

BKK Dachverband
e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin

TEL (030) 2700403-
300
FAX (030) 2700400-
191
politik@bkk-dv.de
www.bkk-dachver-
band.de

STELLUNGNAHME
BKK DACHVERBAND E.V.

vom 05.08.2024

**zum Referentenentwurf eines Gesetzes
über die Einführung einer bundesein-
heit-lichen Pflegeassistentenausbildung
(Pflegeassistenteneinführungsgesetz –
PflAssEinfG)**

Inhalt

I. VORBEMERKUNG	3
II. DETAILKOMMENTIERUNG	4
Artikel 1: Gesetz über die bundeseinheitliche Pflegeassistentenausbildung	4
Ausbildungsziel (§ 4)	4
Dauer und Struktur der Ausbildung (§ 5)	5
Durchführung der praktischen Ausbildung (§ 6)	5
Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung (§ 10)	6
Anrechnung gleichwertiger Ausbildungen und Berufserfahrungen (§ 11)	6
Finanzierung (§ 24)	7
Gleichwertigkeit und Anerkennung von Ausbildungen (§ 25)	8
Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, Finanzierung; Verordnungsermächtigungen (§ 47)	8
Artikel 10: Inkrafttreten	9
III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF	10
Vergabe einer lebenslangen Beschäftigtennummer	10
§ 18c SGB XI Entscheidung über den Antrag, Fristen	10

I. VORBEMERKUNG

Der BKK Dachverband begrüßt ausdrücklich den vorliegenden Entwurf einer bundeseinheitlichen Pflegeassistentenausbildung und spricht sich für eine 18-monatige Ausbildung aus. Damit wird zum einen endlich ein bundesweit einheitliches Niveau der Assistentenausbildungen geschaffen. Zum anderen wird ein wichtiger Schritt in Richtung einer nationalen Bildungsarchitektur in der Pflege (siehe Projekt „[BAPID](#)“) gegangen. Dies fördert die Klarheit und Durchlässigkeit im Pflegebildungssystem.

Aus Sicht des BKK Dachverbands ist der vorliegende Referentenentwurf ein wichtiger Baustein, um die Versorgung für die Pflegebedürftigen zu sichern und die Attraktivität für die beruflich Pflegenden zu steigern. Es ist allerdings inakzeptabel, dass lediglich die Versichertengemeinschaft entweder direkt oder indirekt zu 90% der Finanzierungsaufwände der Pflegeassistentenausbildung herangezogen werden soll.

Zugleich müssen bestehende Abweichungsmöglichkeiten abgeschafft werden, um dem Ziel der bundesweiten Vereinheitlichung auch in der Praxis Rechnung zu tragen. So sollten Kompetenzfeststellungsverfahren ebenso vereinheitlicht werden und die Möglichkeit landesspezifischer Lehrpläne gestrichen werden. Der BKK DV begrüßt die länderübergreifende Anerkennung von Ausbildungen und fordert eine einheitliche Anerkennungspraxis.

Ein abgestimmter Ansatz der Qualifikationsniveaus zueinander und ihren jeweiligen Tätigkeitsprofilen ist erforderlich, um eine einheitliche Aufgabenzuordnung in der Pflege und einer klaren Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen zu gewährleisten. Um Missverständnisse und Unsicherheiten im Berufsalltag zu vermeiden, sollten zudem behandlungspflegerische Tätigkeiten definiert und verbindliche Einsatzzeiten festgelegt werden.

Bedenken haben wir auch hinsichtlich der Abweichungsmöglichkeiten von den Zugangsvoraussetzungen. Der Hauptschulabschluss sollte als fachliche Mindestanforderung festgelegt werden.

Einheitliche Ausbildungsstandards in der Pflegeassistenten zu schaffen, ist ein zentrales Ziel, um die Qualität der Ausbildung und Patientenversorgung zu sichern. Klare Definitionen von Tätigkeiten und verbindliche Regelungen sind entscheidend, um Unsicherheiten und weitere Unterschiede zwischen den Ländern zu vermeiden.

II. DETAILKOMMENTIERUNG

Artikel 1: Gesetz über die bundeseinheitliche Pflegeassistentenausbildung

Ausbildungsziel (§ 4)

In Absatz 3 Nr. 2 wird ausgeführt, dass durch die Ärztin oder den Arzt Tätigkeiten auf Pflegeassistenzpersonen übertragen werden können. Dies erscheint formaljuristisch unbedenklich. Verordnende Ärzte können jedoch aufgrund fehlender pflegerischer Expertise und Verantwortung für die Steuerung des Pflegeprozesses keine fundierten Entscheidungen bezüglich der Komplexität der Pflegesituation und damit verbundenen Binnendelegation zwischen Fach- und Assistentenkraft treffen.

Insofern rät der BKK Dachverband davon ab, mit der direkten ärztlichen Anordnung an Pflegeassistenzpersonen einen weiteren Delegationsweg aufzubauen. Dieser sieht im negativsten Falle keine Rückkopplung mit einer verantwortlichen Pflegefachperson vor. Deshalb ist § 4 Abs. 3 Nummer 2 zu streichen. Insbesondere vor dem Hintergrund der angekündigten Kompetenzerweiterungen für beruflich ausgebildete Pflegefachkräfte und der Schaffung des neuen Berufsbildes der Advanced Practice Nurse (APN) sollten Tätigkeitsprofile, Delegationswege und Abgrenzungsfragen gesamtheitlich definiert und abgegrenzt werden.

In der Gesetzesbegründung werden beispielhaft einige „behandlungspflegerische“ Tätigkeiten genannt, die auf Pflegeassistenzpersonen übertragen werden können. Diese sind aus Sicht des BKK Dachverbands zwingend in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung nach § 47 dieses Gesetzes (bundesweit einheitlich) eindeutig und abschließend zu konkretisieren (beispielhaft analog: [Anlage 1, Ziffer 4 der „Berliner Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Ausbildung zur Pflegefachassistentin oder zum Pflegefachassistenten“](#)). Es benötigt für die Praxis Klarheit bei allen Beteiligten (Pflegernde, Arbeitgeber, Kostenträger, Versicherte etc.).

Bei der Konkretisierung muss berücksichtigt werden, dass sich „behandlungspflegerische“ Tätigkeiten auf sehr unterschiedlichen fachlichen Niveaus bewegen. Es bedarf deshalb einer präzisen Prüfung, für welche Tätigkeiten mit der Assistenz Ausbildung tatsächlich die notwendigen Grundlagen geschaffen werden können. Da sich im individuellen Fall in vermeintlich einfach erscheinenden auch komplexe Pflegesituation verbergen können, die beispielsweise bei der Darreichungsformen von Medikamenten auch Berücksichtigung finden müssen.

Dauer und Struktur der Ausbildung (§ 5)

Hinsichtlich der Ausbildungsdauer empfehlen die Betriebskrankenkassen eine auf **18 Monate** angelegte Ausgestaltung der Pflegeassistentenausbildung. Zum einen stellt diese Zeitspanne einen Kompromiss bezüglich der aktuell in den Ländern existierenden Ausbildungszeiten von ein bis zwei Jahren dar. Andererseits ermöglicht dieser Zeitraum das Erreichen eines soliden Ausbildungsniveaus, um damit die in der Praxis notwendige und gewünschte Fachlichkeit zu entwickeln.

Verbindlich und bundeseinheitlich muss normiert werden, dass nach der 18-monatigen Assistentenausbildung ein Einstieg in das zweite Jahr der dreijährigen Ausbildung zur Pflegefachperson erfolgt. Mit Blick auf das Niveau und die curriculare Konstruktion handelt es sich zwar um unterschiedliche Ausbildungen, doch erscheint die Anrechnung der Pflegeassistentenausbildung als ein pragmatischer Weg, der sowohl fachlichen Aspekten als auch der notwendigen Durchlässigkeit Rechnung trägt.

In Absatz 2 wird für die Länder die Möglichkeit eingeräumt, einen verbindlichen (dann landesspezifischen) Lehrplan zu erlassen. Dies erscheint vor dem Hintergrund irritierend, da die Fachkommission nach § 53 PflBG einen (bundeseinheitlichen) Rahmenlehrplan bzw. Rahmenausbildungsplan gemäß § 44 dieses Gesetzes vorlegen wird, an dem sich die Schulcurricula direkt orientieren. Außerdem orientieren sich parallel in der Ausbildung nach § 2 Absatz 3 der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV) die Curricula der Schulen direkt am bundeseinheitlichen Rahmenlehrplan. Durch die landesspezifischen Lehrpläne wird das Anliegen des Gesetzes – eine bundeseinheitliche Pflegeassistentenausbildung zu schaffen – an dieser Stelle gefährdet.

Durchführung der praktischen Ausbildung (§ 6)

Im Gesetz werden die Pflichteinsätze der Ausbildung konkret geregelt. Vorsorglich weist der BKK Dachverband in diesem Zusammenhang darauf hin, dass in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung nach § 47 dieses Gesetzes die konkreten Einsatzzeiten verbindlich und nach fachlichen Kriterien zu definieren sind. Dies verhindert eine ausschließliche (zwar nachvollziehbare) und oft nicht sachgerechte Orientierung der Ausbildung vorwiegend an Trägerinteressen entlang.

Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung (§ 10)

Der BKK Dachverband sieht die in Absatz 2 angedachten Möglichkeiten zur Abweichung von den Zugangsvoraussetzungen (auch in Abweichung zum PflBG) hochkritisch. So kann davon ausgegangen werden, dass die Operationalisierung der „sachlich begründeten positiven Prognose“ der Pflegeschule höchst unterschiedlich und mitunter auch interessensgeleitet erfolgt. Auch die Schulträger stehen unter ökonomischen Zwängen und sind darauf angewiesen, alle Ausbildungsplätze zu besetzen. Der interessensgeleiteten Entscheidungsbefugnis der Pflegeschulen wird auch nicht präventiv begegnet durch die in diesem Zusammenhang zu erstellen und zudem als nicht verbindlich geltenden Empfehlungen des Bundesinstitutes für Berufsbildung (BiBB) nach § 45 Absatz 2 dieses Gesetzes.

Bei allem nachvollziehbaren Druck bzgl. der Steigerung der Ausbildungszahlen ist ein Mindestmaß an allgemeiner Bildung Voraussetzung für einen Berufseinstieg im sozialen Bereich. Die Pflegeassistenz ist insofern nicht mit anderen Berufen vergleichbar (bspw. Fachlagerist:in, Fachkraft für Gastronomie oder Einzelhandel), die nicht zwingend einen Schulabschluss erfordern. In pflegerischen Kontexten werden oft hochvulnerable Menschen in existentiell krisenhaften Lebenssituationen betreut, was durchaus ein besonderes Augenmerk bzgl. der persönlichen und fachlichen Eignung und einer erweiterten Selbstreflexion erfordert. Insofern ist der Hauptschulabschluss als eine Mindestanforderung bzw. -schwelle anzusehen, die in jedem Fall und unter allen Umständen beibehalten werden sollte. Darüber hinaus sieht das Gesetz schon vor, dass auch Ausbildungen und Berufserfahrungen gemäß § 11, 25 dieses Gesetzes und bzgl. Eignungsprüfung, Anpassungslehrgang, Kenntnisprüfung gemäß § 26, 27 dieses Gesetzes anerkannt werden. Somit werden bereits viele niedrighschwellige Einstiege in die Pflege ermöglicht durch eine hohe Durchlässigkeit und maximale Berücksichtigung von Erfahrungszeiten und Vorqualifikationen.

Anrechnung gleichwertiger Ausbildungen und Berufserfahrungen (§ 11)

Um die Zielsetzung einer bundeseinheitlichen Ausbildung auch im Hinblick auf die Verfahren zur Kompetenzfeststellung umzusetzen, ist es dringend notwendig, dass die Empfehlungen der Fachkommission zum Kompetenzfeststellungsverfahren (vgl. Begründung zu Absatz 1 Nr. 3) für die Länder verbindlich handlungsleitend sind. Ansonsten besteht wiederum die Gefahr unterschiedlicher Niveaus und eines „Flickenteppichs“, der ja durch die bundeseinheitliche Ausbildung gerade überwunden werden soll.

Finanzierung (§ 24)

Der BKK Dachverband begrüßt nach wie vor ausdrücklich das Anliegen des Gesetzgebers nach einer bundeseinheitlichen Pflegeassistentenausbildung.

Es ist allerdings inakzeptabel, dass lediglich die Versicherungsgemeinschaft entweder direkt oder indirekt zur Finanzierung der Pflegeassistentenausbildung herangezogen werden soll. Gleichzeitig ziehen sich die Länder zu einem beachtlichen Teil aus bis dato bestehenden Finanzierungsverantwortungen zurück. Mit Finanzierungsanteilen von nunmehr 8,9 Prozent (voraussichtlich 40,3 Mio. Euro) am Ausbildungsfonds erhalten sie eine deutliche Entlastung (vgl. Haushaltsausgabenprognose im Gesetzentwurf). In der pflegerischen Versorgung ist allgemein zu beobachten, wie die Länder – zu Ungunsten der Versicherungsgemeinschaft – mehr und mehr entlastet werden.

Insofern bleiben, wie beim Pflegeberufegesetz (letztmalig geändert durch die Pflegeberufes-Ausbildungsfinanzierungsverordnung im Rahmen des Pflegestudiumsstärkungsgesetzes), letztendlich ca. 90 % des Finanzierungsaufwands bei der beitragszahlenden Versicherungsgemeinschaft „hängen“. Dies sind jährlich:

- 219 Mio. Euro durch die GKV (entspricht dem Finanzierungsanteil der GKV, am Anteil der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser)
- 16,2 Mio. Euro Direktbeitrag durch die Pflegeversicherung
- 8 Mio. Euro durch die Eigenanteilsbegrenzung nach § 43c SGB XI, ebenfalls aus der Pflegeversicherung,
- 136,2 Mio. Euro Finanzierungsanteil der zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen (auch refinanziert über die zu zahlenden Eigenanteile der Pflegebedürftigen).

Angesichts der aktuell angespannten finanziellen Lage der sozialen Pflegeversicherung – welche das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) veranlasste, die Ausgabendeckungsquote des Betriebsmittel-Solls für alle Pflegekassen abzusenken, um die Liquidität im Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zu gewährleisten – sind weitere ausgabensteigernde Maßnahmen als höchst kritisch zu bewerten. Weiterhin wird die zusätzliche Belastung der Pflegebedürftigen mit den Kosten der Ausbildung ebenso kritisch gesehen. Der vorliegende Gesetzesentwurf blendet all diese Entwicklungen konsequent aus und regelt nichts, um die derzeitige finanzielle Schieflage zu beheben – im Gegenteil.

An dieser Stelle möchte der BKK Dachverband seine Forderung nach einer regelhaften Zuschussung der sozialen Pflegeversicherung (SPV) aus Steuermitteln bekräftigen. In einem ersten Schritt sind zwingend die versicherungsfremden Leistungen, die die SPV derzeit finanziell trägt, aus Steuermitteln zu refinanzieren. Dies wurde im Koalitionsvertrag verankert. Neben den Rentenversicherungsbeiträgen für pflegende Angehörige und den Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung umfasst dies auch die Kosten der beruflichen Pflegeausbildung.

Gleichwertigkeit und Anerkennung von Ausbildungen (§ 25)

Der BKK Dachverband begrüßt ausdrücklich die in Absatz 5 eingeräumte Möglichkeit, dass die Anerkennung von Ausbildungen länderübergreifend wahrgenommen werden kann. Die angestrebten bundeseinheitlichen Standards können jedoch nur durch eine – seitens der Länder getragene – Einrichtung auf Bundesebene realisiert werden. Hier regen wir eine verbindlichere Formulierung an.

Auch in Bezug auf eine bundesweit einheitliche Anerkennungspraxis muss die Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe eine bundeseinheitliche Anerkennungspraxis sicherstellen und nicht die für die Prüfung der Gleichwertigkeit und Anerkennung zuständige Landesbehörde (die letztlich wieder im Sinne eines föderalen „Flickenteppichs“ wirken werden, vgl. Absatz 3).

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, Finanzierung; Verordnungsermächtigungen (§ 47)

In Absatz 1 sollen – entsprechend der Gesetzesbegründung – auch die Anforderungen an die Urkunde für die Erlaubnis nach § 1 dieses Gesetzes geregelt werden.

Aus Sicht des BKK Dachverbands sind die Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten zwingen in das Beschäftigtenverzeichnis n. § 293 Abs. 8 SGB V zu integrieren. Denn sie sind insb. auch bei der Leistungserbringung in der ambulanten Pflege bzw. der häuslichen Krankenpflege (HKP) tätig und können auf Assistenzniveau qualifikationsbezogen bestimmte Leistungen der HKP erbringen, die entsprechend durch die Leistungserbringer bei den Kassen abgerechnet werden. Voraussetzung hierfür ist eine Hinterlegung im Beschäftigtenverzeichnis.

Vor diesem Hintergrund regen wir einen pragmatischen Weg an, der vorhandene Strukturen nutzt. So würden die zuständigen Stellen in den Ländern in Zusammenarbeit mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eine lebenslange Beschäftigtennummer

vergeben und diese wäre direkt auf der Erlaubnisurkunde zu hinterlegen. So kann die Beschäftigtennummer unkompliziert und unbürokratisch vergeben und auch über die zuständigen Stellen in den Ländern (interessensneutral) hinsichtlich der Qualifikation verifiziert werden.

Artikel 10: Inkrafttreten

Vor dem Hintergrund des in Gesetz und Begründung mehrfach ausgeführten Handlungsdrucks erscheint das Datum des Inkrafttretens mit dem 01.01.2027 (bzw. z.T. 01.01.2026) für eine 12 bzw. 18-Monate lange Hilfs-/Assistenzausbildung (auch eingedenk der notwendigen Vorbereitungen) sehr spät.

III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF

Vergabe einer lebenslangen Beschäftigtennummer

Aus Sicht des BKK Dachverbands ist die Berücksichtigung der Pflegeassistentenpersonen in das bestehende Beschäftigtenverzeichnis in Anlehnung an § 42 PflBG bereits mit Beginn der Ausbildung vorzusehen. Das Potential des Beschäftigtenverzeichnisses nach § 293 Abs. 8 SGB V kann nur dann entfaltet werden, wenn alle Pflegenden eine Registrierung erhalten. Der BKK Dachverband regt an, mit Ausbildungsbeginn eine lebenslange Beschäftigtennummer zu vergeben. So kann sichergestellt werden, dass für die erbrachten Dienstleistungen den Kostenträgern auch die dahinterliegende Qualifikation transparent ist und es zu weniger Missverständnissen kommt. Generell sind der Ausbildungsbeginn und der Abschluss sowie die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung (§ 2) vom Ausbildungsträger zu hinterlegen. Zusätzlich sollten die Rücknahme, der Widerruf und das Ruhen der Erlaubnis (§ 3) gemeldet werden.

Damit würde sich das Beschäftigtenverzeichnis zu einem umfassenden Pflegeberuferegister entwickeln. Die lebenslange Beschäftigtennummer würde bereits in der Ausbildung unkompliziert und unbürokratisch vergeben und erlangte Qualifikationen (verifiziert) bei der Verzeichnissstelle (BfArM) hinterlegt werden können.

§ 18c SGB XI Entscheidung über den Antrag, Fristen

BEABSICHTIGTE NEUREGELUNG

Das Gesetz regelt bisher, dass die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder der verkürzten Fristen (nach § 18a Absatz 5 und 6 SGB XI) erteilt. Wird die Frist nicht eingehalten und hat die Pflegekasse die Verzögerung zu vertreten, dann wird für jede begonnene Woche nach der 25-Arbeitstage-Frist eine Strafzahlung in Höhe von 70 Euro fällig, die dem Antragsteller zu zahlen ist.

Der BKK DV bittet um eine Klärung zur Verwaltungspraxis bei Strafzahlungen. Kassenartenübergreifender Verfahrensstand ist, dass erst nach Beendigung des Verwaltungsverfahrens der Pflegebegutachtung die Strafzahlung ausgelöst wird.

BEGRÜNDUNG

Ob die Pflegekasse die Fristüberschreitung nach § 18c Absatz 1 Satz 1 SGB XI zu vertreten hat, lässt sich in der Regel erst nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens rechtssicher anhand des dann vollständig vorliegenden Gutachtens bspw. des Medizinischen Dienstes feststellen. Dem entnommen werden kann, ob und wenn ja, welche Verzögerungen im Laufe des Begutachtungsverfahrens eingetreten sind. Zudem ist es elementar festzustellen, durch wen die Verzögerung zustande gekommen ist, da nur bei Verschulden der Pflegekasse die Strafzahlung fällig wird.

Mit einer jeweils wöchentlichen Auszahlung der Zusatzzahlung bereits ab Fristablauf würden seit Jahren gut funktionierende und automatisierte Prozesse nicht mehr möglich sein. Ein immer stärker digitalisiertes Ablaufverfahren müsste zurück auf eine personalintensive manuelle Einzelfallsteuerung geführt werden, da bei jedem Antragsverfahren eine eigene Fristenverwaltung und Wiedervorlage erfolgen würde. Weiterhin müssten schon gegen Ende des Fristenverlaufs Sachstandanfragen beim Medizinischen Dienst erfolgen und nach Fristablauf sogar wöchentlich. Damit einhergehen müssten wöchentlich auszulösende Zahlungen. Da auch immer neu hinzukommende oder sich verändernde Verzögerungsgründe auftreten, sind mehrmalige (Nach-)Berechnungen im Einzelfall notwendig. Bereits ausgelöste Auszahlungen müssen nachträglich zurückgefordert werden, da bspw. gar keine Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde oder doch festgestellt wird, dass der Verzögerungsgrund in der Person des Antragsstellers begründet liegt. Kommt es gar zu Rückforderungen, ist mit Mahnverfahren und Klagen zu rechnen. Sollten Rückforderungen mehrheitlich ins Leere laufen, z. B. aufgrund geltend gemachter Vertrauensschutzgründe oder erfolgloser Mahnverfahren, könnte dies im hohen Maße – unabhängig vom ökonomisch ohnehin nicht zu vertretenden Verwaltungsaufwand - den Haushalt der jeweiligen Kranken-/Pflegekasse mit bis zu mehreren Millionen Euro jährlich belasten.

Es darf nicht außer Acht gelassen werden, dass allein im Jahr 2023 bei rund 662.800 Anträgen eine Fristüberschreitung zu verzeichnen war, und bei etwa 75 Prozent war dies nicht von den Pflegekassen zu vertreten. In der Retrospektive zeigt sich also, dass es in der Mehrzahl der Fälle zu einer Rückforderung bei den antragsstellenden Personen kommen wird. Gerade in Fällen, in denen vulnerable Personen bereits mit der Organisation des Pflegealltags und der neuen herausfordernden Situation konfrontiert sind, würde zusätzlich ein für sie erstmals unverständliches Rückforderungsverfahren mit Anhörung, Rückforderungsbescheid, ggf. Mahnverfahren anlaufen. Dies belastet auch erheblich das Vertrauensverhältnis zwischen Pflegekassen und Versicherten, das die Pflegekassen sich jeden Tag neu erarbeiten. Die negative öffentliche Berichterstattung ist ebenso vorhersehbar.

Das vom Gesetzgeber intendierte schnelle Antrags- und Bewilligungsverfahren gerät mit einer wöchentlich auszuzahlenden Strafzahlung in Gefahr – auch aufgrund der personellen Kapazitäten bei den Pflegekassen wie auch bei den Medizinischen Diensten, die durch erweiterte Auskunftsverfahren

gegenüber den Pflegekassen mit erheblichem Mehraufwand rechnen müssten. Die wöchentlich auszahlende Strafzahlung würde dem Vorhaben des Bundesgesundheitsministeriums zum Abbau von Bürokratie entgegenstehen und konterkariert das im Eckpunktepapier vom 30.09.2023 unter Punkt 52 gesetzte Vorhaben der beschleunigten Kommunikation bei Pflege-Begutachtungen. Eine Mehrbelastung würde auf Seiten der antragstellenden Personen, der Pflegekassen und Medizinischen Dienste sowie im Falle von Rückforderungen, Widersprüchen und Gerichtsverfahren auch auf die Gerichtsbarkeit entfallen.

Gemeinsam ist das Ziel der antragstellenden Personen zeitnah den Bescheid der Pflegekasse und damit Regelungssicherheit für die weitere Planung der pflegerischen Versorgung zu geben. Der Sanktionscharakter der Strafzahlung bleibt für die Pflegekasse gleich – ob nun wöchentlich oder nach Bescheiderteilung die Auszahlung ausgelöst wird. Die Kosten für die pauschale Zusatzzahlung sind ohnehin aus den Verwaltungskosten zu tragen (§ 46 Abs. 3 Satz 1 SGB XI). Eine solche Zahlung zu vermeiden, ist für die jeweilige Pflegekasse wesentlicher Anreiz, Bescheide fristgerecht zu erteilen.

FORMULIERUNGSVORSCHLAG

Damit es zukünftig zu keiner weiteren Rechtsunsicherheit bei der Auslegung der Strafzahlungen kommt, ist in § 18c Absatz 5 Satz 1 festzulegen, dass die Pflegekasse die Zahlung nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens der Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu zahlen hat. Daher ist in Absatz 5 Satz 1 das Wort „*Fristablauf*“ zu streichen und durch die Wörter „*Abschluss des Verwaltungsverfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit*“ zu ersetzen.

In Absatz 5 soll zudem eine Klarstellung erfolgen, dass ein länger andauerndes Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nicht der Pflegekasse anzulasten ist, wenn die Verzögerung von der antragsstellenden Person verursacht wurde (z. B. Terminabsage oder Abwesenheit trotz Terminabsprache durch die antragstellende Person). Vielmehr verlängern diese Zeiten, die zuvor für den jeweiligen Tatbestand eingetretene Hemmung der 17-Arbeitstage-Frist.

BEABSICHTIGTE NEUREGELUNG

Darüber hinaus fehlt es in §§ 18 ff. SGB XI (im Unterschied zu einer vergleichbaren Regelung in § 13 Absatz 3a SGB V) grundsätzlich an einer Regelung, welche Frist der Gesetzgeber für das Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit als angemessen erachtet. Insbesondere ist in § 18c Abs. 5 SGB XI nicht abschließend geregelt, welche Fristen für den Medizinischen Dienst für eine neue Begutachtung im Anschluss an eine Hemmung der Frist infolge eines Verzögerungsgrundes, der durch die antragstellende Person ausgelöst wird, gelten; bzw. wie nach dem Zweck der Regelung eine entsprechend schnelle Bearbeitung bzw. Begutachtung innerhalb der engen Fristen des § 18c Absatz 1 SGB XI sicherzustellen ist.

BEGRÜNDUNG

Wie bereits beschrieben, liegt die Ursache der Fristüberschreitung zu 75 Prozent bei den antragstellenden Personen (bspw. kurzfristige Terminabsage durch die antragstellende Person) und ist somit nicht der Pflegekasse, noch dem MD anzulasten. Die dadurch eingetretene Hemmung der Frist verlängert also den Fristenzeitraum. Anderenfalls würden die Pflegekassen mit Kosten durch die gemäß § 18c Absatz 5 SGB XI für jede Woche der Fristüberschreitung anfallende Verzögerungsgebühr belastet werden, deren Ursache weder sie selbst noch die MD zu vertreten haben.

Die Ressourcen eines MD erlauben grundsätzlich aber keine Adhoc-Begutachtungen, z. B. am gleichen Tage oder kurze Zeit nach einer zuvor geplanten, aber von der versicherten Person abgesagten Begutachtung. Die Terminplanung für die Touren steht im Voraus fest und kann nicht flexibel zu Ungunsten weiterer Dritter abgeändert werden. Unabhängig davon – so zeigen die Erfahrungen der MD – überfordern die Adhoc-Begutachtungen die zu begutachtenden Personen und sind demzufolge nicht in deren Interesse. In der Regel wird beispielsweise nach einer kurzfristigen Terminabsage der zu begutachtenden Person von den MD ein neuer Termin vergeben, der sich in die (Touren-)Planungen des jeweiligen MD einfügt. Nach der aktuell vorliegenden Statistik des MD Bund über die Auftrags- und Begutachtungsentwicklung in der Pflege vom Mai 2024 werden fristgebundene Begutachtungsaufträge im Bundesdurchschnitt innerhalb von 16,9 Arbeitstagen von den MD erledigt.

Um die Regelungslücke in § 18c Absatz 5 SGB XI zu schließen, wurde im Gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 14.11.2023 eine Frist von 17 Arbeitstagen zur Begutachtung durch Übertragung der Frist aus § 18 Abs. 3 SGB XI vorgenommen. Wie § 18c Abs. 1 und 5 SGB XI enthält auch § 18 Abs. 3 SGB XI eine Regelung, die auf eine beschleunigte Bearbeitung von Anträgen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit abzielt. Es ist davon auszugehen, dass die dort rechnerisch zu er-

mittelnde Begutachtungsdauer von 17 Arbeitstagen dem gesetzgeberischen Ziel einer schnellen Bearbeitung Rechnung trägt. Das heißt, dass eine solche Dauer vom Gesetzgeber als angemessen und nicht als zögerlich angesehen wird. Die Frist von 17 Arbeitstagen bietet den Medizinischen Diensten und anderen unabhängigen Gutachterdiensten zudem Orientierung, innerhalb welcher Frist nach dem Ende eines Hemmungstatbestandes die Erledigung eines Begutachtungsauftrages spätestens erwartet wird.

FORMULIERUNGSVORSCHLAG

In § 18c Absatz 5 sind die Sätze 4 und 5 zu ersetzen durch die Formulierung *„Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, ist der Lauf der Frist nach Satz 1 bis zur Beendigung der Verzögerung und soweit danach eine erneute Terminierung der Begutachtung erforderlich ist, für weitere 17 Arbeitstage nach Kenntnis über den Wegfall der Verzögerung gehemmt. Danach läuft die Frist weiter.“*