



Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 (0) 228 619 - [REDACTED]

FAX +49 (0) 228 619 - [REDACTED]

E-MAIL Abteilung_2@bva.de

INTERNET www.bundesversicherungsamt.de

BEARBEITER(IN) [REDACTED]

DATUM 7. Juli 2015

AZ [REDACTED]

(bei Antwort bitte angeben)

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)

sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Übersendung des o.g. Referentenentwurfs des Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG) und die Möglichkeit zu einer Stellungnahme.

Das Bundesversicherungsamt nimmt nach erster, cursorischer Prüfung zu den vorgesehenen Regelungen wie folgt Stellung:

A. Anmerkungen zu den Ausgaben der Pflegeversicherung (Finanztableau)

Nach in den Vorbemerkungen unter Punkt D 2 (S. 4) und den korrespondierenden unter Punkt VI 3.3. (S. 65 ff.) in der Gesetzesbegründung des RefE (S. 65 ff) enthaltenen Ausführungen zu der Sozialen Pflegeversicherung stellt sich die finanzielle Situation der sozialen Pflegeversicherung in dem angegebenen Vierjahreszeitraum 2017 bis 2020 wie folgt dar:

- Mehreinnahmen (2017-2020) : 10,3 Mrd. Euro
- Mehrausgaben (dito.) : -11,05 Mrd. Euro
- Hinzuzurechnen wäre laut RefE ein einmaliger Mehraufwand für „Überleitungskosten“ im gleichen Zeitraum i.H.v. - 4,4 Mrd. Euro
- In der Summe ergibt sich hieraus ein negativer Saldo an Einnahmen/Ausgaben für die Jahre 2017-2020 i.H.v. ca. 5,2 Mrd. Euro.

Eine Aussage darüber, wie sich die Finanzreserve der sozialen Pflegeversicherung über den Zeitraum bis 2020 entwickelt, enthält der Entwurf nicht. Ende 2014 betrug die Finanzreserve rd. 6,5 Mrd. Euro. Unter der Annahme einer Finanzreserve von 7 Mrd. Euro zu Beginn des Jahres 2017 und einer defizitären Entwicklung in der o.g. Größenordnung würde die Finanzreserve Ende 2020 auf unter 2 Mrd. Euro abgeschmolzen.

Eine durchschnittliche Monatsausgabe beträgt zur Zeit ca. 2,2 Mrd. Euro; unter Berücksichtigung der Mehrausgaben und eines allgemeinen Kostenanstiegs kann diese auf ca. 2,6 bis 3 Mrd. Euro ansteigen. Berücksichtigt man, dass gemäß § 64 SGB XI die Rücklagen in der Pflegeversicherung 50 vH einer Monatsausgabe beträgt und gemäß § 63 SGB XI Betriebsmittel im erforderlichen Umfang bereitzuhalten sind, dann wird daraus deutlich, dass der sozialen Pflegeversicherung – und darin auch dem Ausgleichsfonds – bis Ende 2020 die erforderlichen Mittel zur Erhaltung der gesetzlichen Reserven fehlen könnten. Nimmt man aufgrund gegebener Basiseffekte (Reformen früherer Jahre; Preis-, Mengen-, Kostenfaktoren; demografische Entwicklung) ein Prognoserisiko von vorsichtig geschätzt 1% p.a. an, wäre für den o.a. Zeitraum ein zusätzlicher Minusbetrag von ca. 0,75-1 Mrd. Euro anzusetzen.

Sollte sich die Erwartung im RefE, dass die Soziale Pflegeversicherung bis ins Jahr 2022 ausfinanziert sei, nicht erfüllen, hätte dies zur Folge, dass bereits vorher eine weitere Beitragssatzerhöhung notwendig werden könnte.

B. Anmerkungen zu den einzelnen Regelungen (und ggf. der Gesetzesbegründung)

1. Zu Artikel 1 Nummer 5 (§ 7):

Es ist zu begrüßen, dass die Pflegeberatung terminologisch durch den neuen Begriff „Auskunft“ besser von der eigentlichen Pflegeberatung nach § 7a SGB XI abgegrenzt wird. Allerdings differenzieren die Krankenkassen - nach den Erfahrungen in Prüfungen und durch entsprechende Anfragen- nicht zwischen den bereits nach den §§ 13 ff. SGB I

bestehenden Pflichten zur Aufklärung, Beratung und Auskunft sowie den genau definierten Pflichten nach § 7 SGB XI. Daher wird vorgeschlagen, in dem neu gefassten § 7 Absatz 1 oder Absatz 2 SGB XI klar zu stellen, dass es sich hierbei um konkrete Pflichten der Pflegekassen handelt, die von den allgemeinen (nicht so in die Tiefe gehenden) Pflichten der §§ 13 ff. SGB I unabhängig sind. Hilfsweise kann eine solche Klarstellung auch in der Gesetzesbegründung erfolgen.

Um den Ressourcenaufwand zu reduzieren, ist es positiv, dass die Preis- und Vergleichslisten nur noch auf Anforderung der/des Pflegebedürftigen übermittelt werden. Nach unseren Erkenntnissen erfolgt allerdings die Fortschreibung der Preis- und Vergleichslisten, die bereits nach dem derzeitigen Gesetzeswortlaut verpflichtend ist, durch die Landesverbände nicht immer zeitnah. Dementsprechend sind die Listen teilweise überholt. Daher sollte diese Verpflichtung nochmals ausdrücklich in der Gesetzesbegründung hervorgehoben werden. Sinnvoll wäre es auch, unter dem Aspekt, dass die Listen zahlreiche Angaben enthalten, bereits im Gesetz eine einheitliche, übersichtliche (bzw. verständliche, einfach strukturierte) Gestaltung der Listen vorzugeben. Dadurch wird eine schnelle Lesbarkeit und Vergleichbarkeit - für die Pflegekassen, sonstige Berater/innen, die Versicherten und ihre Angehörigen gewährleistet.

Den Landesverbänden sollte für die (erste) Vereinbarung nach dem neu gefassten Absatz 4 eine Zeitvorgabe gesetzt werden. Dadurch wird sichergestellt, dass die Listen auf die die Pflegekassen in ihrer Internetpräsenz die Versicherten und ihre Angehörigen i.d.R. verweisen, vorhanden und abrufbar sind.

2. Zu Artikel 1 Nummer 6 (§7a)

Durch die Ergänzung des Absatzes 1 Satz 1 wird der Satz sehr lang und unübersichtlich. Daher ist die inhaltliche Aussage des Satzes, insbesondere für den juristischen Laien, nur schwer nachvollziehbar. Dies entspricht nicht dem Grundsatz der Gesetzesklarheit. Es wird daher angeregt, ergänzend die Benennung der zuständigen Pflegeberaterin/des zuständigen Pflegeberaters in einem eigenen Satz aufzunehmen. Dadurch wird die Relevanz auch stärker betont.

Wir begrüßen, dass unser Vorschlag zur Beratung „aus einer Hand“ aufgegriffen wurde, bitten aber eine Ergänzung in die Gesetzesbegründung aufzunehmen. Nach unseren Erkenntnissen bemühen sich die Pflegekassen teilweise bereits jetzt darum eine feste Ansprechpartnerin/einen festen Ansprechpartner sicherzustellen, was allerdings naturgemäß aufgrund von Krankheits- und Urlaubszeiten sowie flexiblen Arbeitszeitmodellen

nicht durchgehend zu gewährleisten ist. Hinzu kommt, dass die Pflegekassen – je nach Größe und Struktur – unterschiedlich organisiert sind. Auch die Wünsche der Versicherten bzw. ihrer Angehörigen zu den Schwerpunkten der Pflegeberatung können sich sehr unterscheiden. Wenn es nun beispielsweise in erster Linie um eine Beratung zu wohn-umfeldverbessernden Maßnahmen gehen soll, ist bei vielen Pflegekassen ein/e andere/r Ansprechpartner/in zuständig als für eine „Standardberatung“. Insofern sollten in der entsprechenden Gesetzesbegründung zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa die Ausführungen zu den festen Ansprechpartnern und der „personellen“ Kontinuität durch Worte wie „möglichst“ oder „soweit möglich“ oder „wenn der Beratungsbedarf des/der Pflegebedürftigen keine weiteren, spezialisierten Ansprechpartner erfordert“ modifiziert werden.

In der Gesetzesbegründung (zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa) wird Im Übrigen die Beratung durch Dritte („unabhängige und neutrale Beratung“) ausdrücklich sehr positiv dargestellt. Wir haben unsere Bedenken gegen eine Auslagerung der Pflegeversicherung schon in einer Besprechung zu dem Thema Pflegeberatung am 4. Februar 2015 im Bundesministerium für Gesundheit geäußert. Aus unserer Sicht und den Erfahrungen aus Prüfungen es wichtig, die originäre Zuständigkeit der Pflegekassen für die Pflegeberatung zu stärken. Auch, weil die jeweilige Pflegekasse ihre eigenen, individuellen Leistungen, die unter dem Aspekt des Wettbewerbs der Kassen durchaus unterschiedlich ausgestaltet sein können, anbietet, und die Bedürfnisse/Erkrankungen ihrer Versicherten am besten kennt. Sie kann – i.d.R. besser als die „allgemeinen“ Pflegeberater/innen kassenübergreifender Arbeitsgemeinschaften - zu besonderen Angeboten gezielt beraten und einen individuellen Versorgungsplan erstellen. Ebenso kann sie das notwendige Case-Management, gerade bei Ansprüchen auf Leistungen der Krankenkasse, steuern. Wenn nun in § 7a SGBXI ein neuer Anspruch eingeführt wird, wonach die pflegenden Angehörigen, Lebenspartner und weitere Personen die Pflegeberatung an Stelle der Versicherten wahrnehmen können, wird die besondere „Sachnähe“ der Pflegekasse noch wichtiger. Um diesem Aspekt Rechnung zu tragen, sollte der entsprechende Passus in der Gesetzesbegründung, der die Tendenz der Pflegekassen, die Pflegeberatung nach außen zu vergeben, noch verstärken dürfte, gestrichen oder zumindest abgemildert werden (auch in der Gesetzesbegründung).

Prüfungen bei den Pflegekassen haben gezeigt, dass die Kostenabrechnung der im Rahmen der Pflegeberatung zu erstellenden Versorgungspläne derzeit völlig uneinheitlich erfolgt. Um eine einheitliche Handhabung, u.a. im Hinblick auf die Auswirkungen auf den Ausgleichsfonds, sicherzustellen, sollte der neue Absatz 3 Satz 3 dahingehend er-

gänzt werden, dass die Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen auch hierzu Regelungen treffen.

Redaktionell ist anzumerken, dass im dritten Satz dieser Gesetzesbegründung der Genitiv gewählt werden müsste: „Eine personelle Kontinuität in der Beratung wird der (an Stelle von die) ...“.

In der Begründung zur Änderung des Absatzes 2 (Buchstabe b, Doppelbuchstabe aa) wird der Begriff „nahe Angehörige“ ausführlich dargestellt, jedoch nicht auf den Begriff „weitere Personen“ eingegangen. Es ist nicht klar, ob es sich dabei um alle (Vertrauens-)personen oder nur um die an der Pflege beteiligten Personen handeln kann. Sollte der Kreis völlig offen sein, stellt sich die Frage, ob nicht auch im Gesetzestext nur „weitere Personen“ ausreicht. Diese würden „Angehörige“ und „Lebenspartner“ einschließen, so dass diese im Gesetzestext nicht mehr explizit erwähnt werden müssten.

3. Zu Artikel 1 Nummer 7 (§7b)

Die Pflegekassen sind zur Einhaltung der 14-Tage-Frist für eine Pflegeberatung - auch bei Neueinstufungsanträgen (insbesondere Höherstufungsanträgen) sowie Umstellung auf Kombinationsleistungen - zu verpflichten. Das ist für die Pflegekassen mit höherem Verwaltungs- und ggf. Ressourcenaufwand verbunden. Die betreffenden Pflegebedürftigen erhalten bereits Leistungen der Pflegeversicherung und ihre Pflege ist sichergestellt, wie sie ggf. durch einen höchstens sechs Monate zurückliegenden Beratungseinsatz nachgewiesen haben. I.d.R. haben sich die Pflegebedürftigen, gerade auch bei der Umstellung auf Kombinationsleistungen ebenso wie bei notwendiger Kurzzeitpflege oder Tages- und Nachtpflege schon umfassend informiert. Insofern sollte die 14-Tage-Frist nur auf Erstanträge und ggf. die Leistungen nach §§ 44a SGB XI Anwendung finden.

4. Zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 7c)

Nach unseren Erkenntnissen aus Gesprächen mit Pflegekassen und am Rande von Prüfungen (auch, wenn die Schwerpunkte der Prüfungen andere waren) ist die Vernetzung von Leistungsangeboten verschiedener Träger und die Beratung hierzu, teilweise unzureichend. Es wäre daher sachgerecht, die entsprechende Verpflichtung aller Beteiligten, umfassend hierzu zu beraten und sich zu vernetzen, gesetzlich zu regeln. Gerade die Vorschrift über die Pflegestützpunkte (insbesondere Absatz 2 Nummer 3) bietet sich für eine entsprechende Klarstellung an, zusätzlich auch die Vorschrift über die Pflegeberatung (§7a Absatz 1 SGB XI).

Anzumerken ist, dass das Bundesversicherungsamt derzeit keine Möglichkeit hat, die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben in Pflegestützpunkten zu prüfen, in den Pflegestützpunkten sind nämlich i.d.R. nicht nur Pflegekassen, sondern auch Kommunen und Landeskassen vertreten, für die das Bundesversicherungsamt nicht zuständig ist. Hinzu kommen datenschutzrechtliche Aspekte, gerade bei Versicherten von nicht der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes unterliegenden Pflegekassen. Auch bei Ratsuchenden, für die nur Leistungsangebote der Kommunen in Betracht kommen oder z.B. Hilfe zur Pflege ist eine Prüfmöglichkeit aufgrund datenschutzrechtlicher Aspekte und fehlender gesetzlicher Ausnahmeregelungen derzeit nicht möglich. Insofern wäre eine gesetzliche Regelung notwendig, um eine derartige Prüfmöglichkeit zu eröffnen, die dann auch zu Personalmehraufwand beim Bundesversicherungsamt führen würden.

5. Zu Artikel 1 Nummer 13 (§14)

Nach dem auf den Empfehlungen der (Experten-)beiratsberichte basierenden neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff liegt Pflegebedürftigkeit auch bei einer nur voraussichtlichen Dauer von sechs Monaten vor. In der Gesetzesbegründung wird außerdem hier zu Absatz 1 unter der Überschrift „Dauer“ ausgeführt, dass Dauerhaftigkeit auch dann gegeben ist, wenn die verbleibende Lebensspanne möglicherweise weniger als sechs Monate beträgt (also Erkrankungen, wie Krebs im Endstadium). Dies ist für die Versicherten sehr zu begrüßen. Allerdings sollten diese Fallkonstellationen noch deutlicher hervorgehoben werden, z.B. in der Gesetzesbegründung. Auch muss sichergestellt sein, dass die Versicherten über diese Auslegung von Dauerhaftigkeit und Pflegebedürftigkeit ausreichend informiert sind (insbesondere durch die behandelnden Ärzte, Krankenhäuser oder ambulanten Pflegeeinrichtungen). Die Pflegekassen selbst haben, sofern nicht ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt wird, ggf. keine Kenntnisse von den Vorliegen einer entsprechenden Fallkonstellation und können daher auch nicht beraten.

6. Zu Artikel 1 Nummer 14 (§ 15)

Die Regelung in Satz 2 des neuen Absatzes 3 des RefE legt fest, dass Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen „... aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden. Im dritten Absatz der Gesetzesbegründung wird hierzu einschränkend ausgeführt, dass die besondere Bedarfskonstellation nur bei einer Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine vorliegt. Es wird angeregt, diesen Teil der Begründung, der auf den Empfehlungen des Expertenbeirats beruht, zur Klarstellung in den Gesetzestext aufzunehmen.

Zur Gesetzesbegründung haben wir folgende redaktionelle Anmerkungen:

- Zu Absatz 2 unter der Überschrift „Allgemeines“ sollte im letzten Satz des vorletzten Absatzes der Begriff „Begutachtungsrichtlinie“ durch die bisher und auch im Änderungsantrag zum Präventionsgesetz in Artikel 6 zur Neueinführung des §17a SGB XI sowie im vorliegenden RefE in der Gesetzesbegründung zu Artikel 1 Nummer 15 (§16) benutzte Schreibweise „Begutachtungs-Richtlinien“ ersetzt werden.
- Zu Absatz 2 unter der Überschrift „Ermittlung des Gesamtpunktwertes“: Im zweiten Absatz müsste im vorletzten Satz das Wort „gemessen“ gestrichen werden.
- Zu Absatz 2 unter der Überschrift „Gewichtung der Module“ müsste der Wortanfang im letzten Satz „Die“, nicht „Den“ lauten.

7. Zu Artikel 1 Nummer 16 (§ 17)

Die in Absatz 1 Satz 2 benannten Verbände, die an der Erstellung der Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zu beteiligen sind, sind nicht mit den im Änderungsantrag zum Präventionsgesetz in Artikel 6 zur Neueinführung des § 17a SGB XI benannten Verbänden identisch. So fehlen die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Aufgrund des Sachzusammenhangs der Richtlinien ist die unterschiedliche Beteiligung nicht nachvollziehbar.

In dem neuen Absatz 1a werden in Satz 1 die Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a definiert und dann in Klammern mit Pflegebedürftigkeits-Richtlinie bezeichnet. Hier sollte sowohl im Gesetzestext als auch in der Begründung (zu Buchstabe b) der Plural verwendet werden.

Redaktionell ist in der Gesetzesbegründung zu Buchstabe c im zweiten Satz vor „Bevollmächtigten für Pflege“ ein „den“ zu ergänzen.

8. Zu Artikel 1 Nummer 17 (§ 18)

Nach dem geänderten Absatz 3b Satz 2 hat die Pflegekasse keine „Strafgebühr“ zu zahlen, wenn der Antragsteller sich in vollstationärer Pflege befindet und bereits „eine erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit (Pflegegrad 2)“ vorliegt. Diese Formulierung beinhaltet, dass die Pflegekasse die Strafgebühr bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 3 bis 5, die sich bereits in vollstationärer Pflege befinden, zahlen müssen. Eine derartige Differenzierung ist auch – unter Berücksichtigung der derzeitigen Regelung – nicht sach-

gerecht und nachvollziehbar. Es wird daher vorgeschlagen das Wort „mindestens“ (vor Pflegegrad 2) wieder zu ergänzen.

In dem neuen Absatz 6a ist nicht geregelt und auch der Gesetzesbegründung (zu Buchstabe f) nicht zu entnehmen, dass für die Entscheidung über Hilfsmittel im Sinne des § 33 SGB V, die keine doppelfunktionale Hilfsmittel im Sinne des § 44 Absatz 5 SGB XI i. V. m. den Richtlinien zur Festlegung der doppelfunktionalen Hilfsmittel (RidoHiMi) darstellen, die Krankenkasse zuständig ist und den Bescheid erlässt. Diese Zuständigkeit sollte zumindest in der Gesetzesbegründung klargestellt werden, ebenso wie die Pflicht der Pflegekasse der Krankenkasse unverzüglich den entsprechenden Antrag sowie die notwendigen Unterlagen zuzuleiten.

Intention der neuen Formulierung ist auch, dass das Antragsverfahren für Hilfsmittel vereinfacht und entbürokratisiert wird. Nicht nur der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK), der vielfach Pflegefachkräfte als Gutachter/innen einsetzt, sondern auch die Pflegekräfte, die Beratungseinsätze gemäß § 37 Absatz 3 SGB XI erbringen, müssen gute Kenntnisse zu (Pflege-)hilfsmitteln haben. Sie sehen das häusliche Umfeld des/der Pflegebedürftigen. Insofern wird - gerade auch unter dem Aspekt Entbürokratisierung sowie der Entlastung des/der Pflegebedürftigen, der Angehörigen und ebenso des MDK - vorgeschlagen, eine entsprechende Regelung zur Antragsfiktion in den § 37 Absatz 3 SGB XI aufzunehmen. Soweit es sich um ein reines Hilfsmittel der Krankenversicherung nach § 33 SGB V handelt, liegt es nach § 275 Absatz 3 Satz 1 SGB V ohnehin im Ermessen der Krankenkasse, die medizinische Notwendigkeit überprüfen zu lassen. Ggf. könnte diese Regelung zur Entlastung des MDK dahingehend modifiziert werden, dass eine Einschaltung des MDK nicht erforderlich ist, wenn ein Antrag im Rahmen eines Beratungseinsatzes nach § 37 Absatz 3 SGB XI von dem den Einsatz erbringenden Pflegeberater oder der Pflegeberaterin mit Zustimmung der/ des Versicherten gestellt wird.

9. Zu Artikel 1 Nummer 23 (§ 28a)

Nach den Ausführungen in der Gesetzesbegründung hierzu und der Definition in § 15 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 RefE sind die Versicherten, bei denen der Pflegegrad 1 bestätigt werden kann, nur geringfügig im somatischen Bereich beeinträchtigt. Daher können sie nicht mit den Versicherten verglichen werden, die derzeit Übergangsleistungen der sog. Pflegestufe 0 nach § 123 SGB XI beziehen und auch Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI haben. Dies sollte in der Gesetzesbegründung an geeigneter Stelle dargelegt werden, um Irritationen wegen etwaiger Un-

gleichbehandlungen zu vermeiden. Im Übrigen wirkt die Differenzierung dennoch widersprüchlich, da die Versicherten mit Pflegegrad 1 der Höhe nach den Betrag (Differenz: 2 €), der derzeit Versicherten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 123 Absatz 2 SGB XI zur Verfügung steht, erhalten und diesen auch für die in § 45b Absatz 1 Satz 6 SGB XI genannten Zwecke nutzen dürfen.

Somit können sie den Leistungsbetrag auch für Tages- und Nachtpflege oder Kurzzeitpflege einsetzen. Bei den Versicherten mit Pflegegrad 1 sind laut Gesetzesbegründung Teilhilfen bei der Selbstversorgung, beim Verlassen der Wohnung und bei der Haushaltsführung notwendig. Derartige Leistungen werden - nach den Erkenntnissen aus Eingaben (entgegen den Ausführungen in der Gesetzesbegründung) – auch bei Alleinlebenden durchaus von Nachbarn oder anderen ehrenamtlich tätigen Personen erbracht. Diese können - selbst, wenn sie die zeitlichen Voraussetzungen für eine Pflegeperson im Sinne des § 19 SGB XI in der Fassung des RefE noch nicht erfüllen - wichtige Hilfeleistungen erbringen und verhindert sein. Gerade ein derartiges ehrenamtliches Engagement Dritter, das Pflegebedürftigen das Verbleiben in häuslicher Umgebung ermöglicht, ist ein großes Anliegen der Pflegegesetzgebung und daher zu stärken. Somit ist es sachgerecht, dass Versicherte mit Pflegegrad 1 den Betrag nach § 45b SGB XI auch hierfür verwenden können, nicht nur für Kurzzeitpflege oder Tages- und Nachtpflege. Dementsprechend sollte in Absatz 2 der Regelung die Verhinderungspflege mit aufgenommen werden (ggf. „abweichend von §45b Absatz 1 Satz 3 Nummer 1-4 SGB XI“ in der Fassung des RefE oder auch dort ergänzt werden). Außerdem sollte die Verwendung des Betrags für Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI zulässig sein und ergänzt werden, um den Grundsatz „ambulant vor stationär“ zu stärken. Dies auch, damit ausreichend Plätze in den Pflegeheimen für die höheren Pflegegrade zur Verfügung stehen, bei denen eine stationäre Unterbringung im Einzelfall unabdingbar sein kann. In der Gesetzesbegründung sind diese Möglichkeiten außerdem mit aufzuzählen.

10. Zu Artikel 1 Nummer 28 (§ 37)

In dem neu gefassten Absatz 1 Satz 2 wird als Voraussetzung für den Anspruch auf Pflegegeld geregelt, dass die Pflegebedürftigen die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfe bei Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellen. Es ist nicht klar, ob und wie diese Voraussetzung geprüft werden soll. Auch stellt sich die Frage, welche Konsequenzen sich daraus ergeben, wenn sich Anhaltspunkte ergeben, dass das Pflegegeld nicht entsprechend verwandt wird.

Die Regelung des § 37 Absatz 2 Satz 2 SGB XI (Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes während der Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege) wurde mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz vom 29.10.2012 eingeführt. Bereits unter Punkt 5 unserer Stellungnahme vom 09.02.2012 (Az: II 1 -4001 -353/2012) (Anlage 3) zu diesem Gesetz haben wir dargelegt, dass wir darin eine Ungleichbehandlung im Verhältnis zu denjenigen sehen, die das volle Pflegegeld während der Dauer einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder in einer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen weiterbeziehen (s. § 34 Absatz 2 Satz 2 SGB XI). Dies auch vor dem Hintergrund, dass die Regelung der Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ dient und die Pflegebereitschaft stärken soll.

(BT-Drs. 13/3696, S. 12 u. 40). Das Bundesversicherungsamt regt daher an, allen genannten Leistungsbezieher/innen das volle Pflegegeld zu gewähren. In dem Sinne sollte in § 37 Absatz 2 Satz 2 SGB XI das Wort „hälftige“ durch „volle“ ersetzt werden und die Regelung des § 34 Absatz 2 Satz 2 SGB XI ergänzt werden.

Im letzten Satz des vierten Absatzes der Gesetzesbegründung ist zu Buchstabe c, Doppelbuchstabe aa, Dreifachbuchstabe aaa und bbb ausgeführt, dass die Pflegebedürftigen auch insbesondere aktiv und ausdrücklich auf die Möglichkeit der unentgeltlichen Inanspruchnahme von Pflegekursen nach § 45 SGB XI hingewiesen werden sollen. Um Missverständnisse zu vermeiden, sollte ergänzt werden, dass diese von den Pflegepersonen und weiteren an der Pflege des Pflegebedürftigen interessierten ehrenamtlich tätigen Personen in Anspruch genommen werden können.

Im letzten Satz des ersten Absatzes der Gesetzesbegründung zu Buchstabe a wird das Pflegegeld als eine Art Anerkennung für die innerfamiliäre Unterstützungs- und Hilfeleistung bezeichnet. Da die häusliche Pflege auch von Nachbarn, Freunden und weiteren Dritten erbracht wird, sollte das Wort „innerfamiliär“ gestrichen werden.

11. Zu Artikel 1 Nummer 29 (§ 38)

Auf die Anmerkung unter Punkt 10 zu Artikel 1 Nummer 28 (§ 37), die hier entsprechend gilt, wird verwiesen.

12. Zu Artikel 1 Nummer 36 (§ 43b)

Nach der Gesetzesbegründung (zu Buchstabe b) gilt § 43b SGB XI auch für die teilstationäre Pflege. Die zusätzliche Betreuung und Aktivität hat bereits bisher, als reiner Vergütungszuschlag nach § 87b Absatz 2 Satz 4 SGB XI, Probleme bei der Frage, wann sie zu

gewähren ist, bereit. Um entsprechende Fragen und Irritationen zu vermeiden, wenn ihre Bedeutung nun als individueller Rechtsanspruch der Pflegebedürftigen, noch zunimmt, sollten schon im Gesetzestext konkret die für teilstationäre Pflege relevanten §§ 41, 42 SGB XI benannt werden.

Um die Relevanz dieser Vorschrift zusätzlich aufzuzeigen und nochmals klarzustellen, was zusätzliche Betreuung und Aktivität in Bezug auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff umfasst, sollten hierfür in der Gesetzesbegründung Beispiele genannt werden.

13. Zu Artikel 1 Nummer 37 (§ 44)

In dem neuen Absatz 1 Satz 1 sind Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 nicht erwähnt, wohl aber in der entsprechenden Gesetzesbegründung. Der Satz sollte entsprechend ergänzt werden. Wir gehen daher von einem redaktionellen Versehen aus, zumal eine Ungleichbehandlung nicht nachvollziehbar wäre.

Die neuen gesetzlichen Vorgaben (insbesondere auch in Absatz 1 Satz 2) mit der Abkehr vom Stundenansatz können zu starken Ungleichbehandlungen führen. So kann es dazu kommen, dass für Pflegepersonen, die lediglich zwei Tage pflegen (z.B. Wochenendpflege für Pflegebedürftige, die unter der Woche in Behinderteneinrichtungen leben) und diejenigen, die sieben Tage pflegen, dieselben Beiträge entrichtet werden.

Es könnte auch problematisch sein, wenn nur eine Pflegeperson an zwei Tagen in der Woche, jedoch in äußerst geringfügigem Umfang pflegt (z.B. 1 Stunde). Die 30%-Grenze dürfte in diesem Fall nicht gelten, da kein Gesamtaufwand im Zusammenhang mit der Pflege durch mehrere Pflegepersonen zu ermitteln ist (da eben nur eine nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson pflegt).

Nicht ersichtlich ist auch, wie die Fälle zu beurteilen sind, in denen Pflegebedürftige alle 14 Tage zu Hause gepflegt werden. Diese Fälle kommen in der Praxis häufig vor. Nach derzeitigem Recht besteht in diesen Fällen eine Versicherungspflicht der Pflegepersonen. Es ist unklar, wie diese Fälle künftig zu behandeln sind. Nach dem Wortlaut dürfte die Versicherungspflicht für diese Personen nicht mehr bestehen. Ist dies so gewollt? Ausführungen hierzu und zu ähnlichen Konstellationen sollten in die Gesetzesbegründung aufgenommen werden.

Die Neuregelung zur Additionspflege ist nicht eindeutig und schwer nachzuvollziehen: Was bedeutet in diesem Zusammenhang die Angabe in Satz 6 des Absatzes 1, dass sich

die Anteile am jeweiligen Gesamtpflegeaufwand insgesamt auf einen Wert von mindestens 30 Prozent summieren" (müssen)? Ist damit gemeint, dass einzelne Pflegebedürftige auch unter 30 Prozent des Pflegeaufwandes gepflegt werden können und nur der Gesamtpflegeaufwand aller Pflegebedürftigen 30 Prozent ergeben muss? Dies würde bedeuten, dass eine Abführung von Rentenversicherungsbeiträgen auch in Betracht kommt, wenn z.B. eine Pflegeperson bei der Pflege einer/s Pflegebedürftigen nur in Höhe von 25 Prozent des Pflegeaufwandes beteiligt ist und bei einem weiteren mit 5 Prozent. Es sollte in jedem Fall gesetzlich klar gestellt werden, dass der Pflegebedarf, der zu addieren ist, sich jeweils auf die einzelne Pflegebedürftige bzw. den einzelnen Pflegebedürftigen bezieht. Andernfalls wäre eine Berechnung kaum möglich. Ggf. sollte eine Untergrenze in Bezug auf den Pflegeaufwand der/des einzelnen Pflegebedürftigen gesetzlich festgelegt werden.

Um die Berechnung weiter zu konkretisieren, wird vorgeschlagen, in die Gesetzesbegründung Beispiele aufzunehmen. Außerdem sollte auch hier eine Klarstellung erfolgen.

Des Weiteren nehmen wir auf den bisherigen Schriftwechsel mit Ihrem Haus zu unseren Änderungsvorschlägen zu § 44 SGB XI Bezug, zuletzt in unserem Schreiben vom 19. Februar 2015 (s. Anlage 1), und bitten dringend unsere Änderungsvorschläge doch in den § 44 SGB XI aufzunehmen. Wir sehen nur dann die Möglichkeit, die bisherigen Abgrenzungs- und Zuständigkeitsprobleme zwischen den Pflegekassen und Rentenversicherungsträgern zu beseitigen, die Rechte der Pflegekassen zu stärken und die rechtzeitige Abführung der Rentenversicherungsbeiträge der Pflegepersonen sicherzustellen, wenn es hierzu eine eindeutige rechtliche Regelungen gibt. Dies auch unter dem Aspekt, dass die Ausgaben der Pflegeversicherung schon aufgrund der demografischen Entwicklung weiter steigen werden, und somit auch die Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen. Insbesondere ist es wichtig an geeigneter Stelle in dem neuen § 44 SGB XI (ggf. in einem gesonderten Absatz), zu regeln, dass die Pflegekassen (ebenso wie die Einzugsstellenprüfer der Rentenversicherungsträger) berechtigt sind, die Abführung der Rentenversicherungsbeiträge regelmäßig (alle zwei Jahre) zu überprüfen. Außerdem müssen sie berechtigt sein, die Abführung einzustellen, wenn die Pflegeperson auch nach einer Erinnerung ihren Mitwirkungspflichten nicht nachkommt und den für die Feststellung der Rentenversicherungspflicht maßgeblichen Fragebogen nicht zurücksendet. Diese beiden Regelungen sind gerade im Lichte der höchstrichterlichen Rechtsprechung wichtig, wonach Bescheide zur Rentenversicherungspflicht ausschließlich von den Rentenversicherungsträgern erlassen werden können. Darauf berufen sich diese, um die Rechte der Pflegeversicherung in Frage zu stellen.

Wichtig ist auch, der in der Besprechung im BMAS am 11. Juni 2015, an der auch eine Vertreterin Ihrer Abteilung teilnahm, thematisierte Schadensersatzanspruch der Pflegekasse gegenüber der Krankenkasse, wenn diese die Beiträge nicht rechtzeitig oder nicht in der richtigen Höhe abführt. Es ist sachgerecht diesen Schadensersatzanspruch, den wir ursprünglich für das 5. SGB IV-ÄndG vorgeschlagen haben, wegen der Thematik in der spezialgesetzlichen Regelung des § 44 SGB XI als eigenen Absatz anzufügen. Wir haben Ihnen hierzu ergänzend noch Erkenntnisse aus den Prüfungen mitgeteilt (s. Anlage 2).

Redaktionell ist anzumerken, dass in dem neu geregelten Absatz 4 Satz 4 der Begriff „Pflegestufe“ durch „Pflegegrad“ ersetzt werden muss. Absatz 4 Satz 4 enthält einen Verweis auf 37 Absatz 9. Diesen gibt es nicht.

14. Zu Artikel 1 Nummer 40 Fünfter Abschnitt (konkret: § 45a)

Die Gesetzessystematik des neuen § 45a SGB XI ist nicht zu erkennen und der Inhalt schwer nachvollziehbar. Der erste Satz des ersten Absatzes enthält nur Erläuterungen zur Gesetzesintention, keine Definition im eigentlichen Sinn. Diese ist vielmehr erst dem zweiten Satz sowie ergänzend dem Absatz 3 zu entnehmen. Der erste Satz sollte daher geändert werden und die entsprechenden Erläuterungen zu den Angeboten in die Gesetzesbegründung übernommen werden. Außerdem sollte sich der Kreis der Leistungsberechtigten bereits aus dem ersten Absatz und nicht erst aus dem vierten ergeben, um dem Grundsatz der Gesetzesklarheit Rechnung zu tragen.

Der in dem Absatz 1 Nummer 2, Satz 3 und Absatz 2 Satz 2 benutzte Ausdruck „vergleichbar nahestehende Pflegepersonen“ bzw. „vergleichbar Nahestehende“ ist sehr auslegungsbedürftig. Sind damit alle nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen gemeint oder nur bestimmte? Im Einzelfall können dritte Pflegepersonen - wie Nachbarn oder Freunde dem/ der Pflegebedürftigen – je nach individueller Lebenssituation – näher oder deutlich weniger nahe stehen als Angehörige. Es sollte daher, um Unklarheiten und Abgrenzungsschwierigkeiten zu vermeiden, jeweils der Begriff „nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson“ oder nur „Pflegeperson“ verwendet werden. Sofern auch Personen einbezogen werden sollen, die noch nicht die Voraussetzungen § 19 SGB XI (neu) erfüllen, könnte die Formulierung „Pfleger“ allein verwendet werden. Dadurch würde sich in Absatz 2 Satz 2 zugleich der Zusatz „in ihrer Eigenschaft als Pfleger“ erübrigen. In der Gesetzesbegründung sollten konkrete Beispiele für Pfleger (Nachbarn, Freunde, usw.) genannt werden.

Sollte unser Änderungsvorschlag unter Punkt 8 (zu Artikel 1 Nummer 23 (§28a)) aufgegriffen werden und die Pflegesachleistung auch für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 geöffnet werden, müsste im dritten Satz des letzten Absatzes der Gesetzesbegründung zu § 45b der Pflegegrad 1 ergänzt werden.

15. Zu Artikel 1 Nummer 40 Fünfter Abschnitt (konkret: § 45b)

Bezüglich des Ausdrucks „vergleichbar Nahestehender“ in Absatz 1 Satz 2 wird auf die entsprechende Anmerkung zu Artikel 1 Nummer 40 Fünfter Abschnitt (konkret: § 45a) verwiesen.

Die Formulierung „im Übrigen“ in Absatz 1 Satz 4 ist missverständlich und auslegungsbedürftig. Er sollte entweder wegfallen oder durch „auch“ ersetzt werden.

Um den Pflegebedürftigen größere Flexibilität zu ermöglichen und die häusliche Pflege dadurch zugleich weiter zu stärken, sollte in Absatz 2 Satz 2 eine Übertragung nicht nur für das folgende Kalenderhalbjahr, sondern für das gesamte folgende Kalenderjahr geregelt werden.

In der Gesetzesbegründung ist der Satz 2 des zweiten Absatzes sehr schwer verständlich und sollte in drei Sätze gefasst werden, wie z. B.: „Betreuung ist jetzt – wie bereits bislang die hauswirtschaftliche Versorgung – integraler Bestandteil der Leistungen ambulanter Pflegedienste“. Insoweit hat sich der Anwendungsbereich des § 36 im Zusammenspiel mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erweitert und umfasst Leistungen, die zum Teil bislang als unter § 45b fallend betrachtet wurden. Daher entfällt der bisherige „Sonderbereich“ für das Tätigwerden zugelassener Pflegedienste in § 45b.“ In Satz 5 des zweiten Absatzes sollte in Klammer nach 2013 die Quellenangabe durch „Seite. 34“ konkretisiert werden. Zur besseren Lesbarkeit sollte im ersten Satz des dritten Absatzes vor „insbesondere“ ein Punkt gesetzt und „Insbesondere“ dann im neuen Satz groß geschrieben werden.

16. Zu Artikel 1 Nummer 40 Fünfter Abschnitt (konkret: § 45c)

Hinsichtlich der Worte „vergleichbar nahestehender Pflegepersonen“ in Absatz 4 des § 45c verweisen wir auf die entsprechende Anmerkung zu Artikel 1 Nummer 40 Fünfter Abschnitt (konkret: § 45a).

Nach Absatz 8 ist das Bundesversicherungsamt für die Auszahlung von Fördergeldern zuständig, die von Ländern bzw. Kommunen bewilligt und kofinanziert werden.

§ 45 c ist in der vorliegenden Entwurfsfassung völlig neuformuliert worden; nach erster Durchsicht ergibt sich daraus aber inhaltlich keine Änderung. Zwar soll der Anwendungsbereich der Vorschrift laut Begründung auf weitere Gruppen Pflegebedürftiger erweitert werden i.S. besserer Versorgung und Vernetzung, inwieweit sich daraus in der Zukunft eine zusätzliche Zunahme von Anträgen ergibt, kann jedoch derzeit nicht abgeschätzt werden.

Hiervon unberührt bleibt der zu erwartende Anstieg durch die Ausschöpfung des Förder Volumens, auf den wir in unserer Stellungnahme zum PSG I vom 22. April 2014 hingewiesen haben. Weiterhin ist eine stetige Zunahme von Anträgen in den letzten Jahren für diesen Bereich zu beobachten.

Weiterhin ist derzeit noch unklar, ob die hierzu vorliegenden Vorschläge der „Bundesländer- Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“ vom September 2014 (s. Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 12. Mai 2015) im Laufe des weiteren Gesetzgebungsverfahrens noch einbezogen werden. Eine Umsetzung der o.a. Vorschläge würde eine massive Ausweitung des Antragsvolumens zur Folge haben.

17. Zu Artikel 1 Nummer 40 Fünfter Abschnitt (konkret § 45d)

Zu der Formulierung „Vergleichbar Nahestehender“ in Satz 2 des § 45d wird auf die entsprechende Anmerkung zu Artikel 1 Nummer 40 Fünfter Abschnitt (konkret: § 45a) verwiesen.

Der Begriff „sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen“ ist unbestimmt, auslegungsbedürftig und ggf. redundant. Er dürfte durch den Begriff „ehrenamtlicher“ (alternativ: ehrenamtlich tätiger) Personen mit umfasst sein. Daher wird vorgeschlagen, ihn zu streichen.

18. Zu Artikel 1 Nummer 41 (§ 46)

In aufsichtsrechtlichen Prüfungen wurde vielfach festgestellt, dass deutliche Bearbeitungsrückstände – letztlich zu Lasten der Pflegebedürftigen - bestehen, weil die personelle Ausstattung der jeweiligen Pflegekasse unzureichend war. Ein wichtiger Grund hierfür war auch, dass die Personalkosten Teil der Verwaltungskosten sind und die Krankenkassen dazu neigen, die Verwaltungskosten für Personal möglichst gering zu halten. Es ist zu erwarten, dass sich diese Tendenz bei einer Absenkung der Verwaltungskostenpauschale verschärft. Daher sollte die bisherige Verwaltungskostenpauschale von 3,5 vom Hundert beibehalten werden.

Zu Absatz 3 ist anzumerken, dass das Bundesversicherungsamt für die Festsetzung des von den Pflegekassen an die Krankenkassen für die Durchführung des SGB XI zu erstattenden Betrags der Verwaltungskosten zuständig ist; hierbei ist eine bestimmte Berechnungsformel anzuwenden. Nach dem vorliegenden Entwurf wäre diese Formel anzupassen. Hieraus ergibt sich einmaliger Verwaltungsaufwand in geringerem Umfang. Außerdem hat sich Abs. 3 Satz 7 durch Zeitablauf überholt und kann gestrichen werden.

19. Zu Artikel 6 Nummer 2 (§ 5 SGB VI) und Artikel 6 Nummer 3 (§ 166 SGB VI)

Nach § 44 Abs. 1 Satz 4 SGB XI n.F. werden bei der Pflege eines Pflegebedürftigen durch mehrere Pflegepersonen Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung nur entrichtet, wenn die jeweilige Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand mindestens 30 % umfasst. Laut Gesetzesbegründung bleiben die Anteile gewerblicher Anbieter bei der Pflege hierbei unberücksichtigt. Die Geringfügigkeitsregelung in § 5 Abs. 3 SGB VI wird mit Verweis auf die 30 %-Grenze aufgehoben.

Eine Aussage für den Fall, dass eine einzelne Pflegeperson und ein gewerblicher Anbieter pflegen, wird nicht getroffen. Konsequenz wäre, dass für eine Pflegeperson, die z.B. nur an zwei Tagen die Woche jeweils eine Stunde für den Pflegebedürftigen einkaufen geht oder ihm vorliest, Rentenversicherungsbeiträge nach § 166 Abs. 2 SGB VI n.F. entsprechend des Pflegegrades zu zahlen wären. Versicherungsfreiheit wegen Geringfügigkeit käme nicht mehr in Betracht. Uns stellt sich die Frage, ob eine solch weitgehende Ausdehnung der Versicherungspflicht tatsächlich beabsichtigt ist.

C. Änderungsvorschlag zu § 135 SGB XI (i.d.F. des PSG I)

Im Rahmen der geplanten Neufassung durch das PSG II wird vorgeschlagen, die Regelung des § 135 SGB XI ebenfalls zu ergänzen.

Begründung:

Nach dem Wortlaut von § 135 Absatz 1 SGB XI hat das Bundesversicherungsamt dem bei der Bundesbank zu bildenden Sondervermögen monatlich einen Betrag zuzuführen, "der einem Zwölftel von 0,1 % der beitragspflichtigen Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung des Vorjahres entspricht."

Da die beitragspflichtigen Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung (bpE) anders als in der GKV als statistische Größe nicht amtlich ermittelt und festgestellt werden, müssen diese auf der Grundlage der bekannten Beitragseinnahmen der sozialen Pflegeversicherung geschätzt werden.

Das BVA hat zu diesem Zweck näherungsweise einen durchschnittlichen Beitragssatz (BS) ermittelt und ist auf dieser Grundlage zu einem Wert für die bpE für das Jahr 2014 als Basis für die Abführungen in 2015 von 1.195.500 Mio. Euro gelangt.

Dieser Wert wurde abgeglichen mit den Zahlen des Schätztableaus des GKV-Schätzerkreises vom 15.10. 2014, dort wurde für 2014 ein Wert von 1.194.793 Mio. Euro zugrunde gelegt.

Ein Abgleich mit den Zahlen der KV 45 für 2014 ergab zwischenzeitlich einen Wert von 1.193.195 Mio. Euro.

Eine Heranziehung des BS nach § 55 Abs. 1 SGB XI hätte demgegenüber zu einem Wert von 1.264.204 Mio. Euro geführt.

Im Ergebnis würde damit die Berechnung anhand der letzteren Bemessungsgrundlage zu einem Monatsabführungsbetrag zu Lasten des Ausgleichsfonds von 105,350 Mio. Euro führen, während die vom Bundesversicherungsamt zugrunde gelegte Berechnungsgrundlage einen mtl. Abführungsbetrag von 99,625 Mio. Euro bedeutet. In der Summe für das gesamte Jahr ergäbe sich demnach eine Differenz von ca. 69 Mio. Euro zu Lasten des Ausgleichsfonds.

Da dem Bundesversicherungsamt als Treuhänder des Vermögens des Ausgleichsfonds nicht die Befugnis zukommt, Überweisungen aus den Mitteln des Ausgleichsfonds ohne entsprechende Rechtsgrundlage zu leisten, andererseits aber die Aussage in einer bloßen Gesetzesbegründung keinen expliziten Normbefehl generieren kann, kommt eine direkte Bezugnahme auf den BS nach § 55 Absatz 1 SGB XI nicht in Frage, denn dies führt, wie oben gezeigt, zu objektiv falschen Werten, jedenfalls in Ansehung der geltenden Regelung des § 135 Absatz 1 SGB XI.

Das Bundesversicherungsamt sieht sich daher gehalten, bis auf weiteres an der bisherigen Verfahrensweise festzuhalten. Hiernach würde zu Beginn des Jahres 2016 anhand der Schätzwerte des GKV-Schätzerkreises vom Oktober 2015 der mtl. Abführungsbetrag für 2016 festgelegt; die Spitzabrechnung für 2015 würde erfolgen, sobald die Rech-
nungsergebnisse der KV 45 für dieses Jahr vorliegen.

Es wird daher vorgeschlagen, § 135 Absatz 1 SGB XI um eine diesbezügliche Klarstellung zu ergänzen:

Hier bieten sich 2 Wege an:

- Bezugnahme auf § 55 Absatz 1 SGB XI oder
- Bezugnahme auf § 220 SGB V (Schätzerkreis).

a) Formulierungsvorschlag 1:

§ 135 Absatz 1 SGB XI i.d.F. des PSG I wird wie folgt ergänzt:

Nach § 135 Absatz 1 Satz 1 wird ein Satz 2 neu eingefügt mit folgendem Wortlaut:

„Für die Berechnung des Abführungsbetrages wird der Beitragssatz gemäß § 55 Absatz 1 SGB XI zugrunde gelegt.“

Begründung: Hiermit wird eine klare und eindeutige Rechtsgrundlage geschaffen, mit der die notwendige Rechtssicherheit wieder hergestellt wird.

b) Formulierungsvorschlag 2:

§ 135 Absatz 1 SGB XI i.d.F. des PSG I wird wie folgt ergänzt:

Nach § 135 Absatz 1 werden die Sätze 2 und 3 neu eingefügt mit folgendem Wortlaut:

„Für die Berechnung des Abführungsbetrags werden analog § 220 SGB V zu Beginn eines Kalenderjahres die Schätzergebnisse des Schätzerkreises vom Herbst des vorangegangenen Jahres herangezogen. Eine Spitzabrechnung erfolgt zum Ende des lfd. Jahres anhand der Rechnungsergebnisse der KV 45; ermittelte Überzahlungen bzw. Nachzahlungen werden mit den laufenden Abführungsbeträgen an den Pflegevorsorgefonds verrechnet.“

Begründung: Mit der Neuregelung wird auf ein bewährtes Verfahren in der Krankenversicherung zurückgegriffen. Zudem kommt hier der Gedanke zum Tragen, dass KV und Pflegeversicherung hinsichtlich der Bemessungsgrundlage „beitragspflichtige Einnahmen“ grundsätzlich gleich zu behandeln sind. Außerdem wird diese Lösung der Intention der Regelung des § 135 SGB XI am ehesten gerecht.

D. Rein redaktionelle Anmerkungen:

- Zu Artikel 1 Nummer 18 (§18a): In der Gesetzesbegründung sollte vor „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ das Wort „den“ eingefügt werden.
- Zu Artikel 1 Nummer 20 (§ 19): In der Gesetzesbegründung ist im zweiten Satz das Wort „Pflegerpersonen“ um ein „e“ zu ergänzen.
- Zu Artikel 1 Nummer 39 (§ 45): In der Gesetzesbegründung ist im siebten Satz des zweiten Absatzes „... und anderen ...“ der Buchstabe „n“ zu streichen (richtig: „Andere“). Im letzten Satz dieses Absatzes sollte die Quellenangabe konkretisiert und nach Abschlussbericht in Klammern „S.42“ eingefügt werden.

- Zu Artikel 1 Nummer 40 (Fünfter Abschnitt des Vierten Kapitels, konkret: zu § 45a) sollte das Paragraphenzeichen im ersten Satz in den nächsten Satz zu den entsprechenden § 45a übernommen werden.
- Zu Artikel 1 Nummer 40 (Fünfter Abschnitt des Vierten Kapitels, konkret: § 45b) sollte das Paragraphenzeichen im ersten Satz in den nächsten Satz zu den entsprechenden § 45b übernommen werden.
- Zu Artikel 1 Nummer 40 Fünfter Abschnitt (konkret: § 45b) fehlt in der Gesetzesbegründung im ersten Satz des dritten Absatzes nach „zum Beispiel“ ein Komma.
- Zu Artikel 1 Nummer 40 Fünfter Abschnitt (konkret: § 45c) sollten in Satz 4 die Worte „wie bisher in § 45c Absatz 1 und 4 geregelt“ zur besseren Lesbarkeit entweder durch Komma getrennt oder in Parenthesen gesetzt werden.
- Artikel 1 Nummer 62 (§ 113) fehlt in der Gesetzesbegründung (Zu Buchstabe a, zu Doppelbuchstaben aa bis cc) im vorletzten Satz des letzten Absatzes zwischen den Worten Absatz und 4 ein Leerzeichen.
- Zu Artikel 2 Nummer 64 (§ 113b) sollte in der Gesetzesbegründung (Zu Absatz 6) im vorletzten Satz das alleinstehende Paragraphenzeichen in die nächste Zeile übernommen werden zu 113. In Absatz 8, Satz 3, müsste der Verweis „... Lauf der Frist nach Satz 2...“ (nicht 3) lauten.
- Zu Artikel 1 Nummer 65 (§ 114) sollte zur Klarstellung unter den Buchstaben c und d ergänzt werden „Absatz 5 wird Absatz 4 und wie folgt geändert“.
- Zu Artikel 1 Nummer 67 (§ 115) sollte unter Buchstabe b erg
Außerdem ist in der Gesetzesbegründung (Zu Buchstabe c) im ersten und dritten Absatz in den jeweils letzten Sätzen der Blocksatz zu entfernen.
- Zu Artikel 1 Nummer 70 ist in der Gesetzesbegründung (Zu Buchstabe d) im vorletzten Satz nach „2017“ ein Leerzeichen zu ergänzen.
- Zu Artikel 3 Zu § 3 in der Gesetzesbegründung (Zu Absatz 1) müsste das Wort „Pflegekassen“ durch „Pflegestufen“ ersetzt werden.

E. Anmerkung zum Erfüllungsaufwand

Unter den Nummern 7, 8, 10, 15, 16, 24, 25 und 26 sind jeweils 126 Pflegekassen erwähnt. Diese Zahl ist nach der aktuellen – auch vom Bundesministerium für Gesundheit – veröffentlichten Statistik KM 1 nicht korrekt. Aktuell handelt es sich nur noch um 124 Pflegekassen.

Bei der Verwaltung (konkret: Bundesversicherungsamt) ist mit den tiefgehenden Änderungen (Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbunden mit Übergangsre-

gelungen und neuem Begutachtungssystem) ein erheblicher Arbeitsmehraufwand durch eine steigende Anzahl von Eingaben und Petitionen sowie Klärung grundsätzlicher Fragen zu erwarten. Dieser wurde bisher nicht berücksichtigt.

Dies gilt entsprechend für den zusätzlichen, umfassenden Prüfaufwand der Pflegekassen bei den Prüferferaten (Aufsicht, Prüferferate des Prüfdienstes Krankenversicherung). Hiervon sind alle Prüfungen nach § 274 SGB V und § 46 SGB XI betroffen, da sich der Prüfaufwand sowohl auf die Kranken- und Pflegekassen, als auch auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bezieht.

Selbstverständlich stehen Ihnen die Fachreferate des Hauses für etwaige Rückfragen zu den Anmerkungen und Vorschlägen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen