Bundesrat **Drucksache** **2/25**

03.01.25

G - AIS - FS - K - Wi

Gesetzentwurf
der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz

A. Problem und Ziel

Die Herausforderungen der Akut- und Langzeitpflege in den nächsten Dekaden sind im demografischen Wandel begründet: Ende des Jahres 2023 lag die Zahl der Menschen mit Pflegebedarf im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) insgesamt bei rund 5,6 Millionen. Die Pflegeprävalenz dürfte auch in den nächsten Jahren voraussichtlich weiter über dem demografiebedingt erwarteten Niveau liegen. Laut den Ergebnissen der Pflegevorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (Destatis 2023) ist zu erwarten, dass die Zahl der pflegebedürftigen Menschen bis zum Jahr 2030 auf etwa 6,1 Millionen und bis zum Jahr 2050 auf etwa 7,5 Millionen anwachsen wird. Auch die Zahl der Patientinnen und Patienten in der Primär- und Krankenhausversorgung steigt stetig an. Dies führt zu einer perspektivisch weiter steigenden Nachfrage nach Pflegeleistungen in allen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen und -diensten vor Ort.

Gleichzeitig wächst der Bedarf sowohl an Pflegefachpersonen und an Pflegeassistenzpersonen als auch an Pflegehilfskräften, um der wachsenden Nachfrage nach Pflegeleistungen entsprechen zu können. Prognosen zur zukünftigen Entwicklung der Zahl der Pflegekräfte kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen, gehen jedoch auch alle in Folge des demografischen Wandels von künftigen Engpässen aus. So hat das Bundesinstitut für Berufsbildung unlängst (2024) einen Bedarf von 150 000 zusätzlichen Pflegekräften im Jahr 2040 prognostiziert. Um dem Rechnung zu tragen, gilt es, die Attraktivität des Pflegeberufs weiter zu stärken. Die Bundesregierung hat bereits zentrale und wirksame Maßnahmen getroffen: eine Entlohnung auf Tariflohnniveau in der Langzeitpflege, das auf eine kompetenzorientierte Zuordnung der Aufgaben zu Qualifikationen ausgerichtete Personalbemessungsverfahren für vollstationäre Pflegeeinrichtungen und die Umsetzung der Pflegepersonal-Regelung (PPR 2.0) im Krankenhausbereich sowie Maßnahmen zur Förderung der Digitalisierung in der Pflege und zur Förderung der Vereinbarkeit von familiärer Pflege, Familie und Beruf für Pflege- und Betreuungskräfte. Hierauf aufbauend sollen die fachlichen Potenziale von Pflegefachpersonen durch Erweiterung des Leistungsspektrums gehoben werden, um die Kompetenzen von Pflegefachpersonen stärker zu würdigen, die Versorgung weiter zu verbessern und die pflegerische Versorgung langfristig sicherzustellen. Zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ist eine sektoren- und professionenübergreifende, die Potentiale der Digitalisierung und der Telematikinfrastruktur nutzende Zusammenarbeit ebenso unerlässlich wie der Zugang zu innovativen Versorgungsstrukturen und die Hebung von weiterem Pflegepotenzial vor Ort.

Fristablauf: 14.02.25

Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln
Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.bundesanzeiger-verlag.de
ISSN 0720-2946

Der demografische Wandel geht allerdings nicht nur mit einer steigenden Zahl von Patientinnen und Patienten sowie pflegebedürftigen Menschen einher, sondern setzt angesichts des zu erwartenden Rückgangs des Erwerbspersonenpotenzials auch die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung unter Druck. Gleichzeitig sind mit dem wachsenden Bedarf an Pflegeleistungen auch steigende Ausgaben der Pflegeversicherung verbunden. Ohne den Überlegungen, die die Bundesregierung im Hinblick auf eine stabile und dauerhafte Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung anstellt, vorzugreifen, sollen daher auch wichtige Schritte unternommen werden, um die pflegerischen Versorgungsstrukturen zu optimieren, Effizienzpotenziale zu heben, weitere Maßnahmen zur Entbürokratisierung und zur Vereinfachung des geltendes Rechts einzuleiten und das Thema Prävention vor und in der Pflege stärker in den Fokus zu rücken, um so die Pflege auch künftig sicherstellen und den Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen dämpfen zu können.

B. Lösung

Vor diesem Hintergrund verfolgt der Gesetzentwurf folgende Ziele:

Zum einen sollen die Rahmenbedingungen für die professionell Pflegenden dahingehend verbessert werden, dass die an der Pflege beteiligten Akteure ihren gesetzlichen Auftrag einer leistungsfähigen, regional gegliederten, ortsnahen und aufeinander abgestimmten pflegerischen Versorgung der Bevölkerung noch besser erfüllen können. Der Pflegeberuf ist ein Heilberuf mit eigenen beruflichen Kompetenzen, der bei einer entsprechenden Gestaltung der Rahmenbedingungen und Entwicklungsmöglichkeiten für Menschen mit unterschiedlichen schulischen Abschlüssen und beruflichen Hintergründen sehr attraktiv ist. Die vielfältigen Kompetenzen von Pflegefachpersonen sollen daher für die Versorgung stärker als bislang genutzt werden. Pflegefachpersonen sollen künftig neben Ärztinnen und Ärzten eigenverantwortlich weitergehende Leistungen als bisher und insbesondere – abgestuft nach der jeweils vorhandenen Qualifikation – bestimmte, bisher Ärztinnen und Ärzten vorbehaltene Leistungen in der Versorgung erbringen können. Dies soll insgesamt zu einer Verbesserung der Versorgung, zum Beispiel beim Management chronischer Erkrankungen, auch an den Übergängen und im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung führen, aber auch dazu beitragen, die Versorgung in der Fläche auch zukünftig sicherstellen zu können. Diese Maßnahmen werden sowohl Pflegefachpersonen selbst als auch Ärztinnen und Ärzte entlasten. Die Aufgaben von Pflegefachpersonen in der Versorgung sollen in einem Projekt parallel differenziert beschrieben werden (sog. Muster-Scope of Practice); diese Beschreibung soll Grundlage von weiteren Entwicklungsschritten hinsichtlich der leistungsrechtlichen Befugnisse von Pflegefachpersonen werden. Die Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene werden systematisch an den sie betreffenden gesetzlichen Aufgaben des SGB V und SGB XI beteiligt; insbesondere bei der Entwicklung des Muster-Scope of Practice für Pflegefachpersonen kommt ihnen eine maßgebliche Rolle zu.

Die Stärkung der Pflegefachpersonen und ihrer Befugnisse in der Versorgung ist auch ein wichtiges Ziel, um den Beruf noch attraktiver zu machen und damit gegen den in der Pflege festzustellenden Fachkräfteengpass anzugehen. Daneben kann aber auch in den nächsten Jahren und Jahrzehnten nicht auf die wichtigste Unterstützung in der Langzeitpflege verzichtet werden: die pflegenden An- und Zugehörigen. Mit den Regelungen dieses Gesetzes wird daher auch das Ziel verfolgt, die Pflegestrukturen und niedrigschwelligen Angebote vor Ort zu stärken und mehr Anreize für innovative Versorgungsformen im Quartier zu setzen. Hierzu sollen strukturelle Verbesserungen vorgenommen und unter anderem das SGB XI um Regelungen zur pflegerischen Versorgung in innovativen und quartiernahen Wohnformen ergänzt werden. Die damit zu erwartenden Steuerungseffekte sollen unterstützt werden, indem das Recht im Bereich der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote vor Ort weiterentwickelt, flexibilisiert und entbürokratisiert

wird. Weiterhin sollen die Kommunen in ihrer Rolle und Verantwortung im Hinblick auf eine bedarfsgerechte und regional abgestimmte Versorgung pflegebedürftiger Menschen gestärkt und die Zusammenarbeit von Pflegekassen und Kommunen mit Blick auf die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung verbessert werden. Da erfolgreiche Prävention einen großen Einfluss auf die weitere Entwicklung der Zahl älterer Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftigen hat, sollen mit dem vorliegenden Entwurf zudem wichtige Schritte in Richtung einer präventiven Ausrichtung des Versorgungssystems vorgenommen werden.

Mit Blick auf das Angebot der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sollen zudem Vereinbarungsprozesse im Vertrags- und Vergütungsgeschehen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern optimiert und an die gegenwärtigen und zukünftigen Herausforderungen angepasst werden. Mit den gesetzlichen Grundlagen für zügigere und pragmatische Verhandlungsergebnisse zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern soll auch ein Beitrag zur Liquiditätssicherung und besseren Planbarkeit für die Einrichtungen geleistet werden.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Gemeinden

Für die Träger der Beihilfe ergeben sich aus den Leistungsanpassungen insgesamt mittelfristig Minderausgaben in Höhe von rund 5,8 Millionen Euro jährlich.

2. Soziale Pflegeversicherung

Für die soziale Pflegeversicherung ergeben sich aus den Änderungen bei den Vorschriften zum Ruhen der Leistungen, zu den Angeboten zur Unterstützung im Alltag, zur Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts sowie der Selbsthilfe, zu den Ansprüchen auf Umwandlung des ambulanten und des teilstationären Sachleistungsbetrags sowie zu neuen gemeinschaftlichen Wohnformen mittelfristig insgesamt Minderausgaben von rund 165 Millionen Euro jährlich.

3. Gesetzliche Krankenversicherung

Für die gesetzliche Krankenversicherung ergeben sich aus den Vorschriften keine Mehr- oder Minderausgaben.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Der jährliche Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger beträgt etwa 49 000 Euro. Demgegenüber entstehen jährliche Entlastungen in Höhe von rund 365 000 Stunden. Dazu kommen durch mehrere Regelungen zusätzliche Entlastungswirkungen, die aktuell noch nicht beziffert werden können.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Der Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft beträgt jährlich etwa 221 000 Euro, der einmalige Erfüllungsaufwand etwa 161 000 Euro. Dem stehen jährliche Entlastungen in Höhe

von etwa 67,3 Millionen Euro gegenüber, sodass knapp 67,1 Millionen Euro als Entlastung im Sinne der „One in, One out“-Regel zu berücksichtigen sind.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Von den oben genannten Einsparungen des jährlichen Erfüllungsaufwands der Wirtschaft gehen ungefähr 42,8 Millionen Euro auf Einsparungen bei Bürokratiekosten durch vereinfachte oder wegfallende Informationspflichten zurück.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

a) Bund

Für den Bund entsteht voraussichtlich zusätzlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 74 000 Euro pro Jahr sowie geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand. Die Beihilfefestsetzungsstellen des Bundes werden jährlich um rund 356 000 Euro entlastet.

b) Länder und Kommunen

Die Beihilfefestsetzungsstellen der Länder werden jährlich um rund 535 000 Euro entlastet. Den Kommunalen Spitzenverbänden entsteht geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von ca. 3 600 Euro.

c) Sozialversicherung

Der jährliche Erfüllungsaufwand für die Sozialversicherung beträgt etwa 2,6 Millionen Euro, der einmalige Erfüllungsaufwand etwa 0,23 Millionen Euro. Dem stehen zu erwartende jährliche Entlastungen in Höhe von rund 31,6 Millionen Euro gegenüber.

F. Weitere Kosten

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen von rund sieben Prozent respektive zehn Prozent bei einigen Regelungen unter Berücksichtigung des Anteils der Beihilfeberechtigten aus den Regelungen mittelfristig Minderausgaben von rund 5,8 Millionen Euro jährlich.

Auswirkungen auf Löhne und Preise, insbesondere aber auf das Verbraucherpreisniveau, ergeben sich nicht.

Bundesrat **Drucksache** **2/25**

03.01.25

G - AIS - FS - K - Wi

Gesetzentwurf
der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler

Berlin, 3. Januar 2025

An die
Präsidentin des Bundesrates
Frau Ministerpräsidentin
Anke Rehlinger

Sehr geehrte Frau Präsidentin,

hiermit übersende ich gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes den von der Bundesregierung beschlossenen

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz

mit Begründung und Vorblatt.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gemäß § 6 Absatz 1 NKRG ist als Anlage beigefügt.

Mit freundlichen Grüßen
Olaf Scholz

Fristablauf: 14.02.25

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 30. Mai 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 173) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

   a) In der Angabe zu § 5 werden nach dem Wort „Pflegeeinrichtungen“ die Wörter „und in der häuslichen Pflege“ eingefügt.

   b) Nach der Angabe zu § 10 wird folgende Angabe zu § 10a eingefügt:

   „§ 10a Amt der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege“.

   c) Nach der Angabe zu § 17 wird folgende Angabe zu § 17a eingefügt:

   „§ 17a Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6“.

   d) Die Angabe zu § 38a wird gestrichen.

   e) Die Angabe zur Überschrift des Fünften Abschnitts des Vierten Kapitels wird wie folgt gefasst:

   „Fünfter Abschnitt
   Angebote zur Unterstützung im Alltag; Entlastungsbetrag und weitere Leistungen bei häuslicher Pflege; Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, des Ehrenamts, der Selbsthilfe und der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken“.

   f) Die Angabe zu § 45a wird wie folgt gefasst:

   „§ 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag, Verordnungsermächtigung“.

   g) In der Angabe zu § 45d werden nach dem Wort „Selbsthilfe“ die Wörter „in der Pflege“ eingefügt.

   h) Nach der Angabe zu § 45d werden die folgenden Angaben zu den §§ 45e bis 45g eingefügt:

   „§ 45e Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken

   § 45f Anspruch auf Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags

§ 45g Anspruch auf Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags“.

i) Die Angabe zum Sechsten Abschnitt des Vierten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Sechster Abschnitt
Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen und in gemeinschaftlichen Wohnformen

§ 45h Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

§ 45i Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

§ 45j Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c“.

j) Nach der Angabe zu § 47a wird folgende Angabe zu § 47b eingefügt:

„§ 47b Aufgabenerledigung durch Dritte“.

k) Nach der Angabe zu § 73 wird folgende Angabe zu § 73a eingefügt:

„§ 73a Sicherstellung der pflegerischen Versorgung“.

l) Nach der Angabe zu § 86 wird folgende Angabe zu § 86a eingefügt:

„§ 86a Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen“.

m) Die Angabe zur Überschrift des Fünften Abschnitts des Achten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Fünfter Abschnitt
Integrierte Versorgung und Verträge zu gemeinschaftlichen Wohnformen“.

n) Die Angabe zum Sechsten Abschnitt des Achten Kapitels wird durch folgende Angabe zu § 92c ersetzt:

„§ 92c Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen“.

o) Nach der Angabe zu § 118 wird folgende Angabe zu § 118a eingefügt:

„§ 118a Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung“.

p) Nach der Angabe zu § 125b werden die folgenden Angaben zu den §§ 125c und 125d eingefügt:

„§ 125c Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung

§ 125d Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen“.

2. § 5 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden nach dem Wort „Pflegeeinrichtungen“ die Wörter „und in der häuslichen Pflege“ eingefügt.

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Pflegekassen sollen den Zugang zu den in § 20 Absatz 4 Nummer 1 des Fünften Buches genannten Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention für in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Pflegebedürftige in häuslicher Pflege unterstützen, indem sie unter Beteiligung der

Pflegebedürftigen sowie, falls sie im Einzelfall an der Versorgung beteiligt sind, unter Beteiligung von ambulanten Pflegeeinrichtungen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen entwickeln sowie die Umsetzung dieser Vorschläge unterstützen. Dies umfasst eine Bedarfserhebung hinsichtlich präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen, die fachliche Beratung zur Information und Sensibilisierung der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie Pflegepersonen bezüglich der Möglichkeiten, die mittels Gesundheitsförderung und Prävention zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten bestehen, sowie eine Präventionsempfehlung durch Pflegefachpersonen oder durch gemäß § 7a Absatz 3 Satz 2 qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. Im Zusammenhang mit einer Beratung nach den §§ 7a und 7c, mit einer Leistungserbringung nach § 36 oder mit einem Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 kann eine Empfehlung für die in § 20 Absatz 4 Nummer 1 des Fünften Buches genannten Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention ausgesprochen werden. Die Bedarfserhebung, die Beratung und die Präventionsempfehlung sollen frühestmöglich nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 18b und auch während fortbestehender Pflegebedürftigkeit erfolgen. Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1 bleiben unberührt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes die Kriterien für die Verfahren nach den Sätzen 1 bis 3 fest, insbesondere hinsichtlich des Inhalts, der Methodik, der Qualität, der wissenschaftlichen Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele."

c) In Absatz 2 Satz 1, Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 wird die Angabe „Absatz 1" jeweils durch die Wörter „den Absätzen 1 und 1a" ersetzt.

d) In Absatz 5 wird das Wort „und" durch das Wort „bis" ersetzt.

3. § 7a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 8 wird aufgehoben.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird das Wort „Pflegefachkräfte" durch das Wort „Pflegefachpersonen" ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„§ 4 des Pflegeberufegesetzes ist zu beachten."

c) Absatz 7 Satz 4 wird aufgehoben.

d) Absatz 8 wird wie folgt gefasst:

„(8) Die Pflegekassen stellen eine angemessene Beratung ihrer Versicherten sicher. Die Pflegekassen im Land können hierfür einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen zur kassenartenübergreifenden Organisation der Pflegeberatung im Land und zur Abstimmung und Zuordnung der Beratungsstrukturen zu bestimmten räumlichen Einzugsbereichen treffen; sie können diese Aufgabe auch an die Landesverbände der Pflegekassen übertragen. Die Pflegekassen können sich zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben nach diesem Buch aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsaufgaben anderer Träger beteiligen; die Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung sind zu gewährleisten. Die Pflegekassen können ihre Beratungsaufgaben

nach diesem Buch auch ganz oder teilweise auf Dritte übertragen; § 80 des Zehnten Buches bleibt unberührt.“

4. § 7b Absatz 1 wird wie folgt geändert:

   a) In Satz 1 wird die Angabe „38a“ durch die Angabe „38“ und die Angabe „45e“ durch die Angabe „45h bis 45j“ ersetzt.

   b) In Satz 5 werden die Wörter „§ 45a Absatz 4 und § 45b“ durch die Angabe „§§ 45b, 45f und 45g“ ersetzt.

5. In § 7c Absatz 2 Satz 6 Nummer 1 wird das Wort „Pflegefachkräfte“ durch das Wort „Pflegefachpersonen“ ersetzt.

6. § 8 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 3b wird wie folgt geändert:

      aa) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

      „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen stellt durch die Finanzierung von Studien, Modellprojekten und wissenschaftlichen Expertisen die wissenschaftlich gestützte Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben, das nach § 113c Satz 1 in der am 1. Januar 2016 geltenden Fassung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen entwickelt und erprobt wurde, und die wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung der Versorgung sicher. Die wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung der Versorgung nach Satz 1 umfasst die Erhebung der derzeitigen und zukünftigen Rahmenbedingungen der ambulant-häuslichen und stationären Versorgung sowie auf Grundlage der Ergebnisse der Erhebung die Erarbeitung von Szenarien für eine zukünftige Sicherstellung der Versorgung, auch im Rahmen von sektorenübergreifenden Versorgungsansätzen, und die Durchführung von Modellvorhaben zur strukturellen Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung. Von den Regelungen des Zweiten, Siebten und Achten Kapitels sowie von den §§ 36 bis 45j und von § 37 des Fünften Buches sowie den Rahmenvereinbarungen nach § 132a Absatz 1 und den Vorgaben des Absatzes 4 des Fünften Buches kann im Einzelfall für die Zwecke der Durchführung von Modellvorhaben nach Satz 2 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit abgewichen werden.“

      bb) Im neuen Satz 5 wird das Wort „ambulanten“ gestrichen.

      cc) Im neuen Satz 7 wird die Angabe „2026“ durch die Angabe „2028“ ersetzt.

   b) Nach Absatz 3b wird folgender Absatz 3c eingefügt:

      „(3c) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen fördert gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wissenschaftliche Expertisen zur konkreten Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Inhalte von Leistungen nach diesem und nach dem Fünften Buch, die durch Pflegefachpersonen jeweils abhängig von ihren Kompetenzen erbracht werden können. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend nach Anhörung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene die Dauer,

Inhalte und das Nähere zur Durchführung von wissenschaftlichen Expertisen nach Satz 1. Die Beauftragung der Erstellung wissenschaftlicher Expertisen erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bei der Beauftragung der Erstellung wissenschaftlicher Expertisen sowie bei ihrer Durchführung ist sicherzustellen, dass die Auftragnehmer die fachliche Expertise der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene in geeigneter Art und Weise einbeziehen. Weitere relevante Fachexpertinnen und Fachexperten sowie Fachorganisationen sollen an der Erstellung der Expertisen beteiligt werden. Für die Umsetzung der Aufgaben nach den Sätzen 1 bis 4 werden dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für die Jahre 2025 bis 2030 Fördermittel von insgesamt zehn Millionen Euro bereitgestellt. Die gesetzlichen Krankenkassen tragen an den Ausgaben für die Fördermittel einen Anteil von 50 Prozent; § 150 Absatz 4 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung."

c) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 wird das Wort „Pflegefachkräfte" durch das Wort „Pflegefachpersonen" ersetzt.

bb) In Satz 4 wird das Wort „Pflegefachkraft" durch das Wort „Pflegefachperson" ersetzt.

d) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 4 wird wie folgt geändert:

aaa) Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

„5. Maßnahmen zur person-zentrierten und kompetenzorientierten Personalentwicklung unter Berücksichtigung der Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen und einschließlich der Entwicklung und Umsetzung von Delegationskonzepten, der Personalqualifizierung und der Führung,".

bbb) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

ccc) Folgende Nummer 8 wird angefügt:

„8. Maßnahmen zur betrieblichen Integration von Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland."

bb) Satz 5 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 1 werden die Wörter „in der Pflege tätigen" gestrichen und nach dem Wort „Mitarbeitern" ein Komma und die Wörter „die Leistungen in der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen," eingefügt.

bbb) In Nummer 2 werden die Wörter „in der Pflege tätigen" gestrichen und nach dem Wort „Mitarbeitern" ein Komma und die Wörter „die Leistungen in der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen," eingefügt.

7. In § 8a Absatz 5 wird das Wort „sollen“ durch das Wort „sind“ und werden die Wörter „einbezogen werden“ durch die Wörter „zu beachten“ ersetzt.

8. § 9 Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

   „Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt. Die Länder können durch Landesrecht bestimmen, ob eine kommunale Pflegestrukturplanung vorzusehen ist und inwieweit die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 3, sofern diese bestehen, als Bestandteil der kommunalen Pflegestrukturplanung anzusehen sind. Durch Landesrecht kann auch bestimmt werden, ob und in welchem Umfang eine im Landesrecht vorgesehene und an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen orientierte finanzielle Unterstützung der Pflegebedürftigen bei der Tragung der ihnen von den Pflegeeinrichtungen berechneten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen oder eine finanzielle Unterstützung der Pflegeeinrichtungen bei der Tragung ihrer betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen als Förderung der Pflegeeinrichtungen gilt.“

9. In § 10 Absatz 1 wird die Angabe „ab 2016“ durch die Angabe „ab 2029“ ersetzt.

10. Nach § 10 wird folgender § 10a eingefügt:

„§ 10a

Amt der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege

(1) Die Bundesregierung bestellt eine Beauftragte oder einen Beauftragten für Pflege. Der oder dem Beauftragten für Pflege ist für die Erfüllung ihrer oder seiner Aufgabe die notwendige Personal- und Sachausstattung zur Verfügung zu stellen. Das Amt endet, außer im Fall der Entlassung, mit dem Zusammentreten eines neuen Bundestages.

(2) Aufgabe der oder des Beauftragten für Pflege ist es, darauf hinzuwirken, dass die Anliegen pflegebedürftiger Menschen, ihrer An- und Zugehörigen und der beruflich Pflegenden im Pflege- und Gesundheitssystems wahrgenommen und beachtet werden. Die oder der Beauftragte für Pflege setzt sich bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe dafür ein, dass die Selbstbestimmung der Menschen mit Pflegebedarf gewahrt wird, die Qualität der pflegerischen Versorgung gesichert wird und unterschiedliche Lebensbedingungen und Bedürfnisse beachtet und in allen Bereichen der Versorgung berücksichtigt werden. Die oder der Beauftragte für Pflege wirkt auf eine frühzeitige und umfassende Beteiligung von Menschen mit Pflegebedarf, ihren pflegenden An- und Zugehörigen und beruflich Pflegenden in Fragen der Pflege, insbesondere in Fragen der pflegerischen Versorgung sowie der sozialen und privaten Pflegeversicherung, hin.

(3) Zur Verbesserung der Wahrnehmung der Interessen der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden wird durch die Beauftragte oder den Beauftragten für Pflege ein Beirat eingerichtet.

(4) Zur Wahrnehmung der Aufgabe nach Absatz 2 beteiligen die Bundesministerien die Beauftragte oder den Beauftragten für Pflege bei allen Gesetzes-, Verordnungs- und sonstigen wichtigen Vorhaben, soweit sie Fragen der Pflege behandeln oder berühren. Alle Bundesbehörden und sonstigen öffentlichen Stellen im Bereich des Bundes unterstützen die Beauftragte oder den Beauftragten für Pflege bei der Erfüllung der Aufgabe.“

11. § 11 wird wie folgt geändert:

    a) Nach Absatz 1 Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

    „Dies schließt die Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen für die Erbringung von Leistungen nach diesem Buch ein. Pflegefachpersonen im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die über eine Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufegesetzes verfügen."

    b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

    „(1a) Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie betriebliche Interessenvertretungen in die Entwicklung von einrichtungsspezifischen Konzepten zur Delegation von Leistungen von Pflegefachpersonen auf Pflegefachassistenzpersonen sowie auf Pflegehilfskräfte und anderes Personal, das Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringt, einzubeziehen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind über vorhandene Konzepte zu informieren und im Bedarfsfall zu schulen."

12. § 12 wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 1 Satz 3 wird das Wort „sollen" durch das Wort „bilden" ersetzt und vor dem Punkt am Ende das Wort „bilden" gestrichen.

    b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

    „(2) Die Pflegekassen evaluieren auf Basis geeigneter, ihnen zur Verfügung stehender Versorgungsdaten die Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation und informieren die an der Versorgung Beteiligten über ihre Erkenntnisse. Die Aufgabe nach Satz 1 kann auch auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Länder und die Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene vereinbaren unter Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe Empfehlungen zu Umfang und Struktur der Daten, zu geeigneten Indikatoren, zum Turnus der Evaluationen, zur Kostentragung und zur Datenaufbereitung. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Sie sind dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum … [einsetzen: Datum 9 Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 8 Absatz 1] vorzulegen."

    c) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.

13. Dem § 15 wird folgender Absatz 8 angefügt:

    „(8) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2026 unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und des Medizinischen Dienstes Bund einen Bericht vor. Der Bericht ist auf unabhängiger wissenschaftlicher Grundlage zu erstellen und hat Folgendes zu umfassen:

    1. die Darstellung der Erfahrungen der Pflegekassen und der Medizinischen Dienste mit dem Begutachtungsinstrument nach den Absätzen 1 bis 7, einschließlich der Beurteilung der Wirkung der zur Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit zu verwendenden Bewertungssystematik und von Vorschlägen zu deren möglicher Weiterentwicklung,

2. eine auf wissenschaftlicher Grundlage durchzuführende Untersuchung der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen seit 2017 unter Berücksichtigung insbesondere von

   a) medizinisch-pflegerischen Aspekten,

   b) demographischen Faktoren und

   c) sozioökonomischen Einflüssen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann für die Erstellung des Berichts Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen."

14. § 17 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene" durch die Wörter „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene" ersetzt.

   b) In Absatz 1a Satz 3 werden die Wörter „Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene" durch die Wörter „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene" ersetzt.

15. Nach § 17 wird folgender § 17a eingefügt:

„§ 17a

Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum 31. Dezember 2025 in Richtlinien fest,

1. in welchen Fällen und für welche Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel, die den Zielen von § 40 Absatz 1 Satz 1 dienen, die Notwendigkeit oder Erforderlichkeit der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln oder Hilfsmitteln, die von Pflegefachpersonen, gestaffelt nach Qualifikationsniveau, empfohlen werden, nach § 40 Absatz 6 Satz 2 vermutet wird, sowie

2. das Nähere zum Verfahren der Empfehlung gemäß § 40 Absatz 6 durch die Pflegefachperson bei der Antragstellung.

Dabei ist, soweit entsprechende Qualifikationsniveaus und Hilfsmittel betroffen sind, der Inhalt des Vertrags nach § 73d Absatz 1 des Fünften Buches zu beachten. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung über die Inhalte der Richtlinien Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(2) Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Richtlinien sind alle drei Jahre zu überprüfen und in geeigneten Zeitabständen an den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse anzupassen; für diese Verfahren gilt Absatz 1 Satz 2 entsprechend.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen evaluiert die in den Richtlinien festgelegten Verfahren in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht, insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen auf die Qualität und Sicherheit der Versorgung und Wirtschaftlichkeitsaspekte, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund sowie der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene. Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Juli 2028 vorzulegen."

16. § 18a Absatz 10 wird wie folgt geändert:

    a) In Satz 1 wird das Wort „Pflegefachkräfte" durch das Wort „Pflegefachpersonen" ersetzt.

    b) In Satz 3 wird das Wort „Pflegefachkräften" durch das Wort „Pflegefachpersonen" ersetzt.

17. § 18c Absatz 5 Satz 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

    „Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 so lange gehemmt, bis der Verzögerungsgrund weggefallen ist. Wird durch den Eintritt des Verzögerungsgrundes eine erneute Terminierung der Begutachtung erforderlich, so ist der Lauf der Frist bis zum Ablauf von zehn Arbeitstagen nach Kenntnis des Medizinischen Dienstes oder der Pflegekasse über den Wegfall des Verzögerungsgrundes gehemmt."

18. § 18e wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „Pflegekassen" die Wörter „oder dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen für seine Mitgliedskassen" eingefügt.

    b) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

    „(6) Der Medizinische Dienst Bund beauftragt bis zum 31. Dezember 2025 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige mit der Durchführung eines Modellprojekts nach den Absätzen 1 bis 5. In dem Modellprojekt ist zu prüfen,

    1. unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang Pflegefachpersonen, die Leistungen nach diesem oder nach dem Fünften Buch erbringen, hinsichtlich der von ihnen versorgten Personen nach § 18 mit der Übernahme von Aufgaben im Rahmen des Begutachtungsverfahrens nach den §§ 18a, 18b und 142a beauftragt werden können,

    2. ob und inwieweit sich die Feststellungen und Empfehlungen der in der Versorgung tätigen Pflegefachpersonen bezogen auf vergleichbare Gruppen von Pflegebedürftigen von den gutachterlichen Feststellungen und Empfehlungen des Medizinischen Dienstes, insbesondere hinsichtlich des festzustellenden Pflegegrads, unterscheiden und

    3. ob die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und die Empfehlung eines Pflegegrads sowie weitere Feststellungen und Empfehlungen durch Pflegefachpersonen zukünftig regelhaft erfolgen sollen und wie die regelhafte Durchführung von Feststellungen und Empfehlungen zur Pflegebedürftigkeit durch in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen zukünftig umgesetzt werden kann, insbesondere

a) für welche Antrags- und Versorgungssituationen eine Übernahme von Aufgaben im Sinne von Nummer 1 in Betracht käme,

b) welche nach § 18b zu treffenden Feststellungen und Empfehlungen für welche Gruppen von Pflegebedürftigen durch in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen getroffen werden könnten und

c) welche Veränderungen im Verfahren der Begutachtung unter Bezugnahme auf die Richtlinien nach § 17 Absatz 1 Satz 1 dafür erforderlich wären; es ist gesondert darauf einzugehen, wie die Begutachtung neutral und unabhängig erfolgen kann.

Die Medizinischen Dienste sind bei der Durchführung des Modellprojekts zu beteiligen. Der Medizinische Dienst Bund hat einen Projektbericht und einen Abschlussbericht zu verfassen. Der Projektbericht und etwaige Zwischenberichte sind dem Bundesministerium für Gesundheit jeweils innerhalb eines Monats nach Fertigstellung vorzulegen. Der Abschlussbericht hat eine abschließende und begründete Empfehlung zu beinhalten und ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2027 vorzulegen.“

19. § 28 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 3a wird aufgehoben.

bb) Die bisherige Nummer 12a wird Nummer 13a und die Angabe „(§ 45a)“ wird durch die Angabe „(§ 45f)“ ersetzt.

cc) Nach der neuen Nummer 13a werden die folgenden Nummern 13b bis 13d eingefügt:

„13b. Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags (§ 45g),

13c. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 45h),

13d. Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c (§ 45j),“.

b) In Absatz 1b wird die Angabe „§ 45e“ jeweils durch die Angabe „§ 45i“ ersetzt.

c) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Pflege nach diesem Buch schließt die Erbringung der in § 15a Absatz 1 des Fünften Buches genannten Leistungen durch die in § 15a Absatz 1 genannten Pflegefachpersonen ein, die in ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigt sind, soweit die Leistungen nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach dem Fünften Buch erbracht werden.“

20. § 28a wird wie folgt geändert:

a) Nummer 3 wird aufgehoben.

b) Die bisherigen Nummern 4 bis 12 werden die Nummern 3 bis 11.

c) Nach der neuen Nummer 11 wird folgende Nummer 12 eingefügt:

„12. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 45h,“.

d) In Nummer 13 wird die Angabe „§ 45e“ durch die Angabe „§ 45i“ und der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

e) Folgende Nummer 14 wird angefügt:

„14. Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c, soweit diese gemäß § 45j bei Pflegegrad 1 zur Anwendung kommen.“

21. Nach § 36 Absatz 4 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Dabei sind auch Kooperationen mit Anbietern haushaltsnaher Dienstleistungen möglich.“

22. § 37 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen; Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 können vierteljährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen.“

b) Absatz 3a wird wie folgt gefasst:

„(3a) Die Beratung nach Absatz 3 dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege sowie der regelmäßigen Hilfestellung und der praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Wird im Rahmen der Beratung festgestellt, dass zur Stärkung der Selbständigkeit oder zur Sicherstellung der Versorgung des Pflegebedürftigen oder zur Entlastung der häuslich Pflegenden aus pflegefachlicher Sicht weitere Maßnahmen erforderlich oder zweckdienlich sind, so sind der Pflegebedürftige und die häuslich Pflegenden im Sinne einer planvollen Unterstützung unter Berücksichtigung der jeweiligen Pflegesituation und zur Vermeidung schwieriger Pflegesituationen insbesondere hinzuweisen auf

1. die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des für sie zuständigen Pflegestützpunktes,

2. die Pflegeberatung nach § 7a einschließlich der Möglichkeit der Erstellung eines Versorgungsplans,

3. die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegekursen nach § 45, auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen, und

4. sonstige geeignete Beratungs- oder Hilfsangebote.

Die Beratungsperson soll der jeweiligen Pflegesituation entsprechende Empfehlungen zur Inanspruchnahme der in Satz 2 genannten Möglichkeiten oder zu deren Kombination aussprechen und diese Empfehlungen mit Einwilligung des Pflegebedürftigen in den Nachweis über einen Beratungsbesuch nach Absatz 3 aufnehmen. Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Pflegebedürftigen und die sie häuslich Pflegenden bei der Inanspruchnahme der in Satz 2 genannten Möglichkeiten zeitnah zu unterstützen.“

c) In Absatz 3b Nummer 3 und Absatz 3c Satz 2 wird das Wort „Pflegefachkraft“ jeweils durch das Wort „Pflegefachperson“ ersetzt.

d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „Pflegefachkräfte“ durch das Wort „Pflegefachpersonen“ ersetzt.

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachpersonen übermitteln den in Satz 1 genannten Stellen das Nachweisformular im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern; das Nähere zum Verfahren regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer.“

e) Absatz 5a Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse aus dem jeweiligen Beratungsbesuch, einschließlich der Erkenntnisse zu der Umsetzung der Empfehlungen nach Absatz 3a Satz 3 und 4, durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen.“

23. § 38a wird aufgehoben.

24. In § 39a werden das Komma und die Wörter „deren Erforderlichkeit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 78a Absatz 5 Satz 6 festgestellt hat,“ gestrichen.

25. § 40 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „Pflegefachkraft“ durch das Wort „Pflegefachperson“ ersetzt.

b) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Pflegefachpersonen können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36, nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Wird ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen von Absatz 1 Satz 1 dient, von einer Pflegefachperson bei der Antragstellung empfohlen, werden unter den in den Richtlinien nach § 17a festgelegten Voraussetzungen die Notwendigkeit der Versorgung nach Absatz 1 Satz 2 und die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet. Die Empfehlung der Pflegefachperson darf bei der Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein. Einer ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches oder einer Verordnung einer Pflegefachperson nach § 15a Absatz 1 Nummer 2 des Fünften Buches bedarf es bei Vorliegen einer Empfehlung nach Satz 1 nicht. Die Empfehlung der Pflegefachperson für ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen des Absatzes 1 Satz 1 dient, ist der Kranken- oder Pflegekasse zusammen mit dem Antrag des Versicherten in Textform zu übermitteln. In welchen Fällen und für welche Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel je nach Qualifikationsniveau die Notwendigkeit oder Erforderlichkeit der Versorgung nach Satz 2 vermutet wird, sowie das Nähere zum Verfahren der Empfehlung durch die

Pflegefachperson bei Antragstellung bestimmt sich nach den Festlegungen in den Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen gemäß § 17a."

c) In Absatz 7 Satz 1 und 2 wird das Wort „Pflegefachkraft" jeweils durch das Wort „Pflegefachperson" ersetzt.

26. § 40a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1a Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Digitale Pflegeanwendungen im Sinne des Absatzes 1 sind auch solche Anwendungen, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende unterstützen und dadurch geeignet sind, die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen zu stabilisieren oder pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende zu entlasten."

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Komma und die Wörter „und wird ab dem von den Vertragsparteien vereinbarten Zeitpunkt für die Geltung der Vergütungsvereinbarung wirksam" eingefügt.

bb) In Satz 5 werden nach der Angabe „Absatz 1" die Wörter „oder Absatz 1a" eingefügt.

27. § 40b Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Bewilligt die Pflegekasse die Versorgung mit einer oder mehreren digitalen Pflegeanwendungen, so hat die pflegebedürftige Person Anspruch

1. auf die Erstattung von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen nach § 40a bis zur Höhe von insgesamt 40 Euro im Kalendermonat und

2. auf ergänzende Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegeeinrichtungen nach § 39a bis zur Höhe von insgesamt 30 Euro im Kalendermonat."

28. § 44a wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Verstirbt der Pflegebedürftige innerhalb der Pflegezeit, werden die Zuschüsse nach Satz 1 bis zum Ende der Pflegezeit gewährt."

b) In Absatz 3 Satz 3 werden nach dem Wort „Bescheinigung" die Wörter „oder der Bescheinigung einer Pflegefachperson" eingefügt.

29. Die Überschrift des Fünften Abschnitts des Vierten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Fünfter Abschnitt

Angebote zur Unterstützung im Alltag; Entlastungsbetrag und weitere Leistungen bei häuslicher Pflege; Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, des Ehrenamts, der Selbsthilfe und der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken".

30. § 45a wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden die Wörter „Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch),“ gestrichen.

b) In Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 werden die Wörter „unter pflegefachlicher Anleitung“ durch ein Komma und die Wörter „bei Bedarf mit einer pflegefachlichen Begleitung oder mit Supervision,“ ersetzt.

c) Absatz 2 Satz 2 bis 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Angebote verfügen über ein Konzept, das folgende Angaben enthält:

1. eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten,

2. Angaben zur Verfügbarkeit des Angebots und zu der Zielgruppe oder den Zielgruppen, an die sich das Angebot richtet,

3. Angaben dazu, dass der Anbietende die Gewähr für eine dauerhaft ordnungsgemäße Durchführung des Angebots bietet und keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass Pflegebedürftige, Pflegepersonen oder Helfende im Rahmen der Durchführung des Angebots gefährdet werden,

4. Angaben

   a) zu einer dem Angebot entsprechenden zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden und

   b) zu einem dem Angebot angemessenen Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen bei den Helfenden,

5. Angaben dazu, wie eine angemessene Schulung zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie erforderlichenfalls Fortbildung der Helfenden im Hinblick auf die jeweiligen Tätigkeiten der Helfenden und die Zielgruppen des Angebots gewährleistet werden, sofern diese erforderlich sind, und

6. Angaben dazu, ob und wie die Möglichkeit einer bedarfsgerechten fachlichen Begleitung und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gewährleistet wird.

Eine dem Angebot entsprechende zielgruppen- und tätigkeitsgerechte Qualifikation und der Erwerb von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen bei den Helfenden kann auch modular oder kann innerhalb eines Zeitraums von höchstens zwölf Monaten tätigkeitsbegleitend erfolgen, soweit das nach Absatz 6 erlassene Landesrecht zum Schutz von Pflegebedürftigen dazu keine abweichende Regelung trifft. Die Voraussetzungen nach Satz 2 Nummer 5 und 6 können auch erfüllt werden, indem auf eine bedarfsweise Inanspruchnahme entsprechender Unterstützungsstrukturen Bezug genommen wird, die seitens des Landes oder einer kommunalen Gebietskörperschaft hierfür vorgesehen werden. Bei wesentlichen Änderungen hinsichtlich der angebotenen Leistungen ist das Konzept des Angebots entsprechend fortzuschreiben; bei Änderung der hierfür in Rechnung gestellten Kosten sind die entsprechenden Angaben zu aktualisieren.“

d) Die Absätze 3 und 4 werden durch die folgenden Absätze 3 bis 6 ersetzt:

„(3) Bei Angeboten zur Entlastung im Alltag, die sich nicht an eine bestimmte Zielgruppe, sondern an alle Pflegebedürftigen richten, sind die Voraussetzungen nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 Buchstabe a, Nummer 5 und 6 als erfüllt anzusehen, wenn der das Angebot tragende Anbietende darlegt, dass eine verlässliche und sachgerechte Ausführung der angebotenen Leistungen sichergestellt ist. Sofern ehrenamtlich Helfende im Rahmen des Angebots tätig werden, sind von dem Anbietenden in Bezug auf diese Angaben nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 zu machen. In Bezug auf Angebote zur Entlastung im Alltag, die im Schwerpunkt praktische Unterstützung im Haushalt anbieten, beschließt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Empfehlungen dazu, wann die Voraussetzungen nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 Buchstabe b als erfüllt anzusehen sind. Dabei ist sicherzustellen, dass Helfende, falls sie bei Pflegebedürftigen oder Pflegepersonen weitergehende Hilfebedarfe erkennen, über ausreichendes Wissen verfügen, um auf hierfür bestehende weitere Beratungs- und Unterstützungsstrukturen im Bereich Pflege hinweisen zu können. Im Übrigen ist in den Empfehlungen das auf die Unterstützung durch praktische Hilfen ausgerichtete Tätigkeitsprofil der Angebote zu beachten. Auf das Verfahren zum Beschluss der Empfehlungen nach Satz 3 findet § 45c Absatz 7 entsprechende Anwendung.

(4) Angebote durch Einzelhelfende, die im selben Zeitraum nur eine eng begrenzte Anzahl jeweils persönlich benannter Pflegebedürftiger unterstützen (personenbezogen anerkannte Einzelhelfende), können abweichend von Absatz 2 auch anerkannt werden, wenn

1. von den Einzelhelfenden anstelle der Einreichung eines Konzepts nach Absatz 2 Satz 2 gegenüber der für die Anerkennung dieser Angebote zuständigen Behörde ausschließlich Angaben gemacht werden

   a) zur Art der Unterstützungsleistungen, die angeboten werden sollen, und, sofern das nach Absatz 6 erlassene Landesrecht hierzu keine verbindlichen Vorgaben enthält, zur Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten, sowie

   b) dazu, dass keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass Pflegebedürftige oder Pflegepersonen im Rahmen der Durchführung des Angebots gefährdet werden, sofern das nach Absatz 6 erlassene Landesrecht zum Schutz von Pflegebedürftigen dies vorsieht,

2. bei der erstmaligen Anerkennung der oder des Einzelhelfenden geprüft wird, ob die oder der Einzelhelfende grundsätzlich fähig und geeignet ist, die angebotenen Tätigkeiten zu erbringen, und von der oder dem Einzelhelfenden ein angemessener Umgang mit den Pflegebedürftigen zu erwarten ist,

3. von den Einzelhelfenden bei der erstmaligen Anerkennung in Textform eine Erklärung abgegeben wird, dass sie darüber informiert worden sind,

   a) an welche konkrete seitens des Landes oder der jeweils zuständigen kommunalen Gebietskörperschaft benannte niedrigschwellige Anlaufstelle sie sich bei Fragen oder Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Unterstützung von Pflegebedürftigen wenden können sowie

   b) welche vorhandenen seitens des Landes oder der jeweils zuständigen kommunalen Gebietskörperschaft vorgehaltenen oder benannten Unterstützungsstrukturen es gibt, die für Helfende Unterstützung in den in Absatz 2 Satz 2 Nummer 5 und 6 genannten Bereichen und, soweit vorhanden, weiteren Bereichen wie etwa einer Vernetzung mit anderen

Helfenden oder einer Beratung zur Gestaltung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag bieten, und

4. nachweisbar ist, dass die persönlich benannten Pflegebedürftigen jeweils in Textform darüber informiert worden sind, an welche konkrete seitens des Landes oder der jeweils zuständigen kommunalen Gebietskörperschaft benannte Stelle sie sich bei Fragen oder Schwierigkeiten hinsichtlich des anerkannten Angebots der oder des Einzelhelfenden wenden können.

Welche Stellen die Prüfung nach Satz 1 Nummer 2 durchführen und welche Stellen vorgesehen werden, um die Pflegebedürftigen nach Satz 1 Nummer 4 zu informieren, bestimmt sich nach dem nach Absatz 6 erlassenen Landesrecht; dabei kann auch vorgesehen werden, dass die Information der Pflegebedürftigen nach einer elektronischen Übermittlung der dafür erforderlichen Angaben durch die Pflegekassen oder privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, erfolgt. Bei den persönlich benannten Pflegebedürftigen darf es sich nicht um Personen handeln, mit denen die oder der Einzelhelfende bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder mit denen die oder der Einzelhelfende in häuslicher Gemeinschaft lebt. Eine Anerkennung nach Satz 1 kann höchstens in Bezug auf bis zu vier persönlich benannte Pflegebedürftige im gleichen Zeitraum erfolgen.

(5) Eine Veröffentlichung von Angaben zu Angeboten von personenbezogen anerkannten Einzelhelfenden in einer Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 Absatz 3 ist freiwillig und erfolgt nur auf ausdrücklichen Wunsch und mit Zustimmung der oder des Einzelhelfenden; eine Veröffentlichung von persönlichen Angaben zu den jeweils konkret benannten Pflegebedürftigen ist ausgeschlossen. Es erfolgt jedoch die Vergabe einer eindeutigen Kennung für das Angebot der oder des personenbezogen anerkannten Einzelhelfenden; diese Kennung wird nicht veröffentlicht, sondern dient zu Prüf- und Abrechnungszwecken. Die Kennung und die dazugehörigen Daten über die Anerkennung der oder des Einzelhelfenden sind den Pflegekassen sowie den privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben durch elektronische Datenübertragung zur Verfügung zu stellen. § 7 Absatz 4 Satz 1, 4 und 5 findet in Bezug auf die Vergabe der Kennung und die Übermittlung der Angaben im Wege der elektronischen Datenübertragung entsprechende Anwendung.

(6) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zu bestimmen

1. über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag einschließlich der Vorgaben zu deren Qualitätssicherung sowie einschließlich der Vorgaben für die Anerkennung von Angeboten personenbezogen anerkannter Einzelhelfender,

2. zur regelmäßigen Übermittlung einer Übersicht über die aktuell angebotenen Leistungen und die Höhe der hierfür erhobenen Kosten durch die anerkannten Angebote und

3. zu möglichen Maßnahmen zu einer regelmäßigen Überprüfung der weiterhin bestehenden Erfüllung der Anerkennungsvoraussetzungen bei anerkannten Angeboten, für deren Leistungen die Nutzung eines Anspruchs nach § 45f oder § 45g erfolgt.

Hierbei ist der Niedrigschwelligkeit der Angebote zur Unterstützung im Alltag Rechnung zu tragen. Beim Erlass der Rechtsverordnung sollen die Landesregierungen

die nach Absatz 3 beschlossenen Empfehlungen beachten und die nach § 45c Absatz 7 beschlossenen Empfehlungen berücksichtigen. Die Landesregierungen können die Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen nach diesem Absatz durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen."

31. In § 45b Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „Rechtsverordnung nach § 45a Absatz 3" durch die Wörter „gemäß § 45a Absatz 6 erlassenen Rechtsverordnung" ersetzt.

32. § 45c wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Im Satzteil vor der Aufzählung wird die Angabe „25 Millionen" durch die Angabe „60 Millionen" ersetzt.

bb) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. den Auf- und Ausbau und die Unterstützung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a und von Strukturen zur Unterstützung dieser Angebote,".

cc) Die Sätze 3 und 4 werden aufgehoben.

dd) Im bisherigen Satz 5 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „eine Förderung kann dabei auch zur Herstellung oder Verbesserung der Barrierefreiheit erfolgen" eingefügt.

b) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Zuschuss wird in Höhe von 60 Prozent der Fördermittel gewährt, die für die einzelne Fördermaßnahme insgesamt geleistet werden, sodass gemeinsam mit dem vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleisteten Zuschuss in Höhe von zusammen 40 Prozent ein Fördervolumen von insgesamt 100 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht wird."

c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die Förderung des Auf- und Ausbaus und der Unterstützung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a und von Strukturen zur Unterstützung dieser Angebote nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erfolgt als Projektförderung oder als dauerhafte Förderung. Dies schließt auch Angebote der Tagesbetreuung mit ein. Die Förderung dient insbesondere zur Finanzierung von

1. Aufwandsentschädigungen sowie Fahrkosten für die ehrenamtlich tätigen Helfenden und

2. notwendigen Personal- und Sachkosten, die verbunden sind mit

a) der Koordination und Organisation der Hilfen,

b) einer fachlichen Anleitung, Begleitung oder Supervision der Helfenden,

c) einer Schulung oder Fortbildung der Helfenden,

d) Aufwendungen für einen angemessenen Versicherungsschutz,

e) einer Vernetzung mit Pflegebedürftigen, Pflegepersonen oder mit anderen Helfenden.

Ebenso förderfähig sind die notwendigen Personal- und Sachkosten für die Gestaltung des Gruppenbetreuungsangebotes, das Anbieten eines Fahrdienstes und das Vorhalten angemessener Räume bei einer Tagesbetreuung durch ehrenamtlich tätige Helfende. Dem Antrag auf Förderung ist ein Konzept zur Qualitätssicherung des Angebots beizufügen. Aus dem Konzept muss sich ergeben, ob und wie eine angemessene Schulung und erforderlichenfalls Fortbildung der Helfenden sowie bei Bedarf die Möglichkeit einer fachlichen Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit oder eine Supervision für diese gewährleistet werden."

d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Möglichkeiten" die Wörter „einer Weiterentwicklung und" eingefügt.

bb) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Das schließt auch Pflegebedürftige am Lebensende mit ein. Ebenso sollen insbesondere Möglichkeiten einer Versorgung von Pflegebedürftigen über Nacht weiterentwickelt und erprobt werden."

cc) Im neuen Satz 4 wird nach dem Wort „können" das Wort „jeweils" eingefügt.

e) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen" durch die Wörter „Verbände der Menschen mit Behinderungen, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden" ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Landesregierungen können die Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen nach diesem Absatz durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen."

f) Dem Absatz 8 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Bundesamt für Soziale Sicherung Festlegungen für das Verfahren zur Abwicklung der Förderung, insbesondere zur Erteilung der Förderzusagen, zur Aufhebung von Förderentscheidungen und zur Rückforderung von Fördermitteln zugunsten des Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung, beschließen. Die Länder sind vor dem Beschluss anzuhören und ihr Vorbringen ist zu berücksichtigen. Soweit Belange von Fördermittelempfangenden betroffen sind, sind auch die Verbände der Menschen mit Behinderungen, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden auf Bundesebene vor dem Beschluss anzuhören."

g) Absatz 9 wird aufgehoben.

33. § 45d wird durch die folgenden §§ 45d bis 45g ersetzt:

„§ 45d

Förderung der Selbsthilfe in der Pflege, Verordnungsermächtigung

(1) Je Kalenderjahr werden Fördermittel im Umfang von 0,20 Euro pro in der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung Versichertem zur Verfügung gestellt zum Auf- und Ausbau und zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zum Ziel gesetzt haben. Im Rahmen der Förderung der Selbsthilfe können auch digitale Anwendungen berücksichtigt werden, sofern diese den geltenden Anforderungen an den Datenschutz entsprechen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten; eine Förderung kann dabei auch zur Herstellung oder Verbesserung der Barrierefreiheit erfolgen.

(2) Selbsthilfegruppen im Sinne dieser Vorschrift sind freiwillige, neutrale, unabhängige und nicht gewinnorientierte Zusammenschlüsse von Personen, die entweder aufgrund eigener Betroffenheit oder als Angehörige oder vergleichbar Nahestehende das Ziel verfolgen, durch persönliche, wechselseitige Unterstützung, auch unter Zuhilfenahme von Angeboten ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu verbessern. Selbsthilfeorganisationen sind die Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen in Verbänden. Selbsthilfekontaktstellen sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal, die das Ziel verfolgen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu verbessern.

(3) Von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Fördermitteln werden Mittel im Umfang von 0,16 Euro pro Versichertem nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder aufgeteilt, um Zuschüsse zu finanzieren, die eine Förderung durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft ergänzen. Der Zuschuss aus den Mitteln der sozialen Pflegeversicherung und privaten Pflege-Pflichtversicherung wird dabei jeweils in Höhe von 75 Prozent der Fördermittel gewährt, die für die einzelne Fördermaßnahme insgesamt geleistet werden.

(4) Von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Fördermitteln werden Mittel im Umfang von 0,04 Euro pro Versichertem zur Verfügung gestellt, um bundesweite Tätigkeiten und Strukturen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zu fördern sowie um Gründungszuschüsse für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zu gewähren, ohne dass es einer Mitfinanzierung durch ein Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf; eine Förderung entsprechender Tätigkeiten und die Gewährung von Gründungszuschüssen im Rahmen einer Förderung nach Absatz 3 bleibt davon unberührt. Die Förderung nach Satz 1 ist von den Selbsthilfegruppen, -organisationen oder -kontaktstellen unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beantragen. Durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll eine Bewilligung der Fördermittel in der Regel jeweils für einen Zeitraum von fünf Jahren, mindestens aber für einen Zeitraum von drei Jahren erfolgen, es sei denn, dass sich aus dem Antrag oder den Besonderheiten des Einzelfalls ein kürzerer Förderzeitraum ergibt. Nach erneuter Antragstellung kann eine Förderung für bundesweite Tätigkeiten und Strukturen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen erneut bewilligt werden. Die Einzelheiten zu den Voraussetzungen, Zielen, Inhalten und der Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel werden in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt.

(5) Für die Förderung der Selbsthilfe werden die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren entsprechend angewendet, das schließt eine entsprechende

Anwendung von § 45c Absatz 2 Satz 3 und 4, Absatz 6 Satz 2 bis 9, Absatz 7 Satz 1 bis 4 und Absatz 8 ein. § 45c Absatz 7 Satz 5 und 6 gilt entsprechend.

(6) Eine Förderung der Selbsthilfe nach dieser Vorschrift ist ausgeschlossen, soweit für dieselbe Zweckbestimmung eine Förderung nach § 20h Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches erfolgt.

§ 45e

Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken

(1) Zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen sowie der Stärkung der Prävention nach § 5 werden aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung je Kalenderjahr 20 Millionen Euro bereitgestellt, um die strukturierte Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken nach Absatz 2 zu fördern. § 45c Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Fördermittel, die in dem jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr das Fördervolumen nach Satz 1. Folgende Summen an Fördermitteln können für die Finanzierung einer Geschäftsstelle sowie für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung nach Absatz 5 verwendet werden:

1. im Jahr 2026 bis zu 200 000 Euro,

2. im Jahr 2027 bis zu 300 000 Euro,

3. im Jahr 2028 bis zu 400 000 Euro und

4. in den Jahren 2029 bis 2031 bis zu höchstens 500 000 Euro jährlich.

(2) Die in Absatz 1 genannten Mittel können für die finanzielle Beteiligung von Pflegekassen an regionalen Netzwerken verwendet werden, die der strukturierten Zusammenarbeit von Akteuren dienen, die an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt sind und die sich im Rahmen einer freiwilligen Vereinbarung vernetzen. Die Förderung der strukturierten regionalen Zusammenarbeit erfolgt, indem sich die Pflegekassen einzeln oder gemeinsam im Wege einer Anteilsfinanzierung an den netzwerkbedingten Kosten beteiligen. Den Kreisen und kreisfreien Städten sowie den Bezirken der Stadtstaaten Berlin und Hamburg, den Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen im Sinne des § 45d sowie organisierten Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen im Sinne des § 45c Absatz 4 ist in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet die Teilnahme an der geförderten strukturierten regionalen Zusammenarbeit zu ermöglichen. Für private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend.

(3) Gefördert werden können

1. je Kreis oder kreisfreier Stadt mit unter 500 000 Einwohnern bis zu zwei regionale Netzwerke,

2. je Kreis oder kreisfreier Stadt ab 500 000 Einwohnern bis zu vier regionale Netzwerke,

3. in den Stadtstaaten, die nur aus einer kreisfreien Stadt bestehen, pro Bezirk bis zu zwei regionale Netzwerke.

Der Förderbetrag pro regionalem Netzwerk darf jeweils 30 000 Euro je Kalenderjahr nicht überschreiten. Die Fördermittel werden dem jeweiligen regionalen Netzwerk für mindestens ein Kalenderjahr und längstens für drei Kalenderjahre bewilligt; bei neu gegründeten Netzwerken soll die Förderung für drei Kalenderjahre bewilligt werden. Bei erneuter Antragstellung kann eine Förderung erneut bewilligt werden. § 45c Absatz 7 Satz 1 und 3 und Absatz 8 findet entsprechende Anwendung.

(4) Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen jährlich bis zum 30. November für das Folgejahr eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke und stellen diese der Geschäftsstelle nach Absatz 5 zur Verfügung. Die jährlichen Übersichten sind durch die Geschäftsstelle auf einer eigenen Internetseite gebündelt zu veröffentlichen.

(5) Die in Absatz 1 Satz 4 genannten Mittel werden in den Jahren 2026 bis 2031 für die Finanzierung einer Geschäftsstelle zur Unterstützung von Netzwerkgründungen, der flächendeckenden Etablierung von Netzwerken, der qualitativen Weiterentwicklung regionaler Netzwerke sowie für eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Geschäftsstelle verwendet. Die Geschäftsstelle wird vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum … *[einsetzen: Datum neun Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 8 Absatz 1]* im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen seiner Zuständigkeit errichtet. Die Errichtung bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat zudem eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Geschäftsstelle nach allgemeinen wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Näheres über das Verfahren zur Durchführung und Abwicklung der Förderung und zur Auszahlung der Fördermittel regeln das Bundesamt für Soziale Sicherung, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. durch Vereinbarung.

§ 45f

Anspruch auf Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags

(1) Beziehen Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2, die häuslich gepflegt werden, Leistungen eines nach Landesrecht anerkannten Angebots zur Unterstützung im Alltag, können sie für den Kalendermonat, in dem sie die Leistungen des Angebots bezogen haben, für die dafür angefallenen Aufwendungen eine Kostenerstattung unter Anrechnung auf ihren Anspruch nach § 36 erhalten (Umwandlungsanspruch). Die Umwandlung des ambulanten Sachleistungsanspruchs in einen Kostenerstattungsanspruch nach Satz 1 ist möglich, soweit in dem jeweiligen Kalendermonat für den Leistungsbetrag nach § 36 keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen worden sind. Der je Kalendermonat für die Kostenerstattung nach Satz 1 verwendete Betrag darf 50 Prozent des für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nach § 36 nicht überschreiten. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen nach Satz 1 als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung. Ist vor der Auszahlung der Kostenerstattung nach Satz 1 für den jeweiligen Kalendermonat bereits mehr Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld an den Pflegebedürftigen ausgezahlt worden, als er nach Berücksichtigung des Betrags der zu erstattenden Aufwendungen beanspruchen kann, wird der Kostenerstattungsbetrag insoweit mit dem bereits ausgezahlten Pflegegeldbetrag verrechnet. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5 und 7 bis 9 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt.

(2) Zur Inanspruchnahme des Umwandlungsanspruchs nach Absatz 1 bedarf es keiner vorherigen Antragstellung. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Absatz 1 von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel gegen Vorlage entsprechend aussagekräftiger Belege über die Aufwendungen, die ihnen für die Leistungen des Angebots zur Unterstützung im Alltag entstanden sind. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 36 abrechnen, haben den Pflegebedürftigen auf deren Wunsch unverzüglich nach Erstellung der Abrechnung in Textform eine Mitteilung über die Höhe der zur Abrechnung eingereichten Leistungen und den Monat, auf den sich die Abrechnung bezieht, auszuhändigen oder zu übermitteln. Dies gilt, bis die Pflegebedürftigen den Wunsch nach Mitteilung der Informationen widerrufen. Eine Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Absatz 1 für die Erbringung von Leistungen durch Pflegeeinrichtungen, die entsprechende Leistungen auch als Sachleistungen erbringen oder erbringen könnten, ist ausgeschlossen.

(3) Eine Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Absatz 1 und des teilstationären Sachleistungsbetrags nach § 45g für eine Leistungserbringung durch dasselbe Angebot zur Unterstützung im Alltag ist ausgeschlossen. Die Inanspruchnahme des Umwandlungsanspruchs nach Absatz 1 und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b erfolgen unabhängig voneinander.

§ 45g

Anspruch auf Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags

(1) Beziehen Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2, die häuslich gepflegt werden, Leistungen eines nach Landesrecht anerkannten Angebots zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, das eine regelmäßige mehrstündige Betreuung in Gruppen anbietet, können die Pflegebedürftigen für den Kalendermonat, in dem sie die Leistungen des Angebots bezogen haben, für die dafür angefallenen Aufwendungen eine Kostenerstattung unter Anrechnung auf ihren Anspruch nach § 41 erhalten (Umwandlung für Tagesbetreuung). Die Umwandlung des teilstationären Sachleistungsanspruchs in einen Kostenerstattungsanspruch nach Satz 1 ist möglich, soweit in dem jeweiligen Kalendermonat für den Leistungsbetrag nach § 41 keine teilstationären Sachleistungen der Tagespflege oder Nachtpflege bezogen worden sind. Der je Kalendermonat für die Kostenerstattung nach Satz 1 verwendete Betrag darf 50 Prozent des für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nach § 41 Absatz 2 Satz 2 nicht überschreiten.

(2) Zur Inanspruchnahme der Umwandlung für Tagesbetreuung nach Absatz 1 bedarf es keiner vorherigen Antragstellung. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Absatz 1 von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel gegen Vorlage entsprechend aussagekräftiger Belege über die Aufwendungen, die ihnen für die Leistungen des Angebots zur Unterstützung im Alltag entstanden sind. Die Vergütungen für teilstationäre Sachleistungen nach § 41 sind vorrangig abzurechnen. Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 41 abrechnen, haben den Pflegebedürftigen auf deren Wunsch unverzüglich nach Erstellung der Abrechnung in Textform eine Mitteilung über die Höhe der zur Abrechnung eingereichten Leistungen und den Monat, auf den sich die Abrechnung bezieht, auszuhändigen oder zu übermitteln. Dies gilt, bis die Pflegebedürftigen den Wunsch nach Mitteilung der Informationen widerrufen. Eine Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags nach Absatz 1

für die Erbringung von Leistungen durch Pflegeeinrichtungen, die entsprechende Leistungen auch als Sachleistungen erbringen oder erbringen könnten, ist ausgeschlossen.

(3) § 45f Absatz 3 Satz 1 findet Anwendung. Die Inanspruchnahme der Umwandlung für Tagesbetreuung nach Absatz 1 und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b erfolgen unabhängig voneinander.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Möglichkeit der anteiligen Verwendung der in § 41 vorgesehenen Leistungsbeträge im Rahmen dieser Vorschrift spätestens bis zum 31. Dezember 2030.“

34. Der Sechste Abschnitt des Vierten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Sechster Abschnitt

Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen und in gemeinschaftlichen Wohnformen

§ 45h

Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 214 Euro monatlich, wenn

1. sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 sind,

2. sie Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 45b oder § 45f beziehen, sofern es sich um Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 handelt,

3. eine Person durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen, und

4. keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen; der Anbieter einer ambulant betreuten Wohngruppe hat die Pflegebedürftigen vor deren Einzug in die Wohngruppe in geeigneter Weise darauf hinzuweisen, dass dieser Leistungsumfang von ihm oder einem Dritten nicht erbracht wird, sondern die Versorgung in der Wohngruppe auch durch die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfelds sichergestellt werden kann.

Leistungen der Tages- und Nachtpflege gemäß § 41 können neben den Leistungen nach dieser Vorschrift nur in Anspruch genommen werden, wenn gegenüber der zuständigen Pflegekasse durch eine Prüfung des Medizinischen Dienstes nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege

nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist; dies gilt entsprechend für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

(2) Die Pflegekassen sind berechtigt, zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen des Absatzes 1 folgende Daten zu verarbeiten und bei dem Antragsteller folgende Unterlagen anzufordern:

1. eine formlose Bestätigung des Antragstellers, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erfüllt sind,

2. die Adresse und das Gründungsdatum der Wohngruppe,

3. den Mietvertrag einschließlich eines Grundrisses der Wohnung und den Pflegevertrag nach § 120,

4. Vorname, Name, Anschrift und Telefonnummer sowie Unterschrift der Person nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und

5. die vereinbarten Aufgaben der Person nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3.

§ 45i

Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

(1) Zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen wird Pflegebedürftigen, die in der neuen Wohngruppe Anspruch auf Leistungen nach § 45h haben und die an der gemeinsamen Gründung beteiligt sind, für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung zusätzlich zu dem Betrag nach § 40 Absatz 4 einmalig ein Betrag von bis zu 2 500 Euro gewährt. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10 000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen des § 45h Absatz 1 Satz 1 zu stellen. Dabei kann die Umgestaltungsmaßnahme auch vor der Gründung und dem Einzug erfolgen. Die Sätze 1 bis 4 gelten für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung entsprechend.

(2) Die Pflegekassen zahlen den Förderbetrag aus, wenn die Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe nachgewiesen wird. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesamt für Soziale Sicherung den Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist. Einzelheiten zu den Voraussetzungen und dem Verfahren der Förderung regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

§ 45j

Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c

(1) Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c erhalten einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 450 Euro je Kalendermonat zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege.

(2) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben zudem je Kalendermonat Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung gemäß § 36. Wenn der Sachleistungsanspruch nur teilweise in Anspruch genommen wird, besteht Anspruch auf anteiliges Pflegegeld gemäß § 38 Satz 1 und 2 in Verbindung mit § 37.

(3) Neben den Ansprüchen nach den Absätzen 1 und 2 können Leistungen gemäß den §§ 7a, 39a, 40 Absatz 1 und 2, §§ 40a, 40b, 44a und 45 in Anspruch genommen werden. Bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 besteht auch Anspruch auf Leistungen gemäß § 44 sowie auf Kurzzeitpflege gemäß § 42 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis zu einem Gesamtbetrag in Höhe des Betrages nach § 42 Absatz 2 Satz 3 im Kalenderjahr.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten nicht in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4.“

35. Nach § 47a wird folgender § 47b eingefügt:

„§ 47b

Aufgabenerledigung durch Dritte

Pflegekassen können die ihnen obliegenden Aufgaben durch Arbeitsgemeinschaften oder durch Dritte mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen, wenn die Aufgabenwahrnehmung durch die Arbeitsgemeinschaften oder den Dritten wirtschaftlicher ist, es im wohlverstandenen Interesse der Betroffenen liegt und Rechte und Interessen der Versicherten nicht beeinträchtigt werden. Wesentliche Aufgaben zur Versorgung der Versicherten dürfen nicht in Auftrag gegeben werden. § 88 Absatz 3 und 4 des Zehnten Buches und die §§ 89 bis 92 und 97 des Zehnten Buches gelten entsprechend.“

36. In § 53b Satz 2 werden die Wörter „Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Wörter „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene“ ersetzt.

37. § 69 wird wie folgt geändert:

a) Der Wortlaut wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Bei ihren Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 und 2 haben die Pflegekassen insbesondere Erkenntnisse aus ihrer Evaluation der regionalen Versorgungssituation nach § 12 Absatz 2, aus den Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 1 und, soweit diese in den Ländern bestehen, der Ausschüsse nach § 8a Absatz 2 und 3 sowie Erkenntnisse aus Anzeigen von Pflegeeinrichtungen nach § 73a Absatz 1 zu berücksichtigen. Ist es zur Gewährleistung des Sicherstellungsauftrags erforderlich, haben die Pflegekassen Verträge mit Einzelpflegekräften gemäß § 77 Absatz 1 abzuschließen oder diese gemäß § 77 Absatz 2 selbst anzustellen.“

38. § 71 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird das Wort „Pflegefachkraft“ durch das Wort „Pflegefachperson“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Nummer 1 wird das Wort „Pflegefachkraft“ durch das Wort „Pflegefachperson“ ersetzt.

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In dem Satzteil vor Nummer 1 wird das Wort „Pflegefachkraft“ durch das Wort „Pflegefachperson“ ersetzt.

bbb) In Nummer 1 werden die Wörter „Pflegefachmann oder Pflegefachfrau“ durch die Wörter „Pflegefachmann, Pflegefachfrau oder Pflegefachperson“ ersetzt.

bb) In den Sätzen 2 bis 5 wird das Wort „Pflegefachkraft“ jeweils durch das Wort „Pflegefachperson“ ersetzt.

39. § 72 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Vor Abschluss des Versorgungsvertrages sind die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 1 und, soweit diese in den Ländern bestehen, der Ausschüsse nach § 8a Absatz 2 und 3 zu beachten. Sofern vorhanden, sind auch die Empfehlungen und Zielsetzungen für die pflegerische Versorgung zu beachten, die im Rahmen der jeweiligen nach landesrechtlichen Vorgaben durchgeführten kommunalen Pflegestrukturplanung vorliegen.“

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Vor Abschluss des Versorgungsvertrages hat der Träger einer vollstationären oder ambulanten Pflegeeinrichtung zu prüfen, ob auch Leistungen der Tagespflege und Nachtpflege gemäß § 41 erbracht werden können. Der Prüfauftrag gilt ebenfalls für bereits bestehende Versorgungsverträge. Der Anspruch auf Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrages nach Absatz 2 Satz 1 besteht, soweit die Voraussetzungen erfüllt sind.“

c) In Absatz 3b Satz 6 wird das Wort „zwei“ durch das Wort „drei“ ersetzt.

d) Absatz 3e wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In dem Satzteil vor Nummer 1 wird die Angabe „31. August“ durch die Angabe „31. Juli“ ersetzt.

bbb) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. Angaben über die sich aus diesen Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ergebende am 1. Juli des Jahres gezahlte Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, soweit diese Angaben zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach den Absätzen 3a und 3b oder zur Ermittlung des oder der regional üblichen Entlohnungsniveaus sowie der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 erforderlich sind; zur Meldung der

hierfür erforderlichen Angaben können die Pflegeeinrichtungen auch entsprechende, elektronisch verfügbare Daten aus ihrer Lohnbuchhaltung nutzen, die zu diesem Zweck zu pseudonymisieren sind.“

bb) In Satz 2 wird die Angabe „1. August“ durch die Angabe „1. Juli“ ersetzt.

40. Nach § 73 wird folgender § 73a eingefügt:

„§ 73a

Sicherstellung der pflegerischen Versorgung

(1) Im Fall einer absehbaren oder bereits eingetretenen wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung ist der Träger einer nach § 72 zugelassenen Pflegeeinrichtung verpflichtet, diese Beeinträchtigung umgehend gegenüber den Pflegekassen als seinen Vertragspartnern anzuzeigen. Es genügt die Anzeige an einen als Partei des Versorgungsvertrages beteiligten Landesverband der Pflegekassen. Die von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen sind hierüber zu informieren.

(2) Bei Anzeigen nach Absatz 1 haben die Pflegekassen zusammen mit der Pflegeeinrichtung und den weiteren an der pflegerischen Versorgung vor Ort Beteiligten Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung für die Pflegebedürftigen zu prüfen. Die Maßnahmen sind in Abstimmung mit den weiteren zuständigen Stellen, insbesondere den nach Landesrecht bestimmten heimrechtlichen Aufsichtsbehörden, umzusetzen. Dabei können auch Abweichungen von zulassungsrechtlichen Vorgaben sowie den vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmalen einschließlich der Personalausstattung und deren gesetzlichen Bestimmungen nach diesem Buch durch die Pflegekassen im Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe hingenommen werden. Bei nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen sind die bestehenden Instrumente und Mittel des Vertragsrechts anzuwenden.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales erstmals zum Stichtag 1. September 2025 und danach halbjährlich über die Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge sowie der Pflegeplätze in den einzelnen stationären Versorgungsbereichen. Der Bericht ist nach Bundesländern zu differenzieren und spätestens sechs Wochen nach dem Stichtag vorzulegen. Er ist anschließend vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu veröffentlichen. Der Bericht enthält neben den Angaben zur Anzahl auch Bewertungen zur Versorgungssituation in den einzelnen Ländern.“

41. In § 74 Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 wird das Wort „Pflegefachkraft“ durch das Wort „Pflegefachperson“ ersetzt.

42. In § 75 Absatz 6 Satz 2 werden die Wörter „Verbänden der Pflegeberufe“ durch die Wörter „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene“ ersetzt.

43. In § 78 Absatz 2 Satz 8 werden die Wörter „Verbände der Pflegeberufe und der“ durch die Wörter „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene und die Verbände der“ ersetzt.

44. § 78a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Vereinbarungen gelten ab dem darin vereinbarten Zeitpunkt."

b) In Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „oder nach § 40a Absatz 1a Satz 1 geeignet ist" eingefügt.

c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden nach dem Wort „vor" die Wörter „und hat der Hersteller keine Erprobung nach Absatz 6a beantragt" eingefügt.

bb) Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte informiert die Vertragsparteien nach § 75 Absatz 1, die an Rahmenverträgen über ambulante Pflege beteiligt sind, über die erforderlichen ergänzenden Unterstützungsleistungen."

d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. den Anforderungen an die Sicherheit, Funktionstauglichkeit und Qualität, einschließlich der Anforderungen an die Interoperabilität, den Datenschutz und die Datensicherheit, sowie das Nähere zu dem pflegerischen Nutzen und zu der Geeignetheit nach § 40a Absatz 1a Satz 1 der digitalen Pflegeanwendung,".

bb) In Nummer 6 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

cc) Folgende Nummer 7 wird angefügt:

„7. den nach Absatz 6a Satz 2 zur Erprobung beizufügenden Unterlagen."

e) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 6a eingefügt:

„(6a) Ist dem Hersteller noch nicht möglich, einen pflegerischen Nutzen oder die Geeignetheit nach § 40a Absatz 1a Satz 1 der digitalen Pflegeanwendungen nachzuweisen, so kann er nach Absatz 4 auch beantragen, dass die digitale Pflegeanwendung ab dem in Absatz 1 Satz 2 zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Zeitpunkt für bis zu zwölf Monate in das Verzeichnis nach Absatz 3 zur Erprobung aufgenommen wird. Der Hersteller hat dem Antrag folgende Unterlagen beizufügen:

1. Nachweise nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 1 und 2,

2. eine plausible Begründung, dass die digitale Pflegeanwendung geeignet ist, die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen zu stabilisieren oder pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende zu entlasten, und

3. ein von einer herstellerunabhängigen Institution erstelltes wissenschaftliches Evaluationskonzept zum Nachweis des pflegerischen Nutzens oder der Geeignetheit nach § 40a Absatz 1a Satz 1.

Im Bescheid nach Absatz 5 Satz 1 hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte den Hersteller zur Vorlage der Unterlagen nach Satz 2 zu verpflichten. Die Erprobung und ihre Dauer sind im Verzeichnis für digitale

Pflegeanwendungen kenntlich zu machen. Der Hersteller hat dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte spätestens nach Ablauf des Erprobungszeitraums den Nachweis des pflegerischen Nutzens oder den Nachweis der Geeignetheit nach § 40a Absatz 1a Satz 1 der erprobten digitalen Pflegeanwendung vorzulegen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet über die endgültige Aufnahme der erprobten digitalen Pflegeanwendung innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Nachweise durch Bescheid. Sind der pflegerische Nutzen oder die Geeignetheit nach § 40a Absatz 1a Satz 1 nicht hinreichend belegt, besteht aber aufgrund der vorgelegten Erprobungsergebnisse eine überwiegende Wahrscheinlichkeit einer späteren Nachweisführung, so kann das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte den Zeitraum der vorläufigen Aufnahme in das Verzeichnis zur Erprobung um bis zu zwölf Monate verlängern. Lehnt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eine Aufnahme in das Verzeichnis endgültig ab, so hat es die zur Erprobung vorläufig aufgenommene digitale Pflegeanwendung aus dem Verzeichnis zu streichen. Eine erneute Antragstellung nach Absatz 4 ist frühestens zwölf Monate nach dem ablehnenden Bescheid des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und auch nur dann zulässig, wenn neue Nachweise vorgelegt werden. Eine wiederholte vorläufige Aufnahme in das Verzeichnis zur Erprobung ist nicht zulässig. Soweit in diesem Absatz nichts anderes bestimmt ist, gelten die Absätze 1 bis 6 und 7 bis 9 entsprechend.“

45. In § 82c Absatz 5 Satz 1 wird in dem Satzteil vor Nummer 1 die Angabe „31. Oktober“ durch die Angabe „30. September“ ersetzt.

46. § 84 Absatz 2 Satz 7 wird wie folgt gefasst:

„Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können die Pflegesätze derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach Art, Größe und Entlohnungsstruktur der Mitarbeitenden sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, angemessen berücksichtigt werden; Vergleichsdaten sind transparent darzustellen.“

47. In § 85 Absatz 5 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „der Antrag kann auch gemeinsam von den Vertragsparteien vor Ablauf der sechs Wochen gestellt werden“ eingefügt.

48. Nach § 86 wird folgender § 86a eingefügt:

„§ 86a

Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen

(1) Pflegesatzanträge sollen rechtzeitig vor Beginn des angestrebten Pflegesatzzeitraumes bei den Kostenträgern nach § 85 Absatz 2 Satz 1 eingereicht werden. Diese bestimmen umgehend eine verbindliche Ansprechperson und teilen diese unverzüglich dem Träger der Pflegeeinrichtung mit. Nachweisforderungen gemäß § 85 Absatz 3 zur Darlegung der prospektiven Aufwendungen sind zeitnah nach Antragseingang zu stellen und zu bedienen. Die Ansprechperson nach Satz 2 kann befugt werden, die schriftliche Vertragserklärung mit Wirkung für und gegen die beteiligten Kostenträger unverzüglich nach der Einigung abzugeben.

(2) Die der Pflegesatzvereinbarung nach § 85 zugrunde gelegten maßgeblichen Annahmen und Werte sind derart zu hinterlegen oder auszuweisen, dass diese künftigen Anpassungen, auch in vereinfachten Verfahren, für die Parteien leicht zugänglich

sind. Die Pflegesatzkommissionen oder vergleichbare Gremien im Land sowie die Vertragsparteien nach § 85 Absatz 2 können entsprechende Empfehlungen für vereinfachte Anpassungsverfahren für die Pflegevergütung beschließen.

(3) Zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Verfahren mit dem Ziel des Abschlusses weitsichtiger Pflegesatz- und Pflegevergütungsvereinbarungen sind auf Bundesebene Empfehlungen nach dem Verfahren gemäß § 75 Absatz 6 bis zum … ***[einsetzen: Datum neun Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 8 Absatz 1]*** abzugeben. Die Empfehlungen betreffen insbesondere

1. die Anforderungen an die nach § 85 Absatz 3 geeigneten Nachweise zur Darlegung der voraussichtlichen Personal- und Sachaufwendungen einschließlich entsprechender Formulare zur Aufbereitung der Daten,

2. geeignete Formen zur Hinterlegung oder zum Ausweis der der Pflegesatz- oder Vergütungsvereinbarung zugrunde gelegten Personal- und Sachaufwendungen und Ausgangswerte, die bei Anschlussvereinbarungen einer Anpassung leicht zugänglich sind,

3. Methoden für vereinfachte Anpassungsverfahren bezogen auf Einzel- und Gruppenverfahren einschließlich geeigneter Parameter und Orientierungswerte bei der Vereinbarung von Pauschalen und

4. Handreichungen zum Umgang mit aktuellen Herausforderungen bei den Vereinbarungsverfahren.

In den Empfehlungen ist zu berücksichtigen, dass vereinbarte Pauschalen in Einzel- und Gruppenverfahren für jede Pflegeeinrichtung in einem angemessenen Verhältnis zur tatsächlichen Höhe von Personal- und Sachaufwendungen sowie von weiteren relevanten Positionen stehen müssen. Die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern können von Satz 2 abweichende Vorgaben in ihren Rahmenverträgen vereinbaren, im Übrigen sind die Empfehlungen für die Vertragspartner unmittelbar verbindlich.

(4) Kommen die Empfehlungen nach Absatz 3 innerhalb der in Absatz 3 Satz 1 genannten Frist ganz oder teilweise nicht zustande, bestellen die in § 75 Absatz 6 genannten Parteien gemeinsam eine unabhängige Schiedsperson. Kommt eine Einigung auf eine Schiedsperson bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen ab der Feststellung der Nichteinigung nicht zustande, erfolgt eine Bestellung der Schiedsperson durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Die Schiedsperson setzt den betreffenden Empfehlungsinhalt einschließlich der Kostentragung des Verfahrens innerhalb von drei Monaten nach Bestellung fest.

(5) Die Empfehlungen nach Absatz 3 können auch in Teilen direkt abgegeben und unverbindlich angewendet werden, bevor diese insgesamt geeint sind. Zudem sind die Empfehlungen von den Beteiligten anlassbezogen und in regelmäßigen Abständen auf Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf zu überprüfen.“

49. In § 89 Absatz 3 Satz 4 werden die Wörter „§ 85 Absatz 3 bis 7 und § 86“ durch die Wörter „§ 85 Absatz 3 bis 7, §§ 86 und 86a“ ersetzt.

50. Der Überschrift des Fünften Abschnitts des Achten Kapitels werden die Wörter „und Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen“ angefügt.

51. Nach § 92b wird folgender § 92c eingefügt:

„§ 92c

Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen

(1) Ambulante Pflegeeinrichtungen können Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen mit den Vertragsparteien nach § 89 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 bis 3 und mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich schließen. Die Verträge regeln auf der Grundlage der Empfehlungen nach Absatz 5 und unter entsprechender Anwendung von § 89

1. ein Basispaket mit körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung gemäß § 36, deren Organisation eigens von der ambulanten Pflegeeinrichtung zur gemeinsamen und individuellen Leistungsinanspruchnahme der Pflegebedürftigen übernommen und deren Erbringung insgesamt sichergestellt wird,

2. eine über das Basispaket in Nummer 1 nach Art und Inhalt hinausgehende Versorgung der Pflegebedürftigen mit körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung gemäß § 36, die über die ambulante Pflegeeinrichtung gewährleistet wird; diese Leistungen können auf Wunsch des Pflegebedürftigen auch Angehörige, Pflegepersonen und ehrenamtlich Tätige oder Dritte erbringen,

3. eine Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 des Fünften Buches als Teil des in Nummer 1 genannten Basispakets sowie eine nach Art und Inhalt über das Basispaket hinausgehende Versorgung mit diesen Leistungen,

4. die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der ambulanten Pflegeeinrichtung zur Erbringung der Leistungen nach den Nummern 1 bis 3,

5. Maßnahmen zur Qualitätssicherung einschließlich eines Qualitätsmanagements sowie die Verpflichtung zur Mitwirkung an Maßnahmen nach den §§ 114 und 114a und

6. die Vergütung und Abrechnung der Leistungen nach den Nummern 1 bis 3 unter Einbezug der bestehenden Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen; hinsichtlich der Basispakete ist § 87a Absatz 1 entsprechend anzuwenden.

Bei der Vereinbarung einer Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach Satz 2 Nummer 3, die über das Basispaket hinausgehen, sind die Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 und ist § 132a Absatz 4 Satz 1 bis 10 und 16 bis 18 zu beachten.

(2) Voraussetzung für den Vertragsabschluss nach Absatz 1 ist, dass

1. mehr als zwei pflegebedürftige Personen zur gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung zusammenleben und die räumliche Gestaltung einer selbstbestimmten Versorgung entspricht und

2. eine qualitätsgesicherte pflegerische Versorgung für die Pflegebedürftigen auf Grundlage eines entsprechenden Versorgungskonzeptes sowie ein aufgaben- und kompetenzorientierter Personaleinsatz sichergestellt ist.

Mit Vertragsabschluss obliegt der ambulanten Pflegeeinrichtung nach Absatz 1 Satz 1 die Verantwortung für die Qualität der Leistungen nach Absatz 1 Satz 2 in der gemeinschaftlichen Wohnform, die von ihr selbst oder im Rahmen einer Kooperation von

einem Pflegedienst im Sinne des § 71 Absatz 1 oder von einem Betreuungsdienst im Sinne des § 71 Absatz 1a erbracht werden. Betreuungsdienste im Sinne des § 71 Absatz 1a können keine Verträge nach Absatz 1 Satz 1 schließen.

(3) Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Schiedsstelle nach § 76 festgelegt. Der Schiedsstelle gehören in diesem Fall auch Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen an, die auf die Zahl der Vertreter der Pflegekassen angerechnet werden.

(4) Bis zum … ***[einsetzen: Datum Inkrafttreten gemäß Artikel 8 Absatz 1]*** geschlossene Verträge auf Basis der Weiterentwicklungsmodelle neuer Wohnformen nach diesem Buch können auf Verlangen des Einrichtungsträgers bis zum Vorliegen der Empfehlungen nach Absatz 5 sowie der Ergebnisse der Modellerprobung gemäß § 125d verlängert werden und sind nach deren Vorliegen innerhalb von 12 Monaten anzupassen.

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene beschließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe spätestens bis zum … ***[einsetzen: Datum zwölf Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 8 Absatz 1]*** Empfehlungen zu den Vertragsinhalten und -voraussetzungen nach Absatz 1 und 2; die Erfahrungen auf Basis der bereits durchgeführten Modelle zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach diesem Buch sowie die Vorgaben des Elften Kapitels zur Qualitätssicherung gemeinschaftlicher Wohnformen im Sinne des Absatzes 1 sind ebenso zu beachten wie jeweils vorliegende Erkenntnisse aus den Modellen nach § 8 Absatz 3a und 3b. Die Empfehlungen beinhalten auch Aussagen

1. über die erforderliche Anwesenheit und Erreichbarkeit von Personal in den gemeinschaftlichen Wohnformen und

2. darüber, welche Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 des Fünften Buches von dem in Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 genannten Basispaket umfasst sein können.

Die die Empfehlungen beschließenden Parteien arbeiten mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene eng zusammen; die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Werden die Empfehlungen innerhalb der genannten Frist ganz oder teilweise nicht beschlossen, bestellen die Parteien gemeinsam eine unabhängige Schiedsperson. Kommt eine Einigung auf eine Schiedsperson bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen ab der Feststellung der Nichteinigung auf die Empfehlungen nicht zustande, erfolgt eine Bestellung der Schiedsperson durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Die Schiedsperson setzt den betreffenden Empfehlungsinhalt einschließlich der Kostentragung des Verfahrens innerhalb von zwei Monaten nach Bestellung fest.

(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales zum … ***[einsetzen: Datum vier Jahre nach Inkrafttreten gemäß Artikel 8 Absatz 1]*** einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht über den Stand der abgeschlossenen Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen nach Absatz 1 vor. Der Schwerpunkt liegt insbesondere auf Zahl, Standort und Trägerschaft, Personalstruktur und Ausstattung sowie Vergütung, Leistungsausgaben und

Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen sowie Qualität der Versorgung im Vergleich zur Versorgung in sonstiger ambulanter und in vollstationärer Pflege. Bei der Evaluation ist auch die Einbeziehung Angehöriger, sonstiger Pflegepersonen und ehrenamtlich Tätiger in die Versorgung zu berücksichtigen.“

52. In § 97 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „38a, 40“ durch die Angabe „40, 45h“ ersetzt.

53. In § 106a Satz 1 wird das Wort „Pflegefachkräfte“ durch das Wort „Pflegefachpersonen“ ersetzt.

54. § 109 wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 wird das Wort „Pflegefachkräfte“ durch das Wort „Pflegefachpersonen“ ersetzt.

    b) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

    „(6) Von der statistischen Geheimhaltungspflicht ausgenommen sind Angaben zur Art und zu den organisatorischen Einheiten der Pflegeeinrichtungen sowie zu den Entgelten der stationären Pflegeeinrichtungen. Die Pflicht zur Geheimhaltung besteht jedoch, wenn Träger der Pflegeeinrichtungen auf Ebene einzelner Verbände ausgewiesen werden.“

55. In § 111 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§§ 45c, 45d“ durch die Angabe „§§ 45c bis 45e“ ersetzt.

56. In § 112a Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Wörter „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene“ ersetzt.

57. § 113 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

    a) In Satz 1 werden die Wörter „Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Wörter „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene“ ersetzt.

    b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

    „Bis zum … [einsetzen: Datum zwölf Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 8 Absatz 1] müssen die Vereinbarungen auf der Grundlage der Bundesempfehlungen nach § 92c Absatz 2 um Regelungen für die gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c ergänzt werden.“

    c) Im neuen Satz 3 werden nach dem Wort „auch“ die Wörter „die Voraussetzungen für eine fachgerechte Pflegeprozessverantwortung und“ eingefügt.

58. § 113b wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 2 Satz 5 und 6 wird wie folgt gefasst:

    „Dem Qualitätsausschuss soll auch ein Vertreter der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene angehören; die Entscheidung hierüber obliegt den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene. Sofern die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene ein Mitglied entsenden, wird dieses Mitglied auf die Zahl der Leistungserbringer angerechnet.“

b) Dem Absatz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Der erweiterte Qualitätsausschuss kann sich bis zu zweimal pro Kalenderjahr auf Initiative des unparteiischen Vorsitzenden auch mit Themen zur Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung befassen, die über die konkreten gesetzlichen Aufträge hinausgehen und zu diesen Themen Entscheidungen treffen. Mit einfacher Mehrheit kann der erweiterte Qualitätsausschuss auch darüber entscheiden, ob eine Arbeitsgruppe gemäß Absatz 7 Satz 1 Nummer 8 eingerichtet und vom unparteiischen Vorsitzenden mit Unterstützung der Geschäftsstelle nach Absatz 6 geleitet wird."

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

„6. bis zum … [einsetzen: Datum zwei Jahre nach Inkrafttreten gemäß Artikel 8 Absatz 1] spezifische Regelungen für die Prüfung der Qualität der Leistungen von ambulanten Pflegediensten und ihren Kooperationspartnern in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c und für die Qualitätsberichterstattung zu entwickeln und einen Abschlussbericht vorzulegen; dabei ist auch zu prüfen, ob ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in gemeinschaftlichen Wohnformen anwendbar ist; sofern dies der Fall ist, sind diesbezügliche Vorschläge zur Umsetzung vorzulegen."

bb) In Satz 3 wird das Wort „sowie" durch ein Komma ersetzt und werden vor dem Wort „können" die Wörter „und der unparteiische Vorsitzende nach Absatz 3 Satz 1" eingefügt.

cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Die Ablehnung eines Vorschlags muss in einer schriftlichen Stellungnahme begründet werden. Diese ist auf der Internetseite des Qualitätsausschusses zu veröffentlichen."

d) In Absatz 4a Satz 1 werden die Wörter „Nummer 1 bis 3" durch die Wörter „Nummer 1, 2, 3 und 6" ersetzt.

e) In Absatz 7 Satz 1 werden im Satzteil vor der Aufzählung die Wörter „Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene" durch die Wörter „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene" ersetzt.

59. § 113c wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 wird der Punkt am Ende durch das Wort „oder" ersetzt.

bb) Folgende Nummer 3 wird angefügt:

„3. die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes hat und überwiegend Leistungen der unmittelbar bewohnerbezogenen Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringt."

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Nummer 1 wird durch die folgenden Nummern 1 und 2 ersetzt:

„1. soll die Pflegeeinrichtung geeignete Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die einen personzentrierten und kompetenzorientierten Personaleinsatz im Sinne der Ziele des § 113c gewährleisten; diese sollen sich an den fachlichen Zielen und der Konzeption der Maßnahmen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, orientieren,

2. kann die Pflegeeinrichtung bis zum 31. Dezember 2026 für die Stellenanteile der personellen Ausstattung nach Absatz 1 Nummer 2, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgehen, auch Personal vorhalten, das über eine mindestens einjährige, medizinische, soziale, hauswirtschaftliche, kaufmännische oder betriebswirtschaftliche Qualifikation verfügt und entsprechend der Qualifikation administrative oder pflegerische Aufgaben zur Entlastung des Fachkraftpersonals nach Absatz 1 Nummer 3 übernimmt, und“.

bbb) Die bisherige Nummer 2 wird Nummer 3.

bb) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Stellenanteile, die bis zum 31. Dezember 2026 mit Personal nach Satz 1 Nummer 2 besetzt wurden, können ab dem 1. Januar 2027 zusätzlich zu den verhandelten Stellenanteilen nach Absatz 1 Nummer 2 vereinbart werden.“

cc) Im neuen Satz 5 wird die Angabe „Nummer 2“ durch die Angabe „Nummer 3“ ersetzt.

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „bis zum 30. Juni 2022“ gestrichen.

bb) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die gemeinsamen Empfehlungen nach Satz 1 umfassen auch Empfehlungen zu den Aufgabenbereichen für Personal nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3. Wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c erarbeitet wurden, sind dabei zu berücksichtigen.“

cc) Im neuen Satz 4 werden die Wörter „Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Wörter „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene“ ersetzt.

dd) Im neuen Satz 5 werden die Wörter „innerhalb der dort genannten Frist“ gestrichen und werden nach dem Wort „wird“ die Wörter „auf Antrag einer Partei nach Satz 1“ eingefügt.

d) In Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 wird das Wort „Pflegefachkräften“ durch das Wort „Pflegefachpersonen“ ersetzt und werden nach dem Wort „können;“ die Wörter „dazu gehören insbesondere staatlich anerkannte Hauswirtschafter, Ergotherapeuten, Logopäden, medizinische Fachangestellte und Physiotherapeuten sowie konzeptabhängig Heilerziehungspfleger, deren Qualifikationsprofil die Voraussetzungen des Beschlusses der Kultusministerkonferenz vom 16. Dezember 2021

„Kompetenzorientiertes Qualifikationsprofil für die Ausbildung von Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspflegern an Fachschulen“ in der Fassung, die auf der Internetseite der Kultusministerkonferenz veröffentlicht ist, erfüllen;“ eingefügt.

e) Folgender Absatz 9 wird angefügt:

„(9) Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene beauftragen gemeinsam mit den Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 Satz 1 bis zum 31. Dezember 2025 eine unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle mit der Begleitung und Unterstützung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen. Die beauftragte Geschäftsstelle soll insbesondere die folgenden Zielgruppen und Maßnahmen unterstützen:

1. Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der fachgerechten Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung,

2. Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von Pflegedokumentationskonzepten, die den Anforderungen des § 113 Absatz 1 Satz 2 bis 4 entsprechen,

3. Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von person-zentrierten und kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen; für vollstationäre Pflegeeinrichtungen auch nach § 113c Absatz 3 Satz 1 Nummer 1,

4. Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage der wissenschaftlichen Expertisen nach § 8 Absatz 3c sowie bei der Entwicklung und Umsetzung von Führungs- und Delegationskonzepten und

5. Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung eines ganzheitlichen, person-zentrierten Pflegeverständnisses, das die Stärkung der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt stellt.

Die Unterstützung nach Satz 2 soll insbesondere erfolgen durch

1. die Entwicklung und Durchführung von Schulungsmaßnahmen zu den Maßnahmen nach Satz 2, insbesondere für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, um entsprechende Schulungsmaßnahmen bundesweit in geeigneter regionaler Dichte und Häufigkeit anbieten zu können,

2. die Entwicklung und Bewertung fachlicher Informationen, von Assessmentinstrumenten und Konzepten zur Nutzung durch Pflegefachpersonen und Leitungskräfte in der Pflege zu den Maßnahmen nach Satz 2 und die öffentliche Bereitstellung dieser Informationen, Assessmentinstrumente und Konzepte im Internet.

Der Medizinische Dienst Bund und die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach Maßgabe von § 118 sowie weitere relevante Fachorganisationen sind bei der Entwicklung der Maßnahmen nach Satz 2 zu beteiligen. Näheres zur Zusammensetzung und Arbeitsweise der Geschäftsstelle, insbesondere zur Auswahl und Qualifikation der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, regeln die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene und die Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 Satz 1 in einer Geschäftsordnung. Die Geschäftsstelle

ist bis zum 31. Dezember 2030 befristet. Die Geschäftsstelle wird aus den Mitteln des Ausgleichsfonds finanziert."

60. § 114 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Prüfaufträge nach Absatz 1 werden ab dem 1. Januar 2027 digital erteilt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen errichtet im Einvernehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Planung, zur Auftragsvergabe und zur Durchführung von Qualitätsprüfungen bis zum 31. Oktober 2026 eine Daten- und Kommunikationsplattform; durch die Landesverbände der Pflegekassen eingesetzte digitale Formate zur Übermittlung der Prüfaufträge und der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen nach § 115 Absatz 1 sind dabei zu berücksichtigen. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit zehn Prozent an den Kosten für den Aufbau und den Betrieb der Daten- und Kommunikationsplattform. Die Plattform enthält aktuelle einrichtungsbezogene Daten und Informationen, insbesondere zu Anzahl und Art der durchgeführten Prüfungen sowie für den vollstationären Bereich zu unangemeldeten Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3 und zu Verlängerungen des Prüfrhythmus nach § 114c. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erstellt auf Grundlage der Daten- und Kommunikationsplattform statistische Datenauswertungen

1. zur Anzahl der erteilten Prüfaufträge und durchgeführten Qualitätsprüfungen in vollstationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie in gemeinschaftlichen Wohnformen,

2. zur Prüfquote des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und

3. zur Anzahl der Verlängerungen des Prüfrhythmus nach § 114c und der unangemeldeten Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3."

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 7 wird nach der Angabe „(§ 87)" das Wort „und" durch ein Komma ersetzt und werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und der Leistungen des Basispaketes bei gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung (§ 92c)" eingefügt.

bb) In Satz 10 wird die Angabe „Satz 10" durch die Angabe „Satz 9" ersetzt.

61. § 114a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 2 bis 4 wird wie folgt gefasst:

„Bei der ambulanten Pflege sind der Medizinische Dienst, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen berechtigt, die Qualität der Leistungen des Pflegedienstes sowohl in den Gemeinschaftsräumen als auch, mit Einwilligung der von dem Pflegedienst versorgten Person, in deren Wohnräumen zu überprüfen. Soweit Räume einem Wohnrecht unterliegen, dürfen sie ohne Einwilligung der darin Wohnenden nur betreten werden, soweit dies zur Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist; das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt. Prüfungen und Besichtigungen zur Nachtzeit

sind nur zulässig, wenn und soweit das Ziel der Qualitätssicherung zu anderen Tageszeiten nicht erreicht werden kann.“

b) Absatz 5 Satz 2 bis 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Stellt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen auf Grundlage der Berichterstattung nach § 114c Absatz 3 Satz 3 eine Unterschreitung der Prüfquote des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. fest, übermittelt er die entsprechenden Daten an das Bundesamt für Soziale Sicherung. In diesem Fall stellt das Bundesamt für Soziale Sicherung die Höhe der Unterschreitung sowie die Höhe der durchschnittlichen Kosten von Prüfungen im Wege einer Schätzung nach Anhörung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen fest. Der Finanzierungsanteil ergibt sich aus der Multiplikation der Durchschnittskosten mit der Differenz zwischen der Anzahl der vom Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. durchgeführten Prüfungen und der Anzahl der Prüfungen, die nach der in § 114 Absatz 1 Satz 1 genannten Prüfquote durchzuführen sind. Im Rahmen der Anhörung nach Satz 3 kann der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. den Nachweis erbringen, dass die Unterschreitung der Prüfquote nicht von ihm oder seinem Prüfdienst zu vertreten ist. Gelingt der Nachweis zur Überzeugung des Bundesamtes für Soziale Sicherung nicht, fordert dieses den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. auf, den Finanzierungsanteil binnen vier Wochen an den Ausgleichsfonds (§ 65) zu zahlen.“

c) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „als auch für“ durch das Wort „und“ ersetzt und werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „als auch für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c“ eingefügt.

bb) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Richtlinien für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung nach § 92c sind auf der Grundlage der Bundesempfehlungen nach § 92c Absatz 2 bis zum … [einsetzen: Datum 15 Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 8 Absatz 1] zu beschließen.“

cc) Im neuen Satz 7 werden die Wörter „Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Wörter „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene“ ersetzt.

62. § 114c wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 7 werden die Wörter „Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Wörter „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene“ ersetzt.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. Qualitätsprüfungen, die nach § 114 in vollstationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c durchgeführt werden; die entsprechenden Daten sollen nach Ländern aufgeschlüsselt werden.“

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Der Bericht nach Satz 1 hat erstmals zum 31. März 2028 und danach jährlich jeweils eine statistische Datenauswertung gemäß § 114 Absatz 1a Satz 5 aufgeschlüsselt nach Ländern zum Stichtag 31. Dezember zu enthalten.“

63. § 115 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „Bereich“ die Wörter „sowie für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung nach § 92c“ eingefügt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „Nummer 1 bis 4“ durch die Wörter „Nummer 1, 2, 3 und 6“ ersetzt.

cc) In Satz 9 werden nach dem Wort „Pflegeeinrichtung“ die Wörter „und jeder gemeinschaftlichen Wohnform mit einem Vertrag zur pflegerischen Versorgung nach § 92c“ eingefügt.

dd) In Satz 10 werden die Wörter „Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Wörter „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene“ ersetzt.

ee) Nach Satz 11 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung nach § 92c sind von den Vertragsparteien unverzüglich nach Inkrafttreten der Richtlinien zu Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnräumen nach § 114a Absatz 7 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene zu schließen.“

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Pflege“ die Wörter „oder in der Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung nach § 92c“ eingefügt.

bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Pflege“ die Wörter „oder die Versorgung in einer gemeinschaftlichen Wohnform mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung nach § 92c“ eingefügt.

c) In Absatz 6 Satz 1 werden vor dem Komma die Wörter „oder einer anderen gemeinschaftlichen Wohnform mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung nach § 92c“ eingefügt.

64. § 118 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 1 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt.

b) Der Nummer 2 wird das Wort „und“ angefügt.

c) Folgende Nummer 3 wird eingefügt:

„3. von Empfehlungen nach § 92c Absatz 2“.

65. Nach § 118 wird folgender § 118a eingefügt:

„§ 118a

Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung

(1) Bei den Aufgaben nach diesem und dem Fünften Buch wirken die für die Wahrnehmung der Interessen der Pflegeberufe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene (maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene) im Rahmen der in der jeweiligen Regelung vorgesehenen Beteiligungsform mit. Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene sollen dabei weitere Organisationen der Pflegeberufe, auch auf Landesebene, beteiligen.

(2) Ehrenamtlich Tätige, die von den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe nach Maßgabe einer auf Grund des Absatzes 3 erlassenen Rechtsverordnung beteiligt werden, damit sie die in Absatz 1 genannten Rechte dieser Organisationen wahrnehmen, haben in den in der Verordnung nach Absatz 3 geregelten Fällen Anspruch auf Erstattung der Reisekosten, die ihnen durch die Entsendung entstanden sind, sowie auf den Ersatz des Verdienstausfalls. Das Nähere wird in der Verordnung nach Absatz 3 geregelt.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Voraussetzungen für eine Anerkennung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, die anerkannten maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, das Verfahren der Beteiligung sowie die Voraussetzungen, den Umfang, die Finanzierung und das Verfahren für die Erstattung von Reisekosten und des Ersatzes des Verdienstausfalls festzulegen.“

66. In § 120 Absatz 3 Satz 4 wird die Angabe „§ 45a Absatz 4“ durch die Angabe „§ 45f“ ersetzt.

67. § 123 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Im Zeitraum von 2025 bis 2029 fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen regionalspezifische Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und vergleichbar Nahestehende vor Ort und im Quartier. Die Förderung erfolgt im Zeitraum von 2025 bis 2028 aus dem Ausgleichsfonds mit bis zu 30 Millionen Euro je Kalenderjahr und in dem Jahr 2029 entsprechend Absatz 5 Satz 3.“

bb) In den neuen Sätzen 4 und 6 wird die Angabe „Satz 1“ jeweils durch die Angabe „den Sätzen 1 und 2“ ersetzt.

b) In Absatz 2 wird nach der Angabe „Satz 1“ die Angabe „und 2“ eingefügt.

c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „Satz 1“ die Angabe „und 2“ eingefügt.

bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Fördermittel, die in einem Land im jeweiligen Kalenderjahr bis einschließlich 2028 nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr bis einschließlich 2029 das Fördervolumen des jeweiligen Landes.“

68. § 125a wird wie folgt gefasst:

„§ 125a

Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege

(1) Für eine wissenschaftlich gestützte Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung fünf Millionen Euro im Zeitraum von 2022 bis 2025 zur Verfügung gestellt.

(2) Für die Förderung gilt § 8 Absatz 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Planung des Modellvorhabens im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, mit geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft sowie mit der Gesellschaft für Telematik nach § 310 des Fünften Buches erfolgt.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erarbeitet im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, mit geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft und mit der Gesellschaft für Telematik sowie unter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 und der oder des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege bis zum 31. Dezember 2027 Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in der ambulanten und in der stationären Langzeitpflege.“

69. Nach § 125b werden die folgenden §§ 125c und 125d eingefügt:

„§ 125c

Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen führt in den Jahren 2025 und 2026 aus den Mitteln nach § 8 Absatz 3 Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung nach dem Achten Kapitel durch. Die Modellvorhaben sind darauf auszurichten, dass die Beteiligten dem allgemeinen anerkannten Stand entsprechende, technisch verfügbare Möglichkeiten elektronischer und digitaler Verfahren für die Verhandlungen einbeziehen, damit Verhandlungen effizient und zügig zum Abschluss gebracht werden können. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben einrichtungsbezogene Daten benötigt werden, können diese mit Einwilligung der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen erhoben, verarbeitet und genutzt werden; personenbezogene Daten dürfen nicht erhoben werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. Die

Modellvorhaben sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales abzustimmen.

§ 125d

Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann in den Jahren 2025 bis 2027 aus den Mitteln nach § 8 Absatz 3 Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung von zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen nach Satz 2 vereinbaren. Gegenstand der Erprobung sind

1. der dauerhafte Einbezug von An- und Zugehörigen in die vollstationäre pflegerische Versorgung und dadurch die Abwahlmöglichkeit professionell erbrachter Leistungen nach § 43 sowie

2. die Erbringung von Leistungen im Sinne des § 36 dieses Buches und die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege gemäß § 37 des Fünften Buches durch voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen für Versicherte außerhalb der Pflegeeinrichtung.

(2) Die Modellvorhaben sind darauf auszurichten, die Wirkungen auf die pflegerische Versorgung umfassend, insbesondere bezüglich Planbarkeit, Verlässlichkeit, Qualität, Wirtschaftlichkeit, Inhalt der erbrachten Leistungen, Kosteneffizienz, Auswirkungen auf den Personalbedarf und auf die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Kosten, zu untersuchen sowie die Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen, den Pflegekräften und den pflegenden An- und Zugehörigen einzubeziehen. Sie sind auf längstens drei Jahre zu befristen. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese mit Einwilligung der betreffenden Person erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. Die Modellvorhaben sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen.

(3) Die am Modellvorhaben teilnehmenden Pflegeeinrichtungen erproben mindestens eine der in Absatz 1 Satz 2 genannten Flexibilisierungen. Es sind jeweils die Vorschriften dieses Buches anzuwenden, im Einzelfall kann von den Regelungen des Siebten und Achten Kapitels abgewichen werden. Bei einer Erprobung, die die in Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 genannten Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 des Fünften Buches zum Gegenstand hat, haben die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen als Leistungserbringer mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich einen Vertrag nach § 132a Absatz 4 des Fünften Buches abzuschließen. Im Einzelfall kann bei Vertragsschluss von den Vorgaben des § 132a Absatz 4 des Fünften Buches abgewichen werden. Die Flexibilisierung der Leistungserbringung der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen zur Versorgung kann bis zu zwei Jahre nach dem Ende des Modellvorhabens und bis zu zwölf Monate nach dem Vorliegen der Bundesempfehlungen nach § 92c Absatz 4 gültig bleiben.“

70. § 150 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird aufgehoben.

b) In Absatz 5 Satz 1 wird das Wort „Pflegefachkräften“ durch das Wort „Pflegefachpersonen“ ersetzt.

Artikel 2

Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch, das zuletzt durch Artikel 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 34 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 Nummer 1 Satz 2 wird das Wort „sechs“ durch das Wort „acht“ ersetzt.

   b) In Absatz 2 Satz 2 wird das Wort „vier“ jeweils durch das Wort „acht“ ersetzt.

   c) In Absatz 3 werden die Wörter „sechs Wochen im Kalenderjahr“ durch die Wörter „acht Wochen im Kalenderjahr“ ersetzt, wird das Wort „vier“ durch das Wort „acht“ ersetzt und werden nach dem Wort „medizinischen“ die Wörter „Vorsorge oder“ eingefügt.

2. In § 45j Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „bis zu einem Gesamtbetrag in Höhe des Betrages nach § 42 Absatz 2 Satz 3 im Kalenderjahr“ durch die Wörter „bis zur Höhe des Leistungsbetrags nach § 42 Absatz 2 Satz 2“ ersetzt.

3. § 55 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 3a wird wie folgt gefasst:

      „(3a) Die Elterneigenschaft sowie die Anzahl der Kinder unter 25 Jahren müssen gegenüber der beitragsabführenden Stelle, bei Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse, nachgewiesen sein, sofern diesen die Angaben nicht bereits bekannt sind. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt Empfehlungen im Hinblick darauf, welche Nachweise geeignet sind. Nachweise, die über das automatisierte Übermittlungsverfahren nach § 55a erbracht werden, sind im Fall der Geburt eines Kindes ab Beginn des Monats der Geburt, ansonsten ab dem Zeitpunkt eines vergleichbaren Ereignisses zu berücksichtigen. Gleiches gilt für Nachweise, die nicht über das automatisierte Übermittlungsverfahren nach § 55a erfolgen, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des Ereignisses erbracht werden. Ansonsten wirkt der Nachweis ab Beginn des Monats, der dem Monat folgt, in dem der Nachweis erbracht wird. Die beitragsabführenden Stellen und die Pflegekassen sind berechtigt, entsprechende Nachweise anzufordern.“

   b) Absatz 3b wird aufgehoben.

Artikel 3

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 23. Oktober 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 324) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 15 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Angabe „§ 63 Abs. 3c“ durch die Wörter „§ 63 Absatz 3c in der bis zum … [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung oder in § 15a“ ersetzt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Pflegeprozessverantwortung im Sinne von § 4 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes ist nicht Teil der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung.“

2. Nach § 15 wird folgender § 15a eingefügt:

„§ 15a

Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung

(1) Pflegefachpersonen, die über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen aufgrund einer nach dem Pflegeberufegesetz vorgeschriebenen beruflichen oder hochschulischen Ausbildung, aufgrund einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung oder aufgrund einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung, die durch eine staatliche Kompetenzfeststellung der Länder nachgewiesen wurde, verfügen, können insbesondere die folgenden Leistungen der ärztlichen Behandlung im Rahmen der Leistungserbringung nach diesem Buch unter den folgenden Voraussetzungen eigenverantwortlich erbringen:

1. nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung die in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten Leistungen,

2. nach einer erstmaligen ärztlichen Verordnung die Verordnung der in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Katalog genannten Leistungen der häuslichen Krankenpflege, einschließlich der Verordnung der für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel nach § 33, und

3. bis zum Abschluss des Vertrags nach § 73d Absatz 1 Satz 1 die in Anlage 1 des nach § 64d Absatz 1 Satz 4 geschlossenen Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung.

(2) Pflegefachpersonen nehmen im Rahmen der Leistungserbringung nach diesem Buch die Pflegeprozessverantwortung im Sinne des § 4 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes wahr.

(3) Pflegefachpersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die über eine Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufegesetzes verfügen.“

3. § 20 Absatz 5 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigen die Krankenkassen

1. eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2 oder § 26 Absatz 1 Satz 3,

2. eine Präventionsempfehlung nach § 5 Absatz 1a Satz 1 bis 4 des Elften Buches oder § 18b Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches oder

3. eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftlich abgegebene Empfehlung.“

4. § 33 Absatz 5a wird wie folgt geändert:

   a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

      „Einer vertragsärztlichen Verordnung nach Satz 1 bedarf es nicht, wenn eine Pflegefachperson die Leistung nach § 15a Absatz 1 Nummer 2 verordnet hat.“

   b) Im bisherigen Satz 2 werden nach den Wörtern „eine vertragsärztliche Verordnung“ die Wörter „oder eine Verordnung einer Pflegefachperson nach § 15a Absatz 1 Nummer 2“ eingefügt.

5. § 37 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Wohnformen“ ein Komma und die Wörter „gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c des Elften Buches“ eingefügt.

   b) In Absatz 2b Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „sowie die nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 von Pflegefachpersonen erbrachten Leistungen“ eingefügt.

   c) In Absatz 8 wird das Wort „Pflegefachkräfte“ durch das Wort „Pflegefachpersonen“ ersetzt.

6. § 37c wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „Pflegefachkraft“ jeweils durch das Wort „Pflegefachperson“ ersetzt.

   b) In Absatz 4 Satz 1 wird das Wort „Pflegefachkraft“ jeweils durch das Wort „Pflegefachperson“ ersetzt.

7. In § 39 Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „(§ 28 Abs. 1)“ durch die Wörter „nach § 28 Absatz 1 und § 15a Absatz 1“ ersetzt.

8. In § 39a Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 werden die Wörter „Krankenschwester, eines Krankenpflegers“ und das Wort „Pflegefachkraft“ jeweils durch das Wort „Pflegefachperson“ ersetzt.

9. § 63 wird wie folgt geändert:

   a) Die Absätze 3b und 3c werden durch folgenden Absatz 3b ersetzt:

      „(3b) Modellvorhaben nach Absatz 3b oder Absatz 3c in der bis zum … [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung, die bis zum … [einsetzen: Tag der Verkündung] begonnen wurden, können weitergeführt werden.“

   b) Absatz 3d wird Absatz 3c.

10. § 64d wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

       aa) In Satz 1 werden nach der Angabe „§ 63“ die Wörter „Absatz 3c in der bis zum … [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung“ eingefügt und wird das Wort „Pflegefachkräfte“ durch das Wort „Pflegefachpersonen“ ersetzt.

bb) In Satz 4 werden die Wörter „Die Spitzenorganisationen nach § 132a Absatz 1 Satz 1“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene“ ersetzt.

cc) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Bis zum 31. März 2026 ist der Rahmenvertrag unter Berücksichtigung des Ergebnisses der Prüfung nach § 73d Absatz 1 Satz 2 so anzupassen, dass die in Anlage 1 des Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen auch in der Regelversorgung erbracht werden können.“

b) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 wird das Wort „Pflegefachkräften“ durch das Wort „Pflegefachpersonen“ ersetzt.

11. In § 70 Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „medizinischen“ die Wörter „und pflegewissenschaftlichen“ eingefügt.

12. Nach § 73c wird folgender § 73d eingefügt:

„§ 73d

Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation

(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger von Pflegeheimen im Sinne des § 71 Absatz 2 des Elften Buches vereinbaren bis zum 31. Juli 2026 in einem Vertrag

1. einen Katalog an Leistungen der ärztlichen Behandlung, die Pflegefachpersonen nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 eigenverantwortlich erbringen können,

2. einen Katalog an Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, die Pflegefachpersonen nach § 15a Absatz 1 Nummer 2 eigenverantwortlich verordnen können, sowie das Nähere zum Verfahren und zu der Ausgestaltung der Verordnungen,

3. Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten bei der Erbringung der nach den Nummern 1 und 2 vereinbarten Leistungen.

Bis zum 31. Dezember 2025 haben die in Satz 1 genannten Vertragspartner zu prüfen, ob Anpassungen des nach § 64d Absatz 1 Satz 4 geschlossenen Rahmenvertrags erforderlich sind, damit die in Anlage 1 des Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen auch in der Regelversorgung erbracht werden können.

(2) Die in Absatz 1 genannten Vertragspartner haben unter Beachtung der Vorgaben von § 15a Absatz 1 in dem Vertrag auch festzulegen, auf der Grundlage welcher Kompetenzen Pflegefachpersonen die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen jeweils eigenverantwortlich erbringen oder verordnen können. Pflegefachpersonen können die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten

Leistungen bei an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern und bei Leistungserbringern nach § 132a Absatz 4 erbringen oder verordnen. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches und der Bundesärztekammer ist vor Abschluss des Vertrags Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; sie haben das Recht, an den Sitzungen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner teilzunehmen. Die Stellungnahmen sind beim Entscheidungsprozess der in Absatz 1 genannten Vertragspartner zu berücksichtigen. Wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c Satz 1 des Elften Buches gefördert wurden, sollen hinsichtlich der Kompetenzanforderungen und dazugehörigen Aufgaben bei der Vereinbarung der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 berücksichtigt werden.

(3) Kommt der Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 nicht innerhalb der in Absatz 1 Satz 1 genannten Frist zustande, wird der Inhalt des Vertrags auf Antrag eines der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner oder des Bundesministeriums für Gesundheit durch eine von den in Absatz 1 genannten Vertragspartnern innerhalb eines Monats nach Antragstellung zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten nach ihrer Bestimmung festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht fristgerecht auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

(4) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner evaluieren die Auswirkungen der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, auch in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Die Evaluation erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2029 einen Bericht über das Ergebnis der Evaluation vor.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bis zum 31. Juli 2030 die Entwicklung und Umsetzung der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in der Versorgung, auch in Krankenhäusern und in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie in Pflegeeinrichtungen, soweit die eigenverantwortliche Erbringung dieser Leistungen nicht bereits Gegenstand der Evaluation nach Absatz 4 waren. Die Ergebnisse der Evaluation nach Absatz 4 sind zu berücksichtigen. Innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der Evaluation nach Satz 1 prüft das Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, ob und inwieweit die Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in der Versorgung umgesetzt wurden und ob die bestehenden leistungsrechtlichen Regelungen zur eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen angepasst werden müssten oder erweitert werden können. Bei der Prüfung sind wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c Satz 1 des Elften Buches gefördert wurden, zu berücksichtigen. Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unverzüglich über das Ergebnis dieser Prüfung.“

13. In § 87 Absatz 2a Satz 9 werden die Wörter „delegationsfähige Leistungen durch Personen nach § 28 Absatz 1 Satz 2“ durch die Wörter „nach § 28 Absatz 1 Satz 2 delegationsfähige Leistungen und nach § 73d Absatz 1 vereinbarte Leistungen durch andere Personen“ ersetzt und die Wörter „bis zum 23. Januar 2016“ gestrichen.

14. § 119b wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 1 Satz 8 wird das Wort „Pflegefachkraft“ durch das Wort „Pflegefachperson“ ersetzt.

    b) In Absatz 2 werden die Wörter „Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Wörter „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne von § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.

15. § 132a wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt geändert:

        aa) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:

            „2a. Voraussetzungen für eine fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung im Sinne des § 4 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes,“.

        bb) In Nummer 6 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.

        cc) In Nummer 7 wird das Wort „Pflegefachkräfte“ durch das Wort „Pflegefachpersonen“ ersetzt und der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.

        dd) Folgende Nummer 8 wird angefügt:

            „8. Grundsätze der Vergütung von Verordnungen von in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Katalog genannten Leistungen, soweit sie von Leistungserbringern nach Absatz 4 erbracht werden, erstmals bis zum … [einsetzen: Datum zwölf Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 8 Absatz 1].“

    b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

        „(5) Die Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c des Elften Buches erfolgt nach Maßgabe dieser Verträge.“

16. In § 132g Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Wörter „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.

17. In § 137a Absatz 7 Nummer 6 werden die Wörter „Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe“ durch die Wörter „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.

18. § 197b wird wie folgt geändert:

    a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Rechte“ die Wörter „und Interessen“ eingefügt.

    b) In Satz 3 wird die Angabe „§§ 89, 90 bis 92“ durch die Angabe „§§ 89 bis 92“ ersetzt.

19. § 202 Absatz 1a wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Buches“ die Wörter „über die Datenstelle der Rentenversicherung nach § 145 Absatz 1 Satz 1 des Sechsten Buches und“ eingefügt.

b) In Satz 7 werden nach dem Wort „Einkommensteuergesetzes“ die Wörter „und über die Datenstelle der Rentenversicherung nach § 145 Absatz 1 Satz 1 des Sechsten Buches“ eingefügt.

20. In § 278 Absatz 2 Satz 1 und 2 wird das Wort „Pflegekräften“ jeweils durch das Wort „Pflegefachpersonen“ ersetzt.

21. In § 283 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 werden die Wörter „Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Wörter „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.

22. In § 317 Absatz 1 Satz 3 Nummer 7 werden die Wörter „Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Wörter „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.

23. In § 373 Absatz 3 werden die Wörter „Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Wörter „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.

24. § 374 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch ein Komma und die Wörter „die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.

b) In Satz 2 werden die Wörter „der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Wörter „die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.

Artikel 4

Änderung des Pflegezeitgesetzes

In § 2 Absatz 2 Satz 2 des Pflegezeitgesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874, 896), das zuletzt durch Artikel 68 des Gesetzes vom 23. Oktober 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 323) geändert worden ist, werden nach dem Wort „Bescheinigung“ die Wörter „oder eine Bescheinigung einer Pflegefachperson“ eingefügt.

Artikel 5

Änderung des Pflegeberufegesetzes

Das Pflegeberufegesetz vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

   a) Die Angabe zu Teil 1 Abschnitt 2 wird wie folgt gefasst:

      „Abschnitt 2 Vorbehaltene Aufgaben; eigenverantwortliche Heilkundeausübung“.

   b) Die Angabe zu § 4 wird durch die folgenden Angaben zu den §§ 4 und 4a ersetzt:

      „§ 4 Vorbehaltene Aufgaben

      § 4a Eigenverantwortliche Heilkundeausübung“.

   c) Nach der Angabe zu § 14 wird folgende Angabe zu § 14a eingefügt:

      „§ 14a Standardisierte Kompetenzbeschreibungen für heilkundliche Aufgaben“.

2. Die Überschrift von Teil 1 Abschnitt 2 wird wie folgt gefasst:

   „Abschnitt 2 Vorbehaltene Aufgaben; eigenverantwortliche Heilkundeausübung“.

3. § 4 wird wie folgt geändert:

   a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

      „ § 4

      Vorbehaltene Aufgaben“.

   b) In Absatz 1 Satz 1 wird nach dem Wort „werden“ die Angabe „(Pflegeprozessverantwortung)“ eingefügt.

   c) In Absatz 2 Nummer 1 werden nach dem Wort „Pflegebedarfs“ die Wörter „und Planung der Pflege“ eingefügt.

4. Nach § 4 wird folgender § 4a eingefügt:

   „§ 4a

   Eigenverantwortliche Heilkundeausübung

   Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 sind zur eigenverantwortlichen Heilkundeausübung im Rahmen der nach diesem Gesetz erworbenen heilkundlichen Kompetenzen befugt.“

5. Nach § 14 wird folgender § 14a eingefügt:

   „§ 14a

   Standardisierte Kompetenzbeschreibungen für heilkundliche Aufgaben

   Die Fachkommission nach § 53 kann mit empfehlender Wirkung standardisierte Beschreibungen für die erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Ausübung von heilkundlichen Aufgaben (standardisierte Kompetenzbeschreibungen) entwickeln, soweit diese Kompetenzen nicht bereits im Rahmen

der Ausbildung nach § 5 vermittelt werden. Dazu gehören insbesondere standardisierte Beschreibungen der nach § 37 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 Satz 2 Nummer 6 bis 9 zu vermittelnden Kompetenzen. Die standardisierten Kompetenzbeschreibungen nach den Sätzen 1 und 2 können gemeinsam vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt werden. Änderungen der standardisierten Kompetenzbeschreibungen bedürfen einer erneuten Genehmigung. Die standardisierten Kompetenzbeschreibungen sollen in geeigneten Abständen an den medizinischen und pflegewissenschaftlichen Fortschritt angepasst werden."

6. § 37 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „zur eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung von erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten" durch die Wörter „zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung von weiteren heilkundlichen Aufgaben" ersetzt.

   b) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt geändert:

      aa) In Nummer 6 werden die Wörter „zur selbständigen und eigenverantwortlichen Übernahme von erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten" durch die Wörter „zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung von weiteren heilkundlichen Aufgaben" ersetzt.

      bb) In Nummer 7 werden die Wörter „der eigenverantwortlich und selbständig ausgeübten erweiterten heilkundlichen Aufgaben" durch die Wörter „der wahrgenommenen weiteren heilkundlichen Aufgaben" ersetzt.

      cc) In Nummer 9 werden die Wörter „die selbständige und eigenverantwortliche Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten" durch die Wörter „die eigenverantwortliche Wahrnehmung von weiteren heilkundlichen Aufgaben in den in Absatz 2 Satz 2 genannten Bereichen" ersetzt.

7. § 66e wird wie folgt gefasst:

„§ 66e

Übergangsvorschrift für Personen, die bereits über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 verfügen

Personen, die bereits über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 verfügen, können die Kompetenzen nach § 37 Absatz 2 Satz 2 ebenfalls erwerben. Für den gesonderten Erwerb der Kompetenzen nach § 37 Absatz 2 Satz 2 finden die Vorschriften von Teil 3 dieses Gesetzes in der geltenden Fassung entsprechend Anwendung. Die gesondert erworbenen Kompetenzen werden zum Ende des Studienangebots staatlich geprüft."

Artikel 6

Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

In § 64k des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes

vom 8. Mai 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 152) geändert worden ist, werden das Komma und die Wörter „die das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 78a Absatz 5 Satz 6 des Elften Buches festgelegt hat," gestrichen.

Artikel 7

Änderung der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung

Die Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung vom 2. Oktober 2018 (BGBl. I S. 1572), die zuletzt durch Artikel 4 der Verordnung vom 21. November 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 360) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 33 Absatz 1 Satz 5 werden die Wörter „selbständigen und eigenverantwortlichen Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten" durch die Wörter „eigenverantwortlichen Wahrnehmung von weiteren heilkundlichen Aufgaben" und werden die Wörter „selbständigen und eigenverantwortlichen Kompetenzen zur Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten" durch die Wörter „Kompetenzen für die eigenverantwortliche Wahrnehmung weiterer heilkundlicher Aufgaben" ersetzt.

2. § 37 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 2a wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 1 werden die Wörter „zur Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten" durch die Wörter „zur Wahrnehmung weiterer heilkundlicher Aufgaben" ersetzt.

      bb) In Satz 4 werden die Wörter „der selbständigen und eigenverantwortlichen Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten" durch die Wörter „der eigenverantwortlichen Wahrnehmung weiterer heilkundlicher Aufgaben" ersetzt.

      cc) In Satz 6 werden die Wörter „zur selbständigen und eigenverantwortlichen Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten" durch die Wörter „der eigenverantwortlichen Wahrnehmung weiterer heilkundlicher Aufgaben" ersetzt.

   b) In Absatz 5a Satz 1 werden die Wörter „zur Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten" durch die Wörter „zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung weiterer heilkundlicher Aufgaben" ersetzt.

3. In § 42 Satz 2 werden die Wörter „erweiterten heilkundlichen Kompetenzen" durch die Wörter „Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung weiterer heilkundlicher Aufgaben" ersetzt.

4. Anlage 5 Teil B wird wie folgt geändert:

   a) Abschnitt I wird wie folgt geändert:

      aa) In der Überschrift werden die Wörter „erweiterter heilkundlicher Verantwortung" durch die Wörter „Verantwortung zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung weiterer heilkundlicher Aufgaben" ersetzt.

bb) Im ersten Spiegelstrich werden die Wörter „Ausübung erweiterter heilkundlicher Aufgaben“ durch die Wörter „eigenverantwortliche Wahrnehmung weiterer heilkundlicher Aufgaben“ ersetzt.

cc) Im zweiten Spiegelstrich werden die Wörter „Übernahme erweiterter heilkundlicher Aufgaben“ durch die Wörter „eigenverantwortliche Wahrnehmung weiterer heilkundlicher Aufgaben“ ersetzt.

dd) Im dritten Spiegelstrich werden die Wörter „den erweiterten heilkundlichen Kompetenzen“ durch die Wörter „der Wahrnehmung weiterer heilkundlicher Aufgaben“ ersetzt.

ee) Im vierten Spiegelstrich werden die Wörter „übernehmen eine erweiterte Verantwortung für die Einbettung heilkundlicher Tätigkeiten in den Pflege- und Therapieprozess“ durch die Wörter „übernehmen eine erweiterte Verantwortung für die Einbettung eigenverantwortlich wahrgenommener weiterer heilkundlicher Aufgaben in den Pflege- und Therapieprozess“ ersetzt.

ff) Im sechsten Spiegelstrich werden die Wörter „die selbständig ausgeführten übertragenen erweiterten heilkundlichen Aufgaben“ durch die Wörter „die eigenverantwortlich wahrgenommenen weiteren heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.

b) Abschnitt II wird wie folgt geändert:

aa) In der Überschrift werden die Wörter „Erweiterte heilkundliche Verantwortung“ durch die Wörter „Verantwortung für weitere heilkundliche Aufgaben“ ersetzt.

bb) Im neunten Spiegelstrich werden die Wörter „selbständige Übernahme erweiterter heilkundlicher Aufgaben“ durch die Wörter „eigenverantwortliche Wahrnehmung weiterer heilkundlicher Aufgaben“ ersetzt.

c) Abschnitt III wird wie folgt geändert:

aa) In der Überschrift werden die Wörter „Erweiterte heilkundliche Verantwortung“ durch die Wörter „Verantwortung für weitere heilkundliche Aufgaben“ ersetzt.

bb) Im sechsten Spiegelstrich werden die Wörter „erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten“ durch die Wörter „weiterer heilkundlicher Aufgaben“ ersetzt.

d) In der Überschrift zu Abschnitt IV werden die Wörter „Erweiterte heilkundliche Verantwortung“ durch die Wörter „Verantwortung für weitere heilkundliche Aufgaben“ ersetzt.

5. In Anlage 14 werden die Wörter „über die erweiterten heilkundlichen Kompetenzen“ durch die Wörter „über die weiteren heilkundlichen Aufgaben“ und die Wörter „zur selbständigen und eigenverantwortlichen Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten“ durch die Wörter „zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung weiterer heilkundlicher Aufgaben“ ersetzt.

Artikel 8

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am ersten Tag des auf die Verkündung folgenden Kalendermonats in Kraft.

(2) Artikel 2 Nummer 2 tritt am 1. Juli 2025 in Kraft.

(3) Artikel 1 Nummer 32 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa und Buchstabe b sowie Artikel 2 Nummer 1 und 3 treten am 1. Januar 2026 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ist die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in den letzten Jahren weiter angestiegen. Laut den Ergebnissen der Pflegevorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (Destatis) ist zu erwarten, dass die Zahl in den kommenden Jahrzehnten weiter anwachsen wird. Dies führt einerseits zu einer kontinuierlich steigenden Nachfrage nach Pflegeleistungen und andererseits zu einem steigenden Bedarf an Pflegekräften, um eine person-zentrierte und qualitativ hochwertige Pflege für die wachsende Zahl pflegebedürftiger Menschen und für Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Auch wenn die Langzeitpflege in den vergangenen Jahren zu den besonders stark wachsenden Dienstleistungsbranchen gehörte, bedarf es weiterer bundesgesetzlicher Regelungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Pflege, um die an der Pflege beteiligten Akteure zu unterstützen, ihren gesetzlichen Auftrag einer leistungsfähigen, regional gegliederten, ortsnahen und aufeinander abgestimmten pflegerischen Versorgung der Bevölkerung zu erfüllen.

In dieser Legislaturperiode wurden daher insbesondere mit dem Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege vom 23. Juni 2023 (siehe BGBl. 2023 I Nr. 155) bereits wichtige Maßnahmen zur Stärkung der Langzeitpflege auf den Weg gebracht. Hierzu gehören vor allem die zwingend notwendige Verbesserung der Einnahmensituation der sozialen Pflegeversicherung, die mehrstufige Anpassung der Leistungsbeträge sowie Verbesserungen und Flexibilisierungen im Leistungsrecht, die insbesondere die häusliche Pflege entlasten sollen. Zudem wurde das Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung aufgrund des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 zu den Aktenzeichen 1 BvL 3/18, 1 BvR 717/16, 1 BvR 2257/16 und 1 BvR 2824/17 im Hinblick auf die Berücksichtigung des Erziehungsaufwands von Eltern verfassungskonform ausgestaltet.

Zudem sind angesichts der Auswirkungen des demographischen Wandels auf das Erwerbspersonenpotential insbesondere in der Langzeitpflege strukturelle Verbesserungen erforderlich, die mit dem Gesetz zur Stärkung der Pflegekompetenz umgesetzt werden.

Pflegefachpersonen sind für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung in Deutschland unentbehrlich. Sie sind aufgrund ihrer beruflichen oder hochschulischen Ausbildung sehr gut qualifiziert, verfügen häufig über eine oder mehrere, teils umfassende Weiterbildungen und große Patientennähe. Wie auch die Erfahrungen der COVID-19-Pandemie gezeigt haben, werden die vielfältigen Kompetenzen von Pflegefachpersonen in Deutschland in der Versorgung gegenwärtig jedoch noch nicht hinreichend genutzt. Damit bleiben zugleich Potenziale für eine Verbesserung der Versorgung, auch an Übergängen und im Bereich der Prävention, und Möglichkeiten zur Sicherstellung der Versorgung in der Fläche ungenutzt. International übernehmen Pflegefachpersonen, insbesondere mit Bachelor- oder Masterabschluss, zudem häufig weitergehende, eigenverantwortliche Aufgaben in der Versorgung und sorgen damit nicht nur für eine bessere Versorgung, sondern tragen im Rahmen einer Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams auch zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzten bei. Dabei geht es nicht darum, Befugnisse anderer Berufsgruppen im Gesundheitswesen zu beschneiden, sondern den Pool der fachkompetenten Personen in der Versorgung zu erweitern, insbesondere zur Sicherstellung der Versorgung in Zeiten des demografischen Wandels und einer qualitativ hochwertigen Versorgung unter Einbeziehung der Profession Pflege. Eine weitere Flexibilisierung des Personaleinsatzes sowie die Schaffung neuer Entwicklungsperspektiven für den

Pflegeberuf, auch für Pflegefachpersonen aus dem Ausland, zielen auf die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs ab.

Neben der Versorgung von Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftiger durch Pflegefachpersonen gibt es außerdem vielfältige weitere Formen der Unterstützung für Menschen mit Pflegebedarf, beispielsweise in Form von niedrigschwelligen Hilfen oder in neuen Wohnformen.

Auch unterstützt durch die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach § 45e SGB XI sowie die wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI hat sich in der Versorgungspraxis ein breites Spektrum an innovativen gemeinschaftlichen Wohnformen gebildet. Diese gehen auch auf die Wünsche vieler pflegebedürftiger Menschen nach Alternativen zu den klassischen Versorgungsformen zurück. Rechtlich ist es für die Pflegekassen aber oftmals nicht möglich, diese neuen Versorgungsansätze insgesamt einem klassischen Versorgungssektor zuzuordnen. Vor diesem Hintergrund ist es geboten, im Hinblick auf die Vielgestaltigkeit gemeinschaftlicher Wohnformen Regelungen für die Versorgung der Pflegebedürftigen dort zu treffen.

Die Gewährleistung einer leistungsfähigen, regional gegliederten, ortsnahen und bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung liegt darüber hinaus auch in der maßgeblichen Zuständigkeit der Länder und deren Kommunen. Das geltende Pflegeversicherungsrecht eröffnet den Ländern und deren Kommunen daher bereits verschiedene Möglichkeiten, um Einfluss auf die Planung und Ausgestaltung der pflegerischen Infrastruktur und die Sicherstellung der Versorgung zu nehmen. In der praktischen Umsetzung zeigt sich allerdings, dass diese Regelungen teils konkretisiert und verbindlicher gestaltet werden müssen, um die Wirksamkeit der bestehenden Einflussmöglichkeiten zu erhöhen. Weiterhin besteht auch Verbesserungsbedarf mit Blick auf die notwendige Datengrundlage für die Pflegestrukturplanungen in den Ländern und der abhängig von landesrechtlichen Vorgaben gebildeten regionalen Pflegeausschüsse. Vor diesem Hintergrund sollen die Abstimmung und die Datenflüsse zwischen Pflegekassen und den nach Landesrecht für die (kommunale) Pflegestrukturplanung zuständigen Stellen verbessert werden. Auch bezüglich der gesetzlich festgelegten Aufgaben der Pflegekassen (Sicherstellungsauftrag) besteht insofern Konkretisierungsbedarf. Ferner sind auch die regionalen Pflegenetzwerke nach § 45c Absatz 9 SGB XI, die der strukturierten Zusammenarbeit der an der pflegerischen Versorgung beteiligten Akteure dienen sollen, in der Praxis der pflegerischen Versorgung bislang nicht ausreichend existent. Um hier Abhilfe zu schaffen, sollen verschiedene Regelungen zur Unterstützung der Bildung von mehr regionalen Netzwerken eingeführt werden. Daneben sollen weitere Maßnahmen zur Hebung von Pflegepotentialen vor Ort, insbesondere durch Strukturverbesserungen und einen zielgerichteteren Ressourceneinsatz sowie durch Maßnahmen zur Entbürokratisierung und Vereinfachung des geltenden Rechts umgesetzt werden.

Die Pflegeselbstverwaltung steht seit der Einführung der Regelungen zur tariflichen Entlohnung im Pflegeversicherungsrecht und den dadurch bedingten jährlichen Anpassungen zunehmend vor besonderen Herausforderungen, um zeitnahe Abschlüsse von Vergütungsvereinbarungen für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen umzusetzen. Bedingt durch die verschiedenen Krisen der letzten Jahre hat sich deren Lage weiter zugespitzt, so dass sich die Beteiligten in weiter verschärften Rahmenbedingungen befinden, um zeitnah ihre Leistungen auf der Grundlage einer leistungsgerechten Pflegevergütung erbringen zu können. Um dem entgegenzuwirken und den Pflegeeinrichtungen schnellere Vereinbarungen zu ermöglichen, sind Anpassungen des bestehenden Vergütungsvereinbarungsverfahrens vorgesehen. Zudem werden auf Grundlage erster Ergebnisse aus der Evaluation der Regelungen zur tariflichen Entlohnung nach § 72 Absatz 3e des Elften Buches Vereinfachungen für kollektivrechtlich gebundene Pflegeeinrichtungen bei den erforderlichen Datenmeldungen vorgesehen.

Bereits seit 2021 enthält das Recht der Pflegeversicherung Regelungen zur Einführung von digitalen Pflegeanwendungen (BGBl. I S. 1309), die durch die Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung vom 29. September 2022 (BGBl. I S. 1568) konkretisiert worden sind. Gleichwohl werden diese digitalen Pflegeanwendungen in der Praxis der pflegerischen Versorgung bislang noch nicht eingesetzt. Um hier Abhilfe zu schaffen, sollen verschiedene Vorgaben für digitale Pflegeanwendungen und die eng damit verknüpften ergänzenden Unterstützungsleistungen vereinfacht werden.

In seinem Urteil vom 30. August 2023 (Az.: B 3 A 1/23 R und B 1 A 1/22 R) hat das Bundessozialgericht klargestellt, dass es Pflegekassen gänzlich untersagt ist, ohne gesetzliche Grundlage Aufgaben auf Dritte auszugliedern. Die in der gesetzlichen Krankenversicherung existierende Regelung des § 197b SGB V, unter deren Voraussetzungen es unter Beachtung der Rechtsprechung zulässig ist, dass die Krankenkassen ihnen obliegende Aufgaben auch durch private Dritte wahrnehmen lassen, ist auf die soziale Pflegeversicherung nicht entsprechend anwendbar. Ohne Schaffung einer gesetzlichen Grundlage im SGB XI ist es Pflegekassen daher verwehrt, ihre Aufgaben durch Dritte wahrnehmen zu lassen. Dem wird mit einer Regelung in § 47b SGB XI Rechnung getragen.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Befugnis zur Heilkundeausübung durch Pflegefachpersonen; sozialrechtliche Geltung der Vorbehaltsaufgaben

Der Pflegeberuf ist ein Heilberuf mit eigenen beruflichen Kompetenzen. Gesetzlich wird im Pflegeberufegesetz daher nunmehr klargestellt, dass Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufegesetzes im Rahmen der erworbenen Kompetenzen Heilkunde ausüben dürfen. Anschließend an die Regelungen des Gesetzes zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften (Pflegestudiumstärkungsgesetz — PflStudStG) vom 15. Dezember 2023, BGBl. 2023 I Nr. 359, S. 1ff., mit denen geregelt wurde, dass die hochschulische Pflegeausbildung zusätzliche Kompetenzen zur selbständigen Ausübung von erweiterten heilkundlichen Aufgaben in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz vermitteln soll, wird zudem berufsrechtlich auch die Befugnis zur Heilkundeausübung in diesem Sinne geregelt.

Zugleich wird für die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in einem neuen § 15a SGB V und parallel in § 28 Absatz 5 SGB XI festgelegt, dass auch Pflegefachpersonen bestimmte Aufgaben der ärztlichen Behandlung eigenverantwortlich im Rahmen der leistungsrechtlichen Vorschriften erbringen dürfen. Ergänzend wird für die beiden Sozialversicherungen grundsätzlich klargestellt, dass die berufsrechtlich geregelten Vorbehaltsaufgaben von Pflegefachpersonen nach § 4 des Pflegeberufegesetzes (Pflegeprozessverantwortung) bei der inhaltlichen Ausgestaltung der Leistungen und der Leistungserbringung zu berücksichtigen sind. Anknüpfend an diese Vorbehaltsaufgaben, zu denen auch die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs gehören, wird zudem in einem neuen § 18e Absatz 6 ein Modellprojekt beim Medizinischen Dienst vorgesehen, in dem geprüft wird, inwieweit, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang Pflegefachpersonen, die in der Versorgung nach SGB V und XI tätig sind, hinsichtlich der von ihnen versorgten Personen mit der Übernahme von Aufgaben im Rahmen des Begutachtungsverfahrens beauftragt werden können.

Vertrag über Leistungen der ärztlichen Behandlung, die von Pflegefachpersonen eigenverantwortlich erbracht werden können; Übertragung der Modellvorhaben nach § 64d SGB V in die Regelversorgung

In einem neuen § 73d SGB V können zukünftig – anknüpfend an den bisherigen Rahmenvertrag nach § 64d SGB V – Leistungen der ärztlichen Behandlung, die von

Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung oder der häuslichen Krankenpflege eigenverantwortlich erbracht werden können, in einem Vertrag vereinbart werden. Zudem können in dem Vertrag Leistungen vereinbart werden, die im Rahmen der häuslichen Krankenpflege von Pflegefachpersonen eigenverantwortlich als Folge-Verordnung veranlasst werden können – einschließlich der für diese Maßnahmen benötigten Hilfsmittel. Damit wird ein gesetzliches Instrument geschaffen, das eine erweiterte Leistungserbringung durch Pflegefachpersonen für die genannten Leistungsbereiche perspektivisch umfassend regeln kann. Die Regelung sieht abgestufte Umsetzungsmöglichkeiten sowohl für beruflich als auch hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen vor. Letztere können entweder im Rahmen der hochschulischen Pflegeausbildung (auf Grundlage der ab dem 1. Januar 2025 geltenden Regelungen) oder im Rahmen von bundesweit einheitlichen Weiterbildungen zusätzliche heilkundliche Kompetenzen erwerben. Die Inhalte des bisherigen Rahmenvertrags aus dem Modellvorhaben nach § 64d SGB V gelten gesetzlich in einem ersten Schritt als vereinbart. Die Partner des Vertrags nach § 73d SGB V sind daher verpflichtet, kurzfristig zu prüfen, ob für die Anwendung in der Regelversorgung noch technische Anpassungen, z. B. zur Abrechnung, erforderlich sind. So wird sichergestellt, dass jedenfalls die bisher geeinten Inhalte unverzüglich in der Praxis umgesetzt werden können.

Der Vertrag nach § 73d soll an durch Wissenschaft und berufsständische Organisationen entwickelte Aufgabenkataloge für Pflegefachpersonen anknüpfen. Auf diese Weise erhalten die berufsständischen Organisationen – neben der vorgesehenen Beteiligung an dem Vertrag nach § 73d – die Möglichkeit, die ihre fachliche Expertise in die zukünftigen Inhalte des Vertrags einzubringen. Flankiert wird die Regelung zum einen durch eine Evaluation der Umsetzung durch die Vertragspartner nach § 73d, zum anderen durch eine Evaluation des Bundesministeriums für Gesundheit. Um die Entwicklung der Leistungen, die von Pflegefachpersonen erbracht werden können, kontinuierlich weiter voran zu bringen, wird das Bundesministerium für Gesundheit verpflichtet, auf Grundlage der Ergebnisse beider Evaluationen einen Bericht an die gesetzgebenden Körperschaften des Bundes zu erstatten, ob gesetzliche Anpassungen, auch im Sinne von nochmals erweiterten Befugnissen, angezeigt sind. Ergänzend wird die in § 40 Absatz 6 SGB XI vorgesehene Möglichkeit, dass bei vorliegender Empfehlung einer Pflegefachperson für ein Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel die Notwendigkeit der Versorgung vermutet wird, ausgeweitet, so dass auch für weitere Bereiche der Entscheidung der Pflegefachperson (vorbehaltlich der Prüfung der Wirtschaftlichkeit) eine fachliche Letztverbindlichkeit zugesprochen wird.

Auch für die weiteren Versorgungsbereiche im SGB V und SGB XI, z. B. Krankenhäuser sowie ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, gilt, dass auf der Grundlage von § 15a SGB V bzw. § 28 Absatz 5 SGB XI Leistungen der ärztlichen Behandlung von Pflegefachpersonen im Rahmen der berufsrechtlich erworbenen oder vergleichbaren Kompetenzen erbracht werden können. Die Vereinbarungen des Vertrags nach § 73d SGB V gelten für die Langzeitpflege hinsichtlich des Befugnisrahmens entsprechend. Sie sind für andere Versorgungsbereiche des SGB V wie die Krankenhäuser, da es sich um einen Vertrag im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung handelt, nicht verbindlich; insbesondere können in anderen Versorgungsbereichen Aufgaben relevant sein, die in der ambulanten ärztlichen Versorgung typischer Weise nicht vorkommen, z. B. im Rahmen der Notfall- und Intensivversorgung.

Stärkung der Vertretung der Pflegeberufe auf Bundesebene; Entwicklung von Empfehlungen für einen Muster-Scope of Practice und für Mindestanforderungen an Weiterbildungen

Die Gestaltung einer qualitativ hochwertigen Versorgung unter Einbeziehung der Profession Pflege wird auch durch eine weitere Professionalisierung der Pflege in Deutschland unterstützt. Die Vertretungen der Pflegeberufe sind in vielen Ländern seit langem zentral für die Gestaltung und Weiterentwicklung des Berufsbilds. Damit die Profession Pflege sich im beschriebenen Sinne weiterentwickeln kann, wird eine geeignete organisatorische Infrastruktur auch auf Bundesebene benötigt.

Eine wesentliche Aufgabe der Vertretung der Pflegeberufe auf Bundesebene ist dabei die Erarbeitung einer systematischen und umfassenden Beschreibung der Aufgaben von Pflegefachpersonen, einschließlich heilkundlicher Aufgaben (sog. Muster-Scope of Practice). Dabei sind auch Empfehlungen für Mindestanforderungen an Weiterbildungen zu beschreiben, die den jeweiligen Aufgaben zugrunde liegen. Hierfür wird in § 8 Absatz 3c SGB XI ein Modellprogramm beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen eingerichtet, das mit zehn Millionen Euro für die Jahre 2025 bis 2030 ausgestattet wird. In dem Modellprogramm beauftragt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wissenschaftliche Expertisen zu den genannten Themen; die Einbeziehung der Vertretung der Pflegeberufe auf Bundesebene durch die jeweiligen Auftragnehmer ist dabei verpflichtend sicherzustellen.

Flankierend wird in einem neuen § 118a SGB XI die Vertretung der Pflegeberufe auf Bundesebene einheitlich geregelt. Welche Organisation(en) zukünftig als maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene gelten, wird in einer Rechtsverordnung mit Zustimmung der Länder festgelegt. Bisherige Beteiligungsregelungen zugunsten der Organisationen der Pflegeberufe werden – soweit fachlich passend – unter Bezugnahme auf § 118a SGB XI vereinheitlicht. Zudem werden für die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene an den Aufgaben der Sozialversicherungen Möglichkeiten zur Erstattung von Reisekosten sowie der Ersatz des Verdienstausfalls vorgesehen; die Einzelheiten werden ebenfalls in der Rechtsverordnung geregelt.

Zur Vereinheitlichung der Bezeichnungen im SGB V und SGB XI wird in § 15a SGB V sowie parallel in § 11 Absatz 1 Satz 3 SGB XI zudem festgelegt, dass Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufegesetzes im SGB V bzw. SGB XI als Pflegefachpersonen bezeichnet werden. Damit wird der häufig kritisierte Begriff der Pflegefachkräfte abgelöst.

Umsetzung und Erweiterung des Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen, Einrichtung einer Geschäftsstelle

Zur Beschleunigung der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen und zur besseren Berücksichtigung von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen im Rahmen der Personalausstattung von vollstationären Pflegeeinrichtungen wird die Möglichkeit geschaffen, die Vereinbarung von Stellen für hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen, die zu mindestens 50 Prozent in der direkten Pflege und Betreuung tätig sind, regelhaft als sachlichen Grund über die bestehenden Personalanhaltszahlen nach § 113c Absatz 1 SGB XI hinaus anzugeben. Die Möglichkeiten, Stellen für andere Fachkräfte zur Deckung des Personalbedarfs zu vereinbaren, werden auf Grundlage der bestehenden landesrechtlichen Regelungen bundeseinheitlich geregelt. Zur Begleitung der Umsetzung des neuen Personalbemessungsverfahrens, insbesondere zur Umsetzung einer person-zentrierten und kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklung, auch in ambulanten und teilstationären Pflegeeinrichtungen, beauftragen die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a SGB XI gemeinsam mit den Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 Satz 1 bis zum 31. Dezember 2025 eine unabhängige Geschäftsstelle mit der Begleitung und Unterstützung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung. Aufgabe der Geschäftsstelle ist auch die bedarfsabhängige Schulung von Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen zur fachgerechten Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung.

Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen und Erfahrungen und Wirkungsweisen des seit 2017 geltenden Begutachtungsinstruments

In den letzten Jahren ist zu beobachten, dass die tatsächliche Zahl der Pflegebedürftigen über die prognostizierte demographische Entwicklung hinaus angestiegen ist. Es soll daher untersucht werden, welche Gründe und Ursachen zu diesem seit 2017, dem Jahr der Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments, zu beobachtenden Anstieg beigetragen haben. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird

verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit einen auf unabhängiger wissenschaftlicher Grundlage zu erstellenden Bericht zu Faktoren dieser Entwicklung, wie zum Beispiel den Wirkungsweisen des Begutachtungsinstruments, der Prävalenz von bestimmten pflegebegründenden Erkrankungen, demographischen Faktoren und sozioökonomischen Einflüssen vorzulegen.

Stärkung der Rolle der Kommunen, Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen und Kommunen und Sicherstellung der Versorgung

Entsprechend der Vereinbarung im Koalitionsvertrag für diese Legislaturperiode erhalten die Kommunen künftig mehr verbindliche Mitwirkungsmöglichkeiten bei der Zulassung von Pflegeeinrichtungen. Kommunale Pflegestrukturplanungen sowie die Empfehlungen der Landespflegeausschüsse und der regionalen Pflegeausschüsse nach § 8 Absätze 1 bis 3 müssen künftig vor Abschluss eines Versorgungsvertrages beachtet werden. Zugleich werden die bestehenden Vorgaben zur Planung der Pflegeeinrichtungen durch die Länder konkretisiert, um dies ebenfalls mit den neuen Mitwirkungsmöglichkeiten bei der Zulassung von Pflegeeinrichtungen zu verknüpfen. Wie in vielen Ländern bereits in der Rechtspraxis umgesetzt, können durch Landesrecht Vorgaben zur kommunalen Pflegestrukturplanung gemacht werden und es kann durch Landesrecht bestimmt werden, dass die Empfehlungen der regionalen Ausschüsse nach § 8a Absatz 3 SGB XI als kommunale Pflegestrukturplanung angesehen werden können. Durch die neuen Mitwirkungsmöglichkeiten sollen Länder und Kommunen auch dazu angeregt werden, ihre Infrastrukturverantwortung effizienter wahrzunehmen und zu gestalten und – entsprechend des bestehenden Rechts durch die Pflegekassen unterstützt – Planungen zu erstellen, die zur Sicherstellung einer den spezifischen regionalen Bedarfen entsprechenden pflegerischen Versorgung beitragen können.

Zugleich werden auch die Aufgaben der Pflegekassen konkretisiert. Um ihren Sicherstellungsauftrag besser auszufüllen, sollen sie bzw. ihre Landesverbände zukünftig auf Basis der ihnen zur Verfügung stehenden Versorgungsdaten die Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation regelmäßig evaluieren und die an der Versorgung Beteiligten über ihre Erkenntnisse informieren. Die Daten werden auf Anfrage und gegen Erstattung des Aufwands auch den Kommunen für ihre kommunalen Pflegestrukturplanungen zur Verfügung gestellt, um so die Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen und Kommunen weiter zu verbessern. Der Sicherstellungsauftrag wird zudem auch in Bezug auf die Pflegeberatung konkretisiert. Die Pflegekassen im Land sollen hierfür einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen zur kassenartenübergreifenden Organisation der Pflegeberatung im Land und zur Abstimmung und Zuordnung der Beratungsstrukturen zu bestimmten räumlichen Einzugsbereichen treffen können. Damit könnten zum Beispiel auch Beratungsangebote für besondere Personengruppen geschaffen und besser organisiert werden.

Darüber hinaus werden Regelungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung vor Ort im Falle einer wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung ins Dauerrecht überführt und eine Anzeigepflicht für zugelassene Pflegeeinrichtungen bei wesentlichen Beeinträchtigungen der Leistungserbringung übertragen. Damit soll in absehbaren oder bereits eingetroffenen erheblichen Krisensituationen die Versorgung der Pflegebedürftigen besser gewährleistet werden. Flankiert werden die Regelungen durch eine regelmäßige Berichtspflicht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen an das Bundesministerium für Gesundheit zu den Entwicklungen in den pflegerischen Versorgungsstrukturen einschließlich Angaben zum Anzeigenaufkommen und den ergriffenen Maßnahmen.

Verfahrensoptimierungen für die Vergütungsverhandlungen bei nach dem SGB XI zugelassenen Pflegeeinrichtungen

Im Pflegevertrags- und -vergütungsrecht ist ein Paket an Regelungen zum Verfahren für die Verhandlung von Vereinbarungen sowie zu den Vertragsinhalten vorgesehen, das sich in die bestehende Systematik des Pflegevergütungsrechts einfügt. Zentraler Ansatzpunkt sind hierbei neue Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen

und -vereinbarungen, welche zum formalen Verfahren den Beginn, die Verhandlungsführung und den Abschluss mitumfassen. Damit verbunden ist ein Auftrag zu Bundesempfehlungen für die Pflegeselbstverwaltung als Richtschnur, um dynamisch auch aktuellen Herausforderungen effektiv und handlungsleitend begegnen zu können.

Zudem werden konkrete Verfahrensabsprachen durch die Selbstverwaltung forciert, um insbesondere durch pauschalisierende Absprachen sowohl Änderungen bei den Personalaufwendungen als auch bei den Sachaufwendungen mit geringerem Aufwand bei Folgevereinbarungen prospektiv berücksichtigen zu können. Dazu sollen diese in den Vereinbarungen bereits so ausgewiesen werden, dass künftige Anpassungen leichter in einer Folgevereinbarung abgebildet werden können. Zur zeitlichen Entzerrung für die an der Pflegesatzvereinbarung Beteiligten soll auch eine optionale Verlängerung des Zeitraums zur Umsetzung von Änderungen bei Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsvertragsrichtlinien nach deren Veröffentlichung durch Pflegekassen oder bei Veränderungen der regional üblichen Niveaus der Entlohnung oder der Zuschläge von derzeit zwei auf drei Monate eingeräumt werden.

Um Fragen, die sich für Verhandlungen in digitalen Formaten für die jeweiligen Beteiligten stellen, perspektivisch gebündelt und effizient anzugehen, wird zur Unterstützung ein Auftrag an den GKV-Spitzenverband im Rahmen bereits bestehender Mittel gesetzt, um in den Jahren 2025 und 2026 ein Modellprojekt auf Bundesebene für digitale Verhandlungen durchzuführen. Dies soll auch mit einem wissenschaftlichen Bericht ausgewertet werden, in dem bereits genutzte Techniken und gemachte Erfahrungen für die Praxis einbezogen werden sollen.

Niedrigschwellige Unterstützung von Pflegebedürftigen und Entlastung von Pflegepersonen

Die Versorgung Pflegebedürftiger erfordert ein breites Spektrum an Hilfen, von der pflegefachlichen Leistungserbringung über niedrigschwellige Angebote, die Pflegebedürftigen soziale Kontakte ermöglichen und dazu beitragen, Pflegepersonen zu entlasten, bis hin zu bürgerschaftlich engagierten Helfenden, die sich für pflegebedürftige Menschen vor Ort einbringen. Neben der Stärkung der Kompetenzen der Pflegefachpersonen wird daher auch der Bereich der niedrigschwelligen, entlastenden Unterstützung von Pflegebedürftigen in den Blick genommen und das Engagement in diesem Bereich mit einer Reihe von Maßnahmen erleichtert.

Erleichterungen im Rahmen der Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag

So wird im Bereich der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag der Rahmen des SGB XI besser nachvollziehbar formuliert und stärker für die Besonderheiten der jeweiligen Angebote geöffnet. Bislang zwingend formulierte Vorgaben etwa zu Schulungen, Fortbildungen oder fachlicher Anleitung werden flexibilisiert und es wird deutlich gemacht, dass sie jeweils nur insoweit gefordert werden, wie dies zur sachgerechten Durchführung der Angebote erforderlich ist.

Insbesondere bei den auf praktische Hilfen ausgerichteten Angeboten zur Entlastung im Alltag – beispielsweise zur Unterstützung bei der Haushaltsführung – kommt es vornehmlich darauf an, dass sie verlässlich und sachgerecht ausgeführt werden. Zusätzliche Nachweise über Schulungen, die formal absolviert werden müssen, obwohl die kompetente Ausführung bereits dargelegt werden kann, sind in diesen Fällen nicht erforderlich. Auch bei dem geforderten Grund- und Notfallwissen, das einem angemessenen Umgang mit Pflegebedürftigen und Pflegepersonen dient, sind die Anforderungen auf das im Bedarfsfall erforderliche Kernwissen zu konzentrieren und das praktisch ausgerichtete Tätigkeitsprofil zu beachten. Um hier zu einer bundesweit stärkeren Vereinheitlichung zu kommen, die vielfach gefordert worden ist, werden dazu Empfehlungen eingeführt, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung

e. V. unter Beteiligung der Verbände der Menschen mit Behinderungen und der Pflegebedürftigen und unter Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder beschließt.

Insgesamt wird zudem der dynamischen Entwicklung Rechnung getragen, die durch das vielgestaltige Engagement der Länder im Bereich der Angebote zur Unterstützung im Alltag in den letzten Jahren eingetreten ist. So wurden vielfältige Unterstützungsstrukturen auf- und ausgebaut – teilweise auch mit modellhafter Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit – und es wurden neue Anlaufstellen für Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag geschaffen. Diese Unterstützungsstrukturen, die bislang im SGB XI gar nicht abgebildet waren, werden nun in die Regelungen aufgenommen und können damit dort, wo sie bestehen, einfacher für Erleichterungen oder eine Bündelung von Unterstützungsmaßnahmen in Bezug auf die Anerkennung eingebracht werden.

Zudem wird der Entwicklung Rechnung getragen, dass immer mehr Länder gesellschaftlich engagierte Einzelhelferinnen und -helfer anerkennen, und es werden Erfahrungen aus der Zeit der Pandemie aufgegriffen, in der sich rasch ein Netz an engagierten Einzelpersonen gebildet hat, das älteren und auch pflegebedürftigen Menschen im Alltag Unterstützung angeboten hat als andere Unterstützungsstrukturen ausfielen oder eingeschränkt waren. Damit dieses Engagement auch regelhaft anerkannt werden kann, werden im Bundesrecht erstmalig sogenannte personenbezogen anerkannte Einzelhelfende als ein Fall der Angebote zur Unterstützung im Alltag gesetzlich definiert. Diese müssen kein Konzept ausarbeiten und ihre generelle zielgruppen- und tätigkeitsgerechte Qualifikation usw. nachweisen, sondern entscheidend ist, dass die Helfenden grundsätzlich geeignet sind, die Hilfen, die sie übernehmen möchten, zu erbringen und mit den persönlich benannten Pflegebedürftigen angemessen umzugehen. Um dies festzustellen, kann zum Beispiel ein persönliches Gespräch stattfinden. Außerdem sollen Helfende und Pflegebedürftige darüber informiert sein, an wen sie sich wenden können, falls doch Fragen oder Schwierigkeiten auftreten sollten. Mit diesem Rahmen ist eine Anerkennung nach dem SGB XI deutlich einfacher als bisher. Gleichzeitig werden Helfende aber nicht „unbesehen“ anerkannt, so dass zum einen ein niedrigschwellig ausgestaltetes Mindestmaß an Prüfung erhalten bleibt und zum anderen ein Leistungsmissbrauch oder eine nicht zweckgerechte Verwendung von Mitteln der Pflegeversicherung vermieden wird.

Bessere Unterstützung der Versorgung von Pflegebedürftigen durch Gruppenbetreuungsangebote

Neben der Vereinfachung der Anerkennungsvoraussetzungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag werden außerdem weitere Maßnahmen ergriffen, um das gesellschaftlich vorhandene Engagementpotential für die Pflege besser zu heben und zu fördern. Denn zum einen ist der Einsatz einer Vielzahl von Menschen erforderlich, die zur Hilfe bereit sind, wenn auch in Zukunft eine Versorgung der steigenden Zahl von Pflegebedürftigen gesichert werden soll. Niedrigschwellige Hilfen leisten für die soziale Gestaltung des Alltags von Pflegebedürftigen hier einen ganz wertvollen Beitrag. Zum anderen wird zunehmend darauf zu achten sein, dass das vorhandene Personal in der Pflege effektiv und effizient eingesetzt wird. Beides ist insbesondere in Gruppenbetreuungsangeboten für Pflegebedürftige gewährleistet, die besonders gut geeignet sind, bei einem effizienten Mittel- und Personaleinsatz häusliche Versorgungssettings so zu unterstützen, dass eine Pflege zu Hause möglich wird oder weiter aufrechterhalten werden kann.

Neben dem unverändert weiterhin bestehenden Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tagespflege oder Nachtpflege wird nunmehr ein Umwandlungsanspruch geschaffen, der für niedrigschwellige Tagesbetreuungsgruppen eingesetzt werden kann. Hierbei handelt es sich um nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag, die – insoweit vergleichbar einer Tagespflege – regelmäßig für mehrere Stunden die Betreuung von Pflegebedürftigen übernehmen und so für pflegende An- und Zugehörige Möglichkeiten schaffen, berufstätig zu sein, notwendige Besorgungen zu erledigen oder auch

notwendige Auszeiten zu nehmen, um die häusliche Pflege längerfristig übernehmen zu können. Hierfür wird die Möglichkeit geschaffen, den Leistungsbetrag nach § 41 SGB XI in Höhe von bis zu 50 Prozent für eine solche niedrigschwellige Tagesbetreuung einzusetzen. Zugleich wird der ambulante Umwandlungsanspruch von bisher 40 Prozent auf bis zu 50 Prozent des Leistungsbetrags nach § 36 SGB XI erweitert, sodass ebenfalls die niedrigschwellige Betreuung im häuslichen Umfeld verbessert wird. Damit erhalten Pflegebedürftige neue Möglichkeiten, je nach ihrem Bedarf niedrigschwellige Unterstützungsleistungen zu beziehen, die zudem eine andere Kostenstruktur aufweisen, mehr Menschen ein Engagementfeld im Bereich Pflege bieten und einen Beitrag zur Entlastung der erforderlichen Pflegeeinrichtungen leisten.

Weiterentwicklung der Fördermöglichkeiten

Entsprechend der Stärkung des niedrigschwelligen Bereichs werden auch die Fördermöglichkeiten verbessert. In § 45c SGB XI wird die Förderung von Unterstützungsstrukturen für Angebote zur Unterstützung im Alltag nun ausdrücklich aufgenommen und die beispielhafte Aufzählung des Fördermitteleinsatzes bei der Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag wird – auch im Hinblick auf Tagesbetreuungsgruppen – weiterentwickelt. Zugleich wird als Förderbeispiel für Modellvorhaben in Bereichen, in denen die Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf, in § 45c SGB XI ausdrücklich auch die pflegerische Versorgung über Nacht mit aufgenommen – beispielsweise über Modelle zur weiteren Entwicklung von Nachtpflege oder Nachtbetreuung. Die Fördermöglichkeiten werden dabei ausgeweitet und der Förderanteil der Pflegeversicherung auf 60 Prozent angehoben. Außerdem wird die Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken, die bisher in § 45c Absatz 9 SGB XI verortet war, in einen neuen § 45e SGB XI überführt und dort im Hinblick auf den weiteren Auf- und Ausbau und die Unterstützung der Zusammenarbeit in strukturierten Netzwerken weiterentwickelt. Hierdurch wird die Bedeutung der Vernetzung von Akteuren für die pflegerische Versorgung herausgestellt und die Rolle der kommunalen Ebene gestärkt. Im Bereich der Selbsthilfe in der Pflege wird die Förderung von allein durch die Pflegeversicherung geförderten Gründungszuschüssen für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen und für bundesweite Tätigkeiten der Selbsthilfe verstetigt und in § 45d SGB XI gleichberechtigt mit den übrigen Fördermöglichkeiten geregelt. Damit wird die Förderung verbessert und kann mehr Planungssicherheit für alle Beteiligen schaffen. Zur besseren Übersichtlichkeit wird § 45d SGB XI zugleich neu gefasst und in Absätze untergliedert.

Durch die neuen Regelungen im Bereich der Angebote zur Entlastung im Alltag, insbesondere hinsichtlich Unterstützung bei der Haushaltsführung, und zu personenbezogen anerkannten Einzelhelfenden werden der Sache nach zugleich Beschlüsse der ASMK zur Stärkung niedrigschwelliger Hilfen aufgegriffen. Ebenso wird ein Beschluss des Bundesrates im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz aufgegriffen, der zur Ermöglichung einer schnelleren und einfacheren Anpassung der Landesrechtsverordnungen nach den §§ 45a und 45c SGB XI die Einführung einer Subdelegationsbefugnis der Landesregierungen auf oberste Landesbehörden gefordert hatte.

Prävention im Rahmen des SGB XI ausbauen

Der Zugang zu Präventionsleistungen für Pflegebedürftige, die in häuslicher Pflege von An- und Zugehörigen und/oder einem Pflegedienst versorgt werden, soll durch zielgenaue Präventionsberatung und durch die Ermöglichung der Empfehlung einer konkreten Maßnahme durch Pflegefachpersonen verbessert werden

Pflegerische Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen

Um dem Wunsch pflegebedürftiger Menschen nach Alternativen zu den klassischen Versorgungsformen zu entsprechen, hat der Gesetzgeber bereits mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz vom 23. Oktober 2012 folgende Regelungen eingeführt:

Zum einen wurde der so genannte Wohngruppenzuschlag gemäß § 38a als zusätzliche Leistung für pflegebedürftige Menschen in ambulant betreuten Wohngruppen eingeführt. Zum anderen wurde mit § 45e eine Regelung geschaffen, die die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen im Blick hat. Im Rahmen einer Anschubfinanzierung werden Pflegebedürftige, die Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag nach § 38a haben und an der gemeinsamen Gründung der Wohngruppe beteiligt sind, dabei unterstützt, die gemeinsame Wohnung altersgerecht oder barrierearm umzugestalten. Schließlich wurden mit § 45f in der bisherigen Fassung zehn Millionen Euro zur wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen zur Verfügung gestellt.

Außerdem wurde eine Vielzahl von Untersuchungen und Modellmaßnahmen durchgeführt, deren Auswertung ein vielgestaltiges Bild zeigt: Das Spektrum gemeinschaftlicher Wohnformen reicht von häuslichen Wohnsettings, die mehr Versorgungssicherheit als üblich gewährleisten wollen, bis hin zu klassischen Wohnsettings der Vollversorgung, die die Versorgungssicherheit mit mehr Selbstbestimmung und individuellen Lebensweisen kombinieren wollen, um den Bedarfen der Bewohnerinnen und Bewohner besser gerecht zu werden. Es gibt selbstorganisierte gemeinschaftliche Wohnformen ebenso wie Betreutes Wohnen bzw. Service-Wohnen, ambulante Pflegewohn- und Hausgemeinschaften und integrierte Konzepte einschließlich Quartierskonzepte. Allen Modellen ist gemeinsam, dass die Initiatoren versuchen, neue Versorgungslösungen zu entwickeln, die von herkömmlichen Konzepten abweichen oder diese fortentwickeln, um die Wohn- und Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen noch bedarfsgerechter zu gestalten (vgl. insbesondere die Arbeitshilfe zur Umsetzung neuer Wohnformen für Pflegebedürftige – Praxistransfer der Ergebnisse des Modellprogramms „Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI“). Dabei sind insbesondere die Herausforderungen, die sich aus dem Spannungsverhältnis zwischen dem Wunsch nach mehr Selbstbestimmung einerseits und dem Wunsch nach Versorgungssicherheit andererseits ergeben, in Einklang zu bringen.

Dieses Buch gewährt Leistungen entweder bei häuslicher oder bei stationärer Pflege. Rechtlich ist es aber oftmals nicht möglich, einzelne Versorgungsansätze insgesamt der häuslichen oder der stationären Pflege zuzuordnen. Daher erschweren diese Mischformen den Pflegekassen die Entscheidung, welche Leistungen den Pflegebedürftigen nach diesem Buch zustehen.

All dies macht deutlich, dass es geboten ist, im Hinblick auf die Vielgestaltigkeit gemeinschaftlicher Wohnformen Regelungen zu treffen, die so konkret wie nötig, aber gleichzeitig auch so weit wie möglich gehalten sind. Die notwendigen vertragsrechtlichen Regelungen werden in § 92c getroffen und damit eine Option für zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen geschaffen, im Rahmen sektorenübergreifender Verträge die pflegerische Versorgung für konkrete gemeinschaftliche Wohnformen zu übernehmen. Welche Leistungen der Pflegeversicherung in diesen gemeinschaftlichen Wohnformen zur Verfügung stehen und welche nicht, wird mit dem vorliegenden § 45j geregelt. Auch bedarf es Regelungen zur Qualitätssicherung. Insoweit sind insbesondere die Vorgaben in den §§ 112 ff. zu beachten.

Parallel soll durch eine Modellregelung die Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter wissenschaftlicher Begleitung erprobt werden. Die Erprobung bezieht sich einerseits auf den fortdauernden Einbezug von An- und Zugehörigen in die vollstationäre pflegerische Versorgung und dadurch entstehende Abwahlmöglichkeiten der Pflegebedürftigen von professionell erbrachten Leistungen. Zentral soll untersucht werden, wie durch die regelmäßige Übernahme von pflegerischen Leistungen Personaleinsparungen für die Einrichtungen und entsprechende Kostenreduzierungen für die Pflegebedürftigen umsetzbar sind, und welche Auswirkungen sich dadurch für die bestehende Vollversorgungsgarantie der Pflegeeinrichtung ergeben. Andererseits soll untersucht werden, wie voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen besser zur pflegerischen Versorgung in ihrer Umgebung von ambulant versorgten Pflegebedürftigen in ihrer Häuslichkeit beitragen können und sich somit ins Quartier öffnen können. Der Fokus liegt hierbei auf den notwendigen gesetzlichen Voraussetzungen,

abgesehen von der bereits vorhandenen Option als weitere Zulassung als ambulante Pflegeeinrichtung oder Betreuungseinrichtung mittels Gesamtversorgungsverträgen. Insgesamt sollen damit Ergebnisse für die Prüfung von weiteren gesetzlichen Änderungsbedarfen im Pflegeversicherungsrecht dienen.

Nachweis über die Elterneigenschaft im automatisierten Übermittlungsverfahren

Mit der Regelung in § 55 Absatz 3a SGB XI wird der Zeitpunkt festgelegt, zu dem Nachweise über die Elterneigenschaft und die Anzahl der Kinder unter 25 Jahren insbesondere im automatisierten Übermittlungsverfahren wirken. Die Regelung schafft in der Anwenderpraxis Rechtsklarheit und erleichtert damit einen friktionsfreien Ablauf des automatisierten Übermittlungsverfahrens ab dem 1. Januar 2026. Verzögerungen im automatisierten Übermittlungsverfahren wirken sich nicht zulasten des Mitglieds aus. In Ausnahmefällen, in denen Nachweise beispielsweise aus rechtlichen Gründen nicht oder nicht vollständig über das automatisierte Verfahren erfolgen können, besteht die Möglichkeit, dass Mitglieder den Nachweis gegenüber der beitragsabführenden Stelle oder bei Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse erbringen. Auch für diesen Fall wird Entsprechendes in Bezug auf die Wirkung des Nachweises geregelt.

Anbindung der Zahlstellen an das automatisierte Übermittlungsverfahren

Im Meldeverfahren der Zahlstellen von Versorgungsbezügen nach § 202 SGB V im Rahmen des automatisierten Übermittlungsverfahrens nach § 55a SGB XI erfolgt eine gesetzliche Klarstellung: Zur Anbindung der Zahlstellen an das automatisierte Übermittlungsverfahren ist es aus technischen Gründen erforderlich, die Meldung an das Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) zusätzlich über die Datenstelle der Rentenversicherung zu richten. Entsprechendes gilt für die Rückmeldung des BZSt an die Zahlstelle. Die gesetzlichen Änderungen dienen der technischen Umsetzbarkeit des vorgenannten Verfahrens.

Digitale Pflegeanwendungen

Es werden Regelungen über den Leistungsanspruch sowie über die Anerkennung von digitalen Pflegeanwendungen und ergänzenden Unterstützungsleistungen vereinfacht. Wesentlich ist dabei die Aufteilung des bislang einheitlichen monatlichen Leistungsanspruchs. Dieser wird künftig nach digitalen Pflegeanwendungen und ergänzenden Unterstützungsleistungen getrennt. Ferner wird nach dem Vorbild der digitalen Gesundheitsanwendungen eine Möglichkeit für die Erprobung von digitalen Pflegeanwendungen geschaffen. Hinzu kommt die Aufhebung der Erforderlichkeitsprüfung für ergänzende Unterstützungsleistungen durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Ferner werden die Anforderungen für digitale Pflegeanwendungen vereinfacht, die auf die Unterstützung für pflegende An- und Zugehörige ausgerichtet sind. So sollen digitale Pflegeanwendungen für Pflegepersonen nunmehr auch zulässig sein, wenn sie eine entlastende Wirkung für die Pflegepersonen oder einen stabilisierenden Effekt für die häusliche Versorgungsituation der pflegebedürftigen Person haben, ohne dass noch eine Verknüpfung zu den Merkmalen, verlangt wird, die Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 Absatz 2 ausmachen. Außerdem wird der Vergütungsanspruch der Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen mit dem Leistungsanspruch der Pflegebedürftigen zur Verfahrensvereinfachung zeitlich parallelisiert.

Weiterentwicklungen im Bereich Qualitätssicherung in der Pflege

Durch die Stärkung der Rolle des unparteiischen Vorsitzenden findet eine maßvolle institutionelle Weiterentwicklung des Qualitätsausschusses Pflege statt. Zudem soll die Effizienz der Beauftragung von Qualitätsprüfungen und die Transparenz über das Prüfgeschehen durch die Einrichtung einer digitalen Daten- und Kommunikationsplattform beim GKV-SV erhöht werden.

Wahrnehmung von Aufgaben der Pflegekassen durch Dritte

Mit der Einführung eines neuen § 47b SGB XI wird es Pflegekassen ermöglicht, die ihnen obliegenden Aufgaben unter Beachtung gesetzlich festgelegter Voraussetzungen und unter Beachtung der Rechtsprechung auch durch Dritte wahrnehmen zu lassen. Damit wird dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 30. August 2023 (Az.: B 3 A 1/23 R und B 1 A 1/22 R) Rechnung getragen und im SGB XI eine gesetzliche Grundlage hierfür geschaffen.

Änderung der Intervalle der Beratung nach § 37 Absatz 3 Satz 1 SGB XI

Mit der Änderung werden die Intervalle der Beratung nach § 37 Absatz 3 Satz 1 SGB XI vergrößert. So haben pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 4 und 5 halbjährlich einmal, anstatt vierteljährlich einmal, eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 haben trotz der Neuregelung die Möglichkeit, vierteljährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch zu nehmen.

Elektronische Übermittlung des Nachweisformulars über eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit (§ 37 Absatz 4 Satz 3 SGB XI)

Mit der Änderung wird eingeführt, dass die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachpersonen den in § 37 Absatz 4 Satz 1 SGB XI genannten Stellen, das Nachweisformular über eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit im Wege elektronischer Datenübertragung übermitteln oder maschinell verwertbar auf Datenträgern. Das Nähere zum Verfahren regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer.

III. Exekutiver Fußabdruck

Der Gesetzentwurf ist nicht wesentlich durch Interessenvertreterinnen und Interessenvertreter oder beauftragte Dritte beeinflusst worden.

IV. Alternativen

Keine.

V. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelungen zur gesetzlichen Pflege-, Kranken-, Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung beruht auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes (GG) (Sozialversicherung). Soweit das privatrechtliche Versicherungswesen betroffen ist, folgt die Gesetzgebungskompetenz aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 11 GG in Verbindung mit Artikel 72 Absatz 2 GG (Recht der Wirtschaft; privatrechtliches Versicherungswesen). Eine bundesgesetzliche Regelung zur Wahrung der Wirtschaftseinheit ist erforderlich, da die Unternehmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung ihre Tätigkeit in der Regel im gesamten Bundesgebiet ausüben und der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht unterliegen. Eine Segmentierung der Unternehmensverträge nach unterschiedlichem Landesrecht wäre wirtschaftlich kaum sinnvoll durchzuführen. Bundeseinheitliche Regelungen sind auch deswegen erforderlich, weil im Rahmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung bundeseinheitlich Vertragsleistungen vorzusehen sind, die nach Art und Umfang den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind (vergleiche § 23 Absatz 1 Satz 2 SGB XI). Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelungen im Pflegeberufegesetz beruht auf Artikel 74 Absatz 1

Nummer 19 GG (Zulassung zu anderen Heilberufen). Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für Regelungen zum Arbeitsrecht beruht auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG.

VI. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Der Gesetzentwurf steht mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat, im Einklang.

VII. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

In Bezug auf den Bereich der Vereinfachung des Rechts und des Verwaltungsvollzugs beinhaltet das Gesetz verschiedene Regelungen, mit denen Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung und zu einer unbürokratischeren Umsetzung des Pflegeversicherungsrechts auf den Weg gebracht werden. So werden im Bereich der Angebote zur Unterstützung im Alltag Rahmenvoraussetzungen für eine noch niedrigschwelligere Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag geschaffen, insbesondere im Bereich der Angebote zur Entlastung im Alltag und bezüglich Einzelhelfenden, die konkret benennbare Pflegebedürftige unterstützen. Hinsichtlich der Förderung der Selbsthilfe in der Pflege wird die Förderung von Gründungszuschüssen für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen sowie von bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten, die allein aus Mitteln der Pflegeversicherung gefördert werden, vereinfacht. Durch eine Vereinheitlichung der Fristen im Hinblick auf das Ruhen von Leistungen werden ferner sowohl Pflegekassen als auch Versicherte von Prüfaufwand entlastet.

Darüber hinaus werden durch die Regelungen zur Erweiterung der Aufgaben, die von Pflegefachpersonen in der Versorgung durchgeführt werden können, zahlreiche Verfahrensvereinfachungen (z. B., weil für Pflegefachpersonen kein erneuter Arztkontakt erforderlich ist) bewirkt.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Das Gesetz entspricht den Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung im Sinne der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie (DNS), die der Umsetzung der UN-Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung dient. Das Gesetz unterstützt insbesondere das Nachhaltigkeitsziel 3 der DNS „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“, indem es dafür Sorge trägt, dass die an der Pflege beteiligten Akteure ihren gesetzlichen Auftrag einer leistungsfähigen, regional gegliederten, ortsnahen und aufeinander abgestimmten pflegerischen Versorgung der Bevölkerung noch besser als bisher erfüllen können. Es unterstützt das Nachhaltigkeitsziel 3 zudem dadurch, dass die vielfältigen Kompetenzen von Pflegefachpersonen in verstärktem Maße für die Versorgung genutzt werden und Pflegefachpersonen neben Ärztinnen und Ärzten auch selbständig weitergehende Leistungen als bisher in der Versorgung erbringen können. Indem die fachlichen Potenziale von Pflegefachpersonen mit einem erweiterten Aufgabenspektrum gehoben und die Kompetenzen von Pflegefachpersonen gestärkt werden, unterstützt das Gesetz auch das Nachhaltigkeitsziel 4 „Inklusive, gleichberechtigte und hochwertige Bildung für alle gewährleisten und Möglichkeiten lebenslangen Lernens für alle fördern“. Dadurch, dass das Gesetz sowohl eine sektoren- und professionenübergreifende Versorgung als auch die Potentiale der Digitalisierung und den Zugang zu innovativen Versorgungsstrukturen vor Ort stärkt, trägt es überdies bei zu Nachhaltigkeitsziel 9 der DNS „Eine widerstandsfähige Infrastruktur aufbauen, inklusive und nachhaltige Industrialisierung fördern und Innovationen unterstützen“. Mit dem Ziel, Regelungen zur pflegerischen Versorgung in innovativen und quartiernahen Wohnformen zu stärken, das Leistungsrecht im

Bereich der niedrigschwelligen Betreuungs- und Versorgungsangebote vor Ort zu vereinfachen und die Kommunen in ihrer Rolle und Verantwortung im Hinblick auf eine bedarfsgerechte und regional abgestimmte Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu unterstützen, adressiert das Gesetz auch Nachhaltigkeitsziel 11 „Städte und Siedlungen inklusiv, sicher, widerstandsfähig und nachhaltig gestalten“. Außerdem fördert es ein effizienteres, transparentes und ressourcensparendes Verwaltungshandeln in der Pflege, was dem Nachhaltigkeitsziel 16 „Leistungsfähige, rechenschaftspflichtige und transparente Institutionen auf allen Ebenen aufbauen“ entspricht. Des Weiteren werden mit dem Gesetz auch die Leitprinzipien der DNS erfüllt, insbesondere Prinzip 5 „den sozialen Zusammenhalt in einer offenen Gesellschaft wahren und niemanden zurücklassen“.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Gemeinden

Für die Träger der Beihilfe ergeben sich aus den Leistungsanpassungen insgesamt mittelfristig Minderausgaben in Höhe von rund 5,8 Millionen Euro jährlich.

Dem BAS entsteht im Zuge der Neuregelungen in § 45c SGB XI, der Erhöhung des Fördervolumens von 25 auf 60 Millionen Euro sowie durch die Verlängerung des Förderzeitraums nach § 123 SGB XI um ein Jahr bis 2029 ein zusätzlicher jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von einer Stelle im gehobenen Dienst und entsprechende Personal- und Sachkosten in Höhe von insgesamt rund 181 000 Euro. Dies ist durch den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung refinanziert (siehe auch unten unter Erfüllungsaufwand).

2. Soziale Pflegeversicherung

Kostenwirkungen in der sozialen Pflegeversicherung:

Förderung wissenschaftlicher Expertisen zur konkreten Ausgestaltung der Inhalte und Weiterentwicklung von Leistungen des Fünften und Elften Buches, die durch Pflegefachpersonen erbracht werden

Für Maßnahmen zur Förderung wissenschaftlicher Expertisen zur konkreten Ausgestaltung der Inhalte und Weiterentwicklung von Leistungen des Fünften und Elften Buches, die durch Pflegefachpersonen erbracht werden, nach § 8 Absatz 3c SGB XI werden aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für die Jahre 2025 bis 2030 insgesamt 10 Millionen Euro bereitgestellt. Die gesetzlichen Krankenkassen tragen an den Ausgaben für die Fördermittel einen Anteil von 50 Prozent, so dass für den Ausgleichsfonds der Pflegekassen Ausgaben in Höhe von maximal 5 Millionen Euro entstehen. Diesen Ausgaben stehen Einsparungen im Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung in Höhe von 5 Millionen Euro durch Reduzierung der verfügbaren Mittel des Modellprogramms zur Erprobung der Telepflege nach § 125a SGB XI gegenüber. Damit erfolgt die Förderung ausgabenneutral.

Durch die Umsetzung einer Geschäftsstelle nach § 113c Absatz 9 fallen finanzielle Aufwendungen in Höhe von insgesamt rund 275 000 Euro pro Jahr für die Einrichtung und den Betrieb mit zwei Referentenstellen (je eine im gehobenen und im höheren Dienst) sowie einer Stelle im mittleren Dienst bei der Erfüllung der Aufgaben nach § 113c Absatz 9 SGB XI an. Davon entfallen rund 35 000 Euro auf jährliche Sachaufwendungen (inklusive Verwaltungs- und Fortbildungskosten). Die Finanzierung erfolgt aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung.

Für die Erstattung von Reisekosten und Verdienstausfalle für ehrenamtlich Tätige bei den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung fallen – abhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme – geringfügige, nicht bezifferbare Ausgaben für die soziale Pflegeversicherung an.

Gemeinschaftliche Wohnformen

Es wird davon ausgegangen, dass mittelfristig ca. 40 000 Pflegebedürftige der sozialen Pflegeversicherung in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen gemäß § 92c pflegerisch versorgt werden. Es wird zudem angenommen, dass 20 Prozent von ihnen bisher in ambulant betreuten Wohngruppen versorgt wurden und durch die Neuregelung in eine gemeinschaftliche Wohnform mit Vertrag zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c wechseln. Außerdem wird mittelfristig für die künftigen Bewohner der gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c angenommen, dass diese in 25 Prozent der Fälle ansonsten Pflegegeld nach § 37 und in 15 Prozent der Fälle ansonsten Pflegesachleistungen nach § 36 in Anspruch genommen hätten. Weiterhin soll durch die Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen gemäß § 92c die Inanspruchnahme kombinierter ambulanter Leistungen nach §§ 36, 38a, 41, 42 und 45b SGB XI statt einer vollstationären Versorgung begrenzt werden. Diese sog. Stapelleistungen sind für Betreiber von Pflegeeinrichtungen besonders attraktiv, da sie ein höheres Erlöspotenzial als die vom Versorgungsniveau ähnliche vollstationäre Versorgung bieten (vgl. Rothgang & Müller 2019, S. 147 f; vgl. Nolting et al. 2023, S. 60). Es wird davon ausgegangen, dass dies mittelfristig auf 16 000 Pflegebedürftige (40 Prozent der Gesamtfallzahl) zutrifft.

Die gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c sind pro Pflegebedürftigen gegenüber der vollstationären Versorgung rechnerisch um jährlich knapp 5 000 Euro und gegenüber ambulant betreuten Wohngruppen mit Sachleistungsbezug, Wohngruppenzuschlag, Entlastungsbetrag, Nutzung der Leistungen der Tages- und Nachtpflege und Kurzzeitpflege rechnerisch um jährlich rund 14 000 Euro günstiger. Lediglich gegenüber der ambulanten Versorgung mit Pflegegeldbezug sind die gemeinschaftlichen Wohnformen um knapp 10 000 Euro pro Jahr teurer pro Pflegebedürftigen. Gegenüber der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen sind die gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c rechnerisch mit etwa gleichen Ausgaben für die soziale Pflegeversicherung verbunden.

Hierdurch ergeben sich für die soziale Pflegeversicherung mittelfristig Minderausgaben von rund 220 Millionen Euro, wobei angenommen wird, dass sich die Inanspruchnahme der neuen gemeinschaftlichen Wohnformen gleichmäßig über einen Zeitraum von 4 Jahren aufbaut.

Anpassungen bei der Frequenz der Beratungsbesuche

Aufgrund der Anpassungen bei der Frequenz der Beratungsbesuche gemäß § 37 Absatz 3 Satz 1 ergeben sich voraussichtlich jährliche Minderausgaben von rund elf Millionen Euro.

Ruhensregelung

Die Weiterzahlung des Pflegegeldes bei Leistungsunterbrechungen einheitlich bis zu acht Wochen führt nur in wenigen Fällen zu höheren Ausgaben, da der überwiegende Teil der Unterbrechungstatbestände nicht länger als die bisherige Weiterzahlungsfrist von vier Wochen dauert. Bei Annahme von einem Prozent der Pflegebedürftigen, die im Durchschnitt eine Woche länger Pflegegeld beziehen, ergeben sich jährliche Mehrausgaben von rund 7,5 Millionen Euro.

Angebote zur Unterstützung im Alltag und neuer Anspruch auf Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags

Auf Basis der derzeitigen Ausgaben und unter der Annahme, dass die Nutzung der Angebote um zehn Prozent zunimmt, sind jährliche Mehrausgaben von etwa 45 Millionen Euro zu erwarten. Hier wird angenommen, dass der Ausbau entsprechender Angebote über einen Zeitraum von zwei Jahren erfolgt.

Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts

Auf Basis der derzeitigen Ausgaben sind nur geringfügige Mehrausgaben in Höhe von jährlich etwa 0,5 Millionen Euro zu erwarten.

Förderung der Selbsthilfe

Auf Basis der derzeitigen Ausgaben ergeben sich voraussichtlich jährliche Mehrausgaben in Höhe von rund 3,5 Millionen Euro.

Anspruch auf Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags

Auf Basis der derzeitigen Ausgaben ergeben sich voraussichtlich jährliche Mehrausgaben von rund zehn Millionen Euro.

Zuschüsse bis zum Ende der Pflegezeit

Aufgrund der spezifischen Fallkonstellation und der ohnehin relativ geringen Fallzahl der Inanspruchnahme von Pflegezeit (knapp 20 000 Fälle in 2023) wird diese Änderung nicht zu nennenswerten Mehrausgaben führen.

Insgesamt ergeben sich für die Soziale Pflegeversicherung aus den genannten Regelungen mittelfristig jährliche Minderausgaben von rund 165 Millionen Euro. Die übrigen Regelungen sind kostenneutral.

Die Mehr- und Minderausgaben der finanzwirksamen Maßnahmen im Zeitablauf sind in der folgenden Tabelle zusammengestellt:

Maßnahme	Finanzwirkung in Millionen Euro			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Gemeinschaftliche Wohnformen	-55	-110	-165	-220
Änderung der Intervalle der Beratungsbesuche	-11,0	-11,0	-11,0	-11,0
Ruhensregelung	0,0	7,5	7,5	7,5
Angebote zur Unterstützung im Alltag und neuer Anspruch auf Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags	22,5	45,0	45,0	45,0
Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts	0,5	0,5	0,5	0,5

Förderung der Selbsthilfe	3,5	3,5	3,5	3,5
Anspruch auf Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags	10,0	10,0	10,0	10,0
Gesamtsaldo aus Mehr- und Minderausgaben	-29,5	-54,5	-132,0	-164,5

3. Gesetzliche Krankenversicherung:

Kostenwirkungen in der gesetzlichen Krankenversicherung:

Förderung wissenschaftlicher Expertisen zur konkreten Ausgestaltung der Inhalte und Weiterentwicklung von Leistungen des Fünften und Elften Buches, die durch Pflegefachpersonen erbracht werden

Für Maßnahmen zur Förderung wissenschaftlicher Expertisen zur konkreten Ausgestaltung der Inhalte und Weiterentwicklung von Leistungen des Fünften und Elften Buches nach § 8 Absatz 3c SGB XI werden aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für die Jahre 2025 bis 2030 insgesamt 10 Millionen Euro bereitgestellt. Die gesetzlichen Krankenkassen tragen an den Ausgaben für die Fördermittel einen Anteil von 50 Prozent, so dass Ausgaben in Höhe von maximal 5 Millionen Euro insgesamt entstehen.

Diesen Kostenwirkungen stehen mögliche Einsparungen durch die zukünftig regelhaft mögliche Ausübung von bestimmten ärztlichen Aufgaben auch durch Pflegefachpersonen mit entsprechenden Kompetenzen in allen Versorgungsbereichen sowie durch die Einsparung von Aufwänden und Wegezeiten gegenüber.

4. Erfüllungsaufwand

4.1 Bürgerinnen und Bürger

Vereinheitlichung der Fristen im Hinblick auf das Ruhen von Leistungen (§ 34 SGB XI): Im Hinblick auf die Vereinheitlichung der Fristen in Bezug auf das Ruhen von Leistungen der Pflegeversicherung ist zu erwarten, dass insgesamt eine Reduzierung des Prüfaufwands für Versicherte, ab wann im konkreten Einzelfall konkrete Leistungen ruhen, erreicht wird. Da zur Fallzahl hinsichtlich des jeweiligen Ruhens der Leistungen keine Daten vorliegen, kann die laufende Senkung des Erfüllungsaufwands jedoch nicht beziffert werden.

Änderung der Intervalle der Beratung nach § 37 Absatz 3 Satz 1 SGB XI: Für pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 4 und 5 führt die Änderung der Regelung in § 37 Absatz 3 Satz 1 SGB XI zu zeitlichen Einsparungen, da sie zukünftig die Beratung nur zweimal im Jahr abrufen müssen. Von 2 915 216 reinen Pflegegeldbeziehenden der sozialen Pflegeversicherung sind 337 620 den Pflegegraden 4 und 5 zugeordnet. Unter der Voraussetzung, dass eine Beratung ca. 0,5 Stunden dauert, sparen sie grundsätzlich 337 620 Stunden pro Jahr ein (337 620 x 0,5 x 2). 45 666 ambulante Leistungsbeziehende der Pflegegrade 4 und 5 sind privat pflegeversichert. Unter der Annahme, dass rund drei Viertel der ambulanten Leistungsbeziehenden Pflegegeld in Anspruch nehmen (angelehnt an die Anteile der sozialen Pflegeversicherung), ergeben sich zeitliche Einsparungen von rund 34 250 Stunden (3/4 x 45 666 x 0,5 x 2). Ein gewisser Anteil wird weiterhin die Beratung

vierteljährlich in Anspruch nehmen. Wie groß dieser Anteil sein wird, ist derzeit nicht quantifizierbar.

Niedrigschwellige Unterstützung von Pflegebedürftigen und Entlastung von Pflegepersonen – Erleichterungen im Rahmen der Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB XI): Die Anpassungen in § 45a SGB XI flexibilisieren das Rahmenrecht und eröffnen weiterentwickelte Möglichkeiten, die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag noch stärker niedrigschwellig und bürokratieärmer auszugestalten, insbesondere im Hinblick auf Angebote zur Entlastung im Alltag und personenbezogen anerkannte Einzelhelfende. Das Nähere über die Anerkennung der Angebote wird jedoch weiterhin im Rahmen der Ermächtigung des § 45a Absatz 6 SGB XI durch das Landesrecht bestimmt. Da das Nähere zu den Vereinfachungen, die durch die Anpassungen des § 45a SGB XI ermöglicht werden, zunächst durch Landesrecht zu bestimmen ist, kann die Einsparung des Erfüllungsaufwands für Bürgerinnen und Bürger, die künftig die Anerkennung eines Angebots zur Unterstützung im Alltag nachsuchen, derzeit nicht beziffert werden.

Niedrigschwellige Unterstützung von Pflegebedürftigen und Entlastung von Pflegepersonen; Weiterentwicklung der Fördermöglichkeiten (§ 45d SGB XI): Da durch die Neuregelungen in § 45d SGB XI die Bewilligungen für nicht ko-finanzierte Fördermaßnahmen im Bereich der Selbsthilfe in der Pflege nun in der Regel auch für mehrere Jahre ausgesprochen werden können, anstatt dass jedes Jahr erneut ein Antrag auf Förderung gestellt werden muss, wird auf Seiten der Antragstellenden spürbar Erfüllungsaufwand eingespart und eine bessere Planungssicherheit geschaffen. Da zu der Anzahl der derzeit pro Jahr gestellten Förderanträge speziell in diesem Bereich keine Daten vorliegen und der Erfüllungsaufwand pro Antrag auch von der jeweils beantragten konkreten Förderung abhängt, kann die genaue Entlastung jedoch nicht beziffert werden.

Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen (§ 45j SGB XI): Es ist von insgesamt 41 100 Anträgen der Bürgerinnen und Bürger auf Leistungen nach § 45j SGB XI pro Kalenderjahr auszugehen. Davon sind 37 000 Anträge bei den Pflegekassen zu stellen und 3 700 an die privaten Versicherungsunternehmen zu richten. In zeitlicher Hinsicht ist pro Antrag einmalig ein Aufwand in Höhe von zehn Minuten anzusetzen. An Sachkosten fallen für die Bürgerinnen und Bürger Portokosten in Höhe von 1,00 Euro (Kompaktbrief bis 50g) sowie sonstige Sachkosten in Höhe von 0,20 Euro pro Antragstellung an. Der Erfüllungsaufwand für die Bürgerinnen und Bürger beträgt jährlich im Saldo etwa 49 000 Euro sowie rund 6 900 Stunden.

4.2 Wirtschaft

Entwicklung von Delegationskonzepten (§ 11 SBG XI): Es ist nicht bekannt, wie viele der rund 31 500 Pflegeeinrichtungen bereits über entsprechende Delegationskonzepte von Aufgaben von Pflegefachpersonen auf Pflegeassistenzpersonen sowie auf Pflegehilfskräfte verfügen, so dass der Erfüllungsaufwand nur exemplarisch je Pflegeeinrichtung geschätzt werden kann. Je Pflegeeinrichtung, die ein Konzept erstmals erstellt, wird davon ausgegangen, dass hierfür in den Verbänden vorhandene Muster-Delegationskonzepte, hilfsweise auch am Markt erhältliche Konzepte zugrunde gelegt und gegebenenfalls einrichtungsspezifisch angepasst werden. Die Anpassung erfolgt auf der Grundlage der bekannten Personalinformationen (Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter). Für die Erhebung von Personalinformationen fällt daher kein Erfüllungsaufwand an. Für die Anpassung, die idealerweise unter Einbeziehung der Mitarbeitenden erfolgt, werden für die Leitungskraft insgesamt 6 Stunden à 30,00 Euro, für die Mitarbeitenden, soweit dazu zum Beispiel eine Informationsveranstaltung erfolgt, optional 1 bis 2 Stunden à 22,90 Euro für jeden Mitarbeitenden an Aufwand veranschlagt. Diesem Aufwand stehen jedoch dauerhafte mittel- und langfristige Entlastungen gegenüber, die durch das Entfallen von immer wieder anfallenden Rückkoppelungen zum zulässigen Aufgabenspektrum der Pflegeassistenz- und -hilfskräfte den Aufwand dauerhaft (über-)kompensieren.

Änderung der Intervalle der Beratung nach § 37 Absatz 3 Satz 1 SGB XI:

Erfüllungsaufwand Beratungspersonen: Die Änderung des § 37 Absatz 3 Satz 1 SGB XI führt zu zeitlichen Einsparungen bei den beratenden Personen und damit verbunden zu finanziellen Einsparungen bei den Pflegediensten und sonstigen Beratungsstellen. Von 2 915 216 reinen Pflegegeldbeziehenden der sozialen Pflegeversicherung sind 337 620 den Pflegegraden 4 und 5 zugeordnet. Konkrete Angaben zu Wegezeiten und -sachkosten liegen nicht vor, sodass die Standardwerte des Leitfadens zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung (Stand Dezember 2024) herangezogen werden. Unter der Voraussetzung, dass eine Beratung ca. 30 Minuten dauert und durchschnittlich ca. 20 Minuten für die Wegstrecke anzusetzen sind, sparen die Beratungspersonen grundsätzlich 562 700 Stunden pro Jahr ein (*337 620 x 50/60 x 2*). Hinzu kommen 34 250 Pflegegeldbeziehende der Pflegegrade 4 und 5, die privat pflegeversichert sind. Auch bei ihnen entfällt eine Beratung pro Halbjahr (mit 30 Minuten Beratung und 20 Minuten für die Wegstrecke), also zwei Beratungen im Jahr. Die Beratungspersonen sparen somit grundsätzlich 57 083 Stunden pro Jahr ein (34 250 x 50/60 x 2). Laut Lohnkostentabelle Wirtschaft ist für die Beratungspersonen ein Stundenlohn von 30 Euro anzusetzen. Dementsprechend spart die Wirtschaft rund 18,6 Millionen Euro ein (562 700 *x 30 + 57 083 x 30*).

Pro entfallenden Beratungsbesuch werden gemäß dem Leitfaden pauschal 2,60 Euro Wegesachkosten angesetzt, also ein Ersparnis von weiteren 1 933 724 Euro (743 740 entfallende Beratungen pro Jahr bei 337 620 gesetzlich Versicherten und 34 250 privat Versicherten x 2,60 Euro).

Unter der Voraussetzung, dass die Beratungspersonen schon während der Beratung alle erforderlichen Angaben im Nachweisformular erfassen, entfällt zudem eine Nachbereitungszeit in Höhe von 10 Minuten pro Beratung für den Versand des Formulars an die Pflegekasse bzw. das Versicherungsunternehmen. Bei 371 870 betroffenen Versicherten (337 620 gesetzlich Versicherte + 34 250 privat Versicherte) entfallen zwei Beratungen pro Jahr, sodass insgesamt 743 740 Beratungen pro Jahr entfallen. Dies bringt eine Zeitersparnis von 123 957 Stunden pro Jahr. Bei einem Stundenlohn von 30 Euro entspricht dies Einsparungen in Höhe von 3 718 710 Euro pro Jahr. Zudem entfallen Kosten für Porto und Papier in Höhe von 1 Euro in 743 740 Fällen. Addiert ergibt sich ein weitere Kostenersparnis in Höhe von 4 462 450 Euro pro Jahr (3 718 710 Euro + 743 740 Euro), die als Bürokratiekosten aus Informationspflichten eingeordnet werden.

Erfüllungsaufwand private Versicherungsunternehmen: Die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachkräfte haben die Durchführung der Beratungsbesuche gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle.

Die privaten Versicherungsunternehmen müssen zukünftig bei Pflegebedürftigen mit den Pflegegraden 4 und 5 nur noch halbjährlich prüfen, ob die Beratung nach § 37 Absatz 3 SGB XI durchgeführt wurde, und nur noch halbjährlich den eingereichten Nachweis verarbeiten. 45 666 ambulante Leistungsbeziehende der Pflegegrade 4 und 5 sind privat pflegeversichert. Je versicherter Person sparen die privaten Versicherungsunternehmen ca. 10 Minuten pro Halbjahr, also 20 Minuten pro Jahr, ein. Bei einem Stundenlohn von 51,30 Euro (s. Lohnkostentabelle Wirtschaft, Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen) und unter der Annahme, dass rund drei Viertel der ambulanten Leistungsbeziehenden Pflegegeld in Anspruch nehmen (angelehnt an die Anteile der sozialen Pflegeversicherung) ergibt sich damit eine jährliche Einsparung von rund 590 000 Euro (3/4 x 45.666 x 20/60 x 51,30).

Hinzu kommt eine einmalige Umstellung der Software. Ausgehend von 36 privaten Versicherungsunternehmen, die die Krankheitsvollversicherung anbieten, einem Zeitaufwand von einer Stunde und einem Stundenlohn von 37 Euro (s. Lohnkostentabelle Wirtschaft, Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen) ergeben sich Kosten in Höhe von rund 1 000 Euro (36 x 1 x 37).

Elektronische Übermittlung des Nachweisformulars über eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit (§ 37 Absatz 4 Satz 3 SGB XI):

Die Beratung nach § 37 Absatz 3 SGB XI wird ganz überwiegend von zugelassenen Pflegediensten durchgeführt und zwar entweder in der eigenen Häuslichkeit der pflegebedürftigen Person oder auf deren Wunsch per Videokonferenz. In jedem Fall übermitteln die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen den Pflegekassen, den privaten Versicherungsunternehmen und den Beihilfefestsetzungsstellen das Nachweisformular über eine Beratung zukünftig im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern.

Erfüllungsaufwand Beratungspersonen: Die Änderung des § 37 Absatz 4 Satz 3 SGB XI führt zu zeitlichen Einsparungen bei den beratenden Personen und damit verbunden zu finanziellen Einsparungen bei den Pflegediensten und sonstigen Beratungsstellen. Derzeit gibt es 2 915 216 reine Pflegegeldbeziehende der sozialen Pflegeversicherung und rund 195 000 reine Pflegegeldbeziehende der privaten Pflegeversicherung. Durch die Neuregelung in § 37 Absatz 3 Satz 1 SGB XI ist in den Pflegegraden 2 bis 5 halbjährlich einmal eine Beratung in Anspruch zu nehmen. Unter der Voraussetzung, dass der Versand des Nachweisformulars durchschnittlich 10 Minuten in Anspruch nimmt, sparen die Beratungspersonen grundsätzlich 1 036 739 Stunden pro Jahr ein (3 110 216 x 10/60 x 2). Laut Lohnkostentabelle Wirtschaft ist für die Beratungspersonen ein Stundenlohn von 30 Euro anzusetzen. Dementsprechend spart die Wirtschaft 31 102 170 Euro ein (1 036 739 x 30).

Zudem entfallen die Portokosten (0,95 Euro) und die Papierkosten (0,05 Euro). Dies führt zu Einsparungen von ca. 6 220 432 Euro im Jahr (3 110 216 x 1 x 2).

Ein gewisser Anteil der Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 und 5 wird weiterhin die Beratung vierteljährlich in Anspruch nehmen. Wie groß dieser Anteil sein wird, ist derzeit nicht quantifizierbar. Es ist davon auszugehen, dass die erforderliche Hardware und Software bereits vorhanden sind.

Erfüllungsaufwand private Versicherungsunternehmen: Vermutet wird, dass die meisten privaten Versicherungsunternehmen über ein Scanzentrum verfügen, dessen Personal Posteingänge analog einscannt. Die Neuregelung in § 37 Absatz 4 Satz 3 SGB XI führt somit zu zeitlichen sowie finanziellen Einsparungen bei den privaten Versicherungsunternehmen. 195 000 Pflegegeldbeziehende sind privat pflegeversichert. Sie müssen zwei Beratungen im Jahr abrufen. Je versicherter Person sparen die privaten Versicherungsunternehmen im Durschnitt 5 Minuten pro Halbjahr, also 10 Minuten pro Jahr, ein. Somit ergibt sich eine zeitliche Einsparung in Höhe von 32 500 Stunden im Jahr (195 000 x 10/60). Bei einem Stundenlohn von 30,90 Euro (s. Lohnkostentabelle Wirtschaft, Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen) ergibt sich damit eine jährliche Einsparung von 1 004 250 Euro (32 500 x 30,90). Es ist davon auszugehen, dass die erforderliche Hardware und Software bereits vorhanden sind.

Erfüllungsaufwand private Versicherungsunternehmen und Verbände der Leistungserbringer: Nach § 37 Absatz 4 Satz 3 SGB XI regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer das Nähere zum Verfahren. Dieser Erfüllungsaufwand ist nicht quantifizierbar.

Niedrigschwellige Unterstützung von Pflegebedürftigen und Entlastung von Pflegepersonen; Erleichterungen im Rahmen der Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB XI): Die Anpassungen in § 45a SGB XI flexibilisieren das Rahmenrecht und eröffnen weiterentwickelte Möglichkeiten, die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag noch stärker niedrigschwellig und bürokratieärmer auszugestalten, insbesondere im Hinblick auf Angebote zur Entlastung im Alltag und personenbezogen anerkannte Einzelhelfende. Das Nähere über die Anerkennung der Angebote wird jedoch weiterhin im Rahmen der Ermächtigung des § 45a Absatz 6 SGB XI durch das Landesrecht bestimmt. Da das Nähere zu den Vereinfachungen, die durch die Anpassungen des § 45a SGB XI ermöglicht werden, zunächst durch Landesrecht zu bestimmen ist, kann die Einsparung des Erfüllungsaufwands für Unternehmende, die künftig die Anerkennung eines Angebots zur Unterstützung im Alltag nachsuchen, derzeit nicht beziffert werden.

Niedrigschwellige Unterstützung von Pflegebedürftigen und Entlastung von Pflegepersonen – Bessere Unterstützung der Versorgung von Pflegebedürftigen durch Gruppenbetreuungsangebote (§ 45g SGB XI): Durch die Einführung des Anspruchs auf Umwandlung für Tagesbetreuung wird ein neuer Leistungsanspruch eingeführt, sodass hierfür erstmals Leistungsanträge gestellt werden können. Hierfür fällt bei den privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, zum einen einmaliger Programmieraufwand in Höhe von ca. 3 100 Euro an (Rechenweg: 42 PKV-Unternehmen x 1,25 Stunden Arbeitsaufwand x 59,70 Euro Stundenlohnkosten). Zum anderen fällt für die Bearbeitung der Beantragung der Kostenerstattungen jährlicher Bearbeitungsaufwand in Höhe von ca. 109 480 Euro an (Rechenweg: 13 850 bei den PKV-Unternehmen eingehende Anträge x 0,17 Stunden Arbeitsaufwand x 46,50 Euro Stundenlohnkosten). Hierbei wird entsprechend des Anteils der privat pflege-pflichtversicherten Leistungsbeziehenden von sieben Prozent der Leistungsbeziehenden insgesamt abgeleitet von der Höhe des bei den Pflegekassen dargestellten Antragsaufkommens von einem Antragsaufkommen von 13 850 Anträgen im Jahr ausgegangen.

Auf Wunsch der Pflegebedürftigen teilen Pflegeeinrichtungen gemäß §§ 45f und 45g SGB XI künftig mit, in welcher Höhe der jeweilige Sachleistungsanspruch bereits durch einen Sachleistungsbezug verbraucht worden ist. Im Hinblick auf die Umwandlung für Tagesbetreuung wird davon ausgegangen, dass dieser Anspruch in aller Regel von Pflegebedürftigen genutzt wird, die nicht parallel auch teilstationäre Pflegesachleistungen beziehen. Daher wird es sich bei den Pflegebedürftigen, die diesbezüglich Informationen wünschen, um Einzelfälle handeln, deren Zahl nicht näher beziffert werden kann. Gemäß der Evaluation des Umwandlungsanspruchs, die 2019 abgeschlossen wurde, wird auch dieser Anspruch weit überwiegend mit dem Bezug von Pflegegeld kombiniert, seltener auch mit dem Bezug von ambulanten Pflegesachleistungen. Wird davon ausgegangen, dass etwa die Hälfte der rechnerisch 6 200 Nutzerinnen und Nutzer des Umwandlungsanspruchs auch Sachleistungen einer ambulanten Pflegeeinrichtung bezieht und dass hiervon etwa zwei Drittel Informationen zum Betrag der Sachleistungsabrechnung wünschen, ergeben sich etwa 2 067 Fälle. Die Information durch die Pflegeeinrichtungen beschränkt sich hier auf die Mitteilung des im Monat insgesamt abgerechneten Sachleistungsbetrags, den die Pflegeeinrichtung bereits kennt, und die Mitnahme eines Ausdrucks oder einer Notiz beim nächsten Besuch des Pflegebedürftigen oder den Versand einer E-Mail o. ä. dazu. Dafür wird ein Aufwand von drei Minuten pro Fall für eine bürosachbearbeitende Person angesetzt, sodass sich insgesamt ein jährlicher Erfüllungsaufwand von ca. 2 370 Euro ergibt (Rechenweg: 2 067 Fälle x 0,05 Stunden Arbeitsaufwand x 22,90 Euro Stundenlohnkosten).

Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen (§ 45j SGB XI): Von den 41 100 Anträgen auf Leistungen nach § 45j SGB XI pro Kalenderjahr müssen ca. 4 100 Anträge bei den privaten Versicherungsunternehmen bearbeitet und bescheidet werden. Es ist pro Antrag von einer Bearbeiterin bzw. einem Bearbeiter mittleren Qualifikationsniveaus mit einem Stundenlohn in Höhe von 51,30 Euro auszugehen. In zeitlicher Hinsicht dürften 30 Minuten insbesondere für die Prüfung der Voraussetzungen und die Bescheidung ausreichend sein. Dies führt bei den privaten Versicherungsunternehmen zu Personalkosten in Höhe von

25,65 Euro pro Antrag. Hinzukommen als Sachkosten Portokosten für den Bescheid in Höhe von 0,85 Euro pro Antrag (Standardbrief bis 20g) sowie sonstige Sachkosten in Höhe von 0,10 Euro. Der Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft (private Versicherungsunternehmen) beträgt jährlich im Saldo etwa 109 000 Euro.

Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen (§ 86a SGB XI): Der Wirtschaft entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 14 520 Euro für die Erarbeitung der Bundesempfehlungen für Verfahrensleitlinien für die Pflegesatzvereinbarungen. Insbesondere die Regelung des § 86a Absatz 3 SGB XI wird mittelfristig dazu beigetragen, dass Pflegesatz- und Pflegevergütungsverfahren verkürzt und weniger streitbehaftet durchgeführt werden können, da mit den Bundesempfehlungen und den ggf. angepassten Rahmenverträgen klarere Vorgaben zum Verfahren vorgegeben werden. Insofern ist eine Entlastungswirkung durch die Maßnahmen in erheblich höherem Umfang als der Belastung zu erwarten. Werden 50 Prozent der Vereinbarungsabschlüsse durch vereinfachte Verfahren umgesetzt und dadurch der Aufwand je Vereinbarung um vier Stunden für die Beteiligten reduziert, ergibt sich ein jährliches Entlastungspotenzial von 3 364 574 Euro für die Wirtschaft (und 13 124 621 Euro für die Verwaltung, also insgesamt jährlich 16,5 Millionen Euro; siehe die folgende Tabelle).

Betroffene	Rechenweg	Betrag (in Euro)	Häufigkeit	Entlastung (in Euro)
Wirtschaft Anwendung vereinfachter Vereinbarungsverfahren in 50 % der Fälle* Einrichtungsträger	-92 688 Stunden (=1P x (-4 Stunden) x 23 172 Fälle) x 36,30 Euro	-3 364 574	jährlich	3 364 574

*Anzahl Vergütungsvereinbarungen lt. vdek-Datenlieferung für den 8. Pflegebericht, Berichtsjahr 2023: 46 343 Vergütungsvereinbarungen (17 426 ambulante Pflegedienste, 82 Betreuungsdienste, 11 661 vollstationäre Pflege, 9 685 eingestreute Kurzzeitpflege, 516 solitäre Kurzzeitpflege, 6 962 Tagespflege, 11 Nachtpflege)

Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen (§ 92c SGB XI): Der Wirtschaft entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 14 520 Euro für die Erarbeitung der Bundesempfehlungen zu den Inhalten der Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen. Diese Bundesempfehlungen werden mittelfristig dazu beigetragen, dass der Abschluss der Verträge nach § 92c Absatz 1 SGB XI geordnet und weniger streitbehaftet durchgeführt werden kann, da mit den Bundesempfehlungen klare Vorgaben zu den Inhalten vorgegeben werden. Insofern ist eine Entlastungswirkung durch die Maßnahmen in erheblich höherem Umfang als der Belastung zu erwarten.

Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen (§ 113c SGB XI): Die Umsetzung einer Weiterentwicklung der Bundesempfehlung zu Aufgabenprofilen hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen im Rahmen der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI löst einen einmaligen geringfügigen Aufwand für die beteiligten Parteien aus.

Einrichtung Geschäftsstelle Personalbemessung (§ 113c Absatz 9 SGB XI): Die Beauftragung einer Geschäftsstelle löst einen einmaligen geringfügigen Aufwand von ca. 15 000 Euro für die beteiligten Parteien aus.

Aufgaben	Zeitaufwand	Kosten (ca. 20 Verbände)
Beschaffung von Daten	Hoch (120 Min.)	2 x 59,10 x 20 = 2 364 Euro
Interne Sitzungen (5 angenommene)	Mittel (60 Min.)	5 x 59,10 x 20 = 5 910 Euro
Externe Sitzungen (5 angenommene)	Mittel (60 Min)	5 x 59,10 x 20 = 5 910 Euro

Die Umsetzung einer Geschäftsstelle durch die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene und die Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene löst einen geringfügigen Aufwand von rund 14 200 Euro jährlich innerhalb der Laufzeit von 5 Jahren aus (dieser wurde addiert als einmaliger Erfüllungsaufwand von 71 000 Euro ausgewiesen).

Aufgaben	Zeitaufwand	Kosten (ca. 20 Verbände)
Beschaffung von Daten für fachliche Begleitung	Hoch (120 Min.)	2 x 59,10 x 20 = 2 364 Euro
Interne Sitzungen (5 angenommene)	Mittel (60 Min.)	5 x 59,10 x 20 = 5 910 Euro
Externe Sitzungen (5 angenommene)	Mittel (60 Min.)	5 x 59,10 x 20 = 5 910 Euro

Digitale Daten- und Kommunikationsplattform nach § 114 SGB XI: Die Anforderung an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund und dem Verband der privaten Krankenversicherung eine digitale Daten- und Kommunikationsplattform für Qualitätsprüfungen zu errichten, führt zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand (Ausschreibung eines Auftrags; Implementierung des Plattformsystems) in Höhe von voraussichtlich insgesamt rund 5 700 Euro (Rechenweg: 2 Personen für den Verband der privaten Krankenversicherung, jeweils 30 Stunden mit Stundenlohnkosten in Höhe von 59,10 Euro; 8 Personen für den Prüfdienst der PKV, jeweils 8 Stunden mit Stundenlohnkosten in Höhe von 33,90 Euro). Im Gegenzug führt die Nutzung der digitale Daten- und Kommunikationsplattform durch effizienteren Informationsaustausch zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und dem Prüfdienst der PKV zu einer jährlichen Entlastung der Wirtschaft von rund 2 700 Euro (Rechenweg: 8 Personen für den Prüfdienst der PKV, jeweils 8 Stunden mit Stundenlohnkosten in Höhe von 33,90 Euro).

Selbständige Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; selbständige Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen; Evaluation (§ 73d SGB V): Den Spitzenorganisationen für die Wahrnehmung von Interessen der ambulanten Pflegedienste und den zu beteiligenden Vereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen entsteht bei den Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Rahmenvertrag zur selbstständigen Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ein Gesamterfüllungsaufwand von einmalig rund 29 800 Euro (Rechenweg: Jeweils bis zu 14 Personen der Spitzenorganisationen der ambulanten Pflegedienste sowie der Vereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen für 6 Sitzungen á 3 Stunden mit Stundenlohnkosten in Höhe von 59,10 Euro (hohes Qualifikationsniveau)).

Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (§ 132a SGB V): Den für die Wahrnehmung der Interessen von ambulanten Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene als Rahmenempfehlungspartner nach § 132a Absatz 1 entsteht für die Beratung und Vereinbarung von Grundsätzen zur Vergütung heilkundlicher Aufgaben nach § 73d Absatz 1 zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege ein geringer einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 7 500 Euro (Rechenweg: 14 Personen zur Vertretung der

Interessen ambulanter Pflegedienste x 3 Sitzungen mit einer Dauer von jeweils 3 Stunden x 59,10 Euro Stundenlohnkosten). Die nach § 132a SGB V zu regelnden Empfehlungen zu Maßnahmen der Qualitätssicherung der Leistungserbringung sollen sich auch auf die Voraussetzungen beziehen, mit denen eine fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung ermöglicht wird.

4.3 Verwaltung

a) Bund

Durch die Rhythmusanpassung bei der Vorlage des Pflegeberichts der Bundesregierung in § 10 Absatz 1 SGB XI kommt es durch die Verschiebung zunächst zu einer Entlastung des Bundes. Die Belastung findet ein Jahr später zeitverzögert statt. Eine genaue Ent- oder Belastung lässt sich deshalb nicht beziffern.

Änderung der Intervalle der Beratung nach § 37 Absatz 3 Satz 1 SGB XI: Die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachkräfte haben die Durchführung der Beratungsbesuche gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle.

Erfüllungsaufwand Beihilfefestsetzungsstellen: Die Beihilfefestsetzungsstellen müssen zukünftig bei Pflegebedürftigen mit den Pflegegraden 4 und 5 nur noch halbjährlich prüfen, ob die Beratung nach § 37 Absatz 3 SGB XI durchgeführt wurde, und nur noch halbjährlich den eingereichten Nachweis verarbeiten. Von rechnerisch 29 001 ambulant Beihilfeberechtigten der Pflegegrade 4 und 5 beziehen rechnerisch 21 751 Pflegebedürftige Pflegegeld. Je beihilfeberechtigtem Pflegegeldbeziehenden sparen die Beihilfefestsetzungsstellen ca. 10 Minuten pro Halbjahr, also 20 Minuten pro Jahr, ein. Bei einem Stundenlohn von 34 Euro (s. Lohnkostentabelle Verwaltung, Durchschnitt Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung) ergibt sich damit eine jährliche Einsparung von rund 250 000 Euro (*21 751 x 20/60 x 34*). Unter der Annahme, dass 60 Prozent der Beihilfeaufwendungen bei den Ländern entstehen und 40 Prozent beim Bund, ergeben sich jährliche Einsparungen in Höhe von rund 150 000 Euro für die Länder (246 511 x 60/100) und jährliche Einsparungen in Höhe von 100 000 Euro beim Bund (246 511 x 40/100).Hinzu kommt eine einmalige Umstellung der Software. Ausgehend von 17 Beihilfefestsetzungsstellen auf Bundesebene, einem Zeitaufwand von einer Stunde und einem Stundenlohn von 34 Euro (s. Lohnkostentabelle Verwaltung, Durchschnitt Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung) ergeben sich Kosten in Höhe von rund 578 Euro (17 x 1 x 34). Da die Anzahl der Beihilfefestsetzungsstellen auf Länderebene nicht bekannt ist, sind die voraussichtlich geringen Umstellungskosten nicht quantifizierbar.

Elektronische Übermittlung des Nachweisformulars über eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit (§ 37 Absatz 4 Satz 3 SGB XI):

Erfüllungsaufwand Beihilfefestsetzungsstelle: Vermutet wird, dass die meisten Beihilfefestsetzungsstellen über ein Scanzentrum verfügen, dessen Personal Posteingänge analog einscannt. Die Neuregelung in § 37 Absatz 4 Satz 3 SGB XI führt somit zu zeitlichen sowie finanziellen Einsparungen. Von rund 200 000 ambulant Beihilfeberechtigten beziehen rechnerisch 135 000 Personen Pflegegeld. Je beihilfeberechtigtem Pflegegeldbeziehenden sparen die Beihilfefestsetzungsstellen ca. 5 Minuten pro Halbjahr, also 10 Minuten pro Jahr, ein. Somit ergibt sich eine zeitliche Einsparung in Höhe von 22 500 Stunden im Jahr *(135 000 x 10/60).* Bei einem Stundenlohn von 28,50 Euro (s. Lohnkostentabelle Verwaltung, Durchschnitt Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung) ergibt sich damit eine jährliche Einsparung von rund 641 000 Euro (*22 500 x 28,50*). Diese verteilt sich

zu 60 Prozent, also in Höhe von rund 385 000 Euro, auf die Beihilfefestsetzungsstellen auf Länderebene (641 250 x 60/100) und zu 40 Prozent, also in Höhe von rund 256 000 Euro, auf die Beihilfefestsetzungsstellen auf Bundesebene (641 250 x 40/100).

Kontrolle der PKV-Prüfquote nach § 114a Absatz 5 SGB XI-neu: Es ist davon auszugehen, dass der Prüfdienst der PKV auch zukünftig den gesetzlich vorgeschriebenen Anteil von zehn Prozent an den Qualitätsprüfungen in der Pflege erfüllen wird – nicht zuletzt, weil die existierende Sanktionsregelung bestehen bleibt. In diesem Fall wird die bisher obligatorische jährliche Ermittlung der Anzahl und Durchschnittskosten der Qualitätsprüfungen durch das Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) nicht mehr notwendig sein. Für das BAS führt die Neuregelung daher voraussichtlich zu einer jährlichen Entlastung von rund 2 300 Euro (Rechenweg: 2 Personen, jeweils 24 Stunden, 46,50 Euro Stundenlohnkosten).

Dem BAS entsteht im Zuge der Neuregelungen in § 45c SGB XI, der Erhöhung des Fördervolumens von 25 auf 60 Mio. Euro sowie durch die Verlängerung des Förderzeitraums nach § 123 SGB XI um ein Jahr bis 2029 ein zusätzlicher jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von einer Stelle im gehobenen Dienst und entsprechende Personal- und Sachkosten in Höhe von insgesamt rund 74 400 Euro. Dies ist durch den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung refinanziert (siehe auch oben unter Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand).

b) Länder und Kommunen

Änderung der Intervalle der Beratung nach § 37 Absatz 3 Satz 1 SGB XI: Bei den Beihilfefestsetzungsstellen der Länder entstehen Einsparungen in Höhe von rund 150 000 Euro (Rechenweg siehe oben unter Bund).

Elektronische Übermittlung des Nachweisformulars über eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit (§ 37 Absatz 4 Satz 3 SGB XI): Bei den Beihilfefestsetzungsstellen der Länder entstehen Einsparungen in Höhe von rund 385 000 Euro (Rechenweg siehe oben unter Bund).

Den Kommunalen Spitzenverbänden entsteht geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von ca. 3 600 Euro zur Vereinbarung von Empfehlungen zu Umfang, Struktur, Turnus und möglichen Indikatoren der Datensätze im Hinblick auf die regelmäßige Evaluierung von Daten zur pflegerischen Versorgung auf regionaler Ebene durch die Pflegekassen gemäß § 12 Absatz 2 SGB XI (Geschätzter Gesamtaufwand für Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Kommunalen Spitzenverbänden: 20 Personentage, 160 Stunden Zeitaufwand).

c) Sozialversicherung

Dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen entsteht durch die Festlegung der Kriterien für die Empfehlung einer konkreten Maßnahme zur Prävention durch Pflegefachpersonen unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes einschließlich einer Erweiterung des „Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ um Aspekte im Bereich der ambulanten Pflege ein geschätzter einmaliger Gesamtaufwand von rund 8 300 Euro (Rechenweg: 110 Arbeitsstunden zu einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 45,10 Euro sowie 50 Arbeitsstunden zu einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 66,10 Euro).

Förderung wissenschaftlicher Expertisen nach § 8 Absatz 3c SGB XI: Zur Konkretisierung und Ausgestaltung des Förderprogramms nach § 8 Absatz 3c SGB XI für wissenschaftliche Expertisen (insbesondere hinsichtlich der Ausschreibungskriterien) entsteht dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen beziehungsweise dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von insgesamt rund 2 600 Euro (Rechenweg: 5 Personentage à 8 Stunden bei einem Standardstundenlohnsatz von 32,10 Euro =

1 284 Euro; gesamt für Spitzenverbände Bund der Pflegekassen und Bund der Krankenkassen: 2 568 Euro). Für die Beauftragung der wissenschaftlichen Expertisen entsteht dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen beziehungsweise dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ein Erfüllungsaufwand in Höhe von etwa 1 500 Euro (Rechenweg: 3 Personentage à 8 Stunden bei einem Standardstundenlohnsatz von 32,10 Euro = 770,40 Euro; insgesamt: 1 540,80 Euro).

Regelmäßige Evaluierung von Daten zur pflegerischen Versorgung auf regionaler Ebene durch die Pflegekassen (§ 12 Absatz 2 SGB XI): Für die regelmäßigen Evaluierungen sowie zur Veröffentlichung der Erkenntnisse entsteht den Pflegekassen jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von 320 000 Euro (Rechenweg: 95 Pflegekassen x 74,20 Stunden Zeitaufwand x 45,20 Euro Stundenlohnkosten; Ableitung des Zeitaufwands pro Fall: Formelle Prüfung, Daten sichten: 90 Minuten, Inhaltliche Prüfung, Daten erfassen: 792 Minuten, Ergebnisse/Berechnungen überprüfen und ggf. korrigieren: 3 030 Minuten, Daten übermitteln, veröffentlichen: 60 Minuten, abschließende Informationen aufbereiten: 480 Minuten; insgesamt: 4 452 Minuten (= 74,20 Stunden)). Dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen entsteht zudem geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von ca. 3 600 Euro zur Vereinbarung von Empfehlungen zu Umfang, Struktur, Turnus und möglichen Indikatoren der Datensätze im Hinblick auf die regelmäßige Evaluierung von Daten zur pflegerischen Versorgung auf regionaler Ebene durch die Pflegekassen gemäß § 12 Absatz 2 SGB XI (Geschätzter Gesamtaufwand für Spitzenverband Bund der Pflegekassen und Kommunale Spitzenverbänden: 20 Personentage, 160 Stunden Zeitaufwand).

Für die Durchführung des Berichtsauftrags nach § 15 Absatz 8 SGB XI entsteht dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen für das Erstellen einer Leistungsbeschreibung, die Vergabe, die Projektbegleitung, und die Erstellung des Berichts ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 26 000 Euro (Rechenweg: 2 Personen mit jeweils 45,20 Euro Stundenlohnkosten an insgesamt 36 Tagen (Leistungsbeschreibung: 5 Tage; Vergabe: 3 Tage; Projektbegleitung: 8 Tage; Erstellung des Berichts: 20 Tage)).

Hilfsmittelempfehlungen (§§ 17a, 40 Absatz 6, 53e SBG XI): Dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in niedriger, nicht quantifizierbarer Höhe für die Überarbeitung des Katalogs an empfehlungsfähigen Hilfsmitteln. Das Gesetz aktualisiert im Wesentlichen eine bereits bestehende Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes.

Modellprojekt nach § 18e Absatz 6 SGB XI: Es entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand, da das mit dem PUEG an dieser Stelle zuvor vorgesehene Modellprojekt abgelöst wird. Die dem Medizinischen Dienst Bund durch die Projektdurchführung entstehende Aufwände sind im Rahmen des hier zu nutzenden bestehenden Förderbudgets für den Medizinischen Dienst Bund zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung aufzubringen. Ggf. kann beteiligten Pflegeeinrichtungen ein geringfügiger Mehraufwand durch die Teilnahme an dem Modellprojekt entstehen.

Vereinheitlichung der Fristen im Hinblick auf das Ruhen von Leistungen (§ 34 SGB XI): Im Hinblick auf die Vereinheitlichung der Fristen in Bezug auf das Ruhen von Leistungen der Pflegeversicherung ist zu erwarten, dass für die Pflegekassen insgesamt eine Reduzierung des komplexen Prüfaufwands erreicht wird, ab wann im konkreten Einzelfall konkrete Leistungen ruhen und welche Folgeprüfungen sich daraus im Einzelfall jeweils ergeben. Da zur Fallzahl hinsichtlich des jeweiligen Ruhens der Leistungen keine Daten vorliegen, kann die laufende Senkung des Erfüllungsaufwands jedoch nicht beziffert werden.

Änderung der Intervalle der Beratung nach § 37 Absatz 3 Satz 1 SGB XI: Die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachkräfte haben die Durchführung der Beratungsbesuche gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem

Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle.

Erfüllungsaufwand Pflegekassen: Die Pflegekassen müssen zukünftig bei Pflegebedürftigen mit den Pflegegraden 4 und 5 nur noch halbjährlich prüfen, ob die Beratung nach § 37 Absatz 3 SGB XI durchgeführt wurde, und nur noch halbjährlich den eingereichten Nachweis verarbeiten. 337 620 reine Pflegegeldbeziehende der Pflegegrade 4 und 5 sind gesetzlich pflegeversichert. Je versicherter Person sparen die Pflegekassen ca. 10 Minuten pro Halbjahr, also 20 Minuten pro Jahr, ein. Bei einem Stundenlohn von 36,80 Euro (s. Lohnkostentabelle Verwaltung, Sozialversicherung) ergibt sich damit eine jährliche Einsparung von rund 4,1 Millionen Euro (337 620 x 20/60 x 36,80). Hinzukommt eine einmalige Umstellung der Software. Ausgehend von 95 Pflegekassen, einem Zeitaufwand von einer Stunde und einem Stundenlohn von 36,80 Euro (s. Lohnkostentabelle Verwaltung, Sozialversicherung) ergeben sich Kosten in Höhe von rund 4 000 Euro (95 x 1 x 36,80).

Fachliche Unterstützung der Pflegebedürftigen und häuslich Pflegenden im Rahmen der Pflegeprozessverantwortung der Pflegefachpersonen (§ 37 Absatz 3a SGB XI): Durch die Verpflichtung der Pflegekassen, Pflegebedürftige und die sie häuslich Pflegenden bei der Inanspruchnahme der im Rahmen der Beratung empfohlenen Maßnahmen zeitnah zu unterstützen, entsteht ein Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe, da es sich grundsätzlich um eine Konkretisierung bestehender Beratungs- und Unterstützungspflichten handelt.

Elektronische Übermittlung des Nachweisformulars über eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit (§ 37 Absatz 4 Satz 3 SGB XI):

Erfüllungsaufwand Pflegekassen: Vermutet wird, dass die meisten Pflegekassen über ein Scanzentrum verfügen, dessen Personal Posteingänge analog einscannt. Die Neuregelung in § 37 Absatz 4 Satz 3 SGB XI führt somit zu zeitlichen sowie finanziellen Einsparungen bei den Pflegekassen. 2 915 216 Pflegegeldbeziehende sind gesetzlich pflegeversichert. Sie müssen zwei Beratungen im Jahr abrufen. Je versicherter Person sparen die Pflegekassen im Durschnitt 5 Minuten pro Halbjahr, also 10 Minuten pro Jahr, ein. Somit ergibt sich eine zeitliche Einsparung in Höhe von 485 869 Stunden im Jahr (2 915 216 x 10/60). Bei einem Stundenlohn von 29,40 Euro (s. Lohnkostentabelle Verwaltung, Sozialversicherung) ergibt sich damit eine jährliche Einsparung von 14 284 549 Euro (485 869 x 29,40). Es ist davon auszugehen, dass die erforderliche Hardware und Software bereits vorhanden ist.

Erfüllungsaufwand Spitzenverband Bund der Pflegekassen: Nach § 37 Absatz 4 Satz 3 SGB XI regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer das Nähere zum Verfahren. Dieser Erfüllungsaufwand ist nicht quantifizierbar.

Digitale Pflegeanwendungen (§§ 40a, 40b und 78a SGB XI): Auswirkungen der Änderungen in den Bereichen der digitalen Pflegeaufwendungen und ergänzenden Unterstützungsleistungen auf den Erfüllungsaufwand lassen sich nicht sicher konkretisieren. Dies beruht darauf, dass der aus den Änderungen resultierende Erfüllungsaufwand maßgeblich von der Anzahl der von den Herstellern beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zur Zulassung angemeldeten digitalen Pflegeaufwendungen abhängt. Sicher ist, dass der Nachweisaufwand für die Hersteller und der Prüfaufwand für das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte geringer wird gegenüber der bisherigen Rechtslage. Für die Kostenträger dürfte sich der Erfüllungsaufwand gegenüber der bisherigen Rechtslage kaum ändern.

Niedrigschwellige Unterstützung von Pflegebedürftigen und Entlastung von Pflegepersonen; Weiterentwicklung der Fördermöglichkeiten (§§ 45c bis 45e SGB XI): Im Hinblick auf

die Änderungen des § 45c SGB XI ergibt sich kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Im Hinblick auf die Förderung regionaler Netzwerke ergibt sich im Rahmen der Überführung in einen eigenständigen Paragraphen und die dabei erfolgende Weiterentwicklung der Vorschrift kein signifikanter jährlicher Mehraufwand. Auf der einen Seite soll zwar die Anzahl der geförderten regionalen Netzwerke durch die Rechtsänderungen gesteigert werden, was bei den Landesverbänden der Pflegekassen zu einer Erhöhung der zu bearbeitenden Erstanträge auf Förderung führen kann. Auf der anderen Seite werden zukünftig auch mehrjährige Förderperioden ermöglicht, sodass keine jährliche Antragsstellung und -bearbeitung mehr erfolgen muss und die Landesverbände der Pflegekassen perspektivisch entlastet werden. Für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand im Hinblick auf die Errichtung der Geschäftsstelle nach § 45e Absatz 5 SGB XI, die in diesem Zusammenhang notwendige Einvernehmensherstellung mit dem Bundesministerium für Gesundheit, sowie die Veranlassung und Abnahme der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Geschäftsstelle. Der hierfür insgesamt nötige einmalige Erfüllungsaufwand wird auf rund 7 200 Euro geschätzt (100 Arbeitsstunden zu einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 45,10 Euro sowie 40 Arbeitsstunden zu einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 66,10 Euro).

Hinsichtlich der Förderung der Selbsthilfe in der Pflege wird durch die Bereitstellung abgetrennter Mittel für die nicht ko-finanzierten Förderzwecke in § 45d SGB XI eine Vereinfachung bei der Verwaltung der Mittel im Gegensatz zu der bisher notwendigen Herausrechnung von Mitteln bei der Verteilung auf die Länder bzw. bei der Übertragung von Mitteln in das Folgejahr erreicht. Da durch die Neuregelungen die Bewilligungen nun einfacher auch für mehrere Jahre ausgesprochen werden können, anstatt dass jedes Jahr erneut ein Antrag auf Förderung gestellt werden muss, wird auf Seiten der Verwaltung der Fördermittel Aufwand eingespart. Allerdings besteht ebenfalls die Möglichkeit, dass künftig mehr Anträge auf Förderung eingereicht werden. Deshalb kann nicht genau beziffert werden, in welcher Höhe im Saldo eine Entlastung erfolgt.

Niedrigschwellige Unterstützung von Pflegebedürftigen und Entlastung von Pflegepersonen – Bessere Unterstützung der Versorgung von Pflegebedürftigen, insbesondere durch Gruppenbetreuungsangebote (§§ 45f, 45g SGB XI): Hinsichtlich des Umwandlungsanspruchs entsteht durch die Überführung in einen eigenständigen Paragraphen und die Anhebung des maximal umwandelbaren Prozentsatzes im Vergleich zur bisherigen Regelung kein neuer laufender Erfüllungsaufwand, lediglich einmaliger Aufwand zur entsprechend geringfügigen Anpassung der Programmierung, der unten näher dargestellt wird. Durch die Einführung des Anspruchs auf Umwandlung für Tagesbetreuung wird ein neuer Leistungsanspruch eingeführt, sodass hierfür erstmals Leistungsanträge gestellt werden können. Dafür entsteht zum einen einmaliger Programmieraufwand zur Erfassung der Leistungsart, der unten näher dargestellt wird. Zum anderen entsteht für die Bearbeitung der Anträge auf Leistungen Erfüllungsaufwand. Ausgehend davon, dass den bereits bestehenden Umwandlungsanspruch rechnerisch bei unterstellter voller Umwandlung etwa 6 200 der in der sozialen Pflegeversicherung häuslich gepflegten Pflegebedürftigen in Anspruch nehmen, und unter der Annahme, dass das Interesse an der Nutzung des Anspruchs auf Umwandlung für Tagesbetreuung drei Mal so hoch wird wie das Interesse an der Nutzung des Umwandlungsanspruchs zu Hause, ergäbe dies etwa 18 600 Nutzende. Das entspräche in etwa 10 Prozent der rechnerischen Anzahl an Pflegebedürftigen, die aktuell die teilstationäre Tages- und Nachtpflege nutzen. Bei einer Bearbeitungszeit von 10 Minuten pro Antrag durch eine sachbearbeitende Person und einer Einreichung von Kostenerstattungsanträgen durch die Pflegebedürftigen von im Schnitt 10 Anträgen pro Jahr (bei ganzjähriger Nutzung mit Ausfallzeiten aufgrund von Klinik- oder Kurzzeitpflegeaufenthalten oder anderweitigen Gründen oder mit Stellung von Sammelanträgen für mehrere Monate) ergibt sich der unten näher dargestellte Erfüllungsaufwand.

Vorgabe	Rechenweg		Häufigkeit

		Betrag (in Euro)	einmalig	jährlich
Programmieraufwand Umwandlungsanspruch	95 Pflegekassen x 0,5 Stunden x 66,20 Euro	3.144,50	X	
Programmieraufwand Umwandlung für Tagesbetreuung	95 Pflegekassen x 1,25 Stunden x 66,20 Euro	7.861,25	X	
Bearbeitungsaufwand Umwandlung für Tagesbetreuung	186.000 Anträge x 0,17 Stunden x 47,20 Euro	1.492.464		X

Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen (§ 45j SGB XI): Von den 41 100 Anträgen auf Leistungen nach § 45j SGB XI pro Kalenderjahr müssen bei den Pflegekassen ca. 37 000 Anträge bearbeitet und bescheidet werden. Es ist pro Antrag von einer Bearbeiterin bzw. einem Bearbeiter des mittleren Dienstes im Bereich Sozialversicherung mit einem Stundenlohn in Höhe von 36,80 Euro auszugehen. In zeitlicher Hinsicht dürften 30 Minuten insbesondere für die Prüfung der Voraussetzungen und die Bescheidung ausreichend sein. Dies führt bei den Pflegekassen zu Personalkosten in Höhe von 18,40 Euro pro Antrag. Hinzukommen als Sachkosten Portokosten für den Bescheid in Höhe von 0,85 Euro pro Antrag (Standardbrief bis 20g) sowie sonstige Sachkosten in Höhe von 0,10 Euro. Der Erfüllungsaufwand für die Sozialversicherung (Pflegekassen) beträgt jährlich im Saldo etwa 716 000 Euro.

Wahrnehmung von Aufgaben der Pflegekassen durch Dritte (§ 47b SGB XI): Die mit der Regelung in § 47b SGB XI erfolgte Angleichung an § 197b SGB V, mit der nun Kranken- und Pflegekassen ihnen obliegende Aufgaben auch durch private Dritte wahrnehmen lassen können, schafft die erforderliche gesetzliche Grundlage für die herrschende Praxis im Bereich der Pflegekassen. Ein Erfüllungsaufwand ist damit nicht verbunden, im Gegenteil: Ohne diese Regelung wären die Pflegekassen gezwungen, die durch Dritte erledigten Aufgaben selbst wahrzunehmen. Eine entsprechende Umstellung wäre mit nicht unerheblichen Erfüllungsaufwand verbunden.

Sicherstellung der pflegerischen Versorgung (§ 73a SGB XI): Dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen entsteht ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 6 840 Euro für die halbjährliche Berichterstattung nach § 73a Absatz 3 (Jeweils zwei Mal jährlich: Einholen und Verarbeiten von Daten für 16 Länder á vier Stunden bei Stundenlohnkosten in Höhe von 47,20 Euro sowie Berichtserstellung á sechs Stunden bei Stundenlohnkosten in Höhe von 66,20 Euro).

Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen (§ 86a SGB XI): Der Sozialversicherung entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 26 480 Euro für die Erarbeitung der Bundesempfehlungen für Verfahrensleitlinien für die Pflegesatzvereinbarungen. Insbesondere die Regelung des § 86a Absatz 3 SGB XI wird mittelfristig dazu beigetragen, dass Pflegesatz- und Pflegevergütungsverfahren verkürzt und weniger streitbehaftet durchgeführt werden können, da mit den Bundesempfehlungen und den ggf. angepassten Rahmenverträgen klarere Vorgaben zum Verfahren vorgegeben werden. Insofern ist eine Entlastungswirkung durch die Maßnahmen in erheblich höherem Umfang als der Belastung zu erwarten. Werden 50 Prozent der Vereinbarungsabschlüsse durch vereinfachte Verfahren umgesetzt und dadurch der Aufwand je Vereinbarung um vier Stunden für die Beteiligten reduziert, ergibt sich ein jährliches Entlastungspotenzial von 3 364 574 Euro für die Wirtschaft und 13 124 621 Euro für die Verwaltung, also insgesamt jährlich 16,5 Millionen Euro (siehe die folgende Tabelle).

Betroffene	Rechenweg	Betrag (in Euro)	Häufigkeit	Entlastung (in Euro)
Verwaltung Anwendung vereinfachter Vereinbarungsverfahren in 50 % der Fälle* Kostenträgerverbände** auf Landesebene	-278 064 Stunden (=3P x (-4 Stunden) x 23 172 Fälle) x 47,20 Euro	-13 124 621	jährlich	13 124 621

*Anzahl Vergütungsvereinbarungen lt. vdek-Datenlieferung für den 8. Pflegebericht, Berichtsjahr 2023: 46 343 Vergütungsvereinbarungen (17 426 ambulante Pflegedienste, 82 Betreuungsdienste, 11 661 vollstationäre Pflege, 9 685 eingestreute Kurzzeitpflege, 516 solitäre Kurzzeitpflege, 6 962 Tagespflege, 11 Nachtpflege)

** 3 Personen je Verhandlung auf Kostenträgerseite

Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen (§ 92c SGB XI): Der Sozialversicherung (Spitzenverband Bund der Pflegekassen) entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 26 480 Euro für die Erarbeitung der Bundesempfehlungen zu den Inhalten der Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen. Diese Bundesempfehlungen werden mittelfristig dazu beigetragen, dass der Abschluss der Verträge nach § 92c Absatz 1 SGB XI geordnet und weniger streitbehaftet durchgeführt werden kann, da mit den Bundesempfehlungen klare Vorgaben zu den Inhalten vorgegeben werden. Insofern ist eine Entlastungswirkung durch die Maßnahmen in erheblich höherem Umfang als der Belastung zu erwarten. Der Sozialversicherung entsteht zudem ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 35 904 Euro für die Berichterstellung zu den Verträgen zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen unter wissenschaftlicher Begleitung.

Einrichtung Geschäftsstelle Personalbemessung (§ 113c Absatz 9 SGB XI): Die Beauftragung einer Geschäftsstelle für die Personalbemessung nach § 113c SBG XI löst einen einmaligen geringfügigen Aufwand von ca. 7 900 Euro für die beteiligten Parteien aus.

Standardaktivität	Zeitaufwand	Kosten (ca. 10 Verbände)
Inhaltliche Prüfung	Mittel (60 Min.)	2 x 66,20 x 10 = 1 324 Euro
Interne Sitzungen (5 angenommene)	Mittel (60 Min.)	5 x 66,20 x 10 = 3 310 Euro
Externe Sitzungen (5 angenommene)	Mittel (60 Min.)	5 x 66,20 x 10 = 3 310 Euro

Standardaktivität	Zeitaufwand	Kosten (ca. 10 Verbände)

Inhaltliche Prüfung	Mittel (60 Min.)	2 x 66,20 x 10 = 1 324 Euro
Interne Sitzungen (5 angenommene)	Mittel (60 Min.)	5 x 66,20 x 10 = 3 310 Euro
Externe Sitzungen (5 angenommene)	Mittel (60 Min.)	5 x 66,20 x 10 = 3 310 Euro

Die Umsetzung einer Geschäftsstelle durch die Verbände der Kostenträger löst einen nur geringfügigen Aufwand von rund 7 900 Euro jährlich innerhalb der Laufzeit von 5 Jahren aus (dieser wurde addiert als einmaliger Erfüllungsaufwand von 39 500 Euro ausgewiesen).

Digitale Daten- und Kommunikationsplattform nach § 114 SGB XI: Die Anforderung an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund und dem Verband der privaten Krankenversicherung eine digitale Daten- und Kommunikationsplattform für Qualitätsprüfungen zu errichten, führt beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst Bund zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand für die Ausschreibung des Auftrags. Die Implementierung des Plattformsystems bei den beiden genannten Organisationen sowie bei den Landesverbänden der Pflegekassen und den Medizinischen Diensten führt ebenfalls zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand. Insgesamt entstehen der Sozialversicherung damit ein einmaliger Erfüllungsaufwand von voraussichtlich rund 25 800 Euro. Für den Betrieb der Plattform ist beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen voraussichtlich ein jährlicher Erfüllungsaufwand von 9 400 Euro zu erwarten. Dementgegen stehen voraussichtlich rund 25 000 Euro jährliche Entlastung durch effizienteren Informationsaustausch zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Medizinischen Diensten.

Betroffene (Rechenweg)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit		Entlastung (in Euro)
		einmalig	jährlich	
Spitzenverband Bund der Pflegekassen (4 Personen, je 40 Std., 66,20 Euro/Std.)	10.592	x		
Spitzenverband Bund der Pflegekassen (2 Personen, je 100 Std., 47,20 Euro/Std.)	9.440		x	
Medizinischer Dienst Bund (2 Personen, je 30 Std., 66,20 Euro/Std.)	3.972	x		
Landesverbände der Pflegekassen (16 Personen, je 8 Std., 45,20 Euro/Std.)	5.786	x		
Medizinische Dienste (15 Personen, je 8 Std., 45,20 Euro/Std.)	5.424	x		
Landesverbände der Pflegekassen (32 Personen, je 6 Std., 45,20 Euro/Std.)			x	8.678
Medizinische Dienste (60 Personen, je 6 Std., 45,20 Euro/Std.)			x	16.272

Berichtspflicht nach § 114c Absatz 3 SGB XI-neu: Die Anforderung an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die bereits bestehende Berichtspflicht nach §114c über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten sowie mit den Qualitätsprüfungen um weitere Informationen zu ergänzen, führt zu

einem geringfügig erhöhten jährlichen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 760 Euro (Rechenweg: 2 Personen, jeweils 8 Stunden, 47,20 Euro Stundenlohnkosten). Dem entgegen steht eine jährliche Entlastung in Höhe von rund 940 Euro durch die Nutzung der digitalen Daten- und Kommunikationsplattform nach § 114 Absatz 1a-neu, mit der die Datenbeschaffung und -auswertung zukünftig effizienter gestaltet werden kann Rechenweg: 2 Personen, jeweils 10 Stunden, 47,20 Euro Stundenlohnkosten. Im Ergebnis führt dies zu einer geringfügigen jährlichen Entlastung von rund 200 Euro.

Qualitätssicherung gemeinschaftliche Wohnformen: Den Verbänden der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene (Wirtschaft), dem Medizinischen Dienst Bund sowie den Verbänden der Kostenträger auf Bundesebene (Verwaltung/Sozialversicherung) entsteht durch die Entwicklung spezifischer Regelungen für die Prüfung der Qualität der Leistungen von ambulanten Pflegediensten und ihren Kooperationspartnern in gemeinschaftlichen Wohnformen sowie durch die Erstellung, Ausschreibung und Abnahme eines wissenschaftlichen Auftrags zum Aufbau eines Qualitätssicherungssystems für gemeinschaftliche Wohnformen ein geringfügiger, nicht näher zu beziffernder einmaliger Erfüllungsaufwand. Dieser Erfüllungsauswand fällt jedoch im Wesentlichen im Rahmen der regelmäßigen, gesetzlich festgelegten Arbeit der genannten Organisationen als Mitglieder im Qualitätsausschuss Pflege nach § 113b SGB XI an, denn die Qualitätssicherung ist eine zentrale Aufgabe der Pflege-Selbstverwaltung. Die Verbände werden dabei durch die Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses personell und organisatorisch unterstützt. Die Arbeit des Qualitätsausschusses wird über den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung gemäß § 8 Absatz 4 SGB XI finanziert.

Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege (§ 125a Absatz 3 SGB XI): Es entsteht ein einmaliger Aufwand für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die zu beteiligten Parteien in niedriger, nicht quantifizierbarer Höhe für die Erarbeitung von Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse der wissenschaftlich gestützten Evaluation zur Erprobung von Telepflege.

Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen; Evaluation (§ 73d SGB V): Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entstehen bei den Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Spitzenorganisationen für die Wahrnehmung von Interessen der ambulanten Pflegedienste und den Trägern von stationären Pflegeeinrichtungen über einen Katalog an Leistungen, die von Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung eigenverantwortlich erbracht werden können, ein Gesamterfüllungsaufwand von einmalig jeweils rund 2 380 Euro. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsteht bei den Verhandlungen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Spitzenorganisationen für die Wahrnehmung von Interessen der ambulanten Pflegedienste sowie den Vereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen über einen Katalog an Leistungen, die von Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung eigenverantwortlich erbracht werden können, ein Gesamterfüllungsaufwand von einmalig jeweils rund 2 380 Euro. Insgesamt ergibt sich dadurch ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 4760 Euro.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (§ 87 SGB V): Dem Bewertungsausschuss (gebildet durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung) entsteht ein geringfügiger, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand für die Erweiterung der in bestimmten Zeitabständen vorzunehmenden Überprüfung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) um übertragbare Leistungen an Pflegefachpersonen und deren angemessene Vergütung.

Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (§ 132a SGB V): Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Rahmenempfehlungspartner nach § 132a Absatz 1 SGB V entsteht für die Beratung und Vereinbarung von Grundsätzen zur Vergütung von Aufgaben nach § 73d

Absatz 1 SGB V zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege ein Erfüllungsaufwand in Höhe von ca. 1 200 Euro (Rechenweg: 2 Personen als Vertretung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen x 3 Sitzungen mit einer Dauer von jeweils 3 Stunden x 66,20 Euro Stundenlohnkosten). Die nach § 132a SGB V zu regelnden Empfehlungen zu Maßnahmen der Qualitätssicherung der Leistungserbringung sollen sich auch auf die Voraussetzungen, mit denen eine fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung ermöglicht wird, beziehen.

5. Weitere Kosten

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen von rund sieben Prozent respektive zehn Prozent bei einigen Regelungen unter Berücksichtigung des Anteils der Beihilfeberechtigten aus den Regelungen mittelfristig Minderausgaben von rund 5,8 Millionen Euro jährlich.

Bezüglich der finanziellen Beteiligung der privaten Pflege-Pflichtversicherung an der Umsetzung verschiedener Regelungen zur Förderung der Versorgungsstrukturen ist zu beachten, dass die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, als privatrechtlich organisierte Unternehmen zwar grundsätzlich gewinnorientiert ausgerichtet sind. Die Leistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung und die Verwaltungsausgaben der sie durchführenden Unternehmen werden jedoch durch die Prämien der Versicherten finanziert. Das primäre Geschäftsziel der Versicherungsunternehmen sollte somit die ausreichende Versorgung ihrer pflegebedürftigen Versicherten mit Leistungen bei Pflege sein. Dies ist nur möglich, wenn ausreichend Leistungserbringer mit ausreichend Fachpersonal vorhanden sind. Dabei ist zudem zu berücksichtigen, dass es sich auch für die privat Versicherten um eine Pflichtversicherung handelt und in den Verträgen Leistungen vorgesehen sein müssen, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels des SGB XI gleichwertig sind (§ 23 Absatz 1 Satz 2 SGB XI). Damit besteht für die private Pflege-Pflichtversicherung nicht nur eine besondere Gruppenverantwortung für die Gruppe der privat Pflegeversicherten, sondern auch eine besondere Gruppennützigkeit. Insofern ist es sachgerecht, dass sich die Unternehmen (für ihre Versicherten) an den Ausgaben für die Förderung der Versorgungsstrukturen bzw. für die Verbesserungen der Leistungen der Pflegeversicherung beteiligen.

Auswirkungen auf Löhne und Preise, insbesondere aber auf das Verbraucherpreisniveau ergeben sich nicht.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung sind nicht zu erwarten, weil mit dem Gesetz keine Regelungen getroffen werden, die sich spezifisch auf die Lebenssituation von Frauen und Männern auswirken. Es ist jedoch davon auszugehen, dass insbesondere Frauen von den Verbesserungen des Gesetzes profitieren können, weil diese in höherer Zahl (auch beruflich) pflegen und insbesondere aufgrund der höheren durchschnittlichen Lebenserwartung auch in höherer Zahl von einer Pflegebedürftigkeit betroffen sind.

Auswirkungen auf die demografische Entwicklung und auf die Wahrung und Förderung gleichwertiger Lebensverhältnisse hat das Gesetz nicht.

VIII. Befristung; Evaluierung

Das Regelungsvorhaben ist nicht befristet.

Eine gesonderte Evaluierung des Vorhabens im Gesamten ist nicht erforderlich. Sofern erforderlich, beinhalten die gesetzlichen Regelungen Vorgaben zu Evaluierungen von einzelnen Regelungskomplexen.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Bei den Änderungen der Inhaltsübersicht des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zu den Änderungen des SGB XI, die mit dem vorliegenden Gesetz vorgenommen werden.

Zu Nummer 2 (§ 5)

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung der Überschrift stellt eine redaktionelle Folgeänderung der Einfügung des neuen Absatz 1a dar.

Zu Buchstabe b

Der weit überwiegende Teil der Leistungsberechtigten in der sozialen Pflegeversicherung wird häuslich versorgt; gerade bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit ist dies in der Regel der Fall. Es ist von großer Bedeutung für die Lebensqualität, für die Verbesserung der gesundheitlichen Situation und für die Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten, dass diese Personengruppe frühestmöglich Zugang zu Leistungen zur Prävention erhält und hierbei unmittelbar unterstützt wird. Dies gilt sowohl dann, wenn die Pflege durch die Pflegebedürftigen selbst, beispielsweise mit Hilfe von pflegenden An- und Zugehörigen, sichergestellt wird, als auch dann, wenn eine ambulante Pflegeeinrichtung tätig wird. Der neue Absatz 1a zielt daher darauf ab, den Zugang zu Präventionsleistungen für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege deutlich zu verbessern, indem diese eine zielgenaue Präventionsberatung erhalten und die Empfehlung einer konkreten Maßnahme zur Prävention durch Pflegefachpersonen und im Rahmen der Pflegeberatung nach den §§ 7a und 7c SGB XI sowie ggf. des Beratungsbesuchs nach § 37 Absatz 3 SGB XI auch durch qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater ermöglicht wird. Diese Ergänzung tritt neben die bisherigen Regelungen zur Erbringung von Leistungen zur Prävention in der stationären Pflege.

Die Pflegekassen sollen auch im Bereich der ambulanten pflegerischen Versorgung gezielt Bedarfserhebung, Beratung und Empfehlung von Präventionsleistungen unterstützen und damit einen zielgenauen Zugang von pflegebedürftigen Menschen in häuslicher Pflege zur Prävention gewährleisten. Von wirkungsvollen Präventionsmaßnahmen profitieren nicht nur die Pflegebedürftigen selbst, sondern auch ihre pflegenden An- und Zugehörigen, wenn etwa die häusliche Pflegebelastung vermindert und die Pflegesituation entspannt werden kann. Die in dem „Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen (GKV-SV) aufgeführten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in fünf Handlungsfeldern (Ernährung, körperliche Aktivität, kognitive Ressourcen, psychosoziale Gesundheit, Prävention von Gewalt) können dabei auch für Prävention in der ambulanten Pflege Grundlage sein. Seitens des GKV-SV ist insofern eine sachgerechte Ergänzung bzw. Weiterentwicklung des Leitfadens zu den Voraussetzungen und Zielen der individuellen Bedarfserhebung und Beratung von Pflegebedürftigen zur Nutzung präventiver Angebote durch häuslich versorgte Pflegebedürftige erforderlich. Ebenso sind vom GKV-SV spezifische Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen zur primären Prävention für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege nach § 20 Absatz 2 SGB V zu entwickeln (GKV-Leitfaden Prävention).

Die Pflegekassen sollten dabei im Zusammenwirken mit den für die Leistungserbringung und Kostentragung wie bisher zuständigen Krankenkassen auch darauf hinwirken, dass die Angebotsentwicklung im Bereich der Präventionsmaßnahmen auf die Personengruppe der

älteren und der pflegebedürftigen Menschen in ausreichendem Maße zugeschnitten ist. Wie aus einer im Jahr 2023 im Auftrag des BMG durchgeführten Literaturanalyse hervorgeht, haben Studien gezeigt, dass insbesondere durch Präventionsmaßnahmen im Bereich der Mobilitätsförderung und der Ernährung Erfolge erzielt werden konnten. Hierfür sind folgende Studien exemplarisch zu nennen: POWER – hier wurde eine Verbesserung der physischen Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität von gefährdeten älteren Personen in Pflegeeinrichtungen durch begleitetes Spazierengehen erreicht; EU-Projekt SPRINTT – hier konnten positive Effekte durch moderat intensive körperliche Aktivitäten mit technologischer Unterstützung und Ernährungsberatung erreicht werden.

Prävention für häuslich gepflegte Personen soll frühestmöglich nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgen. Schon bei der Begutachtung zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit ist verpflichtend auch eine Rehabilitations- und Präventionsempfehlung zu erstellen und den Antragstellenden mitzuteilen. Diese Information soll zeitnah aufgegriffen und in die Bedarfserhebung einbezogen werden. Dies soll etwa in der Pflegeberatung nach den §§ 7a und 7c umgesetzt werden. Damit werden die bestehenden Beratungsaufträge ergänzt und präzisiert. Konkret sollen in der Beratung zielgenau, d.h. individuell zugeschnitten, Informationen bezüglich der Möglichkeiten gegeben werden, die mittels Gesundheitsförderung und Prävention zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten bestehen und eine Sensibilisierung der Versicherten und ihrer An- und Zugehörigen erreicht werden. Auf der individuellen fachlichen Grundlage der damit verbundenen Bedarfserhebung durch Pflegefachpersonen und durch qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater soll bei Bedarf auch unmittelbar eine konkrete Maßnahmenempfehlung gegeben werden.

Aber auch während länger fortbestehender Pflegebedürftigkeit ist der Zugang zu Präventionsmaßnahmen für häuslich versorgte Pflegebedürftige wichtig. Hier sollten sowohl die Pflegeberatung nach § 7a, auch in Verbindung mit § 7c, die Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 als auch die Kompetenzen der Pflegedienste, soweit sie in die Versorgung eingebunden sind, genutzt werden.

Es ist folgerichtig und notwendig, in diesem Zusammenhang auch die Rolle und Kompetenz der Pflegefachpersonen und der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater zu stärken und den Aufgaben der Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern gemäß den aktuell gültigen „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (Pflegeberatungs-Richtlinien)“ Rechnung zu tragen. Gemäß Abschnitt 2.2.4 „Prävention und Gesundheitsförderung“ dieser Richtlinien sollen Pflegeberaterinnen und Pflegeberater Anspruchsberechtigte sowie Angehörige oder weitere Personen entsprechend deren individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarfen zu Möglichkeiten beraten, Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Anspruch zu nehmen. Mit den Regelungen in den Sätzen 2 und 3 erhalten Pflegefachpersonen und qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater daher entsprechend ihrer jeweiligen Zuständigkeit die Möglichkeit und Aufgabe, im Zusammenhang einer Beratung nach den §§ 7a und 7c, einer Leistungserbringung nach § 36 oder eines Beratungsbesuchs nach § 37 Absatz 3 eine Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gemäß § 20 Absatz 4 Nummer 1 des Fünften Buches auszusprechen.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Einfügung des neuen Absatz 1a.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung des neuen Absatz 1a.

Zu Nummer 3 (§ 7a)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

In Absatz 3 Satz 2 wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 11 Absatz 1 Satz 3 angepasst.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Anfügung wird klargestellt, dass Aufgaben im Rahmen der Pflegeberatung, die Gegenstand der Vorbehaltsaufgaben nach § 4 des Pflegeberufegesetzes sind, weiterhin nur von Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufegesetzes erbracht werden dürfen.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe d

Der gesetzlich festgelegte Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen wird auch in Bezug auf die Pflegeberatung konkretisiert. Die Pflegekassen im Land sollen hierfür einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen zur kassenartenübergreifenden Organisation der Pflegeberatung im Land und zur Abstimmung und Zuordnung der Beratungsstrukturen zu bestimmten räumlichen Einzugsbereichen treffen können. Damit könnten zum Beispiel Beratungsangebote für besondere Personengruppen geschaffen bzw. besser organisiert werden. Die Möglichkeit der Pflegekassen, sich zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben an der Organisation und Beratung anderer Träger zu beteiligen, wird ferner mit der Möglichkeit, die Beratungsaufgaben ganz oder teilweise auf Dritte zu übertragen, zusammengeführt (bisher Absatz 1 Satz 8).

Zu Nummer 4 (§ 7b)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen.

Zu Nummer 5 (§ 7c)

Mit der Änderung wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 11 Absatz 1 Satz 3 angepasst.

Zu Nummer 6 (§ 8)

Zu Buchstabe a

Absatz 3b Satz 1 verpflichtet den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, durch die Finanzierung von Studien, Modellprojekten und wissenschaftlichen Expertisen neben der wissenschaftlich gestützten Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben, das nach § 113c Satz 1 in der am 1. Januar 2016 geltenden Fassung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen entwickelt und erprobt wurde, auch die wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung der ambulanten

Versorgung sicherzustellen. Während für den vollstationären Bereich zu Beginn des Förderzeitraums bereits umfangreiche Arbeiten aus einem Vorprojekt vorlagen, waren im ambulanten Bereich zunächst verschiedene Vorarbeiten durchzuführen, die bisher noch nicht abgeschlossen werden konnten. Zudem wurde im Rahmen der Beratungen des Begleitgremiums deutlich, dass der Fokus des Modellprogramms in der ambulanten Versorgung nicht allein auf einen effizienten, kompetenzorientierten Personaleinsatz und eine gute Organisationsentwicklung auf betrieblicher Ebene ausgerichtet sein sollte. Vielmehr besteht absehbar demografisch bedingt die Herausforderung, genügend Pflegefach- und -assistenzpersonen zu finden und die Versorgung unter Einbeziehung aller verfügbaren Akteure, auch der Kommunen, sektorenübergreifend kurz- und mittelfristig sicherzustellen. Zudem haben sich sowohl die Rahmenbedingungen der Versorgung als auch die Fachdiskussion in den letzten Jahren seit Einführung des Modellprogramms verändert. Diskutiert werden unterschiedliche Ansätze von einem lokalen oder regionalen Care Management über eine verstärkte fachpflegerische Begleitung der Pflegebedürftigen, auch im Sinne eines Case Managements, die Möglichkeiten der verstärkten Nutzung des Begutachtungsinstruments, zum einen zur Klärung der Versorgungsbedarfe, zum anderen als Grundlage für eine bedarfsorientierte Weiterentwicklung der Leistungen sowie verschiedene Ansätze für eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen, Medizinischem Dienst und den Trägern der Sozialhilfe sowie weiteren Akteuren, zum Beispiel Pflegestützpunkten. Bislang wurden die verschiedenen Ansätze jedoch weder systematisch erprobt, noch wurden sie zu sektorenübergreifenden Umsetzungsszenarien zusammengeführt, die unter Berücksichtigung der derzeitigen und zukünftigen Versorgungsbedarfe sowie personellen und finanziellen Rahmenbedingungen fundierte Entscheidungen des Gesetzgebers zu einer strukturellen Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung und Pflege erlauben.

Daher wird das Modellprogramm kostenneutral bis Ende 2028 verlängert und zudem im Sinne der genannten Herausforderungen inhaltlich teilweise neu ausgerichtet. Das bereits laufende Modellprogramm zur Einführung und Weiterentwicklung des wissenschaftlich gestützten Personalbemessungsverfahrens in der vollstationären Versorgung bleibt unberührt.

In dem Modellprogramm soll zunächst eine systematische Zusammenstellung der derzeitigen und künftigen Rahmenbedingungen der pflegerischen Versorgung (ambulant-häuslich und stationär) hinsichtlich der Versorgungsbedarfe und der bis 2050 verfügbaren Personal- und finanziellen Ressourcen erfolgen. Dabei sind auch die Ressourcen von Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen einzubeziehen. Es soll untersucht werden, wie die Ressourcen aktuell mit welcher Wirkung eingesetzt werden und wie sie künftig eingesetzt werden könnten, um den Wirkungsgrad zu optimieren. Ziel ist es, Szenarien zu entwickeln, auf deren Grundlage fundierte gesetzgeberische Entscheidungen über eine strukturelle Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung und Pflegeversicherung getroffen werden können. Die Szenarien sollen auch Aussagen zu den nachfolgend genannten Themenstellungen treffen, die Gegenstand der Fachdiskussion sind. Untersucht werden sollen daher auch Optionen für

1. eine verstärkt regionale oder lokale fachpflegerische Planung, Steuerung und Gestaltung der Versorgung unter Einbeziehung der an der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung beteiligten Akteure (Care Management),

2. eine vom Versorgungsbedarf abhängige, fachpflegerische Begleitung von Pflegebedürftigen, auch im Sinne eines Case Managements,

3. eine Nutzung des Begutachtungsinstruments nach §§ 14, 15 zur Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs,

4. eine (ggf. auch sektorenübergreifende) Weiterentwicklung von Leistungen insbesondere der Pflegeversicherung, die auf einer fachwissenschaftlich und berufsständisch konsentierten, systematischen Beschreibung pflegerischer Aufgaben beruht, auf die Vermeidung oder

Verringerung des Pflege- und Versorgungsbedarfs ausgerichtet ist und sich an der Stärkung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten der Pflegebedürftigen orientiert, sowie

5. eine optimierte Zusammenarbeit insbesondere zwischen Pflegekassen, Medizinischem Dienst und den Trägern der Sozialhilfe zur Sicherstellung der Versorgung unter den bestehenden und zukünftigen Rahmenbedingungen.

Die Erhebung, Entwicklung von Szenarien und Durchführung von Modellvorhaben erfolgt unter den parallel zu verfolgenden Zielsetzungen, dass die Versorgung der Pflegebedürftigen und die Unterstützung ihrer An- und Zugehörigen mit dem nach wissenschaftlichen Prognosen, insbesondere in den Jahren bis 2050, vorhandene Pflege- und Betreuungspersonal sichergestellt werden kann, ohne dass die pflegenden An- und Zugehörigen oder das Pflege- und Betreuungspersonal überlastet werden. Dabei sind auch die Wirtschaftlichkeit der untersuchten Optionen und die Auswirkungen auf die Ausgaben der Gesetzlichen Pflegeversicherung und Gesetzlichen Krankenversicherung zu untersuchen. Von den genannten Vorschriften dieses Buches und des Fünften Buches kann für die Zwecke der Durchführung von Modellvorhaben im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit abgewichen werden, um auch die modellhafte Erprobung von innovativen Versorgungsansätzen außerhalb des bestehenden Rechtsrahmens zu ermöglichen.

Zu Buchstabe b

Die Kompetenzen von Pflegefachpersonen in der Versorgung werden aktuell noch nicht in dem Maße eingesetzt wie es aus fachlicher Sicht möglich wäre. Während eine Erweiterung der Befugnisse in einigen Bereichen fachlich weitgehend geklärt ist, fehlt es derzeit an einer systematischen und umfassenden, kompetenz- bzw. qualifikationsbezogenen Darstellung der Aufgaben der Pflege, wie sie international typischer Weise durch berufsständische Organisationen in einem sog. Scope-of-Practice auf der Grundlage von im Rahmen der beruflichen, hochschulischen oder in Weiterbildungen erworbenen und durch Fortbildungen aktuell gehaltenen Kompetenzen, auch in Verbindung mit der Klärung von Fort- und Weiterbildungsanforderungen erfolgt. Bestehende rechtliche Instrumente zur Konkretisierung der Inhalte von Leistungen, die durch Pflegefachpersonen erbracht werden, insbesondere auch von Leistungen, die bisher Ärztinnen und Ärzten vorbehalten waren, können daher durch die beteiligten Akteure häufig nicht in dem Umfang genutzt werden, wie es fachlich möglich und aus Versorgungssicht erforderlich wäre. Hinweise auf Pflegefachpersonen zugeordnete Leistungen (ohne und mit zusätzlichen Qualifikationsanforderungen) sind gegenwärtig vor allem bezogen auf konkrete Einzelmaßnahmen oder -tätigkeiten, häufig in untergesetzlichen Normen (z.B. den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur häuslichen Krankenpflege) enthalten. Ein Schließen dieser Lücke wird der Versorgung der Versicherten in beiden Rechtskreisen zugutekommen und gerade in Zeiten eines akuten Fachkräftemangels die Sicherstellung der Versorgung wesentlich unterstützen. Zudem kann und soll die systematische Klärung der Aufgaben von Pflegefachpersonen der Weiterentwicklung u.a. leistungs- und leistungserbringungsrechtlicher Regelungen der Kranken- und Pflegeversicherung dienen.

Mit dem Pflegekompetenzgesetz werden bereits wesentliche Schritte in Richtung der Klärung und Erweiterung der Aufgaben von Pflegefachpersonen in der Versorgung im Rahmen der leistungsrechtlichen Regelungen des Fünften und Elften Buches, insbesondere auch mit Blick auf heilkundliche Kompetenzen von Pflegefachpersonen, gegangen. Auf der Grundlage einer umfassenderen fachlichen Klärung der Aufgaben von Pflegefachpersonen in der Versorgung soll geprüft werden, ob über die Regelungen des Pflegekompetenzgesetzes hinaus perspektivisch weitergehende gesetzliche Änderungen zur Klarstellung und ggf. Erweiterung der Aufgaben von Pflegefachpersonen in der Versorgung sinnvoll und möglich sind. Dafür bedarf es einer fachwissenschaftlich fundierten, umfassenden und systematischen Beschreibung pflegerischer Aufgaben, die Pflegefachpersonen auf der Grundlage berufsrechtlich verankerter Qualifikationen oder vergleichbarer Qualifikationen, z.B. qualifizierter Weiterbildungen, in der Versorgung erbringen können. Eine solche

Beschreibung pflegerischer Aufgaben ist sektorenübergreifend zu entwickeln und soll sämtliche Aufgabenbereiche von Pflegefachpersonen auf der Grundlage ihrer jeweiligen Qualifikation beinhalten. Dazu gehören sowohl Pflegefachpersonen mit einer beruflichen Ausbildung, mit einer hochschulischen Ausbildung sowie mit einer hochschulischen Ausbildung, die über erweiterte heilkundliche Kompetenzen nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes in der ab 1. Januar 2025 geltenden Fassung in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz verfügen. Darüber hinaus gehören hierzu Pflegefachpersonen mit qualifizierten (Fach-) Weiterbildungen, beispielsweise auf Grundlage der Weiterbildungsordnungen der Landespflegekammern oder der Länder, Weiterbildungen von Fachgesellschaften (z.B. zur/zum Diabetesberater/in DDG der Deutschen Diabetes-Gesellschaft), Weiterbildungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, und Pflegefachpersonen mit versorgungsbezogenen Master-Abschlüssen in der Pflege, z.B. Community Health Nursing bzw. Advanced Practice Nursing. Schließlich soll eine solche Beschreibung pflegerischer Aufgaben auch die Aufgaben von Pflegefachassistenzpersonen nach dem Pflegefachassistenzeinführungsgesetz umfassen.

Dabei ist wichtig, dass die Beschreibung der Aufgaben von Pflegefachpersonen einerseits hinreichend konkret ist. Gleichzeitig soll diese Beschreibung aber nicht nur aus einer Zusammenstellung von einzelnen Handlungen oder Tätigkeiten bestehen, denn pflegerisches Handeln erfolgt in einem fachlichen Kontext, den es mit abzubilden gilt, und im Rahmen der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben. Die Beschreibung pflegerischer Aufgaben ist daher auch eine „Übersetzungshilfe“ für Kranken- und Pflegekassen, Leistungserbringer in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftige, um zu verdeutlichen, welche Leistungen auf der Grundlage von den im Rahmen von Ausbildung, Studium oder qualifizierter Weiterbildung vermittelten Kompetenzen von Pflegefachpersonen in der Versorgung erbracht werden können. Zudem kann eine solche Beschreibung als fachliche Orientierungshilfe für Landesgesetzgeber und Landespflegekammern bei der weiteren Ausgestaltung von Regelungen im Bereich der beruflichen und hochschulischen Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie der Berufsausübung dienen.

Daher wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen verpflichtet, wissenschaftliche Expertisen zu beauftragen, deren Ergebnis ein sektorenübergreifender Katalog der Aufgaben von Pflegefachpersonen auf Grundlage vorhandener Kompetenzen bzw. Qualifikationen ist. Bei der Erarbeitung dieses Katalogs ist die enge fachliche Einbindung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a durch die Auftraggeber und in der Folge durch die Auftragnehmer sicherzustellen. Die Ausgestaltung der Beauftragung und die Beauftragung selbst erfolgen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die Finanzierung in Höhe von bis zu zehn Millionen Euro für die Jahre 2025 bis 2030 erfolgt aus dem Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung. Die im Modellprogramm nach § 125a noch nicht verausgabten Mittel werden zugleich um fünf Millionen Euro insgesamt gekürzt. Die gesetzlichen Krankenkassen tragen an den Ausgaben für die Fördermittel nach § 8 Absatz 3c einen Anteil von 50 Prozent; im Hinblick auf das Verfahren zur Finanzierung dieses Betrags gelten § 150 Absatz 4 Satz 3 und 4 entsprechend. Eine gemeinsame Finanzierung aus Mitteln der Pflegekassen und Krankenkassen ist sachgerecht, da der Katalog naturgemäß nicht nach Versicherungsbereichen unterscheidet, sondern Aufgaben qualifikations- und kompetenzabhängig beschreibt und damit beide Sozialversicherungen gleichermaßen von den Ergebnissen profitieren.

Bei der Entwicklung der Beschreibung der Aufgaben von Pflegefachpersonen sollen bereits vorhandene fachliche Beschreibungen der Aufgaben von Pflegefachpersonen in die Überlegungen einbezogen werden. Hierzu zählen bspw. im nationalen Bereich die „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ (Wingenfeld/Büscher 2017), die Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), die pflegerelevanten Leitlinien der AWMF, die Beschreibung von „Vorbehaltsaufgaben in der Pflege – pflegewissenschaftliche

und pflegerechtliche Grundlegung und Einordnung“ des Think Tanks Vorbehaltsaufgaben (TT VA) und der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP), die Ergebnisse von „VAPIK – Vorbehaltsaufgaben in der Pflege im Krankenhaus“ des Katholischen Krankenhausverbands Deutschland e. V. und des Deutschen Instituts für Pflegeforschung e. V. (DIP), die Empfehlungen der Arbeitsgruppe der Ausbildungsoffensive Pflege für „Aufgabenprofile akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen“ der Arbeitsgruppe 1 der Konzertierten Aktion Pflege unter Moderation der Diakonie Deutschland e. V., die „Aufgaben und Tätigkeiten im Rahmen von CHN“ in Community Health Nursing – Wegweiser für die Etablierung in Deutschland der Robert-Bosch-Stiftung, aber auch aus dem internationalen Bereich z. B. „Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen“ des International Council of Nursing (ICN) sowie „Nursing: Scope and Standards of Practice“ der American Nursing Association (ANA). Bei der Entwicklung soll zudem geprüft werden, ob eine Darstellung von Aufgaben entsprechend bestehender Pflegeklassifikationsmodelle z. B. anhand von Pflegediagnosen erfolgen kann – auch als Grundlage für die perspektivische Entwicklung einer gemeinsamen Fachsprache. Ergänzend können Empfehlungen für fachliche Standards (sog. Standards of Practice – SOP) für geeignete Themenfelder entwickelt werden.

Weiterhin sollen Empfehlungen für Mindestinhalte von Weiterbildungen entwickelt werden, die als Qualifikationsvoraussetzung für die jeweiligen pflegerischen Aufgaben zugrunde zu legen sind. Dabei sind insbesondere folgende Bereiche in den Blick zu nehmen:

- Bereiche der bisher entwickelten Module der Fachkommission nach § 53 des Pflegeberufegesetzes (Entwicklung eines professionellen Berufs- und Rollenverständnisses – Grundlagenmodul, diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden, Demenz, Hypertonus, Schmerz, Ernährungs- und Ausscheidungsprobleme, Tracheostoma, akute oder chronische Beeinträchtigung der Atmung),

- bestehende Weiterbildungen,

- weitere relevante Versorgungsbereiche, für die zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung möglicherweise ein Bedarf an Weiterbildungsstandards besteht (z. B. psychische Problemlagen, intensivmedizinische Problemlagen, muskulo-skeletale Problemlagen, pädiatrische Problemlagen, neonatologische Problemlagen, Prävention und Gesundheitsförderung, Beratung und Anleitung/Edukation, Pflegehandeln in Krisen und Katastrophen) sowie

- Weiterbildungen für Leitungskräfte in der Pflege (vgl. die Ergebnisse aus der Studie des Bundesinstituts für Berufsbildung [BIBB] zu gegenwärtigen und zukünftigen Anforderungen und Qualifikationsangebote für Führungspersonen in der Pflege, https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/19203, die auf Grundlage der Vereinbarungen der Konzertierten Aktion Pflege beauftragt wurde).

Um eine hohe fachliche Qualität der Entwicklungsarbeiten sicherzustellen, sollen themenbezogen auch weitere Fachexpertinnen und -experten sowie fachwissenschaftliche, insbesondere pflegewissenschaftliche, und fachlich relevante Organisationen einbezogen werden. Dazu gehört beispielsweise die Fachkommission nach § 53 des Pflegeberufegesetzes, die pflegewissenschaftlichen und pflegefachlichen Akteure, die bereits in diesem Bereich relevante Entwicklungsarbeiten geleistet haben (siehe dazu die Aufzählung oben), für die Darstellung heilkundlicher Aufgaben, die bisher Ärztinnen und Ärzten vorbehalten waren, die Medizinischen Fachgesellschaften und ärztlichen Verbände (z. B. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung), für Fragen der Arbeitsbedingungen Gewerkschaften wie z. B. ver.di und weitere Akteure je nach Themenfeld und -schwerpunkt. Damit die Darstellung pflegerischer Aufgaben eine möglichst umfassende Akzeptanz erfährt, sollen Fachexpertinnen und -experten sowie Fachorganisationen auch an einer strukturierten Konsensfindung beteiligt werden, die durch den oder die Auftragnehmer durchgeführt werden.

Zu Buchstabe c

Mit den Änderungen wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 11 Absatz 1 Satz 3 angepasst.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Mit der Neufassung wird zum einen klargestellt, dass die Personalentwicklung sich nicht nur an den Kompetenzen und zugehörigen Aufgaben der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter orientieren soll, sondern insbesondere auch an den Bedarfen und Bedürfnissen der Pflegebedürftigen. Zudem wird konkretisiert, dass zur Personalentwicklung auch die fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung durch Pflegefachpersonen sowie Maßnahmen zu ihrer sachgerechten Umsetzung einschließlich der Durchführung von Schulungen gehören. Ferner wird konkretisiert, dass zur Personalentwicklung auch die Entwicklung und Umsetzung von Delegationskonzepten gehört, die nach § 11 unter Einbeziehung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu entwickeln sind und zu denen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Bedarfsfall zu schulen sind, so dass für diese Maßnahmen eine Förderung nach dieser Norm möglich ist. Beispielsweise können Pflegeeinrichtungen hierfür ein Coaching in Anspruch nehmen, mit dem der Prozess der Entwicklung, Umsetzung und Schulung begleitet und unterstützt wird, um den Mehraufwand für Leitungskräfte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern so gering wie möglich zu halten und eine effektive Umsetzung zu ermöglichen.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

Zu Dreifachbuchstabe ccc

Das Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland leistet einen wichtigen Beitrag zur Sicherung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in Deutschland. Der Bedarf an Pflegepersonal aus dem Ausland steigt stetig.

Die gezielte Anwerbung von Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland ist eine notwendige Ergänzung der Maßnahmen zur Fachkräftesicherung im Inland, um die Pflegequalität und Versorgungssicherheit aufrecht zu erhalten. Sowohl die eigeninitiativ gesteuerte Erwerbsmigration als auch staatliche sowie durch gewerbliche Dienstleistende gestützte Anwerbeprogramme führen zu einer zunehmenden Präsenz von international ausgebildeten Mitarbeitenden, die in Pflege- und Betreuungsbereichen der Langzeitpflege arbeiten.

Um ethische und faire Anwerbeprozesse bei der privatwirtschaftlichen Vermittlung zu fördern, wurde durch die Bundesregierung das „Gesetz zur Sicherung der Qualität der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland“ (AuslPflKrGewQSG) verabschiedet und das staatliche Gütesiegel „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ konzipiert. Hier wird bereits ein Schwerpunkt auf die Integration gelegt, was die Anforderungen des WHO-Kodex aufgreift, dass international ausgebildeten Pflegefachpersonen geeignete Einführungs- und Orientierungsprogramme angeboten werden, die sie in die Lage versetzen, im Gesundheitssystem des Ziellandes sicher und effektiv zu arbeiten. Als weitere Säule der erfolgreichen und nachhaltigen Anwerbung von Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland ist demnach die Etablierung und Umsetzung eines betrieblichen Integrationsmanagementkonzeptes essenziell.

Durch die neuzugefügte Nummer 8 des § 8 Absatz 7 Satz 4 SGB XI wird den Einrichtungen der Langzeitpflege die Konzeption und Umsetzung eines betrieblichen Integrationsmanagements erleichtert. Hierzu gehören unter anderem Maßnahmen und Instrumente wie Bedarfsanalysen, Konzeptentwicklung, Personal- und Organisationsentwicklung, Schulung und Weiterbildung der Führungskräfte und Beschäftigten sowie die Begleitung bei der Umsetzung mit einem Fokus auf diese besondere Personalgruppe. Dabei kann zum Beispiel auf die Erfahrungen des Deutschen Kompetenzzentrums für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen (DKF) des Kuratoriums Deutsche Altershilfe zurückgegriffen werden. Eine Orientierung und Hilfe bietet der „Werkzeugkoffer Willkommenskultur & Integration“, dessen Fokus auf der nachhaltigen betrieblichen Integration liegt.

Die Berücksichtigung der Perspektive und Lebensrealität des ausländischen beziehungsweise zugewanderten Pflege- und Betreuungspersonals ist entscheidend, um angemessene Integrationsmaßnahmen zu entwickeln und umzusetzen. Ein solches Verständnis ermöglicht es, Maßnahmen zu entwickeln, die nicht nur darauf abzielen, das ausländische Pflege- und Betreuungspersonal langfristig und nachhaltig an die Einrichtungen zu binden, sondern auch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für diese Personengruppe zu fördern.

Ein strukturell erfolgreich verankertes und umgesetztes betriebliches Integrationsmanagementkonzept, welches auf die Bedarfe der Zielgruppe abgestimmt ist, kann außerdem dazu beitragen die anderen Aspekte der Nummern 1 bis 7 des § 8 Absatz 7 Satz 4 SGB XI innerhalb der Organisation auch mit der Zielrichtung der betrieblichen Integration von Pflege- und Betreuungspersonal zu verbinden.

Die entsprechend der bisherigen Regelungen gemäß § 8 Absatz 9 vorgesehene Beteiligung der privaten Pflege-Pflichtversicherung an den Kosten der Fördermaßnahmen nach Absatz 7 ist mit Blick auf die Erweiterung der Fördertatbestände um Maßnahmen zur betrieblichen Integration von Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland vor dem Hintergrund der weiterhin bestehenden spezifischen Sachnähe sachgerecht, da Pflegekräfte aus dem Ausland zur Sicherung der pflegerischen Versorgung beitragen und die private Pflege-Pflichtversicherung und ihre pflegebedürftigen Versicherten, die auf die Verfügbarkeit entsprechender Pflegekräfte ebenso angewiesen sind, von den verbesserten Strukturen in gleichem Maße wie die in der sozialen Pflegeversicherung Versicherten profitieren.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Formulierung dient der Klarstellung, ohne dass hierdurch eine inhaltliche Änderung erfolgt. Die Förderhöhe bemisst sich an den in der Pflegeeinrichtung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die Leistungen in der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen.

Zu Nummer 7 (§ 8a)

In Zuge der Neuregelung des § 72 Absatz 1a wird der bereits in § 8a Absatz 5 angelegte Einbezug der Ausschüsse nach § 8a Absätze 1 bis 3 nochmals bestärkt, wonach deren Empfehlungen von den Beteiligten bei den Verträgen nach dem Siebten und Achten Kapitel zu beachten sind.

Zu Nummer 8 (§ 9)

Um die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in Zukunft zu erleichtern, werden die Aufgaben der Länder mit Blick auf die Infrastrukturverantwortung über eine klarstellende Formulierung konkretisiert. Durch die vorliegende Änderung werden bereits bestehende Vorgaben zur kommunalen Pflegestrukturplanung in zahlreichen Ländern in den bundesgesetzlichen Vorgaben aufgegriffen. Damit können kommunalen Pflegestrukturplanungen vor Abschluss eines Versorgungsvertrages verbindlicher verzahnt werden. Um die aktuelle Versorgungssituation (ambulant, teilstationär und vollstationär) sowie die voraussichtliche

Bedarfsentwicklung hinreichend beschreiben, bewerten und darauf aufbauend entsprechende Ziele und Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele ableiten zu können, sollten die landesrechtlichen Vorgaben zur kommunalen Pflegestrukturplanung die dafür notwendigen zielgruppenspezifischen Bevölkerungsdaten und Kennzahlen zu Bestand und etwaigen Bedarfen der pflegerischen Versorgungsstruktur umfassen. Ferner ist über das Landesrecht eine Verzahnung der Pflegeplanung mit den Bereichen der Prävention, Rehabilitation, medizinischen Versorgung sowie im Rahmen eines integrierten Ansatzes mit weiteren angrenzenden kommunalen Handlungsfeldern (Sozialhilfe nach den Vorgaben des Zwölften Buchs, kommunale Sozialraumplanung, andere komplementäre Hilfsstrukturen) und eine Abstimmung der Planung mit angrenzenden Regionen zu ermöglichen. Bei den Vorgaben zur Pflegestrukturplanung ebenfalls zu berücksichtigen sind die gemeinsamen Modellvorhaben nach § 123 dieses Buchs, soweit sie darauf zielen, „eine bedarfsgerechte integrierte Sozialplanung zur Entwicklung des Sozialraumes zu unterstützen“.

Zu Nummer 9 (§ 10)

Der Neunte Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland ist nach geltendem Recht bis spätestens Ende des Jahres 2028 vorzulegen. Durch die Änderung wird der Termin zur Vorlage um ein Jahr auf das Jahr 2029 verschoben und der Berichtszeitraum einmalig auf fünf Jahre verlängert. Mit dieser Verschiebung soll erreicht werden, dass die Pflegestatistik 2027 in dem Bericht berücksichtigt werden kann. Die Pflegestatistik 2027 wird voraussichtlich erst im Dezember 2028 veröffentlicht. Ohne die gesetzliche Änderung könnte die Pflegestatistik 2027 bei der Erstellung des Neunten Pflegeberichts nicht berücksichtigt werden, ohne ein verspätetes Erscheinen des Berichts zu riskieren. Diese zeitliche Diskrepanz zwischen Veröffentlichung der Pflegestatistik und Erstellung des Berichts ist durch die Ausweitung des Berichtszeitraums des Sechsten Pflegeberichts von vier auf fünf Jahre entstanden. Mit der Änderung wird der Rhythmus der Berichtserstellung wieder an den Termin der Veröffentlichung der Pflegestatistik angepasst, so dass diese auch in Zukunft als Grundlage für die Berichterstattung dienen kann. Der bisherige Vierjahresrhythmus für die Berichterstattung wird grundsätzlich beibehalten. Der Zehnte Pflegebericht wird entsprechend im Jahre 2033 erscheinen und die Pflegestatistik 2031 berücksichtigen.

Zu Nummer 10 (§ 10a)

Zu § 10a (Amt der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege)

Zu Absatz 1

Auf Bundesebene wird den Belangen der Menschen mit Pflegebedarf sowie der beruflich Pflegenden bereits seit 2014 durch die Ernennung einer oder eines Pflegebevollmächtigten mit dem in der Regelung enthaltenen Aufgaben- und Kompetenzspektrum durch Kabinettbeschluss der Bundesregierung Rechnung getragen. Das Amt hat sich in dieser Form bewährt. Die Stärkung der Pflege und die Berücksichtigung ihrer Belange bei allen Vorhaben hat sich als eine Aufgabe erwiesen, die u.a. aufgrund der fortschreitenden Alterung der Bevölkerung und der Zunahme multimorbider Erkrankungen dauerhaft zu erfüllen ist. Die Bestellung einer oder eines Beauftragten für Pflege wird deshalb mit der Regelung im Gesetz verankert und verstetigt. Durch die gesetzliche Verankerung der Aufgaben der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege entstehen dem Bundeshaushalt keine zusätzlichen Haushaltsausgaben.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Aufgabe der oder des Beauftragten für Pflege. Der oder die Beauftragte für Pflege soll in unabhängiger Funktion auf die Beachtung der Belange der Menschen mit Pflegebedarf, ihrer An- und Zugehörigen und der beruflich Pflegenden in allen relevanten Bereichen hinwirken. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der Selbstbestimmung von

Menschen mit Pflegebedarf. Der oder die Beauftragte für Pflege setzt sich für die Sicherung der Qualität der pflegerischen Versorgung ein. Dies umfasst unter anderem die Unterstützung bei der Implementierung aktueller pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in die Versorgung.

Zu Absatz 3

Um den Interessen von pflegebedürftigen Menschen, ihren An- und Zugehörigen frühzeitig und fundiert Geltung im Rahmen politischer und gesellschaftlicher Gestaltung pflegerelevanter Entwicklungen verschaffen zu können, richtet der oder die Beauftragte für Pflege einen Beirat ein. Damit werden die Interessen der Pflegebedürftigen und ihrer An- und Zugehörigen konstruktiv Rechnung getragen.

Zu Absatz 4

Die Befugnisse der oder des Beauftragten für Pflege werden weitgehend analog den Vorschriften über die Beauftragte oder den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen in den §§ 17 und 18 Behindertengleichstellungsgesetz sowie über die Beauftragte oder den Beauftragten für die Belange der Patientinnen und Patienten in § 140h Sozialgesetzbuch Fünftes Buch geregelt. Die Anliegen von pflegebedürftigen Menschen, ihren An- und Zugehörigen sowie der beruflich Pflegenden lassen sich nicht auf den Wirkungsbereich eines oder mehrerer Ministerien beschränken, sie spiegeln sich in vielen Politikbereichen wider. Deshalb regelt Absatz 4 in Anlehnung an § 21 Absatz 1 der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien (GGO) die Zusammenarbeit zwischen den Bundesministerien, den übrigen Behörden und sonstigen öffentlichen Stellen im Bereich des Bundes auf der einen und der oder dem Beauftragten auf der anderen Seite. Das Bundeskabinett kann darüber hinaus ergänzende Regelungen zu Aufgaben und Befugnissen in der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien (GGO) treffen. Absatz 4 enthält die Verpflichtung der Bundesministerien, die Beauftragte oder den Beauftragten zu beteiligen und schreibt allen öffentlichen Stellen im Bereich des Bundes vor, die Beauftragte oder den Beauftragten bei der Erfüllung der Aufgaben zu unterstützen.

Zu Nummer 11 (§ 11)

Zu Buchstabe a

Die Regelung stellt in Satz 2 im Sinne einer objektiven Rechtsverpflichtung klar, dass die Leistungen des Elften Buches unter Beachtung der Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen erbracht werden und die fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung integraler Bestandteil der pflegerischen Leistungen ist. Gegenstand der Pflegeprozessverantwortung sind auch die Aufgaben nach § 28 Absatz 5. Auf die Begründung zu § 15a Absatz 2 des Fünften Buches wird verwiesen. Satz 3 regelt eine Legaldefinition des Begriffs der Pflegefachperson für die Zwecke des Elften Buches. Damit wird die Bezeichnung für Personen, die über eine Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufegesetzes verfügen, im Sozialrecht modernisiert und dem Anliegen der Profession der Pflege entsprochen, den berufspolitisch oft kritisierten Begriff der Pflegefachkraft nicht mehr zu verwenden. Die Änderung wird in den betroffenen Regelungen des Elften Buches umgesetzt.

Zu Buchstabe b

In der Konzertierten Aktion Pflege (2019) wurde in der Arbeitsgruppe 3, Handlungsfeld I, Ziffer 1.1. unter Nummer 5 folgendes vereinbart: „Die Pflegeeinrichtungen und die Krankenhäuser setzen in ihren Einrichtungen einrichtungsspezifische Delegationskonzepte unter Beteiligung der betrieblichen Interessenvertretungen um, um die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, insbesondere auch aus der Pflege, für diese verbindlich zu klären.“ Zur Unterstützung der Einrichtungen wurde unter

Nummer 3 u.a. die Entwicklung gemeinsamer Delegationsleitlinien und unter Nummer 4 die Entwicklung von Muster-Delegationskonzepten gefordert.

Im Zuge sich verändernder Qualifikationen und Aufgabenzuordnungen bei den beruflich Pflegenden ist für die Sicherstellung der Qualität der Versorgung und für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen, die in den Bereichen Pflege und Betreuung tätig sind, eine Klarheit über ihre Aufgaben und Befugnisse von großer Bedeutung. Daher werden die Pflegeeinrichtungen verpflichtet, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie betriebliche Interessenvertretungen in die Entwicklung von einrichtungsspezifischen Delegationskonzepten zur Delegation von Aufgaben von Pflegefachpersonen auf Pflegeassistenzpersonen sowie auf Pflegehilfskräfte einzubeziehen, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Schaffung von Transparenz über vorhandene Konzepte zu informieren sowie im Bedarfsfall zu schulen, soweit die Einrichtungsleitung, z. B. aufgrund von Rückfragen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern feststellt, dass bei diesen Unklarheiten über eine kompetenzentsprechende Aufgabenwahrnehmung oder Delegation bestehen. Dadurch soll auch die Umsetzung der Vorbehaltsaufgaben nach § 4 des Pflegeberufegesetzes in der Versorgung unterstützt werden. Mit der Unterstützung der Einrichtungen bei der Entwicklung und Umsetzung von einrichtungsspezifischen Delegationskonzepten wird zum einen die Geschäftsstelle nach § 113c Absatz 9 Satz 1 beauftragt; sie soll zu diesem Zweck auch Muster-Delegationskonzepte entwickeln und auf geeignete Weise verbreiten. Darüber hinaus erhalten die Einrichtungen durch die Klarstellung in § 8 Absatz 7 Satz 5 Nummer 5 die Möglichkeit, auch Mittel aus dem Förderprogramm zu nutzen, um entsprechende Konzepte zu entwickeln, umzusetzen oder Schulungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durchzuführen.

Zu Nummer 12 (§ 12)

Zu Buchstabe a

Die bestehende Vorgabe zur Bildung örtlicher und regionaler Arbeitsgemeinschaften durch die Pflegekassen wird verbindlicher gestaltet, um die Zusammenarbeit der an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten zu stärken und den Pflegekassen die Durchführung der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben zu erleichtern.

Zu Buchstabe b

Um ihren Sicherstellungsauftrag besser auszufüllen, evaluieren die Pflegekassen bzw. ihre Landesverbände zukünftig regelmäßig auf Basis geeigneter, ihnen zur Verfügung stehender Versorgungsdaten die Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation und informieren die an der Versorgung Beteiligten über ihre Erkenntnisse. Hierfür sollen auf regionaler Ebene geeignete strukturierte Daten zur bestehenden Versorgungssituation sowie zur voraussichtlichen Bedarfsentwicklung erhoben und bewertet werden. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.

Durch die Regelung soll insbesondere auch der Datenaustausch zwischen den Pflegekassen und den in den Ländern für die kommunale Pflegestrukturplanung verantwortlichen Stellen verbessert werden. Um dieses Ziel zu erreichen, vereinbaren der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Länder und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene Empfehlungen zu Umfang und Struktur der Daten, zu geeigneten Indikatoren, Turnus, Kostentragung sowie zu Datenaufbereitung und Datenübermittlung. Bei der Erstellung der Empfehlungen ist die Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe vorzusehen. In den Empfehlungen sind bestehende Berichtspflichten und bereits etablierte Mechanismen zum Datenaustausch sowie zur Datenaufbereitung zu berücksichtigen, um einem etwaigen Aufbau von Doppelstrukturen vorzubeugen, Synergien in Bezug auf regional verfügbare Daten aus anderen Versorgungsbereichen zu nutzen und effiziente Planungen zu ermöglichen.

Zu Buchstabe c

Es handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 13 (§ 15)

Mit dem neuen Absatz 8 wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und des Medizinischen Dienstes Bund zum 30. Juni 2026 einen Bericht zu Erfahrungen und Wirkungsweisen des Begutachtungsinstruments (§ 15) nach dem geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff (§ 14) sowie zu Gründen und Ursachen des seit 2017 zu beobachtenden Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit leitet den Bericht nach Erhalt dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu. Die Erstellung des Berichts soll auf unabhängiger wissenschaftlicher Grundlage erfolgen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann hierfür Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen.

In dem Bericht sollen einerseits Aussagen zu Erfahrungen und Wirkungsweisen zu dem geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff und Begutachtungsinstrument getroffen werden (insbes. Handhabbarkeit, Zielerreichung, Zufriedenheit). In der begleitend zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017-2019 durchgeführten Evaluation wurden die Handhabbarkeit des Begutachtungsinstruments und die Zielerreichung (gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung) positiv bewertet sowie eine hohe Zufriedenheit der Versicherten konstatiert (siehe Zusammenfassender Bericht der Untersuchungsergebnisse des Bundesministeriums für Gesundheit vom 30. Dezember 2019; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Evaluationsbericht_18c_SGB_XI.pdf).

Seit Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsinstruments sind mehr als sieben Jahre vergangen. Es ist daher angezeigt, die zwischenzeitlich gemachten Erfahrungen zusammenzufassen und auch die Möglichkeit und Erfordernis von Weiterentwicklungen zu prüfen. Der Bericht soll daher auch dazu dienen, sowohl etwaige Probleme oder Mängel des Begutachtungsinstruments selbst und in seiner Anwendung aufzudecken als auch gesetzliche und/oder untergesetzliche Handlungsnotwendigkeiten oder Handlungsmöglichkeiten hinsichtlich der Effizienz des Instruments und seiner Anwendung aufzuzeigen. Dies betrifft etwa die Fragestellung, ob die Gewichtungen und Schwellenwerte der Module und Pflegegrade angemessen sind oder inwieweit und aus welchen Gründen jeweils eine Anpassung empfohlen werden kann. Ferner sollte die Fragestellung aufgegriffen werden, ob sich die bei der Begutachtung festzustellenden Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung als Bestandteil des Begutachtungsinstruments bewährt haben.

In dem Bericht soll zudem in einer über das Begutachtungsinstrument hinausgehenden Perspektive auf unabhängiger wissenschaftlicher Grundlage untersucht werden, welche Gründe und Ursachen dem seit 2017 zu beobachtenden Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen zugrunde liegen. Dabei sind medizinisch-pflegerische Aspekte (etwa die Entwicklung der Prävalenz von bestimmten pflegebegründenden Erkrankungen), demographischen Faktoren und sozioökonomischen Einflüsse (z.B. die Möglichkeit des Einsatzes eigener personeller und finanzieller Ressourcen bei Pflegebedürftigkeit) auf wissenschaftlicher Grundlage zu untersuchen.

Hintergrund ist der anhaltende überproportionale Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen; dieser betrug im Jahr 2023 insgesamt rd. 360 000 Personen (nach rd. 270 000 in 2022). Rein demografisch bedingt wäre in den Jahren 2020-2022 durchschnittlich ein Anstieg um 47 000 Personen erwartbar gewesen; 2024 ist laut Bevölkerungsmodell ein Anstieg von nur 64 000 Pflegebedürftigen zu erwarten. Dieser Anstieg ist die zentrale Ursache der die Pflegeversicherung belastenden Ausgabenentwicklung und insofern auch einer ungünstigen

Einschätzung der zukünftigen Ausgaben, da aufgrund dieser Entwicklungen auch in der Projektion für die nächsten zehn Jahre derzeit von einem überproportionalen Anstieg der der Zahl der Pflegebedürftigen – ggf. mit einem degressiven Aufbaupfad – auszugehen ist. Die bisher auf Expertenebene dazu geführten Gespräche (z.B. mit dem MD Bund) haben hier zu keiner eindeutigen Erklärung im Hinblick auf die Ursachen dieses Anstiegs geführt. Insofern ist ein Beitrag zur Klärung der Ursachen für den anhaltend überproportionalen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen in einer wissenschaftlichen Studie angezeigt.

Zu Nummer 14 (§ 17)

Mit den Änderungen wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Nummer 15 (§ 17a)

In dem neuen § 17a werden die Vorgaben zu Inhalt und Verfahren zum Erlass der Richtlinien des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln durch Pflegefachpersonen nach § 40 Absatz 6 geregelt. Der Auftrag zur Erarbeitung der Richtlinien war bisher in § 40 Absatz 6 Satz 6 verankert.

Zu § 17a (Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6)

Zu Absatz 1

In Umsetzung der Änderung in § 40 Absatz 6 Satz 2 wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beauftragt, seine Richtlinien nach § 17a (bisher § 40 Absatz 6 Satz 6) bis zum 31. Dezember 2025 inhaltlich zu überarbeiten, soweit es um die Befugnisse von Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes geht. Für Pflegefachpersonen mit zusätzlichen Qualifikationen sind die Richtlinien erst dann zu überarbeiten, wenn der Vertrag nach § 73d Absatz 1 Satz1 Nummer 1 des Fünften Buches vereinbart ist, da dessen Inhalte, soweit einschlägig, hier zu berücksichtigen sind. Pflegefachpersonen mit zusätzlicher Qualifikation sind Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes, die ab dem 1. Januar 2025 über erweiterte Kompetenzen nach § 37 Absatz 3 Nummer 6 bis 9 des Pflegeberufegesetzes verfügen, sowie Pflegefachpersonen, die zum Beispiel Weiterbildungen abgeschlossen haben, im Rahmen derer sie weitergehende Kompetenzen zur Empfehlung im vorliegenden Regelungsbereich erworben haben.

In diesem Zusammenhang wird zudem das Beteiligungsrecht der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene gestärkt und ein verbindliches Stellungnahmerecht etabliert. Diese Stellungnahmen hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in seine Entscheidung über die Inhalte der Richtlinien einzubeziehen.

Zu Absatz 2

Daneben unterliegen die Richtlinien zukünftig der Genehmigungspflicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Dieses Vorgehen entspricht der gängigen Systematik und Praxis im Rahmen des Erlasses von Richtlinien im Elften Buch. Die Genehmigung gilt nach Ablauf von einem Monat nach Vorlage der Richtlinien beim Bundesministerium für Gesundheit als erteilt, wenn bis dahin keine Beanstandung von dort erfolgt ist. Sollten Beanstandungen vorgenommen werden, sind diese durch eine Überarbeitung der Richtlinien durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beheben. Dabei sind die mit der Beanstandung gesetzten Fristen zu beachten. Um eine dynamische Weiterentwicklung nach aktuellen medizinischen und pflegerischen Standards zu gewährleisten, sind die Richtlinien außerdem alle drei Jahre auf ihre Aktualität zu prüfen und bei Bedarf anzupassen. Der Bedarf kann sich dabei unter anderem aus einer Erweiterung der Befugnisse von Pflegefachpersonen

aufgrund ihrer fachlichen Kompetenzen, auch auf Grundlage der Ergebnisse nach § 8 Absatz 3c, ergeben. Für die Verfahren der Überprüfung und Anpassung gelten die Beteiligungsrechte des Absatz 1 Satz 2 entsprechend.

Zu Absatz 3

Um zukünftig aussagekräftige Ergebnisse zu generieren, die eine umfassende Bewertung des festgelegten Verfahrens, der finanziellen Auswirkungen und Folgen für die Versorgung ermöglichen, werden der Umfang und die Zielrichtung der Evaluation konkretisiert. Dabei sind die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a im Verfahren zusätzlich zu beteiligen. Der damit gleichermaßen verlängerte Evaluationszeitraum soll insbesondere der notwendigen Überarbeitung der Richtlinie und der inhaltlichen Konkretisierung des Evaluationsverfahrens Rechnung tragen.

Zu Nummer 16 (§ 18a)

Mit den Änderungen wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 11 Absatz 1 Satz 3 angepasst.

Zu Nummer 17 (§ 18c)

Die durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom 19.06.2023 (BGBl. 2023 I Nr. 155) erfolgte Einfügung des Satzes 4 sollte klarstellen, dass ein Verzögerungsgrund, der nicht von der Pflegekasse zu vertreten ist, wie beispielsweise ein Aufenthalt der versicherten Person im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung, den Fristenlauf hemmt. Während der Zeit des Aufenthalts läuft die Frist nicht mit, sondern wird nach dessen Beendigung fortgesetzt; ein neuer Fristbeginn soll damit nicht verbunden sein. Eine neue Frist kann auch nicht aus anderen Vorschriften abgeleitet werden. Dies kann insbesondere zu Problemen in der Umsetzung führen, wenn nur noch wenige Tage verbleiben.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen vertrat diesbezüglich in seinem „Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Regelungen des SGB XI“ vom 14. November 2023 zusammen mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene die Ansicht, dass nach Wegfall eines von der Pflegekasse nicht zu vertretenden Verzögerungsgrundes spätestens innerhalb von 17 Arbeitstagen nach dem Ende einer Fristhemmung eine Begutachtung zu erfolgen habe (S. 98 ff. des Gemeinsamen Rundschreibens). Dieser Auslegungsversuch wird nunmehr durch eine verbindliche und einheitlich geltende rechtliche Regelung abgelöst.

Die Neufassung ergänzt die bestehende Regelung, indem sie für die Fälle, in denen eine erneute Terminierung der Begutachtung erforderlich wird, eine zusätzliche Fristenhemmung vorsieht, die für die Durchführung der noch ausstehenden Begutachtung genutzt werden kann. Dies ermöglicht den Medizinischen Diensten und den Pflegekassen innerhalb eines auch für die Antragstellenden vertretbaren Zeitraums die Begutachtung zu planen und durchzuführen.

Die Regelung ist auch vor dem Hintergrund der Zahlungspflicht des Absatz 5 Satz 1 zu sehen. Um die Pflegekassen dazu anzuhalten, die Bescheide fristgerecht zu erteilen, werden die Pflegekassen bei nicht fristgerechter Bescheiderteilung hiernach verpflichtet, eine pauschale Zusatzzahlung zu leisten. Dadurch sollen die pflegebedürftigen Personen bis zu einer Entscheidung über die Leistungen wirtschaftlich unterstützt werden. Diesem Zweck entsprechend hat die Auszahlung nach der gesetzgeberischen Vorstellung laufend für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung zu erfolgen und nicht erst nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens. Die Prüfung der Fristüberschreitung kann durch die Neuregelung rechtssicher auf gesetzlicher Grundlage erfolgen.

Zu Nummer 18 (§ 18e)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung, die es dem Medizinischen Dienst Bund und den Medizinischen Diensten ermöglicht, Durchführungsvereinbarungen zu Modellvorhaben, Studien und wissenschaftlichen Expertisen zur Weiterentwicklung der ihnen nach den §§ 18 bis 18b zugewiesenen Aufgaben rechtssicher auch mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen abschließen zu können.

Zu Buchstabe b

Der bisherige Absatz 6 enthält die Vorgabe an den Medizinischen Dienst Bund, eine wissenschaftliche Studie zu beauftragen, in der untersucht wird, ob und inwieweit ein Einsatz telefonischer und digitaler Kommunikationsmittel bei der Pflegebegutachtung geeignet ist. Die – nach dem durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom 19.06.2023 (BGBl. 2023 I Nr. 155) neu eingeführten § 142a – für die telefonische Begutachtung erforderliche pflegewissenschaftliche Studie liegt unter dem Titel „Analyse des Einsatzes des Telefoninterviews zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“ seit dem 4. Quartal 2023 vor. Darüber hinaus ist in § 142a Absatz 5 eine Evaluation telefonischer Begutachtungen für 2024 vorgesehen. Daneben wurde unabhängig und parallel zum Gesetzgebungsverfahren des bisherigen Absatz 6 ein entsprechendes Projekt zur videobasierten Pflegebegutachtung unter dem Projektnamen „ViBe-Pflege“ begonnen und wird über § 8 Absatz 3 gefördert. Die bisherige inhaltliche Zielsetzung des § 18e Absatz 6 ist damit erledigt.

Pflegefachpersonen tragen maßgeblich zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung bei. Sie haben eine große Nähe zu Patientinnen und Patienten oder pflegebedürftigen Personen. Innerhalb der Überwachung und Sicherstellung der Qualität der medizinischen, pflegerischen und betreuerischen Versorgung obliegen Pflegefachpersonen zahlreiche Aufgaben. Zu den Pflegefachpersonen nach § 4 des Pflegeberufegesetzes vorbehaltenen Aufgaben gehört die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs. Pflegefachpersonen führen bereits heute in der Versorgung entsprechende Aufgaben durch. Auch beim MD wird die Begutachtung vorrangig durch Pflegefachpersonen durchgeführt; sie treffen auch die Feststellungen und Empfehlungen nach § 18b. Daran anknüpfend wird in dem neu gefassten Absatz 6 ein Modellprojekt vorgesehen, in dem geprüft wird, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang anstelle der Gutachterinnen oder Gutachter des MD oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter auch unmittelbar (d. h. nicht im Auftrag des MD) in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen Aufgaben im Rahmen des Begutachtungsverfahrens nach den §§ 18a, 18b und § 142a übernehmen können. Pflegefachpersonen in diesem Sinne sind Personen, die über eine Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufegesetzes verfügen; in personeller Hinsicht erfasst sind demnach Personen mit einer abgeschlossenen Ausbildung als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann, Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Altenpflegerin oder Altenpfleger. Mit der Regelung soll untersucht werden, wie die Kompetenzen von in der Versorgung tätigen Pflegefachpersonen besser genutzt und Effizienzpotentiale in der Zusammenarbeit zwischen dem MD und den in der Versorgung tätigen Pflegefachpersonen erschlossen werden können. Für in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen entsteht im Verhältnis nur ein geringer Mehraufwand, da die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs Bestandteil einer qualitätsgerechten Versorgung sind. Zudem werden in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen entlastet, weil eine Begleitung der Begutachtung durch den MD entfällt. Zudem kann ggf. eine schnellere Anschlussversorgung erreicht werden, z. B. bei einer Begutachtung durch im Krankenhaus tätige Pflegefachpersonen.

Vor diesem Hintergrund soll der Medizinische Dienst Bund bis spätestens 31. Dezember 2025 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige mit der

Durchführung eines entsprechenden Modellprojekts beauftragen; bis spätestens 31. Dezember 2027 soll der Abschlussbericht dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt werden. In dem Projekt sollen neben der Übernahme von Aufgaben im Rahmen des Pflegebegutachtungsverfahrens durch in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen und möglichen Formen der Zusammenarbeit von Pflegefachpersonen und Medizinischem Dienst ebenfalls geprüft werden, welche Voraussetzungen für eine solche Zusammenarbeit ggf. bestehen. Zu klären ist beispielsweise, welcher inhaltliche und zeitliche Schulungsbedarf für Pflegefachpersonen zusätzlich erforderlich ist und durch wen die Schulungen durchgeführt werden können. Zu betrachten sind auch der erforderliche Fortbildungsbedarf und der gegebenenfalls daraus resultierende Aufwand. Konkret geprüft werden soll zudem, ob die Ergebnisse von durch Pflegefachpersonen in der Versorgung durchgeführte Begutachtungen und den daraus resultierenden Feststellungen und Empfehlungen nach § 18b vergleichbar mit denen des MD oder beauftragter Gutachterinnen und Gutachter sind, insbesondere hinsichtlich des festzustellenden Pflegegrads. Abweichungen und deren Gründe (etwa Unterschiede bei Schulungen oder das Anstellungsverhältnis zu dem jeweiligen Leistungserbringer) sind herauszustellen. Es wird insbesondere auch zu untersuchen sein, ob und wie eine Sicherstellung der Unabhängigkeit und Neutralität der Begutachtung und sachgerechte Ergebnisse auch bei eigenverantwortlicher Durchführung durch bei einer Pflegeeinrichtung beschäftigte Pflegefachpersonen erzielt werden können, die die gewohnten Qualitätsstandards nicht unterschreiten. Zudem sind im Rahmen des Modellprojekts verschiedene weitere Aspekte zu überprüfen (wie etwa Auswirkungen auf die in der Pflege verfügbaren Personalressourcen), die Hinweise auf die konkrete Ausgestaltung einer möglichen Umsetzung in der Regelversorgung geben können. Mit Blick auf die Versorgungsqualität und die Pflegeprozessverantwortung der Pflegefachpersonen in den Einrichtungen soll dabei neben Begutachtungen von Anträgen auf Höherstufungen ausdrücklich auch die Durchführung von Begutachtungen mit dem Ziel von Rückstufungen in einen niedrigeren Pflegegrad erfasst und hinsichtlich damit verbundener Herausforderungen und Möglichkeiten untersucht werden.

Unabhängig von der Art und dem Umfang der Durchführung von Aufgaben von in der Versorgung tätigen Pflegefachpersonen im Rahmen des Begutachtungsverfahrens nach den §§ 18a, 18b und § 142a ist im Rahmen des Modellprojekts jederzeit die Qualität der Pflegebegutachtung sicherzustellen. Zu untersuchen ist daher auch, wie bei einer Durchführung einer Begutachtung durch in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen die kontinuierliche Qualitätssicherung der Pflegebegutachtungen der Medizinischen Dienste sicherzustellen ist. Die abschließende Bewertung und Letztverantwortung für die der Pflegekasse gegenüber abzugebenden Empfehlungen verbleibt im Rahmen des Modellprojekts bei den Medizinischen Diensten. Es wird sich durch das Modellprojekt herausstellen müssen, ob eine solche Verantwortung bei den Medizinischen Diensten auch bei regelhafter und sachgerechter Durchführung von Feststellungen und Empfehlungen zur Pflegebedürftigkeit durch in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen zu verbleiben hat.

Ziele, Inhalte und Durchführung des zu beauftragenden Projekts sind im Einvernehmen mit dem BMG festzulegen. Die Medizinischen Dienste sind bei der Durchführung des Modellprojekts zu beteiligen. Hierbei ist auch der Begutachtungsdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. einzubeziehen. Der Projektbericht und etwaige Zwischenberichte sind dem Bundesministerium für Gesundheit jeweils innerhalb eines Monats nach Fertigstellung vorzulegen. Ebenfalls ist ein abschließender Bericht durch den Medizinischen Dienst Bund dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2027 vorzulegen.

Zu Nummer 19 (§ 28)

Zu Buchstabe a und Buchstabe b

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen.

Zu Buchstabe c

In Absatz 5 wird geregelt, dass Pflege nach dem Elften Buch auch die Erbringung von Leistungen nach § 15a Absatz 1 des Fünfen Buches umfasst. Damit können Pflegefachpersonen, die bei Pflegeeinrichtungen nach dem Elften Buch angestellt sind, heilkundliche Aufgaben und dem Umfang, wie sie in dem Katalog nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches vereinbart sind, als Teil der Pflegesachleistungen nach einer vorherigen ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung, die hinreichend aktuell sein muss und in der Pflegedokumentation dokumentiert ist, auch in ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen erbringen, sofern sie über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen verfügen. Hierfür gelten die Voraussetzungen § 15a Absatz 1 des Fünften Buches entsprechend. In § 15a Absatz 1 des Fünften Buches genannte Leistungen durch Pflegefachpersonen, die in ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, bleiben unberührt.

Durch die Regelung erhalten zum Beispiel Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 1 i.V. m. Satz 2 des Pflegeberufegesetzes auch in der Langzeitpflege mehr Befugnisse im Rahmen der Versorgung von Pflegebedürftigen bei einer diabetischen Stoffwechsellage, chronischen Wunden oder Demenz. Soweit von einem ambulanten Pflegedienst Leistungen nach § 37 Absatz 2b Satz 1 zweiter Halbsatz des Fünften Buches erbracht werden, gehen diese Leistungen § 28 Absatz 5 vor. Die Finanzierungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung für die in Absatz 5 genannten Aufgaben bleibt unberührt.

Die Ermöglichung der Ausübung von erweiterten Befugnissen verbessert die Versorgungsqualität in der Langzeitpflege und nutzt die vorhandenen Kompetenzen von Pflegefachpersonen. Sie führt zu einer Reduktion bürokratischer Aufwände, die durch eine sonst erforderliche Einbeziehung eines Arztes angefallen wären, so dass insgesamt keine personellen Mehraufwände erwartet werden. Durch ein optimiertes, unmittelbar vor Ort erfolgendes Krankheitsmanagement können sich zudem Aufwände der Pflegeeinrichtung verringern, die bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustands angefallen wären, zum Beispiel können sich psychische Problemlagen bei Pflegebedürftigen mit Demenz verringern und Pflegekräfte dadurch entlastet werden. Zudem können Notfalleinsätze und Krankenhauseinweisungen verringert werden, zum Beispiel aufgrund einer verringerten Häufigkeit von Wundinfektionen. Im Rahmen der Evaluation nach § 73d Absatz 6 des Fünften Buches soll auch geprüft werden, welche Auswirkungen die Ausübung der erweiterten Befugnisse in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen hat. Dabei sind sowohl die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität als auch auf den Personalaufwand zu prüfen, auch vor dem Hintergrund der Finanzierungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung für diese Aufgaben.

Zu Nummer 20 (§ 28a)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen. Die bisher in § 28a enthaltene Bestimmung, dass § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 nicht erfüllt sein muss, damit der Anspruch auf zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a besteht, wird im Zuge der Überführung des § 38a als neuer § 45h in den Sechsten Abschnitt der Sache nach nunmehr in der Anspruchsnorm selbst geregelt.

Zu Nummer 21 (§ 36)

In den von den Vereinbarungspartnern auf Bundesebene festgelegten Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011, zuletzt geändert am 24. Oktober 2023, ist bereits untergesetzlich verbindlich geregelt, dass zugelassene ambulante Pflegedienste mit anderen Leistungserbringern, die neben pflegerischen Leistungen Hilfen bei der Haushaltsführung erbringen, kooperieren

können. Die Kooperation dient hierbei der Ergänzung und Erweiterung des Leistungsangebotes des ambulanten Pflegedienstes. Soweit ein ambulanter Pflegedienst die Leistungen durch Dritte erbringen lässt, verbleibt die Verantwortung für die Leistungen und die Qualität bei dem auftraggebenden ambulanten Pflegedienst. Mit der Ergänzung wird geregelt, dass auch allein den Bereich der Hilfen bei der Haushaltsführung betreffend eine Kooperation zwischen einer ambulanten Pflegeeinrichtung und einem Dienstleistungsunternehmen, das keine Zulassung nach § 72 besitzt, möglich ist. Für ambulante Betreuungsdienste gelten diese Bestimmungen ebenfalls. Die diesbezüglichen Maßgaben in den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität gemäß § 113 sind entsprechend anzupassen.

Zu Nummer 22 (§ 37)

Zu Buchstabe a

Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, müssen in regelmäßigen Abständen eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abrufen. Pflegebedürftige, denen Pflegegrad 2 oder 3 zugesprochen wurde, müssen halbjährlich einmal eine Beratung abrufen, Pflegebedürftige mit Pflegegrad 4 oder 5 vierteljährlich einmal (§ 37 Absatz 3 Satz 1 in der geltenden Fassung). Zukünftig müssen alle Pflegebedürftigen, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, nur noch einmal pro Halbjahr eine Beratung abrufen, unabhängig davon, welcher Pflegegrad ihnen zugesprochen wurde. Dies entlastet die Pflegedienste, die die Beratung primär durchführen, und ermöglicht ihnen, sich auf die Erbringung der häuslichen Pflegehilfe gemäß § 36 Absatz 1 Satz 1 zu konzentrieren. Dies entlastet aber auch die sonstigen Einrichtungen und Personen, die die Beratung neben den Pflegediensten gemäß § 37 Absatz 3b und 8 durchführen. Entlastet werden auch die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 4 oder 5 und ihre pflegenden An- und Zugehörigen, die vortragen, dass sie eine vierteljährliche Beratung nicht benötigen. Da dies nicht bei allen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 4 oder 5 der Fall ist, haben sie jedoch die Möglichkeit und den Anspruch, die Beratung weiterhin vierteljährlich abzurufen. Die Neuregelung führt somit nicht zwangsläufig zu weniger Beratung für die Pflegebedürftigen und ihre pflegenden An- und Zugehörigen. Vielmehr stellt sie verstärkt auf den tatsächlichen Beratungsbedarf ab und stellt es in das Ermessen der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden An- und Zugehörigen, die Beratung bei Bedarf zu nutzen.

Zu Buchstabe b

Pflegebedürftige, insbesondere Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, bedürfen, abhängig von der konkreten Versorgungssituation, einer verstärkten Unterstützung, damit die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit langfristig sichergestellt werden kann. Denn es entspricht dem Wunsch der meisten Pflegebedürftigen, so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit bleiben und den Umzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung vermeiden oder zumindest zeitlich hinauszögern zu können.

Wird im Rahmen der Beratung nach Absatz 3 festgestellt, dass zur Stärkung der Selbständigkeit des Pflegebedürftigen, zur Sicherstellung seiner Versorgung oder zur Entlastung der häuslich Pflegenden aus pflegefachlicher Sicht weitere Maßnahmen erforderlich oder zweckdienlich sind, sind der Pflegebedürftige und die häuslich Pflegenden auf die bestehenden Beratungs- und Unterstützungsangebote hinzuweisen. Hierzu gehören beispielsweise pflegefachliche Schulungen und Beratungen von Pflegebedürftigen und an der Versorgung beteiligten An- und Zugehörigen, aber auch eine individuelle Pflegeberatung einschließlich der Möglichkeit der Erstellung eines Versorgungsplans nach § 7a SGB XI.

Dies dient zum einen der planvollen Unterstützung des Pflegebedürftigen und der ihn häuslich Pflegenden. Zum anderen dient es der Vermeidung von schwierigen Pflegesituationen, beispielsweise im Hinblick auf Gewaltverdacht und Gewaltvorkommnisse. Unter Berücksichtigung des ASMK-Beschlusses aus dem Jahr 2022 „Verbesserung des Gewaltschutzes

für pflegebedürftige Menschen“ erscheint es sachgerecht, das Bewusstsein hierfür zu schärfen.

Die Beratungsperson soll zudem der jeweiligen Pflegesituation entsprechende Empfehlungen zur Inanspruchnahme der Beratungs- und Unterstützungsangebote oder zu deren Kombination aussprechen und diese in den Nachweis über den Beratungsbesuch nach Absatz 3 aufnehmen, sofern die pflegebedürftige Person einwilligt. Eine Durchschrift des Nachweises über den Beratungsbesuch verbleibt sowohl bei der pflegebedürftigen Person als auch bei der Person, die die Beratung durchgeführt hat.

Die Pflegekassen sind verpflichtet, entsprechend der Empfehlung der Beratungsperson die Inanspruchnahme der Beratungs- und Unterstützungsangebote durch die Pflegebedürftigen und die sie häuslich Pflegenden zeitnah zu unterstützen.

Wird die nächste Beratung nach Absatz 3 von derselben Beratungsperson durchgeführt, hält sie die Umsetzung der Empfehlungen nach. Die Richtlinien nach Absatz 5a sind entsprechend zu ergänzen.

Durch die Regelung soll die Umsetzung bestehender Beratungs- und Unterstützungsangebote zugunsten der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden An- und Zugehörigen verbessert werden. Zugleich soll die Kompetenz der Beratungspersonen zur Beratung und Unterstützung von Pflegebedürftigen, insbesondere wenn diese ausschließlich Pflegegeld beziehen und ansonsten keine pflegefachliche Unterstützung haben, stärker als bisher genutzt werden.

Zu Buchstabe c und Buchstabe d

In Absatz 3b Nummer 3 und Absatz 3c Satz 2 sowie in Absatz 4 Satz 1 wird der Begriff der Pflegefachkraft jeweils an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 11 Absatz 1 Satz 3 angepasst.

Zudem wird Absatz 4 um einen neuen Satz 3 ergänzt. Dieser sieht vor, dass das Nachweisformular zukünftig im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt wird und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer das Nähere zum Verfahren regeln. Dies reduziert den Verwaltungsaufwand insbesondere bei den Pflegediensten, aber auch bei den anerkannten Beratungsstellen und beauftragten Pflegefachkräften, und stellt einen Beitrag zum Bürokratieabbau dar.

Zu Buchstabe e

Nach § 37 Absatz 5a beschließt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse aus dem jeweiligen Beratungsbesuch durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen. Diese Richtlinien wurden am 18. Dezember 2019 beschlossen, so dass die Frist („bis zum 1. Januar 2020“) gestrichen werden kann. Durch die Neuregelung in Absatz 3a, insbesondere die Verpflichtung der Pflegekassen, die Pflegebedürftigen und die sie häuslich Pflegenden bei der Inanspruchnahme der empfohlenen Beratungs- und Unterstützungsangebote zeitnah zu unterstützen, sind die Richtlinien entsprechend anzupassen.

Zu Nummer 23 (§ 38a)

Der bisherige § 38a wird § 45h.

Zu Nummer 24 (§ 39a)

Die gesonderte Feststellung der Erforderlichkeit der ergänzenden Unterstützungsleistung soll entfallen, weil diese Prüfung nur dann notwendig erscheint, wenn sich das Erfordernis für die ergänzende Unterstützungsleistung aus der Funktionsweise einer digitalen Pflegeanwendung ergibt, die digitale Pflegeaufwendung also so konstruiert oder konfiguriert ist, dass sie nur funktioniert, wenn ein Dritter in die Nutzung eingebunden ist. Dies war in der ursprünglichen Regelungskonzeption so angelegt. Nach inzwischen erfolgten Anpassungen sind ergänzende Unterstützungsleistungen aber nicht nur funktions- oder konstruktionsbezogen zulässig, sondern generell. Daraus ergibt sich, dass sie etwa auch dann in Anspruch genommen werden können, wenn die pflegebedürftige Person eine Bedienungshilfe benötigt, unabhängig davon, ob die Konstruktion oder Konfiguration der digitalen Pflegeanwendung zwingend eine Einbindung Dritter erfordert.

Die Änderung führt zu einer Entlastung sowohl der Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen als auch für das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.

Zu Nummer 25 (§ 40)

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 11 Absatz 1 Satz 3 angepasst.

Zu Buchstabe b

Durch die Änderung in Satz 2 soll der Katalog der von einer Empfehlung durch Pflegefachpersonen umfassten Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung insbesondere auf für die pflegerische Versorgungspraxis notwendige und sinnvolle Hilfsmittel erweitert werden, bei denen Pflegefachpersonen aufgrund ihrer Nähe zu den Versicherten und ihrer fachlichen Expertise und Qualifikation den Bedarf feststellen können. Darunter fallen insbesondere Inkontinenz- und Adaptionshilfen sowie Hilfsmittel bei Tracheostoma und Dekubitus sowie Stomaartikel. Mit der Hilfsmittel- oder Pflegehilfsmittelversorgung, für die die Vermutungswirkung der Erforderlichkeit oder Notwendigkeit im Sinne der Richtlinien ausgelöst werden kann, dürfen weiterhin keine sich darauf beziehenden ärztlichen Maßnahmen oder Therapieentscheidungen verbunden sein.

Die Änderung in Satz 6 ist eine Folgeänderung zur Einfügung des neuen § 17a. Die bisher in Satz 6 festgelegten Richtlinien werden künftig in dem neuen § 17a geregelt.

Die Aufhebung der Sätze 7 bis 10 ist eine Folgeänderung zur Änderung des Satzes 6 sowie zur Einfügung des neuen § 17a. Durch die Änderung des Satzes 6 und das Verschieben der bisherigen Regelungsgegenstände der Sätze 7 bis 10 (Verfahren des Richtlinienerlasses und Evaluation durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen) in § 17a-neu sind die Sätze 7 bis 10 ersatzlos aufzuheben.

Zu Buchstabe c

Mit der Änderung wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 11 Absatz 1 Satz 3 angepasst.

Zu Nummer 26 (§ 40a)

Zu Buchstabe a

Der erste Halbsatz übernimmt die bisherige Regelung weitgehend und macht mithin auch weiterhin klar, dass eine digitale Pflegeanwendung auch dann gegeben sein kann, wenn

sie auf die Unterstützung Angehöriger oder sonstiger ehrenamtlich Pflegender ausgerichtet ist. Neu ist, dass in diesem Fall die Verknüpfung mit den in § 14 Absatz 2 genannten Kriterien nicht mehr erforderlich ist. Nach der geltenden Regelung sind Anwendungen, die mit Wirkung für Pflegepersonen ausgestattet sind, als digitale Pflegeanwendung nur zulässig, wenn sie die pflegenden Angehörigen oder sonstigen ehrenamtlichen Pflegepersonen bei ihren pflegerischen Aufgaben oder Hilfen bezogen auf die in § 14 Absatz 2 genannten Bereiche oder bei der Haushaltsführung unterstützen. Digitale Pflegeanwendungen für die pflegenden Angehörigen oder sonstigen ehrenamtlichen Pflegepersonen sollen nunmehr auch zulässig sein, wenn sie sich auf eine entlastende Wirkung für die Pflegepersonen oder einen stabilisierenden Effekt für die häusliche Versorgungssituation der pflegebedürftigen Person beschränken, ohne dass im Einzelnen noch eine Verknüpfung zu den Modulen nach § 14 Absatz 2 verlangt wird. Diese Anpassung ändert nichts an dem Umstand, dass weiterhin ein Pflegebedürftiger im Sinne des § 14 Absatz 1 SGB XI vorhanden sein muss. Dabei ist davon auszugehen, dass eine Entlastung der pflegenden Angehörigen sich positiv auf die Pflegebedürftigen auswirkt und ihnen damit auch zugutekommt.

Diese Änderung führt zu einer Entlastung sowohl der Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen als auch für das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Nach geltendem Recht entsteht der Anspruch auf eine digitale Pflegeanwendung mit deren Listung im Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen. Die Vergütungsverhandlungen zwischen Herstellern und Kostenträgern finden erst nach diesem Zeitpunkt statt. Dies hat den erheblichen Nachteil, dass der endgültige Preis der digitalen Pflegeanwendung erst mit Abschluss dieser Verhandlungen feststeht. Durch die Neuregelung in § 78 Absatz 1 Satz 2, auf die mit der hiesigen Anpassung als Folgeänderung verwiesen wird, werden diese Zeitpunkte parallelisiert.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung, die bei Einführung des Absatzes 1a unterblieben war.

Zu Nummer 27 (§ 40b)

Mit der Neuregelung wird der für digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen bislang einheitliche Leistungsbetrag aufgeteilt und für die beiden Leistungen jeweils ein eigenständiger Leistungsbetrag geschaffen. Zugleich wird mit der Umformulierung des Eingangssatzes verdeutlicht, dass Ansprüche auf die Leistungsbeträge nur einmalig je Kalendermonat bestehen und beim Einsatz von mehreren digitalen Pflegeanwendungen nicht mehrfach bestehen.

Ferner werden die Leistungsbeträge angepasst. Der für digitale Pflegeanwendungen zur Verfügung stehende Leistungsbetrag beläuft sich auf monatlich bis zu 40 Euro und der für ergänzende Unterstützungsleistungen zur Verfügung stehende Betrag beläuft sich auf monatlich bis zu 30 Euro.

Mit der Entzerrung des Anspruchs wird das Ziel verfolgt, die Vergütungsverhandlungen und insbesondere auch die Abrechnungsprozesse zu vereinfachen. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich die Kostenbelastung insgesamt unwesentlich ändert. Der insgesamt zur Verfügung stehende Leistungsbetrag für digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen beläuft sich nunmehr auf monatlich bis zu 70 Euro. Zu beachten ist aber, dass der für digitale Pflegeanwendungen bereitstehende Leistungsbetrag mit der Neuregelung abgesenkt wird. Im Hinblick auf die ergänzenden Unterstützungsleistungen

ist zu beachten, dass diese als Unterstützungsleistungen in der Regel und vor allem zu Beginn des Einsatzes einer digitalen Pflegeanwendung benötigt werden (es sei denn, eine ergänzende Unterstützungsleistung ist von der Konfiguration der digitalen Pflegeanwendung her ausnahmsweise unerlässlich und mithin bei jedem Einsatz erforderlich). Das bedeutet, der für die ergänzende Unterstützungsleistung vorgesehene Leistungsbetrag wird meist nicht auf Dauer anfallen und in Anspruch genommen.

Zu Nummer 28 (§ 44a)

Zu Buchstabe a

Voraussetzung für die Gewährung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung ist, dass Beschäftigte nach § 3 des Pflegezeitgesetzes (PflegeZG) von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt werden oder dass ihre Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches wird, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Pflegezeit). Die Zuschussgewährung knüpft somit an die (Dauer der) Pflegezeit an. Beschäftigte können die Pflegezeit unter bestimmten Voraussetzungen für längstens sechs Monate in Anspruch nehmen.

Nach § 4 Absatz 2 Satz 1 PflegeZG endet die Pflegezeit, wenn der nahe Angehörige nicht mehr pflegebedürftig oder die häusliche Pflege des nahen Angehörigen unmöglich oder unzumutbar ist, vier Wochen nach Eintritt der veränderten Umstände. Verstirbt der Pflegebedürftige während der Pflegezeit, ist die häusliche Pflege nicht mehr möglich und die Pflegezeit endet nach § 4 Absatz 2 Satz 1 PflegeZG somit vier Wochen nach dem Tod des Pflegebedürftigen. Die Pflegezeit kann nur vorzeitig beendet werden, wenn der Arbeitgeber zustimmt (§ 4 Absatz 2 Satz 3 PflegeZG).

Nach § 49 Absatz 1 Satz 2 endet die Mitgliedschaft des Pflegebedürftigen in der Pflegeversicherung mit seinem Tod. Damit erlöschen auch die Ansprüche auf Leistungen (§ 35 Satz 1). Dies hat grundsätzlich zur Folge, dass auch der Anspruch des Beschäftigten auf den Zuschuss nach § 44 Absatz 1 erlischt und der Beschäftigte, sofern der Arbeitgeber nicht einer vorzeitigen Rückkehr zustimmt, seinen Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung in den vier Wochen der weiterhin andauernden Pflegezeit in voller Höhe selbst zu tragen hat.

Im Wege der Auslegung zahlen dennoch bereits heute einige Pflegekassen die Zuschüsse bis zum Ende der Pflegezeit weiter. Denn zum einen knüpft der Anspruch an die Dauer der Pflegezeit an und diese endet nach § 4 Absatz 2 Satz 1 PflegeZG erst vier Wochen nach dem Tod des Pflegebedürftigen. Zum anderen ist der Zuschuss ein Anspruch des Beschäftigten, nicht des Pflegebedürftigen. Freigestellte Beschäftigte, die sich um einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen kümmern, stehen sich zudem bei einem Versterben des Pflegebedürftigen im Hinblick auf die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge schlechter, als wenn die Pflegezeit regulär zu Ende gegangen wäre, ohne dass sie auf diese Entwicklung Einfluss hätten. Die Weiterzahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung bis zum Ende der Pflegezeit ist daher sachgerecht und dient der Aufrechterhaltung der Pflegebereitschaft naher Angehöriger.

Mit dem neuen Satz 7 wird dieser Sachverhalt nunmehr ausdrücklich klargestellt, so dass die Pflegekassen zukünftig einheitlich verfahren werden und allen Beschäftigten ihre Ansprüche auf die Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung auch dann bis zum Ende der Pflegezeit erhalten bleiben, wenn der Pflegebedürftige verstirbt. Stimmt der Arbeitgeber hingegen einem vorzeitigen Ende der Pflegezeit zu, enden die Zuschüsse bereits zu diesem Zeitpunkt.

Zu Buchstabe b

Es handelt es sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 2 Absatz 2 Satz 2 Pflegezeitgesetz, nach der nunmehr auch Pflegefachpersonen Bescheinigungen über die Pflegebedürftigkeit oder die voraussichtliche Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der in § 2 Absatz 1 Pflegezeitgesetz genannten Maßnahmen ausstellen können.

Zu Nummer 29 (Überschrift Fünfter Abschnitt des Vierten Kapitels)

Die Überschrift des Fünften Abschnitts des Vierten Kapitels wird neu gefasst, um die Inhalte besser abzubilden. Zum einen wird hiermit verdeutlicht, dass der Fünfte Abschnitt sowohl den Entlastungsbetrag als auch weitere Leistungen bei häuslicher Pflege beinhaltet. Zum anderen werden die verschiedenen Gebiete, auf denen mit Mitteln der Pflegeversicherung nach diesem Abschnitt eine Förderung erfolgt, benannt. Hierbei wird auch der Überführung der Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken in einen eigenen Paragraphen Rechnung getragen.

Zu Nummer 30 (§ 45a)

Zu Buchstabe a

Da der bisher in § 45a Absatz 4 geregelte Umwandlungsanspruch in den neuen § 45f überführt wird, ist die Überschrift des § 45a entsprechend anzupassen.

Zu Buchstabe b

In der Definition der Betreuungsangebote als Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 war bisher aufgeführt, dass die Helfenden die Betreuung unter pflegefachlicher Anleitung übernehmen. Dies hat zu Auslegungsschwierigkeiten dahingehend geführt, wie eng diese Anleitung sein soll, und kann dazu führen, dass die Anerkennungsmöglichkeiten von Betreuungsangeboten hierdurch als eingeschränkt wahrgenommen werden. Um mehr Flexibilität zu erreichen und die Anerkennungsvoraussetzungen für Betreuungsangebote sachgerecht ausgestalten zu können, wird in der Definition der Betreuungsangebote nunmehr formuliert, dass die Helfenden bei Bedarf mit einer pflegefachlichen Begleitung oder mit Supervision tätig werden. Dies trägt ebenfalls einem modernen Verständnis des Engagements von Helfenden, insbesondere auch im Ehrenamt, Rechnung. Dabei kann eine pflegefachliche Begleitung im Einzelfall auch als pflegefachliche Anleitung ausgestaltet sein. Es sind jedoch vielfältige Formen, insbesondere eine Begleitung auf Augenhöhe oder die Beantwortung von konkreten Fragen bei Bedarf oder noch andere niedrigschwellige Gestaltungen denkbar. Ebenso kommt die Möglichkeit einer Supervision und gemeinsamen Beratung des Erlebten und Erfahrenen in Betracht, insbesondere im Bereich von ehrenamtlich Helfenden. Auch eine sozialarbeiterische Begleitung ist hier zum Beispiel denkbar. Je nachdem, wie niedrigschwellig das Angebot ausgestaltet ist, ob beispielsweise Einzelhelfende im häuslichen Bereich tätig werden, und an welche Zielgruppe sich das Angebot richtet, kann es auch sein, dass im Bereich der niedrigschwelligen Angebote kein Bedarf nach einer pflegefachlichen Begleitung besteht oder dass das Benennen einer Anlaufstelle für Fragen bereits ausreicht. Hierbei ist auch zu bedenken, dass bei einem fortschreitenden Fachkräftemangel immer weniger Pflegefachpersonen oder vergleichbare Fachkräfte zur Verfügung stehen werden. Damit würde das Erfordernis einer zwingenden Fachkraftbegleitung zu einem limitierenden Faktor hinsichtlich des Auf- und Ausbaus der ja gerade niedrigschwellig bedeutsamen Angebote zur Unterstützung im Alltag. Um für die Entwicklung der Angebote angemessene Spielräume zu eröffnen, wird die Definition somit fortentwickelt.

Zu Buchstabe c

Die bereits bislang in § 45c Absatz 2 Satz 2 bis 4 enthaltenen Bestimmungen werden zur besseren Übersichtlichkeit nunmehr in Nummern gegliedert. Ergänzt wird, dass in dem Konzept auch Angaben zur Verfügbarkeit des Angebots und zu der Zielgruppe oder den Zielgruppen, an die sich das Angebot richtet, gemacht werden. Dies war bisher in § 45c Absatz 2 nicht ausdrücklich aufgeführt, war aber in der Sache vorauszusetzen, da von der oder den Zielgruppen des Angebots auch die Prüfung der hierfür erforderlichen Voraussetzungen, beispielsweise der zielgruppengerechten Qualifikation, abhingen. Informationen über die Verfügbarkeit des Angebots sind insbesondere auch für die Pflegebedürftigen relevant, damit diese sich darauf einstellen können, insbesondere in welchem Umfang oder welchem Turnus das Angebot zur Verfügung steht, wenn sie sich für eine Nutzung entscheiden.

Als Teil der Qualitätssicherung konkretisiert wird, dass im Rahmen der Anerkennung Angaben dazu gemacht werden, dass der Anbietende die Gewähr für eine dauerhaft ordnungsgemäße Durchführung des Angebots bietet und dass keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass Pflegebedürftige sowie Pflegepersonen oder Helfende im Rahmen der Durchführung des Angebots gefährdet werden. Der Anbietende soll also so aufgestellt sein, dass jedenfalls für eine gewisse Dauer eine Durchführung des Angebots zu erwarten ist, und er soll die notwendige Zuverlässigkeit besitzen, um das Angebot ordnungsgemäß durchzuführen. Es sollen somit weder Leistungsbeziehende noch andere Betroffene erwartbar auftretenden Missständen ausgesetzt werden. Verschiedene Länder sehen zudem bereits vor, dass insbesondere wenn Kinder und Jugendliche oder auch andere besonders vulnerable Personen zu den Zielgruppen des Angebots zählen, im Rahmen der Anerkennung auch ein Führungszeugnis bzw. ein erweitertes Führungszeugnis vorzulegen ist. Entsprechende Vorgaben knüpfen daran an, einer Gefährdung Pflegebedürftiger vorzubeugen. Im Rahmen der Anerkennung ein Augenmerk darauf zu richten, dass keine konkreten Anhaltspunkte dafür bestehen, dass im Rahmen der Durchführung des Angebots für die Pflegebedürftigen oder Pflegepersonen und auch für die Helfenden Gefährdungen zu befürchten sind, ist sinnvoll. Daher wird dieser Anknüpfungspunkt nun in § 45a ausdrücklich mit aufgeführt.

Im Hinblick auf die weiteren Angaben, die in § 45a Absatz 2 aufgeführt sind, wird noch besser verdeutlicht, dass diese sich auf die jeweilige Art des Angebots beziehen. Dies gilt zum Beispiel für eine jeweils dem Angebot entsprechend zielgruppen- und tätigkeitsgerechte Qualifikation der Helfenden sowie zu einem dem Angebot angemessenen Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen bei den Helfenden. Im Rahmen des Konzepts erfolgt eine Auseinandersetzung damit, was im Rahmen des konkreten Angebots an Unterstützung geleistet werden soll und für welche Zielgruppen die Helfenden dabei tätig werden. Hierbei kommt es darauf an, dass die Durchführung des Angebots im Hinblick auf die Tätigkeiten, die das Angebot umfassen soll, sowie im Hinblick auf die Zielgruppen, die das Angebot nutzen, jeweils sachgerecht erfolgt. Die hierfür erforderliche Qualifikation und auch persönliche Eignung soll vorliegen, es müssen aber keine Qualifikationen nachgewiesen werden, die für die konkrete Durchführung der Art des Angebots nicht erforderlich sind. Je nach Intensität des Kontakts und je nach Kontext des Zusammentreffens mit den Pflegebedürftigen und mit Pflegepersonen sind hier unterschiedlich hohe Anforderungen im Blick. Helfende, die sich bei der Betreuung von Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich engagieren, befinden sich zum Beispiel in einer anderen Situation als Betreuungsangebote, die eine regelmäßige Betreuung in Gruppen anbieten. Auch, ob sich das Angebot vorwiegend zum Beispiel auf eine praktische Unterstützung Pflegebedürftiger aller Pflegegrade im Haushalt bezieht oder ob eine Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen und Pflegebedarf angeboten wird, macht einen Unterschied im Hinblick darauf, welche Qualifikation erforderlich ist, um das Angebot sachgerecht durchführen zu können und für die Pflegebedürftigen eine echte Hilfe zu sein. In dieser Weise ist bei den Anforderungen an die Qualifikation also den jeweiligen Gegebenheiten der konkreten Art des Angebots Rechnung zu tragen.

Auch in Bezug auf das Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen ist zu beachten, dass es sich um niedrigschwellige Angebote handelt. Das hier geforderte Wissen bezieht sich also vornehmlich darauf, mit Pflegebedürftigen – auch mit solchen, die beispielsweise demenziell erkrankt sind – sachgerecht umgehen, fremdes und eigenes Verhalten einordnen und in angemessener Weise kommunizieren zu können sowie zu wissen, wie man in einem Notfall reagieren kann und muss.

Mit Blick auf das konkrete Angebot sind ebenfalls die Angaben dazu, wie eine angemessene Schulung zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen gewährleistet werden, zu machen, sofern diese erforderlich sind. Bringen die Anbieter und die Helfenden die Qualifikationen, die für die Tätigkeiten und die für den Umgang mit der Zielgruppe erforderlich sind, um das Angebot sachgerecht durchzuführen, schon mit, dann müssen nicht zusätzliche Schulungen durchlaufen werden, weil diese formal vorgeschrieben werden. Die Vorgaben sollen nicht zu unnötigem bürokratischem Aufwand führen. Gefordert ist vielmehr, dass der Anbieter sich bewusst ist und weiß, welche Anforderungen bei den angebotenen Tätigkeiten und in Bezug auf die Zielgruppen des Angebots sich stellen, ob hierfür noch Schulungen der Helfenden erforderlich sind und wie diese gewährleistet werden. Das gleiche gilt für die Fortbildung der Helfenden. Im Rahmen der Fortbildungen kann allerdings auch die Auffrischung vorhandenen Wissens oder eine Auseinandersetzung mit aktuellen Erkenntnissen ein weiterer Aspekt sein.

Neu in § 45a aufgenommen wird, dass eine dem Angebot entsprechende zielgruppen- und tätigkeitsgerechte Qualifikation und der Erwerb von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen bei den Helfenden auch modular erfolgen kann oder dies innerhalb eines Zeitraums von höchstens zwölf Monaten auch tätigkeitsbegleitend erfolgen kann. Damit wird es Helfenden erleichtert, zunächst in die Praxis einzusteigen und sich hierbei beispielsweise bereits mit anderen Helfenden auszutauschen oder auch praktisch zu erleben, welche Anforderungen im Umgang mit Pflegebedürftigen sich stellen können. Damit wird es zum einen leichter, das erworbene Wissen in Gedächtnis und Verhalten zu verankern, und zum anderen lassen sich beispielsweise im Rahmen von Schulungen oder Fortbildungen besser bereits konkrete Fragen klären, auf die die oder der Helfende eine Antwort braucht. Zum Schutz von Pflegebedürftigen können die Landesregierung in den nach Absatz 6 erlassenen Landesrechtsverordnungen hierzu aber auch abweichende Regelungen treffen. Dies kann zum Beispiel besonders vulnerable Zielgruppen betreffen, etwa schwerstmehrfach behinderte Menschen, oder besonders gefahrgeneigte Tätigkeiten, beispielsweise bei Elementen einer sportlichen Betätigung. Ebenso ist denkbar, dass das dem Angebot angemessene Notfallwissen vom tätigkeitsbegleitenden Erwerben ausgenommen wird, damit es bereits von Anfang an vorliegt. Da diese Regelungserfordernisse stark von der Angebotsstruktur abhängen, die sich vor Ort zeigt, ist es sachgerecht, dass Abweichungen hier durch Landesrecht geregelt werden können. Dieses kann auch besonders schnell auf sich verändernde Gegebenheiten oder neue Angebotsformen, die sich in der Praxis zeigen, reagieren.

Im Hinblick auf die Angaben zur fachlichen Begleitung und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden wird der Blick ebenfalls darauf gerichtet, was bei dem Angebot bedarfsgerecht ist. Angaben sind dazu zu machen, ob und wie die Möglichkeit einer bedarfsgerechten fachlichen Begleitung und Unterstützung der Helfenden in ihrer Arbeit gewährleistet wird. Je nach Tätigkeitsbereich und Professionalität des Anbieters bzw. der Helfenden ist eine fachliche Begleitung ggf. gar nicht erforderlich oder diese wird über die Organisation des Anbieters schon gewährleistet. Hieran ist zum Beispiel bei professionellen Serviceangeboten für haushaltsnahe Dienstleistungen zu denken, die eine Anerkennung als Angebot zur Entlastung im Alltag anstreben. Ebenso, wenn die Helfenden, die tätig werden, selbst Fachkräfte sind. Es erfolgt hier also eine Auseinandersetzung damit, ob und in welchem Umfang sich der Bedarf nach einer fachlichen Begleitung und Unterstützung zeigt und, wenn dieser normativ bejaht wird, welche Möglichkeiten der Begleitung und Unterstützung hierfür gewährleistet werden. Dabei ist durchaus denkbar, dass die Helfenden diese

Möglichkeiten jeweils dann nutzen, wenn sie einen konkreten Unterstützungsbedarf haben. Denkbar ist, insbesondere bei ehrenamtlich Helfenden, ebenfalls, dass eine Supervision mit einem Austausch in einer Gruppe Helfender angeboten wird, die regelmäßig stattfindet. Wie bisher kann indes auch eine Begleitung durch eine professionelle (Pflege-)Fachkraft stattfinden. Im Vordergrund steht zunächst der Bedarf der Helfenden, der für die Begleitung oder Unterstützung entscheidend ist. Daneben kann in die Betrachtungen auch mit aufgenommen werden, ob im Hinblick auf die jeweilige Art des Angebots ein Bedarf der Pflegebedürftigen oder Pflegepersonen bestehen kann, dass die Helfenden fachlich begleitet sind.

Als wichtiges neues Element wird in § 45a nun aufgenommen, dass die Gewährleistung von angemessenen Schulungen zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie erforderlichenfalls Fortbildung bei den Helfenden und von Möglichkeiten einer bedarfsgerechten fachlichen Begleitung und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit auch erfüllt werden können, indem auf eine bedarfsweise Inanspruchnahme entsprechender Unterstützungsstrukturen Bezug genommen wird, die seitens des Landes oder einer kommunalen Gebietskörperschaft hierfür vorgesehen werden. Dabei ist sowohl denkbar, dass das Land oder die kommunale Gebietskörperschaft solche Unterstützungsstrukturen selbst vorhalten, als auch, dass sie entsprechende Strukturen kennen oder organisieren und bestimmen, dass diese geeignet sind, um für diese Zwecke genutzt zu werden. In diesem Zusammenhang können auch die bestehenden und mit dem vorliegenden Gesetz verbesserten Fördermöglichkeiten – einschließlich bereits bestehender Fördermöglichkeiten wie beispielsweise nach § 45c Absatz 2 Satz 3 – genutzt werden. Die neue Bestimmung in § 45a knüpft hier zudem an die sehr dynamische Entwicklung an, die in den vergangenen Jahren durch das Engagement der Länder im Bereich der Angebote zur Unterstützung im Alltag erreicht werden konnte. In vielen Ländern wurden im Zuge dessen auch Unterstützungsstrukturen für diesen Bereich neu aufgebaut oder ausgebaut und weiterentwickelt. Diese Entwicklung ist weiterhin dynamisch und kann durch die neue Regelung in § 45a auch im Rahmen der Anerkennung bereits zu Vereinfachungen und Entlastungen für die Angebote zur Unterstützung im Alltag beitragen.

Abschließend wird in § 45a Absatz 2 weiterhin wie bisher bestimmt, dass bei wesentlichen Änderungen hinsichtlich der angebotenen Leistungen das Konzept des Angebots entsprechend fortzuschreiben ist und bei Änderung der hierfür in Rechnung gestellten Kosten die entsprechenden Angaben zu aktualisieren sind.

Zu Buchstabe d

Neu aufgenommen in § 45a werden die Bestimmungen in den neuen Absätzen 3, 4 und 5.

Zu Absatz 3

Bei Angeboten zur Entlastung im Alltag steht die praktische Unterstützung von Pflegebedürftigen im Alltag im Vordergrund. Sie sind in § 45a Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 definiert als Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen. Bei den Hilfen, die diese Angebote leisten, kommt es im Wesentlichen darauf an, dass eine verlässliche und sachgerechte Ausführung der angebotenen Leistungen sichergestellt wird. Ist dies gewährleistet, kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass die Angebote bereits über ein qualitatives Konzept verfügen, dass eine tätigkeitsgerechte Qualifikation der Helfenden erfolgt bzw. erfolgt ist und dass den angebotenen Leistungen entsprechend eine angemessene Schulung und erforderlichenfalls Fortbildung der Helfenden gewährleistet wird. Daher wird die Anerkennung von Angeboten zur Entlastung im Alltag in dem neuen Absatz 3 vereinfacht.

Die Voraussetzungen nach § 45a Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 Buchstabe a und § 45a Absatz 2 Satz 2 Nummer 5 sind demnach als erfüllt anzusehen, wenn im Rahmen der Anerkennung dargelegt wird, dass eine verlässliche und sachgerechte Ausführung der angebotenen Leistungen sichergestellt ist. Insbesondere Anbieter, die ihre Tätigkeit bereits langjährig ausüben und ggf. bereits bewährt am Markt angeboten haben – beispielsweise bereits bestehende Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen oder im Rahmen des Angebots bürgerschaftlich engagierte jetzt im Ruhestand befindliche Handwerker – werden somit von Darlegungs- und Nachweisaufwand entlastet. Hierdurch können die Anerkennungsverfahren deutlich schlanker ausgestaltet und entbürokratisiert werden. Das Durchlaufen von Schulungsanforderungen, die in Anbetracht bereits ersichtlich bestehender Verlässlichkeit und Sachkunde in Bezug auf die Tätigkeiten, die angeboten werden, als Formalismus anzusehen wären, fällt damit weg. Soweit es sich um professionelle Anbieter bzw. Helfende handelt, ist auch das Erfordernis, dass eine auf das konkrete Angebot bezogen bedarfsgerechte fachliche Begleitung und Unterstützung der Helfenden in ihrer Arbeit ermöglicht wird, als erfüllt anzusehen, wenn die Sicherstellung einer verlässlichen und sachgerechten Ausführung dargelegt wird. Zum Schutz von ehrenamtlich Tätigen sind jedoch in Bezug auf diese Helfenden die Angaben nach § 45a Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 in dem oben zu Absatz 2 beschriebenen Sinne zu machen, damit die Überlegungen, die von dem Träger des Angebots in Bezug auf die ehrenamtlich Helfenden angestellt worden sind, weiterhin überprüft werden können. Hierbei kommt aber auch in Betracht, dass nachvollziehbar dargelegt wird, weswegen die Möglichkeit einer bedarfsgerechten fachlichen Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit im Rahmen des Angebots und der Unterstützung, die die ehrenamtlich Tätigen übernehmen, nicht erforderlich ist.

Ferner gilt die Regelung, dass die Vorgaben nach § 45a Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 Buchstabe a, Nummer 5 und – außer bei ehrenamtlich Helfenden – Nummer 6 als erfüllt anzusehen sind, nur bei Angeboten, die sich generell an alle Pflegebedürftigen richten und damit in der Regel Leistungen anbieten, die nicht auf eine bestimmte Zielgruppe ausgerichtet sind. Richten sich die Angebote an eine bestimmte Zielgruppe, so kann hinsichtlich der praktischen Qualifikation grundsätzlich ebenfalls unterstellt werden, dass ein qualitätsgesichertes Angebot vorliegt, das eine tätigkeitsgerechte Qualifikation der Helfenden und eine bezüglich der Tätigkeiten angemessene Schulung und Fortbildung gewährleistet, wenn dargelegt wird, dass die Leistungen verlässlich und sachgerecht ausgeführt werden. Die zielgruppengerechte Qualifikation der Helfenden und die diesbezüglichen Schulungen und Fortbildungen sind dann aber im Hinblick auf die jeweilige Zielgruppe im Einzelfall darzulegen. Dabei werden die Darlegungen ggf. nicht trennscharf zwischen der Zielgruppengerechtigkeit und der Tätigkeitsgerechtigkeit unterscheiden, wenn beides bei der Ausführung ineinanderfließt. Daher wird die Vermutung, dass die genannten Voraussetzungen als erfüllt anzusehen sind, auf diese Fälle aktuell nicht erstreckt. Nichtsdestotrotz sollten jedenfalls im Hinblick auf die tätigkeitsbezogenen Anforderungen aber auch in diesen Fällen die Anerkennungsverfahren möglichst schlank ausgestaltet werden.

Dadurch, dass in den Fällen des Absatz 3 die Prüfung der Darlegung, ob eine verlässliche und sachgerechte Ausführung der angebotenen Leistungen sichergestellt ist, im Rahmen der Anerkennung an die Stelle der aufwändigeren Prüfung des Konzepts in Bezug auf die in der Regelung genannten Kriterien tritt, wird auch der Prüfaufwand für die Anerkennungsstellen reduziert. Insbesondere für Angebote zur Entlastung im Alltag, die im Schwerpunkt hauswirtschaftliche Leistungen anbieten und die außerhalb des Rahmens der Pflegeversicherung bereits unter Beweis gestellt haben, dass sie diese Leistungen verlässlich und sachgerecht erbringen, entfällt damit die Verpflichtung, die genannten Voraussetzungen eigens noch einmal in einem Konzept darzulegen und umfangreiche Einzel-Nachweise beizubringen. Hierdurch kann der weitere Auf- und Ausbau dieser Angebote – die im Rahmen der Pflegeversicherung zum einen Pflegebedürftigen, gerade auch Alleinstehenden, den Verbleib in der häuslichen Umgebung erleichtern und die zum anderen auch als „Türöffner“ in die Pflegehaushalte aufzufassen sind – wesentlich vereinfacht werden.

In Bezug auf Angebote zur Entlastung im Alltag, die im Schwerpunkt praktische Unterstützung im Haushalt anbieten, wird vor diesem Hintergrund noch eine weitere Regelung in Absatz 3 getroffen, die dazu geeignet ist, die Anforderungen zu vereinfachen und zu vereinheitlichen.

Denn auch bei Angeboten zur Entlastung im Alltag – für deren Leistungen die Pflegeversicherung eine Kostenerstattung im Rahmen der bestehenden Ansprüche leistet – ist vorauszusetzen, dass bei den Helfenden ein dem Angebot angemessenes Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen vorhanden ist. Allerdings sind gerade bei Angeboten, deren Schwerpunkt die Unterstützung im Haushalt bzw. die praktische Unterstützung im unmittelbaren häuslichen Umfeld darstellt, keine überzogenen Anforderungen zu stellen, die die an sich praktische Tätigkeitsausrichtung in eine stärker pflegefachliche Ausrichtung bringen würden. Dem praktischen Tätigkeitsprofil der Angebote und der Helfenden ist vielmehr Rechnung zu tragen.

Gleichzeitig soll die „Türöffner“-Funktion gerade dieser Angebote aber weiterhin aufrecht erhalten bleiben. Daher ist sicherzustellen, dass die Helfenden über ausreichendes Wissen verfügen, um auf hierfür bestehende weitere Beratungs- und Unterstützungsstrukturen im Bereich Pflege hinweisen zu können, wenn sie bei Pflegebedürftigen oder Pflegepersonen weitergehende Hilfebedarfe erkennen. Hiermit sind sie in der Lage, in den Pflegehaushalten auch als „Lotsen“ in die Beratungs- und Unterstützungsstrukturen der Pflegeversicherung zu fungieren, wo dies gebraucht wird.

Neben den Kenntnissen darüber, welche Beratungs- und Unterstützungsleistungen und -strukturen bestehen und an welche Stellen die Helfenden die Pflegebedürftigen und Pflegepersonen bei entsprechenden Unterstützungsbedarfen verweisen können, dürfte sich das Grundwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen im Wesentlichen hier auf eine angemessene Kommunikation mit Pflegebedürftigen und Pflegepersonen sowie Kenntnisse zum Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen, mit denen die Helfenden bei ihrer Tätigkeit konfrontiert werden können, konzentrieren.

Um diese Balance festzuhalten und auszuformulieren, wird in Absatz 3 aufgenommen, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Empfehlungen dazu beschließt, wann die Voraussetzungen nach § 45a Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 Buchstabe b bei den entsprechenden Angeboten zur Unterstützung im Alltag als erfüllt anzusehen sind. Wenn auf diese Weise die Voraussetzungen transparent werden und eher einheitlich sind, kann das – gerade professionellen Anbietern – auch die Vorbereitung eines Antrags auf Anerkennung erleichtern. Hierfür kann dann auch einfacher ein einheitlicherer Vordruck oder eine digitalisierte Maske entworfen werden, der oder die alle erforderlichen Angaben beinhaltet. Auf das Verfahren zum Beschluss der Empfehlungen findet hierbei § 45c Absatz 7 entsprechende Anwendung. Das bedeutet, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen vor dem Beschluss die Verbände der Menschen mit Behinderungen und der Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden auf Bundesebene anhört und deren Stellungnahmen auswertet. Die Empfehlungen bedürfen dann der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Soweit Belange des Ehrenamts betroffen sind, erteilt das Bundesministerium für Gesundheit seine Zustimmung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann die Empfehlungen nach § 45a Absatz 3 und die Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 sowie aufgrund des Verweises in § 45d Absatz 5 zu § 45d auch in einem gemeinsamen Verfahren beschließen oder aktualisieren, wenn dies zeitlich zueinander passt.

Die in den Empfehlungen festgehaltenen Inhalte zum Grund- und Notfallwissen können nachfolgend selbstverständlich auch über die Regelungen in § 45a Absatz 3 und 6 hinaus in die Landesrechtsverordnungen einfließen.

Die Aufnahme der Neuregelungen in § 45a Absatz 3 neuer Fassung greift der Sache nach zugleich einen mehrfach gefassten Beschluss der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) zur Stärkung niedrigschwelliger Hilfen auf.

Zu Absatz 4

Es ist bereits nach geltendem Recht möglich, auch Angebote von Einzelhelfenden als Angebote zur Unterstützung im Alltag anzuerkennen. Hier hat in den Ländern in den vergangenen Jahren eine dynamische Entwicklung stattgefunden. In nahezu allen Ländern gibt es inzwischen Regelungen zur Anerkennung von Einzelhelfenden. In § 45a werden die Einzelhelfenden bislang indes allein in der beispielhaften Aufzählung der anerkennungsfähigen Angebote in Absatz 1 Satz 5 genannt („In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere … Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer ….").

Mit der vorliegenden Regelung wird ein bestimmter Bereich der Einzelhelfenden in § 45a besser hervorgehoben, der sich durch einige Besonderheiten auszeichnet. Während sich die Angebote zur Unterstützung im Alltag – auch solche von Einzelhelfenden – in der Regel an einen offenen Adressatenkreis richten, der die Angebote in Anspruch nehmen kann, gibt es bei den Einzelhelfenden auch Angebote, die sich jeweils an bestimmte, persönlich benennbare Pflegebedürftige richten. Oftmals wird hierbei von „Nachbarschaftshilfe" gesprochen. Die Helfenden müssen aber nicht zwingend tatsächlich „Nachbarn" der Pflegebedürftigen sein. Auch ist nicht unbedingt erforderlich, dass die helfende Person und die pflegebedürftige Person sich bereits kennen, bevor die helfende Person für die pflegebedürftige Person Unterstützung leistet. Das besondere Näheverhältnis, das diese Konstellationen kennzeichnet, kann sich auch erst im Laufe der Zeit herausbilden. Stets ist es aber so, dass sich das Angebot im gleichen Zeitraum entweder nur an eine persönlich benannte pflegebedürftige Person oder eine sehr eng begrenzte Anzahl jeweils persönlich benannter pflegebedürftiger Personen richtet.

Diese Form der Angebote zur Unterstützung im Alltag durch Einzelhelfende, die im selben Zeitraum nur eine eng begrenzte Anzahl jeweils persönlich benannter Pflegebedürftiger unterstützen, wird in dem neuen Absatz 4 nun als personenbezogen anerkannte Einzelhelfende bezeichnet und gesondert geregelt. Wenn sich Personen auf diese Weise im Bereich der Pflege engagieren, ist das begrüßenswert. In der Regel handelt es sich hierbei auch um besonders niedrigschwellige Angebote. Die Bemühungen darum, diese Form der Unterstützung entsprechend unbürokratisch und niedrigschwellig anzuerkennen und zu fördern, wird vorliegend aufgegriffen. Das bedeutet jedoch zum einen nicht, dass nur noch diese Form der Einzelhelfenden anerkennungsfähig sein soll. Die bisherigen Anerkennungsmöglichkeiten sollen in keiner Weise eingeschränkt werden. Wie bisher können auch andere Angebote Einzelhelfender nach § 45a allgemein als Angebote zur Unterstützung im Alltag anerkannt werden. Zum anderen bedeutet die gesonderte Regelung in Absatz 4 für diese Form der Einzelhelfenden nicht, dass die hier geregelten vereinfachten Anerkennungsbedingungen nicht auch auf andere Angebote zur Unterstützung im Alltag übertragen werden könnten und dort, wo dies sinnvoll ist, in die landesrechtlichen Regelungen einfließen können. Hierfür bieten die konkret auf die jeweiligen Angebote ausgerichteten und flexibilisierten Formulierungen in § 45a Absatz 2 neuer Fassung vielmehr ebenfalls Raum.

In § 45a Absatz 4 wird dabei zum einen geregelt, dass es sich bei den persönlich benannten Pflegebedürftigen nicht um Personen handeln darf, mit denen die Einzelhelferin oder der Einzelhelfer bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder mit denen die Einzelhelferin oder der Einzelhelfer in häuslicher Gemeinschaft lebt. Denn bei der Unterstützung, die im Rahmen dieser Form der Angebote zur Unterstützung im Alltag geleistet wird, handelt es sich nicht um eine innerfamiliäre Unterstützung, sondern um Hilfeleistungen aus dem Umfeld der Pflegehaushalte. Die Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen vielmehr unter anderem dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten. Im Hinblick auf eine innerfamiliäre Unterstützung können die Pflegebedürftigen ab dem Pflegegrad 2 sich zudem dafür entscheiden, als

Anerkennung für die geleistete Hilfe das Pflegegeld oder einen Teil dessen weiterzugeben. Bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 ist davon auszugehen, dass die in diesem Pflegegrad noch überschaubaren alltäglichen Hilfen innerfamiliär auch ohne das Zukommenlassen einer finanziellen Anerkennung geleistet werden. Die Leistungen der Pflegeversicherung, die für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag genutzt werden können, sind nicht zur innerfamiliären Weitergabe im engeren Sinne oder zur Weitergabe innerhalb der häuslichen Gemeinschaft gedacht, sondern bieten Pflegebedürftigen, die Unterstützung in Anspruch nehmen, die Möglichkeit, in moderatem Umfang finanzielle Mittel zu erhalten, die sie für die von außenstehenden Engagierten geleisteten Hilfen einsetzen können.

Zum anderen wird in § 45a Absatz 4 geregelt, dass eine Anerkennung als personenbezogen anerkannte Einzelhelfende oder anerkannter Einzelhelfender im gleichen, aktuell laufenden Zeitraum höchstens in Bezug auf bis zu vier persönlich benannte Pflegebedürftige erfolgen darf. Damit besteht zum einen eine Obergrenze, die die Anerkennung insbesondere für bundesweit tätige Pflegekassen und private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, einfacher überschaubar machen kann, sofern diese Stellen nach Maßgabe des nach Absatz 6 erlassenen Landesrechts die für die Anerkennung zuständigen Stellen sind. Zum anderen ist davon auszugehen, dass sich das Angebot ab einer gewissen Anzahl im gleichen Zeitraum unterstützter Pflegebedürftiger doch eher allgemein an Pflegebedürftige richtet. In diesen Fällen handelt es sich nicht um die hier beschriebenen personenbezogen anerkannten Einzelhelfenden. Das Angebot der oder des Einzelhelfenden kann in diesen Fällen dann ggf. aber allgemein als Angebot zur Unterstützung im Alltag nach § 45a anerkannt werden. Im Einzelnen ergibt sich das Nähere, auch zu einer abweichenden niedrigeren Höchstzahl im gleichen Zeitraum unterstützter Pflegebedürftiger, aus dem gemäß Absatz 6 erlassenen Landesrecht.

Insgesamt ist dabei darauf hinzuweisen, dass im Recht der Pflegeversicherung die Rahmenvoraussetzungen für die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag geregelt werden und hierbei die Interessen der Pflegebedürftigen und der Helfenden sowie die Sicherung einer sachgerechten Versorgung im Mittelpunkt stehen. Die Einhaltung des geltenden Rechts außerhalb des Rechts der Pflegeversicherung ist grundsätzlich eigenverantwortlich sicherzustellen und nicht Regelungsgegenstand des SGB XI. Damit, dass die hiermit näher bestimmte Form der Einzelhelfenden in § 45a Absatz 4 nun eigenständig definiert wird, könnte sich aber ggf. nunmehr ein Anknüpfungspunkt auch für Folgeregelungen finden, die das Engagement in dieser Form auch in anderen Bereichen erleichtern oder unterstützen.

Die Aufnahme der Neuregelungen in § 45a Absatz 4 neuer Fassung greift der Sache nach zugleich einen mehrfach gefassten Beschluss der ASMK zur Stärkung niedrigschwelliger Hilfen auf.

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

In § 45a Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 wird geregelt, dass von den Einzelhelfenden kein Konzept nach § 45a Absatz 2 Satz 2 gegenüber der für die Anerkennung dieser Angebote zuständigen Behörde einzureichen ist. Denn das Aufstellen eines Konzeptes passt zu dieser besonders niedrigschwelligen Form der Unterstützung nicht. Auch richtet sich das Angebot nicht an eine bestimmte Zielgruppe oder ist allgemein für Pflegebedürftige verfügbar, sondern die Anerkennung erfolgt hier jeweils in Bezug auf die persönlich benannten Pflegebedürftigen. Anstelle der Einreichung eines Konzepts sind gemäß Nummer 1 Buchstabe a Angaben zur Art der Unterstützungsleistungen, die angeboten werden sollen, zu machen, sodass erkennbar wird, auf welche Tätigkeiten sich das Angebot richtet (beispielsweise Betreuung, Unterstützung im Alltag bzw. im Haushalt). Ferner sind Angaben zur Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten zu machen. Sofern das nach

Absatz 6 erlassene Landesrecht bereits verbindliche Vorgaben zur Höhe der den Pflegebedürftigen in Rechnung gestellten Kosten im Rahmen eines Angebots von personenbezogen anerkannten Einzelhelfenden enthält und die oder der Einzelhelfende hierüber informiert und zur Einhaltung verpflichtet wird, erübrigen sich die Angaben zur Höhe der den Pflegebedürftigen für die Unterstützungsleistungen in Rechnung gestellten Kosten durch die oder den Einzelhelfenden aber.

Zu Buchstabe b

Für eine Konkretisierung in Bezug darauf, dass keine Anhaltspunkte für eine Gefährdung der Pflegebedürftigen sowie Pflegepersonen bestehen, bietet Nummer 1 Buchstabe b den landesrechtlichen Regelungen einen Anknüpfungspunkt. Das nach § 45a Absatz 6 erlassene Landesrecht kann hiernach vorsehen, dass Angaben dazu gemacht werden, dass keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass Pflegebedürftige oder Pflegepersonen im Rahmen der Durchführung des Angebots gefährdet werden. Auf diese Weise kann auch bei den personenbezogen anerkannten Einzelhelfenden, wenn das Landesrecht dies bestimmt, beispielsweise die Vorlage eines Führungszeugnisses bzw. erweiterten Führungszeugnisses vorgeschrieben werden, soweit dies geboten erscheint.

Zu Nummer 2

Im Übrigen bezieht sich die Prüfung im Rahmen der erstmaligen Anerkennung der oder des Einzelhelfenden darauf, ob die oder der Einzelhelfende grundsätzlich fähig und geeignet ist, die angebotenen Tätigkeiten zu erbringen, und ob zu erwarten ist, dass sie oder er mit der jeweiligen pflegebedürftigen Person angemessen umgehen wird. Hierbei wird ex ante betrachtet, ob die oder der Einzelhelfende den Eindruck vermittelt, dass sie oder er die Tätigkeiten, die angeboten werden, sachgerecht ausführen kann und wird und sie oder er angemessen mit der jeweiligen pflegebedürftigen Person umgehen wird. Welche Stelle diese Prüfung vornimmt, bestimmt sich nach dem gemäß Absatz 6 erlassenen Landesrecht. Dieses kann auch Einzelheiten dazu bestimmen, wie die Prüfung vorgenommen werden soll. Hierfür kann beispielsweise ein persönliches Gespräch einer dafür vorgesehenen Stelle mit der oder dem eine Anerkennung nachsuchenden Einzelhelfenden vorgesehen werden. Dies kann die Anerkennungsbehörde sein oder auch eine andere, hierfür geeignete Stelle. Nach Maßgabe des gemäß § 45a Absatz 6 erlassenen Landesrechts kann dieses persönliche Gespräch, wenn es vorgesehen wird, ebenfalls videogestützt oder telefonisch durchgeführt werden. Hierdurch kann sich ein persönlicher Eindruck vermitteln und es können ggf. auch konkrete Nachfragen unmittelbar gestellt werden. Zudem besteht bei einem persönlichen Gespräch bereits ein Erstkontakt zwischen der Kontaktstelle und der oder dem Einzelhelfenden, sodass auch in der Folge eine eventuelle Kontaktaufnahme leichter fallen kann. Das Landesrecht kann hier aber auch andere Möglichkeiten vorsehen. Es sind zum einen auch andere Konstellationen denkbar, insbesondere ein Kontakt mit einer bereits bestehenden Fach- und Koordinierungsstelle oder einer Stelle in der Kommune vor Ort oder beispielsweise das Anknüpfen an einen Servicepunkt oder eine Servicestelle für Nachbarschaftshilfe. Ebenso ist denkbar, dass dies im Rahmen eines Online-Austausch-Formats oder im Rahmen eines Online-Interaktions-Formats erfolgt, das eine geeignete Stelle durchführt, die dafür vorgesehen wird. Zum anderen sind auch andere Ansätze denkbar, mit denen festgestellt werden kann, ob Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die oder der eine Anerkennung nachsuchende Einzelhelfende zur Erbringung der angebotenen Tätigkeiten nicht fähig oder geeignet ist oder kein angemessener Umgang mit den Pflegebedürftigen zu erwarten ist. Die Prüfung erfolgt grundsätzlich nur bei der erstmaligen Anerkennung. Sollte sich das Angebot der oder des Einzelhelfenden grundlegend ändern, kann nach Maßgabe des Landesrechts aber auch eine Überprüfung der Voraussetzungen bei wesentlichen Änderungen vorgesehen werden.

Zu Nummer 3

Wesentliches Element der Anerkennung nach § 45a Absatz 4 ist, dass beide Seiten – die oder der Helfende ebenso wie die oder der Pflegebedürftige – eine informierte Entscheidung treffen und dass beiden Seiten bekannt ist, an wen sie sich wenden können, falls im Rahmen der Durchführung des Angebots doch Schwierigkeiten auftreten sollten. Welche Stellen hierfür in Betracht kommen, wird seitens des Landes oder der jeweils zuständigen kommunalen Gebietskörperschaft benannt, da diese die im Land bzw. vor Ort bestehenden Strukturen am besten kennen und sachgerecht einschätzen können, welche Stelle geeignet ist, um bei Fragen oder Schwierigkeiten weiterhelfen oder ggf. weitervermitteln zu können. Hierfür müssen keine neuen Strukturen aufgebaut, aufrechterhalten oder vorgehalten werden. In Betracht kommen vielfältige Möglichkeiten, beispielsweise die in Ländern bereits bestehenden Fach- und Koordinierungsstellen, Pflegestützpunkte, Pflegekassen oder auch die für die Anerkennung des Angebots nach Landesrecht zuständige Stelle. Es sind – entsprechend der Vielfalt, die sich in den Ländern und Kommunen entwickelt hat und weiterhin entwickelt – aber auch andere Stellen denkbar. Es geht darum, dass sich Helfende und Pflegebedürftige an jemand Außenstehenden wenden können, falls doch Schwierigkeiten auftreten, sie also im Akutfall nicht „allein gelassen“ sind, sodass eventuellen negativen Entwicklungen ggf. rechtzeitig begegnet werden kann bzw. diesen bereits vorgebeugt werden kann. Für den Fall, dass eine Förderung von entsprechenden Strukturen gewünscht ist, ist ebenfalls auf die bereits bestehenden und mit diesem Gesetz verbesserten Fördermöglichkeiten nach § 45c hinzuweisen.

Von den Einzelhelfenden ist bei der erstmaligen Anerkennung hier zum einen in Textform eine Erklärung abzugeben, dass sie darüber informiert worden sind, an welche konkrete seitens des Landes oder der jeweils zuständigen kommunalen Gebietskörperschaft benannte niedrigschwellige Anlaufstelle sie sich bei Fragen oder Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Unterstützung von Pflegebedürftigen wenden können. Zum anderen ist von den Einzelhelfenden in Textform zu erklären, dass sie darüber informiert worden sind, welche vorhandenen seitens des Landes oder der jeweils zuständigen kommunalen Gebietskörperschaft vorgehaltenen oder benannten Unterstützungsstrukturen es gibt, die für Helfende Unterstützung bereithalten. Dies beinhaltet keine Verpflichtung für Länder oder kommunale Gebietskörperschaften, entsprechende Unterstützungsstrukturen aufzubauen, aufrechtzuerhalten oder vorzuhalten. Es geht hier ausschließlich darum, dass die Helfenden über die Stellen, die bereits vorhanden sind, informiert sind. Das bezieht sich insbesondere auf Strukturen, die Unterstützung bieten bei einer angemessenen Schulung zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden, zum Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen bei den Helfenden sowie erforderlichenfalls entsprechende Fortbildungen im Hinblick auf die jeweiligen Tätigkeiten der Helfenden oder die Gruppen Pflegebedürftiger, zu denen die persönlich benannten Pflegebedürftigen gehören. Außerdem auf Stellen, die die Möglichkeit einer bedarfsgerechten fachlichen Begleitung und Unterstützung, insbesondere von ehrenamtlich Helfenden, bieten. Soweit diese vorhanden sind, sind auch Hinweise auf Unterstützungsstrukturen in weiteren Bereichen wie etwa einer Vernetzung der personenbezogen anerkannten Helfenden mit anderen Helfenden oder Stellen, die Beratung zur Gestaltung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag bieten, denkbar. Dies hängt von den jeweiligen Gegebenheiten vor Ort ab. Im Hinblick auf den Auf- und Ausbau von Unterstützungsstrukturen für Angebote zur Unterstützung im Alltag ist ebenfalls auf die bereits bestehenden und mit diesem Gesetz verbesserten Fördermöglichkeiten nach § 45c hinzuweisen. Die Erklärung der Einzelhelfenden ist nur bei der erstmaligen Anerkennung abzugeben. Selbstverständlich ist es aber möglich, die Einzelhelfenden auch im Nachgang weiterhin über vorhandene, gegebenenfalls neue oder sich ändernde Unterstützungsstrukturen zu informieren. Ebenso ist es möglich, die Information der Einzelhelfenden ggf. mit der Übermittlung weiterer nutzbringender Informationen, beispielsweise zu Fragen der Sozialversicherungspflicht oder steuerrechtlichen Fragen, zu verbinden.

Zu Nummer 4

Auch die Pflegebedürftigen sollen wissen, an wen sie sich wenden können, falls im Rahmen der Durchführung des Angebots doch Schwierigkeiten auftreten sollten. Damit dies sichergestellt ist, soll nachweisbar sein, dass die persönlich benannten Pflegebedürftigen jeweils in Textform darüber informiert worden sind, an welche konkrete seitens des Landes oder der jeweils zuständigen kommunalen Gebietskörperschaft benannte Stelle sie sich bei Fragen oder Schwierigkeiten hinsichtlich des anerkannten Angebots der Einzelhelferin oder des Einzelhelfers wenden können. Die Informationen sollen dabei in transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Gestaltung und Sprache und bei Bedarf barrierefrei zur Verfügung gestellt werden.

Welche Stellen vorgesehen werden, um die Pflegebedürftigen darüber zu informieren, welche konkrete seitens des Landes oder der jeweils zuständigen kommunalen Gebietskörperschaft vorgesehene Stelle es gibt, an die die Pflegebedürftigen sich bei Fragen oder Schwierigkeiten hinsichtlich des anerkannten Angebots der oder des Einzelhelfenden können, bestimmt sich nach dem nach Absatz 6 erlassenen Landesrecht. Hierin kann auch geregelt werden, dass die Information der Pflegebedürftigen durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, erfolgt. Das macht insbesondere dann Sinn, wenn die Pflegekassen oder privaten Versicherungsunternehmen nach Maßgabe des gemäß Absatz 6 erlassenen Landesrechts die für die Anerkennung von personenbezogen anerkannten Einzelhelfenden zuständigen Stellen sind. Sollten sie nicht die für die Anerkennung zuständigen Stellen sein, bedarf es indes einer elektronischen Übermittlung der für die Durchführung der Information erforderlichen Angaben an die Pflegekassen bzw. privaten Versicherungsunternehmen, damit sie ihre Versicherten entsprechend sachgerecht auf geeignetem Wege informieren können.

Die entsprechende Information der Pflegebedürftigen kann aber ebenso durch Stellen des Landes oder der kommunalen Gebietskörperschaften oder andere seitens des Landes oder der kommunalen Gebietskörperschaften hierzu vorgesehene Stellen erfolgen.

Zu Absatz 5

In Bezug auf die personenbezogen anerkannten Einzelhelfenden im Sinne des neuen § 45a Absatz 4 wird geregelt, dass eine Veröffentlichung von Angaben zu den Angeboten dieser Einzelhelfenden in einer Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 freiwillig ist und diese Veröffentlichung nur auf ausdrücklichen Wunsch und mit ausdrücklicher Zustimmung der Einzelhelferin oder des Einzelhelfers erfolgen darf. Eine Veröffentlichung von persönlichen Angaben zu den jeweils konkret benannten Pflegebedürftigen ist ausgeschlossen. Die Abweichung zur Veröffentlichung der Angaben zu diesen Angeboten zur Unterstützung im Alltag ist geboten und sachgerecht, da die Angebote der Einzelhelfenden im Sinne des neuen § 45a Absatz 4 sich nicht an einen offenen Adressatenkreis richten, sondern im gleichen Zeitraum jeweils nur die Pflegebedürftigen unterstützt werden, die bei der für die Anerkennung zuständigen Stelle persönlich benannt worden sind. Eine Veröffentlichung in den Leistungs- und Preisvergleichslisten entspricht somit zu einen nicht den Interessen der Einzelhelfenden und wäre zum anderen auch für Pflegebedürftige, die Angebote zur Unterstützung im Alltag suchen, verwirrend, weil diese Angebote ja nicht allgemein zur Verfügung stehen.

Eine Veröffentlichung von Angaben zu Angeboten von personenbezogen anerkannten Einzelhelfenden in einer Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 darf aber freiwillig erfolgen, wenn die Einzelhelfenden dies ausdrücklich wünschen. Möchte eine Einzelhelferin oder ein Einzelhelfer vorübergehend in einer Leistungs- und Preisvergleichsliste aufgeführt werden – beispielsweise um neue Pflegebedürftige zu unterstützen –, kann dies mit ihrer oder seiner Zustimmung und auf ihren oder seinen Wunsch hin erfolgen. Sobald die Einzelhelferin oder der Einzelhelfer die Löschung ihrer oder seiner Daten in Bezug auf die Veröffentlichung in den Leistungs- und Preisvergleichslisten verlangt, ist dem aber

wiederum – im Rahmen der turnusmäßigen Aktualisierungen – so bald als möglich nachzukommen.

Das gemäß § 7 Absatz 4 bereits etablierte Verfahren des Datenaustauschs zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen bzw. der Datenclearingstelle Pflege und den nach Landesrecht für die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag zuständigen Stellen kann und soll aber auch für die personenbezogen anerkannten Einzelhelfenden genutzt werden. Die diese betreffenden Daten werden indes nicht veröffentlicht, sondern dienen ausschließlich zu Prüf- und Abrechnungszwecken. Die Pflegekassen sowie die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, erhalten diese Daten im Wege elektronischer Datenübermittlung, damit sie die ihnen übertragenen Aufgaben wahrnehmen können. Das bedeutet insbesondere, dass sie prüfen können, ob die Angebote der Einzelhelfenden nach Landesrecht anerkannt worden sind, so dass Pflegebedürftige die Ansprüche auf Kostenerstattung für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag für deren Unterstützungsleistungen nutzen können. Dies entspricht auch der Berechtigung der Pflegekassen zur Verarbeitung personenbezogener Daten nach §§ 93 ff. In den Fällen, in denen die Pflegekassen oder privaten Versicherungsunternehmen selbst die gemäß dem nach § 45a Absatz 6 erlassenen Landesrecht für die Anerkennung dieser Angebote zuständigen Stellen sind, müssen sie auf dieser Grundlage, wenn eine weitere Anerkennung in Bezug auf einen persönlich benannten Pflegebedürftigen beantragt wird, auch prüfen können, für wie viele Personen die oder der Einzelhelfende im aktuell laufenden Zeitraum bereits anerkannt worden ist und dementsprechend eine Anerkennung zugunsten des Weiteren konkret benannten Pflegebedürftigen noch möglich ist. Daher ist sicherzustellen, dass anhand der Kennung und der in entsprechender Anwendung des § 7 Absatz 4 übermittelten Daten überprüft werden kann, in Bezug auf wie viele Pflegebedürftige eine Anerkennung der oder des Einzelhelfenden im aktuellen Zeitraum insgesamt erfolgt ist. Besteht im Einzelfall Anlass zur Überprüfung, ob die oder der Einzelhelfende auch tatsächlich in Bezug auf die oder den Pflegebedürftigen anerkannt worden ist, die oder der eine Kostenerstattung nach dem SGB XI begehrt, soll die Möglichkeit bestehen, dass mit Hilfe der Kennung auch überprüft werden kann, auf welche Pflegebedürftigen sich die Anerkennung der personenbezogen anerkannten Einzelhelfenden bezieht. Das Nähere hierzu kann in der Vereinbarung der Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam mit den nach Landesrecht zuständigen Stellen für die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag im Einvernehmen mit den zuständigen obersten Landesbehörden nach § 7 Absatz 4 Satz 1 bestimmt werden bzw. in den Empfehlungen, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit Zustimmung der Länder gemäß § 7 Absatz 4 Satz 4 und 5 abgibt. § 7 Absatz 4 Satz 1, 4 und 5 findet in Bezug auf Vergabe und Übermittlung der Kennung und der dazugehörigen Daten daher entsprechende Anwendung. Sofern außerdem eine Zustimmung des konkret benannten Pflegebedürftigen datenschutzrechtlich erforderlich sein sollte, ist denkbar, dass diese zum Beispiel jeweils im Rahmen der Anerkennung des Angebots durch die für die Anerkennung zuständige Behörde eingeholt wird. Dies kann erforderlichenfalls auch Regelungsgegenstand der gemäß § 45a Absatz 6 erlassenen Landesrechtsverordnung sein, da die Ermächtigung nach § 45a Absatz 6 neuer Fassung sich ebenfalls auf Vorgaben für die Anerkennung von Angeboten personenbezogen anerkannter Einzelhelfender erstreckt.

Zu Absatz 6

Die Ermächtigung der Landesregierungen zum Erlass von Rechtsverordnungen nach § 45a, die bisher in § 45a Absatz 3 geregelt war, wird nun in § 45a Absatz 6 neuer Fassung geregelt.

Wie bisher werden die Landesregierungen ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag einschließlich der Vorgaben zu deren Qualitätssicherung sowie zur regelmäßigen Übermittlung einer Übersicht über die durch die anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag aktuell angebotenen Leistungen und die Höhe der hierfür erhobenen Kosten zu bestimmen. Ergänzt wird

die Ermächtigung um die nähere Bestimmung der Vorgaben für die Anerkennung von Angeboten personenbezogen anerkannter Einzelhelfender als Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des neuen § 45a Absatz 4.

Außerdem wird die Ermächtigung erstreckt auf mögliche Maßnahmen zu einer regelmäßigen Überprüfung der weiterhin bestehenden Erfüllung der Anerkennungsvoraussetzungen bei anerkannten Angeboten, für deren Leistungen die Nutzung eines Anspruchs nach § 45f oder § 45g erfolgt. Werden für Leistungen eines nach Landesrecht anerkannten Angebots zur Unterstützung im Alltag der Umwandlungsanspruch nach § 45f oder der Anspruch auf Umwandlung für Tagesbetreuung nach § 45g genutzt, kann sich – je nach Pflegegrad – hierdurch ein bedeutender Beitrag zur Unterstützung der häuslichen Versorgung ergeben. Dies lässt es angebracht erscheinen, dass Maßnahmen vorgesehen werden können, um die entsprechenden Angebote in sinnvollen zeitlichen Abständen überprüfen und feststellen zu können, ob die Anerkennungsvoraussetzungen weiterhin erfüllt werden. Ob für das Angebot zur Unterstützung im Alltag einer der Ansprüche nach § 45f oder § 45g genutzt worden ist, kann beispielsweise im Wege einer Selbstauskunft in den regelmäßigen Berichten abgefragt werden, die Länder in ihre landesrechtlichen Regelungen aufgenommen haben. Auch die Darlegung, dass die Anerkennungsvoraussetzungen weiterhin erfüllt werden, könnte in Form einer entsprechenden regelmäßigen Berichtspflicht erfolgen. Damit die Landesregierungen auf die jeweiligen Strukturen der Angebote zur Unterstützung im Alltag in dem Land passende Maßnahmen wählen können, ist die Ermächtigung aber so formuliert, dass auch andere angemessene Maßnahmen ermöglicht werden.

Ferner wird in Absatz 6 aufgenommen, dass der Niedrigschwelligkeit der Angebote zur Unterstützung im Alltag Rechnung zu tragen ist. Das Recht sollte so gestaltet sein, dass ein sachgerechter, möglichst flächendeckender Auf- und Ausbau der Angebote gefördert wird. Wünschenswert sind ebenfalls eine Erleichterung und Förderung von ehrenamtlichem Engagement in der Pflege. Die Niedrigschwelligkeit der Angebote zur Unterstützung im Alltag ist damit auch erneut im Wortlaut der Regelung verankert.

Wie bisher sollen die Landesregierungen beim Erlass der Rechtsverordnungen die gemäß § 45c Absatz 7 beschlossenen Empfehlungen berücksichtigen, soweit dies passend ist. Ergänzt wird, dass die Landesregierungen beim Erlass der Rechtsverordnungen zudem die gemäß dem neuen § 45a Absatz 3 beschlossenen Empfehlungen beachten sollen.

Außerdem werden die Landesregierungen ermächtigt, die Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen nach § 45a Absatz 6 durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden zu übertragen. Damit wird ein Beschluss des Bundesrates aufgegriffen, der im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) die Einführung einer entsprechenden Subdelegationsbefugnis gefordert hatte, um Anpassungen der entsprechenden Rechtsverordnungen leichter und schneller durchführen zu können.

Der bisher in § 45a Absatz 4 geregelte Umwandlungsanspruch wird in den neuen § 45f überführt.

Zu Nummer 31 (§ 45b)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 45a, der die Ermächtigung der Landesregierungen zum Erlass von Rechtsverordnungen nunmehr in Absatz 6 regelt. Die in § 45a Absatz 6 einer Forderung des Bundesrates entsprechende Einführung einer Subdelegationsbefugnis für den Erlass der Rechtsverordnungen bezieht sich auch auf den Regelungsgegenstand des § 45b Absatz 4 Satz 2.

Zu Nummer 32 (§ 45c)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa und Doppelbuchstabe bb

Bereits bisher war in § 45c Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 aufgeführt, dass gemäß § 45c auch die Förderung ehrenamtlicher Strukturen möglich ist. Mit der Neufassung von § 45c Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird in die Fördervorschrift aufgenommen, dass neben dem Auf- und Ausbau auch die beständige Unterstützung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a und ebenfalls die Förderung von Strukturen zur Unterstützung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a möglich ist. Damit werden die Möglichkeiten einer auch dauerhaften oder/und strukturellen Förderung im Bereich der Angebote zur Unterstützung im Alltag verbessert und eindeutiger als bisher geregelt.

Dies korrespondiert mit den neuen Regelungen in § 45a, in denen – entsprechend der in den Ländern in den vergangenen Jahren stattgefunden haben den Entwicklungen – nun auch ausdrücklich auf Unterstützungsstrukturen eingegangen wird, die vom Land oder von einer kommunalen Gebietskörperschaft im Hinblick auf die Angebote zur Unterstützung im Alltag vorgehalten oder vorgesehen werden. Solche Unterstützungsstrukturen helfen beim – immer noch erforderlichen – weiteren Auf- und Ausbau der niedrigschwelligen Hilfen im Alltag und tragen gleichzeitig auch zur Qualitätssicherung, zur Vernetzung und zum Erfahrungsaustausch in diesem Bereich bei.

Vor dem Hintergrund der Bedeutung, die die Förderzwecke des § 45c für die Versorgung von Pflegebedürftigen, aber auch für die Unterstützung von Pflegepersonen haben, werden die Fördermittel nach § 45c, die die soziale Pflegeversicherung und die private Pflege-Pflichtversicherung zur Verfügung stellen, auf insgesamt 60 Millionen Euro je Kalenderjahr erhöht. Damit kann auch ein wichtiger Beitrag geleistet werden, um die häusliche Versorgung von Pflegebedürftigen, die die meisten Menschen sich wünschen, möglichst lange aufrecht zu erhalten. Zum Teil wird mit der Erhöhung der Fördermittel nach § 45c Absatz 1 Satz 1 auch der Wegfall der Regelung des § 45c Absatz 1 Satz 4, nach der bisher nicht genutzte Fördermittel für die Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken im Folgejahr die Fördermittel nach § 45c Absatz 1 Satz 1 erhöht haben, aufgefangen. Denn künftig werden die in einem Jahr nicht genutzten Fördermittel für die Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken im Folgejahr die Fördermittel nach § 45e erhöhen, also diesem Förderzweck gewidmet bleiben. Die private Pflege-Pflichtversicherung beteiligt sich aufgrund ihrer spezifischen Sachnähe entsprechend der bisherigen Regelungen auch an der Anpassung des Fördervolumens, da die Ergebnisse der Maßnahmen den Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung im gleichen Maße wie den Versicherten der sozialen Pflegeversicherung zu Gute kommen und die private Pflege-Pflichtversicherung und ihre Versicherten von der Förderung damit im Rahmen der Durchführung der privaten Pflege-Pflichtversicherung in gleichem Maße profitieren.

Zu Doppelbuchstabe cc

Da die bisher in § 45c Absatz 9 geregelte Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken in den neuen § 45e überführt wird, entfallen in § 45c Absatz 1 die Sätze 3 und 4.

Zu Doppelbuchstabe dd

Im Rahmen der Förderung nach § 45c können bereits bisher auch digitale Anwendungen berücksichtigt werden, sofern diese den geltenden Anforderungen an den Datenschutz entsprechen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten. Hierbei kommt auch eine Förderung zur Herstellung oder Verbesserung der Barrierefreiheit der digitalen Anwendungen in Betracht; dies wird in den Wortlaut aufgenommen.

Zu Buchstabe b

Der Förderanteil der Pflegeversicherung bei den nach § 45c geförderten Förderzwecken wird von bisher 50 Prozent auf 60 Prozent der für die jeweilige Fördermaßnahme insgesamt geleisteten Fördermittel erhöht. Damit wird es insbesondere auch kommunalen Gebietskörperschaften erleichtert, sich an der Förderung zu beteiligen. Zu beachten sind hierbei zudem die bereits bisher bestehenden Regelungen des § 45c Absatz 2 Satz 3 und 4: Im Einvernehmen mit allen Fördergebern können Zuschüsse der kommunalen Gebietskörperschaften auch als Personal- oder Sachmittel eingebracht werden – beispielsweise, indem eine Pflegekraft finanziert wird, die Angebote zur Unterstützung im Alltag fachlich berät und begleitet –, sofern diese Mittel nachweislich ausschließlich und unmittelbar dazu dienen, den jeweiligen Förderzweck zu erreichen. Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese ferner einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt.

Dass der Förderanteil der Pflegeversicherung auf 60 Prozent erhöht wird, bedeutet, dass der Förderanteil vom Land und/oder der kommunalen Gebietskörperschaft sich zusammen auf 40 Prozent der insgesamt für die jeweilige Fördermaßnahme geleisteten Fördermittel beläuft. Insgesamt steht damit in Zukunft ein Fördervolumen von bis zu 100 Millionen Euro im Kalenderjahr zur Verfügung. Dies ist ein wichtiger Beitrag zur Sicherung der Versorgung Pflegebedürftiger auch in der Zukunft unter sich stetig wandelnden Bedingungen.

Zu Buchstabe c

Die nähere Konkretisierung der Förderung nach § 45c Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in § 45c Absatz 3 wird zum einen an den neuen Wortlaut und Inhalt der Nummer 1 angepasst. Dabei wird neben der Projektförderung nun auch eine dauerhafte Förderung als Möglichkeit aufgeführt. Zum anderen wird die beispielhafte Aufzählung, was in diesem Bereich gefördert werden kann, ergänzt. So werden nun auch ausdrücklich Kosten benannt, die verbunden sind mit einer Begleitung oder Supervision der Helfenden, mit einer Schulung oder Fortbildung der Helfenden, mit Aufwendungen für einen angemessenen Versicherungsschutz oder mit einer Vernetzung mit Pflegebedürftigen, Pflegepersonen oder mit anderen Helfenden. Des Weiteren wird die Tagesbetreuung gesondert erwähnt, die durch die Betreuung in Gruppen einen wichtigen Beitrag zur Versorgung Pflegebedürftiger, zur Unterstützung von pflegenden An- und Zugehörigen und auch zur Aufrechterhaltung oder Neubildung sozialer Kontakt leisten kann. Förderfähig sind beispielsweise die notwendigen Personal- und Sachkosten, die anfallen können für die Gestaltung des Gruppenbetreuungsangebots, das Anbieten eines Fahrdienstes und das Vorhalten angemessener Räume bei Angeboten der Tagesbetreuung, bei denen die Betreuung durch ehrenamtlich tätig Helfende erfolgt. Im Übrigen erfolgt eine Anpassung von Formulierungen in § 45c Absatz 3 an neue Formulierungen des § 45a, soweit dies hier nachzuvollziehen ist.

Entsprechend den vorgenommenen Änderungen in § 45c sind auch die Empfehlungen gemäß § 45c Absatz 7 zu aktualisieren. Diese Aktualisierung soll so zeitnah nach Inkrafttreten der Neuregelungen erfolgen, dass sie im nächstmöglichen Förderzeitraum bereits zur Anwendung kommen kann.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Die in § 45c Absatz 5 ausdrücklich aufgeführten Beispiele für Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige sowie andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf, werden ergänzt. In Satz 1 werden neben den Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der erforderlichen Hilfen auch die Möglichkeiten einer Weiterentwicklung der erforderlichen Hilfen für an

Demenz erkrankte Pflegebedürftige und andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf, benannt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit dem neuen Satz 2 wird aufgenommen, dass im Rahmen der Modellförderung nach dieser Vorschrift insbesondere auch Möglichkeiten einer Weiterentwicklung und einer wirksamen Vernetzung der erforderlichen Hilfen für Pflegebedürftige an ihrem Lebensende in den Blick genommen werden sollen. Dies schließt insbesondere die Terminal- und Sterbephase, aber auch die vorausgehende letzte Lebensphase von Sterbenden mit ein. Aufgrund der sehr dynamischen Veränderungen unterschiedlicher Unterstützungsbedarfe mit oftmals zeitlich sehr kurzen Übergängen in die letzte Lebensphase gewinnt hier eine wirksame Vernetzung der erforderlichen Hilfen eine besondere Bedeutung. Gerade an den Schnittstellen, beispielsweise von Unterstützung und Begleitung gemäß dem SGB XI und dem SGB V, ist eine möglichst reibungslose Verzahnung sinnvoll und im Interesse der Betroffenen. Außerdem könnten Modellvorhaben dazu beitragen, dem Wunsch vieler Pflegebedürftiger nach einem Versterben in der gewohnten häuslichen Umgebung noch besser nachkommen zu können. Bei der Betrachtung von Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung, sind hierbei insbesondere auch die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen am Lebensende mit in den Blick zu nehmen.

Mit dem neuen Satz 3 werden jetzt zudem ausdrücklich auch die Weiterentwicklung und Erprobung von Möglichkeiten einer Versorgung von Pflegebedürftigen über Nacht benannt. Zwar gibt es in § 41 bereits einen Anspruch auf teilstationäre Leistungen der Nachtpflege. Obwohl dies ein sehr wichtiges Element der Versorgung sein kann – gerade auch zur längeren und besseren Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege von Menschen mit einer demenziellen Veränderung –, gibt es solche Angebote indes noch nicht flächendeckend. Mit der Aufnahme der ausdrücklichen Benennung als Beispiel für die modellhafte Förderung nach § 45c Absatz 5 soll hier ein Impuls gesetzt werden, neue Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen in diesem Bereich in den Blick zu nehmen und modellhafte, wissenschaftlich begleitete Erprobungen durchzuführen, sodass weitergehende Erkenntnisse zu Möglichkeiten der Versorgung Pflegebedürftiger über Nacht gewonnen werden können.

Sowohl die gute Versorgung von pflegebedürftigen Menschen jeden Alters an ihrem Lebensende als auch die Versorgung von Pflegebedürftigen über Nacht gewinnt nochmals besondere Bedeutung in infrastrukturschwachen Räumen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung des neuen Satz 2 und 3.

Zu Buchstabe e

Zu Doppelbuchstabe aa

In die Regelung wird aufgenommen, dass neben den Verbänden der Menschen mit Behinderungen und der Pflegebedürftigen auch die Verbände ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden auf Bundesebene anzuhören sind. Damit kann insbesondere der Sicht der familiären und vergleichbaren ehrenamtlichen Pflegepersonen noch besser Rechnung getragen werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Landesregierungen werden ermächtigt, die Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen nach § 45c Absatz 7 durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden zu übertragen. Damit wird ein Beschluss des Bundesrates aufgegriffen, der im Rahmen des

Gesetzgebungsverfahrens zum Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) die Einführung einer entsprechenden Subdelegationsbefugnis gefordert hatte, um Anpassungen der entsprechenden Rechtsverordnungen leichter und schneller durchführen zu können.

Zu Buchstabe f

In Absatz 8 wird aufgenommen, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Bundesamt für Soziale Sicherung Festlegungen für das Verfahren zur Abwicklung der Förderung beschließen kann. Das betrifft insbesondere das Verfahren zur Erteilung der Förderzusagen, zur Aufhebung von Förderentscheidungen und zur Rückforderung von Fördermitteln zugunsten des Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung. Die Länder sind vor dem Beschluss anzuhören und ihr Vorbringen ist beim Beschluss der Festlegungen zu berücksichtigen. Soweit Belange von Fördermittelempfangenden betroffen sind, sind auch die Verbände der Menschen mit Behinderungen, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden auf Bundesebene vor dem Beschluss anzuhören, um deren Sichtweise ebenfalls in den Beschluss einbeziehen zu können.

Zu Buchstabe g

Die bisher in § 45c Absatz 9 geregelte Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken wird in den neuen § 45e überführt.

Zu Nummer 33 (§§ 45d-45g)

Zu § 45d (Förderung der Selbsthilfe in der Pflege, Verordnungsermächtigung)

Die Vorschrift des § 45d zur Förderung der Selbsthilfe in der Pflege wird neu gegliedert, um die Regelungen übersichtlicher zu gestalten.

Zugleich werden die Regelungen zur Förderung in Form von Gründungszuschüssen, bei denen nicht die Ko-Finanzierung durch Länder oder kommunale Gebietskörperschaften erfolgt, und die Förderung von bundesweiten Tätigkeiten und Strukturen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die ebenfalls ohne Mitfinanzierung durch Länder oder kommunale Gebietskörperschaften erfolgt, vereinfacht und verstetigt. Bisher wurden von den nach § 45d Satz 1 bisheriger Fassung auf die Länder aufgeteilten Mitteln Fördermittel in Höhe von insgesamt je Kalenderjahr bis zu 0,01 Euro je Versicherten separiert. Aus diesen Fördermitteln konnte der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Gründungszuschüsse für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen finanzieren, ohne dass es für die Förderung einer Mitfinanzierung durch ein Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedurfte. Ferner wurden bei der Übertragung von auch im ersten Übertragungsjahr nicht genutzten Fördermitteln auf das Folgejahr Fördermittel in Höhe von 0,01 Euro je Versicherten von der Übertragung ausgenommen. Mit diesen Mittel konnte der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ebenfalls ohne Ko-Finanzierung bundesweite Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen fördern. Hierbei durfte die Förderung jeweils für einen Zeitraum von maximal fünf Jahren erfolgen. Diese neuen Fördermöglichkeiten sind in der Praxis schnell auf Interesse gestoßen. In der Bewilligungspraxis erfolgen Förderzusagen in der Regel dabei jeweils für ein Kalenderjahr. Viele Fördernehmende würden sich hier noch mehr Planungssicherheit wünschen. Daher werden die Fördermöglichkeiten an dieser Stelle verbessert.

Die Mittel, die zur Förderung in Form von Gründungszuschüssen für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen ohne Ko-Finanzierung verwendet werden können, und die Mittel, die ohne Ko-Finanzierung für bundesweite Tätigkeiten und Strukturen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen verwendet werden können, werden

zu einem Mittelbestand zusammengefasst, der sich nicht mehr aus verteilten oder bei der Übertragung ausgenommenen Mitteln speist, sondern in § 45d Absatz 4 neuer Fassung gleich von Beginn an zur Förderung zur Verfügung steht. Dabei werden die Fördermittel von jeweils 0,01 Euro je Versicherten zugleich auf insgesamt 0,04 Euro je Versicherten und Kalenderjahr erhöht, die je nach eingehenden Anträgen für beide Zwecke verwendet werden können. Damit werden mehr Spielräume für die Förderung erschlossen. Hierbei ist eine volle Finanzierung insbesondere von Gründungsaufwendungen nicht ausgeschlossen. Die Förderung soll zudem für die Fördernehmenden mehr Planungssicherheit bieten. Daher wird geregelt, dass durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, bei dem die Förderung jeweils beantragt wird, eine Bewilligung der Fördermittel in der Regel jeweils für einen Zeitraum von fünf Jahren, mindestens aber für einen Zeitraum von drei Jahren erfolgen soll, es sei denn, dass sich aus dem Antrag oder den Besonderheiten des Einzelfalls ein kürzerer Förderzeitraum ergibt. Aus dem Antrag oder den Besonderheiten des Einzelfalls würde sich beispielsweise dann etwas anderes ergeben, wenn die Förderung einer bundesweiten Fach- oder Vernetzungstagung von Selbsthilfegruppen, -organisationen oder -kontaktstellen beantragt wird. Selbstverständlich sollen auch solche Förderzusagen in Zukunft weiterhin möglich sein. Zudem wird nun auch eine strukturelle Förderung ermöglicht. Wie bisher gilt ferner, dass bei einer erneuten Antragstellung eine Förderung auch nach Ablauf der fünf oder drei Jahre erneut bewilligt werden kann. Die Einzelheiten zu den Voraussetzungen, Zielen, Inhalten und der Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel werden wie bisher in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt.

Auch im Übrigen finden für die Förderung der Selbsthilfe wie bisher die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren entsprechende Anwendung, soweit § 45d dem § 45c entspricht. So können – wie in § 45c Absatz 2 geregelt – Zuschüsse der kommunalen Gebietskörperschaften im Einvernehmen mit allen Fördergebern auch als Personal- oder Sachmittel eingebracht werden, sofern diese Mittel nachweislich ausschließlich und unmittelbar dazu dienen, den jeweiligen Förderzweck zu erreichen. Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt. Regelungen wie die in § 45c Absatz 6 Satz 2 bis 9 und die entsprechende Anwendung des § 45c Absatz 7 Satz 5 und 6 finden ihre Entsprechung in § 45d freilich jeweils nur insoweit wie eine Förderung durch Länder oder kommunale Gebietskörperschaften vorgesehen ist.

Im Übrigen werden die bisherigen Regelungen fortgeführt. So können im Rahmen der Förderung der Selbsthilfe in der Pflege beispielsweise auch digitale Anwendungen berücksichtigt werden, sofern diese den geltenden Anforderungen an den Datenschutz entsprechen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten. Hierbei kommt auch eine Förderung zur Herstellung oder Verbesserung der Barrierefreiheit der digitalen Anwendungen in Betracht; dies wird in den Wortlaut aufgenommen.

Durch die neuen Regelungen werden die in den Ländern bestehenden Fördermöglichkeiten dabei nicht eingeschränkt. Im Gegenteil werden auch die Fördermittel der Pflegeversicherung, die, um eine gerechte Verteilung auf die Länder zu gewährleisten, nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder aufgeteilt werden, von bisher je Kalenderjahr 0,15 Euro je Versicherten auf 0,16 Euro je Versicherten erhöht. Damit erhalten auch Länder und Kommunen einen noch stärkeren Anreiz, einen Förderanteil in die Förderung der Selbsthilfe in der Pflege einzubringen. Denn wie bislang bezuschusst die Pflegeversicherung eine kofinanzierte Förderung im Umfang von 75 Prozent der für die Förderung insgesamt geleisteten Fördermittel. Zudem wird ausdrücklich klargestellt, dass auch die Gewährung von Gründungszuschüssen für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen – neben der Fördermöglichkeit nach § 45d Absatz 4 neuer Fassung – weiterhin ebenfalls in Form einer Ko-Finanzierung durch Pflegeversicherung und Land und/oder kommunale Gebietskörperschaft nach § 45d Absatz 3 neuer Fassung möglich ist. Dies betrifft vornehmlich die Gewährung von Gründungszuschüssen an neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, deren Gründungsaufwendungen nicht nach Absatz 4 gefördert werden; eine Doppelförderung derselben Aufwendungen darf nicht erfolgen.

Insgesamt werden für die Förderung der Selbsthilfe in der Pflege damit künftig je Kalenderjahr 0,20 Euro je Versicherten seitens der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung zur Verfügung gestellt. Damit können Pflegebedürftige und ebenso An- und Zugehörige wichtige Unterstützung erfahren, die auch dazu befähigen kann, häusliche Pflegearrangements länger aufrecht zu erhalten und den Belangen sowohl von Pflegebedürftigen als auch von Pflegepersonen in der Gestaltung des Pflegealltags noch besser gerecht werden zu können. Die private Pflege-Pflichtversicherung beteiligt sich aufgrund ihrer spezifischen Sachnähe entsprechend der bisherigen Regelungen auch an der Anpassung des Fördervolumens, da die Unterstützung durch die Strukturen der Selbsthilfe den Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung im gleichen Maße wie den Versicherten der sozialen Pflegeversicherung zu Gute kommt und die private Pflege-Pflichtversicherung und ihre Versicherten von der Förderung der Selbsthilfe in der Pflege damit im Rahmen der Durchführung der privaten Pflege-Pflichtversicherung in gleichem Maße profitieren.

Zu § 45e (Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken)

Die bisher in § 45c Absatz 9 geregelte Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken wird nunmehr in einem eigenständigen neuen § 45e geregelt, wodurch die Bedeutung der Netzwerkförderung noch besser hervorgehoben wird.

Zu Absatz 1

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen fördert nach § 45e – wie bislang in § 45c Absatz 1 Satz 3 in Verbindung mit Absatz 9 geregelt – aus Mitteln des Ausgleichsfonds die strukturierte Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken. Die Förderung erfolgt durch Antragstellung bei einer Pflegekasse, einem Landesverband der Pflegekassen (sofern in einem Bundesland vorgesehen) oder einem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt. Bei einer Förderzusage erteilen die Landesverbände der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und unter Beteiligung des Kreises, der kreisfreien Stadt oder des Bezirkes in den Stadtstaaten in der Regel binnen drei Monaten nach Eingang des Antrags die Zustimmung zur Auszahlung der entsprechenden Fördermittel aus dem Ausgleichsfonds. Die Auszahlung erfolgt durch das Bundesamt für Soziale Sicherung.

Nach der bislang geltenden Regelung in § 45c Absatz 1 Satz 4 erhöhten nicht genutzte Fördermittel im Folgejahr das Fördervolumen nach § 45c Absatz 1 Satz 1 für die dort genannten Zwecke; dadurch erhöhte sich auch das in § 45c Absatz 2 Satz 2 genannte Gesamtfördervolumen hierfür entsprechend. Dies wird im Rahmen der Überführung der Förderung regionaler Netzwerke in einen eigenständigen § 45e geändert. Nunmehr ist eine Übertragung der nicht genutzten Fördermittel eines Jahres in das Folgejahr für die Förderung von regionalen Netzwerken vorgesehen. In einem Kalenderjahr nicht beanspruchte Fördermittel stehen damit im Folgejahr zusätzlich ebenfalls für die Förderung von regionalen Netzwerken zur Verfügung.

Entsprechend der bisherigen Regelung des § 45c Absatz 9 SGB XI beteiligt sich die private Pflege-Pflichtversicherung aufgrund ihrer spezifischen Sachnähe und der besonderen Finanzierungsverantwortung mit Blick auf die Möglichkeit einer aktiven Mitgestaltung in den Netzwerken in unveränderter Höhe an der Förderung der regionalen Netzwerke. Die Unterstützung durch regionale Netzwerke kommt den Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung im gleichen Maße wie den Versicherten der sozialen Pflegeversicherung zu Gute, sodass die private Pflege-Pflichtversicherung und ihre Versicherten damit von den Ergebnissen der regionalen Netzwerkförderung in gleichem Maße profitieren. Damit muss die Arbeit des Netzwerks allen Pflegebedürftigen und sonstigen Betroffenen in der Region zugänglich sein.

Um das Ziel einer flächendeckenden Etablierung von Netzwerken und der qualitativen Weiterentwicklung regionaler Netzwerke zu erreichen, wird gemäß Absatz 5 ferner eine Geschäftsstelle errichtet. Im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Geschäftsstelle soll zudem eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung erfolgen. Dafür sollen aus den bereitgestellten Mitteln in Höhe von je Kalenderjahr 20 Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds im Jahr 2026 bis zu 200 000 Euro und darauf aufbauend bis 2031 jährlich jeweils bis zu 100 000 Euro mehr als im Vorjahr, jedoch nicht mehr als 500 000 Euro pro Jahr, zur Verfügung stehen. Durch die geplante Ausweitung wird ein Anstieg der regionalen Netzwerke erwartet, was einen Ausbau der Geschäftsstelle sowie der finanziellen Ausstattung erforderlich machen wird. Eine Übertragung von nicht genutzten Fördermitteln im Rahmen der Geschäftsstelle ist nicht vorgesehen.

Zu Absatz 2

Die Förderung von regionalen Netzwerken erfolgt durch die strukturierte Zusammenarbeit von Akteuren, die an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt sind und die sich im Rahmen einer freiwilligen Vereinbarung vernetzen. Stellvertretend für das Netzwerk sind grundsätzlich alle an der Vernetzung beteiligten Akteure zur Stellung eines Antrags auf Förderung nach § 45e bei der jeweils zuständigen Stelle berechtigt. Ist eine kommunale Gebietskörperschaft an dem Netzwerk beteiligt, gilt das auch für diese.

Bereits bislang war geregelt, dass unter anderem den Kreisen und kreisfreien Städten in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet die Teilnahme an einer von der Pflegeversicherung geförderten strukturierten regionalen Zusammenarbeit zu ermöglichen ist. Dies wird nun erweitert. In den Stadtstaaten Berlin und Hamburg ist auch den Bezirken in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet die Teilnahme an einer von der Pflegeversicherung geförderten strukturierten regionalen Zusammenarbeit zu ermöglichen. Damit soll eine bedarfsorientierte und regionale Umsetzung sowie Vernetzung noch besser ermöglicht werden.

Zu Absatz 3

Der pro Netzwerk maximal zur Verfügung stehende Förderbetrag wird um 20 Prozent auf 30 000 Euro je Kalenderjahr erhöht. Mit dieser Verbesserung wird die Möglichkeit zur strukturierten Vernetzung bundesweit gestärkt. Die Fördermittel werden dem jeweiligen regionalen Netzwerk für mindestens ein Kalenderjahr, längstens drei Kalenderjahre bewilligt. Bei neu gegründeten Netzwerken soll die Förderung für drei Kalenderjahre bewilligt werden. Durch diese Verfahrensvereinfachung, mit der neu gegründete Netzwerke die Zusage einer Förderung in der Regel für drei Jahren erhalten, sollen die Netzwerke in der Aufbauphase ausreichend finanzielle Sicherheit erhalten. Zur Stärkung der Netzwerke sollen zudem weitere Verfahrensvereinfachungen im Rahmen von Aktualisierungen der Empfehlungen nach § 45c Absatz 7, auf die § 45e verweist, aufgegriffen werden, wie bspw. mehrjährige Förderzusagen auch in anderen Fällen. Die Empfehlungen hierzu sollen so zeitnah nach Inkrafttreten der Neuregelungen aktualisiert werden, dass sie im nächstmöglichen Förderzeitraum bereits zur Anwendung kommen.

Zu Absatz 4

Um eine Transparenz über die geförderten Netzwerke zu ermöglichen, erstellen die Landesverbände der Pflegekassen eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke, aktualisieren diese mindestens einmal jährlich bis zum 30. November für das Folgejahr und stellen diese der Geschäftsstelle nach Absatz 5 zur Verfügung. Die Geschäftsstelle veröffentlicht diese Übersichten der Landesverbände der Pflegekassen gebündelt. Durch eine einheitliche Internetseite mit Informationen über alle geförderten Netzwerke sollen das Wissen über die Netzwerke und der Austausch der Netzwerke untereinander verbessert werden. Die Landesverbände der Pflegekassen können die Übersicht der geförderten Netzwerke in ihrem Zuständigkeitsbereich zusätzlich auf ihrer eigenen Internetseite veröffentlichen.

Zu Absatz 5

Zur Unterstützung von Netzwerkgründungen und zur qualitativen Weiterentwicklung regionaler Netzwerke und der Organisation des überregionalen Austauschs wird eine Geschäftsstelle für die Jahre 2026 bis 2031 errichtet. Die Geschäftsstelle soll im Hinblick auf die Erreichung ihrer Ziele nach allgemeinen wissenschaftlichen Standards begleitet und evaluiert werden. Dafür steht insgesamt jährlich maximal eine halbe Million Euro zur Verfügung. Die Geschäftsstelle agiert bundesweit. An der Netzwerkgründung Interessierte erhalten Unterstützung durch die Geschäftsstelle. Dies kann auch durch die Vermittlung an weitere bestehende Netzwerke im Rahmen einer kollegialen Beratung erfolgen. Zudem sind (digitale) Austauschformate denkbar, in denen Fördermöglichkeiten und -verfahren und regionale Beispiele vorgestellt werden, die auch Impulse für die kommunale Alten- und Pflegeplanung geben können. Im Rahmen der qualitativen Weiterentwicklung regionaler Netzwerke ist die Ermittlung von Faktoren zu eruieren, die für die Gründung, Implementierung und Stabilisierung von Netzwerken förderlich oder hinderlich sind. Die Ergebnisse sollen dokumentiert und mit Vertretungen der Länder, Kommunen, Pflegekassen, privaten Pflege-Versicherungsunternehmen, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden diskutiert werden. Zur qualitativen Weiterentwicklung regionaler Netzwerke ist auch das Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu beteiligen. Der Austausch soll auf ein entbürokratisiertes und vereinfachtes Antragsverfahren und Förderungen hinwirken. Des Weiteren soll die Geschäftsstelle Informationen zentral bereitstellen.

Zu § 45f (Anspruch auf Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags)

Zu Absatz 1

Der bisher in § 45a Absatz 4 geregelte Umwandlungsanspruch wird nun in dem neuen § 45f geregelt. Wie bisher kann im Rahmen des Umwandlungsanspruchs ein Teil des Leistungsbetrags, der für den jeweiligen Pflegegrad in § 36 für den Bezug von ambulanten Pflegesachleistungen vorgesehen ist, in einen Kostenerstattungsanspruch zugunsten von Leistungen von nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag umgewandelt werden. Da es sich bei dem Anspruch nach § 36 um einen kalendermonatsbezogenen Anspruch handelt, erfolgt auch die Umwandlung wie bisher in Bezug auf die in dem jeweiligen Monat bezogenen Leistungen des Angebots zur Unterstützung im Alltag. Um die Regelung zu vereinfachen und die Möglichkeiten zum zielgerichteten Bezug niedrigschwelliger Unterstützungsleistungen im Alltag auszubauen, wird der maximale Betrag, der monatlich umgewandelt werden kann, von bisher 40 Prozent auf 50 Prozent des jeweiligen Höchstleistungsbetrags nach § 36 erhöht. Damit erhalten die Pflegebedürftigen noch mehr Flexibilität bei der Zusammenstellung der Leistungen. Im Übrigen werden die bisherigen Regelungen weitergeführt.

Zu Absatz 2

Wie bisher bedarf es zur Nutzung der Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag im Rahmen des Umwandlungsanspruchs keiner vorherigen Antragstellung. Ausreichend ist eine Beantragung der finanziellen Mittel mittels Einreichung von Belegen, aus denen sich der Bezug der Leistungen des nach Landesrecht anerkannten Angebots ergibt und der Monat, in dem diese Leistungen tatsächlich bezogen wurden, sowie, dass und in welchem Umfang eine Kostenerstattung im Rahmen des Umwandlungsanspruchs gewünscht ist. Wie bisher muss ein bereits zuvor ausgezahltes Pflegegeld, das in Anbetracht der Nutzung des Umwandlungsanspruchs unter Anwendung der Kombinationsleistung nach § 38 den Anspruch auf anteiliges Pflegegeld übersteigt, nicht zurückgezahlt werden, sondern der überzahlte Betrag wird – wie bisher – gemäß der in Absatz 1 enthaltenen Regelung verrechnet.

Aus der Praxis wurde mehrfach berichtet, dass Pflegebedürftige sowie Träger von Angeboten zur Unterstützung im Alltag bei der Nutzung des Umwandlungsanspruchs Schwierigkeiten haben zu erfahren, in welcher Höhe der Leistungsbetrag nach § 36 bereits durch ambulante Sachleistungen verbraucht ist, wenn auch eine ambulante Pflegeeinrichtung für den Pflegebedürftigen Leistungen erbringt. Daher wird geregelt, dass Pflegebedürftige gegenüber Pflegeeinrichtungen, die in Bezug auf sie Leistungen nach § 36 abrechnen, den Wunsch nach einer Information über die jeweils zur Abrechnung eingereichten Leistungen äußern können. In dem Fall haben die Pflegeeinrichtungen den Pflegebedürftigen unverzüglich nach Erstellung der Abrechnung eine Mitteilung in Textform über die Höhe der zur Abrechnung eingereichten Leistungen und den Monat, auf den sich die Abrechnung bezieht, auszuhändigen oder zu übermitteln. Das gilt, bis die Pflegebedürftigen den Wunsch nach Mitteilung der Informationen widerrufen. Die Informationen sollen dabei in transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Gestaltung und Sprache und bei Bedarf barrierefrei zur Verfügung gestellt werden. Damit werden den Pflegebedürftigen die Informationen an die Hand gegeben, die sie brauchen, um über den für sie passenden Unterstützungs-Mix entscheiden zu können und einen Überblick über die dafür zur Verfügung stehenden Beträge zu erhalten. Die Pflegebedürftigen können diese Informationen ebenfalls an die Träger der Angebote zur Unterstützung im Alltag weitergeben, die für die Pflegebedürftigen Leistungen erbringen, sodass auch diese eine bessere Planungssicherheit und einen Überblick über die im Rahmen des Umwandlungsanspruchs noch verfügbaren Leistungsbeträge erhalten. Zugleich wird geregelt, dass eine Nutzung des Umwandlungsanspruchs zugunsten von Pflegeeinrichtungen, die entsprechende Leistungen auch als Sachleistungen erbringen oder erbringen könnten, nicht erfolgen kann, sondern die Pflegeeinrichtungen weiterhin an die Vorgaben, die in Bezug auf die Sachleistungserbringung geregelt sind, gebunden sind.

Zu Absatz 3

Wie bisher wird klargestellt, dass die Inanspruchnahme des Umwandlungsanspruchs und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b vollkommen unabhängig voneinander erfolgen können. Zudem wird das Verhältnis zum neuen Anspruch auf Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags nach dem neuen § 45g geregelt: Der Umwandlungsanspruch und der Anspruch auf Umwandlung für Tagesbetreuung können beide parallel nebeneinander genutzt werden, ohne dass sie aufeinander angerechnet werden. Eine Nutzung des Umwandlungsanspruchs und des Anspruchs auf Umwandlung für Tagesbetreuung für dasselbe Angebot zur Unterstützung im Alltag – also eine Kumulation beider Ansprüche für den Bezug von Leistungen desselben Angebots zur Unterstützung im Alltag – wird jedoch ausgeschlossen. Somit ist eine gleichzeitige Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags des § 36 und des teilstationären Sachleistungsbetrags des § 41 jeweils nur in Bezug auf unterschiedliche nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag vorgesehen.

Zu § 45g (Anspruch auf Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags)

Zu Absatz 1

Als neuer § 45g wird ein neuer Anspruch auf Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags eingeführt. Gemäß dem Anspruch auf Umwandlung für Tagesbetreuung kann der Anspruch auf teilstationäre Tages- und Nachtpflege nach § 41 danach in einen Kostenerstattungsanspruch für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, die eine regelmäßige mehrstündige Betreuung in Gruppen anbieten, genutzt werden. Die Betreuung über Tag ist dabei die häufigste und typische Form der Betreuung. Durch die Bezeichnung als Tagesbetreuung sollen aber nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag, die eine Betreuung in Tagesrandzeiten oder sogar über Nacht anbieten, keinesfalls ausgeschlossen werden. Auch für solche Angebote kann eine Inanspruchnahme der Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags gemäß § 45g erfolgen. Zudem ist die Bezeichnung als

Betreuung in Gruppen nicht so zu verstehen, dass ausschließlich Gruppen Pflegebedürftiger einbezogen werden können. Es ist auch denkbar, dass sich gemischte Gruppen bilden, an denen Pflegebedürftige und Nicht-Pflegebedürftige gemeinsam teilnehmen, in denen die angemessene Betreuung der Pflegebedürftigen aber sichergestellt wird. Es ist auch denkbar, dass eine Aufnahme in einen Familienhaushalt erfolgt und mehrere Pflegebedürftige dort – im Rahmen eines nach Landesrecht anerkannten Angebots zur Unterstützung im Alltag – betreut werden (vgl. beispielsweise die Konzeption von Gasthaushalten im Modellprojekt SOwieDAheim der Alzheimer Gesellschaft Main-Kinzig e. V., https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/pflege_abgeschlossene_projekte_8/entwicklung_qualitaet.jsp). Für die Anerkennung als Angebot zur Unterstützung im Alltag gilt hier das gemäß § 45a Absatz 6 erlassene Landesrecht, das die Einzelheiten zur Anerkennung regelt.

Eine teilweise Umwandlung des Leistungsbetrags nach § 41 erfolgt hierbei für Betreuungsangebote, die eine regelmäßige mehrstündige Betreuung in Gruppen anbieten. Sie sollen damit für pflegende An- und Zugehörige im Alltag eine ähnliche zeitliche Entlastungswirkung entfalten wie dies bei einem regelmäßigen Besuch eines Tagespflege-Angebots erreicht werden kann. Zudem können sie damit für die Pflegebedürftigen in ähnlicher Weise die Möglichkeit bieten, soziale Kontakte außerhalb des Pflegehaushalts erfahren und pflegen zu können. Durch die Regelmäßigkeit sind sie dabei für die Anspruchsberechtigten und ebenso für die pflegenden An- und Zugehörigen verlässlich einplanbar. Dabei muss die Regelmäßigkeit nicht zwingend lückenlos ganzjährig bestehen, wenn sich die Betreuungsangebote auf bestimmte Zielgruppen und Betreuungsbedürfnisse ausrichten, beispielsweise auf die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Pflegebedarf in Ferienzeiten.

Eine nur vereinzelte oder eine nur stundenweise Betreuung hingegen bieten diese Wirkungen nicht in vergleichbarer Weise wie die Angebote, für die der Leistungsbetrag nach § 41 regulär eingesetzt werden kann. Für nach Landesrecht anerkannte Betreuungsangebote, die keine in vergleichbarer Weise regelmäßige und mehrstündige Betreuung außerhalb des Haushalts, in dem die oder der Pflegebedürftige sonst gepflegt wird, anbieten, kann daher ggf. der Umwandlungsanspruch nach § 45f genutzt werden, nicht aber der Anspruch auf Umwandlung für Tagesbetreuung nach § 45g, der auf in den Wirkungen eher der Tages- oder Nachtpflege vergleichbare, wenngleich nicht pflegerisch ausgestaltete niedrigschwellige Betreuungsangebote ausgerichtet ist.

Gemäß § 45g dürfen maximal 50 Prozent des in § 41 Absatz 2 Satz 2 für den jeweiligen Pflegegrad festgelegten Höchstleistungsbetrags zugunsten der niedrigschwelligen Leistungen umgewandelt werden. Wie auch beim Umwandlungsanspruch sowie bei § 41 ist der Anspruch auf Umwandlung für Tagesbetreuung auf den jeweiligen Kalendermonat bezogen, in dem die Leistungen erbracht werden. Auch im Übrigen folgen die Regelungen zum Anspruch auf Umwandlung für Tagesbetreuung weitestgehend den zum Umwandlungsanspruch bestehenden Regelungen. Allerdings gibt es keinen Verweis auf die Anwendbarkeit der Kombinationsleistung nach § 38 und dementsprechend auch keine Regelungen zur Verrechnung mit einem etwaig überzahlten Pflegegeld. Denn gemäß § 41 Absatz 3 können Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die Leistungen der teilstationäre Tages- und Nachtpflege zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung nach § 38 in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt. Ebenso erfolgt auch bei Nutzung des Anspruchs auf Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags keine Anrechnung auf ambulante Pflegesachleistungen, Pflegegeld, eine Anwendung der Kombinationsleistung oder auch die Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags im Rahmen des Umwandlungsanspruchs, sondern es ist ein anrechnungsfreier Bezug der Leistungen nebeneinander möglich. In § 45g erfolgen ferner keine Bezugnahmen auf § 37 Absatz 3 ff.

Zu Absatz 2

So wie beim Umwandlungsanspruch bedarf es zur Nutzung der Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag auch im Rahmen des Anspruchs auf Umwandlung für Tagesbetreuung keiner vorherigen Antragstellung. Ausreichend ist eine Beantragung der finanziellen Mittel mittels Einreichung von Belegen, aus denen sich der Bezug der Leistungen eines nach Landesrecht anerkannten Angebots ergibt, das eine Betreuung in Gruppen im oben beschriebenen Sinne anbietet, sowie der Monat, in dem diese Leistungen tatsächlich bezogen wurden, und, dass und in welchem Umfang eine Kostenerstattung im Rahmen der Umwandlung für Tagesbetreuung gewünscht ist.

Zur besseren Orientierung für die Pflegebedürftigen und zur Erleichterung für die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, erscheint es prüfenswert, in die Datensätze über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag, die gemäß § 7 Absatz 4 im Hinblick auf die Leistungs- und Preisvergleichslisten übermittelt werden, auch eine Kennung aufzunehmen, ob es sich um ein anerkanntes Angebot handelt, das eine entsprechende Betreuung in Gruppen im oben beschriebenen Sinne anbietet – sodass dafür die Umwandlung für Tagesbetreuung genutzt werden könnte.

Entsprechend der Regelung zum Umwandlungsanspruch können Pflegebedürftige auch gegenüber Pflegeeinrichtungen, die in Bezug auf sie Leistungen nach § 41 abrechnen, den Wunsch nach einer Information über die jeweils zur Abrechnung eingereichten Leistungen äußern. In dem Fall haben die Pflegeeinrichtungen den Pflegebedürftigen unverzüglich nach Erstellung der Abrechnung eine Mitteilung in Textform über die Höhe der zur Abrechnung eingereichten Leistungen und den Monat, auf den sich die Abrechnung bezieht, auszuhändigen oder zu übermitteln. Das gilt, bis die Pflegebedürftigen den Wunsch nach Mitteilung der Informationen widerrufen. Die Informationen sollen dabei in transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Gestaltung und Sprache und bei Bedarf barrierefrei zur Verfügung gestellt werden. Damit werden den Pflegebedürftigen auch hier die Informationen an die Hand gegeben, die sie brauchen, um über den für sie passenden Unterstützungs-Mix entscheiden zu können und einen Überblick über die dafür zur Verfügung stehenden Beträge zu erhalten. Die Pflegebedürftigen können diese Informationen ebenfalls an die Träger der Angebote zur Unterstützung im Alltag weitergeben, sodass auch diese eine bessere Planungssicherheit und einen Überblick über im Rahmen der Umwandlung für Tagesbetreuung noch verfügbaren Leistungsbeträge erhalten. Wie beim Umwandlungsanspruch wird zudem geregelt, dass eine Umwandlung für Tagesbetreuung für Pflegeeinrichtungen, die entsprechende Leistungen auch als Sachleistungen erbringen oder erbringen könnten, nicht erfolgen kann, sondern die Pflegeeinrichtungen weiterhin an die Vorgaben, die in Bezug auf die Sachleistungserbringung geregelt sind, gebunden sind. Dies gilt auch für ambulante Pflegeeinrichtungen, denn für diese gelten die Regelungen zum Poolen von Sachleistungen (siehe insbesondere auch § 89 Absatz 3 Satz 2).

Zu Absatz 3

Es wird klargestellt, dass § 45f Absatz 3 Satz 1 Anwendung findet, also das dort geregelte Verhältnis des Umwandlungsanspruchs und des Anspruchs auf Umwandlung für Tagesbetreuung gilt. Zudem wird klargestellt, dass die Inanspruchnahme des Anspruchs auf Umwandlung für Tagesbetreuung und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b vollkommen unabhängig voneinander erfolgen können.

Zu Absatz 4

Da es sich bei dem Anspruch auf Umwandlung für Tagesbetreuung um einen neuen Anspruch handelt, wird eine Evaluation durch das Bundesministerium für Gesundheit vorgesehen. Hierbei kann insbesondere betrachtet werden, welche Auswirkungen die Einführung des Anspruchs auf den Aufwuchs entsprechender Gruppenbetreuungsangebote hat und

welche Wirkungen sich in Bezug auf das Angebot teilstationärer Tages- und Nachtpflege nach § 41 ergeben. Da davon auszugehen ist, dass die Vorschrift zunächst eine Anlaufzeit brauchen wird, bevor Wirkungen in der Praxis beobachtet und ausgewertet werden können, wird bestimmt, dass die Evaluation spätestens bis zum 31. Dezember 2030 durchgeführt wird.

Zu Nummer 34 (Sechster Abschnitt des Vierten Kapitels)

Zu Abschnitt 06 (Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen und in gemeinschaftlichen Wohnformen)

Da der bisher in § 38a verankerte Anspruch auf Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen neuer § 45h wird, die bisher in § 45e geregelte Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen neuer § 45i wird, der Sechste Abschnitt als § 45j die neue Regelung zu Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c aufnimmt und die bisher in § 45f enthaltene Regelung durch Zeitablauf überholt ist und wegfällt, wird der Sechste Abschnitt des Vierten Kapitels neu gefasst und die Überschrift dabei entsprechend angepasst.

Zu § 45h (Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen)

Es handelt sich um die Regelung des bisherigen § 38a, die nun § 45h wird. Die bisher in § 28a enthaltene Bestimmung, dass § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 nicht erfüllt sein muss, damit der Anspruch auf zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a besteht, wird im Zuge der Überführung des § 38a als neuer § 45h in den Sechsten Abschnitt der Sache nach nunmehr in der Anspruchsnorm selbst geregelt.

Zu § 45i (Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen)

Es handelt sich um die Regelung des bisherigen § 45e, die nun § 45i wird.

Zu § 45j (Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c)

§ 45j regelt, welche Ansprüche in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c zur Verfügung stehen. Da es sich um eine ambulante Versorgungsform handelt, können ausschließlich Leistungen bei ambulanter Pflege gewährt werden.

Zu Absatz 1

Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung erhalten einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 450 Euro je Kalendermonat zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege. Dies gilt für Pflegebedürftige aller Pflegegrade, die in einer gemeinschaftlichen Wohnform mit einem Vertrag zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c leben.

Mit der Auszahlung eines pauschalen Zuschusses trägt der Gesetzgeber dem Umstand Rechnung, dass es sich bei den gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen gemäß § 92c zwar um eine ambulante Versorgungsform handelt, jedoch nicht um die klassische ambulante Versorgung. Hintergrund ist die über das Basispaket gewährleistete partielle Versorgungssicherheit. Den Pflegebedürftigen stehen somit nicht alle Leistungen bei ambulanter Pflege zur Verfügung, wie zum Beispiel der Wohngruppenzuschlag (§ 38a-alt,

§ 45h-neu) und der Entlastungsbetrag (§ 45b), wie sich aus Absatz 3 ergibt. Erforderlich ist jedoch eine Leistung, die dem besonderen Versorgungscharakter Rechnung trägt und die Pflegebedürftigen in die Lage versetzt, die Kosten für eine selbstbestimmte Pflege in der Wohnform zu tragen. Dies soll ohne einengende Voraussetzungen möglich sein. Der Zuschuss kann somit sowohl für pflegerische, betreuerische und hauswirtschaftliche Leistungen im Basispaket nach § 92c Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 als auch für die darüber hinausgehende pflegerische Versorgung im Sinne des § 92c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 verwendet werden. Der pauschale Zuschuss darf jedoch nicht für die in der gemeinschaftlichen Wohnform anfallenden Kosten, die nicht der Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege dienen, verwendet werden. Dies sind zum Beispiel die Kosten für Unterkunft und Verpflegung.

Zu Absatz 2

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben zudem je Kalendermonat Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung gemäß § 36. Zudem steht den Pflegebedürftigen für den nicht genutzten Teil des Sachleistungsanspruchs anteiliges Pflegegeld gemäß § 38 Satz 1 und 2 in Verbindung mit § 37 zu.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt, welche Leistungen Pflegebedürftigen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c und ehrenamtlichen Pflegepersonen, wie zum Beispiel pflegenden Angehörigen, des Weiteren zustehen. Dazu gehören

- die Pflegeberatung gemäß § 7a,

- Pflegehilfsmittel gemäß § 40 Absatz 1 und 2,

- digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen gemäß den §§ 39a, 40a und 40b,

- zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung gemäß § 44a,

- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45.

Diese Leistungen gelten für Pflegebedürftige aller Pflegegrade.

Bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 besteht darüber hinaus ein Anspruch auf Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen gemäß § 44 sowie auf Kurzzeitpflege gemäß § 42 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen besteht im Kalenderjahr bis zu der Höhe des in § 42 Absatz 2 Satz 3 genannten Betrages. Dies entspricht dem Gesamtbetrag, der häuslich versorgten Pflegebedürftigen unter Einbeziehung des Anspruchs auf Verhinderungspflege im Kalenderjahr zusteht.

Bei der Leistung gemäß § 44 ist zu berücksichtigen, dass sich die Höhe der Rentenversicherungsbeiträge gemäß § 166 Absatz 2 Sechstes Buch nach dem Pflegegrad und den bezogenen Leistungen richtet. In Fällen gemeinschaftlicher Wohnformen kommen lediglich ambulante Pflegesachleistungen und Kombinationsleistungen in Betracht.

Insbesondere ein Anspruch auf Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Verhinderungspflege besteht nicht. Dies ergibt sich aus dem besonderen Charakter der Versorgungsform. Die ambulante Pflegeeinrichtung hat ein vertraglich vereinbartes Basispaket aus pflegerischen, betreuerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1) und aus Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 92 Absatz 1 Satz 2

Nummer 3) zur Versorgung der Pflegebedürftigen vorzuhalten und die Erbringung dieser Leistungen durch ausreichend Personal sicherzustellen. Eine Abwahl einzelner Leistungen ist in diesem Paket nicht möglich. Der Pflegebedürftige hat somit in der gemeinschaftlichen Wohnform eine bestimmte Versorgungssicherheit, so dass in der Regel kein Bedarf an Leistungen der Tages- und Nachtpflege und der Verhinderungspflege besteht. Denn diese Bedarfslagen, die dann entstehen, wenn Pflegebedürftige zum Beispiel alleine zu Hause leben, dürften im Rahmen einer gemeinschaftlichen Wohnform mit einem festen Personalstamm nicht auftreten.

Aus den vorgenannten Gründen besteht auch kein Anspruch auf Kurzzeitpflege in sonstigen Krisensituationen (§ 42 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2) sowie auf Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen durch die Pflegeperson nach § 42a.

Zu Absatz 4

Gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen gemäß § 92c dienen primär und ausschließlich der pflegerischen Versorgung. Deshalb wird mit Absatz 4 klargestellt, dass die Absätze 1 bis 3 keine Anwendung finden in Einrichtungen und Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4. Dies sind:

- stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Teilhabe an Bildung oder zur sozialen Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker Menschen oder von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen (§ 71 Absatz 4 Nummer 1),

- Krankenhäuser (§ 71 Absatz 4 Nummer 2) und

- Räumlichkeiten, in denen der Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderungen und der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe für diese im Vordergrund steht und bei denen die weiteren in § 71 Absatz 4 Nummer 3 geregelten Voraussetzungen erfüllt sind (§ 71 Absatz 4 Nummer 3).

Zu Nummer 35 (§ 47b)

Während in der gesetzlichen Krankenversicherung unter den Voraussetzungen des § 197b SGB V und unter Beachtung der Rechtsprechung eine Auslagerung von Aufgaben auf private Dritte im gesetzlich geregelten Rahmen zulässig ist, fehlt es an einer entsprechenden Regelung in der gesetzlichen Pflegeversicherung. Die Pflegekassen dürfen daher, soweit nicht eine spezialgesetzliche Regelung dies im Einzelfall ausdrücklich erlaubt, keine Aufgaben zum Beispiel auf private Dienstleister auslagern. Für Pflegekassen bestehen bereits andere Möglichkeiten, die sie bei einer Auslagerung von Aufgaben nutzen können – zum Beispiel kann nach § 88 SGB X ein Leistungsträger unter den Voraussetzungen dieser Vorschrift einen anderen Leistungsträger oder seinen Verband mit der Wahrnehmung einer ihm obliegenden Aufgabe beauftragen oder nach § 94 SGB X die Möglichkeit einer gemeinsamen Aufgabenwahrnehmung durch die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft (ARGE) nutzen, die dann unter den Voraussetzungen des § 88 Absatz 1 SGB X sehr weitreichende Aufgaben wahrnehmen kann. In dem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 30. August 2023 (Az.: B 3 A 1/23 R und B 1 A 1/22 R) wurde aber klargestellt, dass es Pflegekassen gänzlich untersagt ist, Aufgaben auf Dritte ohne gesetzliche Grundlage auszugliedern.

Dieser Entscheidung wird – unbeschadet der vorgenannten bereits bestehenden Berechtigungen – mit der Einführung des neuen § 47b Rechnung getragen, der im Wesentlichen eine Angleichung der Regelung an die des SGB V vornimmt. Zusätzlich wird mit der Ergänzung, dass neben Rechten auch Interessen der Versicherten durch die Aufgabenwahrnehmung nicht beeinträchtigt werden dürfen, § 97 Absatz 1 Satz 1 SGB X Rechnung getragen.

Danach muss bei einer zugelassenen Wahrnehmung von Aufgaben durch Dritte sichergestellt sein, dass der Dritte die Gewähr für eine sachgerechte, die Rechte und Interessen des Betroffenen wahrende Erfüllung der Aufgaben bietet, und hierzu eine aufsichtsrechtliche Prüfung zu ermöglichen ist. Dementsprechend darf die Aufgabenübertragung nach § 47b auch die Rechte und Interessen der Versicherten nicht beeinträchtigen. Ein Interesse der Versicherten besteht hier insbesondere an einer zügigen, termingerechten Abwicklung der übertragenen Aufgaben.

Darüber hinaus ist generell zu betonen, dass durch die Wahrnehmung der Aufgabe durch Arbeitsgemeinschaften oder durch Dritte für Versicherte, Leistungserbringende oder andere Betroffene gegenüber einer Wahrnehmung der Aufgabe durch die Pflegekasse grundsätzlich kein bedeutsamer zusätzlicher Aufwand entstehen darf. Es dürfen somit keine zusätzlichen bürokratischen Hürden geschaffen werden oder die Stellung von Anträgen oder die Abrechnung von Leistungen durch eine Adressierung an andere oder an verschiedene Stellen verkompliziert oder verlangsamt werden oder sonstige deutliche Hemmnisse entstehen, die bei einer Wahrnehmung der Aufgabe durch die Pflegekasse nicht entstanden wären. Zudem darf durch die Wahrnehmung der Aufgabe durch Arbeitsgemeinschaften oder durch Dritte keine spürbare zeitliche Verzögerung hinsichtlich der Erledigung der Aufgabe zum Nachteil für Versicherte, Leistungserbringende oder andere Betroffene entstehen, die gegenüber einer Wahrnehmung der Aufgabe durch die Pflegekasse nennenswert ist.

Wesentliche Aufgaben zur Versorgung der Versicherten dürfen nicht in Auftrag gegeben werden. Hierbei ist die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu beachten.

Zu Nummer 36 (§ 53b)

Mit den Änderungen wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Nummer 37 (§ 69)

Im Zusammenhang mit der Einfügung der Aufgaben für die Pflegekassen in § 12 Absatz 2 und § 73a Absatz 1 wird im neuen Absatz 2 klargestellt, dass die hieraus stammenden Erkenntnisse sowie die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a von den Pflegekassen bei der Umsetzung des Sicherstellungauftrages zu berücksichtigen sind. Zudem erfolgt die Klarstellung, dass zur Gewährleistung des Sicherstellungsauftrages auch Verträge mit Einzelpflegekräften gemäß § 77 einzubeziehen sind.

Zu Nummer 38 (§ 71)

Mit den Änderungen wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 11 Absatz 1 Satz 3 angepasst.

Zu Nummer 39 (§ 72)

Zu Buchstabe a

Nach § 8a Absatz 5 dieses Buches sind die Empfehlungen der Ausschüsse nach den Absätzen 1 bis 3 zur Weiterentwicklung der Versorgung von den Vertragsparteien nach dem Siebten Kapitel beim Abschluss der Versorgungs- und Rahmenverträge und von den Vertragsparteien nach dem Achten Kapitel beim Abschluss der Vergütungsverträge zu beachten. Über die neue Regelung in § 72 Absatz 1a wird dies stärker mit den Vorgaben zur Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag verzahnt, um die Mitwirkungsmöglichkeiten der Länder und Kommunen im Hinblick auf die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zu konkretisieren. Beabsichtigt ist, damit einen kooperativen Ansatz der Beteiligten bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe auf der regionalen Ebene gemeinsam zu fördern.

Gleichzeitig soll die neue Regelung die Länder im Rahmen ihrer Infrastrukturverantwortung dazu anregen, landesrechtliche Vorgaben zu schaffen für effiziente Pflegestrukturplanungen, die zur Sicherstellung einer den spezifischen regionalen Bedarfen entsprechenden pflegerischen Versorgung beitragen. Davon unberührt bleibt die marktwirtschaftliche Orientierung des Vertragsrechts der sozialen Pflegeversicherung. Dieses zielt nach wie vor, auch unbeschadet kommunaler Mitwirkungsrechte, auf einen Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern, um in der pflegerischen Versorgung neuen und ggf. innovativen Ansätzen für entsprechende Angebote Raum zu bieten. So gilt auch nach der Neufassung, dass eine etwaige Verhinderungsplanung, die zu einer Marktabschottung führen könnte, den Kommunen durch die Vorschrift nicht ermöglicht wird.

Zu Buchstabe b

Zur Stärkung von pflegenden An- und Zugehörigen in der ambulanten Versorgung wird das Ziel verfolgt, dass insbesondere das Angebot an Tagespflege und -betreuung weiter ausgebaut wird. Mit der Nutzung solcher Angebote können pflegende An- und Zugehörige entlastet und unterstützt werden. Zudem kann vielfach eine frühzeitige Notwendigkeit zur Versorgung in vollstationären Einrichtungen vermieden werden.

Durch einen gesetzlichen Prüfauftrag für alle neu zuzulassenden und alle bereits zugelassenen vollstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, ob sie ihr Versorgungsangebot um teilstationäre Pflege, also Tagespflege oder Nachtpflege erweitern möchten, soll deren Bereitschaft gefördert werden, damit es mehr dieser Angebote in der Praxis gibt. Weiterhin soll durch die Regelung das Instrument des Gesamtversorgungsvertrages samt der durch den Abschluss möglichen wirtschaftlichen Synergieeffekte für die Träger ins Bewusstsein gerufen werden.

Dieser Prüfauftrag an die Leistungserbringer ist verbunden mit der entsprechenden Verpflichtung der Pflegekassen, im Einvernehmen mit den Sozialhilfeträgern auf Verlangen des Einrichtungsträgers entsprechende Gesamtversorgungsverträge abzuschließen.

Zu Buchstabe c

Mit der Regelung wird für Pflegeeinrichtungen, die hinsichtlich der ihren Pflege- und Betreuungskräften gezahlten Entlohnung § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1, 2 oder 3 anwenden (sog. „Tarifanlehner“), und parallel zu den Pflegeeinrichtungen, die hinsichtlich der den Pflege- und Betreuungskräften gezahlten Entlohnung § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 4 anwenden (sog. „Durchschnittsanwender“), eine Verlängerung des Zeitraums zwischen dem Vorliegen einer erhöhten „Bezugsentlohnung“ (hier aus kollektivvertraglichen Regelungen) ebenfalls von zwei auf drei Monate verlängert (siehe dazu auch die Begründung zu § 82c Absatz 5). Auf diese Weise wird weiterhin eine Gleichbehandlung von „Tarifanlehnern“ und „Durchschnittsanwendern“ beibehalten.

Zu Buchstabe d

Pflegeeinrichtungen und -dienste nach § 72 Absatz 3a sind nach § 72 Absatz 3e verpflichtet, zur Ermittlung des regional üblichen Entlohnungsniveaus jährlich zentrale Informationen aus kollektivvertraglichen Regelungen zu melden. Zur Erleichterung und zeitlichen Entzerrung des von den meldenden Pflegeeinrichtungen als zeitlich eng angesehenen Datenmeldezeitraums, wird der Meldezeitraum von einem Monat auf drei Monate ausgeweitet (Meldezeitraum vom 1. Mai bis 31. Juli für die jährliche Erhebung). Stichtag für die zu meldenden kollektivvertraglichen Regelungen ist einheitlich der 1. Juli eines Jahres. Stichtag und Beginn des Meldezeitraums sind damit nicht mehr deckungsgleich.

Meldende Pflegeeinrichtungen erhalten darüber hinaus die Möglichkeit, anstelle der bisher verpflichtenden Angabe der gezahlten Entlohnung ihrer beschäftigten Pflege- und Betreuungskräfte aus Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen die

Entlohnungsdaten ihrer beschäftigten Pflege- und Betreuungskräfte unmittelbar auf Grundlage von (pseudonymisierten) Daten aus der Lohnbuchhaltung zu melden. Die Regelung soll zur weiteren Entbürokratisierung in der Pflege beitragen, da zukünftig die erforderlichen Daten auch in elektronischer Form aus der Lohnbuchhaltung genutzt und verarbeitet werden können, die zur Meldung an die Sozialversicherungsträger nach der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung (DEÜV) bereits digital vorgehalten werden. Potenzielle Fehlerquellen sollen reduziert und zugleich die Datenqualität weiter erhöht werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt nach § 72 Absatz 3c die nach Satz 1 Nummer 2 erforderlichen Angaben sowie Verfahrens- und Prüfgrundsätze in seinen Richtlinien fest. Dabei sollten unter anderem auch mögliche Synergien zum Nachweisverfahren gemäß § 84 Absatz 7 geprüft werden.

Die Verfahrensvereinfachungen, die zeitnah nach Inkrafttreten des Gesetzes realisiert werden können, basieren auf ersten Empfehlungen der extern beauftragten Institute im Rahmen der Evaluation nach § 72 Absatz 3f. Die Empfehlungen stützen sich unter anderem auf die Ergebnisse von Workshops, die im Jahr 2024 mit Tarif- und Branchenexpertinnen und -experten durchgeführt wurden.

Als Ergebnis der durchgeführten Workshops weisen die extern beauftragten Institute in ihren Empfehlungen darauf hin, dass in den Richtlinien nach § 72 Absatz 3c auch die Möglichkeit zur freiwilligen Meldung von regelmäßig wiederkehrenden und relevanten Informationen aus den kollektivvertraglichen Regelungen durch die Arbeit- und Dienstgeberverbände in Form eines Faktenblatts an die Geschäftsstelle Tarifliche Entlohnung beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 82c Absatz 6 enthalten sein sollte. Durch die freiwillige Meldung der Arbeit- und Dienstgeberverbände würde der Meldeaufwand der Mitgliedseinrichtungen dieser Arbeit- und Dienstgeberverbände maßgeblich, nämlich um die bereits vorliegenden Informationen, reduziert, das Plausibilisierungsverfahren würde vereinfacht und potenzielle Rückfragen Dritter zu vorliegenden kollektivvertraglichen Regelungen könnten durch Rückgriff auf die gelieferten Informationen seitens der Geschäftsstelle Tarifliche Entlohnung valide beantwortet werden. Dies betrifft unter anderem Informationen zu den kollektivvertraglich geregelten pflegetypischen Zulagen und gegebenenfalls unterschiedliche Entgeltordnungen, die für das Grundgehalt maßgebend sind.

Zu Nummer 40 (§ 73a)

Zu § 73a (Sicherstellung der pflegerischen Versorgung)

Die auf die COVID-19-Pandemie konzentrierte und für deren Dauer befristete Regelung in § 150 Absatz 1 wird in generalisierter Form ins Dauerrecht übertragen. Diese beinhaltete eine Anzeigepflicht für zugelassene Pflegeeinrichtungen von wesentlichen Beeinträchtigungen der Leistungserbringung zur Umsetzung von Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung auch durch vorübergehende Abweichung von den gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben. Mit der neuen Regelung in § 73a soll in absehbaren oder bereits eingetroffenen Krisensituationen die Versorgung der Pflegebedürftigen besser gewährleistet werden können. Flankiert wird dies durch eine regelmäßige Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes an das Bundesministerium für Gesundheit zu den Entwicklungen in den pflegerischen Versorgungsstrukturen.

Zu Absatz 1

Sofern einer zugelassenen Pflegeeinrichtung eine absehbare wesentliche Beeinträchtigung der Leistungserbringung bevorsteht oder diese bereits eingetreten ist, ist der Träger umgehend dazu verpflichtet, diese gegenüber den Pflegekassen anzuzeigen. Dies gilt unabhängig von der Art und Ursache der Beeinträchtigung. Dabei kann es sich beispielsweise um Naturkatastrophen wie Hochwasser oder Extremwetterereignisse, schwerwiegende Ausbrüche von Infektionen wie beispielsweise bei der COVID-19-Pandemie, oder auch um interne Gegebenheiten beim Träger wie wirtschaftliche Schwierigkeiten handeln, die den

weiteren Betrieb der Pflegeeinrichtung in der vertraglich vereinbarten Form gefährden. Die Anzeige ist an einen als Partei des Versorgungsvertrages beteiligten Pflegekassenverband zu richten. Im Sinne des Verbraucherschutzes sind die zum und ab dem Zeitpunkt der Anzeige von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen hierüber zu informieren.

Zu Absatz 2

Die Anzeige gemäß Absatz 1 ist Anlass für die Pflegekassen, zusammen mit der Pflegeeinrichtung und den ggf. weiteren Beteiligten an der pflegerischen Versorgung vor Ort, die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung für die Pflegebedürftigen zu prüfen. Dabei sind ebenfalls die weiteren zuständigen Stellen, insbesondere die nach Landesrecht bestimmten heimrechtlichen Aufsichtsbehörden, miteinzubeziehen. Im Rahmen des mit dieser Regelung eröffneten Handlungsspielraumes können auch Abweichungen von zulassungsrechtlichen Vorgaben sowie den vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmalen einschließlich der Personalausstattung und deren gesetzlichen Bestimmungen nach diesem Buch gewährt werden. Hierzu haben die Pflegekassen im Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe einen Bescheid zu erteilen. Bei nicht nur vorübergehenden Abweichungen und Beeinträchtigungen sind auch im Sinne des Verbraucherschutzes die vorhandenen Instrumente und Mittel des Vertragsrechts anzuwenden und die bestehenden Vereinbarungen somit entsprechend anzupassen, was auch für eine gewisse Übergangszeit erfolgen kann.

Zu Absatz 3

Mit Absatz 3 wird ein Monitoring der pflegerischen Versorgungsstrukturen durch den GKV-Spitzenverband einschließlich einer fortlaufenden Berichterstattung gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit gesetzlich verankert. Der Bericht soll Angaben zum Stichtag 1. September und 1. März eines jeden Jahres zur Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge in der vollstationären, teilstationären und ambulanten pflegerischen Versorgung sowie zur Anzahl der vertraglich vereinbarten Pflegeplätze in den einzelnen stationären Versorgungsbereichen enthalten. Dabei ist eine Differenzierung nach Bundesländern vorzusehen. Neben diesen quantitativen Angaben ist in dem Bericht zusätzlich ein Bewertungsteil zur Versorgungssituation in den einzelnen Ländern, auch bezogen auf Anzeigen gemäß Absatz 1 und die ergriffenen Maßnahmen nach Absatz 2, vorzusehen. Der Bericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales jeweils sechs Wochen nach dem Erhebungsstichtag vorzulegen; er ist zudem vom GKV-Spitzenverband zu veröffentlichen. Damit wird eine weitere Grundlage zur Überprüfung auf gesetzgeberischen Handlungsbedarf geschaffen.

Zu Nummer 41 (§ 74)

Mit der Änderung wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 11 Absatz 1 Satz 3 angepasst.

Zu Nummer 42 (§ 75)

Mit der Änderung wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Nummer 43 (§ 78)

Mit der Änderung wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Nummer 44 (§ 78a)

Zu Buchstabe a

Nach geltendem Recht entsteht der Anspruch auf eine digitale Pflegeanwendung mit deren Listung im Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen. Die Vergütungsverhandlungen zwischen Herstellern und Kostenträgern finden erst nach diesem Zeitpunkt statt. Dies hat den erheblichen Nachteil, dass der endgültige Preis der digitalen Pflegeanwendung erst mit Abschluss dieser Verhandlungen feststeht. Durch die Neuregelung in § 78 Absatz 1 Satz 2 in Verbindung mit der Änderung des § 40a Absatz 2 Satz 1 werden diese Zeitpunkte parallelisiert, indem die Vertragspartner den Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Vergütungsvereinbarung festlegen und die Entstehung des Anspruchs an diesen Zeitpunkt geknüpft wird. Diese Änderung fördert zugleich das Interesse der Vereinbarungspartner an einem zügigen Vertragsschluss.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung zu der Änderung des § 40a Absatz 1a Satz 1, die verdeutlicht, dass bei einer digitalen Pflegeanwendung, die allein auf die Unterstützung häuslich Pflegender ausgerichtet ist, der Nachweis des Herstellers über den pflegerischen Nutzen entbehrlich ist und stattdessen ein Nachweis darüber verlangt wird, dass die digitale Pflegeanwendung geeignet ist, die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen zu stabilisieren oder pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende zu entlasten. Der Gesetzgeber unterstellt mithin, dass sich in diesen Fällen positive und förderliche Wirkungen bei der pflegebedürftigen Person einstellen.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung zu der Einfügung des neuen Absatzes 6a.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung zu § 39a aufgrund des Wegfalls der Erforderlichkeitsprüfung durch das BfArM.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Anpassung des § 40a Absatz 1a Satz 1. Sie erstreckt die Ermächtigungsgrundlage für die Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung auf diese Anpassung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung zu der Anpassung in Absatz 6.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die neue Nummer 7 erweitert die Ermächtigungsgrundlage für die Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung im Hinblick auf die Einführung der Erprobungsregelung nach dem neuen Absatz 6a. In der Verordnung können nähere Vorgaben gemacht werden über die nach Absatz 6a Satz 2 zu begründenden Erfordernisse des pflegerischen Nutzens und für digitale Pflegeanwendungen, die allein auf die Unterstützung pflegender Angehöriger oder

sonstiger ehrenamtlich Pflegender ausgerichtet sind, der Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation des Pflegebedürftigen oder der Entlastung pflegender Angehöriger oder sonstiger ehrenamtlich Pflegender sowie dem beizufügenden Evaluationskonzept.

Zu Buchstabe e

Der neue Absatz 6a bildet ein wesentliches Element für die Vereinfachung der Zulassungsverfahren für digitale Pflegeanwendungen. Er ist der entsprechenden Erprobungsvorschrift für digitale Gesundheitsanwendungen in § 139e Absatz 4 des Fünften Buches nachgebildet und soll den Herstellern die Möglichkeit bieten, digitale Pflegeanwendungen zur Erprobung beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte anzumelden und im Rahmen der Erprobung die erforderlichen Nachweise zu erbringen, statt allein durch vorab vorzulegende Nachweise.

Der Hersteller hat dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte spätestens nach Ablauf des Erprobungszeitraums die Nachweise für eine oder mehrere der in Satz 1 genannten Wirkungen der erprobten digitalen Pflegeanwendung vorzulegen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet über die endgültige Aufnahme der erprobten digitalen Pflegeanwendung innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Nachweise durch Bescheid. In der Zeit zwischen dem Ablauf des Erprobungszeitraums und der Bescheidung über die endgültige Aufnahme bleibt die digitale Pflegeanwendung in dem Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen weiterhin gelistet. Eine Streichung der digitalen Pflegeaufwendung aus dem Verzeichnis erfolgt erst dann, wenn das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eine endgültige Aufnahme in das Verzeichnis abgelehnt hat.

Die Preisfindung erfolgt auch für den Zeitraum der Erprobung durch Verhandlungen mit den Kostenträgern.

Die Regelungen des § 78a gelten im Übrigen entsprechend, soweit in diesem Absatz nichts anderes geregelt ist.

Zu Nummer 45 (§ 82c)

Durch die Änderungen der Fristen in § 72 Absatz 3b und 3e werden folglich auch die Fristen in § 82c Absatz 5 angepasst. Durch eine Vorverlegung des Veröffentlichungszeitpunktes auf den 30. September eines Jahres, erhalten bei Änderungen des regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 oder der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 betroffene Pflegeeinrichtungen (sog. Durchschnittsanwender) drei statt bislang zwei Monate Zeit für deren Umsetzung. Damit wird den Pflegeeinrichtungen wie auch den Kostenträgern für den etwaigen Abschluss angepasster Vergütungsvereinbarungen eine angemessenere Zeitspanne eingeräumt.

Zu Nummer 46 (§ 84)

Mit der Ergänzung in Satz 7 wird klargestellt, dass die Gleichartigkeit der Pflegeeinrichtungen beim sogenannten externen Vergleich ebenfalls die angewandte Entlohnungsstruktur der Mitarbeitenden, insbesondere zur Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen nach § 72 Absatz 3a und 3b, mitumfasst. Damit soll die Position derjenigen Pflegeeinrichtungen gestärkt werden, die aufgrund ihrer Personalaufwendungen höhere Gestehungskosten und damit insgesamt auch höhere Pflegesätze aufweisen. Es wird zudem die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aufgegriffen. In seinem Urteil vom 19. April 2023, Aktenzeichen B 3 P 6/22 R hat es klargestellt, dass das Unternehmerrisiko für den konkreten Fall in Anbetracht der jeweiligen Gegebenheiten zu bestimmen und einrichtungsbezogen leistungsrecht zu bemessen ist. Weiterhin hat es darin ausgeführt, dass beim Vergleich der Pflegesätze mit anderen Pflegeeinrichtungen im Hinblick auf die Leistungen der Einrichtung und

die Gründe für ihren höheren Kostenaufwand zu prüfen ist, ob diese (dennoch) als insgesamt angemessen anzusehen sind. Mit der Anfügung eines Halbsatzes an Satz 7 soll darüber hinaus die Transparenz beim Vergleich der gleichartigen Pflegeeinrichtungen erhöht werden, indem klargestellt wird, dass die entsprechenden Daten von den Kostenträgern gegenüber den Beteiligten nachvollziehbar darzulegen sind.

Zu Nummer 47 (§ 85)

Mit der Änderung wird den Vereinbarungsparteien ausdrücklich die Option eingeräumt, bereits frühzeitig gemeinsam die Schiedsstelle nach § 76 anzurufen, sofern diese übereinstimmend das Scheitern der Verhandlungen festgestellt haben. Damit soll die Konfliktlösung schneller greifen können und den Beteiligten frühzeitiger ermöglicht werden, diesen Weg einzuschlagen.

Zu Nummer 48 (§ 86a)

Zu § 86a (Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen)

Die Pflegeselbstverwaltung sieht sich zuletzt mit der Einführung der Regelungen zur tariflichen Entlohnung im Pflegeversicherungsrecht und der jährlichen Anpassung des sog. regional üblichen Entlohnungsniveaus mit der Herausforderung konfrontiert, aufgrund von kürzeren Laufzeiten häufiger die Vergütungsvereinbarungen anzupassen. Zudem bedingen die verschärften wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer immer mehr die Notwendigkeit nach einer effizienteren Verhandlungs- und Vereinbarungspraxis gemeinsam mit den Leistungs- bzw. Kostenträgern in der Pflegeversicherung.

Mit § 86a sind allgemein für den stationären und den ambulanten Pflegebereich Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen vorgesehen. Diese fügen sich in die etablierte und bewährte Systematik des Vergütungsrechts nach dem Achten Kapitel ein und greifen Vorschläge aus der Praxis auf. Damit werden den beteiligten Vereinbarungspartnern, den Pflegekassen und Sozialhilfeträgern zusammen mit den Einrichtungsträgern handlungsleitende und zielgerichtete Optionen an die Hand gegeben, um das Vereinbarungsverfahren insgesamt zu erleichtern und den Pflegeeinrichtungen eine zeitnahe Finanzierung ihrer Aufwendungen zu ermöglichen.

Zu Absatz 1

Mit den Verfahrensmaximen in Absatz 1 sollen vorkommende Fehlinterpretationen gesetzlich richtiggestellt und zudem bereits etablierte gute Vorgehensweisen in der Praxis als neue Handlungsleitlinien definiert werden. Es wird daher für den Beginn des Verhandlungsverfahrens klargestellt, dass Träger von Pflegeeinrichtungen frühzeitig vor dem angestrebten Laufzeitbeginn der Pflegesatzvereinbarung angehalten sind, entsprechende Pflegesatzanträge bei den zuständigen Kostenträgern einzureichen. Der Zeitpunkt sollte möglichst so gewählt werden, um ausreichend Zeit für die Durchführung der Verfahren zu ermöglichen und auch nicht zu weit vom Umsetzungsdatum entfernt sein, um eine verlässliche Kalkulationsgrundlage bieten zu können.

Nach Eingang des Pflegesatzantrages haben die Kostenträger gemeinsam nach den Verfahrensregelungen des § 81 eine Ansprechperson zu bestimmen und diese umgehend gegenüber dem Träger der Pflegeeinrichtung zu benennen. Dadurch sollen die Kostenträger untereinander zur Beschleunigung des Verfahrens auf eine klare Aufgabenverteilung hinwirken. Zugleich sind sie angehalten, etwaige Nachweisforderungen gemäß § 85 Absatz 3 zur Darlegung der prospektiven Aufwendungen zeitnah nach Antragseingang zu stellen. Der Träger der Pflegeeinrichtung hat diese ebenfalls zeitnah zu erfüllen.

Da aus der Praxis vielfach berichtet wird, dass das formale Unterschriftenverfahren der Pflegesatzvereinbarung zu Verzögerungen des Laufzeitbeginns und der Abrechnung der Vergütungen gegenüber den Pflegebedürftigen und ihren Kostenträgern führen kann, wird klargestellt, dass die bevollmächtigte Person der Kostenträger ebenfalls befugt werden kann, die schriftliche Vertragserklärung mit Wirkung für und gegen die beteiligten Kostenträger unverzüglich nach der Einigung abzugeben.

Zu Absatz 2

Die maßgeblichen Annahmen und Werte, die dem Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung nach § 85 zugrunde gelegt wurden, sollen von den Vereinbarungsparteien hinterlegt oder in der Vereinbarung ausgewiesen werden. Dazu eignet sich beispielsweise auch ein Protokoll. Inhaltlich betrifft dies insbesondere die prospektiv erwarteten Personal- und Sachaufwendungen sowie alle weiteren relevanten Positionen, wie die prospektive Bewohnerstruktur und entsprechende Personalstellen, die bei Abschluss einer Folgevereinbarung anzupassen sind. Damit sollen anschließende vereinfachte Verfahren ermöglicht werden können, bei denen die zentralen Rechengrößen verändert werden. Dies bietet den Vereinbarungsparteien eine geeignete Grundlage, bereits vor ersten Ergebnissen der Bundesempfehlungen nach Absatz 3 auch vereinfachte Anpassungsverfahren umzusetzen.

Um neben den Individualverhandlungen auf der Basis von Grundkalkulationen auch pauschalisierte Einzel- und Gruppenverfahren vorzusehen, können die Pflegesatzkommissionen gemäß § 86 oder vergleichbare Gremien im Land, wie beispielsweise Vertragskommissionen, sowie die Vertragsparteien nach § 85 Absatz 2 entsprechende Empfehlungen für pauschale Anpassungsverfahren für die Pflegevergütung beschließen.

Zu Absatz 3

Der Pflegeselbstverwaltung wird ein klarer gesetzlicher Auftrag zur Vereinbarung handlungsleitender Empfehlungen, auch für die Landesrahmenverträge, als Richtschnur für künftige Pflegesatzvereinbarungen erteilt, mit dem Ziel, die Verfahren zur Vereinbarung der Pflegesätze und Pflegevergütungen zu optimieren und die Verfahren und deren Inhalte für alle Beteiligten transparenter zu gestalten.

Die Empfehlungen sollen ausgehend von den Erfahrungen der Verhandlungsparteien und erprobten Praxisbeispielen und Verfahrensweisen insbesondere Aussagen zu folgenden Aspekten beinhalten:

1. Vorgaben zur Darlegung und Nachweisführung der voraussichtlichen Personal- und Sachaufwendungen. Mitumfasst sind hierbei auch entsprechende Formulare oder digitale Formate zur Aufbereitung der Daten, sowie die Anwendung von Kostenblättern.

2. Geeignete Formen der Hinterlegung oder zum Ausweis der der Pflegesatz- bzw. Vergütungsvereinbarung zugrunde gelegten Personal- und Sachaufwendungen und Ausgangswerte. Diese dienen dem Zweck, dass eine Anpassung bei Anschlussvereinbarungen erleichtert wird. Damit soll zudem ermöglicht werden, nicht nur die Aufwendungen und Ausgangswerte fortzuschreiben, sondern auch strukturelle Veränderungen abzubilden (z.B. bei der Bewohnerstruktur/ Auslastungsquote oder dem Personalaufwuchs (§ 113c Absatz 1)).

3. Die Methodik für relativ schnell einigungsfähige, vereinfachte Verfahren mit pauschalen Anpassungsinhalten, bezogen auf individuelle Vereinbarungen und Gruppenverfahren. Diese umfasst auch entsprechende geeignete Parameter und Orientierungswerte.

4. Hilfestellungen bei den Vereinbarungsverfahren für den Umgang mit aktuellen Herausforderungen insbesondere im Zusammenhang mit der Transformation in der Pflege. Dieser Prozess des Wandels und der damit verbundenen Anpassung betrifft beispielsweise die

zunehmende Digitalisierung in der Pflege oder auch die Berücksichtigung des Aspekts der Nachhaltigkeit im Rahmen einer wirtschaftlichen Betriebsführung.

In den Empfehlungen ist zu berücksichtigen, dass vereinbarte Pauschalen in Einzel- und Gruppenverfahren für jede Pflegeeinrichtung in einem angemessenen Verhältnis zur tatsächlichen Höhe von Personal- und Sachaufwendungen sowie von weiteren relevanten Positionen stehen müssen. Die Vertragsparteien nach § 75 Absatz 1 in den Ländern können ihre Rahmenverträge auf Grundlage der Empfehlungen überprüfen und bei Bedarf auch von den Nummern 1 bis 4 abweichende Festlegungen in ihrem Land treffen, wenn es beispielsweise für die Besonderheiten im Land angezeigt erscheint. Im Übrigen sind die Bundesempfehlungen für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich, damit die entsprechenden Kriterien in den Pflegesatz- und Pflegevergütungsverhandlungen schnellstmöglich Anwendung finden.

Zu Absatz 4

Kommen die Empfehlungen nach Absatz 3 innerhalb der neunmonatigen Frist ganz oder teilweise nicht zu Stande, bestellen die in § 75 Absatz 6 genannten Parteien gemeinsam spätestens zum Fristablauf eine unabhängige Schiedsperson. Konnte keine Verständigung auf eine Schiedsperson bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen nach Feststellung der Nichteinigung erreicht werden, erfolgt deren Bestellung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Die Schiedsperson setzt den betreffenden Empfehlungsinhalt einschließlich der Kostentragung innerhalb von drei Monaten nach Bestellung fest.

Zu Absatz 5

Um ein möglichst effizientes Instrument auf Bundesebene für die Vergütungsverhandlungsverfahren zu etablieren, ist vorgesehen, dass die Empfehlungen nach Absatz 3 auch bereits teilweise abgegeben und angewendet werden können, ohne dass das Gesamtpaket zwischen den Beteiligten geeint sein muss. Angesichts immer kurzfristiger eintretender Veränderungen der Rahmenbedingungen sollen die Empfehlungen eine andauernde und damit auch dynamische Komponente enthalten, um insbesondere umfangreicheren Herausforderungen auch im Pflegesystem begegnen zu können. Sie sind deshalb anlassbezogen und in regelmäßigen Abständen von den Beteiligten auf Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf zu überprüfen.

Zu Nummer 49 (§ 89 Absatz 3 Satz 4)

Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund der Einfügung des § 86a, der auch für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen entsprechende Anwendung findet.

Zu Nummer 50 (Bezeichnung des Fünften Abschnitts des Achten Kapitels)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufnahme des neuen § 92c.

Zu Nummer 51 (§ 92c)

Im Fünften Abschnitt des Achten Kapitels wird mit der Regelung des § 92c eine Option für zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen ergänzt, Verträge für die Leistungserbringung in gemeinschaftlichen Wohnformen zu schließen. Dies gilt auch für ambulante Pflegedienste, die neben weiteren selbständig wirtschaftenden ambulanten oder stationären Einrichtungen über einen Gesamtversorgungsvertrag gemäß § 72 Absatz 2 Satz 1 eines gemeinsamen Trägers zugelassen sind. Auf reine vollstationäre Settings findet weiterhin unverändert das Leistungs- und Vertragsrecht für vollstationäre Pflege Anwendung.

Zu § 92c (Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen)

Zu Absatz 1

Zu Satz 1

Absatz 1 regelt Inhalt und Umfang sowie die Voraussetzungen zum Abschluss solcher Verträge. Die Vertragsparteien sind die zugelassene ambulante Pflegeeinrichtung im Sinne des § 71 Absatz 1 und über den Verweis auf § 89 Absatz 2 Satz 1 als Leistungsträger die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger, die zuständigen Träger der Sozialhilfe sowie die Arbeitsgemeinschaften dieser Träger. Auch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sind Vertragsparteien und schließen die Verträge nach § 92c gemeinsam und einheitlich, damit für die Versicherten die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V erbracht werden. Gemeinschaftliche Wohnformen sind mithin als Haushalt der Versicherten, jedenfalls als sonstiger geeigneter Ort, Leistungsort der häuslichen Krankenpflege.

Ein Vertrag nach § 92c tritt ergänzend neben die bereits bestehende Vergütungsvereinbarung nach § 89 des zugelassenen Pflegedienstes für die pflegerische Versorgung in der gemeinschaftlichen Wohnform.

Zu Satz 2

Die Verträge zur Versorgung von Pflegebedürftigen in gemeinschaftlichen Wohnformen umfassen die in Satz 2 Nummer 1 bis 6 aufgeführten Inhalte; § 89 nach diesem Buch ist entsprechend anzuwenden.

Zu Nummer 1

Nummer 1 legt fest, dass ein Basispaket aus pflegerischen, betreuerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen gemäß § 36 SGB XI zur Versorgung der Pflegbedürftigen eigens von der ambulanten Pflegeeinrichtung zur gemeinsamen und individuellen Leistungsinanspruchnahme der Pflegebedürftigen organisiert und die Erbringung dieser Leistungen sichergestellt werden muss. Dieses Basispaket ist für alle Pflegebedürftigen einheitlich zu schnüren. Es legt die Inhalte und den Umfang derjenigen Leistungen fest, die die ambulante Pflegeeinrichtung für die Pflegebedürftigen selbst bzw. durch Dritte erbringen (lassen) muss und die die Pflegebedürftigen in Anspruch zu nehmen haben und entsprechend in Rechnung gestellt bekommen. Eine Abwahl einzelner Leistungen ist in diesem Paket nicht möglich, damit der Pflegebedürftige eine diesbezügliche Versorgungssicherheit hat. Der ambulanten Pflegeeinrichtung wird eine Planungssicherheit bezüglich der Vorhaltung und Erbringung dieser Leistungen ermöglicht.

Das Basispaket kann von den Versorgten gemeinsam in Anspruch zu nehmende Leistungen, wie beispielsweise die allgemeine hauswirtschaftliche Versorgung, und auch individuelle, personenbezogene Leistungen, wie beispielsweise die Hilfe bei der Körperpflege, beinhalten. Es umfasst neben Sachleistungen gemäß § 36 SGB XI auch solche, die zur Organisation und Gestaltung des Zusammenlebens der Pflegebedürftigen in der gemeinschaftlichen Wohnform erbracht werden. Dabei handelt es sich beispielsweise um eine Strukturierung und Gestaltung des Tagesablaufs, die Koordinierung der Aufgabenverteilung und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen an der Pflege beteiligten Akteurinnen und Akteuren einschließlich der Einbindung der Angehörigen sowie der Kontakt zu weiteren an der Versorgung beteiligten Gruppen wie ärztlichem und therapeutischem Personal. Daneben sind Aufgaben wie Beratung und Anleitung sowie die Pflegeplanung und -dokumentation mitumfasst.

Diese organisatorischen Leistungen sind von der ambulanten Pflegeeinrichtung als Vertragspartner selbst zu erbringen und können nicht durch Kooperationen oder in Zusammenarbeit mit Dritten erbracht werden, während dies bei den im Basispaket enthaltenen Einzelleistungen gemäß § 36 SGB XI im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben möglich ist.

Zu Nummer 2

Nummer 2 regelt, dass über das Basispaket hinausgehende, weitere Leistungen zur pflegerischen, betreuerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung gemäß § 36 SGB XI für die Versorgung der Pflegebedürftigen gewährleistet werden müssen. Diese können die Pflegebedürftigen nach Wunsch und Bedarf individuell zusätzlich zum Basispaket bei dem Pflegedienst in Anspruch nehmen. Diese Leistungen kann die ambulante Pflegeeinrichtung selbst oder durch eine Zusammenarbeit mit anderen zugelassenen Einrichtungen erbringen. Alternativ können diese Leistungen auch von Angehörigen, sonstigen Pflegepersonen und ehrenamtlich Tätigen oder sonstigen Dritten erbracht werden. Sofern eine Leistungserbringung im Rahmen einer Kooperation durch einen nach dem SGB XI zugelassenen Pflege- oder Betreuungsdienst erfolgt, wird auch hinsichtlich dieser Leistungen an die vertragschließende ambulante Pflegeeinrichtung nach Absatz 1 Satz 1 als verantwortlicher Leistungserbringer angeknüpft.

Das Basispaket nach Nummer 1 in den Verträgen zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen hat den Charakter einer partiellen Versorgungsgarantie, vergleichbar der vollstationären Pflege, während die nach Nummer 2 darüber hinausgehenden ambulanten pflegerischen, betreuerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen der ambulanten Versorgung entsprechen. Dies wird auch durch die Möglichkeit der verstärkten Einbindung von Angehörigen, sonstigen Pflegepersonen und Ehrenamtlichen unterstrichen. Die Nummern 1 und 2 greifen somit den Wunsch vieler Pflegebedürftiger nach der Kombination einer klar abgesteckten Versorgungssicherheit auf der einen Seite und mehr Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen und Einbringung der Angehörigen auf der anderen Seite auf.

Zu Nummer 3

Nummer 3 regelt die Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches als Teil des Basispakets. Die im Basispaket vertraglich vereinbarten Leistungen bedürfen keiner ärztlichen Verordnung und sind von den Krankenkassen als Leistung nach § 37 des Fünften Buches zu vergüten.

Weiterhin ist für darüberhinausgehende Bedarfe eine Leistungserbringung entsprechend Nummer 2 zu gewährleisten. Auf diese über das Basispaket hinausgehenden Leistungen der häuslichen Krankenpflege, deren Erbringung und Abrechnung, finden die Vorgaben des § 132a des Fünften Buches weitergehend Anwendung, insbesondere sind die Rahmenempfehlungen zu beachten. Auch bleibt es beim regulären Erfordernis einer ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkasse.

Damit erfolgt die Leistungserbringung und Abrechnung der häuslichen Krankenpflege nach Nummer 3 insgesamt wie auch in anderen ambulanten Versorgungssettings ohne Mehrbelastung für die Pflegebedürftigen.

Zu Nummer 4

Nach Nummer 4 sind zentral die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der ambulanten Pflegeeinrichtung zur Erbringung der Leistungen nach Satz 2 Nummer 1 bis 3 umfasst. Es ist darzustellen, welche Leistungen des Basispaketes nach Nummer 1 und nach Nummer 3 zur gemeinsamen und welche zur individuellen Inanspruchnahme durch die Pflegebedürftigen vorgesehen werden. Die Leistungs- und Qualitätsmerkmale ermöglichen auch, je nach Versorgungskonzept, vergleichbar wie in stationärer Pflege die Hinterlegung

der vereinbarten Leistungen mit Personalanhaltswerten für das in der Wohngemeinschaft einzusetzende Personal. Der ambulanten Pflegeeinrichtung ist hier mit ihren Vereinbarungspartnern Flexibilität in der Ausgestaltung gegeben.

Zu Nummer 5

Gemäß Nummer 5 müssen die Verträge auch Maßnahmen zur Qualitätssicherung einschließlich eines Qualitätsmanagements sowie der Verpflichtung zur Mitwirkung an Maßnahmen nach §§ 114 und 114a beinhalten. Zur Sicherung der Qualität der Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen werden die Instrumente und Verfahren im Elften Kapitel entsprechend ergänzt, insbesondere §§ 113 (Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität), 114 (Qualitätsprüfungen) und 114a (Durchführung der Qualitätsprüfungen).

Zu Nummer 6

Die Verträge umfassen nach Nummer 6 auch die Vergütung und Abrechnung der Leistungen. Die Vergütung ist jeweils für die im konkreten Basispaket gebündelten Leistungen sowie darüberhinausgehende Leistungen zu vereinbaren. Daneben ist eine Anknüpfung an bereits bestehende Entgelt- und Vergütungsvereinbarungen herzustellen, insbesondere hinsichtlich der Leistungen nach Satz 2 Nummer 2, die von der ambulanten Pflegeeinrichtung gewährleistet und von den Pflegebedürftigen wahlweise in Anspruch genommen werden können. Gleiches gilt auch hinsichtlich der Leistungen häusliche Krankenpflege nach Satz 2 Nummer 3, bei der bestehende Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen gemäß § 132a Absatz 4 des Fünften Buches einzubeziehen sind.

Über die entsprechende Anwendung des § 87a Absatz 1 SGB XI auf die Vergütung für Leistungen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 und Nummer 3 soll den Besonderheiten zur Finanzierung der beiden Basispakete für die Fälle der kurzzeitigen Abwesenheit von Pflegebedürftigen Rechnung getragen werden. Hintergrund ist, dass anders als im Setting einer sonstigen rein ambulanten Pflege einzelner Pflegebedürftiger in ihrer Häuslichkeit, die im Basispaket umfassten Leistungen in der gemeinschaftlichen Wohnform vor Ort auch bei Abwesenheit einzelner dort regulär versorgter Pflegebedürftiger weiterhin für die Gemeinschaft zu erbringen sind.

Zu Absatz 2

Zudem sind die Voraussetzungen nach Absatz 2 einzuhalten:

Zu Nummer 1

Nummer 1 definiert, ab welcher Anzahl an Pflegebedürftigen in der konkreten gemeinschaftlichen Wohnform Verträge zur pflegerischen Versorgung möglich sind. Voraussetzung ist, dass hierbei mindestens drei pflegebedürftige Personen gemeinschaftlich versorgt werden. Grundsätzlich erlaubt ein überschaubarer Kreis an Pflegebedürftigen es, besser und individualisierter auf deren Wünsche und Bedürfnisse einzugehen. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung für den Abschluss von Verträgen zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen. Auch das Raumkonzept bzw. die räumliche Gestaltung muss das Gemeinschaftsleben fördern und gleichzeitig darauf ausgerichtet sein, die Selbstbestimmung und Selbständigkeit der Pflegebedürftigen durch individuelle Gestaltungsmöglichkeiten zu wahren und zu fördern.

Zu Nummer 2

Mit Nummer 2 wird vorgegeben, dass als weitere Vertragsvoraussetzung eine qualitätsgesicherte pflegerische Versorgung für die Pflegebedürftigen in der gemeinschaftlichen Wohnform auf Grundlage eines Versorgungskonzeptes sichergestellt werden muss. Dieses

muss darauf ausgerichtet sein, die Selbstbestimmung und Selbständigkeit der Pflegebedürftigen, auch unter Einbeziehung ihnen nahestehender Personen, durch individuelle Gestaltungsmöglichkeiten zu wahren und zu fördern. Das Versorgungskonzept hat auch Ausführungen dazu zu enthalten, wie durch einen aufgaben- und kompetenzorientierten Personaleinsatz sowie durch verringerte Wegezeiten eine Optimierung des Personaleinsatzes erreicht werden kann.

Zu Satz 2

Im Hinblick auf die Qualitätssicherung der Leistungserbringung in der gemeinschaftlichen Wohnform wird an den gemäß Vertrag nach Absatz 1 verantwortlichen Leistungserbringer angeknüpft. Mit Vertragsabschluss obliegt der ambulanten Pflegeeinrichtung nach Absatz 1 die Verantwortung für die Qualität der Leistungen in der gemeinschaftlichen Wohnform; dies gilt sowohl bezogen auf die Leistungen des Basispakets nach Satz 2 Nummer 1 als auch hinsichtlich der Leistungen nach Satz 2 Nummer 2 sowie der Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach Satz 2 Nummer 3, sofern diese von ihr selbst oder im Rahmen einer Kooperation erbracht wurde. Kooperationspartner des Pflegedienstes können nach der Intention des Gesetzgebers nur Dienste nach § 71 Absatz 1 oder 1a sein, weil diese aufgrund ihrer Zulassung eine gewisse Gewähr dafür bieten, qualitätsgerechte Versorgungsleistungen zu erbringen. Das Nähere wird in § 113 (Maßstäbe und Grundsätze zur Weiterentwicklung der Pflegequalität), § 114 (Qualitätsprüfungen) und § 114a (Durchführung der Qualitätsprüfungen) und den durch diese bestimmten untergesetzlichen Anforderungen geregelt, die durch die Pflege-Selbstverwaltung zu entwickeln und zu beschließen sind. Ein Vertragsschluss nach Absatz 1 ist für zugelassene Betreuungsdienste im Sinne des § 71 Absatz 1a nicht möglich, da sie nicht aus eigener Verantwortlichkeit insbesondere die Organisation der pflegerischen Leistungen der Basispakete sowie die Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V abdecken können. Auch ist ein Vertragsschluss beispielsweise für stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Absatz 2 ausgeschlossen.

Zu Absatz 3

Die Schiedsstelle nach § 76 wird künftig auch hinsichtlich der neuen Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen gemäß § 92c entscheiden. Da diese Verträge mit der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 des Fünften Buches auch einen SGB V-Bestandteil haben, bedarf es für diese besondere Vertragsform einer Ergänzung der Schiedsstelle um die Vertragspartner der häuslichen Krankenpflege gemäß § 132a Absatz 4 des Fünften Buches. Der Schiedsstelle gehören daher für Schiedsverfahren gemäß § 92c Absatz 3 auch Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen an, die auf die Zahl der Vertreter der Pflegekassen angerechnet werden. Angesichts der Besonderheit der engen Verknüpfung der Leistungen der Basispakete ist es zielführend, dass hier ein gemeinsames Gremium aus den SGB XI- und SGB V-Bereichen zur Konfliktlösung beiträgt.

Zu Absatz 4

Bereits vor dem Inkrafttreten dieser Regelung geschlossene Verträge zur Umsetzung einer pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen auf Basis der Weiterentwicklungsmodelle neuer Wohnformen im Elften Buch können auf Verlangen des Einrichtungsträgers bis zum Vorliegen der Empfehlungen nach Absatz 5 sowie der Ergebnisse der Modellerprobung gemäß § 125d Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen verlängert werden und sind nach Vorliegen innerhalb von zwölf Monaten an deren Inhalte anzupassen. Insofern wird den betreffenden Pflegeeinrichtungen eine ausreichende Übergangszeit eingeräumt, die Fortführung unter den neuen gesetzlichen Vorgaben zu prüfen und vertraglich umzusetzen.

Zu Absatz 5

Die Vertragsinhalte zu den in Absatz 1 und 2 aufgestellten Voraussetzungen und Definitionen sollen spätestens bis zum ***[zwölf Monate nach Inkrafttreten]*** durch Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene in Zusammenarbeit mit den weiteren in Satz 1 und 3 genannten Beteiligten näher ausgestaltet werden. Sie haben die Funktion, den Beteiligten beim Vertragsschluss vor Ort Leitlinie und Orientierung zu bieten. Gleichwohl haben sie keine abschließend verbindliche Wirkung, so dass Abweichungen von einzelnen Aspekten bei den Vereinbarungen nach Absatz 1 in begründeten Fällen möglich sind.

Den Beteiligten bereits vorliegende Erfahrungen und bewährte Ergebnisse auf Basis der durchgeführten Modelle zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach diesem Buch sind bei den Empfehlungen zu beachten. Zudem sind auch Kriterien zur Festlegung der Anzahl der zu versorgenden Pflegebedürftigen in der einzelnen gemeinschaftlichen Wohnform in die Empfehlungen aufzunehmen, weil davon auszugehen ist, dass eine selbstbestimmte Versorgung ab einer gewissen Anzahl nicht gewährleistet werden kann. Die Empfehlungen haben sich auch dazu zu verhalten, ob und zu welchen Zeiten Personal, gegebenenfalls mit welcher Qualifikation, in der gemeinschaftlichen Wohnform eingesetzt werden muss. Dabei ist insbesondere der Aspekt der Gewährleistung einer klar abgesteckten Versorgungssicherheit zu berücksichtigen. Daneben sind die Vorgaben des Elften Kapitels, in welchem die Vorschriften zur Sicherung und Entwicklung der Qualität in der Pflege enthalten sind, zu beachten. Die maßgeblichen Vorschriften zur Qualität im Elften Kapitel wurden im Hinblick auf das neue Versorgungssetting „gemeinschaftliche Wohnformen“ angepasst, auf diese Weise wird sichergestellt, dass die von den Pflegekassen und Leistungserbringern geforderte Qualität und Transparenz der pflegerischen Versorgung auch im Hinblick auf die gemeinschaftlichen Wohnformen zwingend gelten.

Kommen diese Empfehlungen innerhalb der zwölfmonatigen Frist ganz oder teilweise nicht zu Stande, bestellen die Parteien gemeinsam spätestens zum Fristablauf eine unabhängige Schiedsperson. Erfolgt die Verständigung auf eine Schiedsperson bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen nach Feststellung der Nichteinigung nicht, erfolgt deren Bestellung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Die Schiedsperson setzt den betreffenden Empfehlungsinhalt einschließlich der Kostentragung innerhalb von zwei Monaten nach Bestellung fest.

Zu Absatz 6

Absatz 6 regelt die Evaluationspflicht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen im Hinblick auf den Stand der abgeschlossenen Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen nach Absatz 1. Dabei hat sich die Evaluation einerseits auf die strukturelle Entwicklung zu den Verträgen zu beziehen (Anzahl, Standorte und Trägerschaft der abgeschlossenen Verträge sowie Vergütung der Leistungen, Leistungsausgaben, Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen) und andererseits auch auf alle Ebenen der Qualität der pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen im Vergleich zur Versorgung in sonstiger ambulanter und in vollstationärer Pflege.

Die Evaluation der Leistungsausgaben soll insbesondere den Kostenvergleich von SGB XI- und SGB V-Leistungen der bisherigen Settings mit dem bei Verträgen der pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen ermöglichen. Bei diesem Vergleich hat sich die Evaluation auch darauf zu beziehen, wie durch den Einbezug von Angehörigen, sonstiger Pflegepersonen und ehrenamtlich Tätigen Kosteneinsparungen erzielt werden. Dabei ist sowohl auf die Kosten- und Ertragssituation der Leistungserbringer als auch die Entwicklung der finanziellen Eigenanteile der Pflegebedürftigen, etwa durch die Realisierung von Synergien, einzugehen.

In qualitativer Hinsicht hat die Evaluation zu zeigen, ob sich die spezifischen Erwartungen an die Tagesabläufe der pflegerischen Versorgung im Setting der gemeinschaftlichen Wohnformen erfüllt haben, die mit der Arbeitsteilung und der Flexibilität des ambulanten Dienstes verbunden sind (mehr Spielräume für individuelle Lebensgestaltung), ob und welche Aussagen zu Aspekten der Versorgungsqualität unter besonderer Berücksichtigung von Faktoren der Ergebnisqualität getroffen werden können und zudem, ob die im Vergleich zu sonstiger ambulanter Pflege angestrebte größere Versorgungssicherheit hergestellt wurde.

Der Bericht ist unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellen und dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales zum ***[vier Jahre nach Inkrafttreten]*** vorzulegen.

Zu Nummer 52 (§ 97)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 53 (§ 106a)

Mit der Änderung wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 11 Absatz 1 Satz 3 angepasst.

Zu Nummer 54 (§ 109)

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 11 Absatz 1 Satz 3 angepasst.

Zu Buchstabe b

Eine statistische Geheimhaltung bei Sachverhalten zur Art und Organisation der Pflegeeinrichtungen sowie zur Vergütung der stationären Pflegeeinrichtungen erscheint aufgrund der gesetzlich vorgesehenen und bestehenden Informationsangebote der Pflegekassen über die Pflegeeinrichtungen nicht notwendig. Somit kann eine umfassendere Berichterstattung durch die Statistik ermöglicht und das statistikspezifische Geheimhaltungsverfahren vereinfacht werden. Für weitere Sachverhalte, die insbesondere die Leistungsfähigkeit und Personalausstattung einzelner Einrichtungen genau beschreiben und für Angaben zu einzelnen Pflegebedürftigen oder den tätigen Personen besteht weiterhin die Pflicht zur statistischen Geheimhaltung nach § 16 BStatG. Die Ziele der Statistik sind bei der Umsetzung der Geheimhaltung im Ermessen der statistischen Ämter der Länder und des Bundes angemessen einzubeziehen.

Die statistische Geheimhaltung ist auch beim Ausweis von Sachverhalten zu einzelnen Trägerverbänden weiterhin zu beachten. Durch eine zusammenfassende Darstellung nach übergreifenden Trägergruppen wie z.B. für die Träger der freien Wohlfahrtspflege oder die privaten Träger kann die Geheimhaltung erfüllt werden.

Zu Nummer 55 (§ 111)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Überführung der Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken in den neuen § 45e.

Zu Nummer 56 (§ 112a)

Mit der Änderung wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Nummer 57 (§ 113)

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Buchstabe b

Um die Pflegequalität in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c sicherzustellen, sollen die ambulanten Qualitätsinstrumente (insbesondere die regelmäßigen Qualitätsprüfungen, die auf den Maßstäben und Grundsätzen aufbauen) für diese neue Versorgungsform angepasst werden. Deshalb wird nunmehr in § 113 Absatz 1 Satz 2 (neu) als erster Schritt angeordnet, dass die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität bis zum [einsetzen: Datum zwölf Monate nach Inkrafttreten von § 92c gemäß Artikel 8 Absatz 1] auf der Grundlage der Bundesempfehlungen nach § 92c Absatz 2 um Regelungen für die gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c anzupassen und zu ergänzen sind. Die Vereinbarungspartner verfügen in der Qualitätssicherung über langjährige Expertise aus verschiedenen Perspektiven. In absehbarer Zeit werden darüber hinaus spezifische wissenschaftliche Erkenntnisse zur Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung für dieses Setting vorliegen, da die Vertragsparteien nach § 113 durch die Neufassung des § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 6 gleichzeitig verpflichtet werden, wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige entsprechend zu beauftragen und von diesen bis zum [einsetzen: Datum 2 Jahre nach Inkrafttreten von § 92c gemäß Artikel 8 Absatz 1] die Vorlage eines Abschlussberichts zu verlangen. Dabei ist von den Wissenschaftlern auch zu prüfen, ob ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in gemeinschaftlichen Wohnformen anwendbar ist und sofern dies der Fall ist, sind diesbezügliche Vorschläge zur Umsetzung vorzulegen.

Bereits jetzt sind die Vertragsparteien und der MD Bund als Richtliniengeber verpflichtet, die Regelungen an die medizinisch-pflegefachlichen Fortschritte anzupassen (vgl. § 113 Absatz 1 Satz 7 neu und § 114a Absatz 7 Satz 9 neu). Daraus ergibt sich, dass die Regelwerke umgehend an die neu generierten wissenschaftlichen Ergebnisse anzupassen sind.

Zu Buchstabe c

Mit der Änderung wird gesetzlich klargestellt, dass eine fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung integraler Bestandteil der Pflegeleistungen des Elften Buches ist, die entsprechend im Rahmen einer qualitätsgesicherten Leistungserbringung umzusetzen ist. Die Konkretisierung der Voraussetzungen für die Wahrnehmung einer fachgerechten Pflegeprozessverantwortung erfolgt bundeseinheitlich in den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung in der ambulanten, teilstationären, vollstationären und Kurzzeitpflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist und flexible Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen umfasst, nach Satz 1. Die individuelle fachliche Autonomie der Pflegefachperson bei der Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung wird dadurch nicht beschränkt, sondern soll gerade ermöglicht und gestärkt werden. Diese ist auch insgesamt bei der Umsetzung der Landesrahmenverträge, konkret bei den Inhalten der Pflegeleistungen nach § 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1, von den zugelassenen Leistungserbringern zu berücksichtigen. Zu den vergütungsrelevanten Aufwänden im Rahmen der Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung können insbesondere Erst- und Folgegespräche sowie Aufwände für komplexe Fallsteuerungen, beispielsweise interdisziplinäre Fallbesprechungen, die auf Wunsch des Versicherten auch unter Einbeziehung von An- und Zugehörigen erfolgen können, gehören. Eine Doppelvergütung derselben Maßnahmen, die im Rahmen

der Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung erfolgen, ist aus den Mitteln der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zulässig.

Zu Nummer 58 (§ 113b)

Zu Buchstabe a

Mit der Regelung wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Buchstabe b

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) vom 21. Dezember 2015 wurde die Pflegeselbstverwaltung beauftragt, aus der bisherigen Schiedsstelle Qualitätssicherung den Qualitätsausschuss Pflege zu bilden und zudem auch eine Geschäftsstelle Qualitätsausschuss einzurichten. Zu den Hauptaufgaben des Qualitätsausschusses gehörte die Entwicklung und Einführung neuer Qualitätssysteme für die stationäre und die ambulante Pflege mit Hilfe unabhängiger wissenschaftlicher Einrichtungen und Sachverständiger. Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vom 11. Dezember 2018 wurde die gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, dass der Qualitätsausschuss Pflege dauerhaft für die Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in der Pflege Verantwortung trägt: Zum einen wurde die vorherige Befristung für die Geschäftsstelle aufgehoben, zum anderen ein Auftrag zu stetigen Weiterentwicklung der Qualitätssysteme erteilt. Mit den Änderungen in Absatz 3 wird nun der großen Bedeutung des Qualitätsausschusses für die Qualitätsentwicklung in der Pflege Rechnung getragen und das Gremium institutionell weiterentwickelt, ohne dabei die bestehenden, gut funktionierenden Strukturen und Abläufe grundsätzlich in Frage zu stellen.

Die Ergänzungen in Absatz 3 stellen eine maßvolle institutionelle Weiterentwicklung des Qualitätsausschusses Pflege durch die Stärkung der Rolle des unparteiischen Vorsitzenden sowie der unparteiischen Mitglieder dar. Bisher hatte der erweiterte Qualitätsausschuss ausschließlich die Funktion, eine Konfliktlösung bei fehlendem Konsens zwischen den Vertragsparteien für einzelne Entscheidungen zu finden. Aufgrund der konstruktiven und fachlich orientierten Arbeit der Vertragsparteien im Qualitätsausschuss kam es seit 2016 erst zwei Mal zur Einberufung des erweiterten Qualitätsausschusses. Zukünftig soll die Expertise des unparteiischen Vorsitzenden und der unparteiischen Mitglieder unabhängig von der Konfliktlösung für die Qualitätsentwicklung nutzbar gemacht werden. Bis zu zwei Mal im Kalenderjahr kann der unparteiische Vorsitzende eine außerordentliche Sitzung des erweiterten Qualitätsausschusses einberufen. Diese Sitzungen können sich inhaltlich auch mit grundsätzlichen Fragestellungen zur Qualitätssicherung sowie mit Themen der Pflegequalität, die nicht in direktem Zusammenhang mit gesetzlichen Aufgaben stehen, befassen. Es gelten dabei die in Absatz 3 dargelegten Abstimmungsregeln.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

In diesem Zusammenhang wird zunächst auf die Ausführungen zum Aufbau eines Qualitätssicherungssystems für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c in der Begründung zu Nummer 57 (§ 113) verwiesen. Mit der Neufassung der Nummer 6 in § 113b Absatz 4 Satz 2 soll sichergestellt werden, dass die Qualitätssicherung in gemeinschaftlichen Wohnformen in absehbarer Zeit genauso wissenschaftlich basiert erfolgt, wie in anderen Settings (vgl. Nummer 1 und 3). Konkret werden die Vertragsparteien verpflichtet, einen wissenschaftlichen Auftrag zu vergeben, der die Vorlage eines Abschlussberichts bis zum [einsetzen: Datum 2 Jahre nach Inkrafttreten von § 92c gemäß Artikel 8 Absatz 1] umfasst, in dem dargelegt wird, wie spezifische Regelungen für die Prüfung der Qualität der Leistungen von ambulanten Pflegediensten und ihren

Kooperationspartnern in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c und für die Qualitätsberichterstattung gestaltet werden können. Die Regelungen können gegebenenfalls auch durch Anpassung und Ergänzung der Instrumente nach Nummer 3 generiert werden. Dabei ist auch zu prüfen, ob ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in gemeinschaftlichen Wohnformen anwendbar ist und sofern dies der Fall ist, sind diesbezügliche Vorschläge zur Umsetzung vorzulegen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Der Qualitätsausschuss Pflege wird institutionell weiterentwickelt durch eine maßvolle Stärkung der Rolle des unparteiischen Vorsitzenden nach Absatz 3. Dieser wird ermächtigt, dem Qualitätsausschuss Pflege Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung vorzuschlagen. Bisher waren nur das Bundesministerium für Gesundheit sowie das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit dazu berechtigt. Damit erhält der unparteiische Vorsitzende die Möglichkeit, über die reine Ausgabe der Konfliktlösung im erweiterten Qualitätsausschuss nach Absatz 3 Satz 1 hinaus auch mit inhaltlichen Vorschlägen und fachlichen Impulsen einen aktiven Beitrag zur Qualitätsentwicklung in der Pflege zu leisten.

Zu Doppelbuchstabe cc

Das Recht aus Satz 3, Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung vorzuschlagen, wird ergänzt durch die Möglichkeit des Qualitätsausschusses Pflege, diese Vorschläge zu prüfen und gegebenenfalls auch abzulehnen. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass im konkreten Einzelfall fachliche Gründe gegen eine wissenschaftliche Bearbeitung sprechen können. Zur Gewährleistung der Transparenz in der Qualitätsentwicklung müssen diese Gründe jedoch in einer Stellungnahme dargelegt und auf der Internetseite des Qualitätsausschusses veröffentlicht werden. Damit wird der mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom 19. Juni 2023 eingeschlagene Weg konsequent fortgeführt. Zur Erhöhung der Transparenz wurde der Qualitätsausschuss mit dem PUEG dazu verpflichtet, die Sitzungen zukünftig öffentlich durchzuführen und im Internet zu übertragen.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Buchstabe a: Der Auftrag, wissenschaftlich entwickelte Qualitätssicherungssysteme dem medizinisch-pflegefachlichen und technischen Fortschritt entsprechend weiter zu entwickeln, bezieht sich auch auf das neu nach Nummer 6 zu entwickelnde Qualitätssicherungskonzept für gemeinschaftliche Wohnformen.

Zu Buchstabe e

Mit der Änderung wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Nummer 59 (§ 113c)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa und zu Doppelbuchstabe bb

Bisher ist hochschulisch qualifiziertes Pflegefachpersonal nur selten regelhaft in vollstationären Pflegeeinrichtungen beschäftigt. Daher konnte dieses Qualifikationsniveau auch in den empirisch fundierten Personalanhaltswerten nach § 113c Absatz 1 bisher noch keine Berücksichtigung finden. Da der Einsatz akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen jedoch zunehmend an fachlicher Relevanz gewinnt, sollen im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3b unter anderem auch Vorschläge zur möglichen Einbeziehung

hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen in vollstationären Pflegeeinrichtungen unterbreitet werden.

Grundsätzlich haben vollstationäre Pflegeeinrichtungen zwar bereits jetzt die Möglichkeit auf den für Fachkräfte vereinbarten Stellen hochschulisch qualifiziertes Personal nach Teil 3 des Pflegeberufegesetzes einzustellen. Auch ist die Festlegung einer Entlohnung dieses Personals durch die Tarifpartner bzw. Arbeitgeber und ihre Vergütung nach den Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 82c Absatz 4 zum Verfahren nach § 82c Absätze 1 bis 3 und 5 (Pflegevergütungs-Richtlinien) möglich. Um darüber hinaus in einem ersten Schritt zusätzliche Beschäftigungsanreize für hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen zu schaffen, wird – mit Blick auf die gesetzlich vorgesehene Überprüfung nach Absatz 7 der seit dem 1. Juli 2023 geltenden Personalanhaltswerte – vorgesehen, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen über die geltenden Personalanhaltswerte für Pflegefachpersonen hinaus Stellen für Pflegefachpersonen mit hochschulischer Qualifikation nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes verhandeln können, wenn diese mit mindestens 50 Prozent der Arbeitszeit in der direkten Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen tätig sind. Denn nur mit der Bindung an eine überwiegende Tätigkeit in der direkten Bewohnerversorgung kann der Theorie-Praxis-Transfer evidenzbasierter Pflege gesichert werden.

Hierfür müssen jedoch auch klare Aufgabenbereiche von der Pflegeselbstverwaltung definiert werden (siehe Änderungen in Absatz 4), die die Aufgaben der ebenfalls hoch qualifizierten Fachkräfte mit beruflicher Ausbildung sinnvoll ergänzen. Hierbei sind insbesondere die Ausbildungsziele nach § 37 Absatz 3 Pflegeberufegesetz zu beachten. Zudem sind die Ergebnisse der wissenschaftlichen Expertisen nach § 8 Absatz 3c SGB XI bezüglich der Aufgaben hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen, die von der Geschäftsstelle nach § 113c Absatz 9 SGB XI entwickelte Muster-Delegationskonzepte sowie die Empfehlungen der interdisziplinären Arbeitsgruppe der Ausbildungsoffensive Pflege zu Aufgabenprofilen akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen zu berücksichtigen. Sie geben Anregungen zur Klärung der Frage, welche fachlichen Aufgaben hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen in der direkten und indirekten Versorgung übernehmen sollen. Die Ausführungen der Arbeitsgruppe der Ausbildungsoffensive Pflege konzentrieren sich auf den primärqualifizierenden Bachelorstudiengang nach dem Pflegeberufegesetz und haben das Ziel, die akademische Kompetenz der Absolventinnen und Absolventen optimal für die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf zu nutzen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Zu Nummer 1

Die wissenschaftlich gestützte Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben nach § 8 Absatz 3b SGB XI verfolgt das Ziel, die Personalsituation in den Einrichtungen nachhaltig zu verbessern.

Bereits vor dem Abschluss des Modellprojekts nach § 8 Absatz 3b SGB XI wurden durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen Informationen veröffentlicht, die der Vorbereitung von Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung dienen. Diese Nutzung dieser Informationen durch die Pflegeeinrichtungen ist freiwillig. Die den Informationen zugrundliegenden Konzepte werden im Rahmen des Modellprojekts begleitend evaluiert. Sie sind daher weder für die Durchführung und Ahndung ordnungsrechtlicher Maßnahmen noch für die Durchführung von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen geeignet.

Neben einer Mehrpersonalisierung soll die Personalsituation flankierend durch Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen gestärkt werden, mit denen – unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Person-Zentrierung – ein kompetenzorientierter Personaleinsatz umgesetzt wird. Entsprechende Maßnahmen sollen umgesetzt werden, wenn eine Mehrpersonalisierung auf der Grundlage von § 113c Absatz 1 erfolgt.

Mit der Änderung wird klargestellt, dass hierfür nicht nur die im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3b bis zum Sommer 2025 zu entwickelnden und zu evaluierenden Maßnahmen, sondern auch Maßnahmen auf Grundlage trägereigener fachlicher Konzepte verwendet werden können, die die Ziele des § 113c in vergleichbarer Weise umsetzen. Diese trägereigenen Konzepte sollen sich an den Zielen und der Konzeption der Maßnahmen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, orientieren. Das bedeutet, dass sie sich an der Zielsetzung einer qualifikations- und kompetenzorientierten Bezugspflege orientieren sollen. Begründete Abweichungen sind konzeptabhängig möglich. Perspektivisch sind hierbei auch die Ergebnisse der wissenschaftlichen Expertisen nach § 8 Absatz 3c zu berücksichtigen. Der sog. Interventionskatalog des Modellprojekts nach § 8 Abs. 3b stellt hingegen keine isolierte, schematisch anzuwendende Grundlage für Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung dar.

Die konkrete Eignung der Konzepte beinhaltet, dass abhängig vom Umfang der Mehrpersonalisierung auch abgestufte Konzepte umgesetzt werden können. Dies ist auch ein Beitrag zur Entbürokratisierung, da nicht bereits bei einer nur geringen Mehrpersonalisierung ein umfassender Personal- und Organisationsentwicklungsprozess durchgeführt werden muss, sondern schrittweise abhängig vom Personalaufbau vorgegangen werden kann. Zudem werden durch die Regelung die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens und seiner Wirkungen auf die Arbeitsbedingungen der beruflich Pflegenden weiter beschleunigt.

Zu Nummer 2

Die aktuelle Arbeitsmarktlage stellt vollstationäre Pflegeeinrichtungen vor die Herausforderung, Personal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege zu gewinnen. Durch die neu eingefügte Nummer 2 in Absatz 3 wird daher die Möglichkeit zur Zuordnung von Personal zu den Personalanhaltswerten nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oberhalb der Mindestpersonalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen erweitert, sofern dieses Personal in der direkten Pflege und Betreuung und entsprechend seiner Qualifikation unterstützende Aufgaben zur Entlastung der Pflegefachpersonen übernimmt, z. B. als sogenannte Stationsassistentinnen und -assistenten. Diese Rolle konnte sich bereits in der akutpflegerischen Versorgung etablieren und bietet insbesondere auch die Möglichkeit zur Einstellung von Quereinsteigerinnen und -einsteigern. Es ist dabei sicherzustellen, dass diese Arbeitskräfte nur ergänzend zur professionellen Pflege zum Einsatz kommen und keine professionellen Pflegekräfte ersetzt werden. Zur Unterstützung des Fachkraftpersonals bietet sich insbesondere die Übernahme administrativer Tätigkeiten, wie die Unterstützung bei der Pflegedokumentation, an. Durch die Entlastung der Pflegefachpersonen können die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben nach § 4 des Pflegeberufegesetzes in den Fokus der täglichen Arbeit der Pflegefachpersonen gerückt und mit zusätzlichen Personalkapazitäten Umstrukturierungen der Arbeitsabläufe im Sinne einer Koordination auf der stationären Einrichtungsebene ermöglicht werden. Bei der Einbeziehung jenes Personals in die Arbeitsorganisation sind neben den Vorbehaltsaufgaben für Pflegefachpersonen auch die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 zu beachten. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass es sich ausschließlich um eine leistungsrechtliche, nicht um eine ordnungsrechtliche Anrechenbarkeit handelt. Die Stellenbesetzungsmöglichkeit wird bis zum voraussichtlichen Inkrafttreten des eigenständigen und bundeseinheitlichen Berufsprofils für die Pflegefachassistenz am 1. Januar 2027 befristet.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Der bisherige Wortlaut der Nummer 2 wird zu Nummer 3.

Zu Doppelbuchstabe bb

Um Personal, das nach § 113c Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 bis zum 31. Dezember 2026 eingestellt wurde, auch weiterhin beschäftigen zu können, wird für diese Stellenanteile ein Bestandsschutz vorgesehen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe c

Zur Unterstützung des Einsatzes hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 sollen von den Bundesempfehlungspartnern auch entsprechende Aufgabenbereiche jenes Personals erarbeitet werden, um mögliche Anpassungen und Ergänzungen der Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 auf Landesebene zu den Inhalten nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 4 vorzubereiten und zu einer einheitlichen Umsetzung beizutragen. Die wissenschaftlichen Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c erarbeitet werden, sind perspektivisch einzubeziehen. Die Frist des erstmaligen Auftrages zur Erarbeitung der Bundesempfehlung wird gestrichen, um fortwährende Weiterentwicklungen und Ergänzungen der Empfehlungen zu ermöglichen. Zudem wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Buchstabe d

In Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 wird zum einen der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 11 Absatz 1 Satz 3 angepasst. Zum anderen ist nach den derzeit geltenden gesetzlichen Bestimmungen vorgesehen, dass die Qualifikationsanforderungen für Fachkräfte, die von der Pflegeeinrichtung nach Absatz 1 oder Absatz 2 vorgehalten werden, in den Landesrahmenverträgen zu regeln sind. Bei der personellen Ausstattung mit Fachkräften sollen dabei neben Pflegefachkräften auch andere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich vorgehalten werden können. Da die entsprechenden landesspezifischen Regelungen derzeit sehr heterogen ausgestaltet sind, zielt die Änderung in Absatz 5 auf eine Vereinheitlichung der Qualifikationsanforderungen im Sinne einer bundeseinheitlichen, bedarfsgerechten Personalausstattung ab. Hierzu werden mindestens dreijährige, bundeseinheitlich geregelte Ausbildungsberufe, deren Absolventinnen und Absolventen bereits jetzt in vollstationären Pflegeeinrichtungen tätig sein können, beispielhaft als Stellenbesetzungsmöglichkeiten ergänzt. Die Berücksichtigung weiterer Qualifikationen in den Landesrahmenverträgen ist weiterhin möglich.

Bei der Einbeziehung jenes Fachpersonals in die Arbeitsorganisation sind stets die Vorbehaltsaufgaben für Pflegefachpersonen nach § 4 des Pflegeberufegesetzes zu beachten. Es muss insofern sichergestellt sein, dass diese Berufsgruppen nicht als Ersatz für Pflegefachpersonen bei der Ausübung ihrer Vorbehaltsaufgaben im Rahmen der Pflegeprozessverantwortung, sondern ihrem berufsspezifischen Kompetenzprofil entsprechend in der Versorgung eingeplant werden. Damit wird der Stellenwert pflegerischer Vorbehaltsaufgaben gestärkt und werden Modelle der kollegialen Kooperation innerhalb des Pflegeteams gefördert.

Zu Buchstabe e

Die Beratungen im Begleitgremium nach § 8 Absatz 3b SGB XI zur Einführung und Weiterentwicklung eines wissenschaftlich gestützten Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben gezeigt, dass viele Pflegeeinrichtungen sich eine bessere Unterstützung bei der Umsetzung einer person-zentrierten und kompetenzorientierten Personalbemessung wünschen. Zwar werden im Rahmen des Projekts nach § 8 Absatz 3b SGB XI dazu schrittweise Handreichungen veröffentlicht, gleichzeitig besteht eine große Nachfrage nach Schulungen und fachlichem Austausch zu diesem Thema. Mit der Umsetzung des § 113c SGB XI haben die Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege, die die Möglichkeiten der Mehrpersonalisierung nutzen, zudem die gesetzliche Verpflichtung, person-zentrierte und kompetenzorientierte Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen durchzuführen.

Die Herausforderungen für die Pflegeeinrichtungen bestehen nicht nur im vollstationären Bereich, auch in der ambulanten und teilstationären Pflege ist ein zielgerichteter, personzentrierter und kompetenzorientierter Personaleinsatz, der zudem Ressourcen im Umfeld des oder der Pflegebedürftigen mit einbezieht, sehr wichtig, um einerseits das Personal fachlich angemessen und zugleich effizient einzusetzen, dadurch die Zufriedenheit zu erhöhen und das Personal zu entlasten und im Ergebnis die Versorgung der Pflegebedürftigen zu verbessern und personell sicherzustellen. Ein solcher Personaleinsatz stellt auch neue Herausforderungen an die den Pflegeprozess verantwortende Pflegefachperson. Die Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung ist als Vorbehaltsaufgabe von Pflegefachpersonen in § 4 des Pflegeberufegesetzes verankert. Teilweise wird berichtet, dass sich Pflegefachpersonen mehr Unterstützung bei der Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung unter sich verändernden Rahmenbedingungen wünschen, gerade auch im Zusammenhang mit Veränderungen der Aufgabenverteilungen in der Versorgung. So ist davon auszugehen, dass es zukünftig im Verhältnis zu Pflegefachpersonen deutlich mehr Pflege(fach)assistenz- und -hilfskräfte geben wird, deren Aufgaben von der Pflegefachperson im Rahmen der fachgerechten Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung mit einbezogen werden müssen. In § 11 Absatz 1a werden die Pflegeeinrichtungen vor diesem Hintergrund dazu verpflichtet, bei der Entwicklung von einrichtungsspezifischen Delegationskonzepten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einzubeziehen. Zudem werden sich nach Erarbeitung von wissenschaftlichen Expertisen für eine systematische und umfassende Beschreibung der Aufgaben von Pflegefachpersonen (sog. Muster-Scope of Practice) ggf. neue Fragen der Aufgabenverteilung innerhalb der Gruppe der beruflich Pflegenden, aber auch im Verhältnis zu anderen Berufsgruppen stellen, die für den Personaleinsatz relevant werden können. Person-zentrierter und kompetenzorientierter Personaleinsatz, Organisationsentwicklung, Entwicklung von Delegationskonzepten und Pflegeprozessverantwortung sind Themen, die nicht nebeneinanderstehen, sondern ineinandergreifen und sich wechselseitig beeinflussen. Diese Entwicklungen erfolgen vor dem Hintergrund eines mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (§§ 14, 15 SGB XI) deutlich veränderten und sich weiterentwickelnden Pflegeverständnisses, das auf die Stärkung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person ausgerichtet ist und das zukünftig in allen Bereichen – von der Personal- und Organisationsentwicklung bis zur Pflegedokumentation – konsequent berücksichtigt werden soll. Mit der Verantwortung der Pflegefachperson für den Pflegeprozess eng verknüpft ist zudem die Frage einer zielgerichteten Dokumentation der Pflege, die Bestandteil des Pflegeprozesses ist und bei der sichergestellt bleiben soll, dass es durch die genannten Entwicklungen nicht (wieder) zu einer fachlich nicht notwendigen Erhöhung des Dokumentationsaufwands kommt.

Vor diesem Hintergrund werden in der nach § 113c Absatz 9 SGB XI bis zum Jahr 2030 durch die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a gemeinsam mit den Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 Satz 1 SGB XI einzurichtende Geschäftsstelle verschiedene für eine qualitativ gute Versorgung mit effektivem und effizientem Personaleinsatz relevante Themenbereiche verknüpft und wird ein strukturelles Angebot für Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen geschaffen, um sie bei

erforderlichen Entwicklungsprozessen zu unterstützen. Der Medizinische Dienst Bund und die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach Maßgabe von § 118 SGB XI sowie weitere geeignete Fachorganisationen sind zu beteiligen. Dazu gehören pflegewissenschaftliche Institutionen ebenso wie bezüglich der Gestaltung von Arbeitsbedingungen Gewerkschaften wie z. B. ver.di. Die Finanzierung der Geschäftsstelle erfolgt aus den Mitteln des Ausgleichsfonds.

Aufgabe der Geschäftsstelle ist es dabei, für Pflegefachpersonen sowie -einrichtungen als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen und insbesondere Schulungsmaßnahmen zu entwickeln und zu koordinieren. Um mit den verfügbaren Mitteln einen möglichst großen Kreis an Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen zu erreichen, sind dabei vorrangig Multiplikatorenschulungen zu nutzen. Zudem sollen beispielsweise digitale Angebote wie Assessment-Instrumente zur Selbsteinschätzung und digitale Selbstlernkonzepte zur Verfügung gestellt werden. Um Pflegeeinrichtungen bei einer möglichen Entwicklung und Umsetzung von Delegationskonzepten unter Einbeziehung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach § 11 Absatz 1a SGB XI zu unterstützen, soll die Geschäftsstelle auch Muster-Delegationskonzepte entwickeln und auf geeignete Weise verbreiten. Damit wird auch eine Forderung der Konzertierten Aktion Pflege umgesetzt. Flankierend haben die Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, für gezielte Maßnahmen in diesen Bereichen Fördermittel nach § 8 Absatz 7 zu nutzen. Auch in der ambulanten und teilstationären Versorgung können Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen sowie weitere der genannten Maßnahmen sinnvoll sein, um die Versorgung zu optimieren und auch zukünftig sicherzustellen. Daher kann die Geschäftsstelle beispielsweise Kriterien für geeignete Personal- und Organisationsentwicklungskonzepte erarbeiten, die eine abgestufte, person-zentrierte und kompetenzorientierte Entwicklung, auch zur Umsetzung der Vorgaben von § 113c Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB XI, ermöglichen. Die Geschäftsstelle bezieht daher auch Erkenntnisse aus den Modellprojekten nach § 8 Absätze 3a, 3b und 3c SGB XI mit ein.

Zur Umsetzung der Maßnahmen in den Einrichtungen sollen die Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 Satz 1 SGB XI eine ausreichende Anzahl an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bereitstellen. Dabei ist die grundständige Qualifikation der Multiplikatorin oder des Multiplikators für die Geeignetheit der durchzuführenden Maßnahme zu berücksichtigen. Mit welcher Qualifikation welche Maßnahmen geschult werden können, ist zwischen den Vertragsparteien zu regeln. Die Geschäftsstelle hat durch Schulungsmaßnahmen („Train the trainer“) die Kompetenz der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in den jeweiligen Themengebieten zu gewährleisten und über die Gesamtdauer der Geschäftsstelle auch bei Weiterentwicklung einzelner Themenkomplexe sicherzustellen.

Zu Nummer 60 (§ 114)

Zu Buchstabe a

Ab dem 01. Januar 2027 müssen die Aufträge für Qualitätsprüfungen digital an die Prüfinstitutionen übermittelt werden. Aus diesem Grund wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, im Einvernehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 31. Oktober 2026 eine digitale Daten- und Kommunikationsplattform für die Planung, Beauftragung und Durchführung von Qualitätsprüfungen zu errichten. Die Plattform soll dazu beitragen, die Effizienz und Geschwindigkeit der Kommunikation zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen als Auftraggeber und den Medizinischen Diensten sowie dem Prüfdienst der PKV als Auftragnehmer zu verbessern. Darüber hinaus dient die Plattform dem Zweck, eine tagesaktuelle Transparenz über die Anzahl der in den Ländern und bundesweit durchgeführten Qualitätsprüfungen herzustellen. Die digitale Daten- und Kommunikationsplattform soll somit die Vorteile der Digitalisierung für die Planung, Beauftragung und Durchführung von Qualitätsprüfungen möglichst umfassend nutzbar machen.

Bei der Einrichtung der digitalen Daten- und Kommunikationsplattform sind bereits bestehende, bürokratiearme und gut funktionierende Strukturen der Kommunikation und des Informationsaustauschs im Bereich der Beauftragung, der Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen und der Qualitätstransparenz bei den Landesverbänden der Pflegekassen und den Medizinischen Diensten zu berücksichtigen. Durch ein Aufzusetzen und ein Einbinden bereits eingesetzter digitaler Formate in die neue Daten- und Kommunikationsplattform wird das Entstehen von Doppelstrukturen vermieden.

Vor Erteilung der Prüfaufträge im vollstationären Bereich muss gemäß § 114c geprüft werden, ob die jeweilige Pflegeeinrichtung die Kriterien für eine angemeldete Prüfung sowie die Kriterien für den verlängerten Prüfrhythmus erfüllt. Die Ergebnisse dieser Prüfungen sollen zukünftig ohne Zeitverzug in der digitalen Daten- und Kommunikationsplattform abrufbar sein, ohne dass es dazu einer gesonderten Kommunikation zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Prüfdiensten bedarf. Auch die Anbindung der unabhängigen Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b an die Plattform kann zu Effizienzgewinnen führen, wenn beispielsweise die Stichprobe für die stationären Qualitätsprüfungen über die Plattform abrufbar ist und den Prüferinnen und Prüfern damit direkt vorliegt.

An den Kosten für den Aufbau und den Betrieb der Plattform beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, mit zehn Prozent. Mit der Regelung wird vor allem die gestaltende Einflussnahme auf den Sachbereich der Durchführung von Qualitätsprüfungen und deren statistischer Erfassung bezweckt, sie geht demnach über eine bloße Mittelbeschaffung hinaus. Der besondere Sachzweck liegt in der Ermöglichung der Digitalisierung von Planung, Auftragsvergabe und Durchführung von Qualitätsprüfungen und einer in der Folge vereinfachten statistischen Auswertung der so hinterlegten Daten. Neben diesem Regelungsgehalt werden zugleich auch die finanziellen Voraussetzungen für den bezweckten organisatorisch-gestaltenden Inhalt der Regelung geschaffen.

In die Finanzverantwortung genommen wird mit der Regelung neben dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen die in der Rechtsordnung vorzufindende Gruppe der Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Diese Gruppe grenzt sich von der Allgemeinheit dadurch ab, dass sie vergleichbar den gesetzlichen Pflegekassen Kostenträger für die Erbringung von Leistungen auf dem „Pflegemarkt“ sind, zu deren kontinuierlicher Qualitätsprüfung sie gesetzlich verpflichtet sind. Aus dieser besonderen gemeinsamen Gegebenheit und Interessenlage erwächst nicht nur die so beschriebene Homogenität, sondern auch die Sachnähe der Pflichtigen zu der zu finanzierenden Aufgabe. Die besondere Sachverantwortung zur Erteilung von Prüfaufträgen ergibt sich unmittelbar aus einer gesetzlich angeordneten, auf das Bundesgebiet bezogenen Prüfquote, bei deren Unterschreitung sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, anteilig bis zu einem Betrag von 10 Prozent an den Kosten der Qualitätsprüfungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu beteiligen haben. Einer Gesamtverantwortung der Allgemeinheit der Steuerzahler widerspräche diese besondere, gesetzlich statuierte Gruppenverantwortung. Es ist daher folgerichtig, dass die Lasten dieser öffentlichen Angelegenheit nicht pauschal die Allgemeinheit treffen dürfen: Gerade die Erbringung von Leistungen der Pflegeversicherung an privat Versicherte verursacht in gleicher Weise wie die Leistungserbringung an gesetzlich Versicherte ein Bedürfnis nach gesicherter Pflegequalität und einen Anspruch auf diesbezügliche Qualitätsprüfungen und deren zügige und digitale Planung, Auftragsvergabe und Durchführung. Darin liegt der besondere Zurechnungsgrund im Sinne einer Finanzierungsverantwortung der Gruppe der genannten Versicherungsunternehmen (Verursachungsgedanke). Darüber hinaus entsteht für die in Anspruch Genommenen über einen bloßen Gruppennutzen hinaus ein gewichtiger Gruppensondervorteil. Der gemäß § 114a Absatz 5 an den Prüfungen zu beteiligende Prüfdienst der PKV als Nutzer der Plattform profitiert durch sein Nutzungsrecht von der höheren Effizienz der Arbeitsprozesse bei gleicher Interessenlage qualitativ in gleichem Maße wie der Medizinische Dienst als Prüfdienst der SPV. Das wäre bei einer ausschließlichen Finanzierung und Nutzung durch die gesetzlichen Pflegekassen nicht der Fall.

Zwischen der Belastung der Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, und der damit bewirkten Begünstigung besteht daher eine sachgerechte Verknüpfung. Ein Verzicht auf Regelungen zur finanziellen Beteiligung der PPV müsste bei gleichzeitiger Einräumung eines Nutzungsrechtes anderenfalls dazu führen, dass der Finanzierungsteil der SPV steigen und damit die dort Versicherten Kosten tragen müssten, die eindeutig den Versicherten der PPV zuzurechnen sind.

Die digitale Daten- und Kommunikationsplattform soll die Transparenz rund um Qualitätsprüfungen in der Pflege verbessern. Zukünftig wird es dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen möglich sein, mithilfe der Plattform zeitnah aktuelle Datenauswertungen zur Anzahl der erteilten Prüfaufträge und durchgeführten Qualitätsprüfungen in vollstationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie in gemeinschaftlichen Wohnformen, zur Prüfquote des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie zur Anzahl der Verlängerungen des Prüfrhythmus nach § 114c und der unangemeldeten Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3 zu erstellen. Bezugspunkt für die Errechnung der Prüfquoten soll anders als bisher nicht die Anzahl der Pflegeeinrichtungen laut Statistik des Bundes sein, sondern die genaue Zahl der tatsächlich am Versorgungsvertrag gemäß § 72 teilnehmenden zugelassenen Pflegeeinrichtungen im jeweiligen Land.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Nach § 114 Absatz 2 Satz 4 sind Gegenstand der Qualitätsprüfungen auch die Qualitätsanforderungen der auf der Basis des Elften Buch Sozialgesetzbuch abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen, also unter anderem auch die Qualitätsanforderungen in den Verträgen über gemeinschaftliche Wohnformen nach § 92c. Durch die Ergänzung in § 114 Absatz 2 Satz 7 wird dies ausdrücklich noch einmal hervorgehoben: Die Regelprüfung bezieht sich unter anderem auch auf die Qualität der Leistungen des Basispaketes des Pflegedienstes und seiner Kooperationspartner.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um die Korrektur eines redaktionellen Fehlers.

Zu Nummer 61 (§ 114a)

Zu Buchstabe a

Mit der Regelung des § 92c wird eine Option für zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen ergänzt, Verträge für die Leistungserbringung in gemeinschaftlichen Wohnformen zu schließen. Mit den Änderungen in § 114a Absatz 2 wird sichergestellt, dass die Betretungsrechte der Prüfinstitutionen bei Prüfungen auch für das neu eingeführte Versorgungssetting der gemeinschaftlichen Wohnformen anzuwenden sind. Hierfür sind sprachliche Anpassungen und redaktionelle Umstellungen erforderlich, etwa die Verschiebung der Regelung bezüglich von Prüfungen zur Nachtzeit. Weiter gehende Änderungen sind damit nicht verbunden.

Zu Buchstabe b

Laut Bundesamt für Soziale Sicherung führt die bisherige Regelung zur Feststellung der Unterschreitung der Prüfquote des Prüfdienstes des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V. zu unnötigem Verwaltungsaufwand, da die private Krankenversicherung ihre gesetzliche Verpflichtung aus § 114 Absatz 1 Satz 1 bisher stets erfüllt hat. Die Änderung sieht vor, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesamt für Soziale Sicherung mitteilt, wenn es zu einer Unterschreitung der Prüfquoten des Prüfdienstes des PKV-Verbandes gekommen ist. Die entsprechenden Informationen liegen dem

Spitzenverband durch die Einrichtung der digitalen Daten- und Kommunikationsplattform nach § 114 Absatz 1a ohnehin vor und sind ab 31. März 2027 Teil der jährlichen Berichterstattung nach § 114c Absatz 3 Satz 3 an das Bundesministerium für Gesundheit. Insofern entsteht dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen kein zusätzlicher Aufwand. Das Bundesamt für Soziale Sicherung muss zukünftig nur dann tätig werden, wenn der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Unterschreitung der Prüfquoten des Prüfdienstes des PKV-Verbandes festgestellt und übermittelt hat. Nur in diesem Fall muss die Höhe des zu überweisenden Finanzierungsanteils der PKV ermittelt werden. Die Regelung trägt damit maßgeblich zum Bürokratieabbau bei.

Durch die neuen Sätze 5 und 6 wird das Verfahren konkretisiert.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa und Doppelbuchstabe bb

Der Medizinische Dienst Bund wird verpflichtet, bis zum [einsetzen: Datum 15 Monate nach Inkrafttreten von § 92c gemäß Artikel 8 Absatz 1] Richtlinien für die Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c zu beschließen und zwar auf der Grundlage der Bundesempfehlungen nach § 92c Absatz 2, der Regelungen für gemeinschaftliche Wohnformen in den Maßstäben und Grundsätze nach § 113 und auf der Basis seiner langjährigen Expertise in der Qualitätssicherung. Dies kann gegebenenfalls auch durch Anpassung und Ergänzung der Richtlinien für die ambulante Pflege erfolgen. Sobald die wissenschaftlichen Ergebnisse des Auftrags nach § 113b Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 vorliegen, hat der Medizinische Dienst Bund darüber hinaus die im Abschlussbericht vorgeschlagenen Anpassungen und Ergänzungen unverzüglich umzusetzen (vgl. Fortentwicklungsauftrag in § 114a Absatz 7 Satz 9 neu).

Zu Doppelbuchstabe cc

Mit der Änderung wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Nummer 62 (§ 114c)

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a des Elften Buches einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die bisherige Berichterstattung nach § 114c bezog sich ausschließlich auf Qualitätsprüfungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Zukünftig sollen mit Informationen über Prüfungen in teilstationären Einrichtungen, ambulanten Pflegediensten sowie in gemeinschaftlichen Wohnformen auch die anderen Versorgungssettings mit abgebildet werden. Damit ermöglicht der Bericht erstmals einen vollständigen jährlichen Überblick über das Prüfgeschehen in der Pflege. Aufgrund der föderalen Struktur der Medizinischen Dienste ist eine Aufschlüsselung nach Ländern sinnvoll. Durch die Einrichtung der digitalen Daten- und Kommunikationsplattform nach §114 Absatz 1a Absatz können die entsprechenden aktuellen Statistiken zukünftig mit sehr geringem Verwaltungsaufwand effizient erstellt werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Erstmals zum 31. März 2028 und danach jährlich beinhaltet der Bericht des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen über die Erfahrungen der Pflegekassen auch die Prüfquote des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Anzahl der Verlängerungen des Prüfrhythmus nach § 114c und der unangemeldeten Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3. Die Erhebung dieser Daten ist durch die Nutzung der digitalen Daten- und Kommunikationsplattform nach § 114 Absatz 1a nur mit einem geringen Verwaltungsaufwand verbunden.

Zu Nummer 63 (§ 115)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa, Doppelbuchstabe bb, Doppelbuchstabe cc und Doppelbuchstabe ee

Mit den Ergänzungen in Absatz 1a wird bei gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c die Transparenz der Qualitätsdarstellung geregelt: Nachdem die Richtlinien zur Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7 vom Medizinischen Dienst Bund beschlossen worden sind, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 113 unverzüglich, welche Ergebnisse bei der Darstellung der Qualität für gemeinschaftliche Wohnformen nach § 92c zugrunde zu legen sind und inwieweit die Ergebnisse durch weitere Informationen ergänzt werden. Das Datum der letzten Prüfung durch die Prüfinstitution, eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik sowie eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse sind an gut sichtbarer Stelle in jeder gemeinschaftlichen Wohnform auszuhängen. In Satz 3 wurde lediglich eine Folgeänderung auf Grund der Änderung in § 113b Absatz 2 Satz 4 Nummer 6 vorgenommen.

Zu Doppelbuchstabe dd

Mit der Änderung wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa und Doppelbuchstabe bb

Durch die Ergänzung wird sichergestellt, dass das Instrumentarium, das der Gesetzgeber der zuständigen Pflegekasse bei Mängeln in der ambulanten Pflege zur Verfügung stellt, auch dann anwendbar ist, wenn die Versorgung in einer gemeinschaftlichen Wohnform erfolgt. Ebenso besteht für die Pflegekasse die Verpflichtung, in diesen Fällen dem Pflegebedürftigen einen anderen geeigneten Pflegedienst zu vermitteln, der die Versorgung in einer gemeinschaftlichen Wohnform nahtlos übernimmt.

Zu Buchstabe c

Mit der Ergänzung wird die Haftung für die Vermittlung einer anderen gemeinschaftlichen Wohnform entsprechend der Haftung in den beiden anderen Versorgungssettings ambulant und stationär geregelt.

Zu Nummer 64 (§ 118)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zu der Regelung in § 92c Absatz 2 Satz 3.

Zu Nummer 65 (§ 118a)

Zu § 118a (Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung)

Zu Absatz 1

Die Regelung vereinheitlicht die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe für die gesetzlich vorgesehenen Beteiligungen nach dem Fünften und Elften Buch Sozialgesetzbuch. Der Begriff der Organisationen umfasst auch Verbände, deren satzungsmäßiger Zweck die Vertretung der berufspolitischen Interessen der Pflegeberufe ist. Da es aktuell auf Bundesebene – anders als in anderen Berufen, die verkammert sind – für die Pflegeberufe noch keine Bundespflegekammer gibt, die durch flächendeckend eingerichtete Landespflegekammern gestützt wird, und es zudem derzeit eine große Zahl an Verbänden der Pflegeberufe gibt, die unterschiedliche viele Pflegefachpersonen und weitere Pflegekräfte als Mitglieder repräsentieren, ist eine umfassende und effektive Beteiligung der Pflegeberufe an den Aufgaben des Fünften und Elften Buches auf andere Art und Weise sicherzustellen.

Daher wird das Bundesministerium für Gesundheit insbesondere ermächtigt, im Hinblick auf die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene die Voraussetzungen ihrer Anerkennung, die anerkannten Organisationen sowie das Verfahren der Beteiligung durch eine Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu regeln. Die Regelung orientiert sich an der Regelung des § 118, der in vergleichbarer Art und Weise die Beteiligung der heterogenen Verbändelandschaft der Vertretung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen regelt.

Mit der Regelung soll die Rolle der Organisationen der Pflegeberufe und ihre Beteiligung gestärkt werden. Die Beteiligungsform ergibt sich weiterhin aus der jeweiligen Rechtsnorm, die die Beteiligung vorsieht und für die zu beteiligenden Organisationen auf § 118a verweist. Soweit Organisationen der Pflegeberufe auf Landesebene, zum Beispiel bestehende Landespflegekammern, nicht auf Bundesebene repräsentiert sind, sollen die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene weitere Organisationen der Pflegeberufe auf Landesebene beteiligen. Sie sollen darüber hinaus weitere Organisationen der Pflegeberufe beteiligen, insbesondere, wenn die konkrete Aufgabenstellung eine besondere Fachexpertise bei den Pflegeberufen erfordert, die von den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nicht umfänglich abgebildet wird, beispielsweise für die Frage der Gestaltung von Arbeitsbedingungen zuständige Gewerkschaften wie z. B. ver.di.

Zu Absatz 2

Organisationen der Pflegeberufe verfügen nur zu einem sehr geringen Anteil über hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Ein großer Teil der in und für die Verbände tätigen Vertreterinnen und Vertreter der Profession der Pflege ist ehrenamtlich tätig. Um die fachliche Expertise der Profession der Pflege, die im Rahmen der Erfüllung der Aufgaben aus dem Fünften Buch und diesem Buch zur Sicherstellung der Qualität erforderlich und daher bereits in vielen Normen gesetzlich vorgesehen ist, tatsächlich wahrnehmen zu können, ist zu klären, unter welchen Voraussetzungen eine Erstattung der Reisekosten sowie der Ersatz des Verdienstausfalls gewährleistet werden können. Das Nähere zu den Fällen der gesetzlich vorgesehen Beteiligung, bei denen ein solcher Anspruch besteht, wird in der Verordnung nach Absatz 3 festgelegt.

Zu Absatz 3

In Absatz 3 wird das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ermächtigt, in einer

Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates insbesondere zu regeln, welche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene als maßgeblich gelten und diese zu bestimmen. Bei der Regelung darüber sind unter anderem die Mitgliederzahl, regionale Verbreitung und Organisationsstruktur, satzungsmäßige Aufgaben einer Organisation sowie repräsentierte Bereiche in der Versorgung zu berücksichtigen. Zudem ist zu prüfen, wie eine angemessene Beteiligung auch landesrechtlich geregelter Organisationen erfolgen kann. Weiterhin wird dazu ermächtigt, die Voraussetzungen, den Umfang, die Finanzierung und das Verfahren der Erstattung von Reisekosten und des Ersatzes des Verdienstausfalls festzulegen. Soweit bereits eine Finanzierung aus anderen Quellen erfolgt, kommt eine Erstattung der Reisekosten und ein Ersatz des Verdienstausfalls nach dieser Norm nicht in Betracht.

Zu Nummer 66 (§ 120 Absatz 3)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 67 (§ 123)

Die Umsetzung der innovativen „Gemeinsamen Modellvorhaben für die Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier“ soll unterstützt werden, auch wenn für ein Bundesland die Förderung nicht zum 1. Januar 2025 beginnen kann. Die maximale Laufzeit eines Modellvorhabens von vier Jahren bleibt davon unberührt. Eine solche Verschiebung ist wahrscheinlich, weil der gemeinsame Beschluss der Empfehlungen nach Absatz 3 als Grundlage für die Förderung verspätet zustande gekommen ist. Die Empfehlungen betreffen die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie das Verfahren zur Vergabe der Fördermittel. Mit der Änderung wird die Möglichkeit geschaffen, die Laufzeit von bis zu vier Jahren für ein Modellvorhaben in das Jahr 2029 auszudehnen, so dass die Förderzeit ausgeschöpft werden kann. Absatz 5 Satz 3, regelt bereits die Möglichkeit, dass Fördermittel, die in einem Land im jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, das Fördervolumen im Folgejahr des jeweiligen Landes erhöhen. Dadurch wird die Umsetzung der Modellvorhaben kostenneutral bis Ende 2029 verlängert, indem im Kalenderjahr 2028 nicht in Anspruch genommene Fördermittel in das Jahr 2029 übertragen werden können.

Zu Nummer 68 (§ 125a)

Zu § 125a (Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege)

Telepflege im Sinne dieser Regelung ist der Austausch von Informationen im Rahmen des Pflegeprozesses unter Verwendung von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Überbrückung einer zeitlichen und räumlichen Distanz durch beruflich Pflegende mit

- pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen,

- anderen beruflich Pflegenden und

- weiteren professionellen Akteuren im Gesundheitssystem (zum Beispiel Ärztinnen und Ärzten, Ergo-, Logo- oder Physiotherapeutinnen und -therapeuten und Wundtherapeutinnen und -therapeuten etc.).

Der Schwerpunkt liegt dabei insbesondere auf Leistungen, die unter überwiegender Verantwortung beruflich Pflegender gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit anderen professionellen Akteuren (zum Beispiel Ärztinnen und Ärzten, Ergo-, Logo- oder Physiotherapeutinnen und -therapeuten und Wundtherapeutinnen und -therapeuten etc.) erbracht werden. Telepflegerische Ansätze verfügen über ein großes Potenzial, Pflegepersonal vor allem im ambulanten Bereich zu entlasten und in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen sowie deren An- und Zugehörige zu unterstützen.

Im Modellprogramm nach § 125a werden derzeit verschiedene Ansätze erprobt und evaluiert. Dafür sind bis Ende 2025 Mittel in Höhe von bis zu fünf Millionen Euro erforderlich. Die Höhe der verfügbaren Mittel des Modellprogramms wird daher angepasst, um die nicht verausgabten Mittel in Höhe von weiteren fünf Millionen zur Weiterentwicklung der Leistungen der pflegerischen Versorgung im Rahmen des neu eingerichteten Modellprogramms nach § 8 Absatz 3c einzusetzen.

Unter Einbeziehung der Evaluationsergebnisse zur wissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege nach § 125a entwickelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, mit geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft sowie mit der Digitalagentur (ehemals Gesellschaft für Telematik) unter Beteiligung der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a, den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 und der oder des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege bis zum 31. Dezember 2027 Empfehlungen als Grundlage für bundesweite Vereinbarungen und Standards zum Einsatz von Telepflege in der pflegerischen Versorgung in der Langzeitpflege und legt diese dem Bundesministerium für Gesundheit vor. In den Empfehlungen sollen auch Vorschläge dazu gemacht werden, wie telepflegerische Leistungen in der ambulanten und stationären Langzeitpflege im Fünften und Elften Buch abgebildet werden können, dabei ist die Perspektive und die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen sowie deren An- und Zugehörigen verbindlich zu berücksichtigen. Im Rahmen der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege nach § 125a werden auch Anforderungen an die technische Ausstattung in den Pflegeeinrichtungen sowie Qualifikationsanforderungen an das Personal untersucht, die mit dem Einsatz telepflegerischer Lösungen verbunden sind. Die Ergebnisse sind mit einzubeziehen. Die Digitalagentur soll insbesondere mit Blick auf mögliche, aber nicht notwendige Schnittstellen zur Telematikinfrastruktur beteiligt werden. Bei der Auswahl der geeigneten Verbände der Digitalwirtschaft sind insbesondere solche Verbände zu beteiligen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie im Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen gebildet wurden und die dabei vorrangig die Interessen von Unternehmen vertreten, die im Bereich der Telemedizin etwa als Videodienstanbieter tätig sind.

Zu Nummer 69 (§§ 125c und 125d)

Zu § 125c (Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung)

Die regelmäßigen Vergütungsverhandlungen nach dem achten Kapitel sind für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen mit den Leistungsträgern mit erheblichem Aufwand verbunden. Nicht zuletzt mit der Einführung der Regelungen zur tariflichen Bezahlung im Pflegevertrags- und -vergütungsrecht der Pflegeversicherung haben sich die Anforderungen für die Pflegeselbstverwaltung für zeitnahe Abschlüsse der Vereinbarungen neu sortiert.

Digitalisierung wird hier Abhilfe schaffen können: Daher wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit der Durchführung eines Modellvorhabens zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung beauftragt. Dabei ist die barrierefreie Gestaltung der digitalen Verfahren zu beachten. Die barrierefreie Gestaltung der digitalen Verfahren erfolgt gemäß der Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung in ihrer jeweils gültigen Fassung.

Die Finanzierung erfolgt aus den vorhandenen Mitteln nach § 8 Absatz 3, die für Modellvorhaben und Studien vorgesehen sind. Er legt die Einzelheiten des Modells im Rahmen der Ausschreibung fest. Dazu gehört auch die Auswahl der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen und Sozialhilfeträger, die möglichst heterogen die bestehende Versorgungslandschaft abbilden. Die Verwaltung und wissenschaftliche Begleitung des Modellvorhabens wird aus den Modellmitteln finanziert. Im Einzelfall ist auch die Gewährung von

Mehraufwandsentschädigungen für die von der Durchführung des Vorhabens betroffenen Stellen möglich.

Die Auswirkungen einer digitalen Verhandlung unter Nutzung der technisch und digital verfügbaren Möglichkeiten im Hinblick auf einen zeitnahen und effizienten Abschluss sollen mittels einer Vielzahl von teilnehmenden Pflegeeinrichtungen in unterschiedlichen Versorgungsumgebungen wissenschaftlich erforscht werden, um eine belastbare Grundlage für die Entscheidung über Anpassungen zum Vereinbarungsverfahren im Achten Kapitel zu erhalten. Gleichzeitig können die Erkenntnisse aus dem Modell den Vereinbarungspartnern in der Selbstverwaltung unbeschadet der Entscheidung von gesetzlichen Anpassungen in der Praxis unmittelbar nutzen.

Zu § 125d (Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen)

Zu Absatz 1

Im Kontext der langfristigen Sicherstellung der pflegerischen Versorgung stellt sich perspektivisch die Frage, ob für den stationären Pflegebereich konzeptionelle Öffnungen verlässlich möglich sind. Hierzu sind Vorhaben zur modellhaften Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung durch voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen vorgesehen. Dadurch sollen Effizienzreserven erschlossen werden und dem Wunsch der Pflegebedürftigen nach einer selbststimmten und wohnortnahen Versorgung nachgekommen werden. Es sollen zentral zwei verschiedene Ansätze untersucht werden:

Zu Nummer 1

Es soll erprobt werden, unter welchen Rahmenbedingungen der anhaltende, nicht nur kurzfristige Einbezug von An- und Zugehörigen in die vollstationäre pflegerische Versorgung gelingen kann. Zentral soll untersucht werden, ob und wie durch die regelmäßige Übernahme von pflegerischen Leistungen durch An- und Zugehörige Personaleinsparungen für die Einrichtungen und entsprechende Kostenreduzierungen für die Pflegebedürftigen umsetzbar sind, und welche Auswirkungen sich dadurch für die bestehende Vollversorgungsgarantie der Pflegeeinrichtung ergeben. Damit verbunden sind insbesondere allgemeine haftungsrechtliche Fragestellungen zu berücksichtigen sowie die Auswirkungen auf die einzelnen Teilbereiche des Pflegeversicherungsrechts.

Zu Nummer 2

Ebenfalls modellhaft erprobt werden soll, wie sich voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen besser zur ambulanten pflegerischen Versorgung von Versicherten „ins Quartier“, also außerhalb der unmittelbaren Sphäre und den Räumlichkeiten der Einrichtung, öffnen können. Sie sollen daher Leistungen im Sinne des § 36 dieses Buches sowie die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches außerhalb der Pflegeeinrichtung, in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen und Versicherten erbringen können. Der Fokus liegt hierbei auf den notwendigen gesetzlichen Voraussetzungen, abgesehen von der bereits vorhandenen Option als weitere Zulassung als ambulante Pflegeeinrichtung oder Betreuungseinrichtung mittels Gesamtversorgungsverträgen.

Zu Absatz 2

Die Auswirkungen der modellhaften Öffnung bei der Leistungserbringung auf die pflegerische Versorgung sollen mittels teilnehmenden zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen in unterschiedlichen Versorgungsumgebungen wissenschaftlich erforscht werden, um eine belastbare Grundlage für die Entscheidung über eine regelhafte Umsetzung zu erhalten. Besonderes Augenmerk bei der Erprobung soll auf die Wirkungen auf die pflegerische

Versorgung gelegt werden, inwiefern sich die Öffnung mit der bestehenden Vollversorgungsgarantie im vollstationären Bereich verträgt und verlässlich für alle Beteiligten umsetzen lässt. Daher sind insbesondere die Planbarkeit, die Verlässlichkeit, die Qualität, die Wirtschaftlichkeit, der Inhalt der erbrachten Leistungen, die Kosteneffizienz und die Auswirkung auf den Personalbedarf in den Blick zu nehmen. Zugleich sind die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Kosten in den verschiedenen Bereichen (Pflegevergütung, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten) und die allgemeinen Kostenwirkungen im Rahmen von SGB XI und ggf. SGB V ein wichtiger Faktor. Insgesamt ist auch die Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen, den Pflegekräften und den pflegenden An- und Zugehörigen zu untersuchen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird mit der Durchführung der Modellvorhaben beauftragt und legt die Einzelheiten dazu im Rahmen der Ausschreibung fest. Dazu gehört auch die Auswahl einer begrenzten Zahl von teilnehmenden Pflegeeinrichtungen im gesamten Bundesgebiet, maximal drei Stück pro Bundesland. Die Verwaltung und wissenschaftliche Begleitung des Modellvorhabens wird aus den Modellmitteln nach § 8 Absatz 3 finanziert.

Zu Absatz 3

Für am Modell teilnehmende vollstationäre Pflegeeinrichtungen besteht die Möglichkeit, entweder alternativ nur einen Flexibilisierungsansatz gemäß Absatz 1 Satz 2 Nummern 1 oder 2 zu erproben, oder auch kumulativ beide. Für teilstationäre Pflegeeinrichtungen kommt nur die Variante gemäß Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 mit der Erprobung der externen ambulanten pflegerischen Versorgung außerhalb der Räumlichkeiten der Einrichtung in Frage.

Es sind jeweils die Vorschriften dieses Buches anzuwenden, im Einzelfall kann von den Regelungen des Siebten und Achten Kapitels abgewichen werden. Bei der Erprobung des Flexibilisierungsansatzes nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 sind für Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünftes Buches die Vorschriften des Fünften Buches, insbesondere des § 132a anzuwenden, im Einzelfall kann davon abgewichen werden. Das heißt, teilnehmende stationäre Pflegeeinrichtungen bedürfen eines Versorgungsvertrags nach § 132a Absatz 4 Fünftes Buch, der insbesondere die Vergütung der Leistungen festlegt.

Zu Nummer 70 (§ 150)

Zu Buchstabe a

Die zuletzt bis zum 30. April 2023 befristete pandemiebedingte Sonderregelung wird aufgrund der Einführung des § 73a Absatz 1 und 2 in generalisierter Form ins Dauerrecht aufgehoben.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 11 Absatz 1 Satz 3 angepasst.

Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 34)

Zu Buchstabe a

Die Fristen in § 34 werden zur Entbürokratisierung auf jeweils acht Wochen vereinheitlicht. Somit werden Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 bei

vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr weitergewährt. Damit werden Anspruchsberechtigte, die sich regelmäßig vorübergehend im Ausland aufhalten, und Pflegekassen hinsichtlich der Entstehung von Prüfaufwand entlastet.

Zu Buchstabe b

Die Fristen in § 34 werden zur Entbürokratisierung auf jeweils acht Wochen vereinheitlicht. Somit werden Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 in den ersten acht Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Leistungen, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, oder einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches weitergezahlt. Zugleich bleibt es dabei, dass bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Absatz 6 Satz 1 des Zwölften Buches Anwendung findet, das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 auch über die ersten acht Wochen hinaus weitergezahlt wird. Durch die Regelung wird die häusliche Pflege gestärkt, der auch zum Beispiel während eines Krankenhausaufenthaltes fortbestehenden Pflegebereitschaft und des anhaltenden Einsatzes von pflegenden An- und Zugehörigen Rechnung getragen und die Anzahl der Fälle, in denen das Ruhen zu prüfen ist, wird deutlich gesenkt, sodass Pflegekassen von Prüfaufwand entlastet werden. Zugleich bildet der Zeitraum von acht Wochen eine geeignete Grenze ab, ab dem eine Änderung der Pflegesituation in die Betrachtung mit einbezogen werden kann.

Zu Buchstabe c

Die Fristen in § 34 werden zur Entbürokratisierung auf jeweils acht Wochen vereinheitlicht. Zudem wird die medizinische Vorsorge im Wortlaut des Absatz 3 nun mit aufgeführt. Somit ruhen in Harmonisierung mit den übrigen Regelungen des § 34 die Leistungen zur sozialen Sicherung nach den §§ 44 und 44a nicht für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten oder Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten acht Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation.

Zu Nummer 2 (§ 45j Absatz 3 Satz 2)

Da der Gemeinsame Jahresbetrag nach § 42a zum 1. Juli 2025 in Kraft tritt, ist die Bezugnahme auf den entsprechenden Leistungsbetrag zu ändern.

Zu Nummer 3 (§ 55)

Mit der gesetzlichen Änderung wird ab dem 1. Januar 2026 die Wirkung des Nachweises der Elterneigenschaft sowie der Anzahl der Kinder unter 25 Jahren im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung nach Einführung des automatisierten Übermittlungsverfahrens nach § 55a in Absatz 3a geregelt. Bisher wurde die Wirkung des Nachweises von berücksichtigungsfähigen Kindern in Absatz 3b normiert. Dabei wurde zwischen verschiedenen Geburtszeiträumen der Kinder unterschieden.

Zu Buchstabe a

Die gesetzliche Änderung trägt dem Umstand Rechnung, dass der Nachweis über die Elterneigenschaft sowie über die Anzahl der Kinder unter 25 Jahren spätestens nach Ablauf des Übergangszeitraums nach Absatz 3d und nach den erfolgten Bestandsabfragen nach § 55a SGB XI, § 202a SGB V und § 124 SGB IV ab dem 1. Januar 2026 regelhaft über das automatisierte Übermittlungsverfahren erfolgen wird.

Die Sätze 1 und 2 entsprechen dem bisherigen Absatz 3a Satz 1 und 2. Der bisherige Absatz 3a Satz 3 wird mit Einführung des auf § 55a beruhenden automatisierten Übermittlungsverfahrens entbehrlich.

Nach dem neuen Satz 3 sind Nachweise für Kinder, die über das automatisierte Übermittlungsverfahren erfolgen, im Falle der Geburt eines Kindes ab Beginn des Monats der Geburt, ansonsten ab dem Zeitpunkt eines vergleichbaren Ereignisses zu berücksichtigen. Dies gilt unabhängig vom Zeitpunkt der Übermittlung, da eventuelle Verzögerungen im automatisierten Übermittlungsverfahren nicht in der Verantwortung der Mitglieder oder der abrufenden Stellen liegen. Ein vergleichbares Ereignis kann zum Beispiel die Aufnahme einer Beschäftigung, der Bezug einer Rente oder ein Kassenwechsel sein. Auch kann dies die Feststellung bzw. Anerkennung einer Vaterschaft oder die Adoption eines Kindes sein.

Kinder, die nicht über das automatisierte Übermittlungsverfahren gemeldet werden können, insbesondere weil sie steuerrechtlich nicht relevant sind, wie zum Beispiel bei Stief- und Pflegekindern möglich, kann das Mitglied selbst gegenüber der beitragsabführenden Stelle oder bei Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse nachweisen. Nähere Hinweise hierzu enthalten die Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach Satz 2.

Erfolgt der Nachweis durch das Mitglied innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des Ereignisses, hat die beitragsabführende Stelle oder die Pflegekasse den Nachweis rückwirkend ab Eintritt des Ereignisses zu berücksichtigen; dies bedeutet bei Geburt eines Kindes ab Beginn des Monats der Geburt oder bei einem vergleichbaren Ereignis ab Eintritt des Ereignisses. Nachweise, die nach Ablauf der Sechs-Monats-Frist erfolgen, sind ab Beginn des Folgemonats, in dem sie erbracht wurden, zu berücksichtigen. Sechs Monate erscheinen auskömmlich, um entsprechende Nachweise vorzulegen.

Der Satz 6 entspricht dem bisherigen Satz 3, wonach den beitragsabführenden Stellen und den Pflegekassen in entsprechenden Fällen die datenschutzrechtliche Befugnis eingeräumt wird, einen Nachweis über die berücksichtigungsfähigen Kinder zu verlangen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung von § 55 Absatz 3a.

Zu Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 15)

Mit der Änderung wird das Verhältnis von § 15 und § 15a gesetzlich klargestellt. § 15 regeltet den Arztvorbehalt für die Erbringung ärztlicher Behandlung nach dem Fünften Buch. In § 15a Absatz 1 wird nunmehr grundsätzlich geregelt, dass die Erbringung bestimmter Leistungen der ärztlichen Behandlung auch durch Pflegefachpersonen, die über die erforderlichen Kompetenzen verfügen, erfolgen kann. Zudem wird gesetzlich klargestellt, dass die ärztliche Behandlung durch Ärzte nicht die Pflegeprozessverantwortung umfasst, die berufsrechtlich allein Pflegefachpersonen vorbehalten ist.

Zu Nummer 2 (§ 15a)

Zu § 15a (Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung)

Zu Absatz 1

Der Pflegeberuf ist ein Heilberuf mit eigenen beruflichen Kompetenzen. In § 15a wird als komplementäre Vorschrift zu § 15 geregelt, dass Pflegefachpersonen neben Ärzten bestimmte Leistungen der Behandlung, die bisher Ärzten vorbehalten waren, erbringen dürfen und welche Qualifikationsvoraussetzungen hierfür im Rahmen der bestehenden Leistungen

der gesetzlichen Krankenversicherung bestehen. Die Regelung schafft keinen eigenen Leistungsanspruch der Versicherten, sondern konkretisiert bestehende Leistungsansprüche. Um welche Leistungen es geht, wird für Leistungen der ärztlichen Behandlung insbesondere in den Nummern 1 bis 3 insbesondere für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung und häuslichen Krankenpflege konkretisiert. Da § 15a eine Grundsatznorm mit Wirkung für das ganze SGB V darstellt, ist die Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen jedoch grundsätzlich auch in anderen Versorgungsbereichen möglich, z. B. im Bereich der Leistung der Krankenhausbehandlung. Zugleich laufen die bisherigen Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3b und 3c und § 64d aus, da die eigenverantwortliche Erbringung bestimmter Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen zukünftig in der Regelversorgung erfolgt. Die Leistungen, die Pflegefachpersonen nach den Vereinbarungen des bisherigen Rahmenvertrags nach § 64d SGB V in den Modellvorhaben erbringen durften, werden mit der Regelung zudem unmittelbar in die Regelversorgung übernommen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich der bisher geschlossene Rahmenvertrag an den Vorgaben der „Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V“ des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 22. März 2012 (BAnz. Nr. 46 (S. 1128) vom 21. März 2012 und BAnz. Nr. 50 (S. 1228) vom 28. März 2012, „Heilkundeübertragungs-Richtlinie“) orientiert. Auch die Standardisierten Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben der Fachkommission nach § 53 des Pflegeberufegesetzes aus dem Jahr 2022 wurden mit Blick auf die in der Heilkundeübertragungs-Richtlinie geregelten Bereiche entwickelt. Diese Bereiche sind zwar nach wie vor für die Versorgung durch Pflegefachpersonen relevant, sind aber fachlich deutlich weiterzuentwickeln. Daher ist der bisherige Rahmenvertrag nach § 64d Absatz 1 Satz 4 nur als ein erster Schritt in Richtung der Weiterentwicklung der Befugnisse von Pflegefachpersonen im Rahmen der Leistungen nach diesem Buch zu sehen.

Zur Eigenverantwortlichkeit gehören die berufsrechtlich weisungsfreie Entscheidung über die Art, Dauer und Häufigkeit der Behandlung, die Verantwortung für die rechtzeitige fachlich indizierte Einbeziehung ärztlicher und weiterer Berufsgruppen im Gesundheitswesen sowie die haftungsrechtliche Verantwortung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (vgl. § 12). Eine eigenverantwortliche Erbringung von bestimmten Leistungen der ärztlichen Behandlung bedeutet, dass die Pflegefachperson auf Grundlage ihrer vorhandenen fachlichen Kompetenzen einen eigenen fachlichen Entscheidungsbereich hat, der nicht täglich oder im Einzelfall neu festgelegt wird, sondern grundsätzlich besteht. In dem definierten fachlichen Bereich und Umfang, in dem die Pflegefachperson eigenverantwortlich handelt, handelt es sich daher nicht mehr um eine (erweiterte) Delegation von Leistungen; vielmehr ist die Entscheidungsbefugnis der Pflegefachperson in diesem Bereich und Umfang hinsichtlich ihrer Eigenverantwortlichkeit mit Ärzten vergleichbar (z. B. in der vertragsärztlichen Versorgung mit angestellten Ärzten). § 15a gilt aufgrund seiner systematischen Stellung im Abschnitt „Gemeinsame Vorschriften“ des Kapitels „Leistungen der Krankenversicherung“ für alle Leistungen des Fünften Buches; es bedarf daher grundsätzlich keiner Wiederholung der Inhalte dieser Vorschrift in leistungsrechtlichen Regelungen, die die ärztliche Behandlung regeln. Vielmehr gilt die in § 15a Absatz 1 normierte Ausnahme vom Arztvorbehalt unter den dort genannten Voraussetzungen überall dort, wo die ärztliche Behandlung im Fünften Buch geregelt wird (z. B. in den §§ 27, 28). Gleiches gilt für die Berücksichtigung der Pflegeprozessverantwortung der Pflegefachpersonen, die in § 4 des Pflegeberufegesetzes Pflegefachpersonen berufsrechtlich vorbehalten ist und die bei der Ausgestaltung aller Leistungen des Fünften Buches zu berücksichtigen ist.

Voraussetzung für eine eigenverantwortliche Erbringung von bestimmten Leistungen der ärztlichen Behandlung ist das Vorhandensein der erforderlichen fachlichen, das heißt entsprechenden heilkundlichen Kompetenzen, die den jeweiligen ärztlichen Kompetenzen entsprechen. Solche heilkundlichen Kompetenzen werden insbesondere im Rahmen der primärqualifizierenden hochschulischen Pflegeausbildung erworben. Dazu gehören nach § 37

Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes unter anderem die „erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen auf wissenschaftlicher Grundlage und Methodik in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz“; § 37 Absatz 3 Satz 2 Nummer 6 bis 9 des Pflegeberufegesetzes konkretisiert die in diesem Zusammenhang vermittelten Kompetenzen, die zu einer eigenverantwortlichen Ausübung der heilkundlichen Aufgaben befähigen).

Durch eine parallel erfolgende Anpassung von § 37 des Pflegeberufegesetzes und weiterer berufsrechtlicher Normen wird flankierend die bisher im Pflegeberufegesetz vorgenommene (implizite) Unterscheidung zwischen heilkundlichen Aufgaben, die von Pflegefachpersonen schon bisher aus fachlicher Sicht erbracht wurden, die aber bisher nicht so bezeichnet wurden, und „erweiterten“ heilkundlichen Aufgaben aufgegeben. „Erweiterte“ heilkundliche Aufgaben waren nach bisherigem Verständnis gleichzusetzen mit bisher Ärzten vorbehaltenen Aufgaben. Da das vorangestellte Adjektiv „erweitert“ zu Unklarheiten führte, soll die Unterscheidung zwischen „heilkundlichen“ und „erweiterten heilkundlichen“ Aufgaben“ auch im Pflegeberufegesetz aufgegeben werden; dort soll perspektivisch allein der Begriff „heilkundlich“ verwendet werden.

Das Verständnis des Heilkundebegriffs erfährt seit Jahrzehnten eine schrittweise Veränderung, so dass heute nicht mehr davon ausgegangen werden kann, dass allein Aufgaben, die von Ärztinnen und Ärzten wahrgenommen werden, als heilkundliche Aufgaben zu qualifizieren sind. Vielmehr werden auch Kompetenzen von Pflegefachpersonen, die im Rahmen der beruflichen und hochschulischen Ausbildung erworben werden, jedenfalls teilweise als heilkundliche Kompetenzen angesehen, die jedoch dem beruflichen Kompetenzbereich der Pflege zugeordnet werden. Diesem Verständnis wurde gesetzlich bereits im Pflegestudiumstärkungsgesetz Rechnung getragen, nach dem zwischen der Pflege eigenen heilkundlichen und bisher allein Ärzten vorbehaltenen heilkundlichen (bisher als „erweitert“ bezeichneten) Aufgaben unterschieden wurde. Letztere werden in den Regelungen zu den Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c sowie § 64d sozialrechtlich bisher als „ärztlich übertragene Tätigkeiten“ bezeichnet. Mit der vorgesehenen Aufgabe der Unterscheidung zwischen „heilkundlichen“ und „erweiterten heilkundlichen“ Aufgaben wird anerkannt, dass neben ärztlicher Heilkunde auch andere Berufsgruppen in gewissem Umfang eigenverantwortlich Heilkunde ausüben, ohne dass dies notwendiger Weise ärztliche Aufgaben berührt.

§ 4a des Pflegeberufegesetzes reicht inhaltlich daher über die vormals allein Ärzten vorbehaltenen Aufgaben hinaus. Er stellt gegenüber dem hergebrachten Heilkundebegriff in § 1 des Heilpraktikergesetzes eine diesen verdrängende Spezialregelung (lex specialis) dar, da er sowohl der Pflege eigene heilkundliche Aufgaben als auch vormals allein Ärzten vorbehaltene heilkundliche Aufgaben umfasst. In § 15a Absatz 1 werden für das Sozialrecht jedoch nur solche Leistungen geregelt, der bisher allein Ärzten im Rahmen der ärztlichen Behandlung nach § 15 vorbehalten war. Nur für diesen Teil erfolgt eine ausdrückliche sozialrechtliche Regelung, wonach auch Pflegefachpersonen bestimmte von der ärztlichen Behandlung umfasste Leistungen erbringen können, ohne dass sich am Anspruch auf die Leistungen etwas ändert. Eine ausdrückliche Regelung auch pflegerischer oder der Pflege eigener heilkundlicher Aufgaben im Rahmen des Sozialleistungsrechts ist angesichts bestehender leistungsrechtlicher Regelungen, beispielsweise in § 37 SGB V, nicht erforderlich. Denn Aufgaben, die im Rahmen des Leistungsrechts des Fünften Buches schon bisher von Pflegefachpersonen erbracht wurden, ändern sich durch die Regelung des § 15a Absatz 1 inhaltlich nicht, auch wenn die Qualifizierung der Pflege eigener Aufgaben als „heilkundlich“ im Pflegeberufegesetz eine für diesen Heilberuf wichtige fachliche und begriffliche Klarstellung bedeutet. Mit der angepassten Systematik besteht zudem hinsichtlich des Begriffs der heilkundlichen Aufgaben, die eigenverantwortlich ausgeübt werden können, eine widerspruchsfreie Systematik auch im Verhältnis zu anderen Berufsgesetzen, die eine eigenverantwortliche Heilkundeausübung bezogen auf Leistungen, die bisher sowohl berufsrechtlich als auch leistungsrechtlich allein Ärzten vorbehalten waren, in bestimmtem Rahmen ermöglichen.

Absatz 1 regelt auch, dass bestimmte Leistungen der ärztlichen Behandlung auch durch Pflegefachpersonen mit einer gleichwertigen Qualifikation erbracht werden können. Als gleichwertig werden entsprechende Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Ausübung von heilkundlichen Aufgaben angesehen, die Pflegefachpersonen zusätzlich in einer von den Ländern staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung oder im Wege einer der Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung, die durch eine staatliche Kompetenzfeststellung nachwiesen wurde, erworben haben. Damit wird auch Pflegefachpersonen, die beispielsweise nicht über eine Erlaubnis nach § 1 Satz 1 i.V.m. Satz 2 des Pflegeberufegesetzes, aber eine qualifizierte Weiterbildung oder eine qualifizierte Berufserfahrung, zum Beispiel durch mehrjährige Erfahrung in der Durchführung bestimmter Leistungen der (ärztlichen Behandlung) im Wege der Delegation, verfügen, im jeweiligen Kompetenzbereich unter den genannten Voraussetzungen die eigenverantwortliche Erbringung dieser Leistungen ermöglicht. Die staatliche Anerkennung dieser Weiterbildungen, auch mit Blick auf die daraus resultierende Erlaubnis zur Heilkundeausübung in bestimmten, begrenzten Aufgabenbereichen, hat durch die zuständigen Landesbehörden zu erfolgen. Die bundesweite Einheitlichkeit der Weiterbildung und der in ihr vermittelten heilkundlichen Kompetenzen ist aus Gründen des Patientenschutzes erforderlich, da mit den Regelungen bestimmte bisher Ärztinnen und Ärzten vorbehaltene Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auch durch Pflegefachpersonen bundesweit erbracht werden können. Denn eine Anknüpfung der Möglichkeit zur Erbringung bestimmter Leistungen der (ärztlichen) Behandlung an unterschiedliche Weiterbildungsqualifikationen in den Ländern mit potentiell unterschiedlichen heilkundlichen Kompetenzprofilen und eine daraus resultierende unterschiedliche eigenverantwortliche Heilkundeausübung durch Pflegefachpersonen ist weder für Leistungserbringer im Gesundheitswesen als Arbeitgeber und erst recht nicht für Patientinnen und Patienten zu überblicken. Die Umsetzung bundesweit einheitlicher, staatlich anerkannter Weiterbildungen ist eine Aufgabe, die ein Zusammenwirken aller Länder und des Bundes sinnvoll erscheinen lässt. Das Bundesministerium für Gesundheit wird daher nach Inkrafttreten des Gesetzes gemeinsam mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend auf die Länder zugehen und das Angebot einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe für diesen Bereich unterbreiten.

Die heilkundlichen Kompetenzen, die nicht im Rahmen der beruflichen (hochschulischen) Ausbildung, sondern in einer Weiterbildung erworben werden, können auch in anderen als den in § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes genannten Bereichen erworben werden (z. B. im Bereich der Intensivpflege). Neben Fachweiterbildungen können auch im Ausland erworbene Qualifikationen berücksichtigt werden, wenn die Länder für diese nach einem bundeseinheitlichen Verfahren die Bewertung und Anerkennung vornehmen. Die bisherigen Module der Fachkommission nach § 14 des Pflegeberufegesetzes sowie die nach § 14a des Pflegeberufegesetzes zukünftig zu entwickelnden, standardisierten Kompetenzbeschreibungen stellen für die Bewertung, welche Qualifikationen oder Kompetenzen in vergleichbarem Maße die Erbringung von bestimmten Aufgaben der (ärztlichen) Behandlung durch Pflegefachpersonen ermöglichen, einen fachlichen Referenzrahmen dar. Sie sind für die Länder nicht verbindlich. Soweit Weiterbildungen Kompetenzen vermitteln, die den Kompetenzen der Module nach § 14 des Pflegeberufegesetzes oder der standardisierten Kompetenzbeschreibungen nach § 14a des Pflegeberufegesetzes entsprechen, sind sie als bundeseinheitlich im Sinne der Norm anzusehen. Da die standardisierten Module nach § 14 des Pflegeberufegesetzes ursprünglich mit Blick auf die "Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V" und vor Inkrafttreten der Regelungen des Pflegestudiumstärkungsgesetzes entwickelt wurden, sind sie fachlich zu überprüfen, können jedoch einen Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung und Standardisierung erforderlicher heilkundlicher Kompetenzen in den genannten Bereichen bieten.

Zu Absatz 2

Absatz 2 stellt gesetzlich klar, dass zu den Pflegeleistungen nach diesem Buch auch die Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung einer Pflegefachperson gehört. Pflegeleistungen sind alle Leistungen, die durch Pflegefachpersonen selbst oder durch Pflegefachassistenz- oder andere Pflegekräfte nach den Vorschriften dieses Buches im fachlichen Aufgabenbereich der Pflege erbracht werden. Pflegeleistungen umfassen auch eigene heilkundliche Aufgaben der Pflege, die nicht zugleich ärztliche Aufgaben sind. Nicht umfasst von der Pflegeprozessverantwortung sind einfachste Maßnahmen der Behandlungspflege, die durch die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen finanziert werden.

Die Pflegeprozessverantwortung gründet sich auf die in § 4 des Pflegeberufegesetzes geregelten Vorbehaltsaufgaben der Fachpflege und umfasst die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und Planung der Pflege, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege. Die Vorbehaltsaufgaben nach § 4 des Pflegeberufegesetzes sind berufsrechtlich als absolute Vorbehaltsaufgaben ausgestaltet. Das bedeutet, dass andere Berufsgruppen diese Aufgaben nicht ausüben und auch entsprechende Leistungen nicht erbringen dürfen.

Die Verpflichtung zur Beachtung der Vorbehaltsaufgaben gilt auch für untergesetzliche Regelungen (z.B. den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses oder vertraglichen Regelungen und Vereinbarungen auf Grundlage dieses Buches) uneingeschränkt. Die Vorbehaltsaufgaben werden durch Pflegefachpersonen in eigener Verantwortung einschließlich der Haftung für fehlerhafte Entscheidungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) erbracht. Die Durchführung der Vorbehaltsaufgaben beinhaltet für Pflegefachpersonen die berufliche Verpflichtung, interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen fachlich zu kommunizieren und effektiv zusammenzuarbeiten und dabei individuelle, multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen zu ärztlichen Diagnosen und Indikationsstellungen sowie festgestellter Pflegebedürftigkeit zu entwickeln sowie teamorientiert umzusetzen. Pflege(fach)assistenz- und -hilfskräfte sowie weitere Berufsgruppen und Hilfskräfte können Pflegefachpersonen bei der Durchführung der Vorbehaltsaufgaben und der Erbringung pflegerischer Leistungen im Rahmen ihrer jeweiligen Qualifikationen unterstützen. Sie haben dabei je nach vorhandener Qualifikation eine Durchführungsverantwortung; insbesondere Pflegefachassistenzpersonen nach dem Pflegefachassistenzgesetz erwerben Kompetenzen, um in speziellen Bereichen selbständig medizinisch-pflegerische Aufgaben wahrzunehmen und durch die Wahrnehmung ihrer Durchführungsverantwortung unmittelbar Einfluss auf die Gesundheit und die Lebensqualität der zu pflegenden Menschen zu nehmen. Das zeigt sich besonders im Bereich der häuslichen Krankenpflege. Die Verantwortung für den Pflegeprozess verbleibt jedoch bei der Pflegefachperson.

Es wird zugleich gesetzlich klargestellt, dass – soweit Pflegefachpersonen bestimmte Leistungen der (ärztlichen) Behandlung nach Absatz 1 erbringen – sich die Pflegeprozessverantwortung auch auf diese Leistungen erstreckt. Dies stellt sicher, dass die Pflegefachperson einen umfassenden analytischen Blick einnimmt und ihre Leistungen ganzheitlich erbringt. Zugleich ist sie – soweit sie die Leistungen als Teil einer ärztlichen Behandlung übernimmt – zu einer kooperativen interprofessionellen Zusammenarbeit verpflichtet, insbesondere zur rechtzeitigen Information des Arztes, wenn dies für die ärztliche Behandlung erforderlich ist. Sie ist insofern bezüglich dieser Leistungen auch Teil des Teams, das den Therapieprozess gemeinsam gestaltet.

Zu Absatz 3

Absatz 3 enthält eine Legaldefinition des Begriffs der Pflegefachperson für die Zwecke des Fünften Buches. Damit wird die Bezeichnung für Personen, die über eine Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufegesetzes verfügen, im Sozialrecht modernisiert und dem Anliegen der Profession der Pflege entsprochen, den berufspolitisch oft kritisierten Begriff der

Pflegefachkraft nicht mehr zu verwenden. Die Änderung wird in den betroffenen Regelungen des Fünften Buches umgesetzt.

Zu Nummer 3 (§ 20)

Nach § 5 Absatz 1a Satz 3 SGB XI (neu) sollen Pflegefachpersonen die Möglichkeit und Aufgabe erhalten, im Zusammenhang mit einer Beratung nach den §§ 7a und 7c SGB XI, einer Leistungserbringung nach § 36 SGB XI oder eines Beratungsbesuchs nach § 37 Absatz 3 SGB XI eine Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gemäß § 20 Absatz 5 SGB V auszusprechen. Damit werden die Rolle und Kompetenz der Pflegefachpersonen gestärkt und der Zugang von Pflegebedürftigen zu notwendigen und ihnen zustehenden Präventionsmaßnahmen vereinfacht und verbessert. Die Ergänzung setzt dies entsprechend um. Darüber hinaus soll die Krankenkasse bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention auch die Feststellungen zur Prävention nach § 18b Absatz 2 SGB XI im Rahmen der Pflegebegutachtung berücksichtigen.

Zu Nummer 4 (§ 33)

Der zwischen den Spitzenorganisationen nach § 132a und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu verhandelnde Vertrag nach § 73d sieht in Absatz 1 Nummer 2 die eigenverantwortliche Entscheidung von Pflegefachpersonen über die Folgeversorgung Versicherter mit bestimmten Hilfsmitteln in Abhängigkeit von entsprechenden Qualifikationen oder Weiterbildungen der Pflegefachpersonen vor. Die Änderung dient der leistungsrechtlichen Umsetzung der Wertungen aus dem Vertrag. In Fällen, in denen entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen die zur Ausübung ihrer Aufgaben im Rahmen der häuslichen Krankenpflege erforderlichen Hilfsmittel unter den Voraussetzungen des § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 eigenverantwortlich verordnen haben, soll eine vertragsärztliche Verordnung für die Leistungserbringung und Abrechnung nicht notwendig sein.

Zu Nummer 5 (§ 37)

Zu Buchstabe a

Es wird präzisiert, dass häusliche Krankenpflege zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung auch in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung nach § 92c des Elften Buches erbracht werden kann.

Zu Buchstabe b

Es wird klargestellt, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege auch Leistungen der ärztlichen Behandlung, die durch Pflegefachpersonen abhängig von den jeweils erworbenen Kompetenzen, nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung eigenverantwortlich erbracht werden können, umfassen. Damit können im Rahmen der Erbringung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege auch diejenigen Leistungen erbracht werden, die in den Katalog nach § 73d Absatz 1 Nummer 1 aufgenommen worden sind.

Zu Buchstabe c

Mit der Änderung wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 15a Absatz 3 angepasst.

Zu Nummer 6 (§ 37c)

Mit den Änderungen wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 15a Absatz 3 angepasst.

Zu Nummer 7 (§ 39)

In Absatz 1 Satz 2 wird klargestellt, dass die von der Krankenhausbehandlung umfasste Leistung der ärztlichen Behandlung auch die durch Pflegefachpersonen erbrachten, in § 15a Absatz 1 genannten Aufgaben der ärztlichen Behandlung umfasst. Welche Aufgaben Pflegefachpersonen hierbei erbringen können, richtet sich nach den jeweiligen Kompetenzen, die im Rahmen der beruflichen oder hochschulischen Ausbildung oder einer bundesweit einheitlichen, staatlich anerkannten Weiterbildung oder in einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung erworben wurden, die durch eine staatliche Kompetenzfeststellung nachwiesen wurde. Der Vertrag nach § 73d sowie wissenschaftliche Expertisen, die auf der Grundlage von § 8 Absatz 3c des Elften Buches entwickelt werden, stellen hierfür eine Orientierungshilfe dar.

Zu Nummer 8 (§ 39a)

Mit den Änderungen werden die Begriffe der Krankenschwester, des Krankenpflegers sowie der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 15a Absatz 3 angepasst.

Zu Nummer 9 (§ 63)

Sofern Modellvorhaben auf Basis des bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes geltenden Rechts begonnen wurden, können die Modellvorhaben weitergeführt werden.

Zu Nummer 10 (§ 64d)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich zum einen um eine Folgeänderung zur Übertragung der Modellvorhaben nach § 64d SGB V in die Regelversorgung und zum anderen wird mit der Änderung der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 15a Absatz 3 angepasst. Darüber hinaus werden die Rahmenvertragspartner begrifflich konkretisiert.

In Satz 4 werden die Partner des Rahmenvertrages in Entsprechung der in § 73d Absatz 1 Satz 1 gewählten Einzelaufzählung der Partner des Vertrages nach § 73d Absatz 1 Satz 1 nun ebenfalls konkret benannt.

Ergänzend wird als Folgeänderung zu § 73d Absatz 1 Satz 2 geregelt, dass der Rahmenvertrag unter Berücksichtigung des Ergebnisses der Prüfung nach § 73d Absatz 1 Satz 2 bis zum 31. März 2026 so anzupassen ist, dass die in Anlage 1 des Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen auch in der Regelversorgung erbracht werden können.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 15a Absatz 3 angepasst.

Zu Nummer 11 (§ 70)

Mit der Änderung wird klargestellt, dass die durch die Krankenkassen und die Leistungserbringer zu gewährleistende Versorgung der Versicherten neben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse auch denjenigen der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse zu entsprechen hat. Hierdurch erfährt die Profession der Pflege eine weitere Stärkung.

Zu Nummer 12 (§ 73d)

Zu § 73d (Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation)

Zu Absatz 1

Die Regelungen zu den Modellvorhaben zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachpersonen in den § 63 Absatz 3c wurden trotz der durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) eingeführten gesetzlichen Konkretisierung in § 64d bisher nicht flächendeckend umgesetzt. Ein Grund hierfür ist, dass die berufsrechtlich zur selbständigen und eigenverantwortlichen Erbringung von nach dem Gesetzeswortlaut „erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten“ qualifizierten Pflegefachpersonen durch das lediglich modellhafte Erproben ihrer möglichen Aufgaben keine belastbare Perspektive für ein dauerhaftes Ausüben dieser Aufgaben hatten und deswegen das Interesse an der Teilnahme an den Modellvorhaben gering war. Um den Pflegefachpersonen diese Perspektive zu eröffnen, werden die Modelle in die Regelversorgung überführt.

Die Festlegung der konkreten Leistungen der ärztlichen Behandlung, die Pflegefachpersonen mit der erforderlichen fachlichen Qualifikation zukünftig im Rahmen der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen können, erfolgt im Vertrag nach § 73d. Mit diesem können nicht nur die Modellvorhaben in die Regelversorgung überführt, sondern auch zusätzliche Möglichkeiten zur Erbringung von bestimmten Leistungen der ärztlichen Behandlung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege und der Hilfsmittelversorgung geschaffen werden. Darüber hinaus wird die Möglichkeit geschaffen, über die Regelungen der Modellvorhaben hinaus weitere Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen auf der Grundlage der erforderlichen fachlichen Kompetenzen zu vereinbaren, die neben Ärztinnen und Ärzten auch von Pflegefachpersonen erbracht werden können. Damit ist ein wichtiger Schritt zur Entwicklung einer kompetenzorientierten, teambasierten Zusammenarbeit und zur Aufwertung der Kompetenzen entsprechend qualifizierter Pflegefachpersonen in der gesetzlichen Krankenversicherung getan.

Die Einzelheiten werden bis zum 31. Juli 2026 in einem Vertrag durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Spitzenorganisationen nach § 132a Absatz 1 Satz 1, das heißt den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene, sowie die Vereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 des Elften Buches vereinbart. So kann eine bereits etablierte Struktur genutzt werden, da die vormaligen Vertragspartner das Thema unter dem Blickwinkel der Modellvorhaben schon einmal bearbeitet haben und somit auf den entsprechenden Rahmenvertrag nach § 64d Absatz 1 Satz 4 aufbauen können. Dabei sollen in den Vertrag nach § 73d nur solche Leistungen aufgenommen werden, die nicht bereits heute regelhaft zu pflegerischen Aufgaben gehören und beispielsweise verpflichtend durch Pflegefachpersonen aufgrund von Qualitätssicherungsvorgaben im Elften Buch zu erbringen sind. Dafür sollte eine fachliche Auseinandersetzung insbesondere mit den nach dem Pflegeberufegesetz und der Pflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung vermittelten Kompetenzen, auch unter Einbeziehung des Rahmenlehrplans und der Mustercurricula der Fachkommission nach § 53 des Pflegeberufegesetzes, mit etablierten Qualitätssicherungsinstrumenten in der Pflege (beispielsweise den Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege), den pflegerelevanten Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und den Inhalten der externen Qualitätssicherung pflegerischer Leistungen und eine Identifikation der darin implizit enthaltenen Kompetenzanforderungen und bereits heute der Pflege zugeordneten Aufgaben erfolgen. Auf dieser Basis

können darüberhinausgehende, weitergehende Leistungen, für die die erforderlichen fachlichen Kompetenzen bei Pflegefachpersonen bestehen und die bisher allein den Ärzten vorbehalten waren, identifiziert und vereinbart werden.

Die Pflegefachpersonen erbringen die im Vertrag nach Absatz 1 zu vereinbarenden Leistungen eigenverantwortlich und berufsrechtlich weisungsfrei. Voraussetzung hierfür ist, dass sie über die fachlich erforderlichen Kompetenzen verfügen. Dabei soll der Vertrag die Leistungen, die erbracht werden können, abhängig vom vorhandenen beruflichen Qualifikationsniveau oder abhängig von im Wege der Weiterbildung entsprechend § 15a Absatz 1 Satz 2 erworbenen fachlichen Kompetenzen, darstellen. Das in dem Vertrag enthaltene, berufliche Qualifikationsniveau kann Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 1 oder nach § 1 Absatz 2 des Pflegeberufegesetzes umfassen. Die in dem Vertrag zu regelnden Leistungen setzen eine ärztliche Diagnose und Indikationsstellung voraus. Bei den Katalogen ist mit abzubilden, dass die Pflegeprozessverantwortung der Pflegefachperson nach § 4 des Pflegeberufegesetzes bestehen bleibt und sich nach § 15a Absatz 2 im Fall der Erbringung der nach Absatz 1 vereinbarten Leistungen auch auf diese erstreckt, ohne die gleichzeitig bestehende Einbindung der Pflegefachpersonen in die teambasierte Ausgestaltung eines ärztlichen Therapieprozesses in Frage zu stellen.

Der Umfang der berufsrechtlichen Qualifikation ergibt sich für Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes aus den §§ 4, 4a und 5 des Pflegeberufegesetzes; für Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes darüber hinaus aus § 37 des Pflegeberufegesetzes. Erfasst sind damit ab dem 1. Januar 2025 auch die Bereiche diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz aus § 37 Absatz 2 Satz 2 i. V. m. Absatz 3 Satz 2 Nummer 6 bis 9 des Pflegeberufegesetzes. Soweit im Vertrag die Erbringung bestimmter Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen auf der Grundlage von staatlich anerkannten Weiterbildungen (§ 15a Absatz 1 Satz 2) vereinbart ist, können hierfür auch staatlich anerkannte Weiterbildungen, die die in den Modulen der Fachkommission nach § 14 des Pflegeberufegesetzes sowie in den standardisierten Kompetenzbeschreibungen nach § 14a des Pflegeberufegesetzes in der ab (Datum des Inkrafttretens) geltenden Fassung enthaltenen Kompetenzen vermitteln, berücksichtigt werden. Ebenso können staatliche anerkannte Fachweiterbildungen, z. B. im Bereich Diabetes mellitus oder Wundmanagement, gerontopsychiatrische Zusatzqualifikationen, aber auch Weiterbildungen in anderen Bereichen der Versorgung unter den gleichen Voraussetzungen berücksichtigt werden.

Für Pflegefachpersonen mit einer beruflichen oder hochschulischen Pflegeausbildung (Erlaubnis nach § 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes) kommen als zu vereinbarende, eigenverantwortlich zu erbringende Leistungen, für die die berufliche oder hochschulische Ausbildung die erforderlichen fachlichen Kompetenzen vermittelt, beispielsweise die Entscheidung über die Anlage eines Venenverweilkatheters/einer subkutanen Kanüle, die Gabe einer physiologischen Infusionslösung bei Exsikkose, die Entscheidung über die Anlage eines transurethralen Blasenkatheters bei einem Harnverhalt sowie die Entscheidung über dessen Entfernung in Betracht. Für Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes, die im Rahmen ihrer hochschulischen Ausbildung die in § 37 Absatz 2 Satz 2 i. V. m. Absatz 3 Satz 2 Nummer 6 bis 9 des Pflegeberufegesetzes genannten Kompetenzen in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz erworben haben, werden in § 37 Absatz 3 Nummer 8 des Pflegeberufegesetzes bereits ausdrücklich die Verabreichung von Infusionstherapie und Injektionen sowie die Verordnung von und Versorgung mit Medizinprodukten und Hilfsmitteln in den drei genannten Bereichen als Aufgaben, für die diese qualifiziert sind, genannt. Darüber hinaus verfügen diese Pflegefachpersonen über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen, um beispielsweise in einem bestimmten Rahmen Insulindosen bei Blutzucker-Abweichungen anzupassen oder kapilläre und venöse Blutentnahmen oder eine Uringewinnung zur Routinediagnostik und Verlaufskontrolle bei Diabetes mellitus Typ 1 und 2 vorzunehmen; sie können zudem beispielsweise die Information, Beratung, und Schulung, zum Beispiel zur Ernährung – soweit nicht eine weitergehende Ernährungstherapie durch die dafür

zuständigen Berufsgruppen indiziert ist – sowie zur Bewegung, Hautpflege und Risikominimierung bei Diabetes mellitus Typ 1 und 2 durchführen. Im Zusammenhang mit dem Management chronischer Wunden können sie zum Beispiel venöse Blutentnahmen/Wundabstriche durchführen und entsprechende Laborwerte (zum Beispiel zur Kontrolle von Entzündungsparametern) bewerten. Zudem können sie die Information, Schulung und Beratung zum Beispiel zu Themen wie Selbstpflege, Selbstmanagement, Ernährung, Druckentlastung, Prävention von Durchblutungsstörungen, Bewegungsförderung, Infektionsprävention, Körperbild, Hautschutz und Rezidivprophylaxe durchführen. Zu prüfen wäre zudem, ob entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen, auch mit einer geeigneten, qualifizierten Fachweiterbildung, zum Beispiel eigenverantwortliche Entscheidungen über den Einsatz von Wundpräparaten und speziellen Verbandsmaterialien treffen können.

Die eigenverantwortliche Erbringung entsprechender Aufgaben durch Pflegefachpersonen kann nach internationalen Erkenntnissen, gerade auch durch die Einbringung der pflegerischen Perspektive und spezifischen Kompetenzen von Pflegefachpersonen, zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgung, insbesondere beim Management chronischer Erkrankungen und bei Patientinnen und Patienten mit Demenz, führen. Zudem können Arbeitsprozesse durch Pflegefachpersonen ohne Abwarten ärztlicher Anordnungen oder Verordnungen erfolgen, was Aufwand und ggf. Wegezeiten, insbesondere für ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen, einsparen kann. Für die Ärztin oder den Arzt kann die eigenverantwortliche Übernahme dieser Leistungen durch Pflegefachpersonen eine Entlastung in der Praxistätigkeit und eine Verbesserung der Compliance, gerade bei der Betreuung chronisch kranker Patientinnen und Patienten, bedeuten, die wiederum die Häufigkeit von Arzt- und Praxiskontakten reduzieren kann.

Die Aufgaben für Pflegefachpersonen werden über Satz 1 Nummer 1 hinaus in Nummer 2 auch dahingehend erweitert, dass die eigenverantwortliche Entscheidung über die (Folge-) Verordnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege und der für die Ausführung dieser Leistungen benötigten Hilfsmittel unter der Voraussetzung einer ärztlichen Erst-Verordnung ermöglicht wird. Daher ist im Vertrag auch ein Katalog dieser Leistungen einschließlich der hierfür benötigten Hilfsmittel zu vereinbaren. Die Möglichkeit zur Ausstellung von Folgeverordnungen soll ebenfalls nach der vorhandenen Qualifikation der Pflegefachperson gestaffelt werden. So können Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufegesetzes eigenverantwortlich Folgeverordnungen beispielsweise für Leistungen der Grundpflege, hauswirtschaftlichen Versorgung, Ausscheidungen, oralen Ernährung, für das Absaugen der oberen Luftwege, die Versorgung eines suprapubischen Katheters, zum Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung, zur Katheterisierung der Harnblase, zur Stomabehandlung, zur PEG/PEJ-Versorgung sowie zur Wundversorgung einer akuten Wunde auf der Grundlage der in der Pflegeausbildung vermittelten fachlichen Kompetenzen ausstellen. Diese Maßnahmen sind bereits Gegenstand der sog. Blanko-Verordnung nach § 37 Absatz 8. Darüber hinaus ist die Möglichkeit von Folgeverordnungen durch Pflegefachpersonen für Sondennahrung über eine Magensonde oder für die Blutzuckermessung zu prüfen. Pflegefachpersonen, die über eine Erlaubnis nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes und damit zusätzlich über die in nach § 37 Absatz 2 Satz 2 i. V. m. Absatz 3 Satz 2 Nummern 6 bis 9 des Pflegeberufegesetzes genannten Kompetenzen in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz oder vergleichbare Kompetenzen verfügen, können zudem beispielsweise Folge-Verordnungen für Hilfsmittel und Materialien zur Insulinbehandlung oder Folge-Verordnungen zur Versorgung von chronischen Wunden ausstellen. Da im Vertrag auch durch staatlich anerkannte Weiterbildungen erworbene Kompetenzen für eine eigenverantwortliche Erbringung dieser Leistung zugrunde gelegt werden können, sind auf Grundlage entsprechender Weiterbildungen grundsätzlich auch Folgeverordnungen in anderen Bereichen wie zum Beispiel bei Ernährungs- und Ausscheidungsproblemen, Tracheostoma, akuter oder chronischer Beeinträchtigung der Atmung, bei Vorliegen der fachlich erforderlichen Kompetenzen auch in der Intensivversorgung und der psychiatrischen Versorgung möglich.

Die Vertragspartner bestimmen darüber hinaus das Nähere zur formalen und inhaltlichen Ausgestaltung der Folgeverordnungen für Leistungen der häuslichen Krankenpflege und Hilfsmittelversorgung durch Pflegefachpersonen.

Besonders wichtig wird zukünftig eine teambasierte, interprofessionelle Zusammenarbeit der eigenverantwortlich Leistungen der ärztlichen Behandlung erbringenden Pflegefachpersonen mit Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Berufsgruppen sein. Dafür sind im Vertrag Festlegungen zu treffen. Diese können beispielsweise die Voraussetzungen für die Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes der Patientin oder des Patienten oder der Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch die Pflegefachperson über die als Folgeverordnung veranlassten Maßnahmen betreffen. Die für eine teambasierte, interprofessionelle Zusammenarbeit erforderlichen fachlichen Kompetenzen werden im Rahmen der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung allen Pflegefachpersonen vermittelt (vgl. § 5 Absatz 3 Nummer 3 des Pflegeberufegesetzes). Nach § 37 Absatz 3 Nummer 6 bis 9 des Pflegeberufegesetzes findet in der hochschulischen Pflegeausbildung, in der auch heilkundliche Kompetenzen in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz vermittelt werden, auch eine vertiefte Auseinandersetzung u. a. mit Fragen der interprofessionellen Zusammenarbeit und wirtschaftlichen Fragen statt. Grundsätzlich sind bei den Katalogen nach Absatz 1 zudem die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben (vgl. § 15a Absatz 2) mit abzubilden.

Sofern zur Umsetzung des bisherigen Rahmenvertrags in der Regelversorgung, der nach § 15a Absatz 1 Nummer 3 ab Inkrafttreten des Gesetzes in der Regelversorgung gilt, noch Anpassungen erforderlich sind, die sich daraus ergeben, dass die selbständige Erbringung heilkundlicher Leistungen bisher in einem Modellprogramm und nicht der Regelversorgung, erfolgt, zum Beispiel bezüglich der Abrechnung der Leistungen, sind diese bis zum 31. März 2026 nach Absatz 1 zu vereinbaren.

Zu Absatz 2

In Satz 1 wird vorgesehen, dass im Vertrag auch die in § 15a Absatz 1 Satz 2 vorgesehene Möglichkeit zur Erbringung bestimmter Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen, die über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen auf der Grundlage einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung oder durch eine einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung, die durch eine staatliche Kompetenzfeststellung nachwiesen wurde, verfügen, festzulegen ist.

In Satz 2 werden die Versorgungsbereiche, in denen die im Vertrag festgelegten Leistungen durch Pflegefachpersonen erbracht werden können, benannt. Die in dem Katalog vereinbarten Leistungen können Pflegefachpersonen gegenüber Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen, wenn sie bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer oder bei Pflegediensten nach § 132a SGB V angestellt sind. Im Rahmen dieser Anstellung können Pflegefachpersonen Leistungen des SGB V zudem im Bereich der stationären Langzeitpflege (stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2 SGB XI), etwa durch Hausbesuche oder im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung nach § 119b Absatz 1 Satz 1 erbringen. Pflegefachpersonen können die vereinbarten Leistungen darüber hinaus gegenüber pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen erbringen, die gemäß § 119b Absatz 1 Satz 3 vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind. In diesem Fall werden die Pflegefachpersonen in einem Anstellungsverhältnis mit der ermächtigten Pflegeeinrichtung tätig. Im Übrigen gilt für die Langzeitpflege § 28 Absatz 5 des Elften Buches.

Die Pflegefachpersonen werden im Fall einer Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung in der Regel im Angestelltenverhältnis bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer tätig. Sie erbringen an Stelle der Ärztin oder des Arztes Leistungen der ärztlichen Behandlung. Die Ärztin oder der Arzt kann entscheiden, ob sie

oder er die Leistung weiter selbst erbringen will oder ob sie oder er die Leistung nach sachgerechter Auswahl und erster Diagnose und Indikationsstellung grundsätzlich auch durch eine hierfür qualifizierte Pflegefachperson im Wege der eigenverantwortlichen Ausübung erbringen lässt.

Die Sätze 3 bis 5 regeln Einzelheiten des Verfahrens der Vertragsvereinbarung. Um bei der Erarbeitung des Vertrags an die fachliche Kompetenz der beteiligten Berufsgruppen anzuknüpfen, ist den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches sowie der Bundesärztekammer vor Abschluss des Vertrags nach Absatz 1 Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Um die Stellungnahmemöglichkeit effektiv nutzen zu können und um die Zusammenarbeit und das gegenseitige fachliche Verständnis zwischen den Professionen zu befördern, haben diese zudem das Recht, an den Sitzungen der Vertragspartner zur Erarbeitung des Vertrags teilzunehmen. Zudem sind wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c Satz 1 des Elften Buches gefördert werden, ebenso wie weitere relevante pflegewissenschaftliche Erkenntnisse und pflegefachliche Grundlagen (siehe dazu die Ausführungen zu Absatz 1) einzubeziehen. Soweit die Vertragspartner von den Expertisen nach § 8 Absatz 3c des Elften Buches abweichen, insbesondere Einschränkungen von eigenverantwortlich auszuübenden Aufgaben im Vertrag vorsehen, ist dies qualifiziert zu begründen.

Der Vertrag nach § 73d unterscheidet sich hinsichtlich Regelungsauftrag und -inhalten von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege und mit Hilfsmitteln. Der G-BA beschließt entsprechend seinem gesetzlichen Auftrag zur Sicherung der ärztlichen Versorgung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege und von Hilfsmitteln. Die Festlegung von Inhalt und Umfang des Leistungsanspruchs der Versicherten bleibt unverändert in der Normsetzungskompetenz des G-BA. Insoweit darf in dem Vertrag nach § 73d nichts Abweichendes festgelegt werden. Die Vertragspartner des Vertrags nach § 73d erhalten den Auftrag festzulegen, welche dieser Leistungen unter welchen Voraussetzungen von Pflegefachpersonen eigenverantwortlich erbracht bzw. verordnet werden können. Diese Festlegungen liegen somit ausdrücklich in der Normsetzungskompetenz der Vertragspartner. Der G-BA darf von diesen Festlegungen der Vertragspartner nicht abweichen. Beide Regelwerke (der Vertrag und die Richtlinien des G-BA) regeln unterschiedliche Gegenstände und richten sich an unterschiedliche Normadressaten; sie stehen daher nebeneinander. Allgemein gilt, dass jeder Normgeber bei Regelungen im Rahmen seiner Normsetzungskompetenz jeweils geltendes Recht zu beachten hat.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt das Schiedsverfahren. Ebenso wie die Vertragspartner kann das Bundesministerium für Gesundheit im Fall einer Nichteinigung die Festsetzung der Inhalte des Vertrags durch eine Schiedsperson beantragen. Damit wird sichergestellt, dass es im Fall einer Nichteinigung nicht zu längeren Verzögerungen aufgrund der Nichtanrufung der Schiedsstelle kommt.

Zu Absatz 4

Die in Absatz 1 genannten Vertragspartner werden verpflichtet, im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung und, soweit es sich um Leistungen handelt, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in der Langzeitpflege erbracht werden, die Auswirkungen der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung der Versicherten zu evaluieren und dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2029 einen Bericht über das Ergebnis der Evaluation vorzulegen. Die Evaluation soll neben Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes und mit vorhandenen Weiterbildungen auch die Gruppe der hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen, die über erweiterte Kompetenzen in der Heilkundeausübung verfügen, einbeziehen. Die

Frist berücksichtigt daher, dass Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes, die im Rahmen ihrer hochschulischen Ausbildung regelhaft erweiterte in § 37 Absatz 2 und 3 Nummer 6 bis 9 des Pflegeberufegesetzes genannte Kompetenzen zur Heilkundeausübung erworben haben, regelhaft und in größerer Zahl ab dem Jahr 2027 in die Versorgung eintreten werden. Die Festlegungen der Ziele und Inhalte der Evaluation erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, um eine fachliche und methodische Abstimmung mit der durch das Bundesministerium für Gesundheit selbst durchgeführten Evaluation nach Absatz 5 herzustellen.

Zu Absatz 5

Das Bundesministerium für Gesundheit wird in Absatz 5 beauftragt, bis zum 31. Juli 2030 unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Entwicklung und Umsetzung der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in der Versorgung, auch in Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationsreinrichtungen sowie in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu evaluieren. Auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Evaluierung und der Evaluierung sowie des Berichts nach Absatz 4 prüft das Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend insbesondere, inwieweit die im Vertrag nach Absatz 1 vereinbarten Leistungen mit den wissenschaftlichen Expertisen nach § 8 Absatz 3c des Elften Buches übereinstimmen bzw. inwieweit davon abgewichen wurde und ob diese Abweichung fachlich begründet ist. Darüber hinaus prüft es, inwieweit inhaltliche oder Verfahrensvorgaben dieses Buches eine effektive Umsetzung der Regelungen und des Vertrags nach Absatz 1 in der Versorgung befördern oder behindern. Neben den Erkenntnissen aus den Evaluationen sind auch Weiterentwicklungen in der Pflegewissenschaft und Medizin zu betrachten, die neue fachliche Bewertungen der Regelungen und der Inhalte des Vertrags nach Absatz 1 erfordern können. Auf Grundlage dieser Prüfung empfiehlt das Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, ob und ggf. welcher Anpassungsbedarf im Leistungsrecht diesen und ggf. auch des Elften Buches besteht, um den Zielen der Regelungen möglichst umfassend Rechnung zu tragen. Zu prüfen ist dabei auch, ob die Ausübung erweiterter Befugnisse in der Langzeitpflege im Vergütungsrecht angemessen abgebildet ist. Es legt den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes (Bundestag und Bundesrat) dazu einen Bericht vor. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in zentralen Versorgungsbereichen entsprechend der Zielsetzungen und gesetzlichen Vorgaben umgesetzt wird.

Zu Nummer 13 (§ 87)

Der Bewertungsausschuss erhält den Auftrag, den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) dahingehend zu überprüfen, welche Vergütung Vertragsärzte erhalten, wenn sie die delegationsfähigen Leistungen oder die Leistungen, die von Pflegefachpersonen eigenverantwortlich erbracht werden können, selbst erbringen und welche Vergütung Vertragsärzte erhalten, wenn die delegationsfähigen Leistungen durch andere Personen oder die nach § 73d Absatz 1 vereinbarten Leistungen durch Pflegefachpersonen erbracht werden. Dabei kann der Bewertungsausschuss Sachverständige aus dem Bereich der genannten Leistungen einbeziehen, wenn er dies für erforderlich hält.

Zu Nummer 14 (§ 119b)

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 15a Absatz 3 angepasst.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a des Elften Buches einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Nummer 15 (§ 132a)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die häusliche Krankenpflege umfasst grund- und behandlungspflegerische Maßnahmen sowie medizinische Behandlungspflege und ambulante Palliativversorgung im Rahmen der Leistungsansprüche nach § 37 Absatz 1, 1a, 2 und 2b. Die Erbringung dieser Leistungen durch Pflegefachpersonen, die als Leistungserbringer nach den Vorschriften dieses Buches tätig werden, muss nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und in der fachlich gebotenen Qualität erfolgen (§ 135a Absatz 1 Satz 2). Zur fachlich gebotenen Qualität dieser Leistungen gehört die fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung, die zu den Aufgaben gehört, die nach § 4 des Pflegeberufegesetzes beruflich nur von Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufsgesetzes durchgeführt werden dürfen, und in § 15a Absatz 2 auch sozialrechtlich abgebildet wird. Die Verantwortung für den Pflegeprozess umfasst die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Planung der Pflege, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege. Dies haben die Rahmenempfehlungspartner zu berücksichtigen. Die individuelle fachliche Autonomie der Pflegefachperson bei der fachgerechten Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung wird dadurch nicht beschränkt, sondern soll gerade ermöglicht und gestärkt werden. Es wird daher klargestellt, dass in den von den Rahmenvereinbarungspartnern nach § 132a zu regelnden Empfehlungen zu Maßnahmen der Qualitätssicherung der Leistungserbringung auch Voraussetzungen für eine fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung durch eine Pflegefachperson enthalten sein müssen. Eine Doppelvergütung derselben Maßnahmen, die der fachgerechten Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung dienen, aus den Mitteln der GKV und der sozialen Pflegeversicherung ist nicht zulässig. Zu den Aufwänden für eine fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung können insbesondere vergütete Erst- und Folgegespräche sowie Aufwände für komplexe Fallsteuerungen, die beispielsweise durch interdisziplinäre Fallbesprechungen, auf Wunsch des Versicherten auch unter Einbeziehung von An- und Zugehörigen erfolgen können, gehören.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen.

Zu Doppelbuchstabe cc

In Absatz 1 Nummer 7 wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 15a Absatz 3 angepasst.

Zu Doppelbuchstabe dd

Die Rahmenempfehlungspartner nach § 132a Absatz 1 erhalten den Auftrag, Grundsätze für die Vergütung erweiterter heilkundlicher Aufgaben nach § 73d Absatz 1 zu vereinbaren, soweit sie von Pflegediensten nach § 132a Absatz 4 erbracht werden.

Zu Buchstabe b

In gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen nach § 92c des Elften Buches können neben Leistungen des Elften Buches auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 beansprucht werden.

Mit Absatz 5 wird vorgesehen, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die von den Verträgen nach § 92c Absatz 1 des Elften Buches umfasst sind, auf Grundlage dieser Verträge erbracht werden. Anspruchsnorm für diese Leistungen ist unverändert § 37. Die Modalitäten des Leistungszugangs für Versicherte sind auf Selbstverwaltungsebene, insbesondere in den Verträgen nach § 92c Absatz 1 und den Empfehlungen nach § 92c Absatz 5 des Elften Buches zu regeln.

Abweichend von Absatz 4 gilt im Falle der Nichteinigung über die Vertragsinhalte das in § 92c Absatz 3 des Elften Buches geregelte Konfliktlösungsverfahren.

Zu Nummer 16 (§ 132g)

Mit den Änderungen wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a des Elften Buches einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Nummer 17 (§ 137a)

Mit den Änderungen wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a des Elften Buches einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Nummer 18 (§ 197b)

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung stellt bei der Aufgabenübertragung von Kranken- bzw. Pflegekassen auf Arbeitsgemeinschaften oder Dritte den Gleichklang mit der neu aufgenommenen Vorschrift des § 47b des Elften Buches her. Durch die Ergänzung wird verdeutlicht, dass auch Rechtsansprüchen vorgelagerte Interessen der Versicherten bei der Aufgabenübertragung auf Arbeitsgemeinschaften oder Dritte nicht beeinträchtigt werden dürfen. Ein solches Interesse der Versicherten besteht insbesondere an einer zügigen, termingerechten Abwicklung der übertragenen Aufgaben (zum Beispiel bei der Bezahlung von Leistungserbringern durch Abrechnungsdienste). Die Klarstellung trägt damit der Vorgabe des § 97 Absatz 1 Satz 1 des Zehnten Buches (SGB X) Rechnung, dass bei einer zugelassenen Wahrnehmung von Aufgaben durch Dritte sichergestellt sein muss, dass der Dritte die Gewähr für eine sachgerechte, die Rechte und Interessen der Betroffenen wahrende Erfüllung der Aufgaben bietet. Nach § 97 Absatz 1 Satz 2 SGB X ist der Dritte zu verpflichten, dem Auftraggeber auf Verlangen alle Unterlagen und Informationen zur Verfügung zu stellen, die für eine aufsichtsrechtliche Prüfung der sachgerechten Aufgabenerledigung beim Auftraggeber erforderlich sind.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine rechtsförmliche Korrektur des Verweises. Eine inhaltliche Änderung erfolgt nicht.

Zu Nummer 19 (§ 202)

Zu Buchstabe a

Zur Anbindung der Zahlstellen an das automatisierte Übermittlungsverfahren nach § 55a des Elften Buches ist es aus technischen Gründen erforderlich, die Meldung über die

Datenstelle der Rentenversicherung nach § 145 Absatz 1 Satz 1 des Sechsten Buches und über die zentrale Stelle nach § 81 des Einkommensteuergesetzes an das Bundeszentralamt für Steuern zu richten. Die gesetzliche Änderung dient somit der technischen Umsetzbarkeit des vorgenannten Verfahrens.

Zu Buchstabe b

Entsprechendes gilt für die in Satz 7 geregelte Rückmeldung des Bundeszentralamtes für Steuern. Auch bei dieser ist es aus technischen Gründen erforderlich, den Meldeweg zusätzlich über die Datenstelle der Rentenversicherung nach § 145 Absatz 1 Satz 1 des Sechsten Buches zu richten.

Zu Nummer 20 (§ 278)

Mit der Änderung wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 15a Absatz 3 angepasst.

Zu Nummer 21 (§ 283)

Mit den Änderungen wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a des Elften Buches einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Nummer 22 (§ 317)

Mit den Änderungen wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a des Elften Buches einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Nummer 23 (§ 373)

Mit den Änderungen wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a des Elften Buches einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Nummer 24 (§ 374)

Mit den Änderungen wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a des Elften Buches einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Artikel 4 (Änderung des Pflegezeitgesetzes)

Die Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der in § 1 Pflegezeitgesetz genannten Maßnahmen kann durch einen Arzt, eine Ärztin oder durch eine Pflegefachperson ausgestellt werden. Hierdurch erhalten Beschäftigte in einer akut aufgetretenen Pflegesituation mehr Flexibilität, indem sie sich für die vom Arbeitgeber verlangte Bescheinigung an einen Arzt, eine Ärztin oder an eine Pflegefachperson wenden können. Gleichzeitig wird das Aufgabenfeld von Pflegefachpersonen ausgeweitet und die Befugnisse von Pflegefachpersonen werden entsprechend ihrer Kompetenzen und gemäß der in § 4 Absatz 2 Nummer 1 Pflegeberufegesetz vorgesehenen vorbehaltenden Tätigkeiten gestärkt, ohne dass hierdurch eine zusätzliche Dokumentation notwendig wird. Die hier benannten Pflegefachpersonen sind Personen mit einer Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz oder einem gleichgestellten Abschluss.

Zu Artikel 5 (Änderung des Pflegeberufegesetzes)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Bei den Änderungen der Inhaltsübersicht des Pflegeberufegesetzes handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zu den Änderungen des Pflegeberufegesetzes, die mit dem vorliegenden Gesetz vorgenommen werden.

Zu Nummer 2

Mit der Änderung der Überschrift wird der Text der Überschrift inhaltlich an den Text der Norm angepasst.

Zu Nummer 3 (§ 4)

Zu Buchstabe a und Buchstabe b

Mit der Änderung der Überschrift wird der Text der Überschrift inhaltlich an den Text der Norm angepasst.

Gesetzlich wird klargestellt, dass Gegenstand der Vorbehaltsaufgaben die Pflegeprozessverantwortung der Pflegefachperson ist und diese die in § 4 genannten Aufgaben umfasst.

Zu Buchstabe c

Die Formulierung wird an § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe a angepasst.

Zu Nummer 4 (§ 4a)

Mit der Regelung wird klargestellt, dass die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ , „Pflegefachmann“ oder „Pflegefachperson“ auch die Befugnis zur Heilkundeausübung im jeweiligen Umfang der in der beruflichen oder hochschulischen Pflegeausbildung nach §§ 4, 5 und 37 erworbenen Kompetenzen umfasst. Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 2 in der ab dem 1. Januar 2025 geltenden Fassung verfügen dabei gegenüber Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 1 über deutlich erweiterte heilkundliche Kompetenzen.

Die Regelung ist eine Spezialregelung (lex specialis) gegenüber der Regelung des § 1 des Heilpraktikergesetzes. Sie geht von einem modernen Heilkundeverständnis aus, nach dem zum einen ein Teil der Kompetenzen, die Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer beruflichen (und parallel hochschulischen) Ausbildung erwerben, bereits zur eigenverantwortlichen Ausübung von Aufgaben qualifiziert, die als heilkundlich zu bezeichnen sind, bisher aber als „pflegerisch“ bezeichnet wurden. Zum anderen umfasst der Heilkundebegriff in § 4a Aufgaben, die bisher allein Ärztinnen und Ärzten vorbehalten waren und für die in § 15a des Fünften Buches ausdrücklich für die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung normiert ist, dass bestimmte Aufgaben der ärztlichen Behandlung auch durch Pflegefachpersonen mit den erforderlichen fachlichen, also heilkundlichen Kompetenzen erbracht werden können. Die Frage, welche Aufgaben der Pflege zugeordnete heilkundliche Aufgaben sind und welche bisher ausschließlich den Ärztinnen und Ärzten zugeordnete heilkundliche Aufgaben sind, wird für die bisher ausschließlich Ärztinnen und Ärzten zugeordneten heilkundlichen Aufgaben sozialrechtlich in § 73d des Fünften Buches konkretisiert. Eine weitere, fachwissenschaftlich systematische Konkretisierung wird im Rahmen der wissenschaftlichen Expertise nach § 8 Absatz 3c des Elften Buches erfolgen.

Ausgehend von einem modernen Heilkundeverständnis in § 4a wird geregelt, dass es für die eigenverantwortliche Ausübung von Aufgaben durch Pflegefachpersonen allein auf die erforderlichen fachlichen Kompetenzen ankommt und nicht auf die begriffliche

Klassifizierung als „pflegerisch“ oder „heilkundlich“. Dem entsprechend kann die Erlaubnis nach § 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes auf der Grundlage der in der beruflichen Ausbildung erworbenen, fachlichen Kompetenzen ebenfalls zur Ausübung solcher heilkundlicher Aufgaben befugen, die entweder bisher nicht den Ärztinnen und Ärzten vorbehalten waren, die ihnen vorbehalten waren oder bei denen die Zuordnung zum pflegerischen oder ärztlichen Aufgabenbereich bisher rechtlich unklar war. In der Folge erstreckt sich die korrespondierende Möglichkeit zur Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung nach § 15a Absatz 1 grundsätzlich auch auf Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 1, allerdings in einen deutlich geringeren Umfang als bei Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 2, die über zusätzliche (heilkundliche) Kompetenzen verfügen.

Zu Nummer 5 (§ 14a)

Die Entwicklung standardisierter Module war nach § 14 Absatz 4 auch bisher schon auch ohne entsprechende Modellvorhaben möglich. Dieses Angebot soll weitergeführt werden. Die neuen Standardisierten Kompetenzbeschreibungen sind insbesondere für die Länder nicht verbindlich, können aber als fachliche Grundlage zur Entwicklung von Lehrplänen und Curricula, auch für Weiterbildungen, genutzt werden. Von dieser Möglichkeit wurde in der Vergangenheit durch die Länder und Hochschulen bezüglich der standardisierten Module regelmäßig Gebrauch gemacht. Mit der Integration der drei Bereiche diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz in die hochschulische Ausbildung, die mit dem Pflegestudiumstärkungsgesetz erfolgt ist, der Ermöglichung der Heilkundeausübung durch Pflegefachpersonen auch in Bereichen, die bisher Ärztinnen und Ärzten vorbehalten waren, und der parallel geregelten Möglichkeit zur eigenverantwortlichen Erbringung entsprechender Leistungen der ärztlichen Behandlung im Rahmen des Fünften Buches besteht ein gewachsener Bedarf an fachlich aufbereiteten Kompetenzprofilen für die Ausübung entsprechender heilkundliche Aufgaben durch Pflegefachpersonen, der auch weiterhin durch die Fachkommission im Rahmen ihrer Kapazitäten unterstützt werden soll.

Zu Nummer 6 (§ 37)

Die Änderungen in Absatz 2 Satz 2 und Absatz 2 Nummer 6 und Nummer 9 dienen – wie die Änderung der Überschrift in § 4 – der Vereinheitlichung der Begriffe im Pflegeberufegesetz, das grundsätzlich auf Aufgaben, nicht auf Tätigkeiten abstellt und nur den Begriff der Selbständigkeit in Orientierung am Sprachgebrauch des Deutschen Qualifikationsrahmens verwendet.

Zu Nummer 7 (§ 66e)

Die Norm des § 66e wird aufgrund der Regelung des § 4a bereinigt, da nicht mehr zwischen pflegerischen Aufgaben, die als Heilkunde zu qualifizieren sind, und bisher Ärztinnen und Ärzten vorbehaltenen heilkundlichen Aufgaben unterschieden wird.

Zu Artikel 6 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)

Folgeänderung zur Anpassung von § 78a Absatz 5 Satz 6 des Elften Buches, auf den § 64k SGB XII verweist, und zur Änderung des § 39a SGB XI. Als Folgeänderung ist § 64k SGB XII daher redaktionell anzupassen.

Zu Artikel 7 (Änderung der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 33)

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung der Einfügung von § 4a im Pflegeberufegesetz und der daraus resultierenden Änderungen in § 37 des Pflegeberufegesetzes.

Zu Nummer 2 (§ 37)

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung der Einfügung von § 4a im Pflegeberufegesetz und der daraus resultierenden Änderungen in § 37 des Pflegeberufegesetzes.

Zu Nummer 3 (§ 42)

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung der Einfügung von § 4a im Pflegeberufegesetz und der daraus resultierenden Änderungen in § 37 des Pflegeberufegesetzes.

Zu Nummer 4 (Anlage 5)

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung der Einfügung von § 4a im Pflegeberufegesetz und der daraus resultierenden Änderungen in § 37 des Pflegeberufegesetzes.

Zu Nummer 5 (Anlage 14)

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung der Einfügung von § 4a im Pflegeberufegesetz und der daraus resultierenden Änderungen in § 37 des Pflegeberufegesetzes.

Zu Artikel 8 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Dieses Gesetz tritt am ersten Tag des auf die Verkündung folgenden Kalendermonats in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts anderes bestimmt ist.

Zu Absatz 2

Der Gemeinsame Jahresbetrag nach § 42a des Elften Buchs tritt zum 1. Juli 2025 in Kraft. Mit dem Inkrafttreten wird daher auch die Bezugnahme auf den entsprechenden Leistungsbetrag in § 45j Absatz 3 Satz 2 entsprechend angepasst.

Zu Absatz 3

Die genannten Regelungen treten zum 1. Januar 2026 in Kraft.

Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates (NKR) gem. § 6 Abs. 1 NKRG

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (NKR-Nr. 7312, BMG)

Der Nationale Normenkontrollrat hat den Regelungsentwurf mit folgendem Ergebnis geprüft:

I Zusammenfassung

Bürgerinnen und Bürger	
Jährlicher Zeitaufwand (Entlastung):	rund -365 000 Stunden (rund -9,1 Mio. Euro)
Jährliche Sachkosten:	rund 50 000 Euro
Wirtschaft	
Jährlicher Erfüllungsaufwand (Entlastung):	rund -67 Mio. Euro
davon aus Bürokratiekosten:	*rund -42,8 Mio. Euro*
Einmaliger Erfüllungsaufwand:	rund 160 000 Euro
Verwaltung	
Bund	
Jährlicher Erfüllungsaufwand (Entlastung):	rund -29,3 Mio. Euro
Einmaliger Erfüllungsaufwand:	rund 230 000 Euro
Länder	
Jährlicher Erfüllungsaufwand (Entlastung):	rund -530 000 Euro
„One in one out"-Regel	Im Sinne der „One in one out"-Regel der Bundesregierung stellt der jährliche Erfüllungsaufwand der Wirtschaft in diesem Regelungsvorhaben ein „**Out**" von rund -67 Mio. Euro dar.
Weitere Kosten (Entlastung)	Den privaten Pflegeversicherungen entstehen jährliche Minderausgaben in Höhe von rund -5,8 Mio. Euro.

Digitaltauglichkeit (Digitalcheck)	Das Ressort hat Möglichkeiten zum digitalen Vollzug der Neuregelung (Digitaltauglichkeit) geprüft und hierzu insgesamt 19 Digitalchecks mit nachvollziehbarem Ergebnis durchgeführt. Dennoch hat das Ressort die Potentiale des Digitalchecks, die insbesondere durch Visualisierungen gehoben werden können, nicht ausgeschöpft. Eine Visualisierung hätte sich insbesondere bei den Neuregelungen zu den Pflichtberatungen von Pflegebedürftigen angeboten, um bei erhöhtem Regelungsverständnis weiteres Digitalisierungs- und Entlastungspotential zu identifizieren.
Evaluierung	Das Vorhaben enthält gesetzliche Vorgaben zu Evaluierungen einzelner Regelungskomplexe.
Nutzen des Vorhabens	Das Ressort hat den Nutzen des Vorhabens im Vorblatt des Regelungsentwurfs wie folgt beschrieben: • Verbesserung der Rahmenbedingungen für die professionell Pflegenden sowie die pflegerische Versorgung der Bevölkerung • Verbesserung der Einbeziehung pflegender An- und Zugehöriger • Förderung von gemeinschaftlichen Wohnformen • Förderung von Ehrenamt und Selbsthilfestrukturen im Bereich der Pflege • Entlastung von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachpersonen • Bewältigung des Fachkräfteengpasses in der Pflege • Sicherung der Liquidität für Pflegeeinrichtungen

Regelungsfolgen

Der NKR begrüßt die mit dem Vorhaben beabsichtigte Entlastung der Normadressaten und die damit einhergehende Verringerung bei den Bürokratiekosten.

Die Darstellung der Regelungsfolgen ist grundsätzlich nachvollziehbar und methodengerecht. Eine aktualisierte Entwurfsfassung mit weitreichenden Änderungen erreichte den NKR wenige Tage vor der geplanten Kabinettbefassung. Eine Überprüfung der darauf beruhenden erheblichen Entlastungen – insbesondere durch Validierung der zugrundeliegenden Parameter – konnte in der Kürze der Zeit nicht in der gebotenen Detailtiefe vorgenommen werden.

Der NKR kritisiert, dass das Ressort die von der GGO vorgesehenen Beteiligungsfristen zum wiederholten Male nicht eingehalten hat. Weiteres Entlastungspotential hätte bei einem Vorgehen im regelhaften Beteiligungsverfahren möglicherweise durch eine konsequente Prüfung und Einbeziehung von Stellungnahmen der betroffenen Verbände aufgedeckt und realisiert werden können.

Digitaltauglichkeit

Positiv hervorzuheben ist die beabsichtigte Realisierung einer Digitaldividende in nicht unerheblichem Umfang.

Der NKR bedauert, dass das Ressort die Potentiale des Digitalchecks, die insbesondere durch Visualisierungen gehoben werden können, nicht ausgeschöpft hat. Eine Visualisierung hätte sich insbesondere bei den Neuregelungen zu den Pflichtberatungen von Pflegebedürftigen angeboten, um bei erhöhtem Regelungsverständnis weiteres Digitalisierungs- und Entlastungspotential zu identifizieren.

II Regelungsvorhaben

Mit dem Regelungsvorhaben soll den demografiebedingten Herausforderungen in der Pflege begegnet werden. U.a. sind folgende Maßnahmen vorgesehen:

Die Zahl der Pflichtberatungen von Pflegebedürftigen der Pflegestufen 4 und 5, die zu Hause gepflegt werden, wird von zwei auf eine Beratung pro Halbjahr reduziert.

Die vorgeschriebene Übermittlung der Dokumentation von Pflegeberatungen an die Pflegekassen, die privaten Pflegeversicherungsunternehmen und die Beihilfestellen soll zukünftig ausschließlich über ein elektronisches Portal (Online-Formular) erfolgen.

Vereinbarungsprozesse zwischen Leistungserbringern (ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) und Kostenträgern (Pflegeversicherungen) sollen erleichtert werden, indem Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen festgelegt werden.

III Bewertung

III.1 Erfüllungsaufwand

Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht insgesamt eine **jährliche Zeitersparnis** in Höhe von rund **-365 000 Stunden** (**rund – 9,1 Mio. Euro**[1]) sowie **jährliche Sachkosten** in Höhe von rund **50 000 Euro**.

Zukünftig müssen Pflegebedürftige der Pflegestufen 4 und 5, die zu Hause gepflegt werden, nur noch einmal pro Halbjahr – statt wie bisher zweimal – eine Beratung abrufen. Das Ressort geht von 372 000 betroffenen Pflegeversicherten aus. Unter der Annahme, dass eine Beratung durchschnittlich eine halbe Stunde dauert und zwei Beratungen pro Jahr (eine pro Halbjahr) entfallen, geht das Ressort nachvollziehbar von einer jährlichen Einsparung von rund -372 000 Stunden aus.

Für die Antragstellung auf Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen (pro Jahr rund 41 000 Anträge mit einem Aufwand von jeweils zehn Minuten und Sachkosten von 1,20 Euro) entstehen insgesamt jährliche Sachkosten in Höhe von rund 50 000 Euro und ein Zeitaufwand im Umfang von rund 6 900 Stunden.

Wirtschaft

Das Ressort stellt für die Wirtschaft methodengerecht und nachvollziehbar eine **jährliche Entlastung** von im Saldo rund **-67 Mio. Euro** sowie **einmaligen Erfüllungsaufwand** in Höhe von rund **160 000 Euro** dar.

- Änderung der Beratungsintervalle für Pflegebedürftige

Zukünftig sind nur noch zwei Beratungstermine durchzuführen, zwei weitere Termine werden fakultativ gestellt. Dadurch werden spiegelbildlich Beratungspersonen beim Erfüllungsaufwand entlastet. Nach Angaben des Ressorts werden pro Beratung Fahrtkosten von durchschnittlich 2,60 Euro sowie Wegezeiten von durchschnittlich 20 Minuten eingespart. Ebenso entfällt der zeitliche Aufwand von durchschnittlich 30 Minuten für die Beratung selbst. Das Ressort geht von rund 372 000 Pflegebedürftigen pro Jahr aus, die beraten werden müssen, und legt für die Beratungspersonen methodengerecht einen durchschnittlichen Stundensatz von 30 Euro Lohnkosten zugrunde. In der Summe ergibt sich eine jährliche Ersparnis von rund -20,5 Mio. Euro (372 000 betroffene Pflegebedürftige mit zwei Beratungen pro Jahr, die

[1] Für den Zeitaufwand der Bürgerinnen und Bürger nimmt der NKR einen Stundensatz von 25 Euro an.

jeweils eine halbe Stunde dauern, wobei die Beratungsperson mit einem Stundensatz von 30 Euro eine Wegezeit von durchschnittlich 20 Minuten hat und Wegesachkosten von jeweils 2,60 Euro pro Beratung entstehen).

Das Ressort geht davon aus, dass die Beratungspersonen zukünftig die erforderlichen Angaben bereits während der Beratung im Online-Formular erfassen. Damit entfallen für die Beratungspersonen die Notwendigkeit der Nachbereitung zweier Beratungsgespräche (durchschnittlich 10 Minuten Zeitaufwand) sowie die Kosten, die bisher für die Versendung der Beratungsdokumentation an die gesetzlichen und privaten Pflegekassen und Beihilfestellen angefallen sind (durchschnittlich ein Euro pro Beratung für Porto und Papier). Die Einsparungen betragen rund -4,5 Mio. Euro jährlich (372 000 betroffene Pflegebedürftige mit zwei Beratungen pro Jahr, -10 Minuten Zeitaufwand für die Beratungsperson mit einem Stundensatz von 30 Euro, Porto und Papier ein Euro pro Beratung). Hierbei handelt es sich um eine Informationspflicht und damit um Bürokratiekosten, die sich verringern.

Auch die privaten Pflegeversicherungsunternehmen sollen durch das Regelungsvorhaben entlastet werden. Bisher mussten sie viermal im Jahr prüfen, ob die Beratungspflicht erfüllt worden ist. Zukünftig ist das nur noch zweimal im Jahr notwendig. Das Ressort geht davon aus, dass rund 34 000 privatversicherte Pflegebedürftige jährlich betroffen sind und sich der Aufwand der Versicherungsunternehmen pro Beratungstermin auf 10 Minuten beläuft. Bei einem methodengerecht zugrunde gelegten Lohnkostensatz von 51,30 Euro pro Stunde ergibt sich eine jährliche Kostenersparnis von rund -586 000 Euro.

- Elektronische Übermittlung der Beratungsdokumentation

Der Entwurf sieht die verpflichtende elektronische Übermittlung der Beratungsdokumentation durch die Beratungspersonen mittels eines Online-Formulars an die anerkannten Beratungsstellen der Pflegekassen, die privaten Versicherungsunternehmen und an die Beihilfestellen vor. Das Ressort geht davon aus, dass bisher für Nachbereitung (Anfertigung der Dokumentation und Versand) 10 Minuten aufgewendet werden mussten und Sachkosten (Papier und Porto) in Höhe von rund einem Euro anfielen. Durch das Online-Formular kann die Dokumentation der Beratung und der anschließende Versand bereits während bzw. am Ende des Beratungsgesprächs bei den Pflegebedürftigen stattfinden, so dass die Nachbereitungszeit entfällt. Laut Ressort werden jährlich rund 6,2 Mio. Beratungsgespräche durchgeführt. Durch die Neuregelung können damit geschätzt rund -37,3 Mio. Euro an Einsparungen von Bürokratiekosten realisiert werden (6,2 Mio. Beratungen mal -10 Minuten mal 30 Euro Lohnkosten je Stunde plus 6,2 Mio. Beratungen mal -1 Euro Portkosten).

Auch die privaten Versicherungsunternehmen, die wie bisher Empfänger der künftig elektronisch übermittelten Beratungsdokumentation sind, sparen Kosten, da die bisherige Papierpost nicht mehr gescannt und verarbeitet werden muss. Ausgehend von einem entfallenden Zeitaufwand von 5 Minuten pro Fall und 195 000 Fällen pro Jahr nimmt das Ressort nachvollziehbar eine jährliche Entlastung von Bürokratiekosten in Höhe von rund 1 Mio. Euro an.

- Verfahrensleitlinien für Vergütungsverhandlungen

Die Einführung von Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen zwischen den Pflegeeinrichtungen und den Pflegeversicherungen führt zu Entlastungen in Höhe von rund -3,4 Mio. Euro (Anwendung des zukünftig vereinfachten Vereinbarungsverfahrens in rund 23 000 Fällen jährlich mit einer Zeitersparnis von insgesamt vier Stunden auf Seiten der Wirtschaft). Für die Erarbeitung der Verfahrensleitlinien entsteht Einmalaufwand in Höhe von rund 15 000 Euro.

- Sonstige Vorgaben

Aus weiteren Vorgaben für die Wirtschaft ergibt sich weiterer Erfüllungsaufwand von insgesamt jährlich 217 000 Euro und einmalig 147 000 Euro.

Verwaltung

Die Verwaltung wird nach Darstellung des Ressorts auf **Bundesebene (inklusive Sozialversicherung)** im Saldo um **jährlich** rund **-29,3 Mio. Euro entlastet,** auf **Landesebene** um **jährlich rund –530 000**. Gleichzeitig entsteht auf Bundesebene **einmaliger Erfüllungsaufwand** in Höhe von **rund 230 000 Euro**.

Bund

- Änderung der Beratungsintervalle für Pflegebedürftige

Für die Beihilfestellen des Bundes ergeben sich spiegelbildliche Entlastungen durch die Verringerung der Anzahl der jährlichen Pflichtberatungen. So müssen die Beihilfestellen zukünftig nur noch zweimal im Jahr prüfen, ob die vorgeschriebenen Beratungen durchgeführt wurden, und die entsprechende Beratungsdokumentation verarbeiten. Das Ressort geht nachvollziehbar von einer Entlastung in Höhe von rund 100 000 Euro jährlich aus.

Auch die Pflegekassen (Sozialversicherung) werden durch das Regelungsvorhaben entlastet. Das Ressort geht nachvollziehbar davon aus, dass den Pflegekassen für die Überwachung der Beratungspflicht ein zeitlicher Aufwand von 10 Minuten pro Fall entsteht. Ausgehend von rund 338 000 betroffenen Pflegebedürftigen und zukünftig nur noch zwei statt vier Pflichtberatungen pro Jahr ergeben sich Einsparungen an Lohnkosten in Höhe von rund -4,1 Mio. Euro.

- Elektronische Übermittlung der Beratungsdokumentation

Die Beihilfestellen des Bundes mussten bisher für rund 54 000 ambulant betreute beihilfeberechtigte Personen jährlich zweimal die übermittelten Beratungsdokumentationen verarbeiten. Durch die elektronische Übermittlung bzw. Verarbeitung entfällt ein Zeitaufwand von 5 Minuten pro Fall, sodass das Ressort von einer jährlichen Entlastung von rund 260 000 Euro ausgeht.

Die Sozialversicherung profitiert ebenfalls von der zukünftig ausschließlich elektronischen Übersendung der Beratungsdokumentation. Bei rund 2,9 Mio. gesetzlich versicherten Pflegegeldbeziehenden, die zweimal jährlich zu beraten sind, fallen rund 5,8 Mio. Beratungsdokumentationen jährlich an. Ausgehend von einem entfallenden Zeitaufwand von 5 Minuten pro Fall nimmt das Ressort Einsparungen in Höhe von rund –14,3 Mio. Euro an.

- Erhöhung des Fördervolumens und Verlängerung des Förderzeitraumes

Dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) entsteht durch eine Ausweitung des Fördervolumens für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte und zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen und die Verlängerung des Förderzeitraumes bis 2029 ein Mehrbedarf an Personal und Sachkosten. Benötigt wird geschätzt eine zusätzliche Stelle der Wertigkeit gehobener Dienst, was Lohnkosten in Höhe von 74 400 Euro entspricht.

- Verfahrensleitlinien für Vergütungsverhandlungen

Weitere Entlastungen ergeben sich aus der Einführung von Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen zwischen den Pflegeeinrichtungen und den Pflegeversicherungen. Dadurch entsteht für die Sozialversicherung eine Entlastung in Höhe von rund –13,1 Mio. Euro (Anwendung des zukünftig vereinfachten Vereinbarungsverfahrens in rund 23 000 Fällen jährlich mit einer Zeitersparnis von 12 Stunden auf Seiten der Sozialversicherung). Für die Erarbeitung von Verfahrensleitlinien für die Pflegesatzvereinbarungen nimmt das Res-sort einen einmaligen Erfüllungsaufwand von rund 26 000 Euro an.

- Einführung eines Anspruchs auf Umwandlung für Tagesbetreuung

Zur niedrigschwelligen Unterstützung von Pflegebedürftigen und zur Entlastung von Pflegepersonen wird ein neuer Leistungsanspruch auf „Umwandelung für Tagesbetreuung“ eingeführt. Dabei entsteht den 95 Pflegekassen einmaliger Programmieraufwand in Höhe von rund 11 000 Euro und jährlicher Aufwand für die Bearbeitung der Leistungsanträge in Höhe von rund 1,5 Mio. Euro.

- Anträge auf Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen

Für neue Leistungsanträge entsteht jährlicher Erfüllungsaufwand bei den Pflegekassen in Höhe von rund 716 000 Euro.

- Evaluierung von Daten zur pflegerischen Versorgung auf regionaler Ebene

Den Pflegekassen entsteht für die regelmäßige Evaluierung und Veröffentlichung von Daten ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 320 000.

- Sonstige Vorgaben

Durch weitere Vorgaben entsteht der Bundesverwaltung insgesamt einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 190 000 Euro und ergibt sich eine jährliche Entlastung von -11 000 Euro.

Länder

Die zwei zukünftig entfallenden Pflichtberatungen bedingen Einsparungen bei den Beihilfestellen der Länder in Höhe von rund -148 000 Euro jährlich.

Die zukünftig elektronische Übermittlung der Beratungsdokumentation an die Beihilfestellen der Länder ergibt Einsparungen in Höhe von rund –385 000 Euro.

III.2 One in one out

Im Sinne der „One in one out"-Regel der Bundesregierung stellt der jährliche Erfüllungsaufwand der Wirtschaft in diesem Regelungsvorhaben ein „**Out**" von rund -67 Mio. Euro dar.

III.3 Weitere Kosten

Durch verschiedene im Entwurf vorgesehene Maßnahmen ergeben sich Minderausgaben für die Sozialversicherung, insbesondere bei den Neuregelungen zu gemeinschaftlichen Wohnformen[2]. Die Höhe dieser Einsparungen beträgt nach Schätzungen des Ressorts im Saldo -165 Mio. Euro. Das Ressort geht nachvollziehbar davon aus, dass davon rund **-5,8 Mio. Euro an Entlastungen auf die privaten Pflegeversicherungen** entfallen. Die übrigen Entlastungen verortet das Ressort methodengerecht bei den Haushaltsausgaben.

2 Das Ressort geht u.a. davon aus, dass bei den gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung jährlich rund 5 000 Euro pro betroffener pflegebedürftiger Person gegenüber einer vollstationärer Unterbringung und rund 14 000 Euro pro betroffener Person gegenüber einer Betreuung in ambulanten Wohngruppen mit Sachleistungsbezug, Wohngruppenzuschlag, Entlastungsbetrag etc. eingespart werden können.

III.4 Digitaltauglichkeit

Das Ressort hat Möglichkeiten zum digitalen Vollzug der Neuregelung (Digitaltauglichkeit) geprüft und hierzu 19 Digitalchecks für die einzelnen Regelungen mit nachvollziehbarem Ergebnis durchgeführt. Der NKR weist darauf hin, dass die Anfertigung von Prozessvisualisierungen, die Normadressaten, Beteiligte, Schnittstellen und Pflichtprozesse beinhalten, zum Verständnis der Regelungsmaterie beitragen und Entlastungspotenziale aufdecken können. Eine Visualisierung hätte sich insbesondere bei den Neuregelungen zu den Pflichtberatungen von Pflegebedürftigen angeboten.

III.5 Evaluierung

Die gesetzlichen Regelungen enthalten Vorgaben zu Evaluierungen einzelner Regelungskomplexe. U.a. soll ermittelt werden, wie sich die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sowie in der ambulanten und stationären Pflege auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung auswirkt.

IV Ergebnis

Der NKR begrüßt die mit dem Vorhaben beabsichtigte Entlastung der Normadressaten und die damit einhergehende Verringerung bei den Bürokratiekosten. Positiv hervorzuheben ist die beabsichtigte Realisierung einer Digitaldividende in nicht unerheblichem Umfang.

Die Darstellung der Regelungsfolgen ist grundsätzlich nachvollziehbar und methodengerecht. Eine aktualisierte Entwurfsfassung mit weitreichenden Änderungen erreichte den NKR wenige Tage vor der geplanten Kabinettbefassung. Eine Überprüfung der darauf beruhenden erheblichen Entlastungen – insbesondere durch Validierung der zugrundeliegenden Parameter – konnte in der Kürze der Zeit nicht in der gebotenen Detailtiefe vorgenommen werden.

Der NKR kritisiert, dass das Ressort die von der GGO vorgesehenen Beteiligungsfristen zum wiederholten Male nicht eingehalten hat. Weiteres Entlastungspotential hätte bei einem Vorgehen im regelhaften Beteiligungsverfahren möglicherweise durch eine konsequente Prüfung und Einbeziehung von Stellungnahmen der betroffenen Verbände aufgedeckt und realisiert werden können.

Der NKR bedauert, dass das Ressort die Potentiale des Digitalchecks, die insbesondere durch Visualisierungen gehoben werden können, nicht ausgeschöpft hat. Eine Visualisierung hätte sich insbesondere bei den Neuregelungen zu den Pflichtberatungen von Pflegebedürftigen angeboten, um bei erhöhtem Regelungsverständnis weiteres Digitalisierungs- und Entlastungspotential zu identifizieren.

16. Dezember 2024

Lutz Goebel
Vorsitzender

Andrea Wicklein
Berichterstatterin