

12.05.23

Stellungnahme

des Bundesrates

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

Der Bundesrat hat in seiner 1033. Sitzung am 12. Mai 2023 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Artikel 1 Nummer 5a – neu – (§ 11 Absatz 2 Satz 3 SGB XI)

In Artikel 1 ist nach Nummer 5 folgende Nummer 5a einzufügen:

„5a. § 11 Absatz 2 Satz 3 wird gestrichen.“

Folgeänderung:

Artikel 1 Nummer 27 ist wie folgt zu fassen:

„27. § 72 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- a) Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) < ... weiter wie Vorlage ... >
 - bb) < ... weiter wie Vorlage ... >
- b) Satz 2 wird gestrichen.“

Begründung:

Die Betreuung und Versorgung von Pflegebedürftigen ist eine der großen gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen der kommenden Jahre. Zu ihrer Bewältigung bedarf es eines weiteren Ausbaus der pflegerischen Infrastruktur, der sowohl stationäre als auch ambulante pflegerische Angebote umfasst.

In § 11 SGB XI werden die Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen dahingehend festgelegt, dass bei der Durchführung des SGB XI die Vielfalt der Träger von Pflegeeinrichtungen zu wahren sowie deren Selbständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit zu achten ist. Dem Auftrag kirchlicher und sonstiger Träger der freien Wohlfahrtspflege, kranke, gebrechliche und pflegebedürftige Menschen zu pflegen, zu betreuen, zu trösten und sie im Sterben zu begleiten, ist Rechnung zu tragen.

Hinderlich für das notwendige Engagement der öffentlichen Träger ist die Regelung des § 11 Absatz 2 Satz 3 SGB XI, welche das Subsidiaritätsprinzip enthält. Danach haben freigemeinnützige und private Träger Vorrang gegenüber öffentlichen Trägern. Öffentliche Träger (zum Beispiel für Städte) dürfen nach geltender Rechtslage Leistungen nach dem SGB XI nur erbringen, wenn freigemeinnützige oder private Träger nicht tätig werden. Dies stellt eine rechtliche Einschränkung des zulässigen Betätigungsfeldes dar.

Grundsätzlich verfolgt der Subsidiaritätsgrundsatz ein legitimes Ziel, denn dieser dient unter anderem dem Ziel freigemeinnützige und private Träger zu ermuntern, sich unternehmerisch in der Pflege zu engagieren. Rechtsgedanke ist, dass die pflegerische Versorgung grundsätzlich nur dann durch den Staat wahrgenommen werden soll, wenn die Sicherstellung nicht anderweitig (zum Beispiel durch freigemeinnützige Träger) erfolgt.

Die Bestimmung des § 11 Absatz 2 Satz 3 SGB XI untersagt öffentlichen Trägern faktisch die Schaffung von Pflegeangeboten in ausreichend versorgten Regionen. Dies bewirkt aber für öffentliche Träger bei der Schaffung von Pflegeangeboten in unterversorgten Regionen das Risiko, zukünftig gegen geltendes Recht zu verstoßen beziehungsweise verhindert Planungssicherheit. Da es seitens des SGB XI kein Junktim gibt, einen Versorgungsvertrag unter anderem nur dann mit den Leistungsträgern abzuschließen, wenn die zuständige Kommune einen Bedarf an Pflegeplätzen feststellt, kann sich die Versorgungslage in einer Region kurzfristig ändern. Sollte sich zum Beispiel ein privatgewerblicher Träger dazu entschließen Pflegeplätze zu errichten, kann der öffentliche Träger unter Umständen verpflichtet sein, sein Angebot einzustellen.

Der demografische Wandel stellt die Pflege vor große Herausforderungen. Immer mehr Menschen müssen – zum Teil über Jahrzehnte – ambulant oder stationär versorgt werden. Eine herausgehobene Aufgabe in Zeiten fehlender Fachkräfte und beschränkter finanzieller Rahmenbedingungen, deshalb muss den öffentlichen Trägern ein rechtssicherer und verlässlicher Rahmen gegeben werden.

In den vergangenen Jahren hat der Anteil der privaten Einrichtungen an der Versorgung deutlich zugenommen. Die Anzahl und damit die Vielfalt der dahinterstehenden Träger hat hingegen abgenommen und weist auf eine Konsolidierung zugunsten weniger, dafür umso größerer Pflegeunternehmen in Konzernstrukturen hin. Diese Entwicklung ist geeignet, den Wettbewerb und damit die Preisentwicklung zulasten der Pflegebedürftigen und der Träger der Hilfe zur Pflege zu beeinträchtigen. Den öffentlichen Trägern soll die Möglichkeit gegeben werden, sich aktiv beim Ausbau und der Weiterentwicklung der notwendigen pflegerischen Versorgungsstrukturen vor Ort einzubringen. Hierdurch kann auch der Anreiz privater Anbieter verstärkt werden, qualitativ

hochwertige und verhältnismäßig günstige Angebote zu schaffen. Gleichzeitig verbliebe der Auftrag, die Trägervielfalt zu wahren und dem Auftrag der Wohlfahrtspflege Rechnung zu tragen.

In diesem Zuge ist auch § 72 Absatz 3 Satz 2 SGB XI aufzuheben, der bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Pflegeeinrichtungen vorsieht, dass vorrangig Versorgungsverträge mit freigemeinnützigen und privaten Trägern abgeschlossen werden sollen.

2. Zu Artikel 1 Nummer 10 (§ 18 Absatz 1 Satz 4 und § 18c Absatz 6 SGB XI)

Um Pflegebedürftige und ihre Angehörigen nicht weiter mit Bürokratie zu belasten und den Zeitpunkt der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst und damit die Feststellung des Grades der Pflegebedürftigkeit nicht weiter zu verzögern, fordert der Bundesrat dazu auf, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die in Artikel 1 Nummer 10 (§ 18 Absatz 1 Satz 4 und § 18c Absatz 6 SGB XI) vorgesehenen Regelungen zur zwingenden Vorlage von Unterlagen vor der Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit zu streichen oder im Sinne der Pflegebedürftigen zu ändern.

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht vor, den Medizinischen Dienst zu beauftragen im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 SGB XI zu regeln, welche Unterlagen zwingend zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit erforderlich sind (§ 18 Absatz 1 Satz 4 SGB XI). Gleichzeitig soll geregelt werden, dass die Bearbeitungsfristen zur Entscheidung über den Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung unterbrochen sind, wenn der Antragsteller von der Pflegekasse aufgefordert wird diese Unterlagen einzureichen, bis die geforderten Unterlagen bei der Pflegekasse eingegangen sind (§ 18c Absatz 6 SGB XI). In der Begründung werden als zu diskutierende Beispiele für zwingend vorzulegende Unterlagen beispielsweise eine Datenfreigabeerklärung des Versicherten oder eine schriftliche Entbindung des behandelnden Arztes von der Schweigepflicht genannt.

Nachvollziehbar ist, dass dem Medizinischen Dienst mit dem Auftrag alle für die Auftragsabwicklung erforderlichen Unterlagen beziehungsweise Angaben vorliegen müssen. Diese Anforderung darf allerdings nicht zu einer neuen bürokratischen Belastung der Pflegebedürftigen führen. Ein Hausbesuch kann auch dann schon erfolgen, wenn noch nicht alle Unterlagen vorliegen. Häufig werden Unterlagen auch im Rahmen eines Hausbesuches dem Gutachter zur Einsichtnahme vorgelegt und brauchen dann nicht mehr kopiert oder eingescannt und an den Medizinischen Dienst übermittelt zu werden. Wenn durch

die Nachforderung von Unterlagen faktisch die Begutachtung bis zum Eingang dieser Unterlagen unterbleibt, handelt es sich bei der Vorlage dieser Unterlagen im Ergebnis um eine Anspruchsvoraussetzung für die Bearbeitung eines Antrags auf Leistungen der Pflegeversicherung.

Derartige Anforderungen dürfen allerdings nicht durch den Medizinischen Dienst aufgestellt werden, sondern müssen aufgrund des Wesentlichkeitsprinzips durch das Parlament im Gesetz aufgestellt werden. Zum Beispiel darf es nicht sein, dass die Vorlage einer Entbindung des behandelnden Arztes von der Schweigepflicht faktisch Anspruchsvoraussetzung für die Feststellung eines Pflegegrades wird. Auch besteht die Gefahr, dass beispielsweise Krankenhausentlassberichte durch den Medizinischen Dienst für erforderlich gehalten werden. Es kann nicht Aufgabe der Versicherten sein, diese Unterlagen zu organisieren, zu kopieren oder einzuscannen und diese an die Pflegekasse zu übersenden. In der Praxis drohen derartige Anforderungen zu wochenlangen Verzögerungen und Überforderung des Pflegebedürftigen zu führen. Dies gilt insbesondere dort, wo Angehörige nicht entsprechend unterstützen können. Ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung muss zwingend zu einer zeitnahen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst führen, auch wenn der Pflegebedürftige möglicherweise seinen behandelnden Arzt nicht von der Schweigepflicht entbinden will oder mit der Organisation von Unterlagen oder sogar seiner Postbearbeitung (aktuell) überfordert ist.

3. Zu Artikel 1 Nummer 10 (§ 18a SGB XI)

Der Entwurf des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes sieht für das Begutachtungsverfahren zur Pflegebedürftigkeit gemäß § 18a SGB XI grundsätzlich die Untersuchung im Bereich der Häuslichkeit der Versicherten vor. Eine Abweichung ist nur ausnahmsweise aufgrund eindeutiger Aktenlage oder bei Krisensituationen signifikanter Tragweite möglich.

Des Weiteren sieht § 18c Absatz 5 SGB XI für die Entscheidung über den Antrag auf Pflegebedürftigkeit bei einer durch den Versicherten begründeten Verzögerung lediglich eine Unterbrechung der dortigen Frist vor, was unter Beachtung der notwendigen Postlaufzeiten für eine erneute Terminvereinbarung für eine Untersuchung regelmäßig zu einer Zahlungspflicht für die Pflegeversicherungen führen kann, obwohl die Verzögerung nicht von dieser zu vertreten ist.

Der Bundesrat stellt insofern fest, dass ausgehend von der überproportional ansteigenden Anzahl an Begutachtungsverfahren ein stark ansteigender Personalaufwand in den Medizinischen Diensten zu verzeichnen ist und dieser noch weiter zunehmen wird. Unter Berücksichtigung der im Laufe der Coronapandemie seitens der Medizinischen Dienste gemachten positiven Erfahrungen mit der Beurteilung durch strukturierte Telefoninterviews sowie des sich ver-

schärfenden Fachkräftemangels im Pflegebereich ist die Beurteilung im telefonischen Kontakt in bestimmten Fällen und unter definierten Voraussetzungen eine sachgerechte Alternative zur Begutachtung in der Häuslichkeit.

Der Bundesrat fordert deshalb die Bundesregierung auf, die Begutachtung regelhaft ohne Untersuchung im Wohnbereich mit Einverständnis der Versicherten in den Fällen zu ermöglichen, in denen die Aktenlage bereits ein klares Bild vermittelt und bei denen es sich um Wiederholungsbegutachtungen und Höherstufungsanträge handelt. Er fordert die Bundesregierung darüber hinaus auf, bei einer im Bereich des Versicherten liegenden Verzögerung bei der Begutachtung eine praxistaugliche erneute Frist bis zur Bescheiderteilung vorzusehen.

4. Zu Artikel 1 Nummer 10 (§ 18c Absatz 5 Satz 4 und Satz 4a – neu – SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 10 ist § 18c Absatz 5 Satz 4 durch folgende Sätze zu ersetzen:

„Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der bisherigen Frist nach Satz 1 beendet und wird mit einer Frist von 15 Arbeitstagen ab Kenntnisnahme durch den Medizinischen Dienst über die Beendigung der Verzögerung fortgesetzt; verkürzte Begutachtungsfristen nach § 18a Absätze 5, 6 und 7 laufen in diesem Fall erneut an. Der Medizinische Dienst Bund legt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 bis spätestens [sechs Monate nach Verkündigung dieses Gesetzes] die Anforderungen an die Kenntnisnahme durch den Medizinischen Dienst sowie die konkreten Verzögerungsgründe fest.“

Begründung

Ob die Frist bei nicht durch die Pflegekasse zu vertretenden Verzögerungen der Begutachtung durch zum Beispiel Krankenhausaufenthalt danach neu beginnt oder nur gehemmt wird, war bisher nicht klar geregelt. Die jetzige Fassung einer Neuregelung, dass die Frist nur gehemmt wird und nach Ende des Verzögerungsgrundes weiterläuft birgt jedoch Probleme – sowohl für die Versicherten, als auch für die Medizinischen Dienste. Wenn die Frist nach Beendigung der Verzögerung im verbliebenen Umfang weiterläuft, würde dies gegebenenfalls sogar eine taggleiche Begutachtung beziehungsweise eine sehr kurzfristige Begutachtung sogleich nach Rückkehr der Versicherten aus dem Krankenhaus erforderlich machen. Dies kann zur Überforderung der Versicherten und ihrer Angehörigen beziehungsweise Pflegepersonen führen und aufgrund der Kürze der Zeit auch die Vorbereitung auf die Begutachtung auf Seiten der Antragstel-

lerin beziehungsweise des Antragstellers und der Angehörigen beziehungsweise Pflegepersonen erschweren. Dieses Vorgehen würde auch den Maßgaben eines angemessenen Anmeldezeitraums des Begutachtungstermins, welcher die Richtlinie zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren (Die-RiLi) vorsieht, widersprechen. Darüber hinaus würde die jetzige Fassung gegebenenfalls deutliche Personalaufwüchse bei den Medizinischen Diensten erforderlich machen, da ein zusätzlicher Pool an Gutachter/innen (für diese ad-hoc-Begutachtungen) vorgehalten werden müsste. Es wird deshalb vorgeschlagen, eine Frist von 15 Arbeitstagen ab Wegfall des Verzögerungsgrundes und Kenntnis hiervon durch die Medizinischen Dienste einzuräumen.

5. Zu Artikel 1 Nummern 18a und 18b – neu – (§ 52 Absatz 5 – neu – und § 53 Absatz 2 – neu – SGB XI)

In Artikel 1 sind nach Nummer 18 folgende Nummern 18a und 18b einzufügen:

,18a. Dem § 52 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Die Landesverbände der Pflegekassen legen durch Vereinbarung die Aufteilung des nach § 53 Absatz 2 ermittelten Personalbedarfs fest.“

18b. § 53 wird wie folgt geändert:

a) Dem bisherigen Wortlaut wird die Absatzbezeichnung „(1)“ vorangestellt.

b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt unter Beachtung des geltenden Vergütungs- und Qualitätssicherungsrechts Richtlinien zur Personalbedarfsermittlung für die Tätigkeit der Pflegekassen sowie der Landesverbände der Pflegekassen nach §§ 85, 87, 89, 114, 114a, 115 mit für alle Pflegekassen sowie Landesverbände der Pflegekassen einheitlichen aufgabenbezogenen Richtwerten für die ihnen übertragenen Aufgaben.“ ‘

Begründung:

Bedingt durch die zunehmende Aufgabendichte bei den Pflegekassen und ihren Landesverbänden im Bereich der Vergütungsverhandlungen und der Qualitätssicherung ist es sachgerecht, ein Verfahren zur Personalbedarfsermittlung vergleichbar der an die Medizinischen Dienste gerichtete Regelung nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V zu schaffen.

Der GKV-Spitzenverband ermittelt dabei für jedes Land anhand von ihm zu entwickelnder Parameter (beispielsweise fall-/verfahrensbezogen) den Personalbedarf bei den Pflegekassen und ihren Landesverbänden für Vergütungsverhandlungen sowie für die Beauftragung und nachgelagerte Bearbeitung von Qualitätsprüfungen, der dann durch Vereinbarungen der Landesverbände der Pflegekassen unter den Trägern der sozialen Pflegeversicherung aufgeteilt wird.

6. Zu Artikel 1 Nummer 20 Buchstabe c (§ 55 Absatz 3 Satz 7 SGB XI)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob eine Konkretisierung dergestalt vorgenommen werden kann, dass im Rahmen des in § 55 Absatz 3 Satz 7 SGB XI vorgesehenen digitalen Verfahrens eine maschinelle Übermittlung der verbindlich zugrunde zu legenden Kinderzahl durch die Träger der Pflegeversicherung erfolgt.

Begründung:

§ 55 Absatz 3 Satz 7 SGB XI sieht vor, dass 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. Nach Mitteilung der Deutschen Rentenversicherung ist eine Konkretisierung dergestalt geboten, dass eine maschinelle Übermittlung der verbindlich zugrunde zu legenden Kinderzahl durch die Träger der Pflegeversicherung erfolgt, da eine manuelle Erfassung nicht zuverlässig gewährleistet werden kann.

Eine entsprechende Konkretisierung würde das in § 55 Absatz 3 Satz 7 SGB XI dargelegte Ziel der Regelung, nämlich ein möglichst effizientes, schnelles und digitales Verwaltungshandeln zu gewährleisten, unterstützen.

7. Zu Artikel 1 Nummer 20 Buchstabe c (§ 55 Absatz 3 Satz 11 SGB XI)

In Artikel 1 Nummer 20 Buchstabe c ist in § 55 Absatz 3 Satz 11 die Angabe „31. Dezember 2024“ durch die Angabe „30. Juni 2025“ zu ersetzen.

Begründung:

§ 55 Absatz 3 Satz 11 SGB XI sieht vor, dass Abschläge nach Satz 4 und 5 von den beitragsabführenden Stellen und den Pflegekassen, die nicht ab dem 1. Juli 2023 berücksichtigt werden können, so bald wie möglich, spätestens bis zum 31. Dezember 2024, zu erstatten sind.

Das heißt, dass grundsätzlich zunächst der bundeseinheitliche Beitragssatz von 3,4 Prozent erhoben werden darf und innerhalb des Umstellungszeitraums, bis spätestens 31. Dezember 2024, Ausgleichszahlungen vorgenommen werden. § 27 SGB IV findet bis einschließlich 31. Dezember 2023 keine Anwendung und somit sind die zuständigen Stellen von Zinsansprüchen für aufgelaufene Erstattungsansprüche befreit.

Nach Mitteilung der Deutschen Rentenversicherung hängt es aber maßgeblich vom Verhalten der Rentenbeziehenden hinsichtlich des Nachweises zur Anzahl der Kinder ab, ob die Frist eingehalten werden kann. Zudem ist das Verfahren zur technischen Realisierung des Nachweises und der Übermittlung seitens des Bundesministeriums für Gesundheit zusammen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter Beteiligung weiterer Ministerien erst noch zu entwickeln. Das soll laut Gesetzentwurf bis zum 1. Juli 2023 erfolgen, was allerdings als sehr ambitioniert wahrgenommen wird. Aus diesen Gründen ist eine Verlängerung der spätesten Frist geboten. Eine Verlängerung der Frist ändert nichts an der weiterhin geltenden Regelung, dass Erstattungen so bald wie möglich vorzunehmen sind.

8. Zu Artikel 1 Nummer 27 (§ 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB XI) und
Nummer 28 (§ 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB XI)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

a) Nummer 27 ist wie folgt zu fassen:

„27. § 72 Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. die zuverlässig sind, die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten und die Vorgaben des Absatzes 3a oder Absatzes 3b erfüllen,“

b) Nummer 4 wird aufgehoben.

c) Die Nummern 5 und 6 werden die Nummern 4 und 5.‘

b) Nummer 28 Buchstabe b ist wie folgt zu fassen:

,b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 werden nach dem Wort „einschließlich“ die Wörter „der Zuverlässigkeit der Leistungserbringer,“ eingefügt.

bb) Nummer 10 wird wie folgt gefasst:

„10. < ... weiter wie Vorlage ... >“ ‘

Begründung:

Zu Buchstabe a und b:

Mit den vorgeschlagenen Änderungen wird klargestellt, dass auch Pflegekassen im Hinblick auf die Leistungen nach dem SGB XI die Nachweise zur Zuverlässigkeit der führenden Personen insbesondere von Pflegediensten (polizeiliche Führungszeugnisse für Inhaber, Geschäftsführer, leitende Pflegefachkräfte) rechtssicher einfordern können.

Zu Buchstabe a:

Mit dem Dritten Gesetz zur Stärkung der Pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften wurden unter anderem wichtige Maßnahmen gegen Abrechnungsbetrug in der Pflege (SGB V und SGB XI) eingeführt.

Unter anderem wurde der Auftrag an die Pflegeselbstverwaltung aufgenommen, in den Landesrahmenverträgen nach dem SGB XI explizit die Voraussetzungen für den Vertrag und dessen Erfüllung im Hinblick auf eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung zu vereinbaren (§ 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB XI). Ziel war es, dass die Pflegekassen künftig effektiver gegen bereits auffällig gewordene Anbieter von Pflegeleistungen vorgehen können.

Ebenfalls mit dem Ziel der Verhinderung von Fehlverhalten soll nun die Klarstellung in § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB XI aufgenommen werden, dass Versorgungsverträge nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden dürfen, deren Betreiber zuverlässig sind.

Zu Buchstabe b:

Der Grundsatz der Zuverlässigkeit der Leistungserbringer soll ebenfalls in den Katalog der Regelungsgegenstände der Rahmenverträge in § 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB XI aufgenommen werden, da in den Rahmenverträgen die Überprüfung der Zuverlässigkeit der Leistungserbringer vereinbart wird. Diese Änderungen stehen im Einklang mit den Ergänzungen in § 132a Absatz 4 Satz 6 und § 132l Absatz 5 Satz 1 SGB V, nach denen Verträge über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege sowie außerklinische Intensivpflege nur mit zuverlässigen Leistungserbringern abgeschlossen werden dürfen.

9. Zu Artikel 1 Nummer 28 Buchstabe c (§ 75 Absatz 3 Satz 6 SGB XI)

Artikel 1 Nummer 28 Buchstabe c ist wie folgt zu fassen:

,c) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Dies umfasst auch Springerkonzepte oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege.“ ‘

Begründung:

Ziel muss es sein, Pflegeeinrichtungen grundsätzlich zu verpflichten, für ihre Pflegekräfte belastbare Ausfallkonzepte (zum Beispiel Springerkonzepte) zu etablieren. Zu solchen Konzepten, die in den Rahmenvereinbarungen der Pflege selbstverwaltung auf Landesebene nach § 75 SGB XI vereinbart werden sollen, gehört die Umsetzung von grundsätzlich verlässlichen Dienstplänen. Das Vermeiden von „Holen aus dem Frei“ würde erheblich zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen für das Stammpersonal und damit zu mehr Attraktivität des Pflegeberufs beitragen. Dieser Aspekt sollte daher stärker betont werden. Die Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal ist dagegen nur die erwünschte Folge. Denn Pflege und Betreuung pflegebedürftiger Menschen brauchen Verlässlichkeit und personelle Kontinuität. Diese Ziele werden am besten durch qualifiziertes Pflege- und Betreuungspersonal der Pflegeeinrichtung selbst erfüllt.

Ausfallkonzepte können zum Beispiel verschiedene Varianten von Springerkonzepten umfassen:

- Springerkräfte, die innerhalb eines Springerdienstplans eingesetzt werden
- Springerdienste, die gleichmäßig auf alle Pflegefachkräfte im Team verteilt werden, sowie
- Springerpools, die sich aus mehreren Pflegefachkräften oder einem Mix aus Fach- und Hilfskräften zusammensetzen, die zu vereinbarten Dienstzeiten einspringen

Personalpools sind daher nur eine von vielen Möglichkeiten von Ausfallkonzepten.

10. Zu Artikel 2 Nummer 5a – neu – (§ 38a Absatz 1a – neu – SGB XI)

In Artikel 2 ist nach Nummer 5 folgende Nummer 5a einzufügen:

,5a. In § 38a wird nach Absatz 1 folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten einen Leistungszuschlag je Kalendermonat in Höhe von

1. 153 Euro bis einschließlich zwölf Monate Leistungsbezug nach Absatz 1,
2. 307 Euro bei mehr als zwölf Monaten Leistungsbezug nach Absatz 1,
3. 512 Euro bei mehr als 24 Monaten Leistungsbezug nach Absatz 1,
4. 766 Euro bei mehr als 36 Monaten Leistungsbezug nach Absatz 1.

Der Leistungszuschlag dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung. Soweit ein ambulanter Pflegedienst häusliche Pflegehilfen erbringt, geht der Anspruch auf Pflegeleistung nach § 36 vor. Bei der Bemessung der Monate, in denen Pflegebedürftige Leistungen nach Absatz 1 beziehen, werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach Absatz 1 bezogen worden sind, berücksichtigt.“ ‘

Begründung:

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten bei vollstationärer Pflege seit 1. Januar 2022 Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI bezogen auf den jeweiligen Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen. Eine vergleichbare finanzielle Entlastung für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen ist bislang nicht vorgesehen; vielmehr wurde der pauschale Zuschlag gemäß § 38a Absatz 1 SGB XI nach dem 1. Januar 2017 nicht mehr angepasst. Zeitgleich war die Kombinationsmöglichkeit des pauschalen Zuschlags mit Leistungen bei teilstationärer Pflege nach § 41 SGB XI eingeschränkt worden.

Dementsprechend soll der Ansatz der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI auf ambulant betreute Wohngruppen übertragen werden, in denen ein Anspruch auf den pauschalen Zuschlag nach § 38a Absatz 1 SGB XI besteht.

Auch wenn es in der Gesamtbetrachtung einer grundlegenden Neujustierung des Leistungsgefüges je nach Wohnform und Lebenslage bedarf, handelt es sich hier um eine kurzfristig umsetzbare Maßnahme, die dem Wunsch vieler pflegebedürftiger Menschen Rechnung trägt, alternativ zu vollstationärer Pflege in einer Wohn-Pflege-Gemeinschaft zu leben.

Die Höhe der Leistungszuschläge entspricht der bundesdurchschnittlichen Höhe der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI (Prozentwerte ab 1. Januar 2024, bezogen auf die Pflegekosten Stand 1. Januar 2023 laut vdek), gemindert um 10,25 Prozent entsprechend der Dynamisierung der Leistungsbeträge nach § 36 SGB XI zum 1. Januar 2022 und 1. Januar 2024.

Die Leistungszuschläge können im Wege der Kostenerstattung durch die Pflegekassen zweckgebunden wahlweise für Pflegehilfen durch ambulante Pflege-

dienste, Präsenzkkräfte oder andere Personen eingesetzt werden, soweit entsprechende Aufwendungen tatsächlich entstehen.

Der Anspruch auf Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI ist gegenüber dem Leistungszuschlag vorrangig einzusetzen, soweit ein ambulanter Pflegedienst entsprechende Pflegehilfen erbringt. Dadurch wird ausgeschlossen, dass das ausgezahlte Pflegegeld durch eine geringere Inanspruchnahme der Pflegesachleistung erhöht wird.

11. Zu Artikel 2 Nummer 4 (§ 36 SGB XI) und
Nummer 5 (§ 37 SGB XI)

Der Entwurf des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes (PUEG) sieht im Rahmen einer Dynamisierung vor, dass zum 1. Januar 2024 und zum 1. Januar 2025 das Pflegegeld und die ambulanten Sachleistungsbeträge jeweils um 5 Prozent erhöht werden. Zudem soll zum 1. Januar 2028 ein Anstieg der Leistungsbeträge in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den vorangegangenen drei Kalenderjahren erfolgen.

Der Bundesrat stellt fest, dass insbesondere aufgrund des extremen Kostenanstiegs seit Beginn des Krieges in der Ukraine und aufgrund des großen zeitlichen Abstands zu vorangegangenen Anpassungen der Leistungsbeträge eine Anhebung um 5 Prozent zum 1. Januar 2024 nicht ausreichend ist, um das Ziel einer Stärkung der häuslichen Pflege zu erreichen. Er fordert, im weiteren Gesetzgebungsverfahren eine Anhebung für die genannten Leistungsbeträge, zumindest aber für das Pflegegeld, von 10 Prozent zum 1. Januar 2024 vorzusehen. Zudem sollten die im Entwurf nicht berücksichtigten Leistungsbeträge nach den §§ 45b SGB XI (Entlastungsbetrag) ebenfalls zum 1. Januar 2024 erhöht werden. Der Entlastungsbetrag, der schon seit längerem aufgrund der Kostenanstiege nicht mehr auskömmlich ist, sollte dabei von 125 Euro auf mindestens 150 Euro erhöht werden.

12. Zu Artikel 2 Nummer 5a – neu – (§ 40 Absatz 2 Satz 1 SGB XI)

In Artikel 2 ist nach Nummer 5 folgende Nummer 5a einzufügen:

„5a. In § 40 Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „40“ durch die Angabe „50“ ersetzt.“

Begründung:

Der Leistungsbetrag für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (so genannte Pflegehilfsmittelpauschale) ist für die Pflegebedürftigen, die nicht stationäre Pflege in Anspruch nehmen, von großer Bedeutung. Die Pflegehilfsmittelpauschale wurde zuletzt zum 1. Januar 2015 angehoben. Diese Anhebung liegt damit sieben Jahre zurück und lässt die allgemeinen Preisentwicklungen, aber in ganz besonderem Maße die dauerhaften COVID-bedingten Veränderungen außer Betracht. Eine Anhebung nur im Rahmen der allgemeinen Dynamisierung (vorgesehen 2025 fünf Prozent) wäre bei weitem nicht ausreichend. Deshalb soll der Leistungsbetrag für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel auf einen Betrag von 50 Euro erhöht werden mit dem Ziel, auch weiterhin die bestehenden Bedarfe der Pflegebedürftigen decken zu können.

Die befristete Erhöhung der Pflegehilfsmittelpauschale auf 60 Euro im Zuge der epidemischen Lage war ein wichtiger Schritt, um den Bedarf der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen nach Pflegehilfsmitteln decken zu können. Hintergrund waren damals unter anderem die stark gestiegenen Kosten für Pflegehilfsmittel. Doch auch nach dem Auslaufen der befristeten Erhöhung mit Ablauf des 31. Dezember 2021 bestehen Gründe, die eine dauerhafte Erhöhung als notwendig erscheinen lassen.

Die Preise für Pflegehilfsmittel steigen seit Jahren kontinuierlich. Dieser Trend wurde durch die COVID-19-Pandemie weiter verstärkt. Obwohl sich die Lage zwischenzeitlich etwas entspannt hatte, werden weiterhin gestiegene Preise für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel registriert, wie beispielsweise bei Desinfektionsmitteln oder Einmalhandschuhen. Dies beruht nicht ausschließlich auf der durch die COVID-Situation veränderten Marktsituation, sondern auch auf der allgemeinen Preisentwicklung einschließlich steigender Energie- und Rohstoffpreise.

13. Zu Artikel 2 Nummer 7 (§ 42a Absatz 4 Satz 2 SGB XI)

In Artikel 2 Nummer 7 sind in § 42a Absatz 4 Satz 2 nach den Wörtern „§ 40 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches“ die Wörter „oder nach § 15 Absatz 2 des Sechsten Buches“ einzufügen.

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht in § 42a Absatz 4 Satz 2 SGB XI nur für die in § 23 Absatz 5 Satz 1 SGB V und § 40 Absatz 3 Satz 1 SGB V genannten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen vor, dass die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen prüft, ob die Versorgung des Pflegebedürftigen in der Einrichtung möglich ist, und deren Einverständnis einholt.

Nicht von dieser Regelung erfasst werden jedoch die in § 15 Absatz 2 SGB VI genannten Einrichtungen, die entweder von den Rentenversicherungsträgern selbst betrieben werden oder mit denen ein Vertrag nach § 38 SGB IX besteht,

obwohl auch in diesen Einrichtungen nach § 42a Absatz 1 Satz 1 SGB XI ab dem 1. Juli 2024 ein Anspruch Pflegebedürftiger auf Versorgung bestehen soll, wenn dort gleichzeitig stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 Absatz 2 SGB VI von einer Pflegeperson des Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden.

14. Zu Artikel 2 Nummer 7 (§ 42a Absatz 7 Satz 1 SGB XI)

In Artikel 2 Nummer 7 sind in § 42a Absatz 7 Satz 1 nach den Wörtern „der Verband der privaten Krankenversicherung e. V.“ ein Komma und die Wörter „die Deutsche Rentenversicherung Bund“ einzufügen.

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht in § 42a Absatz 7 Satz 4 SGB XI vor, dass die Deutsche Rentenversicherung Bund und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 30. Juni 2024 eine Verwaltungsvereinbarung zum Antrags- und Genehmigungsverfahren schließen.

Eine Beteiligung der Deutschen Rentenversicherung Bund als Vertreterin der Bundes- und Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung an der Erarbeitung der bis zum 30. Juni 2024 vorzulegenden Empfehlungen zum Antrags-, Genehmigungs-, Kostenerstattungs- und Qualitätssicherungsverfahren nach § 42a Absatz 7 Satz 1 SGB XI ist jedoch nicht vorgesehen, obwohl auch die Rentenversicherungsträger an diesen Verfahren beteiligt sind und die Empfehlungen zum Antrags- und Genehmigungsverfahren Grundlage der hierzu zwischen der Deutschen Rentenversicherung Bund und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu schließenden Verwaltungsvereinbarung sind.

15. Zu Artikel 2 Nummer 13a – neu – (§ 45a Absatz 3 Satz 1 SGB XI) und
Nummer 14a – neu – (§ 45c Absatz 7 Satz 5 SGB XI)

Artikel 2 ist wie folgt zu ändern:

a) Nach Nummer 13 ist folgender Nummer 13a einzufügen:

„13a. In § 45a Absatz 3 Satz 1 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt und die Wörter „sie können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen.“ angefügt.“

b) Nach Nummer 14 ist folgende Nummer 14a einzufügen:

- ,14a. In § 45c Absatz 7 Satz 5 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt und die Wörter „sie können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen.“ werden angefügt.‘

Begründung:

Mit den vorgeschlagenen Änderungen soll es den Landesregierungen ermöglicht werden, durch Regierungsverordnung die Ermächtigung zum Erlass von Verordnungen an oberste Landesbehörden zu delegieren (sogenannte Subdelegation). Dies hat den Vorteil, dass Änderungsverordnungen zukünftig dann nicht mehr vom Kabinett beschlossen werden müssen, sofern die Landesregierung von der Ermächtigung zur Subdelegation Gebrauch gemacht hat.

Das bisherige Verfahren hat gezeigt, dass die Verordnung nach § 45a und § 45c sowie § 45d Satz 17 SGB XI mittelbar nur das Finanzressort betrifft, alle übrigen Ressorts haben wenig bis gar keinen Bezug zu den inhaltlichen Regelungen, so dass es den Landesregierungen aus verwaltungsökonomischen Gründen erlaubt sein sollte, die Ermächtigung auf die zuständige oberste Landesbehörde zu delegieren. In § 45d Satz 17 SGB XI ist eine solche Anpassung nicht erforderlich, da bei Änderung des § 45c Absatz 7 Satz 5 der Verweis in § 45 Satz 17 auf § 45c Absatz 7 Satz 5 SGB XI automatisch greift.

16. Zu Artikel 2 Nummern 15a – neu – und 15b – neu –

(§ 72 Absatz 2 Satz 1 und

§ 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB XI) und

Artikel 6 Nummer 7a – neu –

(§ 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 8 – neu – SGB V)

a) In Artikel 2 sind nach Nummer 15 die folgenden Nummern 15a und 15b einzufügen:

- ,15a. In § 72 Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „werden.“ am Ende durch ein Komma ersetzt und die Wörter „sowie vorgesehen werden, dass voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen auch Leistungen häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 sowie Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der häuslichen Pflege und der Haushaltshilfe gemäß §§ 37, 38 in Verbindung mit §§ 132 und 132a des Fünften Buches für Pflegebedürftige im Quartier erbringen können, die nicht oder

nicht mehr Bewohnerin oder Bewohner oder Nutzerinnen und Nutzer der jeweiligen Einrichtung sind.“ werden angefügt.

- 15b. In § 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 wird das Komma am Ende durch ein Semikolon ersetzt und folgende Wörter werden angefügt:

„dabei werden mögliche Abweichungen im Falle sektorenübergreifender Leistungen im Rahmen von einheitlichen Versorgungsverträgen im Sinne von § 72 Absatz 2 Satz 1 letzter Halbsatz berücksichtigt,“ ‘

- b) In Artikel 6 ist nach Nummer 7 folgende Nummer 7a einzufügen:

,7a. § 132a Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 6 wird das Wort „und“ am Ende durch ein Komma ersetzt.
- b) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.
- c) Folgende Nummer 8 wird angefügt:

„8. Abweichende Anforderungen insbesondere hinsichtlich personeller und organisatorischer Voraussetzungen an Gesamtversorgungsmodelle im Sinne von § 72 Absatz 2 Satz 1 letzter Halbsatz des Elften Buches Sozialgesetzbuch.“ ‘

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Vor dem Hintergrund des zunehmenden Personalmangels in der Pflege bedarf es vermehrt struktureller Vorgaben, die eine ressourcenschonende Erbringung von pflegerischen Leistungen ermöglicht. Ein Weg hinsichtlich einer entsprechenden Umsetzung liegt in der Überwindung von Sektorengrenzen insbesondere mit dem Ziel des Ausbaus sektorenverbindenden Versorgungsstrukturen im Quartier. Zu diesem Zweck ist es notwendig, dass für interessierte Anbietern weitere versorgungsvertragliche Anreize geschaffen werden.

Insofern sollten die bereits bestehenden Regelungen hinsichtlich des Abschluss von Gesamtversorgungsverträgen dahingehend erweitert werden, dass es voll- und teilstationären Leistungsanbietern ohne explizite Gründung eines eigenständigen ambulanten Pflegedienstes ermöglicht wird, eine Versorgung auch außerhalb der unmittelbaren Sphäre der Einrichtung zu eröffnen. Neben pflegerischen Leistungen können auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege von den Einrichtungen erbracht werden – wie ein ambulanter Pflegedienst. Hierfür sind entsprechende Vereinbarungen mit den Pflege- und Krankenkassen zu

vereinbaren, die den Besonderheiten eines solchen Gesamtversorgungsmodells gerecht werden (vergleiche dazu auch die Folgeänderungen).

Für die pflegebedürftigen Menschen hat eine solche Öffnung des Vertragsrechts ferner den Vorteil eines möglichst bruchlosen Übergangs von einem Versorgungsbereich in einen anderen, zum Beispiel beim Übergang von einer Kurzzeit- oder Tagespflege in die eigene Häuslichkeit.

Die Folgeänderung stellt sicher, dass in den Rahmenempfehlungen die Besonderheiten der Gesamtversorgungsmodelle Rechnung getragen wird, so dass Synergien genutzt werden können ohne qualitative Abstriche. Dabei ist insbesondere bei den personellen Anforderungen zu berücksichtigen, dass keine unnötigen Doppelstrukturen gefordert werden, andererseits die pflegerische Versorgung sowohl stationär als auch ambulant gewährleistet ist.

Zu Buchstabe b:

Folgeänderung im SGB V, um auch den Anforderungen der häuslichen Krankenpflege gerecht zu werden und Anforderungen bereits in den Rahmenempfehlungen zu berücksichtigen.

17. Zu Artikel 6 Nummer 1 Buchstabe a (§ 23 Absatz 4 SGB V)

Artikel 6 Nummer 1 Buchstabe a ist wie folgt zu ändern:

,a) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 und 2 nicht aus, erbringt die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht. Für Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches erbringt die Krankenkasse stationäre Vorsorgemaßnahmen unabhängig davon, ob die Leistung nach Absatz 1 oder 2 ausreicht. Für Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht. Die Krankenkasse führt statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 2 sowie deren Erledigung durch.“ ‘

Begründung:

Der Lebenswirklichkeit von Pflegepersonen, etwa pflegender Angehöriger, als besonders vulnerabler Gruppe entsprechend wird seit 2019 bei Rehabilitationsmaßnahmen durch den Verzicht auf den Vorrang „ambulant vor stationär“ Rechnung getragen. Pflegepersonen haben gemäß § 40 Absatz 2 Satz 2 SGB V einen Rechtsanspruch auf stationäre Rehabilitation unabhängig davon, ob zu-

vor ambulante Rehabilitationsleistungen in Anspruch genommen wurden oder diese ausreichen würden. Im Gegensatz dazu setzt der Anspruch auf stationäre medizinische Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 4 SGB V auch für Pflegepersonen nach wie vor voraus, dass aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nicht ausreichen.

Beide stationären Maßnahmen – Vorsorge und Reha – verfolgen jedoch das gleiche Ziel, nämlich die Gesundheit von Pflegepersonen zu verbessern, zu erhalten beziehungsweise wiederherzustellen. Pflegepersonen können entlastet werden, ihre Pflegebereitschaft erhöht und die häusliche Pflege so stabilisiert werden.

Nicht konsequent und der Lebenswirklichkeit entsprechend ist es daher, die Vorgabe der Inanspruchnahme vorrangiger ambulanter Vorsorgemaßnahmen für Pflegepersonen in § 23 Absatz 4 SGB V bei stationären Vorsorgeleistungen beizubehalten. Diese ist den Pflegepersonen zusätzlich zu den zeitlichen Belastungen des Pflegealltags vielfach gerade nicht möglich. Daher ist zur weiteren Entlastung von Pflegepersonen analog zum Anspruch auf stationäre Rehabilitation von Pflegepersonen auch der Anspruch auf stationäre Vorsorge unabhängig von vorrangig erbrachten, nicht ausreichenden ambulanten Leistungen in Kurorten in § 23 SGB V zu normieren.

Mit der Ersetzung der Wörter „pflegende Angehörige“ durch die Wörter „Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches“ wird zudem klargestellt, dass die Vorsorgemöglichkeiten von Pflegepersonen gestärkt werden sollen.

18. Zu Artikel 7 Nummer 2 (§ 154 Absatz 3a Satz 4 SGB VI) und
Nummer 3 (§ 255e Absatz 2 SGB VI)

Aufgrund der Erhöhung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung zum 1. Juli 2023 wird die Haltelinie für das Mindestsicherungs niveau von 48 Prozent bereits zum 1. Juli 2024 greifen und damit zu entsprechenden Rentenmehr ausgaben und einer Verschärfung der Finanzsituation der gesetzlichen Rentenversicherung ab 2024 führen. Der Bundesrat fordert die Bundesregierung daher auf, umgehend ein tragfähiges Konzept dazu vorzulegen, wie eine dauerhafte Sicherung eines Mindestsicherungs niveaus in der gesetzlichen Rente im Sinne eines gerechten Ausgleichs zwischen der jüngeren und der älteren Generation langfristig finanziert werden soll.

Begründung:

Die zum 1. Juli 2023 geplante Anhebung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung nach § 55 Absatz 1 Satz 1 SGB XI auf 3,4 Prozent führt dazu, dass die Haltelinie für das Mindestsicherungs niveau von 48 Prozent bereits

zum 1. Juli 2024 greift und damit bereits ein Jahr früher als im aktuellen Rentenversicherungsbericht der Bundesregierung prognostiziert in die Rentenanpassung eingegriffen werden muss. Dies führt zu erheblichen Rentenmehrausgaben zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach den Ausführungen im Gesetzentwurf im Jahr 2024 bei rund 150 Millionen Euro (inklusive Krankenversicherung der Rentner) liegen und bis zum Ende des Mittelfrist-Zeitraums 2027 auf jährlich rund 700 Millionen Euro ansteigen werden.

Nach den Plänen der Bundesregierung soll lediglich die Haltelinie für das Mindestsicherungsniveau von 48 Prozent dauerhaft gesichert werden, eine Fortführung der Haltelinie für einen Beitragssatz in der allgemeinen Rentenversicherung von höchstens 20 Prozent über das Jahr 2025 hinaus ist dagegen im Koalitionsvertrag nicht vorgesehen.

Die Vorlage eines tragfähigen Konzepts, wie die dauerhafte Sicherung des geplanten Mindestsicherungsniveaus langfristig finanziert werden soll, ohne gleichzeitig die Erwerbstätigengeneration durch deutlich steigende Beitragssätze und/oder weiter steigende Bundeszuschüsse zu belasten, steht nach wie vor aus.

19. Zum Gesetzentwurf allgemein

- a) Der Bundesrat begrüßt grundsätzlich die Absicht der Bundesregierung, die Situation pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen durch verschiedene Maßnahmen, insbesondere der Anpassung der Höhe der pflegerischen Leistungen, zu verbessern.
- b) Nach Auffassung des Bundesrates bedarf es darüber hinaus weiterer Initiativen mit dem Ziele, Leistungen des SGB XI unbürokratischer und mit einem höheren Maß an Selbstbestimmung in Anspruch nehmen zu können. In diesem Sinne enthielten die Vorüberlegungen der Bundesebene zum Gesetzentwurf den durchaus positiven Ansatz der Schaffung eines gemeinsamen Jahresbetrags aus den bisherigen Leistungen der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege für Personen ab Pflegegrad 2 unter Wegfall der derzeitigen Umwidmungsklauseln. Unverständlich ist, dass dieser Ansatz keinen Eingang in den nun vorgelegten Gesetzentwurf der Bundesregierung gefunden hat. Der Bundesrat regt an, die Regelung im Zuge des weiteren Gesetzgebungsverfahrens wieder aufzugreifen und eine entsprechende Ergänzung vorzunehmen.
- c) Die Zusammenlegung der Leistungsbeträge der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege gibt den Betroffenen mehr Gestaltungsspielraum hinsichtlich der Sicherstellung der Pflege. Dies sollte jedoch flankiert werden durch Maß-

nahmen zur Sicherstellung der Kurzzeitpflegeangebote mit dem Ziel, insbesondere solitäre Kurzzeitpflege ihren zunehmend unterschiedlichen Zwecken und Anforderungen gerecht zu werden. Dies hinsichtlich der pflegerischen Versorgung im Sinne des SGB XI, als Element in Krisen-Situationen sowie in ihrer besonderen Brückenfunktion an der Schnittstelle zwischen medizinischer und nachgelagerter medizinischer sowie pflegerischer Versorgung. Gerade der letzte Punkt wird auch vor dem Hintergrund der erwartbaren weiteren Verkürzungen von Krankenhausliegezeiten an Bedeutung gewinnen. Die Länder haben der Bundesebene bereits sehr umfangreiche und konkrete Vorstellungen für eine sachgerechte zukünftige Ausgestaltung der rechtlichen Grundlage für die Erbringung von Kurzzeitpflege übermittelt. Der Bundesrat regt daher an, auch diese Überlegungen im weiteren Gesetzgebungsverfahren aufzugreifen.

- d) Der Bundesrat begrüßt darüber hinaus grundsätzlich die im Gesetzentwurf enthaltenen Maßnahmen zur Verbesserung der Pflege, auch wenn die Maßnahmen insgesamt als nicht ausreichend erachtet werden, um die Pflegeversicherung zukunftsfest zu machen.
- e) Der Bundesrat nimmt zur Kenntnis, dass das in dem zur Länder- und Verbändeanhörung vorgelegten Entwurf eines PUEG enthaltene Budget für Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier (kommunale Modellvorhaben) nunmehr in der dem Bundesrat vorgelegten Fassung nicht mehr enthalten ist.
- f) Die Länder sind sich einig, dass es innovative Ansätze geben muss, um die Strukturen und Hilfen der Langzeitpflege vor Ort und im Quartier zu verbessern und die Pflegeinfrastruktur besser planen zu können. Die Kommunen spielen dabei eine wichtige Rolle, da sie die Verantwortung für die Sorgestrukturen und -kulturen übernehmen müssen, um eine stabile Pflegegemeinschaft zu bilden. Insbesondere aufgrund des zunehmenden Mangels an Pflegekräften und des demografischen Wandels werden die Kommunen die Verantwortung für Sorgestrukturen und -kulturen immer mehr übernehmen müssen.
- g) Die Regelungen zu den kommunalen Modellvorhaben sind im Zuge des weiteren Gesetzgebungsverfahrens wieder aufzugreifen, wobei das Budget in gleicher Höhe gemeinschaftlich von Ländern und/oder Kommunen und

der Pflegeversicherung zur Verfügung gestellt und von einer unabhängigen Stelle administriert werden sollte.

- h) Der Bundesrat begrüßt ebenso, dass der Gesetzentwurf den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 zur Differenzierung der Beitragsbelastung von in der Sozialen Pflegeversicherung beitragspflichtigen Eltern in Abhängigkeit von der Zahl der von ihnen betreuten und erzogenen Kinder aufgreift, damit bis zu dem vom Verfassungsgericht gesetzten Stichtag am 31. Juli 2023 ein verfassungskonformes Beitragsrecht geschaffen werden kann.

Der Bundesrat erkennt gleichzeitig an, dass die damit notwendig werdende zusätzliche Differenzierung der Beitragsbelastung zwangsläufig mit zusätzlichem Verwaltungsaufwand bei den beitragsabführenden Stellen einhergeht.

Der Bundesrat bittet jedoch darum, die im laufenden Gesetzgebungsverfahren oder außerhalb dieses Gesetzgebungsverfahrens bestehenden Möglichkeiten zur Begrenzung des mit der Beitragsabführung verbundenen Verwaltungsaufwands auszuschöpfen, um die administrativen Belastungen der beitragsabführenden Stellen so gering wie möglich zu halten.

- i) Der Bundesrat begrüßt schließlich die im Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen zur Stärkung der häuslichen Pflege, insbesondere die Erhöhung der Leistungsbeträge des Pflegegeldes sowie der ambulanten Sachleistungen.
- j) Die Voraussetzungen zur Nutzung des Entlastungsbetrages – zumindest für bestimmte Angebotsarten – sollten flexibilisiert werden.
- k) Auf Grund der demografischen Entwicklung in Deutschland stellt die nachhaltige Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung eine große Herausforderung dar. Die Belastbarkeit der Beitragszahler ist begrenzt. Die soziale Pflegeversicherung finanziert – im Gegensatz zu anderen Sozialversicherungen bislang fast ausschließlich aus Beitragsmitteln – eine Reihe gesamtgesellschaftlicher Aufgaben.
- l) Um die Pflegeversicherung von diesen versicherungsfremden Aufgaben finanziell zu entlasten und mit dem Ziel, diese verursachungsgerecht als gesamtgesellschaftliche Aufgabe durch den Bund zu finanzieren, soll der Bund künftig Zuschüsse zum Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversiche-

rung leisten.

- m) Zu den versicherungsfremden Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gehören die beitragsfreie Familienversicherung und die Beitragsfreiheit bei Mutterschafts- und Elterngeldbezug. Der Bundesrat bittet darum, im weiteren Gesetzgebungsverfahren dafür Sorge zu tragen, dass die auf diese Personengruppen entfallenden Leistungsausgaben beziehungsweise entfallenden Beitragszahlungen regelmäßig quantifiziert und in dieser Höhe jährlich als finanzieller Zuschuss aus dem Bundeshaushalt – in entsprechender Weise wie beim Gesundheitsfonds der Gesetzlichen Krankenversicherung – dem Ausgleichsfonds zugeführt werden.
- n) Weitere versicherungsfremde Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sind die eindeutig quantifizierbaren Rentenversicherungsbeiträge für häusliche Pflegepersonen nach § 44 SGB XI sowie das Pflegeunterstützungsgeld für pflegende Angehörige bei einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz (§ 44a Absatz 3 SGB XI). Der Bundesrat bittet darum, im weiteren Gesetzgebungsverfahren dafür Sorge zu tragen, dass die Leistungsausgaben für Rentenversicherungsbeiträge für häusliche Pflegepersonen sowie für das Pflegeunterstützungsgeld durch Mittel aus dem Bundeshaushalt finanziert werden.
- o) Um dem Fachkräftemangel in der Altenpflege zu begegnen, hat die Bundesregierung im Rahmen des am 1. Januar 2019 in Kraft getretenen Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes das „Sofortprogramm Pflege“ aufgelegt, das überwiegend von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert wird. Es wurde damit den vollstationären Pflegeeinrichtungen ermöglicht, im Wege von Vergütungszuschlägen 13 000 zusätzliche Fachkraftstellen zu schaffen.
- p) Des Weiteren wurde ab dem 1. Januar 2021 die Möglichkeit geschaffen, in der vollstationären Altenpflege 20 000 zusätzliche Stellen für Pflegehilfskräfte zu finanzieren. Diese Stellen werden vollständig durch die Pflegeversicherung finanziert.
- q) Im Zuge der Umsetzung des einheitlichen Personalbemessungsverfahrens in vollstationären Pflegeeinrichtungen zum 1. Juli 2023 sollen die genannten Zuschläge in die allgemeinen Pflegesätze überführt werden. Damit wären diese Kosten zukünftig von den Pflegebedürftigen zu tragen.
- r) Der Bundesrat fordert, im weiteren Gesetzgebungsverfahren dafür Sorge zu tragen, dass bei der Umsetzung des einheitlichen Personalbemessungsver-

fahrens in vollstationären Pflegeeinrichtungen eine mindestens zweijährige Übergangsfrist für die Vergütungszuschläge zur Finanzierung von zusätzlichen Fachkräften nach § 8 Absatz 6 SGB XI und von zusätzlichen Pflegehilfskräften nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absätze 9 bis 11 SGB XI vorgesehen wird. Damit sollen diese Zuschläge mindestens bis zum 1. Juli 2025 weiter ermöglicht werden. Die Frist für die Überführung der entsprechenden Vergütungszuschläge, die bis zum Beginn des ersten nach dem 1. Juli 2025 stattfindenden Pflegesatzverfahrens vereinbart oder beschieden worden sind, in die Pflegesätze, soll um mindestens zwei Jahre, das heißt bis zum 31. Dezember 2027 verlängert werden. § 113c Absatz 6 SGB XI ist entsprechend zu ändern.

- s) Der Bundesrat fordert darüber hinaus, im weiteren Gesetzgebungsverfahren dafür zu sorgen, dass zum 1. Januar 2028 bei der Höhe der Sachleistungsbeiträge für die Inanspruchnahme stationärer Pflege einen Ausgleich für den Wegfall der Vergütungszuschläge geschaffen wird.
- t) In den vergangenen Jahren hat der Marktanteil großer Pflegekonzerne deutlich zugenommen. Teilweise werden diese Unternehmen von Investoren getragen, deren Renditeerwartungen in einem Spannungsverhältnis zur Qualitätsverantwortung nach § 112 SGB XI und zu ordnungsrechtlichen Anforderungen im Heimrecht der Länder stehen.

Der Bundesrat fordert die Bundesregierung daher auf, die Übertragbarkeit von Überlegungen zur Regulierung von investorengetragenen MVZ auf ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zu prüfen. Dies umfasst beispielsweise die

- Einführung einer Kennzeichnungspflicht,
- Einführung eines Registers zur Offenlegung nachgelagerter Inhaberstrukturen,
- Stärkung von Pflegedienst- und Einrichtungsleitungen sowie verantwortlichen Pflegefachkräften durch Etablierung von Schutzvorschriften sowie Stärkung der Schutzfunktion.

Weiterhin fordert der Bundesrat die Bundesregierung auf, den Mechanismus bei Verstößen gegen gesetzliche oder vertragliche Verpflichtungen zu überprüfen, nicht zuletzt mit Blick auf die seit 1. September 2022 geltenden Grundsätze zur Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen.

- u) Der Bundesrat bittet darum, im weiteren Gesetzgebungsverfahren dafür Sorge zu tragen, dass eine Regelung in das Elfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) aufgenommen wird, nach der Arbeitgeber für geringfügig entlohnte Beschäftigte gemäß §§ 8 Absatz 1 Nummer 1, 8a Satz 1 SGB IV auch einen Pauschalbeitrag zur sozialen Pflegeversicherung in einer prozentual angemessenen Höhe des Arbeitsentgelts aus dieser Beschäftigung abführen müssen.
- v) Mit dem Gesetzentwurf soll zur Finanzierung von Leistungsanpassungen ab 1. Juli 2023 der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung um 0,35 Beitragspunkte angehoben werden. Darüber hinaus sind zur Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 zur Berücksichtigung des Erziehungsaufwands von Eltern im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung für kinderlose Beschäftigte eine Erhöhung um 0,25 Beitragspunkte und Abschläge für Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung mit mehreren Kindern vorgesehen.
- w) Der Bundesrat stellt fest, dass aus der Anhebung des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung in 2023 Mehreinnahmen von 3,15 Milliarden Euro sowie ab 2024 jährliche Mehreinnahmen in Höhe von 6,6 Milliarden Euro erwartet werden. Die Ausführungen im Gesetzentwurf bei den Haushaltsausgaben beschränken sich dagegen auf die Funktion von Bund, Ländern und Gemeinden als Arbeitgeber.
- x) Der Bundesrat weist darauf hin, dass die Beiträge zur gesetzlichen Pflegeversicherung bei der Einkommensteuer nach § 10 Absatz 1 Nummer 3 Satz 1 Buchstabe b EStG als Sonderausgaben abziehbar sind. Sie werden bei Arbeitnehmern bereits im Lohnsteuerabzugsverfahren im Rahmen der Vorsorgepauschale berücksichtigt (§ 39b Absatz 2 Satz 5 Nummer 3 Buchstabe c EStG). Damit ergeben sich für Bund, Länder und Kommunen in relevantem Umfang Steuermindereinnahmen.
- y) Der Bundesrat bedauert, dass der Gesetzentwurf zum Umfang der zu erwartenden Steuermindereinnahmen keine Aussagen enthält. Er fordert die Bundesregierung auf, die mit dem Gesetzentwurf verbundenen Auswirkungen auf das Steueraufkommen für den gesamten Finanzplanungszeitraum differenziert nach Rechnungsjahren und Steuerarten offen zu legen. Eine realistische und transparente Gesetzesfolgenabschätzung ist bei jedem Gesetzesvorhaben von größter Bedeutung.

- z) Der Bundesrat weist abschließend darauf hin, dass sich aufgrund der unterjährigen Beitragsbelastungsänderung in der gesetzlichen Pflegeversicherung zahlreiche Folgefragen ergeben. Vor allem beim Lohnsteuerabzug werden entsprechende Konsequenzen auf Seiten der Steuerverwaltung, aber auch bei den Arbeitgebern ausgelöst.

Begründung:

Zu Buchstabe b:

Die ursprüngliche Überlegung der Bundesebene hinsichtlich eines gemeinsamen Leistungsbetrages für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege wird – auch vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie gemachten Erfahrungen hinsichtlich der Notwendigkeit selbstorganisierter Pflege – als positive Überlegung im Sinne der betroffenen Menschen angesehen. Es erschließt sich nicht, warum dieser Ansatz im aktuellen Gesetzgebungsverfahren nicht weiterverfolgt worden ist.

Zu Buchstabe c:

Die Anforderungen an die Kurzzeitpflege haben sich in den letzten Jahren nach zunehmend unterschiedlichen Bedarfslagen ausdifferenziert:

Die Kurzzeitpflege spielt in Situationen der gesundheitlichen Versorgung eine Rolle, in denen insbesondere eine häusliche Versorgung auf Grund behandlungspflegerischer Bedarfe nicht oder noch nicht sichergestellt ist, zum Beispiel nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation, nach einer sonstigen ambulanten medizinischen Behandlung oder bei vorübergehender Pflegebedürftigkeit zwischen zwei Behandlungsabschnitten für die gleiche Erkrankung in einem Krankenhaus, wenn die Vorbereitung für invasive Eingriffe ambulant nicht erbracht werden kann. Ferner dient sie der Stabilisierung vor der Inanspruchnahme von stationären Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation und der Überbrückung von Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist. Darüber hinaus nimmt sie auch weiterhin die „klassische“ Rolle einer temporären vollstationären pflegerischen Versorgung wahr.

Trotz verschiedener Reformmaßnahmen in den letzten Jahren bilden die Personal- und die damit verbundenen notwendigen Finanzierungsstrukturen diese unterschiedlichen Herausforderungen an die Kurzzeitpflege nicht ausreichend ab. Um dem zunehmenden Mangel an Kurzzeitpflegeplätzen entgegenzutreten bedarf es einer Anpassung der gesetzlichen Rahmenvorgaben, die der Ausdifferenzierung der Kurzzeitpflegen auch durch Vorgaben zu Art und Umfang der Versorgung, der Bedarfe an und der Qualifikation von leistungserbringenden Personen Rechnung trägt und über diesen Weg eine qualitative und quantitative Versorgung der Versicherten je nach den unterschiedlichen Bedarfslagen sicherstellt. Dies betrifft zum Beispiel die Berücksichtigung eines angemessenen Case-Managements und der medizinischen Behandlungspflege auf der Grundlage unterschiedlicher konzeptioneller Schwerpunkte.

Zu Buchstabe e:

In dem vorgelegten Entwurf eines PUEG zur Länderanhörung war ein Budget für Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier (kommunale Modellvorhaben) enthalten. Mit diesem Budget wurde in Teilen ein von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz einstimmig beschlossener Vorschlag zur Einführung eines Versorgungsweiterentwicklungsbudgets aufgegriffen, der im Rahmen der unter Vorsitz von Baden-Württemberg eingerichteten Bund-Länder-Arbeitsgruppe Pflegereform (BLAG Pflegereform) erarbeitet wurde.

Im Zuge der Länderanhörung haben die Länder in einer gemeinsamen Stellungnahme aller Länder begrüßt, dass im Grundsatz der Vorschlag der Länder zu einem Versorgungsweiterentwicklungsbudget aufgegriffen wurde. Im Zuge der Länderanhörung haben die Länder betont, dass aus Sicht der Länder das aufgenommen kommunale Modellvorhaben den Kommunen die Chance biete, die Strukturen in der Pflege zu vernetzen und zu koordinieren, die sozialräumlichen Hilfen im Vor- und Umfeld von Pflege zu fördern und die regionale, datengestützte Planung der Versorgungsinfrastruktur auszubauen.

In der nunmehr dem Bundesrat vorgelegten Fassung des PUEG ist dieses Budget für kommunale Modellvorhaben aus für die Länder nicht nachvollziehbaren Gründen nicht mehr enthalten. Daher sind aus Sicht der Länder die gemeinsamen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier im weiteren Gesetzgebungsverfahren wiederaufzunehmen.

Zu Buchstabe f:

Aus Sicht der Länder sind innovative Ansätze im PUEG aufzunehmen, um die Strukturen und Hilfen der Langzeitpflege vor Ort und im Quartier zu verbessern und die Pflegeinfrastruktur besser planen zu können. Die Kommunen spielen dabei eine wichtige Rolle, da sie die Verantwortung für die Sorgestrukturen und -kulturen übernehmen müssen, mit dem Ziel der Bildung einer stabilen Caring Community. Die innovativen Modellvorhaben sollen die Strukturen besonders im Hinblick auf eine intensiviertere Unterstützung der häuslichen Pflege verbessern, die Situation der stationären Pflege und von anderen Wohnformen vor Ort und im Quartier sind dabei zu berücksichtigen.

Zu Buchstabe g:

Es sind die gemeinsamen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier für den Zeitraum von 2025 bis 2029 im weiteren Gesetzgebungsverfahren wiederaufzunehmen.

Für dieses Budget soll ein Fördervolumen von bis zu 100 Millionen Euro im Kalenderjahr zur Verfügung stehen. Der Zuschuss aus Mitteln der Pflegeversicherung wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss von Land oder/und Kommune. Die Rahmenbedingungen zur Umsetzung des kommunalen Modellvorhabens sollen durch Empfehlungen geschaffen werden. Die zu erstellenden Empfehlungen zu konkreten Zielen und Inhalten der Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier sollte von einer unabhängigen dritten Stelle – nicht alleine vom GKV-Spitzenverband – bearbeitet werden, um nachhaltige Impulse zu setzen.

Zu Buchstabe h:

Das Bundesverfassungsgericht hat in dem Beschluss vom 7. April 2022 zu den Verfahren mit den Aktenzeichen 1 BvL 3/18, 1 BvR 717/16, 1 BvR 2257/16 und 1 BvR 2824/17 (BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 7. April 2022, 1 BvL 3/18 – BVerfG 2022, a.a.O.) festgestellt, dass es mit dem Grundgesetz unvereinbar sei, dass beitragspflichtige Eltern in der sozialen Pflegeversicherung unabhängig von der Zahl der von ihnen betreuten und erzogenen Kinder mit gleichen Beiträgen belastet werden. Es hat dem Gesetzgeber aufgegeben, bis spätestens zum 31. Juli 2023 einen verfassungsgemäßen Zustand zu schaffen.

Der vorgelegte Gesetzentwurf enthält in diesem Zusammenhang verschiedene Änderungen im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung. Von besonderer Bedeutung ist hierbei, dass beitragspflichtigen Eltern mit mehreren berücksichtigungsfähigen Kindern zukünftig ein nach der Kinderzahl gestaffelter Beitragsabschlag zusteht, der bei der Berechnung und Abführung des Sozialversicherungsbeitrags entsprechend zu berücksichtigen ist.

Die beitragsabführenden Stellen benötigen zukünftig deshalb zusätzliche Nachweise zur Anzahl und zum Alter der Kinder. Für die Umsetzung ist gleichzeitig eine entsprechende Vorlaufzeit notwendig.

Der Gesetzentwurf sieht insofern bereits vor, dass 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 entwickelt, um eine einheitliche Rechtsanwendung sicherzustellen und ein möglichst effizientes, schnelles und digitales Verwaltungshandeln zu gewährleisten. Der Gesetzentwurf sieht außerdem vor, dass Nachweise für vor dem 1. Juli 2023 geborene Kinder, die bis zum 31. Dezember 2023 erbracht werden, vom 1. Juli 2023 an wirken, sodass die Nachweispflicht in diesem zeitlichen Rahmen auch rückwirkend erfüllt werden kann. Schließlich wird dem Gesetzentwurf zufolge vorgesehen, dass die beitragsabführenden Stellen und die Pflegekassen Beitragsabschläge, die zunächst nicht unmittelbar ab dem 1. Juli 2023 berücksichtigt werden können, bis spätestens zum 31. Dezember 2024 erstattet werden.

Auch wenn es unumgänglich erscheint, dass eine zusätzliche Beitragsdifferenzierung in der Umsetzung zu neuen administrativen Belastungen führt, ist es jedoch ebenfalls unverkennbar, dass ein besonders hoher Aufwand für die beitragsabführenden Stellen in der Einführungsphase entstehen wird. Die bestehenden Möglichkeiten, diesen Aufwand zu begrenzen, sollten deshalb ausgeschöpft werden. Dies schließt Möglichkeiten im laufenden Gesetzgebungsverfahren, aber auch außerhalb des Gesetzgebungsverfahrens mit ein. Nach Möglichkeit sollte so bereits kurzfristig der besondere Aufwand der Einführungsphase begrenzt werden, darüber hinaus geht es aber auch darum, in nachhaltiger Weise den Verwaltungsaufwand dauerhaft zu minimieren.

Begründung zu Buchstabe j:

Die in vielen Ländern zwischenzeitlich etablierte Nachbarschaftshilfe ist bewusst sehr niedrigschwellig angesiedelt, unterliegt allerdings den gleichen Vorgaben wie die professionellen Angebote in diesem Bereich. So ist beispielsweise das Anerkennungs- beziehungsweise Registrierungsverfahren in einzelnen Ländern sehr umfangreich und bürokratisch, was viele Freiwillige von der Leistungserbringung abschreckt. Insofern gilt es entsprechende Hürden abzubauen.

Zu Buchstaben k bis n:

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe Pflegereform (BLAG) der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) hat bereits einen Beschluss zur Refinanzierung versicherungsfremder Leistungen der sozialen Pflegeversicherung durch Steuerzuschüsse des Bundes gefasst, auf den sich der Umlaufbeschluss 02/2023 der ASMK vom 17. März 2023 bezieht. In ihrem Beschluss fordert die BLAG, dass für die beitragsfreie Familienversicherung, für die Beitragsfreiheit bei Mutterschafts- und Elterngeldbezug sowie für die Rentenbeiträge an häusliche Pflegepersonen und für das Pflegeunterstützungsgeld jeweils ein Zuschuss aus Mitteln des Bundeshaushalts an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung geleistet werden soll. Die Rentenversicherungsbeiträge für häusliche Pflegepersonen betragen inzwischen weit über 3 Milliarden Euro. Für die weiteren versicherungsfremden Leistungen ist von Kosten der sozialen Pflegeversicherung in mindestens ähnlicher Größenordnung auszugehen.

Zu Buchstabe n:

Die Rentenversicherungsbeiträge der sozialen Pflegeversicherung an häusliche Pflegepersonen sind vergleichbar mit den Beiträgen für Zeiten der Kindererziehung, die vollständig aus Steuermitteln gezahlt werden. Das Pflegeunterstützungsgeld soll mit der Änderung durch das PUEG künftig in jedem Kalenderjahr erneut zur Verfügung stehen, was mit Mehrausgaben verbunden ist. Daher erscheint ein Zuschuss hierfür umso dringlicher.

Zu Buchstaben o bis s:

Finanziert durch das „Sofortprogramm Pflege“ erhalten vollstationäre Pflegeeinrichtungen auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung, insbesondere im Bereich der medizinischen Behandlungspflege. Voraussetzung ist, dass die Pflegeeinrichtung über neu eingestelltes oder über Stellenaufstockung erweitertes Pflegepersonal verfügt, das über das Personal hinausgeht, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung (§ 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 SGB XI) vorzuhalten hat. Das zusätzliche Pflegepersonal muss zur Erbringung aller vollstationären Pflegeleistungen vorgesehen sein und es muss sich um Pflegefachkräfte oder in Pflegefachkraftausbildung befindliche Hilfskräfte oder um Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich handeln (§ 8 Absatz 6 SGB XI). Das Bundesamt für Soziale Sicherung verwaltet die zur Finanzierung des Vergütungszuschlags zu leistenden Beträge im Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Die Pflegebedürftigen werden hiermit nicht belastet.

Hintergrund der Finanzierungsregelung für zusätzliche Hilfskraftstellen war das Projekt zur wissenschaftlichen Bemessung des Personalbedarfs. Dessen

Ergebnisse zeigten, dass in vollstationären Pflegeeinrichtungen zukünftig insbesondere mehr Pflegehilfskräfte erforderlich sind. Diese zusätzlichen Stellen sind ein erster Schritt zur Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens in vollstationäre Pflegeeinrichtungen. Die Finanzierung erfolgt dabei über gesonderte Vergütungszuschläge. Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten (§ 84 Absatz 9 SGB XI). Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen nicht belastet werden.

Beide Programme stellen eine nachhaltige Stärkung der Personalausstattung in der stationären Pflege dar und waren ein Signal dafür, dass konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen in der stationären Langzeitpflege umgesetzt werden müssen.

Im Zuge der schrittweisen Einführung des Personalbemessungsverfahrens wurde festgelegt, dass ab dem 1. Juli 2023 in den Pflegesatzvereinbarungen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen höchstens die sich aus den in § 113c Absatz 1 SGB XI genannten festgelegten Personalanhaltswerten ergebende personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart werden kann. Des Weiteren wurde ein Mechanismus festgelegt, der es primär der Selbstverwaltung ermöglicht, Mindestwerte (zum Beispiel Personalausstattung, Qualifikation) festzulegen. Im Ergebnis wird damit ein Korridor für die personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal geschaffen, der Grundlage für die Vergütungsverhandlungen ist.

Aus dem Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM) sowie der Roadmap zur schrittweisen Einführung des Personalbemessungsverfahrens ergibt sich, dass das Ziel verfolgt wird, gesonderte Vergütungszuschläge wieder in das allgemeine Vertragsrecht zu überführen. Dementsprechend sieht § 113c Absatz 6 SGB XI vor, dass die vorgenannten Vergütungszuschläge ab dem 1. Juli 2023 nicht mehr beantragt werden können und bereits zuvor beantragte Vergütungszuschläge bis zum 31. Dezember 2025 in den Pflegesatz überführt werden, das heißt zukünftig werden diese finanziellen Belastungen durch die Pflegebedürftigen zu tragen sein.

Pflegebedürftige sind allerdings aktuell mit signifikanten Kostensteigerungen in teilweise unvorhersehbaren Ausmaß konfrontiert, dies ergibt sich insbesondere aus der Umsetzung der Tariflohnbindung, der weit überdurchschnittlichen Inflation insbesondere verursacht durch die Energiepreise und den steigenden Kosten der Ausbildung. Ein weiterer Kostenfaktor für die galoppierende Preisdynamik ist nicht zu verkraften. Zwingend erforderlich ist eine zeitgleiche Anpassung der Sachleistungsbeträge bei Streichung der Vergütungszuschläge.

Zu Buchstabe t:

Von den zehn größten Betreibern stationärer Pflegeeinrichtungen sind neun private Unternehmen, darunter börsennotierte Konzerne und Private Equity-Gesellschaften. Hier bestehen in besonderem Maße Renditeerwartungen, die einer nachhaltigen Qualitätsentwicklung und hoher personeller Kontinuität in der Belegschaft entgegenstehen können.

Vor diesem Hintergrund gilt es, die Leitplanken für investorenbetriebene Pflegeeinrichtungen zu schärfen, vergleichbar der Initiative im Bereich der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Insoweit wird auch auf die Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz verwiesen (Beschlüsse der Videokonferenz vom 27. März 2023 und der Konferenz vom 22./23. Juni 2022).

Im Fokus stehen dabei Regelungen für mehr Transparenz, damit pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen eine informierte Wahl des benötigten Anbieters treffen können. Dabei kann beispielsweise auf den „wirtschaftlich Berechtigten“ nach § 3 Geldwäschegesetz und auf die Daten des Transparenzregisters abgestellt werden, so dass keine nur Pflegeeinrichtungen betreffende Sonderregelung geschaffen wird.

Die Stärkung von Pflegedienst- und Einrichtungsleitungen sowie verantwortlichen Pflegefachkräften gegen sachfremde Einflussnahme dient der Sicherstellung der Qualitätsverantwortung und somit der Verhinderung des Einflusses von Kapitalinteressen auf die pflegerische Berufsausübung. Ziel ist, dass sachfremde Erwägungen, etwa eine Renditeorientierung, durch den Träger/Betreiber einer Pflegeeinrichtung nicht die Qualität der pflegerischen Versorgung beziehungsweise die Lebensqualität in einer Einrichtung einschränken.

Unverändert gilt im Pflegeversicherungsrecht, dass Entgeltkürzungen auch bei eindeutiger Nachweislage lediglich im Einvernehmen mit dem jeweiligen Träger einer Pflegeeinrichtung erfolgen, vorbehaltlich eines Schiedsverfahrens (§ 115 Absätze 3 und 3a SGB XI). Auch nach Inkrafttreten der sogenannten Tariftreuerregelung für Pflege- und Betreuungskräfte sowie dem Erlass von Pflegevergütungs- und Nachweis-Richtlinien gilt nach wie vor das Einvernehmensprinzip. Dies bedarf ebenso einer kritischen Überprüfung wie die grundsätzliche Geeignetheit des Ansatzes einer speziellen sozialversicherungsrechtlichen Rückzahlungspflicht, auch im Hinblick auf das mit den Leistungszuschlägen nach § 43c SGB XI komplexer gewordene Leistungsrecht.

Zu Buchstabe u:

Die Mittel für die soziale Pflegeversicherung werden durch Beiträge sowie sonstige Einnahmen gedeckt (§ 54 Absatz 1 SGB XI). Die finanziellen Mittel aus dem Beitragssatz bis zur Beitragsbemessungsgrenze (§ 55 ff. SGB XI) sind die wesentliche Grundlage zur Finanzierung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung.

Für geringfügig entlohnte Beschäftigte nach §§ 8 Absatz 1 Nummer 1, 8a Satz 1 SGB IV werden aus dieser Beschäftigung keine Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung geleistet. Jedoch werden für diese Personengruppe Pauschalabgaben des Arbeitgebers an die gesetzliche Krankenversicherung und die gesetzliche Rentenversicherung abgeführt: Nach § 249b Satz 1 SGB V hat der Arbeitgeber für geringfügig entlohnte Beschäftigte im gewerblichen Bereich, die in dieser Beschäftigung versicherungsfrei oder nicht versicherungspflichtig sind, einen Krankenversicherungsbeitrag in Höhe von 13 vom Hundert des Arbeitsentgelts dieser Beschäftigung zu tragen. Für geringfügig entlohnte Beschäftigte in Privathaushalten hat der Arbeitgeber nach § 249b Satz 2 SGB V einen Krankenversicherungsbeitrag in Höhe von 5 vom Hundert des Arbeitsentgelts dieser Beschäftigung zu tragen. Für geringfügig entlohnte Beschäftigte im gewerblichen Bereich, die in dieser Beschäftigung nach den Vorschriften

des SGB VI von der Versicherungspflicht befreit oder versicherungsfrei sind, tragen die Arbeitgeber einen Anteil des Rentenversicherungsbeitrags in Höhe von 15 vom Hundert des Arbeitsentgelts, das beitragspflichtig wäre, wenn die Beschäftigten versicherungspflichtig wären (§ 172 Absatz 3 Satz 1 SGB VI, § 276a Absatz 1 Satz 1 SGB VI). Für von der Versicherungspflicht befreite oder versicherungsfreie geringfügig entlohnte Beschäftigte in Privathaushalten tragen die Arbeitgeber einen Beitragsanteil in Höhe von 5 Prozent des Arbeitsentgelts (§ 172 Absatz 3a SGB VI, § 276a Absatz 1 Satz 2 SGB VI).

Die gesetzliche Krankenversicherung und die gesetzliche Rentenversicherung sichern existenzielle Bedürfnisse der Versicherten in Krankheitsfällen und im Alter ab. Gleiches trifft aber auch für die Pflege zu, denn im Fall der Pflegebedürftigkeit werden auch diese Leistungen von geringfügigen Beschäftigten benötigt und auch diese geringfügig Beschäftigten sind zum Beispiel über eine kostenfreie Familienversicherung oder über eine andere sozialversicherungspflichtige Beschäftigung anspruchsberechtigt in der sozialen Pflegeversicherung. Dies erscheint vor dem Hintergrund, dass bei diesen Beschäftigtengruppen eine Wertschöpfung erfolgt, nicht sachgerecht.

Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die Pflege und deren Finanzierung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. Die demographische Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland bringt Herausforderungen für die Pflege mit sich. In der Zukunft werden mehr Pflegebedürftige Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in Anspruch nehmen mit der Folge, dass einer nachhaltigen Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung eine noch höhere Bedeutung zukommen wird.

Aus diesen Gründen sollten die bestehenden Pauschalbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur Rentenversicherung für geringfügig entlohnte Beschäftigte im gewerblichen Bereich und in Privathaushalten um eine Pflicht des Arbeitgebers zur Entrichtung von Pauschalbeiträgen zur sozialen Pflegeversicherung in einer angemessenen Höhe des Arbeitsentgelts erweitert werden.