerrecht wird im vorliegenden Gesetzentwurf der Regierungsfaktionen als maximale Grenze dafür das 25. Lebensjahr des Kindes angenommen.

Die vorgeschlagene Staffelung erscheint verfassungsrechtlich wie familienpolitisch äußerst problematisch. Zum einen ist die geplante Entlastung pro Kind höchst unterschiedlich. Während durch die Anwendung des normalen Beitragssatzes das erste Kind zu einer Beitragsentlastung von 0,6 Prozentpunkten führt, beträgt die Entlastung für die weiteren Kinder mit jeweils 0,25 Prozentpunkten deutlich weniger. Eine Begründung dafür bleibt der Gesetzentwurf der Regierungsfaktionen schuldig. Beitragsrechtlich betrachtet ist das erste Kind damit fast 2,5mal so viel wert wie die weiteren Kinder. Es entsteht auf diese Weise eine Schlagseite zugunsten der Einkindfamilie und zulasten von Familien mit zwei und mehr Kindern. Diese Schieflage vergrößert sich weiter, wenn zusätzlich an der Idee einer zeitlichen Begrenzung der ab dem zweiten Kind gewährten Beitragsreduzierungen bis zum 25. Lebensjahr festgehalten wird. Obwohl doch jedes Kind unabhängig von seiner Rangzahl einen identischen generativen Beitrag für das System der Pflegeversicherung bedeutet. Es ist zweifelhaft, ob diese ungleiche Behandlung von gleichen „generativen Beiträgen“ mit dem Gleichheitssatz des Grundgesetzes vereinbar ist. Das gilt auch für die fehlende Fortschreibung der Beitragsreduzierung ab dem sechsten Kind, was ebenfalls nicht einleuchtet. Mit jedem Kind erbringen Eltern einen generativen Beitrag, der zu berücksichtigen ist. Die Entwurfsbegründung verweist darauf, dass Familien mit fünf und mehr Kindern nur 0,6 Prozent aller Familien ausmachen. Dieser Anteil sei „klein genug, um nicht weiter zu differenzieren“⁶. Dieses Argument kann man auch umdrehen: Da durch die weitere Entlastung dieses kleinen Anteils der Familien nur eine geringe finanzielle Zusatzbelastung eintreten

⁶ Gesetzentwurf, BT-Drs. 20/6544, S. 83.

würde, sollte der Gesetzgeber nicht ohne Not von einer konsequenten und gerechten Staffelung abweichen.

Positiv hervorzuheben ist, dass die Entlastung jeweils vollumfänglich auf Seiten der Arbeitnehmerin und des Arbeitnehmers liegen soll. Allerdings fällt die Entlastungswirkung pro Kind insbesondere ab dem zweiten Kind für Familien gering aus. Bei einem Durchschnittseinkommen in Höhe von 39.000 Euro brutto im Jahr (das entspricht in etwa dem durchschnittlichen Bruttojahreseinkommen aller in der gesetzlichen Rentenversicherung Versicherten⁷) erhielten Familien eine Entlastung von rund 8 Euro monatlich pro Kind. Auch wenn die Frage des angemessenen Ausgleichs für die Familienleistungen nicht ohne Rückgriff auf politische Wertungen zu beantworten ist, wird dieser Betrag der konstitutiven Bedeutung des generativen Beitrags für die Zukunft der Pflegeversicherung nicht gerecht. Eine Entlastung in dieser Höhe kann auch keinen relevanten Beitrag zur Armutsprävention leisten. Hier hätte sich der Familienbund ein mutigeres Bekenntnis zur Entlastung von Familien gewünscht, mindestens in Form einer Angleichung an die für das erste Kind gewährte Beitragsreduzierung. Gerade vor dem Hintergrund der vielfältigen Leistungen, die Familien für und in der Pflege erbringen, angefangen von der Erziehung von Kindern als zukünftigen Beitragszahler:innen über die enorme Entlastung der öffentlichen Hand durch die häusliche Pflegearbeit bis hin zur Kostenbeteiligung fordert der Familienbund – soweit der Gesetzgeber am Entlastungsmodell des Entwurfs festhalten will – eine Anhebung des Staffelungsbetrags auf mindestens 0,5 Prozentpunkte.⁸

Insgesamt entsteht der Eindruck, dass beim Abfassen des Entwurfs vor allem der Blick auf die Kosten entscheidend war. Nicht ohne Grund verweist der Gesetzentwurf ausdrücklich darauf, dass die Staffelung der Beitragshöhe mit Bezug zur Kinderzahl „finanzneutral“ erfolge.⁹ Berücksichtigt man die im Entwurf vorgesehene Beitragserhöhung, ergibt sich tatsächlich de facto eine Mehrbelastung für die allermeisten Familien (Tab 1).

Tabelle 1, Wirkung der neuen Beitragssätze inklusive Staffelung

	Beitragssatz alt	Beitragssatz neu	Belastung / Ersparnis Familien monatl., 39.000 € Jahresbrutto
1 Kind	3,05%	3,40%	+ 11,38 €
2 Kinder	3,05%	3,15%	+ 3,25 €
3 Kinder	3,05%	2,90%	- 4,88 €

⁷ Im Jahr 2022 lag das sozialversicherungsrechtliche Durchschnittseinkommen bei 38.901 Euro brutto.

⁸ Zum Vergleich: Im Modell des Familienbundes, das eine Entlastung über Freibeträge für Familien vorsieht, beträgt die Entlastung pro Kind auf Basis des rentenrechtlichen Durchschnittseinkommens rund 30 Euro/Monat. Die Entlastung für das erste Kind läge bei dem zukünftig 0,6 Prozentpunkte höheren Beitrag für Kinderlose bei etwa 20 Euro/Monat.

⁹ Gesetzentwurf, BT-Drs. 20/6544, S. 41, unten

4 Kinder	3,05%	2,65%	- 13,00 €
5 Kinder	3,05%	2,4%	- 21,13 €
6+ Kinder	3,05%	2,4%	- 21,13 €

Mit Blick auf voraussichtlich weitere Beitragserhöhungen in der Zukunft zeigt sich, dass das gewählte Modell der gestaffelten Beiträge für Familien perspektivisch noch weniger Entlastung bringt. Die 0,25 Prozentpunkte verlieren an Wert, je größer der Referenzwert wird, auf den sie sich beziehen. Das heißt: Je höher die Beiträge steigen, desto geringer fällt die Reduzierung aus.

Zum anderen entsteht durch die prozentuale Entlastung (im Gegensatz zu einer Freibetragslösung) eine unterschiedliche Entlastungswirkung bei den Familien, die dazu führt, dass die Einsparung durch die Beitragsreduzierung bei hohen Einkommen stärker ausfällt als bei niedrigen Einkommen. Es ist interessant, dass die Ampelfraktionen diese Ungleichheit in der Sozialversicherung offenbar tolerieren, während sie im Steuerrecht, beim Zusammenhang von Freibeträgen und Kindergeld, mehrheitlich dagegen Sturm laufen.

Der Familienbund hat über 16 Jahre lang für mehr Gerechtigkeit gegenüber Familien und reduzierte Beiträge in der Sozialversicherung gestritten und den Weg bis zu der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 07. April 2023 intensiv begleitet und mitgestaltet. Aus seiner Sicht ist die nach dem ersten Pflegeurteil des Bundesverfassungsgerichts 2001¹⁰ gefallene Entscheidung der Politik für einen „Kinderlosen-Zuschlag“ (ab 2005) – statt der vom Familienbund geforderten Entlastung von Familien – mindestens ungünstig, wenn nicht gar falsch: Er trägt zur gesellschaftlichen Spaltung bei, schadet damit dem Anliegen der Familien und wirkt gerade für ungewollt Kinderlose besonders provokativ. Das Festhalten an diesem Konstrukt auch nach der aktuellen Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts setzt die entstandenen Probleme fort. Der Familienbund hat sich in seinem eigenen Modell stattdessen stets für eine Freibetragslösung ausgesprochen, bei der das Existenzminimum der Kinder wie im Steuerrecht unangetastet bleibt und erst darüber hinaus Beiträge auf das Familieneinkommen fällig werden. Diese Lösung hätte zudem den Vorteil, dass die Entlastung bei in Zukunft weiter steigenden Beiträgen ebenfalls höher ausfällt und zudem alle Familien exakt den gleichen Betrag erhalten: Da es in der Sozialversicherung keinen progressiven Tarif gibt, haben Freibeträge – anders als im Steuerrecht – bei allen Familien die gleiche Wirkung.

Der Familienbund befürwortet statt der im Gesetzentwurf vorgesehenen Kombination aus einem Kinderlosenzuschlag und einer vom zweiten bis zum fünften Kind gestaffelten Beitragsentlastung ein

¹⁰ BVerfG, Urteil vom 03.04.2001 - 1 BvR 2014/95 -, Rn. 1-93.

schlüssiges und deutlich einfacheres Modell: Es sollte einen einheitlichen Pflegeversicherungsbeitrag für alle Versicherten geben und für Familien pro Kind einen Kinderfreibetrag analog zum Steuerrecht. Ein Freibetrag wäre einfach umzusetzen und würde verhindern, dass von dem eigentlich zum Leben der Familie ausreichenden Einkommen Abzüge erfolgen, die den Bezug von existenzsichernden Leistungen (z.B. Bürgergeld) nach sich ziehen. Dass die öffentliche Hand zunächst durch unangemessene Abgaben Armut verursacht, um dieser dann durch Grundsicherungsleistungen wieder abzuhelfen, ist eine Hin- und Herzählung, die wenig effizient und für Familien im unteren Einkommensbereich leistungsfeindlich und demotivierend ist. Die im Steuerrecht unumstrittene Logik des Freibetrages, ist ohne Weiteres auf die Sozialversicherung übertragbar.

Im Freibetragsmodell des Familienbundes wird die Entlastung auf die aktive Familienphase begrenzt. Im Rahmen der Analogie zum bereits existierenden steuerrechtlichen Freibetrag ist das folgerichtig. Die Regierungsfractionen scheinen sich den Vorschlag partiell zu eigen gemacht zu haben. Allerdings greifen sie aus dem Modell des Familienbundes nur einen einzelnen Punkt heraus – nämlich die zeitliche Begrenzung der Entlastung. Im Familien deutlich stärker entlastenden und bewusst auf einen Kinderlosenzuschlag verzichtenden Modell des Familienbundes steht diese Idee allerdings unter ganz anderen Vorzeichen. Was im Rahmen der Freibetragslösung angesichts der deutlichen gesellschaftlichen Unterstützung für junge Familien als Bekenntnis zur Solidarität und einer gemeinsamen sozialen Verantwortung gedacht war, ist im vorliegenden Gesetzentwurf zu einer reinen Kostensenkungsmaßnahme für die Pflegeversicherung geworden. Mit der vorgesehenen Regelung, die Absenkung bei den Beiträgen ab dem zweiten Kind nur bis zum 25. Lebensjahr zu gewähren, wird das Ringen um eine finanziell stabile Pflegeversicherung auf dem Rücken von Familien ausgetragen. Ohne Familien mit unterhaltsberechtigten Kindern durch Kinderfreibeträge einen wirksamen Armutsschutz zu gewähren, verweigert diese Regelung Eltern mit mehreren Kindern im späteren Lebensverlauf die Entlastung, oft genau dann, wenn sie selbst die hier mehrfach angeführte Pflegearbeit an Angehörigen übernehmen. Das wirkt mit Blick darauf, dass dort, wo kein familiäres Netz (mehr) existiert, die öffentliche Hand einspringt, mindestens sozial unausgewogen. Eine Begründung für diese Entscheidung bleibt der Gesetzentwurf schuldig. Nochmals erwähnt sei an dieser Stelle auch die bereits genannte und rechtlich fragwürdige Schieflage, die daraus bei den Entlastungswirkungen pro Kind erwächst. Der Familienbund kommt daher zu dem Schluss, dass die zeitliche Begrenzung bei gleichzeitig gering ausfallender Entlastung von 0,25 Prozentpunkten für das zweite bis fünfte Kind kein sachgerechter Vorschlag ist. Sollte der Gesetzgeber bei der (wenig überzeugenden) Kombination aus Kinderlosenzuschlag und geringfügigen weiteren Entlastungen ab dem zweiten Kind bleiben wollen, ist eine einheitlich lebenslange Entlastung die „rundere“ und angemessene Lösung, um den Leistungen der Familien insgesamt gerechter zu werden.

3. Unterstützung und Entlastung für pflegende Angehörige

Der Gesetzentwurf der Regierungsfractionen sieht ein wesentliches Ziel darin, dass „die häusliche Pflege gestärkt und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sowie andere Pflegepersonen entlastet werden.“¹¹ Auch in der parlamentarischen Debatte zur 1. Lesung des Gesetzentwurfes wurde mehrfach der große Einsatz der Angehörigen in der Pflege betont und auf die nötige Entlastung hingewiesen. Der Familienbund unterstützt dieses Anliegen ausdrücklich mit Verweis auf die umfangreichen Leistungen der Angehörigen, die knapp 80 Prozent aller Pflegebedürftigen betreuen und die Pflegeverantwortung dabei überwiegend allein tragen.

Die im vorgelegten Entwurf genannten Maßnahmen fallen jedoch recht zurückhaltend aus. Auch hier stehen die Kosten und die angespannte Situation der Pflegeversicherung offenbar vor den Interessen und Bedarfen der Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen. Ganz unverblümt schränkt der Entwurf gleich zu Beginn ein: „Dabei sind die allgemeinen ökonomischen Rahmenbedingungen sowie die finanzielle Lage der sozialen Pflegeversicherung zu beachten.“

Vorgesehen sind unter anderem eine Erhöhung des Pflegegeldes und der ambulanten Sachleistungsbeträge um fünf Prozent zum 1. Januar 2024 sowie eine Erhöhung aller Geld- und Sachleistungen zum 1. Januar 2025 um weitere fünf Prozent mit künftiger automatischer Dynamisierung dieser Leistungen ab 2028.

Der Familienbund verweist darauf, dass etwa die Beträge für das Pflegegeld seit 2017 nicht mehr angepasst wurden. Mit Blick auf eine jährliche durchschnittliche Inflation von um die 2 Prozent sowie auf die aktuelle Preisentwicklung des letzten Jahres fällt die vorgesehene Erhöhung in 2024 äußerst niedrig aus. Diese Erhöhung reicht keinesfalls aus „um die häusliche Pflege zu stärken und die gestiegenen Kosten der letzten Jahre zu berücksichtigen“.¹² Das Gleiche gilt für die Sachleistungsbeträge. Sowohl die Inflation als auch steigende Löhne führen zu erheblichen Kostensteigerungen. In der Folge müssten Angehörige entweder aus eigenen Mitteln die Sachleistungen mitfinanzieren oder auf deren Inanspruchnahme verzichten. Beides geht zu Lasten der Leistungsfähigkeit von Familien. Um die für die Pflegebedürftigen entsprechend gestiegenen Kosten realistisch abzubilden, erscheint dem Familienbund die im Antrag der LINKEN genannte Forderung nach einer Anhebung sowohl des Pflegegeldes als auch der Sachleistungsbeträge um 20 Prozent allein in 2024 durchaus schlüssig. Anzumerken ist zusätzlich, dass die Erhöhungen noch vor dem 1. Januar 2024 greifen sollten, da die erheblichen Preissteigerungen bereits jetzt Realität sind.

¹¹ Gesetzentwurf, BT-Drs. 20/6544, S. 1

¹² Gesetzentwurf, BT-Drs. 20/6544, S. 101

Die vorgeschlagene Leistungsdynamisierung zu Beginn der Jahre 2025 um weitere fünf Prozent sowie ab 2028 entsprechend der Teuerungsrate mit anschließender automatischer Dynamisierung bewertet der Familienbund als einen Fortschritt. Er fordert den Gesetzgeber auf, hierzu eine zügige Planung und Umsetzung anzustreben, damit zeitnah und möglichst lückenlos nach 2028 auf zukünftige Preisschwankungen reagiert werden kann.

Zu begrüßen ist die Flexibilisierung beim Pflegeunterstützungsgeld. Hier soll es ab dem 1. Januar 2024 möglich sein, pro Kalenderjahr wiederkehrend den Anspruch auf bezahlte Freistellung geltend zu machen, nicht mehr nur einmalig. Berufstätige pflegende Angehörige können sich damit jedes Jahr bis zu zehn Tage bei einer unvorhersehbaren Notlage freistellen lassen.

Der Familienbund bedauert es, dass die Idee des Entlastungsbudgets und damit eine Flexibilisierung bei der Inanspruchnahme von Kurzzeit- und Verhinderungspflege aus dem Referentenentwurf nicht in den aktuellen Koalitionsentwurf übernommen wurde.

Hier wird ersichtlich, dass es derzeit für pflegende Angehörige eine Vielzahl an einzelnen, oft sehr kleinteiligen und schwer durchschaubaren Unterstützungsmöglichkeiten gibt. Im Interesse der Familien plädiert der Familienbund dafür, diese Komplexität deutlich zu reduzieren, auch mit Blick auf Überlegungen zu einer zukünftigen bezahlten Freistellung im Rahmen der Familienpflegezeit. Es ist für Angehörige äußerst belastend, neben der direkten Pflege oder auch der Pflegeorganisation mühsam das für die Inanspruchnahme von Leistungen nötige Fachwissen zu erwerben oder einzuholen. Studien belegen immer wieder, dass zustehende Leistungen nicht oder nicht vollumfänglich in Anspruch genommen werden, da bei den Angehörigen genaue Kenntnisse darüber fehlen.

Im Rahmen der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung muss stärker als bisher berücksichtigt werden, dass Familien mit der Pflege von Angehörigen eine wünschenswerte gesellschaftliche Aufgabe übernehmen, die die öffentliche Hand enorm entlastet. Es ist nicht hinnehmbar, dass Familien mit dieser Aufgabe über weite Strecken allein gelassen werden. Das betrifft sowohl die finanzielle Entlastung wie Beratungs- und Begleitungsangebote. Es gilt, darauf hinzuwirken, stärkende Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige weiterzuentwickeln. Zu diesen können auch die Hausbesuche im Rahmen der Begutachtung gehören, wenn sie entsprechend vertrauensvoll gestaltet werden und nicht den Beigeschmack von Kontrolle oder Interessenkonflikten haben. Der Familienbund ist daher skeptisch hinsichtlich des Antrags der AfD, die Hausbesuche im Rahmen der Begutachtung einzuschränken. Zwar kann die Ausweitung digitaler Begutachtungen über Corona hinaus mehr Flexibilität für beide Seiten ermöglichen, dies sollte jedoch nicht zu einer Einschränkung des persönlichen Kontakts führen. Vielmehr sollte es darum gehen, im Interesse der Pflegebedürftigen wie

der Angehörigen die Besuche so auszugestalten, dass sie einer ressourcenorientierten Beratung dienen und die Angehörigen (wie auch die Pflegebedürftigen) vor Überlastung schützen.

4. Finanzierung der Pflegeversicherung

Die problematische finanzielle Situation der Pflegeversicherung ist offensichtlich. Sie klingt auch im Gesetzentwurf an verschiedenen Stellen an. Eine zukunftsfähige Finanzierung der Pflegeversicherung erscheint daher dringlicher denn je. In diesem Punkt folgt der Familienbund dem Antrag der LINKEN. Zur Sicherstellung einer langfristig tragbaren Finanzierung sollte sowohl für die Pflege wie auch für die Sozialversicherung insgesamt eine Bürgerversicherung erwogen werden. Auf diese Weise könnte die Pflegeversicherung auf eine deutlich breitere Beitragsbasis gestellt werden. Zudem sollten alle Einkunftsarten, nicht nur Erwerbseinkommen, bei der Beitragsbemessung herangezogen werden. Langfristig plädiert auch der Familienbund für eine gemeinsame, öffentliche Pflegeversicherung für alle, um individuelle Risiken so solidarisch wie möglich aufzufangen.

Damit verbunden wäre auch eine Überprüfung der aktuellen Beitragsbemessungsgrenze. Durch deren Erhöhung oder gar Abschaffung entstehen weitere finanzielle Spielräume für die Pflege und zur Entlastung pflegender Angehöriger ebenso wie für die Anerkennung des zusätzlichen generativen Beitrags zur Pflege von Eltern.

Der Idee von Steuerzuschüssen steht der Familienbund skeptisch gegenüber – zumindest, solange nicht deutlich ist, wer durch die Steuerfinanzierung zusätzlich belastet werden soll. Zum einen, weil die Gefahr besteht, dass damit überwiegend die Mittelschicht zur Finanzierung beiträgt¹³, die derzeit bereits stark belastet ist. Zum anderen, weil damit erneut das Gros der Familien einen weiteren Beitrag zur Pflegeentlastung leistet, ohne dass sie angesichts ihrer vielfältigen Unterstützung des Pflegesystems mittels der Erziehung künftiger Beitragszahler:innen, der Übernahme enormer Pflegeverantwortung sowie der finanziellen Unterstützung der Pflegebedürftigen von der Solidargemeinschaft selbst angemessen entlastet würden.

Generell sollte geprüft werden, inwiefern der ursprüngliche Gedanke der Pflegeversicherung, es handle sich dabei lediglich um eine Teilversicherung mit geringer Beitragshöhe unter den sich

¹³ Das Steuersystem belastet vor allem die arbeitende Mittelschicht, während es unter anderem sehr hohe Einkommen, Vermögen und Erbschaften nur ungenügend berücksichtigt. Aus Sicht des Familienbundes wären daher entsprechende Reformen im Steuerrecht selbst dringend notwendig.

abzeichnenden gesellschaftlichen und demografischen Veränderungen noch realistisch ist und welche Anpassungen vor diesem Hintergrund in Form eines „großen Wurfs“ nötig sind.

Bei dem vorgelegten Gesetzentwurf handelt es sich auf jeden Fall nicht um die eigentlich nötige große Reform im Bereich der Pflegeversicherung. Bewegt werden vor allem kleinere und mittlere Stellschrauben, um das System vor dem finanziellen Zusammenbruch zu bewahren. Es bleibt dabei die Schiefelage bestehen, dass Familien in mehrfacher Hinsicht enorme Leistungen für die Pflege erbringen, dafür aber kaum Anerkennung und finanzielle Entlastung seitens der öffentlichen Hand erfahren. Im Gegenteil entsteht vielmehr der Eindruck, dass sie fortgesetzt und ganz selbstverständlich der finanzielle wie pflegerische Notnagel des Systems sind. Denn auch bei Steuerzuschüssen oder dem geplanten Pflegevorsorgefonds sind es die Familien, die dann erneut einen weiteren, zusätzlichen Beitrag in die Pflegeversicherung leisten. Es ist fraglich, wie lange dieser Lösungsansatz angesichts des demografischen Wandels und der zunehmenden Überlastung der Familien noch trägt.

Familienbund der Katholiken (Bundesverband)

Mai 2023

Ansprechpartner:in: Matthias Dantlgraber, Ivonne Famula

Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

zum Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und
Entlastung in der Pflege
(Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)
BT. Drs. 20/6544 vom 25.04.2023

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Abteilung Sozialpolitik
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300
Telefax: 030 9210580-310
E-Mail: sozialpolitik@vdk.de

Berlin, 08.05.2023

Der Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK) ist als Dachverband von 13 Landesverbänden mit über zwei Millionen Mitgliedern der größte Sozialverband in Deutschland. Die Sozialrechtsberatung und das Ehrenamt zeichnen den seit über 70 Jahren bestehenden Verband aus.

Zudem vertritt der VdK die sozialpolitischen Interessen seiner Mitglieder, insbesondere der Rentnerinnen und Rentner, Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen sowie Pflegebedürftigen und deren Angehörigen.

Der gemeinnützige Verein finanziert sich allein durch Mitgliedsbeiträge und ist parteipolitisch und konfessionell neutral.

1. Zu den Zielen des Referentenentwurfs und den Maßnahmen der Umsetzung

Der nun vorliegende Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege soll die Vereinbarungen im Koalitionsvertrag „Mehr Fortschritt wagen“ umsetzen.¹ Gewünschtes Ziel des Gesetzesentwurfs ist es, die ambulante Pflege zu stärken und die von Pflege betroffenen Menschen und deren pflegende An- und Zugehörige zu entlasten. Ebenso soll das Potential der Digitalisierung zur Unterstützung der pflegerischen Versorgung sich weiter entfalten können. Der inflationsbedingte Werteverfall der Pflegeleistungen soll angegangen werden. Die kurzfristige finanzielle Stabilisierung der Pflegeversicherung wird durch die Erhöhung der Pflegeversicherungsbeiträge erreicht. In diesem Zuge soll die Differenzierung der Beitragssatzerhebung nach der Kinderzahl erfolgen und damit das Bundesverfassungsgerichtsurteil aus Mai 2022 umgesetzt werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK moniert, dass das Ziel, die Stärkung der häuslichen Pflege, nach den Streichungen des Referentenentwurfs in keiner Weise erreicht wird. Das Gesetz wird seinem Namen Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz für die betroffenen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen nicht gerecht. Attestiert werden kann, dass die derzeitige Bundesregierung die Sicherung der pflegerischen Versorgung im häuslichen Umfeld nicht mit aller Ernsthaftigkeit sicherstellen will. Die unzureichende Erhöhung des Pflegegeldes und der geplante Inflationsausgleich aller Pflegeleistungen in 2028 sind überhaupt nicht geeignet, um die kommenden Herausforderungen zu meistern. Sie reichen nicht einmal aus, um den Status quo zu erhalten. Das geplante Entlastungsbudget als Zusammenlegung von Kurzzeit- und Verhinderungspflege wurde ersatzlos gestrichen. Das verurteilt der Sozialverband VdK aufs Äußerste.

Der Alarmismus war in der Pflege schon immer recht hoch. Es gab aber noch nie zuvor eine sich so deutlich abzeichnende Unterversorgung, die leider systematisch nirgends erfasst wird. Gerade in der häuslichen Pflege, die mit 84 Prozent der dort versorgten Pflegebedürftigen den Hauptschwerpunkt der pflegerischen Versorgung in Deutschland bildet, gibt es deutlichen Handlungsbedarf. Um ein umfassendes Lagebild zu erhalten, hat der Sozialverband VdK im

¹ Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/Die Grünen, Freie Demokraten (FDP) (07.12.2021): Mehr Fortschritt wagen; Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit; Koalitionsvertrag 2021-2025 (S. 63f.)

Jahr 2021 – unter der Leitung der Hochschule Osnabrück – eine der größten Studien zur häuslichen Pflege mit 54.000 Teilnehmenden durchführen lassen. Die Ergebnisse sind evident. Sie zeigen, wo Versorgungspotential gehoben werden kann und worin hoher Handlungsbedarf besteht. Die jetzt avisierte Pflegereform schafft es mit seinen Regelungen nicht, die Versorgungsressourcen zu aktivieren. Sie schafft es nicht, die tragende Säule der Pflege in Deutschland, die Nächstenpflege, zu sichern. Sie schafft es nicht, für eine nachhaltige Finanzierung zu sorgen.

Dieser ambitionslose Politikstil des „Weiter so“ in der Pflege, angesichts des noch bevorstehenden demografischen Aufwuchses an Pflegebedürftigen und der Abnahme des Fachkraftpotentials, wird sich in den nächsten Jahren bitter rächen. Nicht erst in dieser Wahlperiode ist klar, dass wir angesichts der bevorstehenden Herausforderungen eines Richtungswechsels bedürfen. Doch diesen wird der vorliegende Referentenentwurf nie einläuten können. Die prekäre Lage in der pflegerischen Versorgung wird weiterhin verkannt.

Der Sozialverband VdK hat sich bereits im Rahmen der Stellungnahme zum Referentenentwurf, bei einer notwendigen Priorisierung der Maßnahmen, für die Konzentration auf die häusliche Versorgung ausgesprochen. Der Grundsatz „Ambulant vor Stationär“ wurde bereits mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) empfindlich missachtet. Diese Kluft wird mit dem nun vorliegenden Gesetzesentwurf noch weiter zementiert.

2. Zu den Regelungen im Einzelnen

2.1. Begutachtungssystematik (Art. 1 Nr. 10 - § 18a bis e SGB XI)

Im vorliegenden Referentenentwurf wird das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18a bis e SGB XI neu strukturiert und systematisiert. Damit werden verfahrens- und leistungsrechtliche Inhalte in – voneinander getrennten – Vorschriften übersichtlicher und adressatengerechter aufbereitet und aus Gründen der Rechtssicherheit inhaltliche Anpassungen vorgenommen.

Bewertung des Sozialverbandes VdK

In der Hoffnung auf mehr Rechtssicherheit werden diese Änderungen vom Sozialverband VdK für alle Beteiligten begrüßt.

In §18a Absatz 2 SGB XI wird geregelt, dass die Begutachtung in Krisensituationen auch ohne Untersuchung der antragstellenden Person in ihrem Wohnbereich erfolgen kann. Der Sozialverband VdK möchte diesen Vorschlag zum Anlass nehmen, die Begutachtung grundsätzlich zu überdenken und weiter zu entwickeln. Durch den in den letzten Jahren rapiden Anstieg pflegebedürftiger Personen und den damit verbundenen ebenso immensen Aufwuchs an Pflegebegutachtungen, kommt es mittlerweile regelhaft zu deutlich verspäteten Begutachtungen durch die Medizinischen Dienste (MD). Damit verbunden ist der nicht mehr zeitgerechte Leistungsbezug der Betroffenen. Teilweise müssen die Pflegehaushalte monatelang auf eine Begutachtung warten und damit entweder auf Leistungen verzichten oder in finanzielle Vorleistung gehen. Es ist zu befürchten, dass sich diese Situation in der Zukunft noch weiter verschlechtern wird. Zum einen wird der Anteil pflegebedürftiger Menschen weiter

steigen und zum anderen wird es immer schwieriger werden, ausreichend qualifiziertes Personal für die Begutachtungen zu akquirieren. Vor diesem Hintergrund braucht es beim **Begutachtungsverfahren insgesamt eine Neubewertung**. Der MD schlägt aktuell das unterlagengestützte strukturierte Telefoninterview als eine neue Begutachtungsform, auch außerhalb von Krisensituationen, vor. Nach Auffassung des VdK kann das – ebenso wie digitale und videogestützte Interviews – eine vernünftige Ergänzung zur Begutachtung im Wohnbereich sein, sofern gesetzliche Rahmenbedingungen für Rechtssicherheit bei allen Beteiligten sorgen:

- Das strukturierte Telefoninterview wird ausschließlich bei Wiederholungs- und Höherstufungsbegutachtungen eingesetzt.
- Für bestimmte Personengruppen (beispielsweise Kinder, Menschen mit seltenen Erkrankungen, Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen) sollten auch weiterhin ausschließlich Begutachtungen im Wohnbereich erfolgen. Welche Personengruppen das konkret betrifft, wird derzeit im Projekt „Analyse des Einsatzes des Telefoninterviews zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“ eruiert. Die Ergebnisse sind abzuwarten.
- Dem Wunsch der Betroffenen muss auch weiterhin gefolgt werden, das heißt sofern eine Begutachtung im Wohnbereich bevorzugt wird, ist dem von Seiten der Gutachter und Gutachterinnen nachzukommen.

Darüber hinaus sind alle Beteiligten aufgefordert, weitere Überlegungen anzustrengen, um die oben beschriebene Situation zu verbessern. Von daher unterstützt der VdK nachdrücklich die geplante Regelung in § 18e SGB XI, nach der der MD Bund die Möglichkeit erhält, mit Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung, Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durchzuführen. Bezüglich eines möglichen zukünftigen Einsatzes telefonischer und digitaler Kommunikationsmittel bei der Untersuchung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit weisen wir darauf hin, dass dies barrierefrei und nicht ausgrenzend erfolgen muss.

2.2. Pflegeperson (Art. 1 Nr. 11 - § 19 SGB XI)

Der Referentenentwurf ändert die Überschrift der Festlegung, wer als Pflegeperson gilt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Im Zuge der vorgesehenen Änderung der Überschrift, bittet der Sozialverband VdK anzudenken, wie eine Registrierung aller Nächstenpflegenden als Pflegeperson gelingen kann. Die amtliche Pflegestatistik weist lediglich aus, welche Leistungsarten in der Pflegeversicherung genutzt werden. Daraus abgeleitet wird der Empfang von Pflegegeld pauschal mit dem Vorhandensein einer Pflegeperson gleichgesetzt sowie die Nutzung eines Pflegedienstes als Versorgungsmix zwischen Pflegeperson und professioneller Pflege gewertet. Die einzige Statistik, die die Anzahl der Pflegepersonen wiedergibt, ist die Meldung der Deutschen Rentenversicherung mit derzeit 963.000 Personen². Diese Zahl spiegelt aber

² Ihre Vorsorge (27.01.2023): Immer mehr häusliche Pflegende erwerben Rentenansprüche; unter: <https://www.ihre-vorsorge.de/nachrichten/lesen/immer-mehr-haeuslich-pflegende-erwerben-rentenansprueche.html> [Stand: 03.03.2023]

nicht das wirkliche Ausmaß der Nächstenpflege wieder. Bisher unbekannt ist, wie viele pflegende Angehörige es hierzulande genau gibt. Nach einer Hochrechnung des DIW Berlin sind 5,3 Millionen Bürger sorgende und pflegende Angehörige. Davon pflegen 2,2 Millionen mehr als zehn Stunden wöchentlich und gelten damit als pflegende Angehörige gemäß der Logik der deutschen Renten- und Unfallversicherung.³ Nach den Daten der VdK Pflegestudie haben sich 91 Prozent freiwillig entschieden, zu pflegen. 59 Prozent wollen dies auch weiterhin tun und sehen es als das favorisierte Versorgungsmodell an.⁴ Etwa 70 Prozent der Hauptpflegepersonen sind Frauen.⁵ Oft pflegen sie ihre eigenen Eltern oder den Partner. Pflegende und sorgende Angehörige sind häufiger verheiratet als die Gesamtbevölkerung. In 40 Prozent aller Pflegehaushalte sind Angehörige allein für die Versorgung des Pflegebedürftigen verantwortlich.⁶

Den Gesetzgeber muss es interessieren, **wer die Pflegenden sind**, die er mit seinen Gesetzesinitiativen adressieren möchte. Das kann nicht allein im Verantwortungsbereich einzelner Studien verbleiben. Deshalb plädiert der VdK dafür, hier Regularien zu finden, die das wahre Ausmaß der Nächstenpflege abbildet. Zudem müssen im Besonderen Personen in den Blick genommen werden, die weiterhin Vollzeit arbeiten und die Pflege übernehmen und somit nicht nach § 44 SGB XI bei einer der sozialen Sicherungssysteme gemeldet und registriert sind.

2.3. Dynamisierung (Art. 2 Nr. 15 - § 30 SGB XI)

Zu Beginn des Jahres 2025 werden alle Leistungen der Pflegeversicherung um fünf Prozent erhöht. Die weitere Erhöhung im Jahr 2028 soll sich an der kumulativen Kerninflationsrate der zurückliegenden drei Jahren orientieren – aber nicht höher als der Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme der abhängig beschäftigten Arbeitnehmer ausfallen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK sieht die jetzige Regelung als unzureichend an. Zum einen muss in der Einleitung des Gesetzes B. Lösung (S. 2 Absatz 6) nochmals klargestellt werden, dass die Erhöhung zum 01.01.2025 nicht in Anlehnung an die Preisentwicklung erfolgt. Die fünfprozentige Erhöhung aller Leistungen nach dem vierten Kapitel des SGB XI erfolgt der Höhe nach durch eine politische Entscheidung, spiegelt aber keineswegs die Preisentwicklung wieder. Es sollte hier korrekt argumentiert werden, da sich die geplanten Erhöhungen im Jahr 2025 und im Jahr 2028 wesentlich durch die Bezugsgröße unterscheiden. Der Sozialverband VdK sieht es als kritisch an, dass die Bundesregierung die derzeitige dreijährige Prüf- und Berichtsvorlage zur Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung vorzeitig aufgibt, bevor hier langfristige Bestimmungsfaktoren der Leistungsdynamisierung erarbeitet werden. Deshalb **MUSS die bisherige Regelung erhalten bleiben**. Es besteht die Gefahr, dass zeitnah keine Vorschläge für die Bestimmungsfaktoren vorgelegt werden und bis dahin auch

³ Felder, L. et al. (2022): Verteilungswirkung von finanziellen Unterstützungsmodellen für pflegende Angehörige. Mikrosimulationsstudie. Gutachten des DIW Berlin im Auftrag des Sozialverband VdK. Unveröffentlichte Fassung.

⁴ Büscher, A. et al. (2021): 1. Zwischenbericht der VdK Pflegestudie – Zwischen Wunsch und Wirklichkeit.

⁵ Rothgang, H.; Müller, R. (2018): Pflegereport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Herausgeber: Barmer.

⁶ Büscher, A. et al. (2021): ebd

keine Transparenz mehr gegeben ist, wie der Werteverfall der Pflegeversicherungsleistungen sich darstellt.

Zudem weist der VdK darauf hin, dass sich aus der jetzigen Gesetzesformulierung keine Option für die Zeit nach dem Jahr 2028 ergibt und sich **keine weitere Dynamisierungsrunde anschließt**. In der Begründung wird unkorrekter Weise davon ausgegangen, dass die Leistungsanpassungen in Zukunft regelhaft erfolgen. Das sieht der neu formulierte § 30 SGB XI aber gar nicht vor. Deshalb muss der Paragraph wie folgt lauten.

Vorschlag: „(...) steigen zum 1. Januar 2025 um 5 Prozent und **ab 1. Januar 2028 alle X Jahre** in Höhe des kumulierten Anstiegs (...).“

Nur mit dieser Änderung ist der Einstieg in eine regelhafte Dynamisierung sichergestellt.

Der Sozialverband VdK sieht es als höchst kritisch an, dass die Leistungssätze zur Verhinderungspflege, der Tagespflege und des Entlastungsbetrags erst im Jahr 2025 (also nach acht Jahren) eine Anpassung an die inflationsbedingten Preiserhöhungen erleben. Mit den geplanten fünf Prozent ist aber lediglich der Ausgleich des Werteverfalls bis zum Jahr 2019 möglich. Es fehlen also noch fünf weitere Jahre Inflationsausgleich. Gerade bei der Tagespflege, die an die Leistungserbringung von professionellen Pflegeanbietern gebunden ist, ist das eine fatale Fehlentwicklung. Dieser Sektor hat eine enorme Teuerung durch die tarifliche Entlohnung durchlebt. Somit steht Pflegebedürftigen und deren Angehörige immer weniger Tagespflege zur Verfügung. Es war eine politische Entscheidung, die tarifliche Entlohnung der Pflegekräfte festzuschreiben aber dass die finanzielle Last auf dem Rücken der Betroffenen abgeladen wurde, ist wohlfeil. Allein die an der Kerninflation orientierte Dynamisierung ist, vor dem Hintergrund der steigenden Tarif-Pflegelöhne, noch unterdurchschnittlich. Auch weitere Leistungen wie wohnumfeldverbessernde Maßnahmen haben in den letzten inflationsstarken Jahren einen enormen Werteverfall erfahren. Dieser wird durch die fünf Prozent Anhebung in 2025 und der Kerninflationsrate im voraussichtlichen Zeitraum von 2025 bis 2027 sicherlich nicht aufgeholt werden.

Der VdK verfolgt seit zwei Jahren in verschiedenen Fällen eine Klage gegen die bereits in 2020 unterlassene Dynamisierung, die sich auf die bisherige gesetzliche Grundlage beruft. Jetzt den Paragraphen ganz zu streichen und den unzureichenden neu formulierten Paragraphen nur bis 2028 zu befristen, wird nicht unterstützt. Die geplanten Leistungserhöhungen ab Januar 2025 und Januar 2028 sollten deshalb den bestehenden § 30 SGB XI **nur ergänzen aber nicht ersetzen**.

2.4. Pflegesachleistung (Art. 2 Nr. 4 - § 36 SGB XI)

Der Referentenentwurf sieht vor, zum 01.01.2024 die Leistungsbeträge der jeweiligen Pflegegrade um jeweils fünf Prozent zu erhöhen. Anspruchsberechtigte Personen in Pflegegrad 2 erhalten statt 724 Euro neu 761 Euro (plus von 5,11 Prozent); in Pflegegrad 3 ist die Steigerung um 69 Euro zu verzeichnen auf dann 1.432 Euro (plus von 5,06 Prozent); in Pflegegrad 4 erhalten die Leistungsempfänger 1.778 Euro (plus von 5,02 Prozent) und 105 Euro mehr erhalten Pflegegrad 5 Bezieher mit einem Gesamtbetrag von 2.200 Euro monatlich (plus von 5,01 Prozent). Eine weitere Erhöhung erfolgt Anfang 2025 im Zuge der Erhöhung aller Pflegeleistungen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Im Rahmen des GVWGs wurden die Leistungsbeträge der Pflegesachleistung bereits um fünf Prozent zum 01.01.2022 erhöht. Die erneute Steigerung um fünf Prozent der ambulanten Sachbeträge ist ebenso zu begrüßen aber das anvisierte Datum zum 01.01.2024 ist reichlich spät gewählt. Seit der politischen Entscheidung, Pflegekräften eine tarifliche Vergütung zukommen zu lassen, sind in einer Vielzahl der Pflegehaushalte die Kosten für ambulante Sachleistungen mitunter um bis zu 30 Prozent gestiegen. Angesichts der erfolgreich verlaufenen Tarifverhandlungen im öffentlichen Dienst, werden im Laufe des Jahres auch die weiteren tariflich gebundenen oder daran angelehnten Pflegeunternehmen diesem Beispiel folgen. Mit der derzeit beschlossenen großen Tariferhöhung für Beschäftigte des öffentlichen Dienstes sind auch Mitarbeiter der Pflege umfasst. Diese sollen nach Aussage von Ver.di dauerhaft eine monatliche Entgeltsteigerung von 400 Euro erhalten und somit ein Plus von 13,4 Prozent. Für die Pflegekräfte ist das lobenswert aber damit steht die nächste Kostensteigerungswelle schon bevor. Da die Pflegekosten seit 2021 nun sehr eng an die tariflichen Entwicklungen gekoppelt wurden, braucht es jetzt einen wirksamen Mechanismus, damit hier nicht die vulnerabelste Gruppe dauerhaft negativ betroffen ist. Das kann nicht der politische Wille, spezifisch des Arbeits- und des Gesundheitsministers, bei Einführung der tariflichen Regelung gewesen sein, dass Pflege so teuer wird, dass man sie sich nicht mehr leisten kann.

Die Erfahrung des VdKs zeigen, dass die Betroffenen – wenn im ambulanten und teilstationären Bereich höhere Eigenanteile zur Begleichung der Pflegekosten notwendig werden – mit Leistungseinschränkung reagieren. Ganz anders als in der stationären Langzeitpflege, wo Heimträger dafür Sorge tragen, dass Hilfe zur Pflege beantragt wird – wird im ambulanten Bereich mit einem Nachfragerückgang auf die knapper werdenden finanziellen Mittel reagiert. Während also im stationären Bereich weiterhin eine pflegerische Sicherstellung erfolgt und für jeden Betroffenen gesorgt wird, stellt sich im ambulanten Bereich eine ganz andere Situation dar. Diese macht es notwendig, dringend über weitere Lösungsansätze nachzudenken. Zudem ist es eine besondere Ungleichbehandlung, dass die Pflegebedürftigen in der stationären Versorgung überproportional mit der Einführung des Zuschusses von den Pflegekosten entlastet wurden und dies im ambulanten Bereich nicht angedacht wird. Man fragt sich, in der Gesamtschau der gesetzgeberischen Aktivitäten, ob der Grundsatz „Ambulant vor Stationär“ noch gilt. Auch im ambulanten Bereich ist ein Zuschuss zu den pflegebedingten Eigenanteilen, den die Betroffenen schon jetzt leisten, dringend notwendig.

2.5. Pflegegeld (Art. 3 Nr. 6 - § 37 SGB XI)

Das Pflegegeld wird mit einer fünfprozentigen Steigerung über alle Pflegegrade hinweg zum 01.01.2024 angepasst. Pflegegeldempfänger erhalten in Pflegegrad 2 dann 332 Euro (plus von 5,06 Prozent), in Pflegegrad 3 beträgt die Erhöhung 28 Euro auf 573 Euro (plus von 5,14 Prozent). Mit einer Steigerung auf 765 Euro (plus von 5,08 Prozent) wird der Pflegegrad 4 bedacht und von 901 Euro auf 947 Euro (plus von 5,11 Prozent) profitiert der Pflegegrad 5 von der Anpassung. Eine weitere Erhöhung erfolgt Anfang 2025, im Zuge der Erhöhung aller Pflegeleistungen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Seit 2017 wurde das Pflegegeld, wie auch der Entlastungsbetrag und die Tages- und Verhinderungspflege, nicht mehr erhöht. Nach nunmehr sieben Jahren soll ab Anfang des Jahres 2024 endlich eine Anpassung des Pflegegeldes erfolgen. Für die Jahre 2017 bis 2019 hat die Bundesregierung höchst selbst festgestellt und attestiert, dass eine Anpassung aller Pflegeleistungen um fünf Prozent notwendig wäre⁷. Dies entspricht auch der vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Inflationsraten. Für die Jahre 2020 bis 2022 würden nochmals 11,5 Prozent notwendig werden. Das Jahr 2023, das sicherlich auch nicht als ein Jahr des Rückgangs der Inflation in die Geschichte eingehen wird, kann noch nicht abgesehen werden. Auch ohne Berücksichtigung des aktuellen Jahres, **wäre eine Steigerung von 16,5 Prozent als unterstes Niveau notwendig gewesen**, um die Pflegegeldleistung inflationsbedingt auszugleichen. Fünf Prozent offeriert nun der Referentenentwurf und nochmals fünf Prozent im Jahr 2025. Die Erhöhung des Pflegegeldes kommt zu spät und ist zu niedrig. Im Koalitionsvertrag wurde diese Maßnahme schon zum Jahr 2022 versprochen. Die weitere Verschiebung um zwei Jahre ist, angesichts der Herausforderungen für pflegende Angehörige und Pflegebedürftige, inakzeptabel und schwächt das Vertrauen dieser Menschen in den Gesetzgeber.

Das nun vorliegende Gesetz legt fest, dass diese Erhöhung einhergeht, „Um die häusliche Pflege zu stärken, (...)“ (S. 2). Da aber die nun geplante Erhöhung noch nicht einmal den Inflationsausgleich abbildet, kann doch **von Stärkung der häuslichen Pflege gar nicht die Rede sein**. Eine Stärkung per Begriffsdefinition liegt vor, wenn eine Position gefestigt oder verbessert wird. Das kann der Sozialverband VdK in dieser unterdurchschnittlichen Anpassung des Pflegegeldes nicht erkennen, nicht einmal von einer Festigung der Finanzlage der Pflegebedürftigen kann die Rede sein. Es wäre korrekt, wenn die Bundesregierung in ihrer Gesetzesvorlage lediglich die Faktenlage und die gesetzlichen Folgerungen darlegt.

Gegen das seit 2017 nicht mehr dynamisierte Pflegegeld klagt der VdK aktuell. Vor den ersten Sozialgerichten wird bereits verhandelt. Ziel ist eine Verfassungsbeschwerde vor dem Bundesverfassungsgericht.

2.6. Digitale Pflegeanwendungen (Art.1 Nr. 16, 17 - § 40a und b SGB XI)

Die Vergütungsbeträge der Pflegekassen mit den Herstellern von digitalen Pflegeanwendungen (DiPa) sind bindend. Die Pflegebedürftigen werden von den Pflegekassen vorab informiert, sollten Mehrkosten für die Anwendung und Unterstützung einer digitalen Pflegeanwendung entstehen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Regelung begrüßt der Sozialverband VdK, möchte aber nochmals sicher gehen, dass aus der digitalen Pflegeanwendung heraus keine In-App-Käufe möglich sein dürfen. Der Nutzer kann nämlich nicht erkennen, dass er – innerhalb der vom Bundesinstitut für Arzneimittel und

⁷ Bt. Drs. 18/1600; Deutscher Bundestag, 18. Wahlperiode; Unterrichtung durch die Bundesregierung: Bericht der Bundesregierung über das Ergebnis der Prüfung der Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung nach § 30 des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Medizinprodukte geprüften Anwendung – gegebenenfalls eine zusätzliche für ihn mehrkostenpflichtige und nicht geprüfte Anwendung startet.

Der VdK will nochmals darauf hinweisen, dass eine Nicht-Nutzung einer digitalen Pflegeanwendung auch zum Auslaufen der Erstattungsprämie an die Anbieter führen muss. Aufgrund des oft progredienten Verlaufs einer Pflegebedürftigkeit wird es häufig dazu kommen, dass nach anfänglicher Nutzung und auch Entfristung durch die Pflegekassen, zu einem späteren Zeitpunkt die Anwendung eingestellt wird. Es dann sogar ratsamer wäre, auf eine andere digitale Pflegeanwendung umzusteigen. Hierzu sehen die bisherigen Regelungen nichts vor. Somit erhält der Anbieter monatlich weiterhin den Erstattungsbetrag, der (Nicht) Nutzer hat davon aber keine Kenntnis. Der jetzige § 40b Absatz 2 SGB XI regelt nur die einmalige Informationspflicht über die Kosten und Mehrkosten. Was aber, wenn der Anbieter ein Update der digitalen Anwendung vornimmt und dadurch kostenpflichtige Zusatzanwendungen eröffnet werden? Wie verhält sich hier die Informationspflicht der Pflegekassen? Zudem ist klarzustellen, dass jegliche Information der Pflegekassen barrierefrei und leicht verständlich sein muss und es immer auch möglich ist, diese in schriftlicher als auch in digitaler Form zu erhalten.

Der Bezug einer DiPa gleicht also einem Abo, bei dem der Nutzer keine Information über den weiteren Bezug erhält. So erleben wir es bei den Pflegehilfsmittel-Boxen. Deren Versender werben öffentlich dafür, dass die Pflegeboxen gratis für den Pflegebedürftigen sind. Das stimmt nur bedingt, da es sich hier um Versichertengelder handelt. Zudem zeigen Recherchen des VdKs bei den Versendern der Pflegehilfsmittelboxen, dass ein Teil der Pflegehilfsmittelpauschale zum Verbrauch auch durch Verpackungs- und Versandkosten genutzt werden und sich somit negativ auf das Volumen und die Anzahl der dringend notwendigen Verbrauchshilfsmitteln auswirken.

Wir sehen bei den digitalen Pflegeanwendungen Nachbesserungsbedarf. Das Bundesministerium für Gesundheit muss eine Auflage erteilen, damit die digitalen Pflegeanwendungen in regelmäßigen Abständen einer niedrighschwelligen im Nutzungsvorgang integrierten Zustimmung des Anwenders bedürfen – dies kann durch Bestätigung eines Pop-Ups oder In-Use erfolgen. Erst dann ist der Anbieter berechtigt, den Vergütungsbetrag bei den Pflegekassen geltend zu machen. Nur bei Nutzung der Kernfunktionalität sollte auch Versichertengeld dafür aufgewendet werden. In Abhängigkeit von der Zweckbestimmung der App ist auch über eine Pay-per-Use Variante nachzudenken. Im Austausch mit Software Herstellern und App Anbietern, die nicht im Bereich Medizin und Pflege, tätig sind, wird Unverständnis über die derzeitige Art der großzügigen Abo-Finanzierung durch die Pflegekassen geäußert.

2.7. Kurzzeitpflege (Art. 2 Nr. 6 - § 42 SGB XI)

Die Kurzzeitpflege bezieht sich zukünftig nicht mehr nur auf eine Anschlussversorgung nach einer stationären Behandlung oder in sonstigen Krisensituationen sondern wird auf weitere andere Situationen erweitert.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Dieser Regelung stimmt der Sozialverband VdK ausdrücklich zu. Bei der Kurzzeitpflege handelt es sich regelmäßig um eine Entlastungsmaßnahme der Nächstenpflegenden, die nicht nur aus einer Krisensituation heraus resultieren muss.

Weit wichtiger wäre es in diesem Zusammenhang endlich für ausreichend Angebot zu sorgen. Zudem muss den Betroffenen ein schneller Überblick über die freien Plätze möglich sein. Diese Chance verpasst die Bundesregierung nun mit der Streichung des geplanten Informationsportals.

2.8. Pflegerische Versorgung bei Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson (Art. 2 Nr. 1 - § 42a SGB XI)

Der noch im Referentenentwurf ehemals geplante gemeinsame Jahresbeitrag, durch die Zusammenlegung von Kurzzeit- und Verhinderungspflege, wird ersatzlos gestrichen. An seine Stelle tritt eine Neuregelungen, dass der Pflegebedürftige während des Aufenthalts seiner Pflegeperson in einer Vorsorge- oder Rehaeinrichtung, auf Wunsch ebenso mit versorgt wird. Voraussetzung ist, dass seine pflegerische Versorgung dort gesichert werden kann. Auch ein Einbezug eines ambulanten Pflegedienstes oder die Inanspruchnahme einer am Ort ansässigen Pflegeeinrichtung sind möglich. Die Pflegekasse, respektive das private Pflegeversicherungsunternehmen nimmt die Absprache mit der Rehaeinrichtung vor. Ebenso, wenn die Unterbringung durch oder in einer anderen Einrichtung als der Vorsorge- und Rehaeinrichtung erfolgen soll. Dabei erhält der Pflegebedürftige eine volle Kostenerstattung aller anfallenden Aufwendungen (Pflege, Unterkunft, Verpflegung, Investitionskosten, Transportkosten et cetera). Leistungen der häuslichen Pflege, wie Pflegegeld et cetera, ruhen während des Aufenthalts.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK begrüßt diese Regelung ausdrücklich. Nicht nur, dass die Orchestrierung der Versorgung des Pflegebedürftigen aus der Verantwortung der für eine Rehamaßnahme vorgesehenen Pflegeperson genommen wird. Auch die volle Übernahme der anfallenden Kosten spricht für die Nutzung dieses neu geschaffenen Anspruchs. Zudem muss für die Versorgung des Pflegebedürftigen nicht der jährliche Anspruch auf Kurzzeit- und Verhinderungspflege verwirkt werden. Dass eine Mitaufnahme des Pflegebedürftigen in die Vorsorge- und Rehaeinrichtung erfolgreich sein wird, bezweifelt der Sozialverband VdK jedoch. Es ist schon in der Vergangenheit im Rahmen der Mitaufnahme des Pflegebedürftigen in eine Reha- und Vorsorgeeinrichtung nach § 40 Absatz 3 SGB V selten gelungen, die gemeinsame Unterbringung zu gewährleisten. Schon jetzt zeigt das BAR Reha-Einrichtungsverzeichnis für die Mitnahme von pflegebedürftigen Begleitpersonen in Pflegegrad 5 ein einziges Angebot für Deutschland an. Im Pflegegrad 1 sind es deutschlandweit 7 Einrichtungen, die eine entsprechende Begleitung befürworten. Dass diese Reha-Einrichtungen nicht unbedingt auf den spezifischen Reha- und Kurbedarf der Pflegeperson spezialisiert ist, reduziert das Angebot nochmals drastisch.

Auch die Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation haben mit dem Fachkraftmangel zu kämpfen und so kann nicht davon ausgegangen werden, dass es hier zu einer Angebotssteigerung kommt. Somit wird es für die Pflegekassen und die Pflegeversicherungsunternehmen nicht einfach sein, die Versorgung rund um den Kur- und Rehaaufenthalt der Pflegeperson sicherzustellen – aber Sicherstellungsauftrag ist Sicherstellungsauftrag. Wenig nachvollziehbar ist aber der Wegfall des Pflegegeldes, konträr zu den bisherigen Regelungen in Kurzzeit- und Verhinderungspflege und bei Krankenhausaufenthalt des Pflegebedürftigen steht.

Wichtig wäre noch bei der Datenerhebung der Pflegekassen und Versicherungsunternehmen für das neue Angebot in Erfahrung zu bringen, wo schlussendlich die Versorgung der pflegebedürftigen Person erfolgte.

2.9. Zuschuss pflegebedingter Eigenanteil (Art. 2 Nr. 12 - § 43c SGB XI)

Der Zuschuss zum Eigenanteil erhöht sich um 10 Prozent im ersten Jahr des Umzugs in eine Pflegeeinrichtung. Ab dem zweiten Jahr gibt es jeweils 5 Prozentpunkte mehr als Zuschuss zu den bisherigen Beträgen. Durch den Zuschuss reduziert sich der pflegebedingte Eigenanteil um dann 15 Prozent im ersten Heimaufenthaltsjahr, nach dem 12. Monat um 30 Prozent, nach dem 24. Monat um 50 Prozent und ab mehr als 36 Monate Heimaufenthaltsdauer um 75 Prozent.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die bisherige Regelung der Bezuschussung zu den pflegebedingten Eigenanteilen hat gerade bei Bewohner mit längerer Heimaufenthaltsdauer zu einer enormen finanziellen Entlastung bei den pflegebedingten Kosten geführt. Der VdK empfiehlt, mit den bereitgestellten Geldern, eine Fokussierung auf die ambulante Pflege zu legen. Im Vergleich zu den hier vorgenommenen Verbesserungen im ambulanten Bereich zu der weiteren Erhöhung der Zuschussregelung im stationären Bereich muss attestiert werden, dass die Ignoranz der ambulanten Pflege bestehen bleibt. Die dort anfallenden Zuzahlungen aufgrund der enorm gestiegenen Pflegekosten werden nicht bezuschusst. Ebenso wenig profitiert die Tagespflege, noch die Kurzzeitpflege von den pflegebedingten Zuschüssen – obwohl sie sich im Tagessatz nicht wesentlich von denen einer vollstationären Pflege unterscheiden, erst recht nicht die Kurzzeitpflege. Dabei wollen die Betroffenen auch nicht ins Heim laut der VdK Pflegestudie möchten gerade einmal 2,3 Prozent in einem Heim gepflegt werden. Nur elf Prozent der Nächstenpflegenden rechnen oder beabsichtigen einen zukünftigen Heimeinzug des Pflegebedürftigen. Pflegeunerfahrene sehen nur zu elf Prozent, dass sie in einer Einrichtung gepflegt werden würden.⁸

Vergessen wird an dieser Stelle, dass sich die Bundesregierung auch auf den Kurs begeben wollte, dass mehr innovative quartiernahe Wohnformen ermöglicht werden sollten. Dieser Umstieg gelingt so nicht, da gerade die Wohngemeinschaftsmodelle weiterhin bei den

⁸ Büscher et al (2023): Endbericht VdK Pflegestudie – Zwischen Wunsch und Wirklichkeit; noch unveröffentlichtes Manuskript

ambulanten Leistungsbeträgen verharren und ihren Bewohnern nicht die großzügige Zuschussregelung anbieten können.

Es soll an dieser Stelle auch einmal darauf hingewiesen werden, dass im Rahmen der Hilfe zur Pflege jedem Pflegebedürftigen in der stationären Langzeitpflege die Pflege zukommt, die er benötigt. Die Kommunen sind wiederum in der Verantwortung, dass sie für die Hilfe zur Pflege Bezieher eine gute Form der Pflege einfordern und selbst wieder die Versorgungsstrukturen verantworten und aufbauen. Zudem hat selbst der Bundesrechnungshof erst Anfang März 2023 darauf verwiesen, dass die Länder und Kommunen im Vorjahr kräftige Überschüsse erzielt haben und im Ergebnis finanziert der Bund mit neuen Schulden die Konsolidierung der Länderhaushalte.⁹ Mit der Erweiterung der Zuschussregelung zum stationären Bereich legt der Bund aber den Beitragszahlern die Last auf. Anstatt endlich die Länder in die Verantwortung zu nehmen und die Investitionskosten von diesen wieder tragen zu lassen, nimmt man den Weg des scheinbar geringsten Widerstands und erhöht lieber die Sozialversicherungsbeiträge. Angesichts der derzeitigen Finanzierungsdiskussionen muss der Verweigerung der Länder und Kommunen zur Verantwortung der Daseinsvorsorge ein Ende gesetzt werden. Die Pflege der Zukunft wird so nicht mehr tragfähig sein, wenn sich die wichtigsten Akteure nie in der Verantwortung sehen und nur der Beitragszahler als alleiniger Bürge aller jetzigen und zukünftigen Lasten gesehen wird.

Der VdK sieht auch hier den Grundsatz „Ambulant vor Stationär“, aufgrund der weiteren Anhebung des Zuschusses zu den Pflegekosten, verletzt. Die letzte ‚Pflegereform‘ mit Schaffung der Zuschussregelung war wesentlich kostenintensiver als veranschlagt. Grund war auch die fehlende Datenbasis über die Heimaufenthaltsdauer der Pflegebedürftigen, die maßgeblich für die Höhe des Zuschusses ist. Die Finanzierungslücke der Pflegeversicherung ist auch aufgrund der Zuschussregelung so groß ausgefallen. Berechnungen aus dem Sommer des Jahres 2022 von Prof. Rothgang im Auftrag der DAK zeigen, dass nur etwas mehr als ein Viertel seit höchstens einem Jahr im Heim lebt, 14 Prozent werden seit zwei bis drei Jahren dort gepflegt und ein hoher Anteil von 40 Prozent der Heimbewohner ist schon drei und mehr Jahre im Heim.¹⁰ Auf das Jahr berechnet wurden so 3,3 Milliarden für die bisherige Reformumsetzung nötig. Im damaligen Gesetzesentwurf wurden 2,6 Milliarden dafür veranschlagt. Schon hier ergibt sich ein Fehlbetrag. Das Defizit der sozialen Pflegeversicherung dürfte mit dem weiteren Ausbau des Zuschusses noch weiter steigen. Gesamt kann hier allein mit vier Milliarden Euro gerechnet werden. Im Zuge der 40-prozentigen Umsetzung der Personalbemessung und der Personalmehrung zum 01.07.2023 sowie der Eingliederung der bisher extern finanzierten Personalstellen (so genannten Spahn-Stellen sowie durch das GVWG) und der steigenden Pflegegehälter wird der Kostenposten nochmals gehörig wachsen. Das zeigt, dass diese Regelungen finanziellen Sprengstoff bieten für die Pflegebedürftigen und für die Pflegeversicherung.

⁹ Bundesrechnungshof (01.03.2023): Stellungnahme des Bundesbeauftragten für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung an das Bundesministerium der Finanzen zur Aufstellung der Eckwerte für den Bundeshaushalt 2024 und die Finanzplanung 2025 bis 2027 sowie für das Haushaltsaufstellungsverfahren; Kontrollverlust bei den Bundesfinanzen verhindern, Verkrustung des Haushalts aufbrechen

¹⁰ Rothgang H. et al. (2023): Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen – Zukünftige Entwicklung unter Berücksichtigung der aktuellen Reformmaßnahmen; im Auftrag der DAK-Gesundheit

2.10. Kurzzeitige Arbeitsverhinderung (Art. 3 Nr. 16 - § 44a SGB XI)

Die kurzzeitige zehntägige Arbeitsfreistellung mit flankierendem Pflegeunterstützungsgeld für Arbeitnehmer zur Pflege, Unterstützung oder Organisation von Pflegemaßnahmen war bisher nur einmal pro Pflegebedürftigen möglich. Dieser Anspruch kann nun einmal kalenderjährlich in Anspruch genommen werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt dies ausdrücklich aber zweifelt noch an der Umsetzbarkeit.. Auch wenn eine Erwerbstätigkeit für pflegende Angehörige wünschenswert ist, stellt die Vereinbarkeit von Familie und Beruf viele vor große Schwierigkeiten. Eltern von Kindern mit einer Behinderung und Pflegebedarf stehen vor besonders hohen Herausforderungen, wenn es um ihre eigene Teilhabe am Erwerbsleben geht. Seit einigen Jahren steht pflegenden Angehörigen eine Freistellung für eine kurzfristige Arbeitsverhinderung, ein Pflegeunterstützungsgeld, eine Pflegezeit und eine Familienpflegezeit zur Verfügung. Allerdings sind die Voraussetzungen dafür meist hoch.

Die VdK Nächstenpflege-Studie hat erbracht, dass annähernd 90 Prozent der noch erwerbstätigen pflegenden Angehörigen bisher keine Freistellung von der Arbeit nutzen. Wurde aber eine Auszeit notwendig, dann griffen **49 Prozent auf die kurzzeitige zehntägige Arbeitsverhinderung** zurück – das einzige staatliche Angebot mit einer Lohnersatzleistung und unabhängig von der Betriebsgröße des Beschäftigten. An zweiter Stelle steht der unbezahlte Urlaub mit 27 Prozent. Staatliche Angebote in Form von Familienpflegezeit und Pflegezeit liegen weit dahinter und sind Ladenhüter.

Deshalb ist es ein wichtiger Schritt, dass die Bundesregierung hier die mehrmalige Nutzung ermöglicht. Die Dauer der Pflegezeit kann im vorab nicht vorhergesehen werden. Wird dann die zehntägige Arbeitsverhinderung schon zu Beginn der Pflegebedürftigkeitsphase in Anspruch genommen, war keine weitere Nutzung möglich. Das heißt der Gesetzentwurf und das begrüßt der VdK außerordentlich. Aber ihre mehrmalige Nutzung wird nur eröffnet, wenn die **Begründung zum Paragraphen¹¹ verändert wird**. Bisher kommt eine kurzfristige Arbeitsverhinderung nur in Frage in einer akut aufgetretenen Pflegesituation, um eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen. Diese akute Pflegesituation trat bisher nur bei plötzlichem Eintritt der Pflegebedürftigkeit und nach Entlassung aus dem Krankenhaus ohne Anschlussversorgung ein. Der damalige Gesetzesentwurf zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf

¹¹ Auszug Bt.Drs. 16/7439 „Wenn nach Akutereignissen ein Pflegebedarf plötzlich auftritt, müssen berufstätige Familienmitglieder zeitnah und zügig reagieren, (...)um eine sofortige pflegerische Versorgung des betroffenen Angehörigen sicherzustellen. Das Pflegezeitgesetz räumt Beschäftigten daher das Recht ein, bei unerwartetem Eintritt der besonderen Pflegesituation eines nahen Angehörigen bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben. Aufgrund der kurzzeitigen Arbeitsbefreiung erhalten Berufstätige nach Akutereignissen die Möglichkeit, sich über Pflegeleistungsangebote zu informieren und die notwendigen Organisationsschritte einzuleiten. So kann die Arbeitsbefreiung von den Beschäftigten zum Beispiel dazu genutzt werden, für den nahen Angehörigen nach einer stationären Behandlung eine sachgerechte Anschlussversorgung im häuslichen Bereich, etwa durch Einschaltung eines Pflegedienstes, zu organisieren. Das Recht, der Arbeit kurzzeitig fernzubleiben, soll aber auch dazu beitragen, dass Pflegebedürftige, die nach einem Krankenhausaufenthalt nicht direkt in einer geeigneten Pflegeeinrichtung untergebracht werden können, zunächst kurzfristig von ihren Angehörigen zu Hause versorgt werden können.“

(Bt. Drs. 18/3124) kommt auch zu dem Schluss, dass das Modell „(...) insbesondere **für erwerbstätige Hauptpflegepersonen zu Beginn der Pflegebedürftigkeit** in Frage.“ kommt. Deshalb ist hier noch nicht klar, worin die weiteren Gründe für die wiederholte Nutzung bestehen können. **Dies ist zu präzisieren**, da der Eintritt der Pflegebedürftigkeit nur einmalig ist und kein sich wiederholendes Ereignis. So können die Begleitung zu einer notwendigen OP oder zum Beistand bei der Pflegebegutachtung, nach der Entlassung des Pflegebedürftigen aus dem Krankenhaus, bei Kündigung des ambulanten Pflegedienstes ohne Anschlussversorgung oder die Organisation des Heimeinzuges gewichtige Gründe, für eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung sein. Sollte die Erweiterung der Begründung nicht erfolgen, wird die Intention des Gesetzgebers, von 11.000 jährlichen Wiederholungsanträgen, sich nicht erfüllen.

2.11. Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungs- ermächtigung, Beitragstragung (Art. 1 Nr. 20 - § 55 SGB XI)

Die Pflegeversicherung bezieht als soziale Pflichtversicherung ihren Finanzierungsbedarf aus den Beitragseinnahmen der Sozialversicherten. Aktuell beträgt der Pflegeversicherungsbeitrag für Kinderlose 3,4 Prozent des Bruttolohns und für Personen in Elternschaft 3,05 Prozent. Die Neuregelung sieht nun vor, dass zum 01.07.2023 in Anlehnung an das Bundesverfassungsgerichtsurteil aus Mai 2022 (Az: 1 BvL 3/18, 1 BvR 717/16 u.a.) eine Anhebung erfolgt: Für Kinderlose auf 4 Prozent, für Personen mit einem Kind auf 3,4 Prozent; mit zwei Kindern auf 3,15 Prozent; mit drei Kindern auf 2,9 Prozent, mit vier Kindern 2,65 Prozent und ab dem fünften Kind auf 2,4 Prozent. Danach sollen die vom Bundesverfassungsgericht geforderten Beitragsnachlässe für mehr als ein Kind nicht dauerhaft gelten, sondern nur, bis diese jeweils das 25. Lebensjahr vollendet haben. Wenn alle Kinder dieses Alter überschritten haben, dann gilt lebenslang nur noch der bei einem Kind vorgesehene Abschlag von 0,6 Prozentpunkten gegenüber Kinderlosen. Der Umstellungsaufwand zum Nachweis der Anzahl der Kinder und des Alters wird bei den beitragsabführenden Stellen enorm sein. Es kann zu Rückerstattungsansprüchen kommen, da ein Umsetzungszeitraum bis Ende Ablauf des Jahres 2024 vorgesehen ist.

Zudem sieht die Änderung vor, dass die jeweilige Bundesregierung durch Rechtsverordnung den Beitragssatz jederzeit anpassen kann, wenn der Pflegeversicherung ein Defizit droht – die Mittel unterhalb einer Monatsausgabe fallen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK hält eine Entlastung der Familien in Abhängigkeit der Kinderzahl über das Steuersystem statt über die Sozialversicherung für sachgerechter. Das Bundesverfassungsgericht hat dem Gesetzgeber überdies sogar die Möglichkeit gegeben, im Steuerrecht den entsprechenden Ausgleich zu schaffen. Allen jetzt folgenden bürokratischen Aufwendungen hätte man damit begegnen können, ebenso die fragwürdige Festlegung der Altersgrenze von 25 Jahren. Der Sozialverband VdK hält die Begrenzung der Kinder von Eltern bis zum 25. Lebensjahr für nicht verfassungskonform auch in Hinblick der Begründung des Bundesverfassungsgerichts. Hier werden gerade Rentner und alle Eltern mit mehr als einem

Kind über 25 Jahren gegenüber Eltern mit nur einem Kind diskriminiert. Dagegen wird der **Sozialverband VdK Klage einreichen** und dies nochmals gerichtlich klären lassen.

Der VdK sieht den notwendigen Finanzierungsbedarf der Pflegeversicherung aber hält die Gegenfinanzierung allein durch die Versichertengemeinschaft für einseitig, reichlich unambitioniert und ideenlos.

Die allgemeine Beitragssatzerhöhung trifft die Versicherten unangemessen hart und ist **nicht notwendig, da noch nicht alle vorher zu ergreifenden Maßnahmen ausgeschöpft sind**. Vor allem Rentner mit kleinen Renten leiden unter den kleinsten Ausgabesteigerungen und seien es nur zwei Euro im Monat. Diese Menschen, die auch noch ein höheres Risiko für Pflegebedürftigkeit haben, berichten dem VdK von ihren Einschränkungen bei der Lebensmittelbeschaffung und von Energiearmut.

Rentner und vor allem kinderlose Rentner werden übermäßig belastet. Anders als bei der Krankenversicherung, beteiligt sich die Rentenversicherung nicht paritätisch an den Kosten der Pflegeversicherungsbeiträge. Hier besteht eine historisch gewachsene Ungleichbehandlung zur Krankenversicherung, die dem Grundsatz widerspricht: Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung. Der allgemeine Beitragssatz zur Krankenversicherung der Rentner wird zur Hälfte von der Deutschen Rentenversicherung getragen. Dies umfasst sogar den krankenkassenindividuellen Zusatzbeitrag. Anders als bei der Krankenversicherung trägt der Rentner, die Rentnerin die Pflegeversicherungskosten in voller Höhe allein (§ 59 Absatz 1 SGB XI). Bevorteilt werden hier nur die Beihilfeberechtigten, da diese einen ermäßigten Beitragssatz zahlen.

Zudem muss erst vor der Erhöhung der Beitragssätze, die Pflegeversicherung eine volle Rückerstattung für die durch das Corona-Virus entstandenen Aufwendungen in Höhe von 5,5 Milliarden Euro erhalten. Diese gesamtgesellschaftlichen Kosten sind durch den Bund zu finanzieren. Das dadurch entstandene Defizit belastet die Pflegeversicherung deutlich. Zudem muss ordnungsrechtlich endlich die Zahlung der Rentenbeiträge der pflegenden Angehörigen durch die Pflegeversicherung abgewendet werden. Dies ist ebenso eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und schlägt defizitär im Pflegeversicherungshaushalt mit schätzungsweise jährlich 3 Milliarden Euro zu Buche. Hier ist auch mit einem weiteren Anstieg der absoluten Zahlen der Rentenbeitragsbezieher auszugehen. Bedingt durch die Möglichkeit eine Flexirente auch mit 99,99 Prozent in Anspruch zu nehmen und durch die Pflegetätigkeit Rentenbeiträge zu erwerben, wird in der nächsten Zeit eine Vielzahl von Pflegenden dieses Modell in Anspruch nehmen. Der VdK rechnet mit einem Anstieg auf mindestens 1,3 Millionen Personen bis Ende des Jahres 2023, für die die Pflegeversicherung Rentenbeiträge an die Deutsche Rentenversicherung abführen muss.

Es gibt ordnungsrechtlich kein Argument, das die Finanzierung der Pandemiekosten und die der Rentenbeiträge durch die Pflegeversicherung rechtfertigt. Zudem ist es an der Zeit den Koalitionsvertrag einzulösen und die Koalitionspartner an ihr Zugeständnis zu erinnern: „(...) versicherungsfremde Leistungen wie die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige und die pandemiebedingten Zusatzkosten aus Steuermitteln finanzieren, sowie die

Behandlungspflege in der stationären Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung übertragen und pauschal ausgleichen.“¹²

Der VdK ist sich bewusst, dass jede Steuerausgabe derzeit besonders intensiv zu prüfen ist. Aber dieser erhöhte Zuschuss aus Steuermitteln ist mit politischer Bindungswirkung im Koalitionsvertrag vereinbart. Den Bürgerinnen und Bürgern ist in einer politisch volatilen Zeit ansonsten nicht mehr zu erklären, wozu Verträge überhaupt noch geschlossen werden müssen und welchen Leitplanken sich die Regierenden noch verpflichtet fühlen.

Eine weitere Maßnahme zur Deckung der Pflegeversicherungs-Kosten ist die Erweiterung der heranzuziehenden Einkommen durch eine **höhere Beitragsbemessungsgrenze**. Es ist nicht begründbar, warum Einkommen in der Pflegeversicherung bis zum Betrag von 4.987,50 Euro im Monat herangezogen werden, während diese in der gesetzlichen Rentenversicherung (West) bis zu 7.300 Euro reichen. Eine Kalkulation von Heinz Rothgang und Dominik Domhoff der Universität Bremen zeigte, dass ein Rückgang von 0,56 Beitragssatzpunkten bei Umsetzung dieser Maßnahme möglich wäre.¹³ Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze etwa auf die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung, würde zudem einen früher schon bestehenden Status wiederherstellen.

Ebenso gäbe es Einsparpotential bei der Zusammenlegung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Es ist kein sachlicher Grund erkennbar, warum es 96 verschiedene Krankenkassen neben Pflegekassen geben sollte. Einen Wettbewerb der Pflegekassen gibt es, anders als bei der Krankenversicherung, nicht. Das Leistungsportfolio ist bei allen gleich.

Der VdK weist der Vollständigkeit halber daraufhin, dass die pflegerische Versorgung in Deutschland ohnehin auf bessere finanzielle Beine durch eine einheitliche solidarische Pflegeversicherung gestellt werden muss. Derzeit können sich die Menschen mit dem höchsten Einkommen und der geringsten Pflegeprävalenz der Solidarität entziehen.

Nach Meinung des Sozialverbands VdK, sind mehrere Schritte dringend notwendig sind, um die Pflegeversicherung dauerhaft auf eine stabile finanzielle Basis zu stellen. Dabei ist auch an eine Einschränkung der Gewinnmitnahme von Pflegeunternehmen anzudenken. Der Markt der Investoren ist volatil und Private-Equity-Firmen als auch Infrastrukturfonds investieren immer weitergehender in die gewinnträchtige soziale Pflegeinfrastruktur hierzulande. Pflegeunternehmen wechseln für immer höhere Beträge auf dem Markt die Besitzer.

2.12. Auskünfte an Versicherte (Art. 2 Nr. 16 - § 108 SGB XI)

Die Versicherten erhalten auf ihre Anforderung hin jedes Kalenderhalbjahr eine Übersicht über Leistungen, die sie in Anspruch genommen haben und deren Kosten. Auskunft können sie auch darüber erhalten, welche Leistungserbringer welche Kosten und Leistungsbestandteile zur Abrechnung bei den Pflegekassen eingereicht haben. Auch Einsicht in die von den Leistungserbringern eingereichten Abrechnungsunterlagen ist möglich.

¹² Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/Die Grünen, Freie Demokraten (FDP) (07.12.2021): Mehr Fortschritt wagen; Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit; Koalitionsvertrag 2021-2025 (S. 63)

¹³ Rothgang H, Domhoff D (2017): Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer »Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung«

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt den Ansatz der besseren Transparenz für die Versicherten. Es sollte aber nicht erst auf seinen Wunsch hin erfolgen sondern ein Grundpfeiler der Informationspflicht der Pflegekassen gegenüber dem Versicherten sein.

Der Versicherte muss nicht nur einen Überblick erhalten, welche Leistungen schon abgerechnet und genutzt wurden sondern ebenso, was ihm noch zustehen würde. Diese Wissenslücke haben mittlerweile gewinnorientierte Marktanbieter entdeckt und bieten diese kostenpflichtige Übersicht den Pflegebedürftigen an. Das darf nicht geschehen, dass der Versicherte noch dritte Anbieter benötigt, um einen Überblick über seine Ansprüche zu behalten.

Der Referentenentwurf muss dringend bezüglich des kalenderhalbjährlichen Zugangs verändert werden, auf einen Zugang oder besser Zustellung am Ende des ersten und dritten Quartals. Am Kalenderjahresende würde der Versicherte zwar ersehen, was er alles genutzt hat und mündige Versicherte könnten berechnen, welche Ansprüche noch nicht genutzt wurden. Aber eine Reaktion ist am Jahresende nicht mehr möglich, da die meisten Pflegeversicherungsleistungen nicht in das neue Jahr übertragen werden können. Dieser unterjährige Informationsintervall ist jetzt der Entscheidung der Pflegekasse überlassen und das sollte es nicht.

Der VdK bittet darum, dass Personen, denen ein digitaler Zugang nicht zur Verfügung steht oder die es auch nicht möchten, weiterhin auf die Auskunft und schriftliche Übermittlung der Pflegekassen beharren können.

2.13. Qualitätsverantwortung (Art. 1 Nr. 36 - § 112 SGB XI)

Der medizinische Dienst und die Careproof GmbH als Auftragnehmer der privaten Pflegeversicherung prüfen nicht nur die zugelassenen Pflegeanbieter sondern beraten die Einrichtungen auch in Fragen der Qualitätssicherung, um Mängeln vorzubeugen und die Pflegeunternehmen zu stärken. Sie sollen in Krisensituation eine qualifizierte Beratung abhalten und diese Maßnahmen im Internet bekannt machen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Einen Beratungsauftrag haben die Prüfinstanzen von jeher. Wünschenswert wäre aber in diesem Zusammenhang, dass mehr Transparenz für die Versicherten über die Arbeit und das Wirken der Prüfinstitutionen hergestellt wird. In der Begründung sollte nicht nur auf eine pandemische Notlage abgezielt werden sondern auch um das Beispiel **einrichtungsinterne Krise, wie massive Personalunterschreitung oder nicht mehr gesicherte Pflegequalität, erweitert werden**. Die in den letzten zwei Jahren bekannt gewordenen Pflegeheimskandale am Schliersee und in Augsburg haben gezeigt, dass die Mängel den Prüfinstitutionen bekannt sind, aber nicht der Öffentlichkeit. Zu keinem Zeitpunkt wurde den betroffenen Heimbewohner oder Angehörigen deutlich, welche Maßnahmen die Prüfinstanzen anempfahlen, noch selbst durchgeführt haben. Das muss sich ändern. Im jetzigen Gesetzesvorschlag ist zu spezifizieren, auf welche Maßnahme abgestellt wird: Handelt es sich um die Veröffentlichung der Maßnahme, die die Prüfinstanz hat erfolgen lassen? Handelt es sich um die Veröffentlichung der Maßnahme, die der Einrichtung anempfahlen wird oder gar um die

Maßnahme, die dann tatsächlich durchgeführt wurde? Auch ist zu spezifizieren, wo die Veröffentlichung im Internet erfolgen soll. Der Sozialverband VdK schlägt vor, dass dies an der Stelle der Qualitätsberichterstattung erfolgen muss und perspektivisch in einem bundeseinheitlichen Informationsportal der Pflege-, Betreuungs- und sozialen Angebote.

2.14. Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege (Art. 1 Nr. 38 - § 113a SGB XI)

Mit in Kraft treten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes 2008 übertrug der Gesetzgeber den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI die Aufgabe der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege. Mit Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes ist die Zuständigkeit für die Entscheidungen bei der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards auf den Qualitätsausschuss Pflege nach § 113b SGB XI übergegangen. Die Entwicklung und Aktualisierung bezieht sich auf den Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“. Das vom Gesetzgeber intendierte Verfahren zur Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards blieb hinter den Erwartungen zurück. Der Paragraph wird ersatzlos gestrichen.

Bewertung des Sozialverbandes VdK

Das Verfahren zur Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards im Rahmen der Selbstverwaltung hat sich in der praktischen Umsetzung **als nicht zielführend gezeigt**. Die ersatzlose Streichung ist sachgerecht und entspricht einer langjährigen Forderung des Sozialverbandes VdK.

2.15. Qualitätsausschuss Pflege (Art. 1 Nr. 39 - § 113b SGB XI)

Insgesamt werden die Vertragsparteien dazu verpflichtet, mehr Transparenz zu schaffen. Die Sitzungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses sollen in der Regel öffentlich stattfinden und gleichzeitig auch als Internet-Übertragung. Für einen späteren Abruf werden die Sitzungen in einer Mediathek zur Verfügung gestellt. Ergänzend wird dem Qualitätsausschuss Pflege auferlegt, jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten. Die Beteiligungsrechte der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen (Verbände nach § 118 SGB XI) sollen, hinsichtlich einer organisatorischen Stärkung, durch die Schaffung einer Referentenstelle in der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses unterstützt werden.

Bewertung des Sozialverbandes VdK

Der Sozialverband VdK begrüßt nachdrücklich diese mutige und zukunftsweisende Regelung. Der Qualitätsausschuss trifft weitreichende Entscheidungen über die Qualitätssicherung in der Pflege und darüber hinaus. Der Sozialverband VdK und die Verbände nach § 118 SGB XI haben sich schon in der Vergangenheit dafür eingesetzt, dass die Sitzungen des Qualitätsausschuss Pflege der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden und damit auch das Thema der qualitätsgesicherten Pflegeleistungen die notwendige Transparenz erfährt. Es ist daher sehr zu begrüßen, den Qualitätsausschuss Pflege in ein effizientes und transparentes Gremium weiterzuentwickeln und so auch die Öffentlichkeit an der Entscheidungsfindung

teilhaben zu lassen. Die jährliche Berichtspflicht des Qualitätsausschusses Pflege gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit trägt ebenfalls dazu bei. Beide Regelungen werden vom VdK **ausdrücklich unterstützt**. Bezüglich der Schaffung einer Referentenstelle zur Unterstützung der Verbände nach § 118 SGB XI erfolgt letztlich eine Angleichung an die Rechte der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten (Patientenvertretung) des SGB V. In der Gesetzesbegründung wird richtigerweise auf die Komplexität der verschiedenen Aufgaben und Arbeitsgruppen im Qualitätsausschuss verwiesen und die notwendige personelle Unterstützung der Verbände nach § 118 SGB XI durch die Etablierung einer Stabsstelle, wie sie ja auch der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss zur Verfügung steht, initiiert. Nach Auffassung des Sozialverbandes VdK ist dies auch dringend notwendig. Sofern tatsächlich eine ernsthafte Beteiligung der Betroffenen und ihrer Verbände gewünscht wird, braucht es auch die Bereitstellung der dafür notwendigen Ressourcen. Von daher ist es aber auch **notwendig**, dass die **Fachaufsicht über diese Stelle bei den Verbänden nach § 118 SGB XI** liegt. Um hier Missverständnisse bei der praktischen Umsetzung vorzubeugen, bitten wir um **entsprechende Klarstellung**.

2.16. Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege (Art. 1 Nr. 45 - §§ 125b SGB XI)

Beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege eingerichtet werden und von 2023 bis 2027 tätig sein. Der Fokus der Arbeit liegt auf der Beobachtung und Auswertung der Potentiale der Digitalisierung in der Langzeitpflege, sowie der Ableitung von Empfehlungen für die Akteure, wie Anbieter, Nutzer, et cetera. Ebenso steht im Mittelpunkt, wie der Wissenstransfer bei „Themen der Digitalisierung“ in der Langzeitpflege für Pflegebedürftige und deren An- und Zugehörige, beruflich Pflegenden und beratender Personen gelingen kann. Eine wissenschaftliche und unabhängige Sachverständigenstelle begleitet und wertet die Arbeit des Zentrums aus. Ein Beirat wird die Arbeit ebenso begleiten.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK begrüßt diese Regelung ausdrücklich. Im Referentenentwurf war noch eine Engführung auf die stationäre Langzeitpflege und auch hinsichtlich der zu beteiligenden Stakeholder. Der nun vorliegende Gesetzesentwurf hat die Kritikpunkte aufgenommen.

3. Fehlende Regelungen

3.1. Schaffung eines Entlastungsbudgets

Sehr zur Enttäuschung aller Nächstenpflegenden und auch der Pflegebedürftigen wurde aus dem Referentenentwurf die Zusammenlegung der Beträge von Kurzzeit- und Verhinderungspflege zu einem so genannten gemeinsamen Jahresbetrag gestrichen. Das hätte die Flexibilisierung der Verhinderungspflege ermöglicht, die nicht so stark vom Fachkraftmangel betroffen ist, wie die professionell zu erbringenden Pflegeleistungen. Wenn die Bundesregierung weiterhin diesen Weg fortsetzt, wird sie eine pflegerische

Unterversorgung billigend in Kauf nehmen, der Gesetzgeber lässt die pflegenden Angehörigen wieder einmal allein.

3.2. Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten (Art. 2, Nr.4 § 7d SGB XI)

Der noch im Referentenentwurf geplante Aufbau eines spezifischen, barrierefreien, elektronischen Informationsportals, wurde nach Kritik der Leistungserbringer gestrichen. Dieses Angebot sollte freie Kapazitäten und das Leistungsspektrum von ambulanter und stationärer Pflege, für Betreuung, Alltagsunterstützungen sowie weiterer Hilfs- und Unterstützungsangebote abbilden.

Der Sozialverband VdK kritisiert die Streichung des Informationsportals aufs Schärfste. Seit langer Zeit ist die Problematik bekannt, dass gerade in Bezug auf die Bereitstellung von Kurzzeitpflegeplätzen Pflegebedürftige oder ihre Nächstenpflegenden einen wahren Telefonmarathon hinter sich bringen müssen. Das alles nur um schlussendlich doch nicht fündig oder vertröstet zu werden, dass sie in einigen Tagen nochmals anrufen sollen.

Es wäre für jeden Pflegeunternehmer zumutbar gewesen – in Anlehnung an Buchungsportale für Hotelzimmer und Appartements – darzustellen, in welchen Zeiträumen ein Kurzzeitpflegeplatz frei oder belegt ist. Das Umsetzungsproblem, den schwierig abzubildenden ambulanten Leistungsbereich mit aufzunehmen, kann begegnet werden, indem eine Umstellung auf Zeitkontingente erfolgt und nicht mehr die Leistungsmodule angeboten werden. Es wäre also alles lösbar, wenn man nur gewollt hätte. Zudem wäre der Kreis der Profiteure sehr groß gewesen, angefangen von Eltern von pflegebedürftigen Kindern, die oft vergeblich ein extra für sie zugeschnittenes Angebot suchen, über Personen der Pflegeberatung bis hin zum Entlassmanagement. Derzeit existiert ein Sammelsurium an unterschiedlichen Portalen, von unterschiedlichen Akteuren, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit noch auf Aktualität haben. Dieses Nebeneinander ist ineffizient und für den Verbraucher verwirrend. Der Aufbau einer einheitlichen Informationsplattform ist deshalb dringend geboten.

3.3. Erfassung von pflegerischer Unterversorgung

Bereits im Referentenentwurf hat der Sozialverband VdK auf die Wichtigkeit hingewiesen, dass an keiner Stelle derzeit strukturiert erhoben wird, in welchen Regionen Pflegebedürftige unterversorgt sind. Der VdK erhält immer wieder Nachricht von Mitgliedern, die monatelang ohne professionelle pflegerische Unterstützung auskommen mussten, weil es vor Ort keine freien Kapazitäten gab. Die Meldungen an die verantwortlichen Pflegekassen verlaufen dabei regelmäßig ins Leere. Damit kann aber keine Identifizierung einer pflegerisch unterversorgten Region erfolgen, noch ein Hinweis auf die Fehlstelle erfolgen, beispielsweise in Bezug auf einen ambulanten Pflegedienst, eines Heimplatzes, eines Betreuungsdienstes, et cetera. Diese informationelle Leerstelle darf man sich nicht mehr leisten – gerade vor dem Hintergrund des stärkeren Einbezugs der Kommunen in die Sicherung der pflegerischen Versorgung. Das vom Bundesministerium für Gesundheit angedachte Informationsportal hätte die Möglichkeit

geboten, dass sich Verbraucher bei einer erfolglosen Suche nach einem freien Angebot, dort hätten melden können, unter bestimmten festzulegenden zu erfüllenden Kriterien, wie beispielsweise Anzahl der kontaktierten Anbieter, Zeitraum der Suche, et cetera.

3.4. Transparenz für Verbraucher zur Personalbemessungsinstrument (113c SGB XI)

Das neue Personalbemessungsinstrument begrüßt der VdK. Pflegeeinrichtungsbetreiber sollten aber dazu verpflichtet werden, ihre tatsächliche Personalausstattung im Verhältnis zu den vorgegebenen Richtwerten zu veröffentlichen. Der betroffene Heimbewohner hat als zahlender Marktteilnehmer ein Anrecht darauf, hier Kenntnis zu erlangen, ob das von ihm mitfinanzierte Personal wirklich vorgehalten und im Einsatz ist. Schon in der Vergangenheit konnten Pflegeunternehmen durch Unterschreiten der Personalrichtwerte Gewinne auf Kosten der Pflegebedürftigen machen. Die Personalausstattung ist zudem ein wichtiger Faktor für die Pflegequalität von Langzeitpflegeeinrichtungen aber auch Wohngemeinschaften. Letztere stehen oft viel zu wenig im Vordergrund von Qualitätskontrollen und -anforderungen. Es darf nicht sein, dass nur die Prüfbehörden für jedes Heim Kontrollen durchführen und dies für sich erfassen. Es muss systematisch veröffentlicht werden. Zudem ist es auch ein wichtiges Entscheidungskriterium für eine Einrichtung, ob diese regulär unterbesetzt ist oder nicht.

PFLEGE: MIT WEITSICHT IN DIE ZUKUNFT INVESTIEREN

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands (vzbv) zum Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG, Drucksache 20/6544) und zum Antrag der Fraktion Die Linke „Gute Pflege stabil finanzieren“ (Drucksache 20/6546)

8. Mai 2023

Impressum

**Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände -
Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.**

Gesundheit und Pflege
gesundheit@vzbv.de

Rudi-Dutschke-Straße 17
10969 Berlin

Der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. ist im Deutschen Lobbyregister registriert. Sie erreichen den entsprechenden Eintrag [hier](#).

INHALT

I. ZUSAMMENFASSUNG	3
II. EINLEITUNG	4
III. POSITIONEN IM EINZELNEN	5
1. Erhöhung Pflegegeld und Anhebung ambulante Pflegesachleistungen	5
2. Dynamisierung der Leistungsbeträge für 2025 und 2028	5
3. Anhebung der Leistungszuschläge zur Reduzierung der Eigenanteile zur vollstationären Pflege	6
4. Maßnahmen zur Stabilisierung der Finanzsituation in der Sozialen Pflegeversicherung, einschließlich Verordnungsermächtigung	7
5. Aufhebung des § 113a SGB XI – Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege	8
6. Ausweitung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld	9
7. Auskunftsanspruch gemäß § 108 Absatz 1 Satz 1 SGB XI	9
8. Stärkung der Betroffenenvertretung im Qualitätsausschuss Pflege	11
9. Pflegerische Versorgung bei Vorsorge und Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson	12
10. Schaffung eines neuen Kompetenzzentrums für die Digitalisierung in der Pflege	13
11. Bewertung des Antrags der Fraktion Die Linke – Gute pflege stabil finanzieren	13

I. ZUSAMMENFASSUNG

Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) begrüßt, dass mit dem vorliegenden Entwurf erste Maßnahmen unternommen werden, um die politischen Versprechen aus dem Koalitionsvertrag einzulösen. Von einer nachhaltigen Reform der sozialen Pflegeversicherung (SPV) kann aber leider keine Rede sein. Trotz einer Reihe begrüßenswerter Leistungsverbesserungen bleibt der Entwurf aus Verbrauchersicht weit hinter dem Handlungsbedarf zurück. Pflegebedürftige Verbraucher:innen und ihre Angehörigen erhalten sowohl im ambulanten wie stationären Bereich erneut keine spürbaren finanziellen Entlastungen. Der vorliegende Entwurf ist ebenso wenig geeignet, die Rahmenbedingungen für eine nachhaltige, stabile Finanzierung der SPV zu schaffen.

Besonders ärgerlich ist, dass einige der im Referentenentwurf vom 20.02.2023 vorgesehenen Leistungsverbesserungen im Rahmen der Ressortabstimmungen ersatzlos gestrichen wurden. Dazu gehört die Einführung eines gemeinsamen Jahresbeitrags für die Verhinderungs- und Kurzzeitpflege (§ 42a SGB XI) und die Errichtung eines Informationsportals zu Pflege- und Betreuungsangeboten (§ 7d SGB XI). Beide Vorhaben hatte der vzbv in seiner Stellungnahme¹ vom 09 März ausdrücklich begrüßt. Insbesondere der Jahresbeitrag hätte vielen Menschen, die zu Hause gepflegt werden, die Inanspruchnahme notwendiger Leistungen erheblich vereinfacht und das System spürbar entbürokratisiert. Sukzessiv hätte man diesen Jahresbeitrag im Sinne der Empfehlungen des früheren Pflegebevollmächtigten Andreas Westerfellhaus aus dem Jahr 2020 zu einem echten Entlastungsbudget weiterentwickeln können². Aus Sicht des vzbv muss die Bundesregierung wie folgt nachbessern:

- ❖ Alle Leistungssätze in der SPV rückwirkend und angemessen erhöhen.
- ❖ Eigenanteile in der stationären Pflege nachhaltig auf ein zumutbares Niveau begrenzen.
- ❖ Leistungsdschungel in der häuslichen Pflege auflösen, zumindest aber einen gemeinsamen Jahresbeitrag für die Verhinderungs- und Kurzzeitpflege einführen.
- ❖ Steuergelder zur nachhaltigen Stabilisierung der sozialen Pflegeversicherung einsetzen und auf Beitragssatzerhöhungen ohne parlamentarische Kontrolle verzichten.
- ❖ Offene Reformvorhaben aus dem Koalitionsvertrag zügig umsetzen. Dazu gehört insbesondere die Verankerung der sogenannten 24-Stunden-Betreuung im Sozialgesetzbuch mit Definition dieser Leistungsform, qualitativen Mindeststandards und einer anteiligen Refinanzierung durch den Sozialversicherungsträger.

¹ Verbraucherzentrale Bundesverband (2023). Mehr Fortschritt wagen, auch in der Pflege. Stellungnahme des vzbv zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (PUEG), S. 8ff. https://www.vzbv.de/sites/default/files/2023-03/23-02-27_Stellungnahme_vzbv_BMG_Pflegeunterst%C3%BCtzungs%20und%20Entlastungsgesetz_Referentenentwurf.pdf. (aufgerufen am 08.05.2023)

² Bevollmächtigter der Bundesregierung für Pflege (2020). Umsetzung eines Entlastungsbudgets. Konzeptpapier zur Neuordnung der Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung. https://www.pflegebevollmaechtigte.de/files/upload/pdfs_allgemein/Entlastungsbudget%202.0.pdf. (aufgerufen am 08.05.2023)

II. EINLEITUNG

Die Soziale Pflegeversicherung und die pflegerische Versorgung in Deutschland sind seit Jahren eine Dauerbaustelle, weil Reformen immer wieder aufgeschoben wurden und gesetzgeberische Maßnahmen in der (jüngsten) Vergangenheit keine nachhaltigen Effekte bei der finanziellen Entlastung pflegebedürftiger Verbraucher:innen oder der langfristigen Stabilisierung der SPV ausgelöst haben. Zu nennen ist dabei insbesondere das im Jahr 2021 vom Bundestag beschlossene Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG)³. Die dort eingeführten Leistungszuschläge im vollstationären Bereich sind aufgrund von Preis- und Lohnentwicklung in ihrer Wirkung bereits wieder „verpufft“.

Neben den nahezu ungebremst weiter steigenden Gesamteigenanteilen in der vollstationären Pflege nehmen – bedingt durch Inflation und Nachwirkungen der Corona-Pandemie – die Versorgungsstrukturen im häuslichen Bereich zunehmend kritische Ausmaße an. Den Beratungsstellen der Verbraucherzentralen berichten Betroffene, dass sie notwendige Leistungen nicht mehr finanzieren können und eine Unterversorgung bewusst in Kauf nehmen müssen.

Angesichts von notwendigen Leistungsverbesserungen und der Alterung der Bevölkerung ist es nicht möglich, den Finanzierungsdruck alleine den Beitragszahlenden aufzubürden. Dies gilt umso mehr, als dass versicherungsfremde Leistungen und pandemiebedingte Zusatzkosten in erheblichem Umfang nach wie vor beitragsfinanziert werden. Benötigt wird dafür ein deutlich höherer Steuerzuschuss. Das aktuelle Defizit⁴ von rund 2,5 Milliarden Euro sowie zukünftige Defizite in den Pflegekassen können weder mit Rücklagen noch allein aus Beitragszahlungen finanziert werden.

Zusätzlich brauchen die Pflegebedürftigen endlich eine verbindliche, gesetzlich festgeschriebene, jährliche Dynamisierungsregel für die Leistungssätze zur Pflege. Diese sollte sich an der Lohn- und Preisentwicklung orientieren.

Der vzbv bedankt sich für die Gelegenheit, zum Gesetzesentwurf Stellung nehmen zu können. Diese genannte Frist steht allerdings in keinem Verhältnis zum Umfang des Entwurfs und wird der Bedeutung des Themas nicht gerecht. Der vzbv muss sich daher leider auf ausgewählte Sachverhalte beschränken. Das bedeutet aber nicht, dass hier nicht angesprochene Sachverhalte nicht als kritisch eingestuft werden könnten.

³ Bundesgesetzblatt (2021). Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG). https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start_xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl121s2754.pdf (aufgerufen am 08.05.2023)

⁴ Ärztezeitung (2023). Angespannte Finanzen. Auch soziale Pflegeversicherung verzeichnet Milliardendefizit. <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Auch-soziale-Pflegeversicherung-verzeichnet-Milliardendefizit-427129.html>. (aufgerufen am 08.05.2023)

III. POSITIONEN IM EINZELNEN

1. ERHÖHUNG PFLEGEgeld UND ANHEBUNG AMBULANTE PFLEGESACHLEISTUNGEN

Zur Stärkung der häuslichen Pflege sieht der Gesetzesentwurf eine Erhöhung des Pflegegeldes und der ambulanten Pflegesachleistungsbeträge um fünf Prozent zum 1. Januar 2024 vor.

Der vzbv begrüßt, dass mit der Anhebung des Pflegegeldes nun endlich die Empfehlung aus dem Prüfbericht der Bundesregierung vom 9. Dezember 2020 umgesetzt werden soll. Diese Erhöhung kommt allerdings viel zu spät und ist angesichts der hohen Inflationsrate in ihrer Höhe nicht mehr zeitgemäß.

Das Pflegegeld hat vor allem das Ziel, die Pflegebereitschaft von Angehörigen, Freunden oder Nachbarn zu erhöhen. Zudem soll sie nach Weiterleitung den pflegenden An- oder Zugehörigen eine materielle Anerkennung für ihren großen Einsatz und Opferbereitschaft bieten.⁵ Trotz dieser immensen Bedeutung für die Sicherstellung der Pflege im häuslichen Bereich wurde das Pflegegeld seit 2017 nicht mehr an die Lebensverhältnisse angepasst. Das ist für die Betroffenen wie für die Expert:innen nicht nachvollziehbar. Denn die oben genannte Empfehlung aus dem Prüfbericht liegt bereits drei Jahre zurück. Auch die im Koalitionsvertrag⁶ von 2021 angekündigte regelhafte Dynamisierung des Pflegegeldes bereits ab 2022 ist unterblieben. Seit der letzten Erhöhung im Jahre 2017 gab es infolge der Entwicklung der Lebenshaltungskosten und der Bruttolöhne eine Geldentwertung von schätzungsweise 15 Prozent. Preissteigerungen im vollstationären Bereich führen zu steigenden Eigenanteilen, aber keine Auswirkungen auf Art und Umfang der pflegerischen Versorgung. Im ambulanten Setting bewirken steigende Eigenanteile jedoch häufig eine Zurückhaltung bei der Inanspruchnahme durch die Betroffenen. Das kann und hat bereits – so die Rückmeldungen der Verbraucherzentralen aus der Verbraucherberatung – zu erheblichen Einbußen der Versorgungsqualität geführt.

Die genannten Versäumnisse sind geeignet, Zweifel an der politischen Wertschätzung für die Arbeit der vielen pflegenden An- und Zugehörigen aufkommen zu lassen. Und sie gefährden das auch im Gesetzesentwurf genannte Ziel des Gesetzgebers, die informelle Pflege sicherzustellen.

Der vzbv fordert, sowohl das Pflegegeld als auch die ambulanten Pflegesachleistungen rückwirkend zum 1. Januar 2023 um mindestens zehn Prozent anzuheben.

2. DYNAMISIERUNG DER LEISTUNGSBETRÄGE FÜR 2025 UND 2028

Neben der oben genannten Erhöhung des Pflegegeldes und der ambulanten Pflegesachleistungen sieht der Entwurf in § 30 SGB XI zum 1. Januar 2025 und zum 1. Januar 2028 eine automatische Anhebung aller Geld- und Sachleistungen orientiert an der Preisentwicklung vor. Für die langfristige Leistungsdynamisierung will die Bundesregie-

⁵ So auch: BGH (2022). Urteil vom 20.10.2022 – AZ: IX ZB 12/22, S. 6

⁶ Bundesregierung (2021). Mehr Fortschritt wagen. Koalitionsvertrag 2021-2025, S. 80. <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/1f422c60505b6a88f8f3b3b5b8720bd4/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>. (aufgerufen am 03.03.2023)

rung laut Entwurf zu einem späteren Zeitpunkt der laufenden Legislaturperiode Vorschläge erarbeiten. Allerdings geht aus dem Gesetzesentwurf weder die zeitliche Planung noch eine etwaige Umsetzungsverpflichtung der Empfehlungen hervor.

Der vzbv begrüßt zunächst, dass die Leistungssätze in der sozialen Pflegeversicherung ein- bzw. zweimalig angepasst werden sollen. Eine so späte Erhöhung ist vor dem Hintergrund der derzeitigen Inflationsrate und Entwicklung der Bruttoreallöhne, insbesondere seit den stattgefundenen Anpassungen infolge der Tarifbindung allerdings problematisch. Gravierend ist zudem, dass bei der Neugestaltung des § 30 SGB XI der aktuelle Prüfauftrag der Bundesregierung entfallen soll, nach dem die Bundesregierung alle drei Jahre die Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung zu prüfen hat. Entfallen soll ebenfalls die aktuelle Verordnungsermächtigung nach Absatz 2. Diese beinhaltet, dass die Bundesregierung nach Vorlage des oben genannten Prüfberichts unter Berücksichtigung etwaiger Stellungnahmen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zum 1. Januar des Folgejahres die Höhe der Leistungssätze anpassen darf. Auch dies kritisiert der vzbv vehement.

Der vzbv fordert schnellstmöglich eine verbindliche Regelung zur regelhaften, jährlichen Dynamisierung aller Leistungssätze in der SPV, orientiert an der Lohn- und Preisentwicklung. Solange diese regelhafte Dynamisierung gesetzlich nicht festgeschrieben wurde, ist zumindest der aktuelle Prüfauftrag der Bundesregierung nach Absatz 1 und die entsprechende Verordnungsermächtigung nach Absatz 2 beizubehalten.

3. ANHEBUNG DER LEISTUNGSZUSCHLÄGE ZUR REDUZIERUNG DER EIGENANTEILE ZUR VOLLSTATIONÄREN PFLEGE

Zur Reduzierung der Eigenanteile sieht der Entwurf in § 43c eine Anpassung der Leistungszuschläge zwischen fünf und zehn Prozent vor.

Der vzbv begrüßt, dass mit den beabsichtigten Anhebungen weitere Bemühungen unternommen werden, den Eigenanteil in der vollstationären Pflege zu begrenzen. Allerdings wird eine isolierte Anhebung der Leistungszuschläge zur Reduzierung des pflegebedingten Anteils den weiteren Anstieg des Gesamteigenanteils in der stationären Pflege nicht hinreichend abfedern.

Derzeit liegen die Gesamteigenanteile in der stationären Pflege bei bundesweit durchschnittlich über 2.400 Euro im ersten Jahr der Heimzugehörigkeit.⁷ Angesichts einer Durchschnittsrente von ca. 1.600 Euro ist das für die Pflegebedürftigen viel zu hoch. Die nach § 43 c seit 2022 neu von den Pflegekassen gezahlten Leistungszuschläge haben zu keiner nachhaltigen Entlastung beigetragen.⁸ Die stationär Pflegebedürftigen müssen wegen der Kostensteigerungen, bedingt durch die allgemeine Preisentwicklung und die zurecht eingeführte Tarifbindung in der Altenpflege, bereits wieder höhere Eigenanteile tragen als Ende 2021 vor Einführung der Leistungszuschläge. Die Verbrau-

⁷ Verband der Ersatzkassen (2023). Daten zum Gesundheitswesen: Soziale Pflegeversicherung, Finanzielle Belastung (Eigenanteil) einer/eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege nach Bundesländern. 1. Januar 2023. https://www.vdek.com/presse/daten/f_pflegeversicherung.html. (aufgerufen am 08.05.2023)

⁸ Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung (2022). Barmer Pflegerreport 2022. Stationäre Versorgung und COVID-19. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 38, S. 8f. <https://www.barmer.de/re-source/blob/1142760/9ec71d5ae2f750239f74532a33d14490/barmer-pflegereport-2022-bifq-data.pdf> (aufgerufen am 08.05.2023)

cherzentralen melden auf Basis der Anfragen und Beschwerden der Betroffenen Steigerungen von monatlich mehreren hundert Euro bis hin in den vierstelligen Bereich. Eine Studie im Auftrag der DAK-Gesundheit kommt zu dem Ergebnis, dass der Anteil der Pflegeheimbewohner:innen, die Sozialhilfe in Anspruch nehmen müssen, im Laufe des Jahres wieder auf ein Drittel anwachsen und bis 2026 bei gleichbleibenden Bedingungen voraussichtlich 36 Prozent betragen wird.⁹

Notwendig ist eine Gesamtbetrachtung aller Kostenpositionen der Pflegebedürftigen. Neben dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil für die reinen Pflegekosten (abzüglich der oben genannten Zuschüsse) sind das die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, für Investitionen und für die Ausbildung dazu.

Der vzbv fordert, die derzeitige regelrechte „Vermögensabschöpfung“ stationär Gepflegter zu beenden und den weiteren Anstieg der Sozialhilfe-Empfänger:innen zu begrenzen. Die Bundesregierung muss schnellstmöglich ein zur Reduzierung des Gesamteigenanteils vorlegen. Dieses muss, neben der beabsichtigten Anhebung der Leistungszuschläge, folgende Maßnahmen beinhalten:

- ❖ Rückwirkende (ab Januar 2023) Anhebung der Leistungssätze nach § 43 für die vollstationäre Pflege um zehn Prozent.
- ❖ Abschaffung der Ausbildungumlage für Pflegebedürftige: Hier bietet sich etwa eine Mischfinanzierung aus Steuermitteln des Bundes und der Länder an. Damit würde der Tatsache Rechnung getragen werden, dass die Pflegeausbildung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist.
- ❖ Vollständige Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen durch die gesetzlichen Krankenkassen (GKV): Bei Leistungen der medizinischen Behandlungspflege handelt es sich um eine originäre Aufgabe der Krankenversicherung. Die Ansiedelung der Ausgaben für medizinische Behandlungspflege in der GKV würde die Heimbewohner:innen entlasten und könnte den Beitragssatz in der SPV um etwa 0,2 Prozentpunkte senken.¹⁰
- ❖ Übernahme der Investitionskosten durch die Bundesländer: Die Länder müssen mit Blick auf die Soll-Regelung in § 9 SGB XI endlich ihrer Verantwortung gerecht werden und für die Investitionskosten aufkommen, anstatt sie weiter auf die Heimbewohner:innen abzuwälzen.

4. MAßNAHMEN ZUR STABILISIERUNG DER FINANZSITUATION IN DER SOZIALEN PFLEGEVERSICHERUNG, EINSCHLIEßLICH VERORDNUNGSERMÄCHTIGUNG

Der Gesetzesentwurf sieht eine Anhebung des Beitragssatzes zum 1. Juli 2023 um 0,35 Prozentpunkte vor. Weiterhin soll für die Fälle eines kurzfristigen Liquiditätsbedarfs zusätzlich eine Rechtsverordnungsermächtigung für die Bundesregierung zur Anpassung des Beitragssatzes nach § 55 Absatz 1 Satz 2 geschaffen werden.

⁹ DAK-Gesundheit (2023). DAK-Studie zeigt Reformbedarf in der Pflege. https://www.dak.de/dak/bundesthemen/dak-studie-zeigt-reformbedarf-in-der-pflege-2609246.html#. (aufgerufen am 08.05.2023)

¹⁰ Bündnis für Gute Pflege (2021). Forderungen zur Bundestagswahl 2021. http://buendnis-fuer-gute-pflege.de/fileadmin/user_upload/inhalt/Downloads/Presse/21_09_17_BfGP-Forderungen_zur_Pflege_fin.pdf (aufgerufen am 08.05.2023)

Eine moderate Anhebung des Beitragssatzes scheint vor dem Hintergrund der mehr als angespannten finanziellen Lage in der SPV unumgänglich. Unverständlich bleibt, warum zur weiteren Stabilisierung der dringend benötigte Bundeszuschuss aus Steuermitteln unterbleibt. Schließlich sieht der Koalitionsvertrag¹¹ vor, dass sowohl die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige (ca. 3,5 Milliarden Euro pro Jahr) als auch die pandemiebedingten Zusatzkosten (ca. 5 Milliarden Euro für die Jahre 2020-2022) aus Steuermitteln finanziert werden sollen. Es ist nicht hinnehmbar, dass sämtliche reformbedingte Mehrausgaben und die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen weiterhin allein von den Beitragszahlenden gestemmt werden sollen.

Eine Rechtsverordnungsermächtigung für die Bundesregierung für zukünftige Anhebungen des Beitragssatzes ohne Kontrolle durch das parlamentarische Gesetzgebungsverfahren wertet der vzbv als hochproblematisch. Daran würden auch Kontrollmechanismen wie die Zustimmung des Bundesrates nichts ändern. Eine Verordnungsermächtigung dieser Art schafft einen nicht Freibrief für die Exekutive, zukünftige Liquiditätsprobleme der SPV allein auf die Beitragszahler abzuwälzen.

Der vzbv fordert, zur weiteren Stabilisierung der finanziellen Situation der SPV sämtliche gesamtgesellschaftlichen Aufgaben aus Bundesmitteln zu refinanzieren. Dazu gehört im ersten Schritt die Übernahme der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige der pandemiebedingten Zusatzkosten. Die genannte Rechtsverordnungsermächtigung ist ersatzlos zu streichen.

5. AUFHEBUNG DES § 113A SGB XI – EXPERTENSTANDARDS ZUR SICHERUNG UND WEITERENTWICKLUNG DER QUALITÄT IN DER PFLEGE

Der Entwurf sieht eine Streichung der Regelung zur Entwicklung und Aktualisierung der Expertenstandards in § 113a SGB XI vor. Die Regelung wurde in Analogie zur Leitlinienentwicklung in der Medizin durch den Gemeinsamen Bundesausschuss eingeführt. In der pflegerischen Selbstverwaltung hat sie sich jedoch nicht bewährt. Abgesehen von der Entwicklung des Expertenstandards zur Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege, wofür die Vertragspartner nach § 113 im Jahre 2018 aber nur eine Empfehlung zur freiwilligen Einführung ausgesprochen haben, sind seit Einführung der Regelung vor 15 Jahren keinerlei weitere Expertenstandards im Auftrag der Pflege-Selbstverwaltung verbindlich eingeführt worden. Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat demgegenüber im gleichen Zeitraum mehrere Expertenstandards entwickelt und aktualisiert¹².

Die Streichung des § 113a wird mangels Sachdienlichkeit auch vom vzbv begrüßt. Dennoch steht die Frage im Raum, wie die Entwicklung von Expertenstandards mittel- und langfristig sichergestellt werden soll und welchen Stellenwert sie in der Pflege erhalten sollen. Expertenstandards haben den Anspruch, den aktuellen Stand der Erkenntnisse widerzuspiegeln und sollten deshalb in der Pflege genutzt werden. Sie sind nicht das einzig denkbare Instrument in diesem Zusammenhang, aber konkreter und umfassender wird ein pflegerisches Qualitätsniveau derzeit im deutschsprachigen Raum nicht beschrieben.

¹¹ Bundesregierung (2021). Mehr Fortschritt wagen. Koalitionsvertrag 2021-2025, S. 80. <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/1f422c60505b6a88f8f3b3b5b8720bd4/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>. (aufgerufen am 08.05.2023)

¹² vgl. Überblick über die Expertenstandards des DNQP: <https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/> (aufgerufen am 08.05.2023)

Um die Entwicklung von Expertenstandards zukünftig sicherzustellen und sie als wichtiges Instrument pflegerisch-adäquaten Handelns zu betrachten, fordert der vzbv ein alternatives Verfahren zu ihrer Entwicklung und Aktualisierung. Eine Möglichkeit wäre beispielsweise, eine Regelung in den Landesrahmenverträgen aufzunehmen. Allerdings müsste dafür Sorge getragen werden, dass es hier nicht zu einer Zersplitterung und unterschiedlichen Gewichtung pflegfachlicher Qualität in 16 verschiedenen Landesregelungen kommt.

6. AUSWEITUNG DES ANSPRUCHS AUF PFLEGEUNTERSTÜTZUNGSGELD

Nach geltender Rechtslage wird das Pflegeunterstützungsgeld je pflegebedürftigem nahen Angehörigen nur einmalig für bis zu zehn Arbeitstage gewährt. Künftig soll dieser Anspruch jedes Kalenderjahr bestehen.

Der vzbv begrüßt die Ausweitung des bestehenden Anspruchs. Pflegende Angehörige, die gleichzeitig beschäftigt sind, werden hierdurch besser entlastet. Die Empfehlungen¹³ des unabhängigen Beirats zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) zur Weiterentwicklung von Familienpflegezeit und Familienpflegegeld wurden bedauerlicherweise nicht aufgegriffen. Damit wird auch das Versprechen aus dem Koalitionsvertrag, eine Lohnersatzleistung für pflegebedingte Auszeiten einzuführen, nicht erfüllt.

Der vzbv gibt zudem zu bedenken, dass für Akutsituationen, die vom § 44a umfasst werden sollen, die Pflegekassen derzeit sehr hohe Hürden aufstellen.

Der vzbv fordert eine Klarstellung, für welche Situationen die Freistellung und das Pflegeunterstützungsgeld gewährt werden sollen. Außerdem sollte in § 2 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) klargestellt werden, dass es sich hier um einen kalenderjährlichen Anspruch handelt. Hier geht der Gesetzgeber nämlich davon aus, dass die Notwendigkeit einer pflegerischen Versorgung wegen eines Akutfalles regelmäßig nur einmal je pflegebedürftigen Angehörigen auftreten kann. Insofern kann der Anspruch nach § 2 PflegeZG auch nur einmal pro Pflegefall ausgeübt werden.

7. AUSKUNFTSANSPRUCH GEMÄß § 108 ABSATZ 1 SATZ 1 SGB XI

§ 108 sieht einen neuen Auskunftsanspruch für Versicherte gegenüber den Pflegekassen vor, wonach pro Kalenderhalbjahr eine Übersicht über die in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten übermittelt werden kann. Ebenso können Versicherte eine Durchschrift der von den Leistungserbringern bei der Pflegekasse eingereichten Abrechnungsunterlagen erhalten.

Der vzbv begrüßt, dass mit dieser Neuregelung die Versicherten mehr Transparenz zu ihren in Anspruch genommenen Leistungen erhalten werden. Dennoch ist es wichtig, hier die Art der Informationsdarstellung zu beachten. Komplizierte Abrechnungstabellen würden den Verbraucher:innen nicht nützen.

Der vzbv fordert, dass die Pflegekassen verpflichtet werden, die Informationen laienverständlich und übersichtlich darzustellen, damit diese tatsächlich einen Mehrwert

¹³ BMFSFJ (2022). Empfehlungen zur Familienpflegezeit und zum Familienpflegegeld. Juli 2022.
<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/empfehlungen-zur-familienpflegezeit-und-zum-familienpflegegeld-200058> (aufgerufen am 08.05.2023)

für die Verbraucher:innen entfalten. Für eine bessere Übersichtlichkeit und Transparenz sollte der Auskunftsanspruch zudem nicht nur pro Kalenderhalbjahr, sondern alle drei Monate bestehen. Wichtig ist zudem, dass die Versicherten nicht nur Auskunft darüber erhalten, welche Leistungen schon in Anspruch genommen wurden, sondern ergänzend, welche Leistungen Versicherten gegebenenfalls noch zustehen. Das betrifft zum Beispiel die noch nicht in Anspruch genommenen Entlastungsbeträge nach § 45b.

Gemäß § 45b Absatz 1 Satz 5 können noch nicht in Anspruch genommene Leistungsbeträge in einem Kalenderjahr in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Aus dem Beratungsalltag ist regelmäßig zu beobachten, dass viele Pflegebedürftige nicht wissen, welche Leistungen der ambulante Pflegedienst im Rahmen des Entlastungsbetrags nach § 45b und welche im Rahmen der Pflegesachleistungen nach § 36 erbracht hat. Den Anspruch auf den Entlastungsbetrag treten Pflegebedürftige häufig an den Pflegedienst ab und die Leistungen werden meistens in einem Vertrag vereinbart. Sofern Pflegebedürftige den Anspruch nicht an ihren Pflegedienst abtreten, haben sie häufig Probleme, überhaupt einen nach Landesrecht anerkannten Dienst zu finden, der für sie Entlastungsleistungen erbringt, die sie über die Pflegekasse nach § 45b abrechnen können. Eine Studie aus dem Jahre 2022 hat ergeben, dass rund 80 Prozent der Anspruchsberechtigten den Entlastungsbetrag aus Unkenntnis oder aufgrund mangelnder Angebotsstruktur nicht abrufen¹⁴. Dies ist auch ein grundsätzliches Problem: Mangels Beratungsangeboten ist vielen Pflegebedürftigen und ihren (pflegenden) An- und Zugehörigen nicht bekannt, welche Leistungen ihnen nach ihrem Pflegegrad überhaupt vollumfänglich zustehen. Es ist zu befürchten, dass Pflegebedürftige in Unkenntnis ihren neuen Auskunftsanspruch nach § 108 daher ebenso nicht einfordern werden.

Der vzbv fordert daher, den Auskunftsanspruch als Opt-out-Regelung wie folgt zu gestalten (Ergänzungen sind unterstrichen):

Änderungsvorschlag, § 108 Absatz 1:

Versicherte erhalten regelmäßig zum Ende des Quartals eine Übersicht über die Leistungen, die sie in Anspruch genommen haben. Des Weiteren erhalten sie von den Pflegekassen Auskunft darüber, welche Leistungsbestandteile im Einzelnen durch Leistungserbringende zur Abrechnung bei der Pflegekasse eingereicht worden sind; die Informationen sind in für die Versicherten in verständlicher und übersichtlicher Form aufzubereiten. Ferner erhalten Pflegebedürftige regelmäßig zum Ende des Quartals eine Übersicht über noch nicht in Anspruch genommene Entlastungsbeträge nach § 45b und den Hinweis auf Übertragung nicht verbrauchter Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 5 sowie eine kurze Information über Leistungen, die ihnen grundsätzlich nach ihrem Pflegegrad zustehen. Auf Wunsch können Versicherte der Übermittlung der Informationen nach den Sätzen 1 bis 3 dieser Vorschrift schriftlich widersprechen. Auf Wunsch erhalten Versicherte eine Durchschrift der von Leistungserbringern bei der Pflegekasse eingereichten Abrechnungsunterlagen.

¹⁴ Sozialverband VdK (2022). Pflegende Angehörige werden vergessen. Pressemitteilung vom 19. Mai 2022. https://www.vdk.de/bawue/pages/aktuelles/presse/presse/84845/lpk_pflegestudie_pflegende_angehoerige_vergessen. (aufgerufen am 08.05.2023)

8. STÄRKUNG DER BETROFFENENVERTRETUNG IM QUALITÄTSAUSSCHUSS PFLEGE

Der Entwurf sieht in § 113b Absatz 3a NEU vor, dass die beschlussfassenden Sitzungen des regulären wie erweiterte Qualitätsausschusses Pflege zukünftig in der Regel öffentlich stattfinden und live per Video im Internet übertragen werden sollen. Beratungen in den vorbereitenden Gremien, einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften, sollen demgegenüber vertraulich bleiben.

Der vzbv begrüßt, dass mit der vorliegenden Änderung mehr Transparenz über die Arbeit im Qualitätsausschuss geschaffen wird. Bereits im Jahr 2017 hatte der vzbv gemeinsam mit den weiteren maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen in einem Forderungspapier die Öffentlichkeit von Sitzungen gefordert¹⁵.

Mit der vorliegenden Änderung wird nun die Möglichkeit geschaffen, Entscheidungsprozesse im Ausschuss besser nachvollziehen zu können. Im Übrigen findet damit die notwendige Angleichung an den Grundsatz der Öffentlichkeit von Sitzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gemäß § 9 der Geschäftsordnung des G-BA statt. Geschützte Denk- und Kommunikationsbereiche sind im Übrigen weiterhin in den vorbereitenden Arbeitsgruppen nach Absatz 3a Satz 2 möglich. Allerdings schlägt der vzbv in Anlehnung an die Geschäftsordnung des G-BA vor, in einem neuen Satz 4 die Regelung einzuführen, wonach der Beschluss über den Ausschluss der Öffentlichkeit mit dem Grund des Ausschlusses öffentlich bekanntzugeben ist.

Änderungsvorschlag, § 113b, Absatz 3a:

Die beschlussfassenden Sitzungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses sind in der Regel öffentlich und werden zeitgleich als Live-Video-Übertragung im Internet angeboten sowie in einer Mediathek zum späteren Abruf verfügbar gehalten. Die nichtöffentlichen Beratungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses, insbesondere auch die Beratungen in den vorbereitenden Gremien, sind einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften vertraulich. Der Beschluss über den Ausschluss der Öffentlichkeit nach Satz 1 ist mit dem Grund des Ausschlusses öffentlich bekannt zu geben.

Ebenso erfreulich ist, dass zur inhaltlichen wie organisatorischen Unterstützung der Betroffenenvertretung bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben im regulären wie erweiterten Qualitätsausschuss Pflege und den vorbereitenden Gremien in § 113b Absatz 6 NEU zum 1. September 2023 von Seiten der Vertragsparteien dauerhaft eine Referentenstelle eingerichtet werden soll. Auch dies hatte der vzbv gemeinsam mit den anderen Verbänden bereits seit langem gefordert, da eine derartige Unterstützung von Seiten der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege bislang vollständig fehlt. Angesichts der Vielzahl an vorbereitenden Gremien und der verschiedenen fristgebundenen gesetzlichen Aufträge zeigt sich der vzbv skeptisch, ob eine Referentenstelle diesem Unterstützungsaufwand gerecht wird, betont den Einstieg zur Stärkung der Betroffenenvertretung jedoch als wichtigen Schritt in die richtige Richtung.

Zweifelsohne sind die oben genannten Änderungen wichtige und begrüßenswerte Schritte, wenn es um die Stärkung der Interessenverbände der betroffenen Menschen

¹⁵ Verbraucherzentrale Bundesverband (2023). Belange von Pflegebedürftigen angemessen berücksichtigen, <https://www.vzbv.de/meldungen/belange-von-pflegebeduerftigen-angemessen-beruecksichtigen>. (aufgerufen am 08.05.2023)

auf Bundesebene geht. Allerdings fehlen weiterhin Regelungen, ähnlich denen im G-BA, die eine kontinuierliche Mitwirkung in Fragen der Pflege-Selbstverwaltung ermöglichen. Dazu gehört die Erstattung von Reisekosten und Verdienstaussfall analog zu den Regelungen im § 140f Absatz 5 SGB V. Aktuell hat die Betroffenenvertretung in der Pflege-Selbstverwaltung gemäß § 118 Absatz 1 lediglich in ehrenamtlicher Funktion einen Anspruch auf Erstattung der Reisekosten, der durch die Vereinbarungspartner in der Geschäftsordnung des Qualitätsausschusses nach § 113b Absatz 7 SGB XI festgelegt wird.

Der vzbv fordert eine Anpassung an die Regelung des § 140f Absatz 5 SGB V und damit eine Erstattung von Reisekosten, des Verdienstaussfalls und einen Pauschbetrag für den Zeitaufwand für die Teilnahme an Sitzungen des Qualitätsausschusses, sowie bei Koordinierungs- und Abstimmungstreffen, einschließlich der Treffen vorbereitender Arbeitsgruppen – und das für alle benannten Betroffenenvertreter:innen.

9. PFLEGERISCHE VERSORGUNG BEI VORSORGE UND REHABILITATIONSMAßNAHMEN DER PFLEGEPERSON

Mit der Einführung der Leistung der Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Versorgungs- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson soll auch der Zugang zu stationären Vorsorgeleistungen erfasst und der Zugang zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erleichtert werden. Dazu wird die Möglichkeit zur Mitaufnahme des Pflegebedürftigen in die stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung der Pflegeperson weiterentwickelt wird. Hierfür wird laut Entwurf mit § 42a SGB XI ein eigener Leistungstatbestand im Pflegeversicherungsrecht eingeführt, der dem Anspruch nach § 40 Absatz 3 Satz 11 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) alter Fassung (neu: § 40 Absatz 3a Satz 1 SGB V) nachgebildet ist.

Der vzbv begrüßt die Erweiterung bzw. Weiterentwicklung dieses Versorgungsanspruchs, insbesondere auch die umfassende Kostentragung nach § 42a Absatz 3.

Gleichwohl befürchtet der vzbv, dass der Anspruch in der aktuellen Fassung den Pflegepersonen wie den zu pflegenden Personen Umsetzungsschwierigkeiten bereiten wird. Zunächst stellt sich die Frage, wie die jeweilige Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung den (pflegerischen) Mehraufwand, der durch die Mitaufnahme der zu pflegenden Person entsteht, angesichts von bestehender und zunehmender Personalknappheit unter dem pflegerischen Personal, bewerkstelligen möchte. Dies stellt insbesondere für Pflegepersonen eine Herausforderung bei der Mitaufnahme pflegebedürftiger Kinder oder Menschen mit demenziellen Erkrankungen dar, dass es in diesem Bereich wenig bis gar keine Versorgungskonzepte in bestehenden Reha- oder Vorsorgeeinrichtungen gibt. Sinnvollerweise gestattet Absatz 2 alternativ die Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst oder eine vollstationäre Pflegeeinrichtung. In diesen Fällen ist es jedoch wichtig, dass die Pflegeperson möglichst früh vom Zeitpunkt und der Örtlichkeit der RehaMaßnahme erfährt, um auch entsprechende Vorbereitungen (Suche nach einem geeigneten Dienst, einer Einrichtung) tätigen zu können. Viele Pflegepersonen werden hier jedoch regelmäßig überfordert sein, wenn neben dem Beantragungsprozedere der Reha- oder Vorsorgemaßnahme selbst auch noch die Suche und Organisation einer passgenauen Versorgung des pflegebedürftigen Angehörigen an einem für sie fremden Ort hinzukommt.

Der vzbv fordert eine gesetzliche Verankerung von Unterstützung- und Beratungsleistungen, etwa durch Pflegekassen oder andere kompetente Stellen, um Betroffene bestmöglich bei der Suche und Organisation unterstützen zu können.

10. SCHAFFUNG EINES NEUEN KOMPETENZZENTRUMS FÜR DIE DIGITALISIERUNG IN DER PFLEGE

Der Entwurf sieht in § 125b die Schaffung eines neuen Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege vor. Zur Begleitung der Arbeit des Kompetenzzentrums soll nach Absatz 5 ein Beirat eingerichtet werden. Der vzbv begrüßt, dass im Vergleich zum Referentenentwurf nun auch eine Beteiligung der Interessensvertretung der Pflegebedürftigen nach § 118 am Beirat nach Absatz 5 und bei der Mitwirkung an der Benennung der Ziele, Inhalte, Planung und Durchführung des Kompetenzzentrums nach Absatz 2 vorgesehen ist.

11. BEWERTUNG DES ANTRAGS DER FRAKTION DIE LINKE – GUTE PFLEGE STABIL FINANZIEREN

Im Antrag „Gute Pflege stabil finanzieren“ fordert die Fraktion Die Linke eine nachhaltige und gerechte Finanzierung der SPV. Hierzu schlägt sie mehrere Maßnahmen vor, um die Finanz- und Einnahmesituation kurz- wie langfristig zu stabilisieren. Neben der finanziellen Stärkung der SPV fordert der Antrag zudem bessere Leistungen für Betroffene.

Dem Antrag gebührt in weiten Teilen Zustimmung. Der vzbv hält die im Antrag vorgeschlagene Erhöhung aller Leistungssätze um 20 Prozent angesichts der stattgefundenen Lohn- und Preisentwicklung und unterbliebenen Anpassung vieler Leistungssätze (wozu nicht nur das Pflegegeld, sondern auch beispielsweise der Entlastungsbetrag, die Leistungssätze für die Tages- und Nachtpflege und die Zuschüsse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen gehören) im Vergleich zu dem im Entwurf vorgesehenen Anpassungen vorzugswürdig.

Eine kurzfristige Gegenfinanzierung aus Steuermitteln könnte ein Lösungsansatz sein. Der vzbv hält es allerdings für sinnvoll, Steuermittel langfristig konsequent nur (vollständigen) Finanzierung versicherungsfremder Leistungen einzusetzen.

Eine regelhafte Dynamisierung aller Leistungssätze fordert der vzbv schon seit langem, weshalb auch diesem Vorschlag zuzustimmen ist.

Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR) zum Gesetzentwurf zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz- PUEG)

Drucksache 20/6544 (Bearbeitungsstand: 25.04.2023)

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Der DPR bedankt sich für die Gelegenheit, Stellung zum Gesetzentwurf „Pflegeunterstützungs- und entlastungsgesetz (PUEG)“ der Fraktionen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP (Drucksache 20/6544; Bearbeitungsstand: 25.04.2023) nehmen zu können.

Der DPR weist darauf hin, dass eine umfassende Bewertung dieses komplexen Gesetzentwurfs erschwert war, weil insbesondere der Referentenentwurf (RefE) vom 20.02.2023, zu dem der DPR bereits Stellung bezogen hat, grundlegend überarbeitet wurde und die Einladung zur Verbändeanhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages sehr kurzfristig beim DPR einging.

Insgesamt zeigt sich der DPR mehr als enttäuscht darüber, dass die notwendigen und längst ausstehenden Reformen politisch weiterhin nicht angepackt werden. Aus Sicht des DPR droht der Zusammenbruch der Versorgungsstrukturen in Deutschland, da die Akteur:innen im erheblichen Maße nicht mehr ihren Auftrag sicherstellen können. Weder die Pflegebedürftigen nach § 14 SGB XI und deren Pflegepersonen nach § 19 SGB XI und erst recht nicht die beruflich Pflegenden und ihre Arbeitgeber:innen profitieren nachhaltig von dem vorliegenden Gesetzesentwurf (GesE).

Der einseitige Blick auf die Finanzierbarkeit durch Anheben der Beiträge zur Pflegeversicherung und die geringen Anpassungen der Leistungen sind keine langfristigen Lösungen, um die zukünftigen Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung entschieden entgegenzutreten. Vielmehr wird die dringend erforderliche Weiterentwicklung in die Zukunft vertagt. Im GesE zählt nicht, was vor Ort mehr an Leistungen und Unterstützung benötigt wird. Auch wird politisch ausgeblendet, welcher finanzielle Druck auf den Pflegebedürftigen und den Pflegepersonen nach § 19 SGB XI lastet.

Der DPR fordert die Politik auf, das finanzielle Pokern, um die Pflegereform aufzugeben, um endlich tragfähige und zukunftsfähige Rahmenbedingung zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zu schaffen. Unser Gesundheitssystem steht auf dem Spiel und damit auch der gesellschaftliche Zusammenhalt. Der weltweite Mangel an Pflegepersonal erfordert nachhaltige Reformen für die Stabilisierung des Gesundheitssystems (ICN 2023) auch hier in Deutschland, denn eine vereinfachte Fachkräftezuwanderung wird die Probleme im System nicht lösen. Hier ist es eine Frage der ethischen Haltung, ob die Bundesregierung mit den geplanten Erleichterungen der Zuwanderung von Fachkräften, wie sie im Gesetzesentwurf zur Weiterentwicklung der Fachkräfteeinwanderung durch das Bundesministerium des Innern und

für Heimat und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales initiiert wurden, den eklatanten Personalengpass in der Pflegeprofession begegnen kann. Pflege, sei sie formell oder informell, benötigt nicht nur die gesellschaftliche Anerkennung, sondern auch den politischen Willen endlich die angekündigte Weiterentwicklung des Gesundheitswesens voranzubringen (vgl. Koalitionsvertrag 2021). Anderenfalls rast die pflegerische Versorgung in einem hochentwickelten Land wie Deutschland auf eine humanitäre Katastrophe zu. Es mutet zuweilen an, dass die Politik bei der Wohlstandssicherung eher die Sicherung von Konsumverhalten im Blick hat und nicht das Grundbedürfnis einer gesicherten Gesundheitsversorgung. Längst sind Bettenschließung im Krankenhaus, Insolvenzen von stationären Pflegeeinrichtungen und Einschränkungen von Kapazitäten in den ambulanten Pflegediensten spürbar im Alltag wahrzunehmen. Gleichzeitig führen der Fachkräftemangel und die Unvereinbarkeit von Pflege und Beruf zu einem Teufelskreis, der zu einem verheerenden Schaden in der Gesamtgesellschaft führt.

Wie schon in seiner Stellungnahme zum RefE begrüßt der DPR die Neustrukturierung des Verfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, die Aufhebung des § 113a SGB XI und die Stärkung der Digitalisierung in der Pflege. Zusätzlich enthält der GesE eine geplante Beitragsentlastung für Familien, was aus Sicht des DPR dringend erforderlich ist, aber nicht weitgehend trägt, um die bereits ausgeführte humanitäre Katastrophe im Gesundheitswesen abzuwenden.

Nachfolgend geht der DPR auf die einzelnen Aspekte der geplanten Änderungen im GesE explizit ein:

1. Geplante Änderungen zur Finanzierung der Pflegeversicherung (SGB XI)

Der GesE enthält gegenüber dem RefE noch weniger Maßnahmen zur Verbesserung der Pflege. Der DPR warnt davor, dass die Finanzierbarkeit des SGB XI einseitig auf die Einnahmen der Beitragszahler:innen und auf die Ausgabenseite von Leistungen an die Anspruchsberechtigten konzentriert werden.

2. Geplante Änderungen zur Entlastung der Pflegebedürftigen bei den zu zahlenden Eigenanteilen in der Langzeitpflege

Wie bereits im RefE stellt der DPR auch im GesE fest, dass die geplanten finanziellen Entlastungen der Pflegebedürftigen in der ambulanten und vollstationären Pflege nicht der aktuellen Inflationshöhe entspricht und der Umsetzungszeitraum nicht hinzunehmen sind. Die geplanten Anpassungen der Pflegesachleistungen nach § 36 Absatz 3 SGB XI und der Pflegegeldleistungen nach § 37 Absatz 1 SGB XI von 5 % ab 01.01.2024 kommen zu spät und sind zu gering, um die aktuell prekäre Lage der pflegerischen Versorgung zu entschärfen.

Seit dem 01. Januar 2022 stehen den Pflegebedürftigen in der vollstationären Langzeitversorgung Leistungszuschläge zur Reduzierung der Eigenanteile zur Verfügung. Um dem Grundsatz aus dem SGB XI „ambulant vor stationär“ nachkommen zu können, müssen auch den Pflegebedürftigen in der ambulanten Langzeitversorgung zur Finanzierung der über die Sachleistungsbeträge hinausgehenden Eigenanteile der fachlich erforderlichen professionellen Pflegeleistungen analog solche Zuschläge zugesichert werden. Im ambulanten Sektor werden schon jetzt die Sozialhilfeträger immer mehr zur Deckung der Eigenanteile angesprochen, nicht zuletzt durch die seit September 2022 geltende Tariftreue-Regelung und die dadurch angestoßenen neuen Vergütungsvereinbarungen. Durch nicht gekoppelte Prozesse sind aktuell viele Pflegebedürftige finanziell überfordert, kürzen benötigte Leistungen oder beantragen die schon eben angesprochene Hilfe zur Pflege.

Auch der geplante Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld für Pflegepersonen nach § 19 SGB XI wurden vom DPR bereits im RefE kritisiert. Hier hebt der DPR besonders hervor, dass die Pflegepersonen nach § 19 SGB XI die Versorgung von 63 % der 5,0 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland überwiegend allein in der Häuslichkeit schultern (Destatis 2023). Die GesE bringt hier für diesen stark belasteten Personenkreis zu wenig Entlastung. Bei den immer größeren Versorgungslücken in der institutionellen Versorgung, ist dies ein fatales Zeichen.

Der DPR zeigt sich enttäuscht, dass die Änderungen des § 42a SGB XI aus den RefE, die Zusammenführung der Anspruchsberechtigung von Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege für die Versicherten ermöglicht hätten, gestrichen wurden. Damit wurde die Chance verpasst, flexiblere Versorgungsoptionen für Pflegebedürftige zu ermöglichen.

Allerdings wurde im vorliegenden GesE unter § 42a SGB XI der Anspruch nach Art und Umfang der Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegepersonen neu geregelt. Dies wird vom DPR begrüßt.

Die geplanten Familienentlastung dienenden Beitragsabschläge nach § 55 SGB XI, werden vom DPR begrüßt. Hier ist jedoch anzumerken, dass die jeweilige Nachweisführung zu den berücksichtigungsfähigen Kindern und die Fristsetzung zu einem bürokratischen Chaos führen könnte, weil der Digitalisierungsgrad der deutschen Behörden noch keine einfachen technischen Lösungen anbieten kann.

Kurzum: Pflegebedürftige und ihre Pflegepersonen nach § 19 SGB XI werden nicht ausreichend und zu spät entlastet. Es bedarf fundamentaler Schritte und tragfähiger Lösungen, um die Finanzierung der Pflegeversicherung nicht ständig mit den immer wieder angewendeten Lösungsansätzen einer veralteten Marktlogik von Leistungseinschränkung und Beitragserhöhung überzustrapazieren. Der DPR sieht in dem GesE trotz der geplanten Leistungsanpassungen immense Kostensteigerungen für die Pflegebedürftigen, die diese zum Teil nicht auffangen können. Das wird zu großen zusätzlichen Belastungen der Sozialhilfeträger führen.

Der DPR befürwortet den Antrag der Fraktion die Linke vom 25.04.2023 „Gute Pflege stabil finanzieren“ zur sofortigen Leistungsverbesserungen übergangsweise Steuermittel des Bundes einzusetzen. Die Anpassung der Leistungen, statt um 5 % auf 20 % zu erhöhen sowie die Leistungsdynamisierung jährlich an die Teuerungsrate anzupassen, trifft auf die Zustimmung des DPR.

3. Geplante Änderung zur Personalausstattung

Die geplanten Regelveränderungen zur Personalausstattung in der vollstationären Pflege widersprechen den Ergebnissen der Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM).

Der DPR kritisiert des Weiteren, dass die vorgesehene Anpassung des Personalbemessungsinstrument der Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation unterworfen wird. Der DPR hält fest, dass sich das Personalbemessungsinstrument an den tatsächlichen Versorgungsbedarf orientieren muss. Es müssen andere Maßnahmen entwickelt werden, die die Rahmenbedingungen verbessern, um die benötigten Versorgungsbedarfe zu decken. Hier ist auch der Fokus auf die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf stärker in den Blick zu nehmen.

Weiterhin fehlen Festlegungen zu der im Koalitionsvertrag geplanten Harmonisierung der landesrechtlich geregelten Helfer- oder Assistenzbildungen in der Pflege durch ein bundeseinheitliches Berufsgesetz für Pflegeassistenten.

Der vorliegende GesE überlässt den Pflegeeinrichtungen im § 75 Absatz 3 SGB XI die Verantwortung, einen Personalpool und betriebliche Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal zu entwickeln. Dies kommt zu einem Zeitpunkt, wo Pflegeeinrichtungen längst ihre Kapazitäten einschränken, um den eklatanten Personalmangel zu begegnen und ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen und nur punktuell in der Lage sein werden, betriebliche Ausfallkonzepte zu entwickeln und umzusetzen. Die Lösungsansätze zur Eindämmung der Leiharbeit, die im GesE verfolgt werden, sind aus Sicht des DPR vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels nicht weitreichend und zielführend.

4. Geplante Änderungen zum Verfahren der Feststellung von Pflegebedürftigkeit

Die Begutachtungszahlen sind zwischen 2016 und 2022 stark angestiegen. Allein 2023 schwoll das Volumen auf 20 % zum Vorjahr an (MD Bund 2023). Der DPR begrüßt deshalb, dass das Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit angepasst werden soll, um das Pflegebegutachtungsvolumen zu bewältigen. Er fordert jedoch, dass die Anpassung der Richtlinie wissenschaftlich und fundiert begleitet wird, um die Möglichkeiten und Risiken der digitalen Formate bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit herauszuarbeiten. Der DPR betont an dieser Stelle, dass die Feststellung einer Pflegebedürftigkeit eine komplexe Aufgabe im jeweiligen Pflegearrangement ist. Eine digitale Lösung kann in vielen Fällen die Untersuchung vor Ort nicht ersetzen und passt auch nicht pauschal für alle Antragsteller:innen. Auch wenn die Zufriedenheit der Versicherten bei der telefonischen Pflegebegutachtung 2022 genauso positiv waren, wie bei der persönlichen Pflegebegutachtung, merkt der DPR an, dass diese Befragung keine tragfähige Beurteilung der pflegfachlichen Qualität von telefonischen Pflegebegutachtungen zulässt (MD Bund 2022).

Des Weiteren hat der DPR bereits im RefE kritisiert, dass das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI die Belastungen von Antragsteller:innen und die Vorbehaltsaufgaben von beruflich Pflegenden nicht ausreichend berücksichtigt.

Zusätzlich sieht der GesE vor, dass eine Beratung nach § 7a SGB XI in das Begutachtungsverfahren zu integrieren ist. Das ist aus Sicht des DPR bei dem stark angestiegenen Auftragsvolumen der MD kaum zu leisten. Eine vollumfängliche Pflegeberatung nach § 7a SGB XI benötigt eine Vertrauensbasis und eine kontinuierliche Begleitung im Versorgungsarrangement. Der DPR sieht die einfache Integration der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in das Begutachtungsverfahren kritisch, je nach Pflegesituation könnte diese Pflegeberatung eine komplexe Beurteilungsaufgabe sein, die nicht nebenbei in einer Begutachtungssituation geleistet werden kann.

5. Geplante Änderung der Digitalisierung in der Pflege

Der GesE berücksichtigt bei der Digitalisierung nicht weitgehend die wichtigen Aspekte der Interoperabilität und Telematikinfrastruktur (TI). Die Digitalisierung darf nicht auf einzelne Sektoren des Gesundheits- und Pflegewesens beschränkt gedacht werden. Nur deren gemeinsame Betrachtung wird nachhaltigen Erfolg und Entlastung im Bereich der Gesundheitsversorgung und Pflege bringen.

Die Bausteine und Maßnahmen eines hierzu notwendigen Nationalen Strategieplans Digitalisierung der Pflege sind daher primär an strategischen Zielen auszurichten, wie der Prävention zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, z. B. durch verstärkte (intelligent vernetzte) präventive und ambulante Angebote in den Quartieren, die Entwicklung und

Umsetzung von innovativen Quartierskonzepten, den Einsatz von digital unterstützten Pflgelotsen oder Community Health Nurses sowie durch die Erhöhung der Gesundheitskompetenz der Pflegebedürftigen und der Pflegepersonen nach § 19 SGB XI. Auch die beruflich Pflegenden würden durch Einführung der Verbesserung der Versorgung der Nutzer:innen u. a. durch Einführung digitaler Angebote zur Lösung von Versorgungsproblemen, Förderung sozialer Teilhabe und Verfahrenserleichterungen profitieren.

Ein wichtiger Aspekt ist die Wahrung des Wunsch- und Wahlrechts als zwingende Voraussetzung für die Fokussierung der Perspektive der Nutzer:innen. Die Verbesserungen der Arbeitsbedingungen der beruflich Pflegenden kann unter anderem durch Entlastung von administrativen und manuellen Tätigkeiten (beispielsweise Entlastung bei der Dokumentation), Abbau von Bürokratie, Verfahrenserleichterungen sowie bessere Vernetzung der Heilberufe untereinander gelingen. Zentrale Punkte zur Ermöglichung von Innovationen und zur Nutzung des technologischen Fortschritts sind Interoperabilität von IT-Systemen und Standardisierung von Schnittstellen. Die entscheidende Grundlage für die Digitalisierung der Pflege ist allerdings die dauerhafte Refinanzierung und Gewährleistung (von Prävention, verbesserter Versorgung, verbesserten Arbeitsbedingungen, technologischer Infrastruktur und Innovationen) über einmalige Förderungen oder befristete Projekte hinaus. Hier hat der DPR bereits im RefE angemerkt, dass das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege nicht auf die Langzeitpflege im SGB XI zu begrenzen ist und deshalb auch nicht am Spitzenverband der Pflegekassen verortet werden kann.

6. Wesentliche Anreize zur Prävention bzw. Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und zum Klimaschutz sowie Klimaanpassung fehlen

Die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland wird allein durch die zunehmende Alterung bis 2055 um 37 % zunehmen. Laut der Pflegevorausberechnung wird ihre Zahl von rund 5,0 Millionen Ende 2021 auf etwa 6,8 Millionen im Jahr 2055 ansteigen. Dabei werden bereits 2035 etwa 5,6 Millionen (+ 14 %) erreicht (Destatis 2023). Bei dem vorliegenden GesE fehlt aus Sicht des DPR die entscheidende Perspektive der Prävention. Es wird immer wichtiger, die Leistungen dorthin zu entwickeln, wie Pflegebedürftigkeit im Alter vermieden oder hinausgezögert werden kann, um die Gesundheitsversorgung zu entlasten. Dies ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und gehört in alle Politikressorts der Bundesregierung.

Deshalb gilt es vor dem Hintergrund des immer präsenter werdenden demografischen Wandels und der Klimakrise, die Sozialgesetzbücher an die krisenhaften Herausforderungen anzupassen und die gesundheitliche Versorgung in Deutschland ressourcenbewusster und resilienter zu machen.

Nachfolgend nimmt der DPR zu einzelnen Punkten im vorliegenden GesE detailliert Stellung:

Artikel 1, Nummer 3

§ 7a SGB XI b) (GesE, S. 7)

Der DPR betont an dieser Stelle, dass die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI eine komplexe Aufgabe im jeweiligen Pflegearrangement ist und einen kontinuierlichen Beratungsprozess darstellt. Eine digitale Lösung kann in vielen Fällen die Pflegeberatung vor Ort nicht ersetzen, ggf. jedoch ergänzen. Sie passt überdies nicht pauschal für alle Antragsteller:innen. Der DPR fordert, dass die Anpassung der Richtlinie wissenschaftlich und fundiert begleitet wird, um die Möglichkeiten der digitalen Formate bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit herauszuarbeiten.

Der DPR weist ergänzend darauf hin, dass die Pflegeberater:innen nach § 7a SGB XI, die Pflegeberater:innen nach § 37 Absatz 3 SGB XI und die Gutachter:innen nach § 18 SGB XI in die Digitalisierungsentwicklungen im Rahmen des Kompetenzzentrum nach § 125b SGB XI mitgedacht werden müssen, und diese Akteur:innen ebenfalls an die Telematikinfrastruktur (TI) anzubinden sind.

Artikel 1, Nummer 4

a) § 8 Absatz 8 SGB XI (GesE, S. 7)

Der DPR begrüßt, dass seine Empfehlung zum RefE, die Mittel des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bis 2030 auszuweiten, im GesE aufgenommen wurden. Diese Verlängerung des § 8 Absatz 8 SGB XI ist ein erster Schritt in die richtige Richtung. Für eine auskömmliche (Regel-)Refinanzierung zur Ermöglichung der spürbaren Verbesserung sind allerdings weitere Schritte notwendig. Die Mittel von förderfähigen Aus-, Fort- und Weiterbildungen müssen aus Sicht des DPR ausgeweitet werden, um die digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen, Pflegepersonen nach § 19 SGB XI und Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege aufzubauen.

Der DPR verweist an dieser Stelle noch mal auf Erfahrungen und Befunde aus der Implementierung des „DigitalPakts Schule“ (2019-2024), der mit seinen ermöglichten Mittelabrufen deutlich hinter den Erwartungen zurückbleibt. Als Gründe werden hohe bürokratische Hürden und Personalengpässe herangezogen. Aus den Erfahrungen der Umsetzung des DigitalPakts Schule wurden Empfehlungen abgeleitet (WZB 2022), die für die Entwicklung einer digitalen Infrastruktur und die Förderung digitaler Kompetenzen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflegeberufe richtungsweisend sein sollten: Grundsätzlich bedarf es eines transparenten Monitorings zur digitalen Ausstattung der Ausbildungs- und Versorgungseinrichtungen sowie notwendiger Planungs-, und Entwicklungsprozesse. Neben der Arbeit an digitalen Bildungskonzepten müssen zeitliche, finanzielle und fachliche Ressourcen strukturell bereitgestellt und kontinuierlich abgesichert werden. Versorgungs- und Bildungseinrichtungen benötigen darüber hinaus verlässliche und nachhaltige Support-, Wartungs- und Betriebsstrukturen und eine langfristige Förderung qualifizierter personeller Strukturen u.a. durch entsprechende Fachkraft- und Funktionsstellen.

Artikel 1, Nummer 9

b) § 17 Absatz 1c SGB XI (GesE, S. 8)

Der DPR begrüßt, dass der Gesetzgeber den Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) dazu verpflichtet, eine Richtlinie zu erarbeiten, um die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu stärken.

Artikel 1, Nummer 10

§ 18 Absatz 3 SGB XI (GesE, S. 9)

Der DPR begrüßt, dass der Gesetzgeber das Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit neu strukturieren und adressatengerechter gestalten möchte. Die Änderungspläne, dass unabhängige Gutachter:innen benannt werden, wenn die Begutachtungsfrist von 20 Arbeitstagen ab Antragsstellung nicht eingehalten werden kann, wird vom DPR als Verbesserung für die schnellere Bearbeitung gewertet. Jedoch gibt der DPR zu bedenken, dass diese geplante Wahlmöglichkeit für Antragsteller:innen in einer pflegerischen Ausnahmesituation zu einer Überforderung führen kann.

Artikel 1, Nummer 10

§ 18a Absatz 2 SGB XI (GesE, S. 9f.)

Der DPR bestärkt den vorliegenden GesE, der mit den Neu-Regelungen zum Begutachtungsverfahren nach § 18a Absatz 2 vorsieht, dass die Versicherten in ihrem Wohnbereich zu untersuchen sind und gleichzeitig in Hinblick auf Krisensituation von nationaler Tragweite ein flexibles Vorgehen ermöglicht.

Artikel 1, Nummer 10

§ 18a Absatz 10 SGB XI (GesE, S. 11f.)

Der DPR hebt wie bereits im RefE mit aller Deutlichkeit hervor, dass die aufgeführten Ärzt:innen bzw. Kinderärzt:innen nicht über die geeignete Qualifikation bzw. Kompetenz verfügen, um die Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI von Antragsteller:innen festzustellen. Die Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG dürfen nur von Pflegefachpersonen durchgeführt werden. Die Kernkompetenz beruflich Pflegenden liegt in der Situationseinschätzung auf Basis von theoretischem und Erfahrungswissen, der Fähigkeit zum hermeneutischen Fallverstehen und dem Wissen um wirksame Pflegemethoden (Büscher et al. 2023).

Der Gesetzgeber hat entschieden, dass nur der fachliche Hintergrund und die fachliche Kompetenz der Pflegeprofession dazu geeignet sind, die Bevölkerung vor unsachgemäßer Pflege zu schützen. Damit ist die Politik der Auffassung, dass pflegerische Problemstellungen am besten von den Personen, die eine berufliche oder hochschulische Ausbildung zur Pflegefachperson abgeschlossen haben, eingeschätzt werden sollten (Büscher et al. 2023). Aus Sicht des DPR untergräbt der Gesetzgeber seinem Vorhaben, die Pflegeprofession zu stärken, indem er die eingeräumten Vorbehaltsaufgaben nicht wirklich und mit letzter Konsequenz an die Pflegeprofession abgibt. Damit löst die Bundesregierung hier nicht ihr Versprechen aus dem Koalitionsvertrag ein, die Pflegeprofession zu stärken.

Vielmehr werden die Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG durch diesen GesE weiterhin untergraben und ein „weiter so“ für Medizinische Gutachter:innen ermöglicht. Durch Ärzt:innen bzw. Kinderärzt:innen erstellte Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI sind aus Sicht des DPR nicht rechtssicher.

Änderungsvorschlag:

„(10) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Pflegefachkräfte ~~oder Ärztinnen und Ärzte~~ in enger Zusammenarbeit mit anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachterinnen und Gutachter mit einer Qualifikation als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann, als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger ~~oder als Kinderärztin oder Kinderarzt~~ vorzunehmen.“

Artikel 1, Nummer 10

§ 18b Absatz 3 SGB XI (GesE, S. 13)

Der DPR bekräftigt seine Forderung aus dem RefE, dass die Gewährung von empfohlenen Hilfsmitteln, die nach § 40 die pflegerische Versorgung erleichtern und Beschwerden der Pflegebedürftigen lindern, jederzeit und grundsätzlich ohne eine ärztliche Verordnung möglich sein sollten. Hier ist der Rahmen nicht nur auf die Beratung nach § 37 Absatz 3 SGB XI oder im Begutachtungsverfahren nach § 18b SGB XI zu begrenzen, sondern in den regelhaften Versorgungsalltag zu überführen. Pflegefachpersonen sind im Sinne ihrer Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG kompetent, eigenständig Pflegehilfsmittel zu verordnen. Dies entlastet die

pflegerische Versorgung und schont im Sinne des Klimaschutzes Ressourcen, u. a. durch Bürokratieabbau und die Vermeidung unnötiger Wege.

Artikel 1, Nummer 10

§ 18d Absatz 1-4 SGB XI (GesE, S. 14f.)

Bereits im RefE wurden die Pflegekassen über die Feststellung von rehabilitativen Bedarfen in der Pflegebegutachtung und ggf. der Genehmigung von den folgenden Maßnahmen hinaus zur umfassenden jährlichen diesbezüglichen Berichterstattung verpflichtet. Der DPR begrüßt, dass der § 18d die Berichtspflichten und Statistik zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit regelt. Dieses strukturierte Verfahren bietet eine Chance, die Potentiale sichtbar zu machen, wie rehabilitative Bedarfe in der Pflegebegutachtung erkannt werden können, um das Begutachtungsverfahren weiterzuentwickeln. Aus Sicht des DPR ist darauf hinzuwirken, dass die in den Absätzen 2 bis 4 geregelten Datenauswertungen nicht nur zu statistischen Zwecken dienen, sondern zur Anpassung von präventiven und rehabilitativen Strukturen genutzt werden, die der Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit dienen. Trotzdem ist anzumerken, dass eine Berichtspflicht keine schnellen Entlastungen in einer sehr angespannten Situation in der pflegerischen Versorgung zur Folge haben wird.

Artikel 1, Nummer 10

§ 18e Absatz 1-6 SGB XI (GesE, S. 16)

Der DPR stellt fest, dass der GesE nicht mehr explizit das Modellvorhaben zum ersatzweisen oder ergänzenden Einsatz telefonischer und digitaler Kommunikationsmittel bei der Untersuchung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit aus dem RefE enthält. Zur Beurteilung einer komplexen Pflegesituation sind grundsätzlich alle Sinne (sehen, hören, riechen, spüren) erforderlich. Pflegerisches Handeln ist zu einem hohen Maße Interaktionsarbeit. Deshalb ist es wichtig, analoge Begutachtungsprozesse nicht unkritisch in digitale Medien zu übertragen. Digitale Veränderungen, die mit einem Risiko der „Entmenschlichung“ und Deprofessionalisierung der Pflege einhergehen, erfordern eine sorgfältige professions-theoretische, gesellschaftliche und politische Auseinandersetzung von Wirksamkeit und Sicherheit, Akzeptanz, Ethik, Haftung darüber, welche Ziele und Zukunftsszenarien hinsichtlich der (pflegerischen) Versorgung wünschenswert sind, bevor weitere Investitionen in die Entwicklung und Umsetzung unternommen werden (SVR 2023, Nr. 679). Deshalb begrüßt der DPR, dass der Gesetzgeber zur Weiterentwicklung des Begutachtungsverfahrens ergebnisoffen Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen vorsieht.

Artikel 1, Nummer 14

§ 30 Absatz 1 SGB XI (GesE, S. 17)

Wie bereits im RefE kommentiert, bekräftigt der DPR seine Position zum GesE bei der stufenweisen Erhöhung von 5 % Leistungen der Pflegeversicherung und die automatische Dynamisierung in Anlehnung an die Preisentwicklung grundsätzlich positiv. Der DPR sieht jedoch noch Optimierungsbedarf bei den Fristen, diese sind zu lang und die Höhe der Anpassung ist zu gering.

Artikel 1, Nummer 28

a) § 75 Absatz 1 SGB XI (GesE, S. 20)

Der DPR begrüßt, dass die Landesverbände der Pflegekassen zur Veröffentlichung der Rahmenverträge verpflichtet werden. Es dient der Transparenz hinsichtlich der sich in den Bundesländern bisher z. T. deutlich unterscheidenden Regelungen.

**b) § 75 Absatz 2 SGB XI und
c) § 75 Absatz 3 SGB XI (GesE, S. 20)**

Die befristete Leiharbeit in der Pflege hat in den letzten Jahren rasant zugenommen. Die Gründe für den zunehmenden Personalmangel sieht der DPR in einer extremen Arbeitsverdichtung, die es beruflich Pflegenden nicht erlaubt, ihre Arbeit so auszuführen, wie es fachlich erforderlich ist und ihrem professionellen Anspruch entspricht (DPR 2023c). Das Fehlen einer verlässlichen Dienstplanung und unattraktive Arbeitszeiten, die sowohl die Vereinbarkeit von Familie und Beruf als auch die Work-Life-Balance enorm erschweren, sowie das Gehalt, das in einigen Regionen Deutschlands kaum ausreicht, um die Lebenshaltungskosten zu decken, gehören zu den wichtigsten (DPR 2023c). Sie führen zur Reduzierung der Arbeitszeit bis hin zum Ausstieg aus dem Beruf oder alternativ zum Wechsel in die Leiharbeit. So sind Leiharbeiter:innen in der Pflege aus Sicht des DPR nicht das Problem, sondern das Ergebnis unzureichender Arbeitsbedingungen und zum Teil auch fehlender Führungskompetenzen (DPR 2023c). Beruflich Pflegenden nutzen lediglich die Möglichkeiten, ihrem Beruf unter besseren Arbeitsbedingungen und einer besseren Vergütung nachgehen zu können. Inzwischen führt der insgesamt Anstieg der Leiharbeit von 64% vielerorts zu nachteiligen Folgen für die Qualität der Versorgung der Pflegebedürftigen. Der regional bzw. einrichtungsbezogene z. T. deutlich erhöhte Anstieg der Leiharbeit ist überdies mit hohen Kosten verbunden. Dies hat mancherorts dazu geführt, dass Pflegebetten in stationären Pflegeeinrichtungen unbesetzt blieben oder abgebaut wurden, um die bisher erbrachte Pflegequalität halten zu können (DPR 2023c).

Die Leiharbeit funktioniert z. B. in Skandinavien besser, weil nahezu einheitliche Dokumentations- und IT-Systeme zur Anwendung gelangen (Kuttner 2023). Dies führt zu einer schnelleren Einarbeitung in neue Arbeitssettings. Pflegefachpersonen von Zeitarbeitsfirmen im Ausland kommen vor allem zum Einsatz, wenn Arbeitsspitzen oder Langzeitkrankenstände abzufedern sind. Zusätzlich können Träger ihrer Stammbeschaft eine familienfreundliche Urlaubsplanung gewähren (Kuttner 2023). So hat sich die „Travel Nurse“ gerade in Skandinavien für junge und ungebundene Pflegefachpersonen als eine gute Möglichkeit etabliert, sich eine Existenz und Kompetenzen aufzubauen und über diese Form der Arbeit, Menschen und Kulturen kennenzulernen und ein anderes Land zu entdecken (Kuttner 2023). Diese Möglichkeiten der Personalgewinnung ist in Deutschland weitestgehend unbekannt und nur schwer die Potentiale unter den aktuellen Rahmenbedingungen für die Pflegeprofession im Gesundheitswesen zu heben. Dazu fehlt es internationale Anbindung und Vergleichbarkeit der Pflegeprofessionen.

Die Personalschieflage in Deutschland kann jedoch nicht einseitig mit einer Änderung des § 75 SGB XI gelöst werden. Der DPR spricht sich uneingeschränkt für die Sicherstellung der an den fachlichen Erfordernissen orientierten guten Arbeitsbedingungen für beruflich Pflegenden als vordergründige Aufgabe des Gesetzgebers aus.

Es ist u. a. wichtig, zur Personalgewinnung und –bindung attraktive Arbeitszeitmodelle zu entwickeln und zu etablieren. Gleichzeitig gibt der DPR aber zu bedenken, dass in der aktuellen Lage viele Pflegeeinrichtungen kaum in der Lage sein werden, als Gegenmodell zur Inanspruchnahme von Leiharbeit einen Personalpool oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte zu etablieren. Die Einrichtungen haben zur zusätzlichen Entwicklung geeigneter Maßnahmen kaum Handlungsspielraum, da es an erster Stelle darum geht, den Versorgungsauftrag abzusichern.

In diesem Zusammenhang wagt der DPR zu bezweifeln, dass die im Koalitionsvertrag explizite Einführung trägereigener Springerpools und die Reduzierung von Leiharbeit durch Begrenzung der Gehälter (DPR 2023c), die Attraktivität der Pflegeprofession nachhaltig steigern wird.

Artikel 1, Nummer 30

§ 82c Absatz 2b SGB XI (GesE, S. 21)

Mit dem vorliegenden GesE lässt der Gesetzgeber die Personalaufwendungen nach § 82c SGB XI bzw. die Entgelte für Personal ohne direktes Arbeitsverhältnis, insbesondere für Leiharbeiter:innen zu. Der DPR begrüßt, dass der Gesetzgeber die Zahlung von Vermittlungsentgelte dabei nicht als wirtschaftlich anerkennt. Darüber hinaus gibt es aber keine weitgreifenden Maßnahmen, um die angespannte Personalsituation und einen weiteren Anstieg der Leiharbeit entgegenzuwirken.

Artikel 1, Nummer 38

§ 113a SGB XI (GesE, S. 22)

Der DPR begrüßt die Aufhebung des § 113a.

Die Entwicklung von relevanten Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege und ihre jeweilige wissenschaftsbasierte Aktualisierung erfolgten durch das DNQP seit 1998 und auch weiter nach Einführung des § 113a – jeweils anerkannt als „vorweggenommenen Sachverständigengutachten“.

Nach Aufhebung des § 113a ist es aus Sicht des DPR nun unabdingbar, dass die Förderung der bewährten Entwicklungs- und Aktualisierungswege des DNQP zur Sicherung der Qualität der Pflege seitens des Bundes unterstützt wird.

Artikel 1, Nummer 40

b) § 113c Absatz 3 SGB XI (GesE, S. 23-25)

Die geplanten Regelveränderungen zur Personalausstattung in der vollstationären Pflege widersprechen den Ergebnissen der Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM).

Benötigt wird grundsätzlich die Neustrukturierung der Kompetenzen aller Gesundheitsfachberufe ergänzend mit heilkundlichen Tätigkeiten, die in einem allgemeinen Heilberufegesetz (Bundesregierung 2021) verbindlich und bundeseinheitlich reguliert werden.

Immer noch fehlen im GesE die Festlegungen zu der im Koalitionsvertrag vereinbarten Harmonisierung der landesrechtlich geregelten Helfer- oder Assistenzbildungen in der Pflegedurch ein bundeseinheitliches Berufsgesetz für Pflegeassistenz. Gemäß Absatz 3 Nummer 2 Buchstabe b kann u. a. auch Pflegehilfskraftpersonal ohne Berufsabschluss aber mit langjähriger Berufserfahrung in der Pflege anerkannt werden, wenn in den Ländern entsprechende Regelungen zur Reduzierung der Ausbildungsmindestdauer getroffen wurden. Damit enthält der GesE entgegengesetzt zu den Vereinbarungen im Koalitionsvertrag (Bundesregierung 2021), eine umfassende Lockerung der beruflichen Qualifikationen für Pflegehilfskraftpersonal. Aus Sicht des DPR ersetzt alleinige berufspraktische Erfahrung in keinem Fall eine Ausbildung, weil der theoretische Begründungszusammenhang für das pflegerische Handeln nicht vermittelt und erlernt wurde. Das gefährdet die Versorgungs-

sicherheit und verfehlt das Ziel der Bundesregierung, einen bedarfsgerechten Qualifikationsmix zu schaffen.

aa) Satz 1 Nummer 2, 2. a), bb)

Die genannte Anrechnungsmöglichkeit von Pflegepersonen, die berufsbegleitend eine Ausbildung nach Teil 2, Teil 3 oder Teil 5 des PfIBG durchlaufen, auf die Pflegefachkraftstellen ist aus Sicht des DPR grundsätzlich problematisch, da diese Pflegepersonen die Aufgaben einer Pflegefachperson gemäß § 4 PfIBG und in der Übernahme von ärztlich angeordneten Maßnahmen der Medizinischen Behandlungspflege gar nicht durchführen dürfen. Eine Übernahme der genannten Tätigkeiten ist diesem Personenkreis verboten!

aa) Satz 1 Nummer 2, 2. b)

Aus Sicht des DPR ist es im Interesse der Sicherstellung der fachlich erforderlichen pflegerischen Versorgung der Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen dringend erforderlich, seitens des Gesetzgebers Festlegungen zu treffen hinsichtlich der zu erbringenden Kompetenznachweise (Kompetenzprüfungen) und des möglichen Verkürzungsumfangs einer Pflegehelfer:innen- oder –assistent:innen-Ausbildung zur Qualifizierung gemäß § 113c Absatz 1, 2.

Völlig unverständlich ist dem DPR die Regelung im neuen Satz unter bb) des Absatz 3 (Seite 24) einer Frist bis 30. Dezember 2028, in der die Ausbildung zur Pflegehilfs- oder –assistentkraft begonnen werden kann. Das Hilfskraftpersonal gemäß § 113c Absatz 1, 2. mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr ist nach den Ergebnissen zur PeBeM nach Prof. Rothgang et al. dem Qualifikationsniveau 3 zugeordnet und kann bestimmte Aufgaben in Delegation der Pflegefachpersonen übernehmen, anders als Hilfskraftpersonal ohne die genannte Ausbildung. Es ist qualitäts- und sicherheitsgefährdend, Pflegehilfskräften mit einer bis 2028 beginnenden geplanten Ausbildung diese Zuordnung zuzumuten.

Es ist zu fragen, warum in einigen Bundesländern Ausbildungsplätze für die Pflegehelfer/-assistenzausbildung fehlen und sie nicht spätestens seit Anfang 2020 nach Vorlage des Zwischenberichts von Prof. Rothgang gezielt im erforderlichen Umfang aufgebaut wurden. Es kann es nicht sein, dass die Länder bis 2028 Zeit bekommen, das zu ändern. Überdies sind der Bund und die Länder in der Pflicht, zeitnah die notwendigen Inhalte sowie Ausbildungsstrukturen für den bundeseinheitlichen Pflegeassistentenberuf zu schaffen und die Besetzung der Stellenanteile nach § 113c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 zu sichern. Ansonsten kann die qualitativ und quantitativ gebotene Einführung des neuen bundeseinheitlichen Personalbemessungsverfahrens nicht gelingen. Dies hat unabsehbare Folgen für die Sicherstellung der Pflege in allen Versorgungsbereichen.

Änderungsvorschlag:

Der Satz zu bb) ist zu streichen.

Artikel 1, Nummer 40

§ 113c Absatz 7 SGB XI (GesE, S. 24)

Um die pflegerische Versorgung qualitativ jetzt und in Zukunft zu sichern, müssen Politik, Kostenträger und Arbeitgeber:innen die Arbeitsbedingungen entscheidend verbessern. Zielgrößen sind eine am Pflegebedarf ausgerichtete Personalausstattung sowie ein bedarfsgerechter Qualifikationsmix der Pflegenden als Voraussetzung für Arbeitszufriedenheit und gute Versorgungsqualität (DPR 2023c).

Der vorliegende GesE verpflichtet das Bundesministerium für Gesundheit alle 2 Jahre und erstmalig 2025 zu prüfen, ob die Personalanhaltswerte nach § 113c Absatz 1 SGB XI anzupassen sind. Dazu sollen wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Einführung und Weiterentwicklung des Verfahrens zur einheitlichen Personalbemessung (PeBeM), den Erkenntnissen aus der Berichtspflicht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und der Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation im Pflegebereich herangezogen werden. Dem DPR ist es völlig unverständlich, dass eine Anpassung der Personalanhaltswerte aufgrund Lage der Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation im Pflegebereich überhaupt gedacht werden kann. Bereits heute ist bekannt, dass in der Zukunft eine gewaltige Personallücke im Pflegebereich entsteht. Aus Sicht des DPR muss sich die Personalbemessung an den Versorgungsbedarf richten. Die Versorgungssicherheit muss bei der Personalbemessung das oberste Ziel sein.

In diesem Zusammenhang merkt der DPR an, dass bei der Entwicklung und Erprobung des Verfahrens zur einheitlichen Personalbemessung (PeBeM) ein nach Pflegegraden der Pflegebedürftigen gestaffelter, pflegewissenschaftlich begründeter Bedarf an Pflegefachpersonen festgestellt worden ist. Dem DPR ist es nach wie vor unverständlich, wie es seitens des Gesetzgebers verantwortet werden kann, bei der „schrittweisen“ Umsetzung der Einführung des PeBeM diesen Bedarf außeracht zu lassen und diesen Teil der erforderlichen Personalausstattung nicht unverzüglich vollumfänglich in den Stellenanteilen nach § 113c Absatz 1 Nummer 3 zu berücksichtigen.

Die Pflegeeinrichtungen können so die pflegefachlich gebotene Leistungserbringung nicht sicherstellen bis hin zum Risiko der Gefährdung der Gesundheit und des Lebens der Pflegebedürftigen.

Änderungsvorschlag:

Unter d) Absatz 7 wird die Nummer 3 gestrichen.

Artikel 1, Nummer 44

§ 125a Satz 1 SGB XI (GesE, S. 25)

Der DPR begrüßt, dass das Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege bis 2025 ausgeweitet wird.

Artikel 1, Nummer 45

§ 125b SGB XI Absatz 1 (GesE, S. 25)

Wie bereits im RefE begrüßt der DPR weiterhin, dass Mittel aus dem Ausgleichsfonds für die Digitalisierung zur Entlastung der Pflegenden, zur Verbesserung der Versorgungsqualität und zur stärkeren Beteiligung von Personen mit Unterstützungsbedarf zur Verfügung gestellt werden.

Allerdings ist im Ergebnis der Beratungen der Konzierten Aktion Pflege (KAP), ergänzt durch Arbeitsergebnisse des „Bündnis Digitalisierung in der Pflege“, ein zu errichtendes „Kompetenzzentrum Digitalisierung in der Pflege“ nicht auf die Langzeitpflege zu begrenzen, sondern in der Verantwortung für die Ausgestaltung und Weiterentwicklung der digitalen Vernetzung der verschiedenen pflegerischen Versorgungsbereiche, einschließlich der Entwicklung diesbezüglicher Leitlinien.

Das Kompetenzzentrum kann deshalb weder beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen noch beim GKV-Spitzenverband verortet sein, sondern an einer davon unabhängigen oder übergeordneten Stelle (z. B. im BMG).

In den davon betroffenen Sozialgesetzbüchern sind Regelungen zur inhaltlichen Unterstützung und zur jeweiligen Finanzierung der Digitalisierung im Zusammenhang der pflegerischen Versorgung zu verankern.

Artikel 1, Nummer 45

§ 125b SGB XI Absatz 1 Nummer 3 (GesE, S. 26)

Der DPR hält die Änderung des GesE für sinnvoll, dass das Kompetenzzentrum die Aufgabe erhält, vor dem Einführen eines Informationsportals, den Nutzen und die Möglichkeiten für die Implementierung eines solchen Portals prüft.

Artikel 1, Nummer 45

§ 125b SGB XI Absatz 1 Nummer 4 (GesE, S. 26)

Zur Sicherstellung eines gelungenen Wissenstransfers ist die Refinanzierung der Personal- und Sachressourcen der Digitalisierung in den Blick zu nehmen. Dazu ist eine Erarbeitung der notwendigen Personalausstattung (z. B. Personalschlüssel, Zeitrichtwerte) für die Bereitstellung digitaler Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie die Begleitung der Digitalisierung in der Häuslichkeit und in Pflegeeinrichtungen notwendig.

Änderungsvorschlag:

*„4. Unterstützung des Wissenstransfers bei Themen der Digitalisierung in der Langzeitpflege für pflegebedürftige Menschen, ihre Pflegepersonen nach § 19, beruflich Pflegende und Pflegeberatende mit geeigneten Maßnahmen **inklusive einer Erarbeitung der notwendigen Personalausstattung für die Bereitstellung digitaler Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie die Begleitung der Digitalisierung in der Häuslichkeit und in Pflegeeinrichtungen.**“*

Artikel 1, Nummer 45

§ 125b SGB XI Absatz 2 Satz 1 (GesE, S. 26)

Die Festlegung auf eine Summe und einen Zeitraum ist zu überdenken und rechtzeitig eine entsprechende Überprüfung einzubauen, ob das geplante Finanzvolumen ausreichend ist. Die Umstellung des Gesundheits- und Pflegewesens darf nicht zu Lasten der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen oder in der Häuslichkeit gehen. Es ist zu begrüßen, dass die Finanzierung mitbedacht und konkret beziffert wurde. Jedoch ist die Begrenzung auf 2027 nicht sachgerecht, da davon auszugehen ist, dass der Digitalisierungsprozess einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen wird. Der Ausgleichsfonds übernimmt auch Zahlungsverpflichtungen mit Wirkung für die gesamte Pflegeversicherung, z. B. zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die TI. Es ist sicherzustellen, dass über den TI-Anbindung hinaus auch alle weiteren Kosten der Digitalisierung abgedeckt werden.

Änderungsvorschlag:

*„Für die Einrichtung des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung **zunächst 10 Millionen Euro im Zeitraum von 2023 bis mindestens 2027 zur Verfügung gestellt.**“*

Artikel 1, Nummer 45

§ 125b Absatz 4 Satz 1 SGB XI (GesE, S. 26)

Der DPR begrüßt die Anpassungen im GesE gegenüber dem RefE, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Arbeit des Kompetenzzentrums durch unabhängige Sachverständige veranlassen sollen.

Artikel 1, Nummer 45

§ 125b SGB XI Absatz 6 (GesE, S. 27)

Die Festlegung einer regelhaften Information ist aus Sicht des DPR sinnvoll. Diese sollte jedoch vom Kompetenzzentrum selbst erfolgen.

Änderungsvorschlag:

„~~Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen~~ **Das Kompetenzzentrum** informiert regelmäßig und aktuell über ~~die~~ **seine** Aktivitäten und Ergebnisse ~~des Kompetenzzentrums~~ auf einer eigens dafür eingerichteten barrierefreien Internetseite.“

Artikel 2, Nummer 7

§ 42a Absatz 1 SGB XI (GesE, S. 29, 87)

Der Gesetzgeber hat zurecht erkannt, dass Pflegepersonen nach § 19 SGB XI häufig auf Leistungen zur stationären Vorsorge und zur medizinischen Rehabilitation verzichten, da es einen hohen Aufwand erfordert, die Versorgung der pflegebedürftigen Person für die Dauer der Maßnahme zu organisieren. Der DPR begrüßt den Gedanken des Gesetzgebers, die Möglichkeit zu schaffen, dass Pflegepersonen nach § 19 SGB XI eine Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen können und deren betreute Pflegebedürftige in derselben Einrichtung versorgt werden können. Der DPR weist daraufhin, dass bereits jetzt aufgrund des Personalmangels keine ausreichenden Kapazitäten der etablierten Einrichtungsarten, unterstützender ambulanter Pflegedienste oder nahegelegener stationärer Pflegeeinrichtungen gibt, um die zusätzliche Versorgung der Pflegebedürftigen bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson nach § 19 SGB XI zu gewährleisten. Aufgrund der aktuellen Situation der ambulanten Pflegedienste und der begrenzten Kapazitäten stationärer Pflegeeinrichtung wird dieses dringend benötigte Entlastungsangebot für Pflegepersonen nach § 19 SGB XI nur nach und nach seine Wirkung entfalten können.

Artikel 2, Nummer 7

§ 42a Absatz 8 SGB XI (GesE, S. 29, 87)

Aus Sicht des DPR ist Versorgung in einer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung analog einer Kurzzeitpflege zu sehen, wie es unter Absatz 5 Satz 2 im Zusammenhang mit der Vergütung erfasst ist (GesE, S. 30). Die Sicherstellung der Qualität der Versorgung ist für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen über das Nachweisverfahren nach § 111 Absatz 7 SGB V und § 15 SGB VI etabliert. Eine weitere Regelung im SGB XI würde zusätzliche Bürokratie aufbauen.

Änderungsvorschlag:
§ 42a Absatz 8 ist zu streichen.

Artikel 2, Nummer 10

a) und b) § 44a Absatz 3 SGB XI (GesE, S. 31)

Der DPR begrüßt, dass der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld nun pro Kalenderjahr gegeben ist. In Anbetracht zunehmender Pflegesituationen in der Häuslichkeit aufgrund knapper und kostspieliger Pflegeheimplätze wie auch der Dauer von Pflegebedürftigkeit insbesondere auch bei den noch neuen Krankheitsbildern „Post-Covid“ und „Long-Covid“ ist der Anspruch nach § 2 des Pflegezeitgesetzes von Pflegeunterstützungsgeld für bis zu zehn Arbeitstagen pro Kalenderjahr in Hinblick auf die dringend erforderliche umfassende Reform der Pflegeversicherung aber zu kurz gegriffen.

Artikel 6, Nummer 8

§ 341 Absatz 8 SGB V (GesE, S. 34, 96)

Wie der DPR bereits in seiner Stellungnahme zum RefE gefordert hat, sollte gemäß § 360 Absatz 8 die Frist für die Anbindung an die TI für Pflegeeinrichtung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V sowie der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V mit der Frist der Anbindung von stationären Pflegeeinrichtungen bis zum 01.07.2025 harmonisiert werden. Einige Anbieter der TI, sind z.B. schon jetzt durch die erforderliche Einbindung von Rehaeinrichtungen überlastet, somit können die Einrichtungen die Voraussetzungen nicht zeitgerecht erfüllen. Zudem sind im arztorientierten Gesundheitswesen niedergelassene Ärzte noch nicht verpflichtet, sich an die TI anzubinden. Dadurch ergibt sich keine Möglichkeit der absehbaren Erleichterung und Entlastung für die verpflichteten Pflegeeinrichtungen, die beruflich Pflegenden, die Pflegepersonen nach § 19 SGB XI und die Pflegebedürftigen selbst.

Darüber hinaus gibt es zum jetzigen Zeitpunkt keine mobilen Kartenterminals und noch keine ausreichenden Lösungen, wie in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen der Zugang an die TI gelingen kann. Aktuell müssen die Versicherungskarten noch zum stationären Terminal in der ambulanten Pflegeeinrichtung gebracht werden. Auch die Finanzierung ist nicht geklärt. Daher wird vom DPR ein Gesamtaufschub mit einer gemeinsamen Frist gefordert. Schlussendlich sollten erst die Erkenntnisse aus dem Modellvorhaben zur Anbindung der Pflege an die TI nach § 125 SGB XI, welches noch eine Laufzeit bis 2024 hat, abgewartet werden.

Weder aus dem RefE noch dem GesE wird deutlich, ob eine neue einheitliche Grundlage zur Digitalisierung, Refinanzierung und Anbindung an die TI geschaffen werden soll. Sollte eine Ausweitung der Refinanzierung erfolgen, muss die Transparenz der refinanzierenden Anteile, z. B. Konnektorenanschluss, Wartung und technische Neuerung, ausgestaltet werden. Nicht ausreichend klar ist die derzeitige Information zur Refinanzierung. Es wird zwar über eine Deckelung von Anschluss- und Wartungskosten gesprochen, jedoch werden zur Nutzung durch die Leistungserbringer ein Institutionsausweis und ein elektronischer Heilberufausweis (SMC-B, eHBA) benötigt. Offen bleibt, ob die Bundesregierung auch hier eine Deckelung vorsieht und das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege ein Ansprechpartner in Sachen Digitalisierung und TI für die pflegerischen Leistungserbringer sein soll.

Zu bedenken ist, dass die monetäre und bürokratische Belastung der Leistungserbringer nicht mit der Installation und Einrichtung der Konnektoren endet. Es müssen Komponenten bestellt,

Mitarbeiter geschult und das System entsprechend gewartet werden. Eine finanzielle Belastung, die bei verpflichtender Umstellung der Subventionierung bedarf.

Zudem müssen für die Umsetzung der geplanten Digitalisierung die Infrastruktur vorhanden sowie die Interoperabilität gewährleistet sein. Dafür können nicht allein die Pflegekassen sorgen, sondern es sind alle relevanten Akteure einzubeziehen und bei der Rollenbeschreibung zu berücksichtigen: Bürger:innen, Pflegebedürftige, Pflegepersonen nach § 19 SGB XI, sowie Leistungserbringer (Institutionen und Gesundheitsberufe sowie Gesundheitsdienstleister), Wissenschaft, (Gesundheits-)IT-Branche, Industrie und Kostenträger. Darüber hinaus hebt der DPR hervor, dass weitere Bereiche der Gesellschaft, wie Arbeit, Soziales, Familie, Umwelt mitgedacht werden müssen.

Begründung Allgemeiner Teil, VI. Gesetzesfolgen, 2. Nachhaltigkeitsaspekte (GesE, S. 40)

Der DPR begrüßt, dass der GesE der deutschen Nachhaltigkeitsstrategie folgt und die Nachhaltigkeitsziele SGD 1 „keine Armut“, SDG 3 „Gesundheit und Wohlbefinden“ und SDG 8 „Menschenwürdige Arbeit und Wohlergehen“ in den Blick nimmt.

Der GesE wie auch schon der RefE versäumt aber, die Rahmenbedingungen an der Absichtserklärung und dem Bekenntnis des Klimapakts Gesundheit (BMG 2022) auszurichten. Die Verhältnisse im Gesundheit- und Pflegesystem müssen so angepasst werden, dass eine gesundheitsförderliche und klimafreundliche Versorgung möglich ist und dass geeignete Maßnahmen zur Klimaanpassung getroffen werden. Gesetzlich verankerte Klimaschutzmaßnahmen können langfristig zu einer Reduzierung der Klimaerwärmung und der daraus resultierenden Hitzewellen beitragen (SVR 2023, Nr. 1124-1125). Auch der Sachverständigenrat für Gesundheit und Pflege empfiehlt die Unterstützung und Förderung bei der Reduzierung des ökologischen Fußabdrucks im Gesundheitssystem.

Der GesE verpasst, wie auch schon der RefE aus Sicht des DPR, die Chance langfristige Anpassungen für eine Umsetzung von SDG 13 „Maßnahmen zum Klimaschutz“ und SDG 4 „Hochwertige Bildung“ für Pflegende im GesE vorzunehmen.

Fazit

Abschließend ist zu diesem GesE festzuhalten, dass eine wirkliche, zeitnah erforderliche Strukturreform der Pflegeversicherung immer noch aussteht.

Eine schnelle und spürbare qualitative Verbesserung der pflegerischen Versorgung und deren Sicherung ist nach wie vor möglich durch die Stärkung der Handlungsautonomien der beruflich Pflegenden und die Verbesserung der Bedingungen für Pflegepersonen nach § 19 SGB XI. Wie in den letzten Jahren wird die dringend notwendige Weiterentwicklung der Pflegeversicherung aber wieder in die Zukunft vertagt. Je später die Politik einen Konsens zu weitgreifenden Maßnahmen erringt, je mehr brechen die Versorgungsstrukturen zusammen. Die Gesundheit und die pflegerische Versorgung der Bevölkerung sind gefährdet.

Der DPR hat bereits die Forderung nach einer Steuerfinanzierung des Gesundheitssystems in die politische Debatte eingebracht, die bisher ungehört blieb.

Neben den Finanzierungsänderungen benötigt das deutsche Gesundheitswesen zügig eine grundlegende Neustrukturierung der Kompetenzen der Gesundheitsfachberufe sowie die Anerkennung der Langzeitpflege als Teil des Gesamtsystems. Dazu muss eine sinnvolle Zusammenführung von Leistungen aus dem SGB V und SGB XI in den Blick genommen werden.

Der GesE bietet keine langfristigen und tragfähigen Lösungen, um das Gesundheitswesen resilienter auf die zukünftigen ökologischen und demografischen Herausforderungen der Gesellschaft vorzubereiten. Die Fraktionen der SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP bleiben

mit ihrem GesE weiter bei dem Konzept der zersplitterten Gesetzgebung. Der DPR appelliert an die Fraktionen der Koalition, den genannten erforderlichen Umbau des Gesundheitswesens auf den Weg zu bringen.

Berlin, 08.05.2023

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt- Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
Fax: + 49 30 / 398 77 304
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de

Quellen

- Bundesministerium für Gesundheit - BMG (2022): Gemeinsame Erklärung „Klimapakt Gesundheit“. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheit/Erklaerung_Klimapakt_Gesundheit_A4_barrierefrei.pdf
- Bundesregierung (2021): Koalitionsvertrag 2021-2025 „Mehr Fortschritt Wagen- Bündnis Für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit“ zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90 / Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP). URL: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/1f422c60505b6a88f8f3b3b5b8720bd4/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>
- Büscher A, Jendrzej B, Krautz B, Weiß T: Pflegeprozesse selbstbewusst verantworten. Die Schwester/Der Pfleger 04/2023 (18) 18:24
- Deutscher Pflegerat e.V. DPR (2023a): Pressemitteilung zum Referentenentwurf zum Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz -PUEG. Nr. 09/2023. (veröffentlicht: 01.03.2023)
- Deutscher Pflegerat e.V. - DPR (2023b): Pressemitteilung zur Ersten Lesung Pflegereform. Nr. 19/2023. (veröffentlicht: 27.04.2023)
- Deutscher Pflegerat e.V. – DPR (2023c): Ursachen und Auswirkungen der Leiharbeit in der Pflege entgegenwirken. Positionspapier (Stand: 28.04.2023). URL: http://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2023/05/dpr_ursachen-und-auswirkungen-der-leiharbeit-in-der-pflege_aktualisiert_230428.pdf
- Deutscher Pflegerat e.V. - DPR (2022): Verbändebündnis Digitalisierung in der Pflege: Entwurf für Aufbau und Aufgaben des Kompetenzzentrums Digitale Pflege. URL: <https://deutscher-pflegerat.de/2022/07/21/verbaendebuendnis-digitalisierung-in-derpflege-entwurf-fuer-aufbau-und-aufgaben-des-kompenzzentrums-digitale-pflege>
- Kuttner W (2023): Warum Leiharbeit in Skandinavien boomt und was Deutschland lernen kann. URL: <https://www.bibliomed-pflege.de/news/warum-leiharbeit-in-skandinavien-boomt-und-was-deutschland-lernen-kann>
- International Council of Nurses - ICN (2023): Recover to rebuild. Investing in the nursing workforce for Health System effectiveness. URL: <https://www.icn.ch/publications/recover-rebuild>
- Medizinischer Dienst – MD Bund (2023): Telefonische Pflegebegutachtung für die Versorgungssicherheit unverzichtbar. Pressemitteilung (veröffentlicht am 04.04.2023)
- Medizinischer Dienst – MD Bund (2022): Versichertenbefragung 2022. URL: https://md-bund.de/fileadmin/bilder/Infografiken/Infografik_VB_2022_Zufriedenheit_Befragten_durch_MD.jpg
- Sachverständigenrat für Gesundheit und Pflege - SVR (2023): Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2023/Gesamtgutachten_ePDF_Final.pdf
- Statistisches Bundesamt- Destatis (2023): Pflegevorausberechnung: 1,8 Millionen mehr Pflegebedürftige bis zum Jahr 2055 zu erwarten. Pressemitteilung Nr. 124 (veröffentlicht am 30.03.2023)
- Statistisches Bundesamt – Destatis (2023): Pflegestatistik 2021. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html#sprg229164
- Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung - WZB (2022): Die Umsetzung des Digitalpakts Schule Perspektiven der schulischen Praxis auf zentrale Steuerungsfragen und -herausforderungen. URL: https://www.uni-hildesheim.de/media/fb1/sozialpaedagogik/Forschung/Umsetzung_des_Digitalpakts_Schule/Projektbericht_DigitalPakt_final.pdf

Stellungnahme der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP „Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)“ (BT-Drucksache 20/6544), Antrag der Fraktion AfD „Pflegeversicherung – Bürokratie abbauen, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen entlasten“ (BT-Drucksache 20/4669), Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Gute Pflege stabil finanzieren“ (BT-Drucksache 20/6546)

Stellungnahme der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins (DV 15/23)
vom 8. Mai 2023

Inhalt

Vorbemerkung zum Gesetzentwurf	3
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	4
1. § 8 SGB XI-E Digitalisierung	4
2. §§ 18 – 18e SGB XI-E Neustrukturierung und Systematisierung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	4
3. § 30 SGB XI-E Dynamisierung	5
4. § 55 Absätze 1, 3, 5 SGB XI-E Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung	5
5. § 75 Absatz 3 und § 113c Absatz 2 SGB XI-E Personalpools	6
6. §113c SGB XI-E Personalbemessungsinstrument	6
7. § 125b SGB XI-E Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege	7
Artikel 2 (Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	7
1. §§ 36 und 37 SGB XI-E Erhöhung des Sachleistungsbetrags und des Pflegegeldes	7
2. § 43c SGB XI-E Erhöhung der Zuschüsse zu pflegebedingten Eigenanteilen	8
3. § 44a SGB XI-E Pflegeunterstützungsgeld	8
Artikel 6 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	8
§ 341 Absatz 8 SGB XI-E Telematikinfrastruktur	8
Weitere Anmerkungen zum Gesetzentwurf	9
Gemeinsamer Jahresbeitrag	9
Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier	9
Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Gute Pflege stabil finanzieren“	10
Forderung 1: Übergangswiseiger Einsatz von Steuermitteln	10
Forderung 2 und 3: Verbreiterung der Beitragsbemessung	10
Forderung 4: Einbeziehung der privaten Pflegeversicherung in den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung	11
Forderung 5: Erhöhung der Leistungen um 20 %	11
Forderung 6: Leistungsdynamisierung	12
Forderung 7: Konzertierte Aktion Langzeitpflege	12

Die Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP haben am 25. April 2023 den Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) vorgelegt. Die Fraktion DIE LINKE. legte am 25. April den Antrag „Gute Pflege stabil finanzieren“ vor. Der Deutsche Verein bedankt sich für die Gelegenheit, hierzu Stellung zu nehmen. Die nachfolgende Stellungnahme zum Gesetzentwurf und zum Antrag wurde von der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins erarbeitet. Eine Beschlussfassung durch das Präsidium des Deutschen Vereins war aufgrund der kurzen Frist zur Stellungnahme bis zum 8. Mai 2023 nicht möglich. Wir behalten uns daher vor, ergänzende bzw. weitere Anmerkungen im laufenden Gesetzgebungsverfahren einzubringen.

Vorbemerkung zum Gesetzentwurf

Die nachhaltige Verbesserung und Stabilisierung der Finanzierung der Pflegeversicherung ist die aktuelle Herausforderung, an der sich der vorgelegte Gesetzentwurf messen lassen muss. Aus Sicht des Deutschen Vereins sind die im Entwurf vorgeschlagenen Beitragserhöhungen zur Stabilisierung der Einnahmesituation der sozialen Pflegeversicherung allein nicht ausreichend. Es fehlen wesentliche Vorschläge für eine auskömmliche und auch zukünftig sichere Finanzierung der Pflegeversicherung. Die im Koalitionsvertrag vereinbarte Finanzierung der Rentenbeiträge für pflegende Angehörige (3,7 Milliarden Euro) sowie der pandemiebedingten Zusatzkosten der Pflegekassen (5,5 Milliarden Euro) aus Steuermitteln sollte dringend umgesetzt werden. Der Deutsche Verein empfiehlt die Einführung eines fest an die Finanzierung spezifischer gesamtgesellschaftlicher Leistungen gebundenen Steuerzuschusses.¹ Durch die Bindung soll eine „Finanzierung nach Kassenlage“ vermieden werden. Begründen lässt sich ein solcher Zuschuss erstens damit, dass von der Pflegeversicherung eine Reihe gesamtgesellschaftlicher Leistungen erbracht werden, zweitens muss der Bund die Funktionsfähigkeit des Sozialversicherungssystems gewährleisten, da dessen Funktionsfähigkeit im öffentlichen Interesse liegt.

Die genannten Ziele des Entwurfs werden von der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins grundsätzlich begrüßt. Positiv bewertet wird insbesondere die Ausweitung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld auf bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr. Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins weist aber darauf hin, dass die angestrebten finanziellen Entlastungen für die pflegebedürftigen Menschen mit den im Entwurf anvisierten Fristen zu spät kommen und zu gering ausfallen. Um die genannten Ziele zu erreichen, wird eine umfassende Pflegereform, mit der die pflegebedingten Eigenanteile sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich in Höhe und Dauer begrenzt werden, als notwendig angesehen. Der Deutsche Verein stellt fest, dass der vorgelegte Gesetzentwurf mit Blick auf die finanzielle Entlastung der Pflegebedürftigen und die nachhaltige Stabilisierung der Finanzierung der Pflegeversicherung deutlich hinter den Erwartungen zurückbleibt.

Ihre Ansprechpartnerin
im Deutschen Verein:
Dr. Anna Sarah Richter.

¹ Positionen und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege, NDV 2021, 31 ff.

Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins nimmt zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfs sowie ausgewählten Punkten des Antrags der Fraktion DIE LINKE. „Gute Pflege stabil finanzieren“ Stellung.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

1. § 8 SGB XI-E Digitalisierung

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz von 2019 wurden Fördermittel bereitgestellt, um durch einen einmaligen Zuschuss an jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften durch digitale Technik zu verbessern.

Mit der vorgeschlagenen Änderung soll die Förderung bis 2030 verlängert und die Zielrichtung förderfähiger digitaler Anwendungen ausgeweitet werden. Neben der Entlastung der Pflegekräfte können nun auch solche Anwendungen gefördert werden, die der Verbesserung der pflegerischen Versorgung oder der Stärkung der Beteiligung von Pflegebedürftigen dient. Darüber hinaus soll auch die Aus-, Fort- und Weiterbildung zu digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften förderfähig werden.

Bewertung: Die Verlängerung des Förderzeitraums und die Ausweitung der Zielrichtung förderfähiger digitaler Anwendungen wird von der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins begrüßt. Digitale Kommunikations- und Unterstützungstechnologien sollten in ihrer ganzen Bandbreite eingesetzt werden, damit sie sowohl für Pflegekräfte als auch für die Pflegebedürftigen selbst direkten Nutzen bringen.

2. §§ 18 – 18e SGB XI-E Neustrukturierung und Systematisierung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die §§ 18 bis 18e strukturieren das Verfahren zur Begutachtung für Pflegebedürftige, deren Zu- und Angehörige, die Pflegekassen und den Medizinischen Dienst zu einem schnelleren, transparenteren und besser verständlichen System in fünf neuen Vorschriften um: § 18 grundlegende Steuerungsaufgaben der Pflegekassen, § 18a Durchführung der Begutachtung, 18b Inhalte des Gutachtens, 18c Verfahren und Fristen zur Bescheiderteilung, § 18 d Berichtspflichten der Pflegekassen. § 18 e enthält die Grundlagen zur wissenschaftlichen Erprobung von Weiterentwicklungsmöglichkeiten des Pflegebegutachtungsverfahrens.

Bewertung: Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins begrüßt diese Neustrukturierung. Zügige, transparente und gut strukturierte Begutachtungsverfahren bilden die Grundlage für eine schnelle Verfügbarkeit der Leistungen der Pflegeversicherung, was die Versorgung Pflegebedürftiger erleichtert und Zu- und Angehörige gerade in der Anfangsphase einer neu aufgetretenen oder erhöhten Pflegebedürftigkeit entlastet. Die nunmehr neu in § 18e verankerte wissenschaftliche Erprobung von Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Pflegebegutachtung kann grundsätzlich begrüßt werden; soweit diese aber darauf abzielt, Begutachtungen im Wohnbereich durch den Einsatz telefonischer und digitaler Kommunikationsmittel zu ersetzen, muss dies kritisch betrachtet werden. Im häuslichen Umfeld

sind die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und bestehende Fähigkeiten am eindeutigsten festzustellen. Auch unter dem Aspekt der Barrierefreiheit ist eine Begutachtung in der eigenen Häuslichkeit telefonischer und digitaler Kommunikation vorzuziehen.

3. § 30 SGB XI-E Dynamisierung

Die nach geltendem Recht für das Jahr 2024 vorgesehene Leistungsdynamisierung wird auf das Jahr 2025 verschoben. Begründet wird dies mit im Entwurf vorgesehenen Leistungsanhebungen zum 1. Juli 2023 und zum 1. Januar 2024. Die Neuregelung sieht vor, dass zum 1. Januar 2025 die ab 1. Januar 2024 geltenden Beträge für Leistungen der Pflegeversicherung um 5 % steigen. Zum 1. Januar 2028 sollen Geld- und Sachleistungen regelhaft in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate dynamisiert werden. Die jeweils turnusmäßig vorgesehene Prüfung durch die Bundesregierung entfällt damit.

Der Deutsche Verein stellt fest, dass eine regelhafte Dynamisierung der Leistungen ein Weg ist, die pflegebedingten Eigenanteile kurzfristig zu begrenzen. Er weist jedoch darauf hin, dass die Orientierung an der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung der Spezifik der Pflege nicht gerecht wird, da die Kostenentwicklung hier eine weitaus größere Dynamik aufweist. Aus diesem Grund hat der Deutsche Verein bereits 2021 eine jährliche und regelhafte Dynamisierung der Leistungen entsprechend der Preisentwicklung und der Personalkostenentwicklung in der Pflege empfohlen.² Die jährliche und regelhafte Dynamisierung wird lediglich als kurzfristige Maßnahme eingeschätzt, die eine umfassende Reform der Pflegeversicherung nicht ersetzen kann. Langfristig wird das Modell des Sockel-Spitze-Tauschs mit der grundlegenden Idee eines festen und damit in der Höhe und ggf. auch in der Dauer begrenzbaren Eigenanteils als richtungsweisend eingeschätzt.³

4. § 55 Absätze 1, 3, 5 SGB XI-E Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung

Der bundeseinheitliche Beitragssatz wird um 0,35 Prozentpunkte erhöht. Außerdem soll die Bundesregierung mit der Neuregelung ermächtigt werden, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates den Beitragssatz anzupassen, wenn der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung absehbar das gesetzliche Soll zu unterschreiten droht.

Mit den Änderungen in § 55 Absatz 3 wird der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 umgesetzt, in dem dieses es als mit dem Grundgesetz nicht vereinbar angesehen hatte, dass beitragspflichtige Eltern in der sozialen Pflegeversicherung unabhängig von der Zahl ihrer Kinder mit gleichen Beträgen belastet werden.

Bewertung: Der Deutsche Verein gibt zu bedenken, dass die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung allein über Erhöhung der Beitragssätze in Zukunft nicht ausreichen wird. Die Anpassung des Beitragssatzes durch Rechtsverordnung,

² Ebd.

³ Ebd.

wenn auch nun mit Zustimmung des Bundesrates, wird vor diesem Hintergrund kritisch bewertet. Der Deutsche Verein hat bereits 2021 Empfehlungen zur Erweiterung der Finanzierungsgrundlage der Pflegeversicherung ausgesprochen. Dazu gehört ein fest an die Finanzierung spezifischer gesamtgesellschaftlicher Leistungen gebundener Steuerzuschuss.⁴ Im Koalitionsvertrag wurde vereinbart, die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige aus Steuermitteln zu finanzieren. Der Deutsche Verein bekräftigt diesen Vorschlag und empfiehlt, die Rentenbeiträge pflegender Angehöriger gemäß Koalitionsvertrag künftig durch einen Steuerzuschuss zu finanzieren. Darüber hinaus sollte geprüft werden, wie die Einnahmehasis der Pflegeversicherung durch Einbeziehung anderer Einkommensarten in die Beitragsbemessung verbreitert und damit weniger krisenanfällig gemacht werden kann. Vor dem Hintergrund des bestehenden Ungleichgewichts zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung, welches der ausgewogenen Lastenverteilung zwischen den beiden Versichertengruppen widerspricht, bekräftigt der Deutsche Verein die Empfehlung an den Gesetzgeber, einen Ausgleichmechanismus zu entwickeln und zu implementieren, der eine ausgewogene Lastenverteilung sicherstellt.⁵

Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins begrüßt, dass mit der vorliegenden Neuregelung der Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung stärker nach der Kinderzahl differenziert und damit der Erziehungsaufwand von Eltern berücksichtigt wird. Zur Frage, inwieweit die konkrete Ausgestaltung der Umsetzung ausreichend und angemessen ist, kann derzeit keine Stellungnahme der Geschäftsstelle abgegeben werden.

5. § 75 Absatz 3 und § 113c Absatz 2 SGB XI-E Personalpools

Die vorgeschlagenen Änderungen sollen die Rahmenbedingungen dafür schaffen, dass betriebliche Ausfallkonzepte etabliert werden können, indem in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI sowie in den Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 für vollstationäre Pflegeeinrichtungen Personal für Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte berücksichtigt werden soll.

Bewertung: Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins begrüßt die vorgeschlagene Regelung, die erstens dazu beitragen kann, verlässliche Dienstpläne umzusetzen und damit die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern. Zweitens kann so das in der Konzertierte Aktion Pflege vereinbarte Ziel erreicht werden, Leiharbeit in der Langzeitpflege zu reduzieren und damit das Stammpersonal zu entlasten.

6. §113c SGB XI-E Personalbemessungsinstrument

Die vorgeschlagenen Änderungen in § 113c Absatz 3 zielen darauf, stationäre Pflegeeinrichtungen darin zu unterstützen, die bundeseinheitlichen Personalanhaltswerte schneller umzusetzen, indem Anreize dafür gesetzt werden, Hilfskräfte ohne Ausbildung in landesrechtlich geregelten Assistenzbildungen zu qualifizieren.

4 Ebd.

5 Ebd.

Bewertung: Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins begrüßt das Ziel, die Umsetzung des bundeseinheitlichen Personalbemessungsinstrumentes in stationären Pflegeeinrichtungen zu beschleunigen. Begrüßt wird insbesondere, dass unterschiedliche Möglichkeiten eröffnet werden, die Pflegeassistentenausbildung berufsbegleitend zu absolvieren. Die Länder sind hier aufgefordert, entsprechende Regelungen und Angebote zu schaffen, sofern das noch nicht der Fall ist.

7. § 125b SGB XI-E Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

Vorgesehen ist die Einrichtung eines Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Aufgaben sind neben Analyse und Evaluation die Entwicklung von Handlungsempfehlungen, der Wissenstransfer und die Erarbeitung von Empfehlungen zur Digitalisierung bei der Vermittlung von Plätzen und Angeboten der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Das Kompetenzzentrum soll einen Baustein der im Koalitionsvertrag vorgesehenen Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege bilden.

Bewertung: Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins begrüßt die Einrichtung des Kompetenzzentrums, um die Chancen der Digitalisierung für eine bessere Versorgung der Pflegebedürftigen, der Stärkung ihrer Selbstständigkeit und Teilhabemöglichkeiten sowie der Entlastung von Pflegekräften besser zu nutzen.

Artikel 2 (Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

1. §§ 36 und 37 SGB XI-E Erhöhung des Sachleistungsbetrags und des Pflegegeldes

Die Leistungsbeträge für ambulante Sachleistungen sowie für das Pflegegeld sollen zum 1. Januar 2024 um 5 % angehoben werden.

Bewertung: Der Deutsche Verein begrüßt ausdrücklich alle Bemühungen, die häusliche Pflege zu stärken. Dazu gehört auch die Erhöhung der Leistungsbeträge für ambulante Sachleistungen und für das Pflegegeld. Angesichts der starken Kostensteigerungen in der Pflege durch die dringend notwendige Tarifbindung und -erhöhung sowie einer hohen Inflationsrate von zeitweise über 8 % schätzt die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins die geplanten Erhöhungen allerdings als zu spät und zu niedrig ein. Die geplanten Erhöhungen werden absehbar nicht ausreichen, um die realen Kostensteigerungen auszugleichen. Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins sieht insbesondere für Pflegebedürftige, die durch ambulante Dienste versorgt werden, das Risiko einer Unterversorgung, da Leistungen nicht in ausreichendem Umfang in Anspruch genommen werden können. Die geringe und späte Erhöhung des Pflegegeldes entspricht nicht der Anerkennung und Wertschätzung, die pflegenden An- und Zugehörigen gebührt.

2. § 43c SGB XI-E Erhöhung der Zuschüsse zu pflegebedingten Eigenanteilen

Die Zuschüsse zu den pflegebedingten Eigenanteilen bei stationärer Versorgung, die nach Dauer des Heimaufenthalts gestaffelt sind, sollen um 5 – 10 % erhöht werden.

Bewertung: Der Deutsche Verein begrüßt grundsätzlich die Entlastung derjenigen Pflegebedürftigen, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben und die in starkem Maße von den steigenden Kosten in der Pflege betroffen sind. Der Deutsche Verein hat den Gesetzgeber bereits im Jahr 2021 dazu aufgefordert, Regelungen zu treffen, um die pflegebedingten Eigenanteile effektiv und dauerhaft zu begrenzen. Aus Sicht des Deutschen Vereins ist eine feste Begrenzung der Eigenanteile in Höhe und Dauer notwendig, um die pflegebedingten Kosten berechenbar zu machen. Die prozentuale Begrenzung der Eigenanteile, wie sie mit den derzeitigen Zuschüssen durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) zum 1. Januar 2022 eingeführt wurde, wird als mögliche Übergangslösung zu einer umfassenden Reform eingeschätzt.⁶ Außerdem sollte die im Koalitionsvertrag vereinbarte Übernahme der Behandlungspflege durch die Krankenversicherung umgesetzt werden.⁷

3. § 44a SGB XI-E Pflegeunterstützungsgeld

Die Änderung sieht vor, dass sich der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung künftig auf bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr beläuft.

Bewertung: Der Deutsche Verein begrüßt den Änderungsvorschlag ausdrücklich. Er entspricht seiner Empfehlung,⁸ pflegenden Angehörigen, wenn nötig regelmäßige Auszeiten zu ermöglichen, da Pflegebedürftigkeit ein dynamischer Prozess ist, in dem es immer wieder zu plötzlichen Veränderungen der benötigten Unterstützung kommen kann.

Artikel 6 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 341 Absatz 8 SGB XI-E Telematikinfrastuktur

Die Regelung sieht vor, dass die bisher weitgehend freiwillige Anbindung der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastuktur durch einen verpflichtenden Anschluss zum 1. Juli 2025 ersetzt wird.

Bewertung: Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins begrüßt diese Regelung. Eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit unter Nutzung der Potenziale der Digitalisierung kann so flächendeckend ab 1. Juli 2025 greifen. Durch die damit verbundene Möglichkeit, Verordnungen elektronisch abzurufen, wird die schnelle und zielgerichtete Versorgung der Pflegebedürftigen gestärkt.

6 Ebd.

7 Ebd.

8 Ebd.

Weitere Anmerkungen zum Gesetzentwurf

Gemeinsamer Jahresbeitrag

Mit Bedauern stellt die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins e.V. fest, dass im vorgelegten Gesetzentwurf die Regelungen zum gemeinsamen Jahresbeitrag aus dem Referentenentwurf vom 24. Februar 2023 nicht mehr enthalten sind. Im neuen § 42a SGB XI-E sollten die Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI-E und der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI-E zu einem gemeinsamen Jahresbetrag zusammengefasst werden. Dieser Betrag kann von den Anspruchsberechtigten flexibel eingesetzt werden. Der Deutsche Verein hat die Regelung in seiner Stellungnahme vom 2. März 2023 begrüßt, sie entsprechen seinen Empfehlungen aus dem Jahr 2021. Vor allem aber entspricht die Flexibilisierung der Lebensrealität der Pflegebedürftigen und ihrer Zu- und Angehörigen und verbessert ihre Situation. Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins e.V. regt an, die Regelung im Zuge des laufenden Gesetzgebungsverfahrens wieder aufzugreifen.

Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier

Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins nimmt zur Kenntnis, dass das im Referentenentwurf enthaltene Budget für Modellvorhaben in dem aktuell vorliegenden Gesetzentwurf der Fraktionen nicht mehr enthalten ist. Ziel der Regelung war die Förderung regionalspezifischer versorgungssystemübergreifender Modellvorhaben vor Ort und im Quartier für Pflegebedürftige und deren Pflegepersonen. Sie sollten Kommunen die Möglichkeit geben, Pflegestrukturen vor Ort zu koordinieren und zu vernetzen, sozialräumliche Hilfen im Vor- und Umfeld von Pflege zu fördern und eine Verbesserung des Zuganges und der Nutzung der Pflege- und Unterstützungsangebote am konkreten Lebensort der Pflegebedürftigen zu fördern.

Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins regt an, die gemeinsamen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier im weiteren Gesetzgebungsverfahren wieder aufzunehmen, um so die Rolle der Kommunen in der Pflege zu stärken. Sie weist jedoch darauf hin, dass – insbesondere bei einer anteiligen Finanzierung durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft – die im Koalitionsvertrag vereinbarte Stärkung der Kommunen zur Verwirklichung des Vorhabens gemeinsamer Modellvorhaben durch Mitsprache und Gestaltungsrechte für die Voraussetzungen der Förderung unbedingt Niederschlag finden sollte. Anders als im Referentenentwurf vorgesehen, sollten die Empfehlungen über Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung also nicht allein durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Verband der privaten Krankenversicherung beschlossen und den Ländern hier lediglich über die Zustimmungspflichtigkeit eine Einflussnahme ermöglicht werden.

Darüber hinaus bekräftigt der Deutsche Verein seine Empfehlungen von 2021 zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege: Um das Steuerungs- und Wirkungspotenzial kommunaler Pflegeplanung zu erweitern, empfiehlt der Deutsche

Verein eine verpflichtende Berücksichtigung der kommunalen Pflegeplanung bei der Zulassung von Einrichtungen der Pflege. Situationen von Unter- und Fehlversorgung kann auf diese Weise entgegengewirkt, die vorhandenen Personalressourcen optimal genutzt und eine bedarfsgerechte und sozialraumorientierte Infrastruktur (weiter-)entwickelt werden.

Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Gute Pflege stabil finanzieren“

Im Antrag „Gute Pflege stabil finanzieren“ der Fraktion DIE LINKE. werden kurz- und langfristige Forderungen zur nachhaltigen Finanzierung der Pflegeversicherung und zur Ausweitung der Leistungen formuliert.

Forderung 1: Übergangsweiser Einsatz von Steuermitteln

Zur Gegenfinanzierung von ebenfalls geforderten Leistungsverbesserungen wird gefordert, übergangsweise Steuermittel des Bundes einzusetzen. Mit der Einführung einer veränderten Beitragsfinanzierung soll sich der Steueranteil sukzessive verringern.

Bewertung: Der Deutsche Verein hat 2021 Empfehlungen zur Erweiterung der Finanzierungsgrundlage der Pflegeversicherung ausgesprochen. Dazu gehört ein fest an die Finanzierung spezifischer gesamtgesellschaftlicher Leistungen gebundener Steuerzuschuss.⁹ Durch diese Bindung soll eine „Finanzierung nach Kassenlage“ vermieden werden. Nach Einschätzung der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins könnte diese Bindung auch das „Hineinregieren“ des Bundesministeriums für Finanzen in Angelegenheiten des Bundesministeriums für Gesundheit verhindern. Begründen lässt sich ein solcher Steuerzuschuss erstens damit, dass von der Pflegeversicherung eine Reihe gesamtgesellschaftlicher Leistungen erbracht werden, z.B. das Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a SGB XI, die beitragsfreie Familienmitversicherung, die Anschubfinanzierung für die Digitalisierung und die Förderung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf. Zweitens muss der Bund die Funktionsfähigkeit des Sozialversicherungssystems gewährleisten, da dessen Funktionsfähigkeit im öffentlichen Interesse liegt.

Forderung 2 und 3: Verbreiterung der Beitragsbemessung

Gefordert wird die sofortige Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze wie auch der Jahresarbeitsentgeltgrenze (Versicherungspflichtgrenze). Mit einem Jahr Vorlauf soll dann die Beitragspflicht auf alle Einkommensarten ausgeweitet werden.

Bewertung: Aus Sicht des Deutschen Vereins resultieren die finanziellen Defizite der Pflegeversicherung zu einem bedeutenden Teil aus den zu geringen Einnahmen.¹⁰ Die vollständige Abhängigkeit der Einnahmen in der Pflegeversicherung von Arbeitsentgelt, Renteneinkünften bzw. gleichgestellten Einkommen macht das System anfällig für negative Schwankungen auf dem Arbeitsmarkt. Entspre-

⁹ Ebd.

¹⁰ Ebd.

chend wurde bereits 2004 vorgeschlagen, auch andere Einkommensarten wie Kapitalerträge oder Mieteinnahmen in die Beitragsbemessung einzubeziehen.¹¹ Die Einbeziehung anderer Einkommensarten in die Beitragsbemessung ist von daher grundsätzlich zu begrüßen, die genaue Ausgestaltung ist aus Sicht des Deutschen Vereins zu prüfen.¹²

Forderung 4: Einbeziehung der privaten Pflegeversicherung in den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung

Um die unterschiedlichen Ausgaben pro versicherter Person zwischen der privaten und sozialen Pflegeversicherung auszugleichen, soll die private Pflegeversicherung in den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung einbezogen werden. Langfristig sollen die bislang privat Pflegeversicherten vollständig in das System der sozialen Pflegeversicherung einbezogen werden.

Bewertung: Aus Sicht des Deutschen Vereins besteht aktuell ein Ungleichgewicht zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung. Das Versicherungskollektiv der privaten Pflegeversicherung weist eine günstigere Alters- und Geschlechterstruktur auf, bei gleichzeitig niedrigeren Pflegeprävalenzen. Da Leistungsrecht und Begutachungskriterien bei beiden Versicherungszweigen gleich sind, betragen die Leistungsausgaben der Privatversicherten nur 40 % derjenigen der Sozialversicherten.¹³ Das widerspricht der vom Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 3. April 2001 geforderten „ausgewogenen Lastenverteilung“ zwischen den Versichertengruppen der sozialen und der privaten Pflegeversicherung.¹⁴ Vor diesem Hintergrund spricht sich der Deutsche Verein dafür aus, einen Ausgleichmechanismus zu entwickeln und zu implementieren, der eine ausgewogene Lastenverteilung sicherstellt.¹⁵ Die Einbeziehung der privaten Pflegeversicherung in den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung könnte einen solchen Mechanismus darstellen.

Forderung 5: Erhöhung der Leistungen um 20 %

Statt um 5 % sollen Leistungen der Pflegeversicherung (Pflegegeld, ambulante Sachleistungen, Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege sowie Leistungszuschläge für langfristige stationäre Leistungen) um 20 % erhöht werden.

Bewertung: Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins schätzt angesichts der starken Kostensteigerungen in der Pflege durch die dringend notwendige Tarifbindung und -erhöhung sowie einer hohen Inflationsrate von zeitweise über 8 % die im PUEG vorgesehenen Erhöhungen als zu spät und zu niedrig ein. Die geplanten Erhöhungen werden absehbar nicht ausreichen, um die realen Kostensteigerun-

11 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Reformbedarf in der Pflegeversicherung, NDV 8/2004, 263

12 Positionen und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege, NDV 2021, 31 ff.

13 Rothgang, Heinz et al.: 2. Gutachten Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung, 2019, https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Gutachten/2._Gutachten_AAPV_-_Langfassung.pdf

14 BVerfG, Urteil des Ersten Senats vom 3. April 2001 – 1 BvR 2014/95 –, Rn. 92, http://www.bverfg.de/e/rs20010403_1bvr201495.html.

15 Positionen und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege, NDV 2021, 31 ff.

gen auszugleichen. Zur Frage des genauen Umfangs der Leistungserhöhungen kann derzeit keine Stellungnahme der Geschäftsstelle abgegeben werden.

Forderung 6: Leistungsdynamisierung

Gefordert wird eine jährlich Leistungsdynamisierung entlang der aktuellen Teuerungsrate. Nicht erfolgte Erhöhungen der vergangenen Jahre seit 2020 sollen nachgeholt werden.

Bewertung: Aus Sicht des Deutschen Vereins wird eine Dynamisierung entsprechend der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung der Spezifik der Pflege insofern nicht gerecht, als dass hier größere Handlungserfordernisse bestehen als in anderen Berufszweigen. Eine Dynamisierungsregelung sollte dementsprechend so ausgestaltet sein, dass eine Angleichung der Leistungen an die tatsächliche Kostenentwicklung in der Pflege nach festgelegten Kriterien erfolgt. Um der Dynamik der Kostenentwicklung standzuhalten, ist eine jährliche Dynamisierung nötig, die neben der Preisentwicklung auch die Personalkostenentwicklung in der Pflege einbezieht. Der Vorschlag einer jährlichen und regelhaften Dynamisierung der Leistungen wird begrüßt, diese sollte sich aber an der Preisentwicklung und der Personalkostenentwicklung in der Pflege orientieren.

Forderung 7: Konzertierte Aktion Langzeitpflege

Gefordert wird eine „Konzertierte Aktion Langzeitpflege“, die es zur Aufgabe hat, notwendige Leistungsverbesserungen zu benennen (z. B. Sockel-Spitze-Tausch) und verbindliche Wege zu finden, um Pflegeberufe attraktiver zu gestalten.

Bewertung: Die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins begrüßt den Vorschlag, langfristig eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung in einer gemeinsamen und ressortübergreifenden Strategie anzugehen. In seinen Empfehlungen hat der Deutsche Verein das Modell des Sockel-Spitze-Tauschs trotz noch offener Fragen als einen wichtigen Impuls für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung beschrieben. Die grundlegende Idee eines festen und damit in der Höhe (und ggf. auch in der Dauer) begrenzten Eigenanteils wird als richtungweisend eingeschätzt. Langfristig werden außerdem eine Neukonzeptionierung und Erhöhung der Durchlässigkeit der Leistungen im System der Pflegeversicherung für erforderlich gehalten.¹⁶

16 Ebd.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. – seit über 140 Jahren das Forum des Sozialen

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. ist das gemeinsame Forum von Kommunen und Wohlfahrtsorganisationen sowie ihrer Einrichtungen, der Bundesländer, der privatgewerblichen Anbieter sozialer Dienste und von den Vertretern der Wissenschaft für alle Bereiche der Sozialen Arbeit, der Sozialpolitik und des Sozialrechts. Er begleitet und gestaltet durch seine Expertise und Erfahrung die Entwicklungen u.a. der Kinder-, Jugend- und Familienpolitik, der Sozial- und Altenhilfe, der Grundsicherungssysteme, der Pflege und Rehabilitation. Der Deutsche Verein wird gefördert aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Impressum

Herausgeber:

Deutscher Verein für öffentliche und private
Fürsorge e.V.

Michael Löher, Vorstand

Michaelkirchstr. 17/18

10179 Berlin

www.deutscher-verein.de

E-Mail info@deutscher-verein.de

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend