



Bundesversicherungsamt, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

Bundesministerium für Gesundheit
Leiterin der Abteilung 4
Frau Birgit Naase
11055 Berlin

HAUSANSCHRIFT

Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 228 619 1294

FAX +49 228 619 1866

pflegeversicherung@bvamt.bund.de
www.bundesversicherungsamt.de

BEARBEITER(IN) Frau Langer

6. Juli 2018

AZ 214 – 5 -1825/2018

(bei Antwort bitte angeben)

ausschließlich per E Mail

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)

Ihr Schreiben von 26. Juni 2016 (Verbändeanhörung)

Sehr geehrte Frau Naase,

vielen Dank für die Gelegenheit zur Stellungnahme zu dem Referentenentwurf des Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG).

Die Fachabteilungen meines Hauses haben hierzu Stellung genommen (s. Anlage). Ich begrüße es sehr, dass die für den Krankenhausstrukturfonds und den Pflegeausgleichsfonds zuständigen Referate 314 und 315 bereits im Vorfeld Gelegenheit hatten, sich zu einem Arbeitsentwurf des PpSG mit dem federführenden Referat 212 des BMG auszutauschen. Dabei wurde bereits zugesagt, den in der Besprechung am 15. Juni 2018 thematisierten Änderungsbedarf noch in die Kabinettsvorlage einzubringen. Daher wurde dieser bereits thematisierte Änderungsbedarf nicht nochmals in die jetzige Stellungnahme aufgenommen. Sehr wichtig ist mir allerdings, dass in die derzeit nur ansatzweise beschriebene Beteiligung des Bundesversicherungsamtes – als Verwalter des Ausgleichsfonds – an den neuen in Artikel 10 Nummer 2 (§ 8 SGB XI) des Referentenentwurfs geregelten Aufgaben, wie z.B. Finanzierung der Förderungen von zusätzlichen Stellen für die medizinische Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie von Maßnahmen zur besseren Vereinbarung von Pflege, Familie und Beruf in Pflegeeinrichtungen aus Mitteln des Ausgleichsfonds klar gestellt wird. Insbesondere sollte auch das Bundesversicherungsamt zu den neuen Aufga-

ben Vereinbarungen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. v. schließen können.

Auch bitte ich Sie dringend unseren Vorschlag aufzugreifen, die bisherige Regelung des § 133 SGB XI zur Rechtsform des Pflegevorsorgefonds beizubehalten (s. in der Stellungnahme die Ausführungen unter Ziffer A 4: Zu Artikel 10 Nummer 16 (§ 133 SGB XI). Die Verwaltung und Anlage der Mittel des Pflegevorsorgefonds erfolgt bisher durch die Bundesbank, die auch im Rahmen dieser Aufgaben die „Rechtsvertretung“ nach § 131 Absatz 3 Satz 2 SGB XI wahrnehmen sollte. Die Gesetzesbegründung für die Übertragung der Rechtsvertretung für den Pflegevorsorgefonds auf das Bundesversicherungsamt ist unzutreffend. Das Bundesversicherungsamt verfügt weder über die fachliche Nähe zur Anlagepolitik nach den Maßstäben der in § 134 Abs. 2 SGB XI genannten „Anlagerichtlinien Sondervermögen“ noch über entsprechende Kompetenzen in der Beobachtung von Aktienmärkten. Die der Regelung zugrundeliegenden Annahmen sind definitiv falsch.

Außerdem möchte ich Ihr Augenmerk erneut auf die aus Sicht des Bundesversicherungsamts notwendigen Änderungen der §§ 38a (Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen), 44 (Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen) und 45b (Entlastungsbetrag) SGB XI richten. Hierzu fanden in den letzten drei Jahren schon Gespräche mit den Referaten Ihrer Abteilung statt, auch wurden die Vorschläge zum Teil schon in den Stellungnahmen zu den drei Pflegestärkungsgesetzen geltend gemacht. Der Änderungsbedarf hat sich nun durch Prüfungen, zahlreiche Eingaben und Telefonate mit versicherten Personen sowie Gespräche mit den bundesunmittelbaren Pflegekassen bestätigt. Die entsprechenden Änderungsvorschläge sind im Detail unter Ziffer B der Stellungnahme dargelegt.

Für ein ergänzendes Gespräch stehen meine Fachabteilung und ich Ihnen gerne zur Verfügung. Meine Fachabteilung übermittelt Ihnen auch gerne konkrete weitere Ausarbeitungen.

Mit freundlichen Grüßen



(Frank Plate)

Anlage



Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

Bundesministerium für Gesundheit
Abteilungsleiterin 4
Frau Birgit Naase
11055 Berlin

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 (0) 228 619 – 1294
FAX +49 (0) 228 619 - 1866
E-MAIL Pflegeversicherung@bvamt.de
INTERNET www.bundesversicherungsamt.de
BEARBEITER(IN) Frau Langer

ausschließlich per E-Mail

PpSG-Verbaende@bmg.bund.de

DATUM 06. Juli 2018
AZ **214 – 5 -1825/2018**
(bei Antwort bitte angeben)

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)

Stellungnahme des Bundesversicherungsamtes

Sehr geehrte Frau Naase,
sehr geehrter Herr Dr. Kern,

vielen Dank für die Gelegenheit zur Stellungnahme zu dem o.g. Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (RefE).

Das Bundesversicherungsamt nimmt als Aufsichtsbehörde der bundesunmittelbaren Pflegekassen und Verwalterin des Ausgleichsfonds sowie Krankenhausstrukturfonds im Folgenden zu einigen Punkten Stellung:

A. Anmerkungen zu einzelnen Regelungen (und/oder ggf. der Begründung)

1. Zu Artikel 7 Nummer 1 und 2 (§§ 20 Absatz 6 und 20b Absatz 3 SGB V)

Nach § 20 Absatz 6 Satz 2 und 3 SGB V i. d. Fassung des RefE sind die Krankenkassen verpflichtet, einen Betrag von mindestens 2,XX Euro (zu ersetzen durch den ab 2019 geltenden Ausgabewert) für Leistungen nach § 20a SGB V sowie mindestens 3,XX Euro (zu ersetzen durch den ab 2019 geltenden Ausgabewert) für Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) nach § 20b SGB V zu erbringen. Von den min-

destens 3,XX Euro für Maßnahmen der BGF ist 1 Euro pro versicherter Person für entsprechende Maßnahmen in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen. Nach derzeitiger Rechtslage haben die Pflegekassen gemäß § 20 Absatz 6 Satz 2 SGB V für die Maßnahmen nach § 20a SGB V und § 20b SGB V jeweils mindestens 2 Euro pro versicherter Person aufzuwenden. Da der Gesamtbetrag, der den Krankenkassen pro versicherter Person für Maßnahmen nach den §§ 20,20a, 20b und 20c SGB V gemäß § 20 Absatz 6 Satz 1 SGB V zur Verfügung steht (7 Euro seit 2016) im RefE nicht angehoben wird, bedeutet dies, dass für die übrigen Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen nach § 20 SGB V (insbes. verhaltensbezogene Prävention) und § 20c SGB V ein Euro weniger zur Verfügung steht. Um dies zu vermeiden, wird vorgeschlagen, auch die Gesamtausgaben der Krankenkassen pro versicherter Person auf 8 Euro anzupassen.

Wir gehen davon, dass der Verweis auf Satz 3 in Artikel 7 Nummer 1b RefE ein redaktionelles Versehen ist und es sich korrekterweise um Satz 2 2. Alternative handeln müsste. Es wird vorgeschlagen den Verweis entsprechend zu berichtigen.

Um Missverständnisse zu vermeiden, sollten auch in der Begründung (Zu Artikel 7 Nummer 1 Buchstaben a und b, S. 63 des RefE) die konkreten Beträge, die sich für die Ausgaben nach §§ 20, 20a, 20b und 20c SGB V ergeben, klargestellt werden.

2. Zu Artikel 7 Nummer 5 Buchstabe b (§ 40 SGB V)

Hier sollte in der Begründung (zu Artikel 7 Nummer 5 (§ 40 SGB V), S. 64f. des RefE) der Satz 3 (zu § 40) modifiziert werden, da pflegende Angehörige auch nach derzeitiger Regelung in § 40 Absatz 2 Satz 1 2. Halbsatz SGB V einen eigenständigen Leistungsanspruch haben. Nur besteht dieser erst nach Ausschöpfung der ambulanten Maßnahmen. Unter Berücksichtigung dieser Ausführungen, wird daher eine Formulierung - wie die folgende - vorgeschlagen: „Durch die Änderung erhalten pflegende Angehörige einen eigenständigen Leistungsanspruch auf eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme, der abweichend von § 40 Absatz 1 Satz 1 nicht voraussetzt, dass vorher die ambulanten Leistungen der Krankenbehandlung und Rehabilitation ausgeschöpft werden.“ Satz 4 der Begründung könnte ggf. gestrichen werden.

Dementsprechend sollte auch Satz 5 zu Buchstabe b ergänzt werden.

Zur Konkretisierung der gesetzlichen Grundlage sollten in Satz 2 des 2. Absatzes zu Buchstabe b auch die konkreten Regelungen im SGB XI ergänzt werden, i. e. nach Vor-

sorge- und Rehabilitationseinrichtung „ im Sinne des § 42 Absatz 4 SGB XI“ und nach „zur pflegerischen Versorgung nach...“ „§ 72 SGB XI“.

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

Bereits in § 1 Absatz 6 Satz 3 SGB XI werden die Begriffe Familienangehörige und eingetragene Lebenspartner verwendet. Insofern ist es gesetzessystematisch nicht konsequent, wenn erst in Absatz 7 näher erläutert wird, wann der eingetragene Lebenspartner Familienangehörigen gleichzusetzen ist. Es wird daher vorgeschlagen, Absatz 7 als neuen Absatz 6 einzuführen und den bisherigen Absatz 6 als Absatz 7. Des Weiteren wird vorgeschlagen, den Halbsatz „soweit nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist“ zu streichen, da keine Ausnahmen im SGB XI ersichtlich sind, in denen etwas Anderes gilt. Zu berücksichtigen ist auch, dass es sich bei den Regelungen des § 1 SGB XI nach Auffassung der überwiegenden Kommentierung lediglich um Programmsätze und Einweisungsvorschriften handelt (s. z. B. KassKomm/Koch, 99. EL Mai 2018, SGB XI § 1 Rn. 2). Daher sollte in jedem Fall darauf geachtet werden, dass die eingetragene Lebenspartnerschaft in allen einschlägigen Vorschriften benannt wird, um etwaige Diskriminierungen zu vermeiden. Nach § 11 Absatz 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) ist die eingetragene Lebenspartnerschaft den Familienangehörigen gleichgestellt. Derzeit wird sie nicht durchgängig in den maßgeblichen Vorschriften benannt. So werden in §§ 3, 7a Absatz 2 Satz 1 und Absatz 7 Satz 2, 8 Absatz 2 Satz 3, 18 Absatz 4 Satz 2, 20 Absatz 1 Nummer 3 und Absatz 4 Satz 2, 25 Absatz 1 Satz 1, 28 Absatz 1 Nummer 12, 28a Absatz 1 Nummer 8, § 45 (Überschrift und Absatz 1 Satz 1), 45a Absatz 1 Satz 2 Nummer 2, Satz 5 und Absatz 2 Satz 1, 45b Absatz 1 Satz 2, 45c Absatz 4 und Absatz 9 Satz 1, 45d Sätze 1, 3 und 5, 51 Absatz 2 Satz 2 (Anmerkung: durch Zeitablauf allerdings obsolet), 55 Absatz 5 Satz 1, 56 Absatz 4, 57 Absatz 2, § 85 Absatz 8 Satz 1, 90 Absatz 2 Satz 1, 91 Absatz 4, 94 Absatz 3, 100, 101, 109 Absatz 2 Nummer 3 und Absatz 4, 114a Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 Sätze 2 und 3, 115 Absatz 1a Satz 1 und Absatz 1b Satz 1, 123 (Überschrift und Absatz 1 Satz 1, Absatz 4 Satz 1, Absatz 6 Satz 1 SGB XI die Lebenspartner nicht erwähnt. In den übrigen Vorschriften wie beispielsweise §§ 7 Absatz 2 Satz 1, 20 Absatz 4, 22 Absatz 1 Satz 1, 23 Absatz 1 Satz 2 und Absätze 5 und 6, 25 Absatz Satz 1 und Absatz 3, 26 Absatz 2 Satz 2 SGB XI u. w. dagegen schon.

4. Zu Artikel 10 Nummer 2 (§ 8 SGB XI)

Die Anfügung der Absätze 5 bis 9 in § 8 SGB XI beinhalten neue Aufgaben für den vom Bundesversicherungsamt verwalteten Ausgleichsfonds, nämlich:

- Nach Absatz 5 die Finanzierung der fachlich unabhängige Institution mit der Zusammenführung und Auswertung der Daten des indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich (Datenauswertungsstelle) aus den Mitteln des Ausgleichsfonds. Gemäß Absatz 5 Satz 4 regeln die Vertragsparteien nach § 113 und das Bundesversicherungsamt Näheres durch eine Vereinbarung
- Gemäß Absatz 6 Satz 4 die Verwaltung der Mittel für die Finanzierung zusätzlicher Stellen für die medizinische Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Diese sollen auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege erhalten. Nach § 37 Absatz 2a Satz 1 SGB V (Artikel 7 Nummer 4a RefE) leisten die gesetzlichen Krankenkassen jährlich 640 Millionen Euro zur pauschalen Abgeltung der Vergütungszuschläge für die medizinische Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen an den Ausgleichsfonds. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der GKV-Spitzenverband (a.a.O. Satz 2). Die private Pflegepflichtversicherung beteiligt sich gemäß Absatz 8 Satz 2 mit 44 Millionen Euro. Die Auszahlung der Pflegezuschläge soll nach Absatz 6 Satz 8 einheitlich über eine Pflegekasse an die vollstationäre Pflegeeinrichtung vor Ort erfolgen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt für seine Mitglieder u.a. das Zahlungsverfahren (Absatz 6 Satz 7).
- Nach Absatz 7 Satz 1 die Bereitstellung der Mittel für die Maßnahmen der besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in Pflegeeinrichtungen. Hierfür sollen aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sollen in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt werden.
- Gemäß Absatz 8 Satz 1 die Bereitstellung der Mittel für Investitionen für Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenpflege in digitale Anwendungen zur Entlastung der Pflegekräfte. Den entsprechenden Einrichtungen soll ein einmaliger Zuschuss für entsprechende Investitionen gewährt werden.
- Nach Absatz 9 Satz 1 beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen jeweils mit einem Anteil von 10 Prozent an den Kosten, die sich aus den Absätzen 5, 7 und 8 ergeben. Zur Finanzierung der Aufgaben gemäß Absatz 6 ist eine Beteiligung von jährlich 44 Millionen Euro vorgesehen (Absatz 9 Satz 2). Nach Absatz 9 Satz 3 kann der Finanzierungsanteil von dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt geleistet werden.

Hierzu ist Folgendes anzumerken:

Mit diesen Regelungen wird die Beteiligung des Bundesversicherungsamtes - als Verwalter des Ausgleichsfonds - nur ansatzweise beschrieben. Während für die Finanzierung der Datenauswertungsstelle gemäß § 113 Absatz 1b Satz 1 SGB XI nach Absatz 5 Satz 3 das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung durch Vereinbarung zwischen den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI und dem Bundesversicherungsamt geregelt werden soll, bleiben die Aufgaben des Bundesversicherungsamtes als Verwalter des Ausgleichsfonds bei der Finanzierung zusätzlicher Stellen für die medizinische Behandlungspflege nach Absatz 6 (wie auch bei den anderen Änderungen in Artikel 10 Nummer 2) offen. So ist z.B. nicht klar geregelt, ob der GKV-Spitzenverband die Umlagen seiner Mitglieder einsammelt und die Beträge in einer Gesamtsumme an den Ausgleichsfonds weiterleitet oder jede Krankenkasse Einzelzahlungen leistet. Hier wären auch die Ausgestaltung der Abrechnungsunterlagen zu regeln oder der Umgang mit Zahlungsverzug, etc. Auf der Ausgabenseite finden sich überhaupt keine Regelungen zur Ausgestaltung des Abrechnungsverfahrens mit den Pflegekassen. Selbst wenn die Pflegekassen ihre Ausgaben vorfinanzieren und über den Finanzausgleich nach § 66 SGB XI abrechnen, erhöht sich die Ungewissheit in der Liquiditätsplanung. Offen bleibt auch, ob die Mittel vom Bundesversicherungsamt gesondert zu verwalten sind, um die Zweckbindung zu dokumentieren. Für diesen Fall wäre zu klären, was mit den Umlagen geschieht, denen keine Ausgaben gegenüberstehen bzw. wie – da der Gesetzentwurf auch keine Obergrenze für Vergütungszuschläge enthält – im Falle einer höheren Inanspruchnahme mit Deckungslücken umgegangen wird.

Für die Aufgaben „Förderungen von Maßnahmen zur besseren Vereinbarung von Pflege, Familie und Beruf in Pflegeeinrichtungen (§ 8 Absatz 7 SGB XI i. d. Fassung des RefE) und „Förderung von Investitionen in Digitalisierung der Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenpflege“ (§ 8 Absatz 8 SGB XI i. d. Fassung des RefE) sieht der Entwurf eine Kompetenz des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zum Erlass von Richtlinien zur Regelung von Einzelheiten der Förderverfahren vor, eine Beteiligung des Bundesversicherungsamtes ist dagegen nicht vorgesehen.

Satz 1 der Begründung Zu Artikel 10 Nummer 2 (§ 8 Absatz 7, 4. Absatz auf S. 89 des RefE) ist zu entnehmen, dass die Prüfung der Anträge und die Auszahlung der Fördermittel durch die Landesverbände der Pflegekassen erfolgen sollen. Es fehlt aber an einer Regelung zur Weiterleitung der Mittel vom Ausgleichsfonds an die Auszahlungsstellen. Dies gilt auch für den Finanzierungsanteil der Privaten Pflege-Pflichtversicherung. Aufgrund der Vielzahl an antragsberechtigten Pflegeeinrichtungen, des hohen Förderbudgets und der überschaubaren Höchstbeträge je Antrag ist mit einer Vielzahl von Anträgen

zu rechnen. Zudem sind in den 16 Bundesländern unterschiedliche Ausgestaltungen des Verfahrens möglich. Es ist damit zu rechnen, dass für die Weiterleitung und Abrechnung der Fördermittel mit den Auszahlungsstellen ein nicht unerheblicher Verwaltungsaufwand im Bundesversicherungsamt. Die Begründung enthält hierzu keine Ausführungen.

Schließlich werden auch bei der Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen, die die Pflege-Pflichtversicherung durchführen, nach § 8 Absatz die Verantwortlichkeiten für die Berechnung und Erhebung der jeweiligen Beträge nicht näher geregelt.

Um den aufgezeigten Gesichtspunkten Rechnung zu tragen, wird vorgeschlagen, die Rolle des Bundesversicherungsamtes – als Verwalter des Ausgleichsfonds - klarzustellen und seine Aufgaben zur Finanzierung der Maßnahmen näher zu beschreiben. Konkret sollte dem § 8 SGB XI folgender Absatz 10 angefügt werden:

„(10) Näheres über das Verfahren zur Durchführung der Finanzierung der Maßnahmen nach den Absätzen 6 bis 8 aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sowie zur Feststellung und Erhebung der Beträge der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, nach Absatz 9 regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. sowie das Bundesversicherungsamt durch Vereinbarung.“

Für das Bundesversicherungsamt entsteht durch die in § 8 Absatz 5-9 (und den vorgeschlagenen Absatz 10) zusätzlicher Erfüllungsaufwand, der mangels näherer Beschreibung der Verfahren nicht beziffert werden kann.

Allgemein möchten wir noch auf folgende weitere Aspekte im Zusammenhang mit der genannten Vorschrift hinweisen: In dem neuen Absatz 5 Satz 1 ist konkret im Sinne der Gesetzesbestimmtheit § 113 Absatz 1b Satz 1 benannt, in Absatz 5 Satz 3 wird dagegen nur allgemein auf § 113 hinsichtlich der Vertragsparteien Bezug genommen. Es wird vorgeschlagen auch hier zur Klarstellung konkret auf § 113 Absatz 1 Satz 1 zu verweisen. Um klarzustellen, dass die Fördermittel zunächst unter den Bundesländern (unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen und der Zahl der pflegebedürftigen Personen aufzuteilen ist, und danach unter den Pflegeeinrichtungen, sollte der jetzige Satz 3 erst nach Satz 5 eingefügt werden. Dies entspricht dann auch der Reihenfolge in der Gesetzesbegründung zu Artikel 10 Nummer 2 § 8 Absatz 7, 4. und 5. Absatz auf S. 89 des RefE. Die Nummerierung sollte entsprechend angepasst werden. Da gemäß § 32 Absatz 2 Nummer 4 SGB X die Genehmigung ohnehin mit Auflagen verbunden

werden kann, sind die Regelungen in Absatz 7 5 Satz 10 und Absatz 6 Satz 7 redundant. Entsprechende Regelungen sind im Übrigen z.B. in § 17 Absatz 2 SGB XI oder § 53c Sätze 3f und 4 SGB XI nicht vorhanden. Es wird daher vorgeschlagen, die beiden genannten Sätze zu streichen.

5. Zu Artikel 10 Nummer 4 Buchstabe a (§ 37 Absatz 4 Sätze 3 und 4 neu)

Bei der Einfügung der neuen Sätze 3 und 4 wurde nicht dargestellt, dass sich die Nummerierung der bisherigen Sätze 3 und 4 ändert. Der entsprechende Hinweis auf die neue Nummerierung (z.B. „Die bisherigen Sätze 2 und 3 werden nun die Sätze 4 und 5“) sollte in den Gesetzestext aufgenommen werden.

In Absatz 2 der Begründung zu Artikel 10 Nummer 4 Buchstabe a (§ 37 Absatz 4 Sätze 3 und 4 neu) wird im letzten Satz u.a. ausgeführt, „die Pflegekasse kann dann auf den Betroffenen zugehen...“. Da dieses Zugehen aufgrund der verpflichtenden Ausgestaltung des neuen § 37 Absatz 4 Satz 4 SGB XI nicht in das Belieben der zuständigen Pflegekasse gestellt sein kann („Diese haben eine weitergehende Beratung anzubieten“), sollte „kann“ durch „hat“ und „zugehen“ durch „zuzugehen“ ersetzt werden. Außerdem wird nicht auf den Fall der nicht sichergestellten Pflege eingegangen. In einem derartigen Fall ist es besonders wichtig für die Pflegekasse zu handeln, zumal dann auch die Voraussetzungen für Pflegegeldzahlungen nach § 37 Absatz 1 Satz 2 SGB XI nicht mehr erfüllt sind. Hier müsste die Pflegekasse Kenntnis haben und zu einer Leistungsumstellung beraten. Daher sollte dieser Fall zumindest in der Gesetzesbegründung erwähnt werden oder - alternativ - eine Ausnahmeregelung in das Gesetz aufgenommen werden.

Allgemein ist anzumerken, dass die Begriffe „Einwilligung“ und „Einverständnis“ im SGB XI nebeneinander, aber als Synonym verwendet werden, so z.B. „Einwilligung“ in §§ 7, 7a SGB XI und „Einverständnis“ in §§ 18 und 106a SGB XI. Dies sollte vereinheitlicht werden.

6. Zu Artikel 10 Nummer 4 Buchstabe b (§ 37 Absatz 5 SGB XI)

Um noch mehr zu verdeutlichen, dass es sich um wesentliche Inhalte der Empfehlungen handelt, wird vorgeschlagen an Stelle „Die Empfehlungen enthalten Ausführungen wenigstens“ die Formulierung „In den Empfehlungen sind insbesondere (*alternativ: u.a.*) festzulegen:...“. Dies entspricht einer Formulierung in § 45c Absatz 7 Satz 2 SGB XI.

In der Begründung zu Artikel 10 Nummer 4 Buchstabe b (37 Absatz 5 SGB XI, S. 91 des RefE) sollte dementsprechend in Satz 4 das Wort „Ausführungen“ durch „Festlegungen“

ersetzt werden. Redaktionell sollte in Satz 5 „Dies kann“ durch „Diese können“ ersetzt werden.

7. Zu Artikel 10 Nummer 12 Buchstabe a (§ 56 SGB XI)

Hier wird auf die Ausführungen unter Ziffer 4 oben Zu Artikel 10 Nummer 1 (§ 1 SGB XI), insbesondere zur unterschiedlichen Auslegung des § 1 SGB XI („Einweisungsvorschrift“, „Programmsätze“) verwiesen und vorgeschlagen die Lebenspartner nicht zu streichen.

8. Zu Artikel 10 Nummer 15 (§ 106a SGB XI)

Die Vereinheitlichung wird begrüßt und auf den letzten Absatz zu Ziffer 4 oben hingewiesen. Auch § 18 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 2 SGB XI („Einverständnis“) sollte im Interesse der Vereinheitlichung noch angepasst werden.

9. Zu Artikel 10 Nummer 16 (§ 133 SGB XI)

In dem neuen Satz 3 wird die Übertragung der Rechtsvertretung für den Pflegevorsorgefonds auf das Bundesversicherungsamt geregelt sowie in Satz 4 der Gerichtsstand Bonn an Stelle des bisherigen Gerichtsstands Frankfurt am Main. .

Nach der Begründung Zu Artikel 10 Nummer 16 (§113 neu, S. 95 des RefE) ist es bei der Auslegung der bisherigen Regelung zu Unklarheiten bezüglich der Zuordnung der Rechtsvertretung des Pflegevorsorgefonds gekommen. Daher werde die Rechtsvertreter des Pflegevorsorgefonds konkret benannt. Das Bundesversicherungsamt sei aufgrund seiner fachlichen Nähe zur Anlagepolitik und seiner spezifischen Kompetenzen zur Marktbeobachtung zur Rechtsvertretung des Pflegevorsorgefonds besonders geeignet.

Aus Sicht des Bundesversicherungsamtes handelt es sich bei der Rechtsvertretung des Sondervermögens „Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung“ (Pflegevorsorgefonds) nach § 131 SGB XI um eine Verwaltungsaufgabe, die der Deutschen Bundesbank im Rahmen der Verwaltung und Mittel des genannten Vorsorgefonds nach § 134 Absatz 1 Satz 1 SGB XI obliegt.

Ein Anlass für eine Zuständigkeitsdiskussion ist nicht erkennbar.

Eine effektive Rechtsvertretung erscheint auch gar nicht möglich, da das Bundesversicherungsamt keinen Bezug zur Verwaltung und Anlage der Mittel des Pflegevorsorgefonds hat. Gemäß § 134 Absatz 2 Satz 1 SGB XI hat die Bundesbank die dem Sondervermögen zufließenden Mittel unter sinngemäßer Anwendung der Anlagerichtlinien für die Sondervermögen „Versorgungsrücklage des Bundes“, „Versorgungsfonds des Bundes“, „Versorgungsfonds der Bundesagentur für Arbeit“ und „Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung“

(Anlagerichtlinien Sondervermögen) zu marktüblichen Bedingungen anzulegen. Das BMG ist im Anlageausschuss nach § 5 der Anlagerichtlinien für die Sondervermögen vertreten.

Das Bundesversicherungsamt ist demgegenüber nicht in dem Anlageausschuss vertreten, der den Rahmen für die Mittelanlage vorgibt. Zudem verfügt der Pflegevorsorgefonds im Vergleich zum Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung über ein deutlich größeres Anlageportfolio, z.B. in Aktien und Aktienfonds(s. a. § 134 Absatz 2 Satz 2 SGB XI). Für den Ausgleichsfonds sind diese Aktienanlagen dagegen unzulässig. Insoweit verfügt das Bundesversicherungsamt - anders als in der Gesetzesbegründung dargestellt - auch über keine Kompetenzen in deren Marktbeobachtung. Im Konfliktfall müssten jedoch Schadensersatzansprüche geltend gemacht werden z.B. aufgrund verspäteter Ad-hoc-Mitteilungen von Unternehmen.

Die Begründung für die Übertragung der Rechtsvertretung für den Pflegevorsorgefonds auf das Bundesversicherungsamt trifft daher nicht zu. Das Bundesversicherungsamt verfügt weder über eine fachliche Nähe zur Anlagepolitik nach den Maßstäben der in § 134 Absatz 2 Satz 1 SGB XI genannten „Anlagerichtlinien Sondervermögen“ noch über entsprechende Kompetenzen in der Beobachtung von Aktienmärkten.

Die der Regelung zugrunde liegenden Annahmen sind definitiv falsch. Aus diesen Gründen schlägt das Bundesversicherungsamt vor, die bisherige Regelung in § 133 SGB XI beizubehalten und die Neuregelung zu streichen.

10. Zu Artikel 11 Nummer 4 Buchstabe b (§ 37 Absatz 3 Sätze 5 bis 7 SGB XI)

In der Begründung wird im ersten Absatz auf S. 97 in Satz 2 ausgeführt, dass „für diese Personen keine gesonderte Vergütungsregelung vorgesehen wird, da es sich in aller Regel um Mitarbeiter der Pflegekassen selbst handelt.“. Dies steht im Widerspruch zu § 37 Absatz 3 Satz 1, letzter Halbsatz SGB XI, wonach es sich nicht um eine bei der Pflegekasse beschäftigte Pflegefachkraft handeln darf. Viele Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sind aber gerade solche Pflegefachkräfte (mit der Zusatzqualifikation Pflegeberaterin oder Pflegeberater).

B) Weitere notwendige Änderungsvorschläge aus der Aufsicht und Prüfpraxis des Bundesversicherungsamtes

Nachdem in dem RefE bereits die Vorschriften der §§ 38a, 44 und 45b SGB XI geändert werden, wären wir dankbar, wenn zugleich unser bereits besprochener und auch schriftlich dargelegter Änderungsbedarf Berücksichtigung fände:

1. Zu § 38a SGB XI .

Die Gesetzesintention (Stärkung eigenverantwortlich organisierter Wohnformen) wurde nicht erreicht, vielmehr nutzen ambulante Pflegedienste und auch stationäre Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit der Wohngruppen als zusätzliche "Einkommensquelle". Die zwischenzeitlich von diesen Einrichtungen verwendeten Musterverträge entsprechen den gesetzlichen Vorgaben. Sie sind daher – auch bei erheblichen Zweifeln der Pflegekassen -, ob ggf. eine der teil- bzw. vollstationären Versorgung entsprechende Versorgungsform vorliegt, nicht angreifbar. Hinzu kommt, dass vielfach die von der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragte Präsenzkraft nicht in dem Maß für die Aufgaben vor Ort ist, wie dies gesetzlich intendiert ist. Um den Pflegekassen wenigstens eine sachgerechte Möglichkeit der Überprüfung zu geben und zugleich sicherzustellen, dass die Präsenzkraft tatsächlich täglich für eine bestimmte Zeit organisatorisch-verwaltende bzw. unterstützende Aufgaben bei der Haushaltsführung wahrnimmt, sollte eine bestimmte Anwesenheitszeit dieser Präsenzkraft in §38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB XI vorgegeben werden. Z.B. täglich mindestens eine Stunde.

Auch sollte in § 38a Absatz 1 Nummer 1 SGB XI oder Nummer 4 oder alternativ der Gesetzesbegründung klargestellt werden, dass Wohneinheiten mit eigener Küche und Bad keine gemeinsame Wohnung im Sinne einer ambulant betreuten Wohnung des § 38a SGB XI darstellen. Derzeit werden diese Kriterien nämlich je nach Bundesland und zuständiger Pflegekasse sehr unterschiedlich beurteilt, wie auch die TOP 20.1 „Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulanten Wohngruppen Wohngruppenschlag nach § 38a SGB XI; insbesondere Anforderungen an die Wohngruppen“ und TOP 20.2 „Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulanten Wohngruppen Wohngruppenschlag nach § 38a SGB XI; unterschiedliche Handhabung durch die Pflegekassen“. der 91. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vom 15. bis 16. November 2017 in Potsdam zeigten. Zu beiden TOPs konnte keine Einigung erzielt werden.

2. Zu § 44 SGB XI

Wie schon mehrfach vorgetragen, sollte in § 44 SGB XI für die Pflegekassen konkret eine regelmäßige Überprüfungsmöglichkeit mit einem Verweis auf die Mitwirkungspflichten der Pflegepersonen nach § 66 SGB I geregelt werden, so dass die Pflegekasse ihre Leistungen nach ggf. vergeblicher Erinnerung einstellen kann. Dies auch vor dem Hintergrund der Additionspflege und Mehrfachpflege sowie deutlich gestie-

gener Ausgaben für Rentenversicherungsbeiträge aufgrund der geringeren Anforderungen (nur 10 statt vorher 14 Stunden Betreuung/Pflege, die bspw. auch durch Spaziergänge, usw., abgedeckt werden können). Außerdem kommen die Pflegepersonen ihren Mitwirkungspflichten bei Änderung der Verhältnisse (z.B. Wohnortwechsel, Betreuungsaufwand unter 10 Stunden, weitere Pflegeperson) nicht immer nach. Die Pflegekassen haben jedoch derzeit keine Möglichkeit, in diesen Fällen die Beitragszahlung einzustellen und so eine Mitwirkung herbeizuführen. In Betracht kommt insbesondere eine Ergänzung in § 44 Absatz 1 als neue Sätze 8 und 9 SGB XI, mit beispielsweise folgender Formulierung: „Die Pflegekassen sollen die Voraussetzungen für die Beitragsentrichtung nach Satz 1 regelmäßig überprüfen. Hinsichtlich der Mitwirkungspflichten der Pflegepersonen wird auf § 66 SGB I verwiesen.“

3. Zu § 45b SGB XI

Derzeit gibt es nur sehr wenige oder gar keine nach Landesrecht zugelassene Angebote zur Unterstützung im Alltag, insbes. auch nicht für Kinder. Nach unseren Informationen gibt es auch kaum regionale Anbieter und aufgrund des allgemeinen Personalnotstandes ist nicht mit einer Verbesserung der Situation zu rechnen. So gibt es nicht nur in ländlichen Gegenden, sondern z.B. auch in Dortmund, zur Zeit nur ein entsprechendes Angebot. Nachbarschaftshilfe kann nur in 4 Bundesländern überhaupt anerkannt werden und die Voraussetzungen sind sehr unterschiedlich ausgestaltet (teilweise ist die Teilnahme an einem Pflegekurs für die Unterstützung bei der Haushaltsführung notwendig). Die Pflegekassen werden von den bei ihnen versicherten Personen immer wieder gebeten, private Haushaltshilfen oder Nachbarschaftshilfe - auch ohne landesrechtliche Anerkennung - zu finanzieren. Auch das Bundesversicherungsamt erhält zu dieser Thematik viele Eingaben. Für derartige Tätigkeiten (insbes. Kochen, Einkaufen, Putzen) sind nicht zwingend pflegespezifische Kenntnisse notwendig (auch in Pflegeheimen werden diese Tätigkeiten nicht durch entsprechend pflegerisch qualifiziertes Personal verrichtet). Außerdem bindet eine Zulassung erheblichen Ressourcenaufwand bei allen Beteiligten. Daher sollte u.a. - unter dem Aspekt des Bürokratieabbaus und der Gesetzesintention "Entlastung der Angehörigen, damit diese mehr Zeit für die eigentliche Pflege haben" - die Nachbarschaftshilfe und Haushaltsführung als Angebot in die Aufzählung in den Gesetzestext als § 45a Absatz 1 Nummer 5 SGB XI aufgenommen werden. Wie bei den anderen Entlastungsleistungen erfolgt dann die Kostenerstattung gegen Vorlage entsprechender, unterschriebener Belege. Dies bedeutet zugleich, dass die entsprechende Änderung

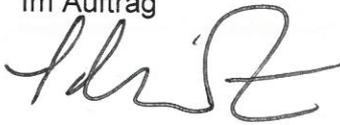
in § 45a Absatz 1 Satz 2 SGB XI z.B. als neue Nummer 4 nachvollzogen werden müsste und in Satz 3 nach „Die Angebote“ der Zusatz nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1-3“ eingefügt werden müsste.

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

Auf eine Teilnahme an der Anhörung wird verzichtet, da wir davon ausgehen, dass unsere Vorschläge ohnehin eingehend geprüft werden.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dr. Schmitz', written in a cursive style.

(Dr. Schmitz)