BKK Dachverband

BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin

TEL (030) 2700403-200
FAX (030) 2700400-191
politik@bkk-dv.de
www.bkk-dachverband.de

STELLUNGNAHME
BKK DACHVERBAND E.V.

vom 10.06.2026

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz – PNOG)

Inhalt

I. VORBEMERKUNG _____ 6

II. DETAILKOMMENTIERUNG _____ 8

Artikel 1: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch _____ 8

Zu Nr. 3: § 4 Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen 8

Zu Nr. 4: § 5 SGB XI: Prävention in Pflegeeinrichtungen; neue wissenschaftliche Expertise zu Risikofaktoren für Pflegebedürftigkeit 8

Zu Nr. 5: § 6 SGB XI: Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen; aktivierende, präventiv und rehabilitativ ausgerichtete Pflege; Pflegefachpersonen/Delegation 9

Zu Nr. 6: neu: § 7a Pflege-Cockpit 10

Zu Nr. 6: neu: 7c: Pflegebegleitung 13

Zu Nr. 11: § 8a SGB XI: Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung und zu deren Sicherstellung; Unterversorgungsindikatoren/Pflegestrukturplanung 18

Zu Nr. 12: § 9 SGB XI: Aufgaben der Länder; Verantwortung für leistungsfähige pflegerische Versorgungsstruktur und Berichtspflicht zu Investitionskostenförderung 19

Zu Nr. 16: § 15 SGB XI: Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit; Anpassung der Schwellenwerte/Begutachtungssystematik 20

Zu Nr. 20: § 18b SGB XI: Inhalte des Gutachtens; Präventions-/Reha-/Pflegebegleitungsbezug 21

Zu Nr. 26: § 33 SGB XI: Leistungsvoraussetzungen; Antrags-/Beginnregelungen, u. a. im Kontext der neuen Budgets 22

Zu Nr. 29: § 35b SGB XI: neu: Abtretung bei Kostenerstattung 22

Zu Nr. 30: § 36 SGB XI: neu: Sachleistungsbudget 24

Zu Nr. 31: § 37 SGB XI: Entlastungsbudget; Neustrukturierung der bisherigen Pflegegeldlogik 24

Zu Nr. 32 – § 39a Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen 25

Zu Nr. 33: § 40 SGB XI: Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen; Anpassungen 26

Zu Nr. 41: § 43c SGB XI: Leistungszuschlag zur Begrenzung des Eigenanteils in vollstationärer Pflege; Anpassung der Verweildauerstufen 27

Zu Nr. 42: § 44 SGB XI: Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen; Rentenversicherungsbeiträge 28

Zu Nr. 43: § 45 SGB XI: Pflegekurse; Streichung einzelner Sätze 28

Zu Nr. 44: neu: § 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag; Verordnungsermächtigung 29

Zu Nr. 44: neu: § 45b Sozialraumbudget 30

Zu Nr. 46: § 45h SGB XI: Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung 32

Zu Nr. 47: § 46 SGB XI: Verwaltungskosten der Pflegekassen; Absenkung/Neuregelung der Erstattung 34

Zu Nr. 48: § 55 SGB XI: Beitragssatz/Beitragsbemessung; u. a. Kinderlosenzuschlag/BBG-Anpassung 35

Zu Nr. 49: § 59b SGB XI: neu: Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung 36

Zu Nr. 50: § 61a SGB XI: Darlehen/Bundesmittel; Folgeänderungen 37

Zu Nr. 51: § 61b SGB XI: neu: Liquiditätshilfe 38

Zu Nr. 52: § 63 SGB XI: Ausgleichsfonds; Folgeanpassung 38

Zu Nr. 53: § 64 SGB XI: Verwaltung des Ausgleichsfonds; Anteil wird von 50 Prozent auf 20 Prozent geändert 38

Zu Nr. 54: § 65 SGB XI: Ausgleichsfonds; zusätzlicher Absatz 39

Zu Nr. 56: § 72 SGB XI: Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag; Tariftreueregelungen/Folgeanpassungen 40

Zu Nr. 58: § 75a SGB XI: neu: Praktische Erprobung innovativer Konzepte 40

Zu Nr. 60: § 82 SGB XI: Finanzierung der Pflegeeinrichtungen; neuer Absatz zu nicht berechenbaren Aufwendungen 41

Zu Nr. 73: § 113e SGB XI: neu: Transformationsstellenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen 41

Zu Nr. 78: § 125a SGB XI: neu gefasst: Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege 42

Zu Nr. 82: § 134 SGB XI: Pflegevorsorgefonds; Prüfauftrag zur Weiterentwicklung/Umbau 44

Zu Nr. 83: § 135 SGB XI: Zuführung/Finanzierung Pflegevorsorgefonds; Anpassung der Jahresbeträge 44

Zu Nr. 85: §§ 142b und 142c SGB XI: neu: Übergangsregelung zur Anpassung der Schwellenwerte zum 1. Januar 2027 und Übergangsregelung zu den Inhalten des Gutachtens nach § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 45

Artikel 3: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 47

Zu Nr. 2: § 20 Abs. 1 SGB V: Prävention; Ergänzung der Belange älterer und pflegebedürftiger Menschen 47

Zu Nr. 3: § 20b Abs. 3 SGB V: Betriebliche Gesundheitsförderung; Grundsätze zu örtlichen/überbetrieblichen Netzwerken als Projektförderung 48

Zu Nr. 4: § 20c SGB V: neue Überschrift Zusammenarbeit mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und den Trägern der gesetzlichen

Rentenversicherung; stärkere Einbindung der Rentenversicherung bei Prävention/Sicherung der Erwerbsfähigkeit 49

Zu Nr. 5: § 25 SGB V: ergänzender Anspruch für Versicherte ab 60 auf medizinische Leistungen zur Früherkennung und Prävention altersbedingter gesundheitlicher Risiken; G-BA-Regelung bis 31.12.2027 51

Zu Nr. 6: § 39 Abs. 1a SGB V: Entlassmanagement; elektronische Übermittlung von Informationen an Pflegebegleitung mit Einwilligung 52

Zu Nr. 8: § 40 Abs. 3 SGB V: geriatrische Rehabilitation; Therapieziel Vermeidung/Verringerung/Verzögerung von Pflegebedürftigkeit; Berichtspflicht GKV-Spitzenverband 53

Artikel 4: Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch _____ 54

Zu Nr. 1: § 3 SGB VI: nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen mit Altersrente sind nach Erreichen der Regelaltersgrenze nicht mehr versicherungspflichtig 54

Zu Nr. 2: § 166 Abs. 2 SGB VI: beitragspflichtige Einnahmen nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen; neue Prozentwerte nach Pflegegrad und Leistungsart: Entlastungsbudget, Kombinationsleistung, Sachleistungsbudget 54

I. VORBEMERKUNG

Die soziale Pflegeversicherung steht vor immensen Herausforderungen. Die Entwicklung der Leistungsausgaben in den ersten 4 Monaten des Jahres 2026 verläuft weiterhin höchst dynamisch, mit einer Veränderungsrate von plus 11 Prozent gegenüber dem Vorjahreszeitraum. Das Defizit in diesem Jahr könnte sich bei anhaltender Dynamik auf bis zu 5,2 Mrd. EUR hin entwickeln. Die im Gesetzentwurf genannten 7,6 Mrd. erwartetes Defizit für 2027 könnten in der Folge auf bis zu rund 10 Mrd. EUR anwachsen. Die im Gesetz genannten Maßnahmen zur Finanzstabilisierung sind nicht genug, die angespannte Finanzsituation zu lösen und so werden bereits unterjährig die liquiden Mittel der SPV die Ausgaben nicht mehr decken. Hier fehlen im Gesetzentwurf entsprechende Maßnahmen, diesem Szenario wirksam zu begegnen.

Der Beitrag des Bundes beschränkt sich – wie im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz – auf die Verschiebung der Rückzahlung bestehender Darlehen. Nebenbei wurde auch die Aussetzung des Bundeszuschusses an die Pflegeversicherung von 1 Mrd. Euro bis zum Jahr 2030 verlängert.

Viele Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung haben aber gesamtgesellschaftlichen Charakter und dürfen nicht dauerhaft auf die Beitragszahlenden verlagert werden. Dazu zählen die Pandemiekosten von 5 Mrd. Euro und die Finanzierung der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige. Statt die Rentenversicherungsbeiträge sachgerecht aus Bundesmitteln zu übernehmen, müssen sie nun – angesichts des Defizits der SPV – gekürzt werden. Das schwächt die soziale Absicherung der Angehörigenpflege, auf der die pflegerische Versorgung fußt.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen enthält der vorliegende Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung einige Ansatzpunkte, die in die richtige Richtung gehen. Die stärkere Ausrichtung der Pflegeversicherung auf Prävention, Rehabilitation und eine frühzeitige Unterstützung in der häuslichen Pflege sind grundsätzlich zu begrüßen. Pflege darf nicht erst dann organisiert werden, wenn eine gesundheitliche Verschlechterung oder Versorgungslücken bereits eingetreten und pflegende Angehörige überfordert sind. In diesem Sinne sind der vorgesehene Anspruch auf eine Pflegebegleitung sowie die Regelungen zur Pflegeprävention und zur Stärkung rehabilitativer Empfehlungen fachlich nachvollziehbar und grundsätzlich geeignet, Pflegebedürftige und deren Angehörigen in der häuslichen Pflege besser zu unterstützen.

Allerdings wäre hier sehr viel mehr möglich, etwa durch verbindliche strukturelle Anreize und entsprechende Steuerungsinstrumente.

Um die Versorgung bundesweit und die Pflegebegleitung einheitlicher auszugestalten, zu steuern und Versorgungsbrüche konsequent zu vermeiden, müssen die Wege, die mit den Ersteinschätzungstools in Notfall- und Primärversorgung (GeDIG, NotfallR) eingeschlagen wurden, jetzt verbindlich auf die Pflege übertragen werden. Dazu sind in der Pflegebegleitung verpflichtende Bedarfseinschätzungstools zu integrieren, als systematische Screening-Instrumente inkl. Datenanalysen, um eine konsistente, indikatorbasierte und wirksame Versorgungssteuerung sicherzustellen.

Die geplanten digitalen und strukturellen Weiterentwicklungen setzen an realen Defiziten an. Ein Pflege-Cockpit, verbesserte Datengrundlagen, eine stärkere regionale Koordination und eine bessere Transparenz über Leistungen und Unterstützungsangebote können dazu beitragen, dass Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sich im Versorgungsgeschehen besser orientieren und Leistungen unbürokratischer in Anspruch nehmen können. Digitalisierung und Daten müssen dabei jedoch so ausgestaltet werden, dass sie Prozesse tatsächlich vereinfachen und nicht lediglich neue Dokumentations-, Berichts- und Abstimmungspflichten erzeugen.

Mehr Beratung und Steuerung haben allerdings ihren Preis. Mit dem Pflege-Cockpit, der Pflegebegleitung, der regionalen Koordination, neuen Datenplattformen und einer stärkeren Versorgungssteuerung werden den Pflegekassen zusätzliche Aufgaben übertragen, die Personal, IT-Strukturen, fachliche Qualifikation und organisatorische Umsetzungskapazitäten erfordern. An diesem Punkt scheitert der Referentenentwurf aber kläglich. Die durchaus richtigen versorgungspolitische Ziele mit erheblichen neuen Aufgaben für die Pflegekassen sind nicht gegenfinanziert. Im Gegenteil: Die Verwaltungskostenerstattung soll sogar noch abgesenkt werden. Bund, Länder und Kommunen werden nicht annähernd in dem Maße in Verantwortung genommen, wie es angesichts der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung der Pflege erforderlich wäre. Stattdessen werden die Beitragszahlenden erneut belastet.

Der Entwurf setzt zu stark auf Verschiebung, Begrenzung und Belastung innerhalb des bestehenden Systems, statt die Finanzierungsverantwortung zwischen Beitragszahlenden, Bund, Ländern und Kommunen neu und fair auszubalancieren. Pflegebedürftige, pflegende Angehörige, Beitragszahlende und Pflegekassen tragen die Hauptlast einer gesamtgesellschaftlichen Herausforderung; die soziale Pflegeversicherung bleibt strukturell unterfinanziert. Der vorliegende Entwurf ist ein Anfang, aber noch keine tragfähige Antwort auf die strukturellen Herausforderungen der sozialen Pflegeversicherung.

II. DETAILKOMMENTIERUNG

Artikel 1: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nr. 3: § 4 Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen

§ 4 SGB XI verpflichtet Versicherte dazu, durch gesundheitsbewusstes Verhalten sowie die Mitwirkung an Präventions-, Rehabilitations- und aktivierenden Pflegemaßnahmen dazu beizutragen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu verringern oder ihre Verschlimmerung zu verhindern

Bewertung:

Leider bleibt das PNOG in der konsequenten Umsetzung der Förderung von Prävention und Vermeidung von Pflegebedürftigkeit hinter den Erwartungen zurück. Zwar normiert der § 4 SGB XI die Eigenverantwortung der Versicherten, jedoch fehlen verbindliche strukturelle Anreize und auch Steuerungsinstrumente, die diese Verpflichtung wirksam werden lassen.

In einem jahrelang defizitorientierten Gesundheitswesen ist das Verhalten hinsichtlich Vorsorge und Prävention zu wenig ausgeprägt. Deshalb ist es notwendig – mit einer angemessenen Übergangsphase – die Teilnahme an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention verbindlich in das Leistungsgeschehen zu integrieren. Denkbar wäre beispielsweise, bei Gewährung von Pflegegrad 1 oder auch im Falle einer zunächst abgelehnten Pflegebedürftigkeit einen strukturierten Präventions- und Vorsorgepfad zu etablieren. Hierzu könnten geeignete Programme empfohlen und deren Teilnahme im Sinne eines Präventionsbonushefts – in Anlehnung an das zahnärztliche Bonusheft – dokumentiert werden.

Zu Nr. 4: § 5 SGB XI: Prävention in Pflegeeinrichtungen; neue wissenschaftliche Expertise zu Risikofaktoren für Pflegebedürftigkeit

Durch eine wissenschaftliche Expertise lässt der GKV SV wissenschaftlich Risikofaktoren ermitteln, die auf eine sich abzeichnende Pflegebedürftigkeit hinweisen. Diese Erkenntnisse sollen bei verschiedenen Aufgabenerfüllungen wie zur Pflegebegleitung,

der Prävention sowie Pflegeberatung berücksichtigt werden. Jährlich berichtet der GKV SV dem BMG über Umsetzung und Erfolg der Maßnahmen.

Bewertung:

Prädiktoren für Pflegebedürftigkeit sind bereits aus mannigfaltigen Expertisen und anderen Forschungsarbeiten bekannt und liegen auch in kumulierter Form vor (z.B. Schluttig et al. „Prävention von Pflegebedürftigkeit im ambulanten Bereich", MD-Bund „Report Pflegebedürftigkeit 2025", RKI „Pflegebedürftigkeit und (informelle) Pflege in Deutschland – Status Quo" etc.). Diese sind nicht erneut durch den GKV-SV zusammenzufassen.

Jedoch die Verankerung (nicht die Entwicklung) von praxistauglichen Prädiktoren zur Vermeidung, Verzögerung und Verminderung von Pflegebedürftigkeit in den Kassensystemen ist hochsinnvoll und zielführend. Allerdingst muss der gesetzliche Auftrag dahingehend geschärft werden.

Aus Sicht des BKK Dachverbands, ist deshalb die noch ausstehende Aufgabe diese Prädiktoren bestmöglich mit Routinedaten zu verknüpfen und nutzbar zu machen. Im Vordergrund soll dabei die Praxis stehen – also die Frage welche Prädiktoren lassen sich wie aus den Routinedaten der Kassen bestmöglich identifizieren oder lassen sich ggf. neue Prädiktoren oder Versorgungskonstellationen robust aus den Daten verifizieren, die in Bezug auf eine drohende oder zu verzögernde Pflegebedürftigkeit eine hohe Aussagefähigkeit haben.

Zu Nr. 5: § 6 SGB XI: Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen; aktivierende, präventiv und rehabilitativ ausgerichtete Pflege; Pflegefachpersonen/Delegation

Bewertung:

Es überrascht einigermaßen, dass mit der bisherigen Formulierung „aktivierende Pflege" im Rahmen des § 11 Abs. 1 SGB XI bisher offensichtlich „präventiv" und „rehabilitativ" ausgestaltete Pflege nicht umfasst war. Im Rahmen einer zugespitzten Schlussfolgerung hieße dies, dass Pflegeeinrichtungen nach über 30 Jahren Pflegeversicherung „rehabilitativ" und „aktivierend" erst im Jahr 2027 tätig würden. Falls dem nicht so ist, wäre eine gesetzliche Klarstellung dringend geboten.

Um über eine rein deklaratorische Wirkung dieser Regelung hinweg zu kommen, wären zudem konkrete Rechtsfolgen zu beschreiben – falls die Pflege den genannten Ansprüchen nicht nachkommt. So müsste der Umsetzung der „rehabilitativen" und „aktivierenden" Pflege bspw. in den Qualitätsprüfungen nach § 115 ff. SGB XI für die ambulante und stationäre Langzeitpflege Rechnung getragen werden.

Zu Nr. 6: neu: § 7a Pflege-Cockpit

Die Pflegekassen werden zur Gewährleistung einer transparenten Information ihrer Versicherten verpflichtet. Dazu haben sie für jede bei ihnen versicherten Pflegebedürftigen ein sog. Pflege-Cockpit einzurichten, welches per digitalem Zugang umfangreich allgemeine und individuelle Informationen im Kontext der pflegerischen Versorgung und Unterstützung bereithalten soll.

Bewertung:

Der BKK Dachverband unterstützt das Ansinnen überaus. Zumal die Pflegekassen im BKK System – faktisch intrinsisch motiviert – an einer guten Information ihrer Versicherten interessiert sind und deshalb bereits an digitalen Informationssystemen arbeiten, wie sie mit dem Pflege-Cockpit nun auch rechtlich normiert werden sollen.

Allerding gilt es zu bedenken, dass die Umsetzung voraussetzungsvoll und damit kostenintensiv und zeitaufwendig sein wird. Gerade vor dem Hintergrund der vielfältigen Informationen, die teilweise individualisiert bereitgestellt werden sollen und aus unterschiedlichen Quellen stammen. Allein die mit § 7a Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 angedachten individuelle Informationen über die Leistungen, die der jeweilige Pflegebedürftige bezieht, sowie den „möglichst" aktuell dargestellten Umfang ihres jeweiligen Leistungsbezugs weist darauf hin, dass dies eine möglichst tagesaktuelle Abrechnung erfordern würde. Dies steht im Spannungsfeld zwischen individuell gewählten Sach-, Geld- und Kombinationsleistungen und zusätzlichen Kostenerstattungsmöglichkeiten. Allein in diesem Umsetzungspunkt könnte zu nicht erfüllbaren Erwartungen an die Pflegekassen führen, da eine tagesaktuelle Abrechnung – auch unter den Bedingungen einer vollelektronischen Abrechnung – nicht umsetzbar ist. Die Darstellung des Umfangs des jeweiligen Leistungsbezugs hängt stark vom Zeitpunkt der jeweiligen Abrechnung der Leistungserbringer oder von der Einreichung der Kostenerstattungsansprüche ab und ist daher immer zeitlich nachlaufend. Ferner stellt sich die Frage, was die mit § 7a Absatz 1 Satz. 2 Nr. 3 angedachten individuellen Informationen über die Leistungen,

welche die Pflegbedürftigen beziehen, von den unter Nr. 1 genannten Informationen zu Leistungen der Pflegeversicherung unterscheidet und wie dies im Pflege-Cockpit operationalisiert werden soll.

Zudem werden verschiedenste Schnittstellen zu implementieren sein. Beispielsweise erfolgt bereits heute die Einbindung der Angebote zur Unterstützung im Alltag n. § 45a SGB XI (AUA-Angebote), welche nach Landesrecht zugelassen werden, in den Leistungs- und Preisvergleichslisten n. § 7 Absatz 2 SGB XI (a.F.) über die DatenClearing-Stelle (DCS) Pflege. Dies wird zum Teil auf der Basis von Exceltabellen [!] und mit 16 bundeslandbezogenen Anbindungen bewerkstelligt. Dafür war eine Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes für einen bundesweit einheitlichen technischen Standard zur elektronischen Datenübermittlung notwendig. Jeweilige Vereinbarungen gem. § 7 Absatz 4 Satz 1 SGB XI regeln das Nähere zur zugrundeliegenden elektronischen Datenübermittlung zwischen den nach Landesrecht zuständigen Stellen für die AUA-Angebote und den jeweiligen Landesverbänden der Pflegekassen.
Dagegen sind beispielsweise spezifische Informationen zur Pflege, zu Austausch- und Schulungsmöglichkeiten sowie zu Selbsthilfe- und Unterstützungsangeboten, wie sie mit im § 7a Absatz 1 Satz. 2 Nr. 10 im Pflege-Cockpit zu berücksichtigen sein sollen, bislang noch gar nicht systematisch in (digitale) Meldesysteme eingebunden. Hierfür bedarf es einheitlicher Meldestrukturen und dafür einheitliche Vereinbarungsmodalitäten, auf deren Grundlage die entsprechenden Informationen letztlich in die Pflege-Cockpit-Systeme eingespielt werden. Der Gesetzgeber sollte dafür verbindlicher Grundlagen schaffen. Zudem sollte klarer definiert werden, welche Informationen der Gesetzgeber zu vor Ort, online oder telefonisch verfügbaren Beratungs-, Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige und Pflegepersonen jenseits der Pflegebegleitung nach § 7c meint (Nummer 8) und welche Möglichkeiten gemeint sind, sich vor Ort oder online stattfindende Schulungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit der Pflege anzeigen zu lassen oder solche zu suchen (Nummer 10).

Da explizit die Sicht der Nutzerinnen und Nutzer einzubinden ist, empfiehlt es sich, die Inhalte des Pflege-Cockpits nicht zu überfrachten und gestuft in der Umsetzung vorzugehen. Ergänzend sollte die Rolle der Pflegebegleitung n. § 7c (n.F.) von Beginn an digital mitgedacht werden. Wenn Pflegebegleitpersonen Versicherte fachlich beraten und bei der Koordination eines stabilen Versorgungsarrangements unterstützen sollen, brauchen sie auf Basis klarer Berechtigungen Zugang zu den Informationen, die für diese Aufgabe erforderlich sind. Dazu zählen insbesondere die Inhalte der MD-Begutachtung, Informationen zum Leistungsbezug sowie weitere versorgungsrelevante Daten, soweit sie für Beratung, Koordination und die pflegefachliche Einschätzung

notwendig sind. Ebenso sollte eine geschützte digitale Kommunikation mit den Versicherten ausdrücklich ermöglicht werden.

Zu prüfen ist außerdem die technische Vertrauensinfrastruktur. Sobald Pflegebegleitpersonen mit individuellen Versichertendaten arbeiten und digital mit Versicherten sowie verschiedenen Leistungserbringern kommunizieren, spricht vieles dafür, einen Zugang über die Telematikinfrastruktur mitzudenken. Das gilt umso mehr, als der Entwurf bereits Videokommunikation und einen späteren Datenaustausch mit der elektronischen Patientenakte vorsieht. Ohne eine solche Einbindung droht eine digitale Lösung, die zwar in der Oberfläche modern wirkt, aber bei Sicherheit, Nachweisbarkeit und Interoperabilität unvollständig bleibt.

Auch die Finanzierung sollte realistischer ausgestaltet werden. Der Entwurf will einerseits die Verwaltungskosten begrenzen, andererseits erfordert der Aufbau des Pflege-Cockpits erhebliche Investitionen in Rechteverwaltung, sichere Kommunikation, Datenschutz, Protokollierung und eine perspektivisch TI-nahe Anbindung. Deshalb muss von der geplanten Absenkung bzw. Begrenzung der Verwaltungspauschale abgesehen werden. Zusätzlich sollte die Finanzierung von eHBA und SMC-B für die beteiligten Akteure mitgedacht werden.

Der mit Absatz 2 angedachte Anspruch der Einbindung von nicht pflegebedürftigen Personen ist bzgl. der Vermeidung und Hinauszögerung von Pflegebedürftigkeit nachvollziehbar. Falls sich diese Einbindung konkret auf das Pflege-Cockpit bezieht, ist jedoch zu beachten, dass der betreffende Personenkreis (noch) keine SGB XI-Leistungsbezieher sind und insofern die meisten individuellen Funktion des Pflege-Cockpit für sie nicht brauchbar sein dürften. Ferner sind die avisierten Präventionsangebote Leistungen der GKV, die bislang nicht im Pflege-Cockpit konkret adressiert sind. Zudem kann die frühe Einbindung durchaus stigmatisierend wirken und deshalb ihren Zweck verfehlen. Gleichwohl dürfte es für bereits pflegebedürftige Personen hilfreich sein, etwaige Informationen zu spezifischen Präventionsangeboten der Krankenkassen über das Pflege-Cockpit direkt zu erhalten. Es empfiehlt sich daher insgesamt die Überprüfung des hier angedachten Rechtsanspruchs.

Zu Nr. 6: neu: 7c: Pflegebegleitung

Bewertung:

Zu § 7c Absatz 2:
Die inkongruente Regelung zwischen der Gesetzesbegründung zu Absatz 2 und zu der eigentlichen rechtlichen Normierung der Absatzes 2 (aber auch den Absätzen 1 und 3) sollte überprüft werden: Die Gesetzesbegründung führt aus, dass die Pflegebegleitung als laufende pflegefachliche Unterstützung und Begleitung normiert wird – insbesondere zu Beginn der Pflegebedürftigkeit. Dies gelte für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 und für Pflegebedürftige, die direkt in Pflegegrad 2 oder 3 eingestuft werden und ausschließlich das Entlastungsbudget beziehen. Die Inhalte des Absatzes 2 bzw. die gesamte rechtliche Norm des neuen § 7c legt alle Pflegebedürftigen (und deren An und Zugehörige), welche häusliche Pflege beziehen, als anspruchsberechtigt fest – unabhängig vom Pflegegrad, vom jeweiligen Leistungsbezug und der „Pflegekarriere".
Sollte die in der Gesetzesbegründung formulierte spezifische Ausrichtung allerdings maßgebend sein, so sollte diese mit der zugehörigen Zielsetzung klar rechtlich beschrieben sein, da dies maßgebend bei der Umsetzung sein wird – bspw. in den Richtlinien n. § 17 Absatz 1a SGB XI (n.F.).

Mit Absatz 2 Nummer 1 wird als prozesseinleitende Aufgabe der Pflegebegleitung festgelegt, dass die Unterstützungsbedarfe der pflegebedürftigen Menschen zu erkennen, zu ermitteln und festzuhalten sind. Dies soll sinnhafterweise unter Berücksichtigung der Begutachtungsergebnisse der Medizinischen Dienste erfolgen. Mit der Gesetzesbegründung wird allerdings explizit darauf verwiesen, dass die zugrundeliegenden MD-Empfehlungen auch ableitbare Beratungs- und gegebenenfalls Handlungsbedarfe der Pflegebegleitung aussprechen sollen, insbesondere zu den ersten Schritten zur Einleitung der pflegerischen Versorgung und – sofern erforderlich – zu einem Fallmanagement zur Deckung besonderer pflegerischer Unterstützungsbedarfe. Vereinfacht ausgedrückt sollen die MD bereits ein initiales Fallmanagement bzw. eine bedarfsorientierte Impulsberatung im Begutachtungsverfahren implementieren, was mit Artikel 1 Nummer 20a und damit in § 18b Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB XI konkret normiert wird.

Aus Sicht des BKK Dachverbandes wird hier den Ergebnissen des Studienkonzept für ein Modellprojekt zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach §§ 18a, 18b („MEET"-Projekt) vorgegriffen, welches jüngst angelaufen ist und dessen Ergebnisse erst im Frühjahr 2028 vorliegen werden und welches u.a. die hier erwähnten Aspekte eines initialen Fallmanagement bzw. eine

bedarfsorientierte Impulsberatung beinhaltet. Die Wirksamkeit dieser Maßnahme kann insofern allenfalls vermutet werden. Wie den Ausführungen zu Artikel 1 Nummer 20a zu entnehmen ist, sieht der BKK Dachverband diese neuen Inhalte der Pflegebegutachtung derzeit kritisch, weshalb an dieser Stelle explizit darauf verwiesen wird, dass diese derzeit nicht in das Handeln der Pflegebegleitung einbezogen werden sollten. Allein der Aspekt, dass der MD Bund mit den RL n. § 17 Absatz 1 SGB XI genau diese Inhalte bereits normieren soll, ohne dass die Ergebnisse des „MEET"-Projekts vorliegen, unterminiert ggf. den inhaltlichen Aufbau der Pflegebegleitungsstrukturen und damit deren Verantwortlichkeiten bspw. ein stabiles Versorgungsarrangement zu gestalten. Damit ist auch die Begleitung der Umsetzung wie es Absatz 2 Nummer 1 vorsieht oder Pflegebedürftige mit besonderem Unterstützungsbedarf zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung mit einem Fallmanagement zu unterstützen, wie es Absatz 5 vorsieht, gemeint. Teil dieser Aufgabe im Fallmanagement ist das zugehörige Assessment (Bedarfserhebung) auf deren Grundlage als nächster Prozessschritt die Planung/Zielvereinbarung erfolgt. Zu befürchten ist, dass genau dieser Teil des Fallmanagement-Prozess mit dem MD-Gutachten neu zugewiesenem initialen Fallmanagement bzw. der Impulsberatung in den jeweiligen Zuständigkeiten zerrieben und damit auseinandergerissen wird.

Zudem ergibt sich an dieser Stelle ein organisatorisch-technisches Problem: Die Gesetzesbegründung weist darauf hin, dass die für die Pflegebegleitung erforderlichen Informationen des Gutachtens mit Einwilligung des Pflegebedürftigen in gesicherter elektronischer Form an die zuständige Pflegebegleitungsstelle zu übermitteln ist. Gemäß § 7d Absatz 4 (n.F.) können die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe aufgrund landesrechtlicher Vorschriften von den Pflegekassen und Krankenkassen den Abschluss einer Vereinbarung zur gemeinsamen und vollständigen Übernahme der Pflegebegleitung durch Pflegestützpunkte verlangen. Die Pflegestützpunkte sind allerdings bislang nicht an die TI angeschlossen. Dennoch wäre sicherzustellen, dass der betreffende Datenaustausch in diesen Fällen gewährleistet ist. Gemäß dem *„Entwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen"* obliegt es zukünftig dem MD Bund, das Nähere zum digitalen Datenaustausch der Medizinischen Dienste in den RL n. § 53d SGB XI zu fassen – somit auch zu den Pflegestützpunkten, während hierbei die etablierte Anwendungen der Telematik-Infrastruktur genutzt werden soll.

Absatz 2 Satz Nr. 7 bestimmt, dass die Pflegebegleitung die Situation der pflegenden An- und Zugehörigen systematisch mit einzubeziehen hat. Der Fragebogen zur Angehörigen-Resilienz und -Belastung (FARBE) ist ein wissenschaftsbasiertes Screening-

Instrument für den Einsatz in der professionellen Beratung. Es kann genutzt werden, um Resilienzfaktoren und Belastungsfaktoren pflegender Angehöriger systematisch zu erfassen und deren Verhältnis abzubilden. Nach Ansicht des BKK Dachverbandes sollte ein solches unterstützendes Instrument verbindlich und flächendeckend bei der Pflegebegleitung zur Anwendung kommen. Entsprechend sollte in den RL nach § 17 Absatz 1a SGB XI (n.F.) und damit in Artikel 1 Nummer 17b die Nutzung eines solchen Instruments vorgesehen und entsprechend rechtlich normiert werden.

Die Pflegebegleitung sollte zudem systematisch Screening-Tools inkl. Datenanalysen sowohl für pflegende Angehörige als auch für Pflegebedürftige einsetzen, analog der angedachten Ersteinschätzungstools/Bedarfseinschätzung in der Primär- und Akutversorgung (Vgl. GeDIG; NotfallR). Angesichts des stark wachsenden Aufgabenprofils der Pflegebegleitung sind solche Instrumente unverzichtbar, um Versicherte gezielt in Versorgung, Selbsthilfe, Hilfsmittel- oder Präventionsangebote zu steuern. Nur durch verbindliche, indikatorenbasierte Screeningprozesse lässt sich bundesweit eine einheitliche, qualitätsorientierte Versorgungssteuerung sicherstellen – statt regionale Qualitätsunterschiede weiter zu verfestigen. Der verpflichtende Einsatz standardisierter Screening- und Einschätzungstools schließt zudem eine zentrale Steuerungslücke.

Zu § 7c Absatz 5:

Absatz 5 normiert, dass Pflegebedürftige mit besonderem Unterstützungsbedarf zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung durch die Pflegekasse mit einem Fallmanagement durch eine Pflegebegleitperson organisierend und koordinierend unterstützt werden. Wie bereits erwähnt, können die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe den Abschluss einer Vereinbarung zur gemeinsamen oder und vollständigen Übernahme der Pflegebegleitung durch Pflegestützpunkte verlangen. Ist die vollständige Übernahme der Pflegebegleitung durch einen Pflegestützpunkt angedacht, bleibt mit der Formulierung „[…] werden durch die Pflegekasse mit einem Fallmanagement durch eine Pflegebegleitperson organisierend und koordinierend unterstützt […]“ unklar, ob nun die Pflegekasse (des betreffenden Versicherten) oder der Pflegestützpunkt (als gemeinsame und vollständig übernommene Pflegebegleitung auf Initiativrecht der Sozialhilfeträger/Stellen der Altenhilfe) das betreffende Fallmanagement verantwortet. Hier sollte eine Konkretisierung erfolgen.

Zu 7c Absatz 6:

Bei der Inanspruchnahme des Entlastungsbudgets n. § 37 Absatz 1 SGB XI (n.F.) wird eine verpflichtende und sanktionsbewährte Inanspruchnahme der Pflegebegleitung implementiert und zudem eine Kaskade bei der Feststellung einer nicht sichergestellten Pflege implementiert, bei welcher die Pflegekasse zuletzt verpflichtet ist, ein Fallmanagement nach Absatz 5 anzubieten. Auch hier stellt sich die Frage, ob im Fall der Übernahme der Pflegebegleitung durch Pflegestützpunkte gem. § 7d Absatz 4 (n.F.) nun die Pflegekasse (des betreffenden Versicherten) oder der Pflegestützpunkt (als gemeinsame und vollständig übernommene Pflegebegleitung auf Initiativrecht der Sozialhilfeträger/Stellen der Altenhilfe) das betreffende Fallmanagement verantwortet, zumal hier – anders als in Absatz 5 – nicht auf eine Pflegebegleitperson im Wortlaut abgestellt wird. Auch hier bedarf es einer Konkretisierung.

Zu § 7d Absatz 1:

Normiert wird, dass die Pflegebegleitung bundesweit und kassenartenübergreifenden organisiert sein soll – über Vereinbarungen, welche die Pflegekassen zu treffen haben. Gleichzeitig soll diese Aufgabe auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragbar sein. Auch eine ganz oder teilweise Übertragung auf Dritte soll möglich sein: Zwingende Bedingung ist in allen Fällen, dass ein Verantwortlicher für das Gebiet jedes Kreises und jeder kreisfreien Stadt zu benennen ist. Angesichts dieser vielfältigen Umsetzungsmöglichkeiten und -ansprüche scheint es zweifehlhaft, dass entsprechende Vereinbarungen und der Strukturaufbau bereits bis zum 1. Januar 2028abgeschlossen sein wird. Denn es muss beachtet werden, dass heute jede Pflegekasse allein oder mittels Dritter/ext. Dienstleister etwaige Pflegeberatungsstrukturen organisiert und etabliert hat. Diese vielfältigen Strukturen müssen – bestenfalls – in die gemeinsamen neuen Pflegebegleitungsstrukturen überführt werden, zumal die im Gesetzentwurf formulierten Übergangs- und Besitzstandschutzregelungen (Artikel 1 Nr. 86) einen Fortbestand der Pflegeberatungsansprüche n. § 7a SGB XI (a.F.) vorsehen. Demnach müssen diese Strukturen bis zum 1. Januar 2028 insgesamt erhalten bleiben. Angesichts dieser Umstände erscheint einerseits der Umsetzungszeitrahmen von einem Jahr ab Inkrafttreten zu kurz bemessen und sollte mindestens auf 2 Jahre verlängert werden. Zudem ist zu überlegen, ob nicht zwingend vorzugeben ist, dass etwaige Vereinbarungen immer Bundesland bezogen und insofern über die Landesverbände der Pflegekassen zu organisieren sein sollten, um den Umstieg besser zu kanalisieren. Damit ergibts sich auch angesichts der Regelungen in den Absätzen 4 und 5 ein räumlich besser zu kanalisierender Bezug (Übernahme durch Pflegestützpunkte).

Zu § 7d Absatz 2:

Die mit Absatz 2 vorgegebene Finanzierungssystematik wird mit großer Wahrscheinlichkeit die Implementierung eines Datenaustauschs erfordern, da durch den GKV-Spitzenverband bei jeder einzelnen Pflegekasse die Anzahl der Pflegebedürftigen bezogen auf jeden Versicherten und dessen Wohnsitz im jeweiligen Kreis oder der jeweiligen kreisfreien Stadt ermittelt werden muss. Allein die technische Implementierung eines solchen Datenaustauschs bedarf einen Zeitrahmen von 9 Monaten. Hinzuzurechnen ist zeitlich die vorab notwendige inhaltliche Ausarbeitung und Beschreibung. Für den Start des bislang normierten Leistungsanspruchs ab 1. Januar 2028 würde die erste Datenlieferung über einen funktionierenden Datenaustausch zum 30. Juni 2027 fällig. Allein dieser zeitliche Bezug offenbart, dass die Umsetzung der Pflegebegleitung innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten nicht zu bewerkstelligen ist, weshalb wiederum eine Verlängerung auf mindestens 2 Jahre notwendig ist.

Zu § 7d Absatz 4 und 5:

Sofern die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe auf Grund landesrechtlicher Vorschriften von den Pflegekassen und Krankenkassen den Abschluss einer Vereinbarung zur gemeinsamen und vollständigen Übernahme der Pflegebegleitung nach § 7c Absatz 1 durch Pflegestützpunkte nach § 7e verlangen, sollen die Finanzierungsregelungen des Absatzes 2 unverändert gelten. Allerdings bestimmt § 7c SGB XI (a.F.) heute, dass die Aufwendungen, die für den Betrieb eines Pflegestützpunktes erforderlich sind, von den Trägern des Pflegestützpunktes zu gleichen Teilen unter Berücksichtigung der anrechnungsfähigen Aufwendungen für das eingesetzte Personal getragen werden. Hierauf muss auch die Finanzierung in den Fällen nach den Absätzen 4 und 5 abstellen bzw. die genannten Finanzierungsansprüche der Pflegestützpunkte, damit keine Doppelfinanzierung durch die Pflegekassen erfolgt.

Zu § 7d Absatz 6:

Sofern am (fragwürdigen) Zeitrahmen zur Umsetzung der Pflegebegleitung festgehalten werden soll, ist die Frist zum 31. Mai 2027, zu welcher die zuständigen Träger der Sozialhilfe sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe die Übernahme der Pflegebegleitung zu melden haben, zu weit gefasst, um auf deren Grundlage innerhalb der Pflegekassen die Vereinbarungen nach Absatz 1 treffen zu können. Andererseits dürfte die notwendige Landesgesetzgebung in so kurzer Frist

kaum zu bewerkstelligen sein. In der Gesamtschau ergibt sich so auch hier die Feststellung, dass der gesetzte Zeitrahmen insgesamt nicht realisierbar erscheint.

Zu Nr. 11: § 8a SGB XI: Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung und zu deren Sicherstellung; Unterversorgungsindikatoren/Pflegestrukturplanung

Künftig sollen (vorher können) die Landespflegeausschüsse nicht nur Empfehlungen zur Umsetzung der Pflegeversicherung, sondern ausdrücklich auch zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung abgeben. Darüber hinaus werden die Länder ermächtigt, Indikatoren zur Feststellung von Unterversorgung auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte festzulegen und diese als Grundlage für Pflegestrukturplanungsempfehlungen heranzuziehen. Wird anhand dieser Indikatoren eine Unterversorgung festgestellt, können die Länder nähere Vorgaben dazu treffen, welche Maßnahmen innerhalb welcher Fristen zur Behebung der Versorgungsdefizite zu ergreifen sind. Dabei sind insbesondere die Erkenntnisse der Pflegekassen sowie Hinweise der Pflegeeinrichtungen auf drohende oder bestehende Versorgungsengpässe zu berücksichtigen.

Bewertung:

Kritisch ist, dass jedes Land die Feststellung von Unterversorgung durch landesrechtlich definierte Indikatoren erhebt. Damit wirft diese Regelung erhebliche Zweifel an der Bewertung und somit auch Herstellung von gleichwertigen Lebensverhältnissen (Deutscher Bundestag, 2023 WD 3 - 3000 - 162/22, WD 1 - 3000 - 041/022) auf. Es besteht die Gefahr eines Indikatoren-Flickenteppich, der regional unterschiedliche Maßstäbe anlegt. Dies erschwert eine bundesweit einheitliche Bewertung der Versorgungssituation und macht eine Datenauswertung unmöglich.

Sollte der Gesetzgeber beabsichtigen, dass die Pflegekassen hier den Sicherstellungsauftrag nutzen, um einer Unterversorgung entgegenzutreten, so verfügen diese 1. nicht über die planerischen noch 2. über die ordnungsrechtlichen Instrumente, um neue Pflegeangebote zu schaffen, um Versorgungslücken zu schließen sowie 3. Fehlversorgung durch den weiterhin bestehenden Kontrahierungszwang zu beheben. Die Verantwortung der Länder für die pflegerische Infrastruktur muss von dem Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen abgegrenzt werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

§ 8a Abs. 4 S. 2 Für die Feststellung von Unterversorgung auf Ebene der Landkreise oder kreisfreien Städte sind bundesweit einheitliche, wissenschaftlich entwickelte und regelmäßig evaluierte Indikatoren als Grundlage einer Pflegestrukturplanungsempfehlung unter Berücksichtigung der Eigenverantwortung (§ 4), der gemeinsamen Verantwortung (§ 8 Absatz 1 und 2), der Aufgaben der Länder (§ 9) sowie der Aufgaben und des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen (§§ 7 und 69) zu verwenden. Ergänzend können landes- oder kommunalspezifische Besonderheiten berücksichtigt werden, soweit hierdurch die bundesweite Vergleichbarkeit der Versorgungssituation nicht beeinträchtigt wird.

Zu Nr. 12: § 9 SGB XI: Aufgaben der Länder; Verantwortung für leistungsfähige pflegerische Versorgungsstruktur und Berichtspflicht zu Investitionskostenförderung

Bewertung:

Die Regelung zementiert die schon jetzt vorhandene Ungleichheit der Lebensverhältnisse in den Bundesländern. Es bleibt nach wie vor offen ob und in welchem Umfang Investitionskosten in den Ländern übernommen werden. Erschwerend kommt hinzu, dass die Einsparungen, die den Trägern der Sozialhilfe entstehen und die für die Investitionskosten aufgewendet werden sollen (§ 9 Abs. 1 SGB XI) mittlerweile bei über 70 Mrd. Euro liegen. Nicht einmal die im Rahmen der „Fachlichen Eckpunkte für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung“ vorgeschlagene pauschale Entlastung der Pflegebedürftigen von 200 Euro pro Monat für die Investitionskosten konnte konsentiert werden. Gerade diese Maßnahme hätte für die Versicherten eine sofortige und spürbare Erleichterung dargestellt.

Gleichwertige Lebensverhältnisse und eine geteilte Verantwortung von Bund und Ländern für Pflegebedürftige Versicherte, bleiben an dieser Stelle leider weiterhin eine Wunschvorstellung.

Zu Nr. 16: § 15 SGB XI: Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit; Anpassung der Schwellenwerte/Begutachtungssystematik

Bewertung:

Die Anpassung der Punkt- bzw. Schwellenwerte für die einzelnen Pflegegrade ist notwendig. Der BKK Dachverband hatte in der Vergangenheit bereits dafür plädiert, sich an den Empfehlungen des Expertenbeirates zu orientieren. Die Daten des MD-Bund zeigen, das bereits über ein Drittel der pflegebedürftigen Menschen bei der Erstbegutachtung direkt im Pflegegrad 2 eingestuft wird und damit die Schwelle für Leistungen aus der Pflegeversicherung zu niedrig ist. Hinzu kommt, dass in der Versorgungspraxis gerade im Pflegegrad 1 die Leistungen der Pflegeversicherung eben nicht zur Sicherstellung der Pflege, sondern für die Finanzierung anderer Dienstleistungen bzw. von laufenden Haushaltskosten genutzt wird. Diese Anpassung der Punktwerte auch bei der Begutachtung von Kindern nachzuvollziehen ist fair und sachlogisch.

Bei der Begutachtung von Kindern gibt es aus Sicht der Betriebskrankenkassen allerdings auch deutlichen Nachbesserungsbedarf, so hat sich seit 2017 die Anzahl der Begutachteten Kinder verdreifacht (dies bei einer gleichzeitig rückläufigen Anzahl von Kindern insgesamt). Mit Blick auf die pflegebegründenden Diagnosen zeigt sich das 56% aller pflegebedürftigen Kinder Diagnosen im Bereich Hyperkinetische Störungen (AD(H)S) und Entwicklungsstörungen haben. Hier drängt sich der Eindruck auf, dass eigentlich im Rahmen der Eingliederungshilfe anspruchsberechtigte Kinder zusätzlich auch Ansprüche in der Pflegeversicherung generieren. Diese Entwicklung muss überprüft und ggf. im Rahmen einer Anpassung der „Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund" durch eine geschärfte Abgrenzung von Pflegebedürftigkeit im Verhältnis zur Teilhabe behoben werden.

Wie auch zu Artikel 1 Nummer 85 kommentiert, wird die Anhebung der Punktewerte mit Bekanntwerden der Regelung in der Öffentlichkeit dazu führen, dass eine Vielzahl von Versicherten einen Antrag auf Pflegebedürftigkeit stellen, um noch nach den bislang geltenden Maßstäben begutachtet zu werden. Deshalb müssen die pauschalen Zusatzzahlungen n. § 18c Absatz 5 (Strafzahlungen) der Kassen im Rahmen der Begutachtung ausgesetzt werden.

Zu Nr. 20: § 18b SGB XI: Inhalte des Gutachtens; Präventions-/Reha-/Pflegebegleitungsbezug

Mit der Ergänzung in § 18b Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB XI sollen zukünftig in den Gutachten Gründe erläutert werden, die einer Reha-Empfehlung bzw. einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation im einzelnen Fall im Wege stehen. Ausweislich der Gesetzesbegründung soll die Neuregelung bezwecken, dass die Aufmerksamkeit des dafür speziell geschulten Gutachters oder der Gutachterin in der Begutachtungssituation auf die Gründe gelenkt wird, die einer Rehabilitationsempfehlung möglicherweise entgegenstehen und zu hinterfragen, ob diese wirklich durchgreifend sind.

Bewertung:

Der BKK Dachverband unterstützt sinnvolle Instrumente, die dazu geeignet sind, möglichen Entscheidungsunsicherheiten bei den Gutachter:innen in komplexen Bedarfsermittlungssituationen zu begegnen. Inwieweit die vom Gesetzgeber vorgeschlagene Form der Selbstkontrolle für die Gutachter:innen zu einer durchaus wünschenswerten Erhöhung der Reha-Empfehlungsquote führen soll, ist fraglich.

Zudem gilt es zu berücksichtigen, dass eine Erhöhung der Reha-Empfehlungsquote allein nicht dazu geeignet ist, den rehabilitativen Ansatz der Reform zur Vermeidung, Verzögerung und Verringerung von Pflegebedürftigkeit wesentlich zu stärken. Hierfür bedarf es eines Gesamtkonzeptes, das u.a. Fragen der Niedrigschwelligkeit von Rehaleistungen und -angeboten, der Teilnahmebereitschaft an Rehabilitationsleistungen, der Anreizstrukturen, der inhaltlichen und strukturellen Ausgestaltung der medizinischen Rehabilitation sowie der Nachsorge berücksichtigt.

Die vorgesehene Erweiterung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes um Feststellungen zu Versorgungsschwerpunkten sowie um Empfehlungen zu Beratungs- und Handlungsbedarfen greift weitgehend in den Kernauftrag der Pflegebegleitung nach § 7c SGB XI ein. Damit wird die notwendige Trennung zwischen leistungsrechtlicher Begutachtung und begleitender Beratung durchmischt. Aus fachlicher Sicht – auch im Sinne anerkannter Standards des Care- und Case-Managements ist es problematisch, wenn bereits Festlegungen zu Bedarfen und zu Einsteuerung in Systeme (§ 18b Abs. 1 S. 1 Nr. 3a) getroffen werden. Die Vermischung von Prüf- und Steuerungsfunktionen widerspricht der Struktur eines CM.
Zudem wird es nicht gelingen in dem Prozess der Begutachtung – und ohne Übersicht über die Einbindung in das soziale Netzwerk oder das Wissen über das Eingebundensein im sozialen Nahfeld –einen ausreichenden Blick auf die Ressourcen zu erhalten.

Das initiale Case Management muss vielmehr originär aus der Pflegebegleitung heraus erfolgen ebenso die Evaluation der Belastung der Pflegenden. Diese ist darauf ausgerichtet, gemeinsam mit den Pflegebedürftigen und Pflegenden Ziele zu klären, Ressourcen und Unterstützungsbedarfe fortlaufend zu bewerten. Eine vorgelagerte gutachterliche Empfehlung des MD zu Handlungsbedarfen kann die fachliche Autonomie der Pflegebegleitung einschränken. Der MD sollte für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit zuständig sein, während die Entscheidung zur Steuerung der Versorgung und das Fallmanagement Aufgabe der der Pflegebegleitung ist.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

§ 18b Abs. 1 S. 1 Nr. 3 ist ersatzlos zu streichen.

Zu Nr. 26: § 33 SGB XI: Leistungsvoraussetzungen; Antrags-/Beginnregelungen, u. a. im Kontext der neuen Budgets

Die Intention des Gesetzgebers an dieser Stelle kann nachvollzogen werden. Allerdings sollte die Neuregelung nicht nur Einzelfälle – gerade von jüngeren Pflegebedürftigen – in den Blick nehmen, sondern der neuen präventiven und gesundheitsfördernden Ausrichtung der Sozialen Pflegeversicherung sollte nun für alle Versicherten Rechnung getragen werden.

Bei der Anpassung der Begutachtungsrichtlinien durch den MD-Bund muss im Fokus stehen, dass aus der Änderung bzw. Operationalisierung der Wahrscheinlichkeitsprognose (z.B. durch Wiederholungsbegutachtungen) keine signifikante Zunahme der Anzahl der Begutachtungen resultiert. Hier sind die Ressourcen schon jetzt maximal gebunden. Es braucht für die Umsetzung also ein schlankes, aber reliables Verfahren.

Zu Nr. 29: § 35b SGB XI: neu: Abtretung bei Kostenerstattung

Zukünftig wird die Abtretung von Ansprüchen der pflegebedürftigen Person auf Zahlung von Erstattung von digitalen Pflegeanwendung, wohnumfeldverbessernden Maßnahmen und dem Sozialraumbudget nur noch wirksam mit Anzeige gegenüber der Pflegekasse. Damit wird klargestellt, dass die rechtliche Wirksamkeit der Abtretung an eine

formale Mitteilung geknüpft ist und erst ab diesem Zeitpunkt eine direkte Leistungsabrechnung zwischen Leistungserbringer und Pflegekasse erfolgen kann.

Bewertung:

Die künftige Ausgestaltung der wirksamen Abtretung stellt eine sinnvolle und begrüßenswerte Weiterentwicklung dar, da sie für deutlich mehr Klarheit und Rechtssicherheit sorgt. Die vorgesehene Anzeigepflicht gegenüber der Pflegekasse gewährleistet allein jedoch nicht, dass die pflegebedürftige Person die Tragweite ihrer Abtretungserklärung vollständig erfasst und dieser bewusst zustimmt.

Vor diesem Hintergrund sollte der Gesetzgeber klarstellen, dass Abtretungserklärungen, die lediglich als ein Bestandteil eines Antrags-, Beratungs- oder Abrechnungsformulars abgegeben werden, nicht wirksam sind. Pflegekassen beobachten seit geraumer Zeit, dass Abtretungserklärungen zunehmend in andere Formulare integriert werden, ohne dass deren Bedeutung für die pflegebedürftige Person hinreichend hervorgehoben wird. Den BKK liegen beispielsweise Fälle vor, in denen im Zusammenhang mit einem Beratungsformular oder Antrag n. § 40 SGB XI zugleich eine Abtretungserklärung für Ansprüche auf weitere Pflegeleistungen enthalten war.

Um eine informierte Entscheidung der pflegebedürftigen Person sicherzustellen, sollte die Anzeige der Abtretung daher ausschließlich auf Grundlage einer gesonderten Erklärung erfolgen. Diese muss die betroffene Person in verständlicher Form über Umfang, Rechtsfolgen und Reichweite der Abtretung aufklären. Dies gewinnt insbesondere vor dem Hintergrund zunehmender Digitalisierung an Bedeutung, da hierbei die Gefahr besteht, dass unbeabsichtigt Abtrittserklärungen mitunterzeichnet werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

> *§ 35b Abs. 2 SGB XI Die Anzeige kann schriftlich oder elektronisch erfolgen. Die Anzeige muss auf einem separaten und einheitlichen Aufklärungsbogen erfolgen. Dieser und das Nähere zur Ausgestaltung der Einwilligung und der Aufklärung, insbesondere zu Form, Inhalt und Dokumentation regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Einbezug der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118.*

Zu Nr. 30: § 36 SGB XI: neu: Sachleistungsbudget

Die bisherigen Pflegesachleistungen werden erhöht und als Sachleistungsbudget für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 neu benannt. Zukünftig können sie durch zugelassene ambulante Pflege- und Betreuungseinrichtungen erbracht werden.

Bewertung:

Die Leistungsbeträge im neu eingeführten Sachleistungsbudget wurden gegenüber den bisherigen Pflegesachleistungen um bis zu 11 Prozent angehoben. Damit ist eine erhebliche Ausweitung der Leistungsaufwendungen verbunden, deren finanzielle Gesamtwirkungen unter *3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand* (S. 76 ff.) bislang nicht hinreichend transparent dargestellt bzw. beziffert wurden. Die deutliche Anhebung der Leistungsbeträge ist auch vor dem Hintergrund der allgemeinen Inflation nur eingeschränkt nachvollziehbar. So wurden die Pflegesachleistungen zuletzt zum 01.01.2025 bereits um 4,5 Prozent angepasst. Die nun vorgesehene Größenordnung lässt sich daher nicht allein mit inflationsbedingten Kostenentwicklungen begründen. Das PNOG entwickelt sich damit zu einer sehr kostenintensiven Reformmaßnahme. Nach ersten Hochrechnungen des BKK Dachverbandes – auf Basis der Leistungsausgaben des Jahres 2025 in Höhe von rund 6,9 Mrd. Euro für Sachleistungen – ist perspektivisch von einer Ausweitung auf etwa 7,5 Mrd. Euro auszugehen.

Vor diesem Hintergrund bittet der BKK Dachverband um eine detaillierte Aufschlüsselung der erwarteten Mehrbelastungen im Haushaltsaufwand sowie eine transparente Darstellung der zugrunde gelegten Kalkulation.

Zu Nr. 31: § 37 SGB XI: Entlastungsbudget; Neustrukturierung der bisherigen Pflegegeldlogik

Das heutige Pflegegeld wird umgewidmet in ein Entlastungsbudget. Die zugehörigen Leistungsbeträge fallen in allen Pflegegraden zukünftig höher aus. Allerdings führt die Streichung des Pauschalbetrags für Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel von monatlich 42 Euro in den PG 2 und 3 zu einer indirekten Kürzung der Leistungsbeträge. Zudem beträgt das Entlastungsbudget für Pflegebedürftige der PG 2 und 3 nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades für die Dauer von drei Monaten nur die Hälfte des Leistungsbetrages. Die bislang bei Bezug

des Pflegegeldes obligatorischen Beratungseinsätze in der Häuslichkeit gem. § 37 Absatz 3 sollen im Grundsatz Bestand haben.

Bewertung:

Die oben dargelegte (teilweise indirekte) Absenkung der Leistungshöhen in den PG 2 und 3 dürfte im Vorfeld des Inkrafttretens zu einem erhöhten Begutachtungsaufkommen führen, da betroffene Leistungsbezieher:innen das Bestreben haben werden, in einen höheren Pflegegrad eingestuft zu werden bzw. Erstantragsteller:innen die Hoffnung haben, im Jahr 2026 nicht von der dreimonatigen hälftigen Kürzung des Leistungsbetrages in den PG 2 und 3 betroffen zu sein. Folglich wird – wie auch im Zusammenhang mit der Schwellenwertanhebung in der Pflegebegutachtung – das Antrags- und begutachtungsaufkommen steigen und mithin die pauschalen Zuzahlungen (Strafzahlungen) n. § 18c Absatz 5 SGB XI. Letztere sollten ausgesetzt werden (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 85).

Grundsätzlich ist anzumerken, dass die informelle Pflege durch An- und Zugehörige nach wie vor die tragende Säule der pflegerischen Versorgung in Deutschland ist und bleibt. So beantragen knapp 60% Versicherten Pflegegeld und immerhin 20% Kombinationsleistungen. Rund 85% der Pflegebedürftigen werden von einem nahen Angehörigen zu Hause versorgt. Die demografische Entwicklung zeigt, dass gerade in der Zukunft der Bedarf an Pflege nicht mit professionellen Pflegefachpersonen gedeckt werden kann. Insofern ist im Gegensatz zur Erhöhung des Sachleistungsbudgets die Erhöhung der Leistungsbeträge für das „Entlastungsbudget“ grundsätzlich sinnvoll und kann Pflegende Angehörige explizit bei ihrer wichtigen Aufgabe zu ermutigen. Unterminiert wird dies allerdings durch die oben beschriebenen Kürzungstatbestände.

Unabhängig davon ist die Erhöhung der Beträge im Rahmen unter „3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand“ (S. 76 ff.) noch nicht berücksichtigt und muss im Rahmen des „Erwarteten Finanzbedarfs“ noch ergänzt werden, um eine seriöse Einschätzung der Finanzwirkungen zu ermöglichen.

Zu Nr. 32 – § 39a Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen

Der Anspruch auf einen Notdienst in der ambulanten Pflege umfasst körperbezogene Pflegemaßnahmen sowie pflegerische Betreuungsleistungen und ist zeitlich auf die Notfallsituation wie finanziell auf das Budget begrenzt. Bei einer Inanspruchnahme von

mehr als drei Tagen ist eine Einschätzung der weiteren Erforderlichkeit durch die Pflegebegleitung n. § 7c SGB XI einzuholen und der Pflegekasse zu übermitteln. Das Nähere zur Feststellung, Dokumentation und elektronischen Übermittlung der Erforderlichkeit wird in Richtlinien vom GKV SV und der PKV beschlossen.

Bewertung:

Aufgrund der kurzen Fristen zur Stellungnahme kann der BKK Dachverband leider keine Meinungsbildung zur notwendigen Übermittelung der Einschätzung der Pflegebegleitung abgeben. Es sprechen Gründe dafür, dass die Pflegekasse informiert wird aber auch Gründe, die es womöglich gar nicht notwendig machen. Dezidierter wird dieser Regelung, die zu einem weiteren Verwaltungsaufwand führen, zu einem späteren Zeitpunkt kommentiert.

Zu Nr. 33: § 40 SGB XI: Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen; Anpassungen

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden künftig nicht mehr als eigene Sachleistung bereitgestellt, sondern unbürokratisch über das Entlastungsbudget finanziert,

Bewertung:

Der BKK DV begrüßt diese Regelung ausdrücklich, da sich dadurch der Verwaltungsaufwand reduziert und Mittel systematisch integriert werden. Die pflegebedürftige Person kann sich nun selbstständig und selbstbestimmt im Rahmen des erhöhten Entlastungsbudgets die notwendigen Pflegehilfsmittel zu Bedarf flexibel und bedarfsgerecht beschaffen. Die damit einhergehende Bürokratieentlastung wird außerordentlich begrüßt und damit auch die Beseitigung eines wichtigen Fehlanreizes. Es ist davon auszugehen, dass nicht notwendige und leistungsumfangsmindernde „Pflegehilfsmittelboxen-Versender“ vom Markt verschwinden werden.

Zu Nr. 41: § 43c SGB XI: Leistungszuschlag zur Begrenzung des Eigenanteils in vollstationärer Pflege; Anpassung der Verweildauerstufen

Künftig erfolgt die Staffelung des Leistungszuschlags zum Eigenanteil in einem geänderten Zeitintervall von 15 Prozent bis zum 18. Monat (ehemals 12 Monate); 30 Prozent bis zum 36. Monat (ehemals 24 Monate); 50 Prozent bis zum 54. Monat und im darüberhinausgehenden Zeitraum 75 Prozent.

Bewertung:

Die Regelung trat zum 1. Januar 2022 mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) in Kraft. Sie entstand in einer Phase vergleichsweise günstiger wirtschaftlicher Rahmenbedingungen und verfolgte das Ziel, die pflegebedingten Eigenanteile in der vollstationären Pflege zu begrenzen. Seit ihrer Einführung wurden die Zuschläge nicht nur fortgeführt, sondern zum 1. Januar 2024 nochmals deutlich ausgeweitet, obwohl schon 2024 die Ausgabendynamik und auch das Ausgabendefizit der Sozialen Pflegeversicherung deutlich wurde. Angesichts der weiterhin prekären Finanzlage, die sich auch durch die im PNOG getroffenen Regelungsinhalte nicht wesentlich langfristig verbessern und zusätzlichen mit neuen Finanzierungslücken ist die Regelung des § 43c SGB XI aufzuheben. Sie diskriminiert den ambulanten Versorgungsbereich, wie auch die ambulanten Wohngruppen und die neuen Versorgungsformen nach § 45h SGB XI. Gleichzeitig profitieren hiervon auch Personen, die nicht auf ergänzende Sozialleistungen angewiesen sind.

Während ursprünglich jährliche Ausgaben von rund 2,5Mrd.€ prognostiziert wurden, liegen die tatsächlichen Kosten bereits bei über 7,3 Mrd.€. An der Ausgabendynamik wird die Änderung der Zuschlagszeiträume nichts ändern. Vielmehr sollte der Gesetzgeber nach Streichung des § 43c SGB XI die freiwerdenden Finanzierungsmittel in die Stärkung der Angehörigenpflege investieren.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Streichung des § 43c SGB XI.

Zu Nr. 42: § 44 SGB XI: Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen; Rentenversicherungsbeiträge

Die Regelung stellt sicher, dass für Pflegepersonen künftig nur dann Beiträge zur Rentenversicherung anfallen, wenn diese die Regelaltersgrenze noch nicht erreicht haben. Im Begründungsteil wird allerdings auch darauf verwiesen, dass durch den Bezug einer Altersrente der eigentliche Erfüllungszweck der sozialen Sicherung der Pflegepersonen erreicht ist. Daher sollte die Regelung nicht allein auf die Vollendung des Regelrentenalters abzielen. Vielmehr sollte auch der Bezug einer Altersrente vor Vollendung des Regelrentenalters dazu führen, dass keine weiteren Rentenversicherungsbeiträge zulasten der Pflegekassen gezahlt werden. Damit wird sichergestellt, dass für nicht-schutzbedürftige Pflegepersonen durch die Wahl einer vorgezogenen Altersrente auch bei Teilrentenbezug keine Rentenversicherungsbeiträge zulasten der Pflegekassen gezahlt werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

> § 44 Abs. 1 Satz 2 neu SGB XI: *Die Beiträge werden für die Pflegepersonen, ~~die eine Rente wegen Alters beziehen,~~ bis zum Ablauf des Monats gezahlt, vor dem eine Rente wegen Alters bezogen wird, längstens bis zum Ablauf des Monats, in dem die Regelaltersgrenze erreicht wurde."*

Zu Nr. 43: § 45 SGB XI: Pflegekurse; Streichung einzelner Sätze

Die Regelung sieht vor, dass zukünftig das Wunschrecht zur Durchführung der Pflegekurse in den eigenen vier Wänden nicht mehr notwendig wird und gestrichen werden kann, da die neue Pflegebegleitung nach § 7c SGB XI dies in ihrem Aufgabenspektrum mit vorsieht.

Bewertung:

Der BKK DV möchte darauf hinweisen, dass die digitalen Pflegekurse weiterhin ein enormer Kostentreiber sind. So sind bei einer großen BKK derzeit 690% Leistungsausgabensteigerung im Bereich der digitalen Pflegekurse für das erste Quartal 2026 zu verzeichnen. Diese Entwicklung ist dem Gesetzgeber seit längerem bekannt, aber eine angemessene Reaktion bleibt weiterhin aus.

Zudem gibt es bisher keine Evidenz, dass die Pflegekurse sich positiv auf die Pflegesituation auswirken. Systematische Übersichtsarbeiten zeigen, dass die Effekte heterogen sind und es fehlt an einer größeren Studie. Eine Promotion und eine systematische Übersichtsarbeit von 15 internationalen Evaluationsstudien zeigt, dass mit Pflegekursen nicht immer eine Verringerung der Belastung pflegender Angehörter einhergeht. Es kann keine Motivationssteigerung durch die Pflegekurse bei den Pflegenden nachgewiesen werden – noch ein Zugewinn an Pflegequalität.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

> *§ 45 SGB XI ist aufgrund fehlender Evidenz und Wirtschaftlichkeitsgründen ersatzlos zu streichen.*

Zu Nr. 44: neu: § 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag; Verordnungsermächtigung

§ 45a SGB XI definiert die Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag (AuA) als Leistungen zur Entlastung von Pflegepersonen und zur Förderung eines möglichst selbstständigen Lebens für Pflegebedürftige in der häuslichen Umgebung. Neu ist u.a., dass sich etwaige AuA-Angebote entweder zur Zulassung nach den zugrundeliegenden landesrechtlichen Vorschriften oder als ambulante Betreuungseinrichtung dienste i.S. des § 71 Absatz 1a im Rahmen von § 72 entscheiden müssen. Folglich geht damit auch eine Entscheidung zur Vergütung, Zulassung und Anerkennung entweder für eine Leistungserbringung nach dem Sachleistungsbudgets oder nach dem Sozialraumbudgets einher. Klarer wird gefasst, welche Anerkennungsregelungen die Rechtsverordnung der Länder umfassen muss. Zudem werden die Pflegekassen dazu verpflichtet die Anerkennung der Nachbarschaftshilfen vorzunehmen, die als AuA eine Leistungserbringung i. S. des Sozialraumbudgets vornehmen.

Bewertung:

Der Gesetzgeber verpflichtet die Pflegekassen nun dazu, die Nachbarschaftshilfe zu prüfen und anzuerkennen. Das ist nicht sachgerecht, da dies bei Pflegekassen den Aufbau zusätzlicher Verwaltungs- und Prüfprozesse voraussetzt. Es dürfte einer Pflegekassen nicht möglich sein zu prüfen, ob Leistungserbringende n. § 45b SGB XI der nach Richtlinien festgelegten Nachbarschaftshilfe entsprechen oder Familienangehörige sind. Somit wird das Problem der oft unscharfen rechtsdogmatischen Einordnung von

privater (familiärer) Hilfe zu einer quasi-halbgewerblichen Leistungserbringung nicht gelöst, sondern auf die Pflegekassen verlagert. Bleibt der Gesetzgeber bei seiner Haltung, dann ist den Pflegekassen die Möglichkeit zu eröffnen, den Finanzämtern die erzielten Einnahmen unter Zuordnung zur jeweiligen Steuernummer, respektive der Sozialversicherungsnummern (die vom Helfenden auch angefordert werden darf) aus dem Sozialraumbudget formlos zu melden. Denn allein durch die Erhöhung der Beträge kann im Einzelfall ein Nachbarschaftshelfer bei der Unterstützung von zwei pflegebedürftigen Personen 4.200 oder respektive 7.200 Euro p.a. erzielen und schon mit den Einnahmen für die Unterstützung einer pflegebedürftigen Person sind 2.100 bzw.3.600 Euro p.a. nicht mehr als Nachbarschaftshilfe zu werten, da sie den Ehrenamtsfreibetrag, mitunter sogar die Überleitungspauschale bei weitem überschreitet. Erbringt eine Person dies für Versicherte verschiedener Pflegekassen ist kein Verdacht auf eine gewerbliche Tätigkeit mehr nachzuvollziehen. Die Fehlverhaltensstellen werden hier gar nicht erst einbezogen, da kein Verdacht auf Fehlverhalten vorliegt, sondern auf Überschreitung der Hinzuverdienstgrenzen des Einzelnen.

Zudem muss der Gesetzgeber die Richtlinienkompetenz zur Begrenzung der Vergütung schon im § 45b SGB XI vorsehen. Die Richtlinien müssen klar in Einzelfall-Nachbarschaftshilfe und organisierte Nachbarschaftshilfe im Verein unterscheiden und damit auch Richtlinien für die Orientierung an Vergütungshöhen festlegen. Da Nachbarschaftshilfe als Teil lokaler Verantwortungsgemeinschaften verstanden werden muss, ist eine Monetarisierung dieser Gemeinsinn Tätigkeit, nach Auffassung des BKK Dachverbands kritisch zu sehen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

> § 45a Abs. 4 S. 3: *Die Richtlinien regeln insbesondere das Verfahren der Anerkennung der Nachbarschaftshilfe durch die Pflegekassen, Vorgaben zur Qualitätssicherung und zu den persönlichen und fachlichen Voraussetzungen für Nachbarschaftshelfende sowie die Modalitäten der Abrechnung als auch die Begrenzung der Vergütung und die (….)*

Zu Nr. 44: neu: § 45b Sozialraumbudget

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege (Pflegegrad 2–5) erhalten ein monatliches Sozialraumbudget von bis zu 175 Euro bzw. 300 Euro (unter 25 Jahren), das zweckgebunden für anerkannte Unterstützungsangebote im Alltag eingesetzt wird und ohne Antrag

entsteht, aber gegen Nachweis erstattet wird. Das Budget unterliegt jedoch Preisbegrenzungen und darf nur für entsprechende anerkannte Leistungen verwendet werden.

Bewertung:

Das neue Sozialraumbudget ersetzt den Entlastungsbetrag, wird deutlich angehoben und in seiner flexiblen Nutzung kanalisiert. Den Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 stehen nach der Gesetzesbegründung künftig die intensive Beratung und Unterstützung der Pflegebegleitung nach § 7c zur Verfügung. Damit sollen die Leistungen des Pflegegrades 1 präventiver ausgestaltet werden. Dazu verweisen wir auf die Bewertung zu § 4 SGB XI, dass es hierzu eine Einsteuerung in Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung geben muss.

Weiterhin ist es notwendig, dass der Bundesgesetzgeber von den Ländern die Regelung zur Begrenzung der Vergütungshöhen abverlangt. Es handelt sich hier um Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung und es ist dringend notwendig, dass die Länder hierzu Regelungen treffen.

Der Referentenwurf führt unter *„D. Haushaltsaufgaben ohne Erfüllungsaufwand“* in der zugehörigen Tabelle auf S. 4 ff. unter *„Minderausgaben für die SPV“* den Punkt *„50%-Streichung der Leistung "Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI“ im Pflegegrad 1*“. Eine entsprechende Regelung findet sich unter Artikel 1 Nummer 44 zum § 45b aber nicht. Auch Artikel 1 Nummer 24 zum *§ 28a Leistungen im Pflegegrad 1* erwähnt diesen Kürzungstatbestand nicht. Dieser sollte – sofern weiter aufgrund der einberechneten Einsparungen angedacht – ergänzt werden.

Änderungsvorschlag

> § 45b Abs. 4 S.2: *Näheres zur Ausgestaltung einer entsprechenden Begrenzung der Vergütung, die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 2 verlangt werden darf, **müssen** ~~können~~ die Landesregierungen in der Rechtsverordnung nach § 45a Absatz 3 Satz 1 sowie der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 45a Absatz 4 Satz 2 bestimmen.“*

Zu Nr. 46: § 45h SGB XI: Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung

Bewertung:

Die vorgesehene Ausweitung der Pflegebegleitung nach § 7c SGB XI auf gemeinschaftliche Wohnformen nach § 45h SGB XI ist dringend zu streichen. Dies führt zu erheblichen systematischen Brüchen sowie zu einer nicht gerechtfertigten Doppelfinanzierung.

Während die frühere Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in ihrer Logik noch auf ein primär beratendes, koordinierendes Unterstützungsinstrument begrenzt war, wird die Pflegebegleitung nach § 7c nun zu einer umfassenden, prozessbegleitenden Versorgungsleistung mit eigenen fachlichen Interventionsanteilen ausgebaut. Gerade diese Ausweitung macht eine parallele Anwendung innerhalb von § 45h-Wohnformen höchst problematisch.

§ 45h-Wohnformen zeichnen sich dadurch aus, dass sie bereits ein strukturiertes, verlässliches und dauerhaft tragfähiges Versorgungsarrangement bereitstellen. Die Sicherstellung einer fachgerechten Pflege und Betreuung gehört hierbei zu den originären Aufgaben des Leistungserbringers im Basispaket. Die Pflegebegleitung wird etabliert, um genau erst diesen Zustand herzustellen – nämlich die Stabilisierung eines tragfähigen Versorgungsarrangements sowie die kontinuierliche Begleitung im Pflegealltag – adressiert jedoch typischerweise Situationen der häuslichen Versorgung. Die zusätzliche Etablierung einer Pflegebegleitung führt daher zu einer strukturell redundanten Doppelung von Aufgaben und im Zweifelsfall dazu, dass sich der Leistungserbringer bspw. zu einer Absicherung in der Akutsituation (auch personell bedingt) nicht mehr verpflichtet fühlt.

Dies zeigt sich besonders deutlich bei den konkret normierten Aufgaben der Pflegebegleitung. Tätigkeiten wie die Ermittlung und Fortschreibung des individuellen Unterstützungsbedarfs (Pflegeplanung), die Organisation der Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt, die Anleitung im Pflegealltag oder die Einbindung von Angehörigen gehören in Wohnformen nach § 45h SGB XI zwingend zum Leistungsspektrum des Leistungserbringers. Gleiches gilt für die Beratung zu Hilfs- und Pflegehilfsmitteln, die Koordination weiterführender Leistungen sowie die Unterstützung in Akutsituationen. Diese Aufgaben sind integraler Bestandteil einer qualitätsgesicherten pflegerischen Versorgung und werden bereits über die Vergütungssystematik der Wohnform finanziert. Wenn Pflegebedürftige parallel einen Anspruch auf Pflegebegleitung nach § 7c geltend

machen können, entsteht faktisch die Finanzierung überlappender Leistungen, und Verantwortungsdiffusion, die der Gesetzgeber nicht beabsichtigt haben kann.

Die neue Pflegebegleitung kann nicht mit der ehemaligen Pflegeberatung gleichgesetzt werden – sie ist nicht mehr lediglich beratend tätig, sondern greift tief in die operative Versorgung ein. Insbesondere die begleitende Anleitung im Pflegealltag sowie die aktive Unterstützung bei der Umsetzung pflegerischer Maßnahmen beschreibt die Rolle des Pflegebegleiters als zusätzlichen Akteur innerhalb der Versorgung. Dies führt zu einer unklaren Verantwortungszuweisung: Einerseits ist der Leistungserbringer der § 45h-Wohnform für die Sicherstellung von Qualität und Kontinuität der Pflege verantwortlich, andererseits wird mit der Pflegebegleitung eine weitere Instanz geschaffen, die in denselben Aufgabenbereich eingreift. Es droht eine Zersplitterung der Zuständigkeiten, die weder im Interesse der Pflegebedürftigen noch der Leistungserbringer liegt.

Kritisch ist zudem, dass Aufgaben, die eindeutig in der Verantwortung des Leistungserbringers liegen – etwa die Bewältigung pflegerischer Akutsituationen oder die Anpassung der Versorgung bei veränderten Bedarfen – durch die parallele Existenz der Pflegebegleitung faktisch ausgelagert werden können. Es entsteht die Möglichkeit, Versorgungsdefizite innerhalb der Einrichtung nicht mehr durch eigene strukturelle oder personelle Maßnahmen zu beheben, sondern durch Hinzuziehung der Pflegebegleitung zu kompensieren. Dies läuft dem Grundsatz zuwider, dass die Verantwortung für eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung eindeutig beim Leistungserbringer liegen muss.

Darüber hinaus führt die doppelte Struktur zu einer unnötigen Bürokratisierung und zu zusätzlichen Schnittstellenproblemen. Pflegebedürftige, Angehörige und Leistungserbringer sehen sich mit parallelen Zuständigkeiten konfrontiert, die Abstimmungserfordernisse erhöhen und die Transparenz der Versorgung eher verringern als verbessern. Anstatt bestehende Strukturen zu stärken, wird ein zusätzliches, schwer abzugrenzendes Leistungselement geschaffen.

Schließlich ist auch aus systematischer Perspektive festzuhalten, dass die Zielsetzung der Pflegebegleitung ausdrücklich auf die Stabilisierung häuslicher Pflegesettings ausgerichtet ist. Gemeinschaftliche Wohnformen nach § 45h stellen jedoch gerade kein klassisches häusliches Setting mehr dar, sondern eine institutionalisierte Versorgungsform mit eigenständiger Leistungslogik. Die Übertragung eines für die häusliche Versorgung konzipierten Instruments auf diese Versorgungsform ist daher verfehlt.

Insgesamt ist die geplante Ausweitung der Pflegebegleitung nach §7c auf § 45h-Wohnformen weder fachlich erforderlich noch systematisch konsistent. Sie führt vielmehr zu Doppelstrukturen, unklaren Verantwortlichkeiten und einer sachlich nicht gerechtfertigten Mehrfachfinanzierung. Vor diesem Hintergrund sollte der Anspruch auf Pflegebegleitung in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h SGB XI ausdrücklich ausgeschlossen werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

> *§ 45h Abs. 3 S. 1: Neben den Ansprüchen nach den Absätzen 1 und 2 können Leistungen gemäß den §§ ~~7e~~, 40 Absatz 1 sowie den §§ 40a, 40b, 40c, 44a und 45 in Anspruch genommen werden.*

Zu Nr. 47: § 46 SGB XI: Verwaltungskosten der Pflegekassen; Absenkung/Neuregelung der Erstattung

Die Verwaltungskosten der Pflegekassen werden fortlaufend begrenzt beziehungsweise gekürzt, während gleichzeitig der gesetzliche Aufgabenumfang stetig erweitert wird. Dies führt zu einem zunehmenden Missverhältnis, da trotz Digitalisierung die Notwendigkeit des persönlichen Kontakts zu einem Kassenmitarbeitenden von einer steigenden Anzahl von pflegebedürftigen Versicherten weiter ansteigt. Hinzukommt das der Gesetzgeber noch immer keine Lösung für die pauschalen Zusatzzahlungen n. § 18c Abs. 5 SGB XI (Strafzahlungen) gefunden hat, die aufgrund einer verzögerten Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) weiterhin den Pflegekassen aufgebürdet werden. Während die Pflegekassen mit steigenden Aufgaben und gleichzeitig sinkenden Verwaltungsmitteln konfrontiert sind, belasten die finanziellen Sanktionen bei Fristüberschreitungen in der Begutachtung die Verwaltungskosten der Pflegekassen unnötig, obwohl diese maßgeblich vom MD zu verantworten sind. Dies führt zu einer sachlich nicht gerechtfertigten Belastung, da die Pflegekassen für Verzögerungen einstehen müssen, die außerhalb ihres Einflussbereichs liegen. Zudem wird durch die Änderung im PNOG zur Anhebung der Schwellenwerte es zu einer weiteren Antragsflut zur Anerkennung von Pflegebedürftigkeit kommen – Erfahrungen liegen aus den zurückliegenden Pflegereformen vor – dies wird zu einer nur schwerlich zu bewältigenden Arbeitslast des MD aber auch der Pflegekassen, mit enormen Steigerung der Strafzahlungen führen.

Zudem leisten die Pflegekassen die Verzögerungszahlungen auch wenn kein anerkannter Pflegegrad zuerkannt wurde. Da der Gesetzgeber mit der Strafzahlung die Implikation verbunden hatte im Übergang die Pflege sicherzustellen, ist bei einer Nichtzuerkennung der Pflegebedürftigkeit die Strafzahlung zurückzuerstatten, da gar keine Pflege hat sichergestellt werden müssen.
Weiterhin wird hierdurch begünstigt, dass eine Überlastung der Begutachtungsinstanz MD durch wiederholte Antragsstellung absichtlich herbeigeführt wird, da sich in Folge für den Antragssteller durchaus die Chance ergibt der Zuerkennung einer Strafzahlung. Erste Anhaltspunkte für eine koordinierte Antragsstellung zur Überlastung des Begutachtungsverfahrens sind den Pflegekassen bereits bekannt.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

In § 18c Absatz 5 SGB XI wird nach Satz 2 folgender neue Satz 3 eingefügt:

„Eine Verzögerung ist von der Pflegekasse insbesondere dann nicht zu vertreten, wenn sie nachweislich auf einer verspäteten Gutachtenerstellung durch den Medizinischen Dienst oder durch andere von der Pflegekasse beauftragte Gutachterdienste beruht und die Pflegekasse den Auftrag zur Begutachtung innerhalb von zwei Arbeitstagen nach Antragseingang an den Gutachterdienst übermittelt hat.“

Zu Nr. 48: § 55 SGB XI: Beitragssatz/Beitragsbemessung; u. a. Kinderlosenzuschlag/BBG-Anpassung

Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze

Der Entwurf sieht die Einführung einer eigenständigen Beitragsbemessungsgrenze für die Pflegeversicherung in der Höhe der allgemeinen Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung vor.

Die allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze ist weder in der Kranken- noch in der Pflegeversicherung eine für das Beitragsrecht relevante Größe, sondern dient als „Versicherungspflichtgrenze“ der Systemabgrenzung zwischen der GKV und der privaten Krankenversicherung. Deren Zweckentfremdung als eigenständige Beitragsbemessungsgrenze lehnen die Betriebskrankenkassen als unsachgerecht ab.

Da die Beitragsbemessungsgrenze für die Pflegeversicherung mit der Neuregelung höher als die für die Krankenversicherung sein wird, fallen das Beitragsrecht der Pflege- und Krankenversicherung auseinander. Das Ziel der Bundesregierung, das Recht zu vereinfachen und Bürokratie abzubauen, wird ins Gegenteil verkehrt – zum Nachteil der Pflegekassen und ihrer Mitglieder.

Die neue Beitragsbemessungsgrenze wird deutlich höher sein als die der GKV. Bereits mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) ist eine außerordentliche Erhöhung sowohl der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV als auch der allgemeinen Jahresarbeitsentgeltgrenze vorgesehen. Auf eine weitere finanzielle Mehrbelastung der Mitglieder und der Arbeitgeber sollte verzichtet werden, zumal vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen Situation.

Beitragszuschlag für Kinderlose

Der Beitragszuschlag für Kinderlose wird seit dem Jahr 2005 erhoben und betrug zunächst 0,25 %. Nach einer Anhebung in 2021 auf 0,35 % und einer weiteren in 2023 auf 0,6 % soll dieser Zuschlag nunmehr auf 0,7 % angehoben werden. Der Beitragssatz wird augenscheinlich nach „Kassenlage“ immer weiter erhöht und belastet Versicherte ohne Kinder immer weiter. Das dem Beitragszuschlag zugrundeliegende Motiv der Privilegierung von Eltern kann nicht als Begründung für eine stets steigende finanzielle Belastung kinderloser Mitglieder herangezogen werden. Eine sachgrundlose Erhöhung ist abzulehnen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Die Regelungen in Art. 1 Nummer 48 Buchstabe b und Buchstabe c werden gestrichen.

Zu Nr. 49: § 59b SGB XI: neu: Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung

Die Regelung sieht vor, dass gewerbliche Arbeitgeber von geringfügig entlohnten Beschäftigten künftig einen Beitrag zu Pflegeversicherung in Höhe des regulären Beitragssatzes in Höhe von derzeit 3,6% zu tragen haben. Bei Arbeitgebern in Privathaushalten soll der Beitragssatz für geringfügig Beschäftigte künftig 1,5% betragen.

Die Betriebskrankenkassen sprechen sich gegen Beitragssatzsteigerungen und die Einführung neuer Beitragspflichten aus. Bereits heute sind die Lohnnebenkosten besorgniserregend hoch und die vorgesehene Änderung senkt die Attraktivität des Wirtschaftsstandorts Deutschland weiter. Die neue Beitragspflicht soll vom Gesetzgeber selbst verursachte Ausgabensteigerungen kompensieren und ist Folge der aktuellen „Kassenlage". Losgelöst von der Frage der finanziellen Mehrbelastung wäre mit der Einführung dieser neuen Beitragspflicht der Umstand verbunden, dass die Arbeitgeber bundesweit sämtliche geringfügig Beschäftigten ab- und unter Verwendung eines bislang nichtexistierenden Beitragsgruppenschlüssels wieder anmelden müssen. Diese knapp 14 Millionen Meldungen zur Sozialversicherung würden die Unternehmen nur weiter mit Bürokratie überziehen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Die Regelung in Art. 1 Nummer 49 wird gestrichen.

Zu Nr. 50: § 61a SGB XI: Darlehen/Bundesmittel; Folgeänderungen

Bewertung:

Die Verschiebung der Rückzahlungsverpflichtungen der Darlehen aus 2022, 2025 und 2026 führt zwar in 2028 zu einer Minderbelastung der SPV in Höhe von 500 Mio. EUR und in den Jahren 2029 und 2030 von je 740 Mio. EUR. Demgegenüber steht jedoch infolge der geplanten Änderungen zur Zahlung bzw. Aussetzung des Bundeszuschusses eine Mehrbelastung in 2028 von 1 Mrd. EUR und in 2029 von 500 Mio. EUR, die in der Zusammenfassung der Finanzwirkungen im Gesetzentwurf keine Erwähnung findet. Saldiert führen die Regelungen in 2028 tatsächlich zu einer Mehrbelastung von 500 Mio. EUR und in 2029 reduziert sich die Minderbelastung auf dann nur noch 240 Mio. EUR. Wie auch bereits in der GKV mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz entzieht sich der Bund auch in der SPV seinem Beitrag zur Stabilisierung der Finanzsituation.

Darüber hinaus bleibt die Problematik der Darlehensrückzahlung grundsätzlich ungelöst. Die finanzielle Belastung daraus wird „auf die lange Bank" geschoben. Bereits für Ende 2026 ist absehbar, dass die verfügbaren Mittel der SPV nur noch aus Darlehensbeträgen bestehen. Auch unter der Erwartung positiver finanzieller Effekte aus dem vorliegenden Gesetzentwurf bleibt aus heutiger Sicht nicht absehbar, ob in den Jahren

ab 2035 die SPV so solide finanziert und aufgestellt ist, dass eine Rückzahlung der insgesamt 4,2 Mrd. EUR Darlehenssumme realistisch möglich erscheint.

Zu Nr. 51: § 61b SGB XI: neu: Liquiditätshilfe

Bewertung:

Vor dem Hintergrund der angespannten Finanzlage der SPV und der liquiden Mittel des Ausgleichsfonds greift der Gesetzentwurf eine analoge Regelung zu § 271 Abs. 3 SGB V in der GKV auf. Eine weitere Absenkung der Ausgabendeckungsquote für das Betriebsmittel-Soll im Rahmen des monatlichen Finanzausgleichs und damit eine weitere Verschärfung der angespannten Liquiditätssituation soll hiermit ausgeschlossen werden. Infolge der getroffenen Regelung zur Darlehensrückzahlung scheint diese Maßnahme nur für vorübergehende Liquiditätsengpässe geeignet. Grundsätzlich ist die Gewährung weiterer Darlehen nicht geeignet, die strukturelle Finanzierungsproblematik nachhaltig zu entspannen.

Zu Nr. 52: § 63 SGB XI: Ausgleichsfonds; Folgeanpassung

Bewertung:

Die beabsichtigte Regelung bekräftigt das Ziel, die Liquidität zu stabilisieren bzw. mittelfristig auf ein vernünftiges Niveau wieder aufzubauen und somit weitere Fälle von Finanzhilfen innerhalb der SPV zu verhindern. Entgegen der bisherigen Regelung ist die Ergänzung um die Verpflichtung zur Betriebsmittel-Auffüllung zu begrüßen.

Zu Nr. 53: § 64 SGB XI: Verwaltung des Ausgleichsfonds; Anteil wird von 50 Prozent auf 20 Prozent geändert

Bewertung:

Während mit der Änderung in § 63 i.V.m. § 65 Abs. 6 SGB XI Regelungen getroffen werden, die die Betriebsmittel der SPV stärken, werden dem System durch das

Absenken des Rücklage-Soll zumindest vorübergehend Finanzmittel entzogen. Die Mittel der Pflegekassen setzen sich aus Betriebsmitteln und Rücklagen zusammen. Bisher ist hier ein Wert von bis zu 1,5 Monatsausgaben vorgesehen, der auch Puffer für unterjährige Einnahmen-/Ausgabenschwankungen beinhaltet. Selbst aktuell mit einer abgesenkten Betriebsmittel-Ausgabendeckungsquote stehen den Kassen „nur" 90 Prozent einer Monatsausgabe an Mitteln zur Verfügung. Die vorgesehenen Regelungen zu §§ 63, 64 und 65 SGB XI führen im Extremfall dazu, dass den Kassen zumindest in 2028 dann nur bis zu 80 Prozent einer Monatsausgabe zur Verfügung stehen könnten (0,6 Monatsausgaben Betriebsmittel plus 0,2 Rücklage). Ggf. böte es sich an, die Änderung des § 64 Abs. 2 SGB XI erst ab 01.01.2029 umzusetzen, ab diesem Zeitpunkt wäre in Kombination mit der Betriebsmitteluntergrenze von 0,7 einer Monatsausgabe der aktuelle Ist-Bestand gewährleistet.

Zu Nr. 54: § 65 SGB XI: Ausgleichsfonds; zusätzlicher Absatz

Bewertung:

Die bisher im Rahmen der Vereinbarung nach § 66 Abs. 1 S. 4 und 5 SGB XI zwischen GKV-SV und BAS getroffene Regelung über die Möglichkeit zur Absenkung der Ausgabendeckungsquote sieht keine konkreten Grenzen zur Absenkung vor. Mit der Aufnahme in § 65 Abs. 6 SGB XI und der Bestimmung von Rahmenbedingungen für die maximale Absenkung (0,2) sowie der Untergrenzen für das Betriebsmittel-Soll ab 2028 wird das Procedere gesetzlich geregelt und der Verfügungsrahmen enger gesteckt. In der Übersicht der Finanzwirkungen zum Gesetzentwurf werden hier nur die vermeintlich zusätzlichen Mittel der Pflegekassen über die sukzessive Anhebung der Ausgabendeckungsquote hervorgehoben. Demgegenüber nicht erwähnt bleibt, dass den Kassen durch die Absenkung des Rücklagen-Soll dauerhaft mindestens 2 Mrd. EUR Liquidität entzogen werden.

Zu Nr. 56: § 72 SGB XI: Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag; Tariftreueregelungen/Folgeanpassungen

Bewertung:

Das im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) formulierte Ziel einer angemessenen Bezahlung von Pflegefachpersonen, ist mit Blick auf die Vergütung in anderen Ausbildungsberufen längst erreicht. Mit der Änderung wird die im GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz normierte Aussetzung der „Tariftreueregelung" in Kombination mit einer maximalen Vergütungssteigerung in Höhe der Veränderungsrate n. § 71 Abs. 3 SGB V auch auf die ambulante und stationäre Langzeitpflege übertragen. Dies sichert einen fairen Wettbewerb um Fachkräfte über alle Settings hinweg und entlastet die Versicherten im Hinblick auf ihre Pflegeversicherungsbeiträge und die Eigenanteile in den stationären Pflegeeinrichtungen.

Nach Ablauf der Aussetzungsfrist ist auf der Grundlage einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik zu prüfen, ob entsprechende Anpassungen möglich sind.

Zu Nr. 58: § 75a SGB XI: neu: Praktische Erprobung innovativer Konzepte

Bewertung:

Im Rahmen der §§ 8 und 45h SGB XI waren und sind diverse innovative Konzepte praktisch erprobt worden und können dies auch weiterhin. Insofern gibt es keine Notwendigkeit für eine weitere Regelung im Sinne von „doppelt hält besser" zumal aus der avisierten Regelung diverse Anschlussfragen entstehen.

So ist zum Beispiel unklar, inwieweit Regelungen die vom Rahmenvertag n. § 75 SGB XI abweichen auch von anderen Rechtskreisen wie dem „Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz" oder den jeweiligen landesrechtlichen Regelungen abweichen können, die meist im Rahmenvertrag adressiert sind. Hinzu kommt eine asymmetrische Vertragsgestaltung nach der die Leistungserbringer jederzeit kündigen können und die Kassen nur falls die pflegerische Versorgung der betroffenen Pflegebedürftigen wesentlich gefährdet ist. Hieraus lässt sich ableiten, dass bei einer „einfachen" Gefährdung offensichtlich noch kein Handlungsbedarf besteht – dies ist eine für die Versicherten schlicht fahrlässige Regelung. Bezüglich der Kündigungsmöglichkeiten, erscheint

die Regelung überflüssig, da die Vertragspartner mit dem Vertrag ohnehin immer eine Laufzeit verhandeln, die beiden Parteien Planungssicherheit gibt.

Im Ergebnis drängt sich der Eindruck einer wenig ausgereiften Regelung auf, die Doppelstrukturen fördert und potentiell Versicherte gefährdet.

Zu Nr. 60: § 82 SGB XI: Finanzierung der Pflegeeinrichtungen; neuer Absatz zu nicht berechenbaren Aufwendungen

Bewertung:

Die Aufwendungen der Versicherten für Unterkunft und Verpflegung für die Versicherten sind hoch und steigen jährlich weiter. Es ist nicht nachvollziehbar warum Kosten für die Digitalisierung „nochmals" auf die Pflegebedürftigen umgelegt werden sollen. Für stationäre Pflegeeinrichtungen gibt es im Rahmen des § 113e SGB XI (neu) die Möglichkeit mit den „Transformationsstellenanteilen" die Finanzierung von technischen und Digitalen Systemen sicherzustellen. Für ambulante und teilstationäre Pflegeeinrichtungen besteht im Rahmen des § 11 SGB XI (neu) die Möglichkeit auf Mittel in Höhe von 1,6 Mrd. Euro aus auf ein Förderprogramm aus dem Sondervermögen „Infrastruktur und Klimaneutralität" zuzugreifen.

Insofern gibt es an dieser Stelle hinreichende Finanzierungsmöglichkeiten. Die Pflegebedürftigen an dieser Stelle nochmals mit Aufwendungen für die Digitalisierung zu belasten ist nicht sachgerecht. Personal- und Sachaufwendungen für Schulung und Support (wie in der Gesetzesbegründung ausgeführt) entstehen auch in analogen Systemen und werden schon jetzt durch die Bewohner refinanziert – diese dürfen ebenfalls nicht nochmals refinanziert werden.

Zu Nr. 73: § 113e SGB XI: neu: Transformationsstellenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Bewertung:

Die Grundlogik der Regelung ist überzeugend. Aus Sicht der Kostenträger ist es sachgerecht, die Refinanzierung zunächst befristet und evaluativ auszugestalten, um

Nutzen, Kosten und Steuerungswirkungen belastbar zu prüfen. Ebenso ist es begrüßenswert mit einer fortschreitenden Digitalisierung Effizienzen zu heben und wertvolle Arbeitszeit für die zu Pflegenden zu heben.

Präzisierungsbedarf besteht aber an zwei Stellen. Erstens sollte klarer geregelt werden, nach welchen Kriterien der Katalog und die Evaluation die eingesetzten Tools bewerten. Maßgeblich sollten insbesondere Personalentlastung, Versorgungsqualität, Sicherheit, Praxistauglichkeit und Wirtschaftlichkeit sein.

Zweitens sollte die Abgrenzung der refinanzierungsfähigen Kosten deutlicher gefasst werden. Der Entwurf regelt zwar, dass keine anderweitig finanzierten Systeme einbezogen werden dürfen, lässt aber in der praktischen Anwendung noch offen, welche Kostenbestandteile konkret über § 113e SGB V (neu) verhandelt werden können und wie Doppelfinanzierungen sicher ausgeschlossen werden.

Ergänzend müssen technische und digitale Systeme grundsätzlich dazu geeignet sein, Prozesse effizienter zu gestalten und dadurch langfristig Kosten für die Bewohner zu senken. Dies ist bei Implementierung entsprechender Systeme nachzuweisen und im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen zu berücksichtigen.

Zu Nr. 78: § 125a SGB XI: neu gefasst: Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege

Der neue § 125a SGB XI verpflichtet den GKV-Spitzenverband, gemeinsam mit Pflege-, Patienten-, Berufs- und Digitalverbänden sowie der Bundesregierung bis Ende 2027 Empfehlungen zu erarbeiten, wie die Ergebnisse der Telepflege-Modellvorhaben zur Verbesserung der ambulanten und stationären Langzeitpflege umgesetzt werden können.

Bewertung:

Der Gesetzgeber ist angehalten zur Neuregelung des § 125a SGB XI noch eine Gesetzesbegründung hinzuzufügen, die die Umsetzung des gesetzlichen Auftrags detaillierter und auf der Grundlage der Ergebnisse des Modellprogramms darlegt. Problematisch ist der Auftrag dahingehend, dass der Ergebnisendbericht aus dem Modellprojekten noch nicht einmal veröffentlicht wurde, nicht generalisierbar ist und sich somit fachlich und wissenschaftliche Bedenken ergeben. Gerade bei einem innovations- und

strukturrelevanten Thema wie der Telepflege wäre jedoch eine evidenzbasierte Herleitung unabdingbar – insbesondere angesichts der bekannten Komplexität pflegerischer Versorgungssettings und der bisher begrenzten Studienlage. Die wissenschaftliche Basis, auf der nun Empfehlungen entwickelt werden sollen, ist ausgesprochen schmal: Das Modellprogramm umfasste lediglich 12 Projekte (davon 11 erfolgreich abgeschlossen) mit einer Laufzeit von rund 15 Monaten. Ziel war primär eine Erprobung von Anwendungsfeldern und Praktikabilität, nicht jedoch der Nachweis von Wirksamkeit im Sinne robuster Outcome-Verbesserungen. Das Modellprogramm entspricht eher einem explorativen Pilotprogramm als einer belastbaren Grundlage für systemweite Empfehlungen. So umfassten einige Projekte nur geringe Fallzahlen und andere wurden primär deskriptiv ausgewertet. Solche Stichprobengrößen sind typisch für Pilotstudien und erlauben zwar Aussagen zur Machbarkeit, jedoch keine generalisierbaren Aussagen zur Wirksamkeit. In der Versorgungsforschung sind kleine Stichproben ein Problem, weil sie keinerlei empirische Aussagekraft haben und sich nur eine eingeschränkte Übertragbarkeit ergibt. Vor diesem Hintergrund ist es methodisch problematisch, aus derartigen Projekten weitreichende Empfehlungen für die Regelversorgung abzuleiten. Somit zeigen die Projekte keine eine Verbesserung der pflegerischen Versorgung in der ambulanten und in der stationären Langzeitpflege, wie es der Gesetzestext jetzt nahe legt. Es ist also bis dato unklar, ob Telepflege tatsächlich zu einer strukturellen Verbesserung der Versorgung beiträgt oder lediglich bestehende Prozesse digital abbildet.

Zudem waren die Projekte stark kontextgebunden und auch von der regionalen Versorgungsstruktur, in der sie eingebettet waren, abhängig. Deshalb können sich die Empfehlungen lediglich darauf beziehen, klare Zuständigkeiten, Schulungsnotwendigkeiten, technische Voraussetzungen, Interoperabilität, Datenschutz zu benennen. Dies muss der Gesetzgeber in der Begründung noch benennen. Die vorliegenden Modellprojekte liefern wertvolle explorative Erkenntnisse, sind jedoch weder hinsichtlich Umfang noch Methodik geeignet, belastbare Empfehlungen für die Regelversorgung abzuleiten.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

> *§ 125a SGB XI: Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erarbeitet im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, mit geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft und mit der Gesellschaft für Telematik sowie unter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 und der oder des Bevollmächtigten der*

Bundesregierung für Pflege bis zum 31. Dezember 2027 eine Bewertung der Ergebnisse der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege unter Berücksichtigung ihrer Aussagekraft, Übertragbarkeit und bestehenden Evidenzlücken sowie darauf aufbauend Empfehlungen zur weiteren Erprobung und zur Ausgestaltung der strukturellen, technischen und organisatorischen Rahmenbedingungen der Telepflege.

Zu Nr. 82: § 134 SGB XI: Pflegevorsorgefonds; Prüfauftrag zur Weiterentwicklung/Umbau

Bewertung:

Laut Darstellung des BMG in der Finanzübersicht der SPV beträgt der Mittelbestand des PFL-Vorsorgefonds zum 31.12.2025 rund 16,2 Mrd. EUR. Zugeführt wurden an Mitteln der SPV bis dahin knapp 14,5 Mrd. EUR. Dies sind bereits rund 2,2 Mrd. EUR weniger als in der ursprünglich in 2015 geplanten Finanzierungsplanung vorgesehen. Vor der dynamischen Entwicklung der Leistungsbeziehenden auch neben der demographischen Entwicklung scheint absehbar, dass der Effekt zum Ausgleich des Ausgabenanstiegs durch die geburtenstarken Jahrgänge ab 2035 nicht in dem Ausmaß erfolgen wird, wie ursprünglich angenommen. Eine Überprüfung von Weiterentwicklungsmöglichkeiten ist zu begrüßen.

Zu Nr. 83: § 135 SGB XI: Zuführung/Finanzierung Pflegevorsorgefonds; Anpassung der Jahresbeträge

Bewertung:

Bereits infolge der Corona-Pandemie wurde die Zuführung zum PFL-Vorsorgefonds eingeschränkt. Aus den bisherigen Anpassungen erfolgt bis 2033 bereits eine um rd. 4,8 Mrd. EUR verminderte Zuführung. Die nun angedachte Anpassung des § 135 SGB XI führt zu einer weiteren Reduzierung um zusätzliche rd. 2,4 Mrd. EUR – insgesamt dann rd. 7,2 Mrd. EUR. Dies bedeutet, für die Auszahlungsphase ab 2035 stehen zum Ausgleich der demographiebedingten Mehrbelastungen jährlich rd. 365 Mio. EUR weniger zur Verfügung. In Kombination mit den ab 2035 anstehenden Darlehensrückzahlungen schmilzt der Verfügungsrahmen weiter dahin.

Eine weitere Reduktion der Zuführungsbeträge sollte unterbleiben.

Zu Nr. 85: §§ 142b und 142c SGB XI: neu: Übergangsregelung zur Anpassung der Schwellenwerte zum 1. Januar 2027 und Übergangsregelung zu den Inhalten des Gutachtens nach § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3

Bei der Einführung des heute gültigen Pflegebedürftigkeitsbegriffes, umgesetzt im Wesentlichen durch das Pflegestärkungsgesetz (PSG II) im Jahr 2017, wurden die Schwellenwerte der damit ebenfalls neu eingeführten Pflegegrade in der rechtlichen Normierung anders gewichtet, als es die damaligen wissenschaftlichen Vorarbeiten empfohlen hatten. Als eine Art gesamtsystemische und gesellschaftliche Negativfolge ist heute eine gestiegene Pflegeprävalenz zu verzeichnen: Die aktuelle Anzahl der SPV-Leistungsbezieher:innen hat sich seither auf über 6 Millionen Pflegebedürftige nahezu verdoppelt. Insofern ist die nunmehr vom Gesetzgeber angedachte Anpassung der Schwellenwerte bzw. der Bewertungssystematik an die seinerzeit empfohlenen Werte nachvollziehbar. Gleichwohl ist es folgerichtig – aufgrund der neuerlichen Anpassung – Übergangsregelungen zu implementieren, welche im Grundsatz nicht zu beanstanden sind. Allerdings zielen diese – insbesondere die Regelung des § 142b – auf die Zeit ab 1. Januar 2027. Wie aber gerade die angesprochenen Erfahrungen zur Umsetzung des damals neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade gezeigt hat, war das dadurch erhöhte Antragsaufkommen bei den Pflegekassen und folglich das Begutachtungsaufkommen bei den Medizinischen Diensten gerade auch im zeitlichen Vorfeld nur mit größten Anstrengungen zu bewältigen. Mit dem PSG II war die Frist, nach welcher die Pflegekasse nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen hat – bis auf dringliche Entscheidungsbedarfe, die gesondert zu definieren waren – im Gesetz unbeachtlich gestellt und die hieraus resultierenden pauschalen Zusatzzahlungen bei Fristüberschreitungen wurden mithin ausgesetzt. Dies wird im Kontext der Schwellenwertveränderung aktuell insofern wieder relevant, da bereits heute in diesem Zusammenhang ein Anstieg der Begutachtungen zu verzeichnen ist. Nach vorliegenden Informationen rechnen die Pflegekassen in Bayern beispielsweise mit einem Anstieg von insgesamt 30% bis zu 70%, wenn die Schwellenwertanhebung medial noch breiter bekannt wird. Deshalb sollte der Gesetzgeber im Kontext der Übergangsregelungen zur Anpassung der Schwellenwerte andenken, für den betreffenden Übergangszeitraum gleichwohl die Fristen nach § 18c Abs. 5 SGB XI für einen bestimmten Zeitrahmen wieder auszusetzen, denn es muss erwartet werden – insbesondere in

Verbindung mit den zugehörigen Bestandsschutzregelungen – dass gerade im zeitlichen Vorfeld der Schwellenwertanhebung das Antrags- und Begutachtungsaufkommen steigt. Die damalige Regelung bzgl. der besonders dringlichen Entscheidungsbedarfe kann dabei kurzfristig ebenfalls berücksichtigt werden, da die zugrundeliegenden Maßgaben des GKV-Spitzenverbandes kurzfristig wieder aktivierbar sein sollten. Wichtig ist dabei, dass eine solche Maßnahme nur über eine gestufte Gesetzgebung bzw. ein Vorschaltgesetz Wirksamkeit erzielt. Der nachfolgende Änderungsvorschlag wäre folglich entsprechend aus der PNOG-Gesetzgebung herauszulösen und vorab umzusetzen. Um den Sachzusammenhang aber besser nachvollziehbar zu halten, erfolgt die Änderungsformulierung im Kontext der Systematik des vorliegenden Referentenentwurfs.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

Artikel 1 Nummer 85 wird wie folgt angepasst:

„§ 142b

Übergangsregelung zur Anpassung der Schwellenwerte zum 1. Januar 2027

(3) Die Frist nach § 18c Absatz 3 Satz 2 ist vom 1. Juli 2026 bis zum 31. Dezember 2027 unbeachtlich. Abweichend davon ist denjenigen, die ab dem 1. Juli 2026 einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen und bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen entwickelt bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs."

Idealerweise wäre der ergänzte Absatz 3 in einem Vorschaltgesetz kurzfristig zu normieren.

Artikel 3: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nr. 2: § 20 Abs. 1 SGB V: Prävention; Ergänzung der Belange älterer und pflegebedürftiger Menschen

Mit der Regelung werden die Krankenkassen verpflichtet, die Präventionsangebote auf die spezifischen Belange älterer und pflegebedürftiger Menschen auszurichten.

Bewertung:

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Regelung ausdrücklich und empfehlen, nicht nur die Belange älterer und pflegebedürftiger Menschen in den Blick zu nehmen, sondern zusätzlich auch die Belange pflegender An- und Zugehöriger in den Angeboten zu verankern.

Insgesamt haben die Krankenkassen im Jahr 2024 über 1,89 Mio. Kursteilnahmen erstattet und investierten im Jahr 2025 über 243 Mio. Euro in individuelle verhaltensbezogene Präventionsangebote für ihre Versicherten. Die BKK investierten 2025 rund 50 Mio. Euro in individuelle verhaltensbezogene Prävention. Gemessen an ihrem Marktanteil von etwa 15 % in der GKV entspricht dies einem überproportionalen Engagement und unterstreicht die besondere Priorität, die die BKK der individuellen Prävention beimessen.

Bereits heute sind 40% der Teilnehmenden an Präventionskursen in Präsenz über 60 Jahre alt, 16 % davon 70 Jahre oder älter.

Pflegebedürftige und pflegende Angehörige können heute schon an Präventionskurse wie z.B. zur Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung teilnehmen. Die BKK begrüßen jedoch die Ergänzung des §20 Abs. 1 um die Belange älterer und pflegebedürftiger Menschen, um deutlich mehr, spezifischere und passgenauere Präventionsangebote für diese Personengruppe zu schaffen bzw. über die explizite Verankerung im Leitfaden Prävention den Präventionsanbietermarkt zu incentivieren entsprechend maßgeschneiderte Kurse anzubieten.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

> *In § 20 Absatz 1 Satz 2 wird nach der Angabe „Belange" die Angabe „sowie die Belange der älteren und der pflegebedürftigen Menschen,*

sowie pflegender Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen" eingefügt.

Zu Nr. 3: § 20b Abs. 3 SGB V: Betriebliche Gesundheitsförderung; Grundsätze zu örtlichen/überbetrieblichen Netzwerken als Projektförderung

Mit der Änderung werden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen verpflichtet, Grundsätze zu Inhalten und Umfang der Förderung von örtlichen, überbetrieblichen Netzwerken nach § 20b Abs. 3 Satz 2 SGB V in Form von Projektförderung zu vereinbaren.

Bewertung:

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Klarstellung und Konkretisierung zur Förderung von örtlichen, überbetrieblichen Netzwerken der regionalen BGF-Koordinierungsstellen. Damit können mehr Unternehmen unterstützt und erreicht werden, in die Gesundheit ihrer Beschäftigten zu investieren und insbesondere KMU und KKU besser erreicht werden.

Der BKK Dachverband e.V. unterstützt als tandemfederführender Verband auf Bundesebene seit über 10 Jahren die regionalen BGF-Koordinierungsstellen in den Bundesländern. Im Juli 2026 wird die digitale Informations- und Austauschplattform https://www.bgf-koordinierungsstelle.de neu konzeptioniert ans Netz gehen. Vor allem kleine und mittelständische Unternehmen sollen durch die Neugestaltung noch besser über die BGF-Angebote der Krankenkassen informiert und erreicht werden.

Bereits heute fördern die regionalen BGF-Koordinierungsstellen regionale Netzwerke wie z.B. in Niedersachsen mit der Gesundheitsregion Hameln-Pyrmont und dem BGM Forum Südniedersachsen. Die regionalen BGF-Koordinierungsstellen haben insgesamt 137 Kooperationen mit örtlichen Unternehmensorganisationen geschlossen. Die meisten haben darüber hinaus Kooperationen mit Renten- und Unfallversicherungen geschlossen und sind in regionalen Netzwerken aktiv. Bisher haben die Krankenkassen über das Portal über 4.000 Unternehmen beraten. Die Anfragen stammen zu einem Viertel (26%) aus dem Gesundheits- und Sozialwesen. Drei Viertel (73%) der Anfragen kommen von kleinen und mittleren Unternehmen unter 249 Beschäftigten.

Zu Nr. 4: § 20c SGB V: neue Überschrift Zusammenarbeit mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung; stärkere Einbindung der Rentenversicherung bei Prävention/Sicherung der Erwerbsfähigkeit

Durch die Änderung sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung bei ihren Aufgaben zur Prävention nach § 14 Abs. 1 SGB VI zu unterstützen, indem sie auf die Möglichkeiten der Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit hinweisen.

Bewertung:

Der BKK Dachverband e.V. fördert die Zusammenarbeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung zwischen den Sozialversicherungsträgern wie der gesetzlichen Unfallversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung. Es bestehen regelmäßige Austausch und Fortbildungsformate zwischen den Mitarbeitenden der Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, in denen die Leistungen der verschiedenen Sozialversicherungen transparent gemacht werden. BGF-Berater:innen der Kassen üben somit eine Lotsenfunktion aus, da sie übergreifend beraten, informieren und an die zuständigen Stellen bei anderen Sozialleistungsträger weiterleiten. Dadurch wird eine lückenlose Anschlussfähigkeit in der Beratung und Betreuung sichergestellt. Die BGF-Koordinierungsstelle Bund arbeitet beispielsweise im Rahmen eines „Runden Tisches der Sozialversicherungsträger“ eng mit der Unfall- und Rentenversicherung und auch den Unternehmensorganisationen zusammen.

Es ist jedoch zwingend zu beachten, dass bei der Aufgabenwahrnehmen der Krankenkassen nach §20b SGB V keine individuelle Prävention und/oder individuelle Beratung vorgesehen ist. Der gesetzliche Auftrag der Krankenkassen ist ausdrücklich auf das Setting Betrieb ausgerichtet. Ziel ist die gesundheitsförderliche Gestaltung von Strukturen und Prozessen im Betrieb sowie die Unterstützung betrieblicher Maßnahmen für die Beschäftigten insgesamt. Die Krankenkassen erheben im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung grundsätzlich keine individuellen Gesundheitsdaten einzelner Beschäftigter, die eine Bewertung des individuellen Rehabilitations- oder Präventionsbedarfs erlauben würden. Die Identifikation von Personen mit „ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen“ ist daher weder Gegenstand noch Voraussetzung der Aufgabenerfüllung nach § 20b SGB V.

Hinzu kommt, dass Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung regelmäßig für die gesamte Belegschaft eines Unternehmens erbracht werden und nicht auf die bei der jeweiligen Krankenkasse versicherten Beschäftigten beschränkt sind. Die durchführende Krankenkasse steht daher typischerweise mit einer Vielzahl von Beschäftigten in Kontakt, die bei anderen Krankenkassen versichert sind. Bereits aus diesem Grund verfügt sie regelmäßig nicht über die versicherungsrechtliche Beziehung und die hierfür erforderlichen personenbezogenen Informationen, um individuelle Hinweise gegenüber den eigenen Versicherten auf Grundlage betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen auszusprechen.

Darüber hinaus fehlt es regelmäßig an einer tragfähigen Datengrundlage. Die im Rahmen von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gewonnenen Erkenntnisse beziehen sich auf betriebliche Belastungsfaktoren, Organisationsstrukturen oder aggregierte Gesundheitsindikatoren. Sie erlauben gerade keine belastbare Feststellung, ob bei einer bestimmten versicherten Person gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, die die weitere Ausübung ihrer Beschäftigung gefährden könnten. Die vorgesehene Verpflichtung setzt damit Erkenntnisse voraus, die die Krankenkassen im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrags typischerweise weder erheben noch besitzen.

Schließlich bestehen erhebliche datenschutzrechtliche Bedenken. Gesundheitsdaten gehören gemäß Art. 9 DSGVO zu den besonders schutzwürdigen personenbezogenen Daten. Selbst wenn einer Krankenkasse im Einzelfall entsprechende Informationen vorliegen sollten, wäre deren Nutzung für einen anderen Zweck als den ursprünglichen Erhebungszweck nur unter den hierfür geltenden sozial- und datenschutzrechtlichen Voraussetzungen zulässig. Eine Übermittlung oder Weitergabe solcher Daten an andere Sozialleistungsträger ohne ausdrückliche gesetzliche Grundlage oder ohne informierte Einwilligung der betroffenen Person wäre unzulässig. Der Gesetzentwurf sollte daher mindestens klarstellen, dass weder eine Datenerhebung noch eine Datenübermittlung durch die Krankenkassen zu diesem Zweck begründet wird.

Zusammenfassend setzt die vorgeschlagene Regelung Kenntnisse und Datenbestände voraus, über die Krankenkassen aufgrund ihres gesetzlichen Auftrags nach § 20b SGB V regelmäßig nicht verfügen. Die Norm begründet damit eine Verpflichtung, deren tatsächliche Erfüllung den Krankenkassen weder organisatorisch noch rechtlich möglich ist. Sie sollte daher entweder gestrichen. Ferner ist die bestehende Regelung zur Information an die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht umsetzbar. Deshalb sollte der Satz 3 in § 20c Abs. 1 SGB V gestrichen werden.

Ein genereller Hinweis auf die Leistungen zur Prävention nach § 14 SGB VI für alle Versicherten in der betrieblichen Gesundheitsförderung hingegen wird unterstützt und begrüßt und bereits heute in der betrieblichen Praxis bereits umgesetzt.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

b) Abs. 1 bb)

„~~Sofern der Krankenkasse Erkenntnisse vorliegen, die darauf hinweisen, dass bei Versicherten erste gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden könnten,~~ Die Krankenkassen weisen im Rahmen ihrer Tätigkeit nach § 20b SGB V auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Leistungen zur Prävention nach § 14 des Sechsten Buches durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung hin."

§ 20c Abs. 1 Satz 2 und 3

„Insbesondere erbringen sie in Abstimmung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung auf spezifische arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken ausgerichtete Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b und informieren diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. ~~Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.~~"

Zu Nr. 5: § 25 SGB V: ergänzender Anspruch für Versicherte ab 60 auf medizinische Leistungen zur Früherkennung und Prävention altersbedingter gesundheitlicher Risiken; G-BA-Regelung bis 31.12.2027

Bewertung:

Die avisierte Regelung wird abgelehnt, da entsprechende Strukturen bereits n. § 25 Abs. 4 Satz 2 SGB V existieren und auch die genannte Zielgruppe adressieren. Im Rahmen der „Allgemeinen Gesundheitsuntersuchung" (entspr. Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie des G-BA) wird bereits heute auch bei Versicherten ab 60 Jahren eine

Untersuchung des Körpers, des Urins und des Blutes durchgeführt und die Versicherten bzgl. Lebensgestaltung, gesundheitsschädigender Verhaltensweisen, Gesundheitsförderungsangebote der Krankenkassen, Impfstatus etc. beraten.

Zu Nr. 6: § 39 Abs. 1a SGB V: Entlassmanagement; elektronische Übermittlung von Informationen an Pflegebegleitung mit Einwilligung

Der neue Anspruch auf Pflegebegleitung verpflichtet die Vertragspartner, im Rahmenvertrag Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V sicherzustellen, dass nach Einwilligung der Patientinnen und Patienten die erforderlichen Informationen elektronisch an die von der Pflegekasse vorab konkret benannte zuständige Stelle übermittelt werden können. Die Folgeänderung verdeutlicht, dass die Pflegebegleitung künftig Maßnahmen unterstützen soll, die im Entlassmanagement erkennbar werden, indem relevante Krankenhausinformationen zum Gesundheitszustand und zu Verbesserungspotenzialen pflegebedürftiger Menschen genutzt werden, um deren Fähigkeiten zu erhalten oder wiederzuerlangen.

Um eine schnelle und effiziente Organisation der zielgerichteten Anschlussversorgung zu gewährleisten, sollte zudem eine kurze Entlassmitteilung eingeführt werden, da die bisherige Regelung nach § 301 SGB V („spätestens mit der Schlussrechnung") häufig zu verspäteten Meldungen und unnötiger Bürokratie führt; eine Mitteilung spätestens am Entlasstag mit Basisangaben zu Entlasstag, -grund und AU-Status würde eine rechtzeitige Koordination ermöglichen und ließe sich sinnvoll im Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V verankern, perspektivisch auch über einen standardisierten Prozess via KIM. Darüber hinaus ist eine vorläufige Entlassinformation bereits bei Aufnahme der Patientinnen und Patienten sinnvoll, um ein abgestimmtes und koordiniertes Entlassmanagement zwischen Krankenhäusern sowie Kranken- und Pflegekassen zu ermöglichen und die nachgelagerte Versorgung frühzeitig strukturiert vorzubereiten. Aktuell besteht ein deutliches Koordinationsdefizit im Entlassmanagement ohne frühzeitige gegenseitige Kontaktaufnahme und verzögerten Datenaustausch.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

> *§ 39 Absatz 1a Satz 5 wird wie folgt geändert: „Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1; diese erhält hierfür spätestens am Entlassungs- oder Verlegungstag*

des Versicherten vom Krankenhaus eine vorläufige Information zum Entlasstag und Entlassgrund sowie AU Status; soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander.“

Zu Nr. 8: § 40 Abs. 3 SGB V: geriatrische Rehabilitation; Therapieziel Vermeidung/Verringerung/Verzögerung von Pflegebedürftigkeit; Berichtspflicht GKV-Spitzenverband

Die Ergänzung des Halbsatzes in § 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V sieht vor, dass bei einer geriatrischen Rehabilitation das Therapieziel der Vermeidung, Verringerung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit besonders berücksichtigt werden soll.

Des Weiteren wird mit der Ergänzung des letzten Satzes die auf die Jahre 2021 bis 2023 begrenzte Berichtspflicht des GKV Spitzenverbandes an das BMG zu den Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von geriatrischen Rehabilitationen einmalig für den Zeitraum 2021 bis 2026 wiederaufgelegt. Dabei sollen auch die Hürden der Inanspruchnahme benannt werden.

Bewertung:

Da die Gesetzliche Krankenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bereits heute mit dem Ziel der Vermeidung, Verringerung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit bzw. deren Verschlimmerung erbringt (vgl. § 11 Abs. 2 SGB V), hat die Ergänzung in § 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V lediglich deklaratorischen Charakter. Eine darüberhinausgehende Zielsetzung des Gesetzgebers im Sinne einer Stärkung des rehabilitativen Ansatzes im Rahmen der Reform ist an dieser Stelle nicht zu erkennen. Diesbezüglich bedarf es weiterer Überlegungen im Rahmen eines Gesamtkonzeptes, welches vor dem Hintergrund langer Wartezeiten in der geriatrischen Rehabilitation nicht allein auf ein Mehr an diesen Leistungen zulaufen darf.

Mit der Wiederauflegung des Berichtes des GKV-Spitzenverbandes an das BMG zu den Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von Rehabilitationen für den Zeitraum 2021 bis 2026 verbindet der Gesetzgeber gemäß der Begründung die Erwartung einer erweiterten Datengrundlage, um auf deren Basis gezielte Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zur geriatrischen Rehabilitation zu entwickeln. Die sogenannten Hürden werden ebenfalls in der Begründung näher definiert.

Nach Einschätzung des BKK Dachverbandes ist nicht ersichtlich, welchen weiteren Erkenntnisgewinn der neue Bericht zusätzlich zu den Berichten 2021 bis 2023 sowie weiteren Informationen aus anderen Berichten, Projekten, Forschungsarbeiten etc. generieren soll und wie die Informationen zu den Hürden der Inanspruchnahme anhand der Daten der Krankenkassen für einen zurückliegenden Zeitraum beschafft werden sollen. Vor dem Hintergrund eines sehr aufwendigen Erhebungsaufwandes bei den Krankenkassen bei gleichzeitig wenig erwartbaren zusätzlichen Erkenntnisgewinn wird die Regelung abgelehnt.

Artikel 4: Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nr. 1: § 3 SGB VI: nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen mit Altersrente sind nach Erreichen der Regelaltersgrenze nicht mehr versicherungspflichtig

Bewertung:

Verweisend auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 42 fordern die Betriebskrankenkassen, dass die Versicherungs- und Beitragspflicht für Pflegepersonen nicht nur mit Erreichen der Regelaltersgrenze endet, sondern darüber hinaus auch für Zeiten des Bezugs einer (vorgezogenen) Altersrente entfällt.

Zu Nr. 2: § 166 Abs. 2 SGB VI: beitragspflichtige Einnahmen nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen; neue Prozentwerte nach Pflegegrad und Leistungsart: Entlastungsbudget, Kombinationsleistung, Sachleistungsbudget

Die vorgesehene Regelung sieht eine Reduzierung der Beitragsbemessungsgrundlage in der sozialen Sicherung der Pflegepersonen vor.

Bewertung:

Diese wird zwar die finanziellen Aufwände der Pflegeversicherung reduzieren, die Finanzierung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen in der Renten- und in der Arbeitslosenversicherung ist allerdings eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und sollte

nicht durch die leistungserbringende Pflegekasse, sondern durch den Bund finanziert werden. Diese langjährige Forderung der Betriebskrankenkassen zur Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen sollte dringend umgesetzt werden.