**Bundesrat** **Drucksache** **587/26 (neu)**

**09.10.26**

G - AIS - FSFJ - Fz

# Gesetzentwurf
**der Bundesregierung**

## Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz)

### A. Problem und Ziel

Die Pflegeversicherung bietet seit ihrer Einführung im Jahr 1995 eine solidarische Absicherung des Risikos, pflegebedürftig zu werden, und unterstützt Pflegebedürftige und deren An- und Zugehörige mittlerweile seit mehr als 30 Jahren verlässlich. Durch diesen Sozialversicherungszweig ist ein professionelles Versorgungssystem in der Bundesrepublik Deutschland für pflegebedürftige Menschen mit positiven Wirtschafts- und Beschäftigungswirkungen entstanden – heute sind 1,3 Millionen Menschen in stationären sowie ambulanten Pflege- und Betreuungseinrichtungen beschäftigt.

In den letzten Jahren ist die Zahl pflegebedürftiger Menschen erheblich gestiegen – sie liegt derzeit bei über 6 Millionen. Die Pflegeprävalenz ist deutlich höher als demografisch bedingt erwartet wurde, auch im europäischen Vergleich ist sie außergewöhnlich hoch. Diese Entwicklung hat Folgen: Zum einen steigt der Bedarf an professioneller Versorgung pflegebedürftiger Menschen weiter an und kann teilweise nur noch unzureichend gedeckt werden. Zum anderen steht die soziale Pflegeversicherung (SPV) unter erheblichem finanziellem Druck – bereits im letzten und in diesem Jahr konnten die Leistungsansprüche nur mit Darlehen aus dem Bundeshaushalt garantiert werden. Für die nächsten Jahre sind Defizite zu erwarten, die ab 2028 zweistellige Milliardenbeträge erreichen werden. Angesichts der wirtschaftlichen Lage kann darauf nicht mehr mit weiteren Beitragssatzsteigerungen reagiert werden – das wäre keine nachhaltige und generationengerechte Antwort, um Einnahmen und Ausgaben der SPV in Einklang zu bringen. Und nicht nur allgemein für die Versicherten, auch für die Betroffenen wird Pflege immer teurer: die Eigenanteile im Pflegeheim steigen stetig weiter an; zum Teil auch die Ausgaben der Hilfe zur Pflege. Vorrangiges finanzpolitisches Ziel des Gesetzes ist es daher, die Finanzierung der SPV wieder zu stabilisieren. Darüber hinaus gilt es, mit der künftig jährlichen Dynamisierung der Leistungsbeträge den Anstieg der pflegebedingten Eigenanteile zu begrenzen.

Neben den finanziellen Herausforderungen ist das Pflegesystem auf der Versorgungsseite nur unzureichend auf den steigenden Bedarf eingestellt. Maßnahmen zur Vermeidung, Reduzierung und Stabilisierung von Pflegebedürftigkeit kommen in der Versorgungsroutine und in den Pflegeeinrichtungen oft zu kurz; Kranken- und Pflegeversicherung setzen zu schnell auf Pflege und zu wenig auf ihre Verhinderung. Das Leistungsrecht gilt vielfach als zu komplex; Beratungsansprüche sind zum Teil unbekannt, werden in der Umsetzung

---

Fristablauf: 20.11.26

besonders eilbedürftige Vorlage gemäß Artikel 76 Absatz 2 Satz 4 GG

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

auf reine Information reduziert oder bleiben in komplexeren Pflegesituationen und bei Überforderung der häuslichen Pflege wirkungslos. Im Versorgungssystem fehlen Angebote für akut auftretende Hilfebedarfe, z. B. bei unfall- oder krankheitsbedingtem Ausfall pflegender An- und Zugehöriger. Neben der eigentlichen Pflege kommt es zusätzlich zu Belastungen, wenn pflegende An- und Zugehörige keine zeitnahe Unterstützung erfahren, oder es ergeben sich Situationen, in denen sie aufgrund von Überforderung den Notruf wählen. Pflegeeinrichtungen leiden unter zu viel Bürokratie und zu wenig Anreizen für Innovationen; der gezielte, personalentlastende Einsatz von Technik und Digitalisierung kommt zu kurz.

Mit diesem Gesetz wird das Ziel verfolgt, die Finanzierungsgrundlagen der sozialen Pflegeversicherung zu stabilisieren und eine bürgernahe und menschenwürdige Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in der Stadt und auf dem Land mit effizienten und nachhaltigen Versorgungsstrukturen personell und strukturell sicherzustellen.

## B. Lösung

Dieses Gesetz umfasst vor dem unter A. dargestellten Hintergrund auf der Versorgungsseite Maßnahmen zur Förderung von Prävention und Rehabilitation, ein Maßnahmenpaket zur Stärkung der häuslichen Pflege und der pflegenden An- und Zugehörigen sowie Maßnahmen zur weiteren Entbürokratisierung und für mehr Innovationsanreize für Pflegeeinrichtungen. Gleichermaßen beinhaltet es auf der Finanzierungseite Maßnahmen zur Stabilisierung der Finanzierung der Pflegeversicherung und zur Begrenzung des Anstiegs der Eigenanteile bei den Pflegekosten.

### Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, Rehabilitation

Kranken- und Pflegeversicherung werden künftig konsequent auf Vermeidung, Reduzierung und Stabilisierung von Pflegebedürftigkeit ausgerichtet. Versicherte im Alter über 60 Jahren erhalten einen regelmäßig abrufbaren ergänzenden Anspruch auf eine altersbezogene Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, die geeignet sind, zu einem Verlust von Selbständigkeit oder zum Eintritt von Pflegebedürftigkeit beizutragen. Vorhandene Versichertendaten können von den Kassen künftig systematisch genutzt werden, um präventionsrelevante Bedarfe zu bestimmen und den Versicherten passende Angebote zu empfehlen. Konkrete Empfehlungen zur Rehabilitation bei der Pflegebegutachtung sollen künftig deutlich häufiger erfolgen; Pflegeberatung und Pflegeeinrichtungen arbeiten stärker präventions- und rehabilitationsorientiert.

### Anspruch auf individuelle Pflegebegleitung

Neu eingeführt wird ein Anspruch auf fachliche Begleitung und Unterstützung in der häuslichen Pflege, die sog. Pflegebegleitung. Diese frühzeitige, präventionsorientierte Begleitung soll pflegebedürftige Personen und ihre An- und Zugehörigen dabei unterstützen, die gesundheitliche und pflegerische Situation der pflegebedürftigen Personen zu verbessern und ihre Selbständigkeit zu erhalten. Durch die Pflegebegleitung können gesundheitliche Verschlechterungen früher erkannt und diesen begegnet werden. Sie entlastet zudem An- und Zugehörige durch passende Maßnahmen und beugt Überforderungen vor.

### Einfacheres Leistungsrecht durch Budgets und mehr Transparenz

Das Leistungsrecht der Pflegeversicherung wird vereinfacht und klarer ausgestaltet. Verschiedene Einzelleistungen werden den Versicherten im Umfang eines neuen ambulanten Sachleistungsbudgets und Entlastungsbudgets sowie im Rahmen eines Sozialraumbudgets gebündelt bzw. fokussiert zur Verfügung gestellt. Hierdurch können verschiedene Leistungen flexibler und unbürokratischer genutzt werden, ohne dass gesonderte Anträge

gestellt oder Belege eingereicht werden müssen. Die vorgenommenen Anpassungen tragen auch dazu bei, möglichen Missbrauch von Leistungen effektiv zu vermeiden.

Mit einem neuen „Pflege-Cockpit“ stellen die Pflegekassen künftig außerdem alle Informationen und Instrumente für Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörigen jeweils gebündelt an einem digitalen Ort zur Verfügung. Anstatt selbst lange nach Informationen suchen zu müssen, genügt damit in Zukunft ein einziges Log-in, um Anträge zu stellen, Anbieter zu finden, Informationen zur Pflege zu erhalten u. a.

**Unterstützung in pflegerischen Not- und Akutsituationen**

Für pflegerische Not- und Akutsituationen, z. B. bei unfall- oder krankheitsbedingtem Ausfall pflegender An- oder Zugehöriger, wird ein neues Überbrückungsbudget eingeführt, wodurch künftig Leistungen bei gesundheitlichen Krisen oder einem ungeplanten Ausfall der Hauptpflegeperson zur Verfügung gestellt werden. Diese Leistungen sollen insbesondere durch Notdienste in der ambulanten Pflege, aber auch durch Angebote der Kurzzeitpflege erbracht werden können.

**Innovationsorientierung und Entlastung durch Technik und Digitalisierung**

Das Vertrags- und Vergütungsrecht der Pflegeversicherung wird geöffnet, um den Pflegeeinrichtungen mehr Raum für Innovationen zu geben und mehr Anreize für den Einsatz von Technik und Digitalisierung zu setzen. Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sollen z. B. durch eine Innovationsregel gemeinsam mit den Pflegekassen von rahmenvertraglichen Vorgaben abweichen dürfen, sofern dadurch der Schutz der Pflegebedürftigen nicht vernachlässigt wird. Zudem sollen vollstationäre Pflegeeinrichtungen durch sogenannte Transformationsstellenanteile die Möglichkeit bekommen, den Einsatz von Technik und Digitalisierung in bestimmtem Umfang und Zeitraum in den Pflegesätzen geltend machen zu können, wenn damit personalentlastende Wirkungen zu erwarten sind. Aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes werden 1,6 Milliarden Euro für die Digitalisierung von Einrichtungen der Langzeitpflege zur Verfügung gestellt. Die Länder sollen hierzu einen Förderbetrag in Höhe von insgesamt 400 Millionen Euro beitragen. Dies ergibt einen Finanzierungsanteil des Bundes in Höhe von 80 Prozent und der Länder in Höhe von 20 Prozent an der Gesamtfördersumme in Höhe von 2 Milliarden Euro. Zudem wird das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege verstetigt und erhält weitere Aufgaben.

**Verbesserung der Pflegestrukturplanung und Weiterentwicklung des Sicherstellungsauftrags**

Ergänzend zur Stärkung der kommunalen Pflegestrukturplanung mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege sollen planungsrelevante Daten der Kranken- und Pflegekassen von den Ländern und ihren Kommunen über eine Plattform unkompliziert abgerufen werden können. Die ergänzende Regelung zu den gemeinsamen Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung unterstützt die Länder dabei, auf kommunaler Ebene einen strukturellen Versorgungsbedarf festzustellen und Maßnahmen zu dessen Deckung einzuleiten. Hieran anknüpfend wird es den Pflegekassen ermöglicht, im Falle einer Feststellung eines regionalen strukturellen Versorgungsbedarfs zeitlich befristet von bestimmten vertrags- und vergütungsrechtlichen Regelungen abzuweichen.

**Begrenzung des Anstiegs der Eigenanteile an den Pflegekosten**

Die Pflegeversicherung ist seit ihrer Einführung ein Teilleistungssystem; sie wird auch in Zukunft nur einen Teil der Pflegekosten tragen können. Die Reform soll aber einen Beitrag dazu leisten, den Anstieg der Pflegekosten zu begrenzen. Deshalb wird ab 2029 eine regelmäßige, jährliche Anpassung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung erfolgen.

Zudem wird die Bundesregierung prüfen, durch welche Maßnahmen die private und betriebliche Vorsorge für den Pflegefall weiter gestärkt werden kann.

**Solide Finanzierung wieder sicherstellen**

Mit dem Gesetz soll die Finanzierung der Pflegeversicherung wieder auf eine stabile Grundlage gestellt werden. Der Finanzbedarf ist so hoch, dass er nur durch eine Kombination von Maßnahmen auf der Ausgaben- und Einnahmenseite gedeckt werden kann. Damit die Lohnnebenkosten nicht weiter steigen, kommt eine Anhebung des bundeseinheitlichen Beitragssatzes nicht in Betracht.

Maßnahmen auf der Ausgabenseite umfassen insbesondere

- Stärkung von Prävention und Rehabilitation,
- Wegfall der bisher vorgesehenen Dynamisierung im Jahr 2028,
- fachlich sinnvolle Anpassungen des Begutachtungsinstruments mit dem Ziel einer Verlangsamung des Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen,
- eine präventionsorientierte Fokussierung der Leistungen bei Pflegegrad 1,
- die Korrektur nicht-intendierter Folgen der sogenannten „Flexi-Rente“,
- eine Begrenzung des Anstiegs der Verwaltungskostenerstattung der Pflege- an die Krankenkassen,
- eine Verschiebung der Rückzahlung der Bundesdarlehen auf einen späteren Zeitpunkt (2035 – 2039).

Maßnahmen auf der Einnahmenseite umfassen insbesondere

- Nachvollziehen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes zur Kopplung der Beitragsbemessungsgrenze der sozialen Pflegeversicherung an die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV),
- eine Anhebung des Beitragszuschlags kinderloser Mitglieder der SPV,
- die Erhebung eines Beitragszuschlags für die Mitversicherung von Ehepartnern, sofern kein Ausnahmetatbestand vorliegt,
- die Zahlung von Beiträgen zur Pflegeversicherung auch für Minijobs.

Ziel der Bundesregierung ist es darüber hinaus, einen Beitrag zur Vermeidung steigender Sozialhilfekosten, die die Kommunen belasten, zu leisten. Nach Abschluss der Evaluation des Angehörigenentlastungsgesetzes wird die Bundesregierung daher prüfen, wie die Kommunen durch mögliche Anpassungen angemessen entlastet werden können. Dabei ist auch der Verwaltungsaufwand zu berücksichtigen, den eine Einzelfallprüfung bei der Heranziehung von Angehörigen im Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) erzeugt.

## C. Alternativen

Keine.

## D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Soziale Pflegeversicherung:

Durch dieses Gesetz wird die SPV durch Mehreinnahmen bzw. Minderausgaben entlastet. Die Finanzwirkungen der einzelnen Maßnahmen werden in der folgenden Tabelle dargestellt.

| | **Angaben in Millionen Euro** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **2027** | **2028** | **2029** | **2030** |
| rechnerisches Defizit bei einem Beitragssatz in Höhe von 3,6 Prozent | 7 600 | 15 400 | 16 900 | 17 400 |
| *weitere Mehrausgaben:* | | | | |
| jährliche Dynamisierung der Leistungsbeträge ab 2029 (jeweils zum 01.01.) mit der durchschnittlichen Kerninflationsrate der drei vorherigen Kalenderjahre | 0 | 0 | 1 800 | 2 400 |
| Aufbau von Liquiditätsreserven für die SPV durch die Anhebung der Ausgabendeckungsquote (ADQ) | 0 | 1 400 | 700 | 700 |
| Pflegebegleitung nach den §§ 7c, 7d SGB XI | 0 | 300 | 500 | 500 |
| | | | | |
| *Finanzwirkungen der Maßnahmen des Gesetzes* | 6 250 | 14 460 | 16 460 | 17 960 |
| *davon:* | | | | |
| *Minderausgaben für die SPV* | | | | |
| Verwaltungskosten | 200 | 250 | 300 | 300 |
| Verschiebung der Rückzahlung von Bundesdarlehen | 0 | 500 | 740 | 740 |
| Prävention und Rehabilitation | 0 | 0 | 300 | 800 |
| Anpassung der Begutachtungssystematik | 1 300 | 2 500 | 3 400 | 4 200 |
| Streichung der Leistung "Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI" in Pflegegrad 1 | 800 | 900 | 1 000 | 1 000 |
| Wegfall der Dynamisierung im Jahr 2028 | 0 | 4 700 | 4 800 | 4 900 |
| Korrektur der nicht-intendierten Folgen der „Flexi-Rente“ | 150 | 150 | 150 | 150 |
| *Mehreinnahmen für die SPV* | | | | |
| Beitrag für geringfügig Beschäftigte | 0 | 1 400 | 1 400 | 1 400 |
| Beitragsbemessungsgrenze analog zum GKV-BStabG | 500 | 500 | 500 | 600 |
| Anpassung beitragsfreie Mitversicherung | 0 | 260 | 270 | 270 |
| Erhöhung des Zuschlags für kinderlose Mitglieder | 3 300 | 3 300 | 3 600 | 3 600 |

Ab 01.07.2027 werden Vorschläge der Pflegestrukturkommission umgesetzt, mit denen eine auskömmliche Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung in dieser Legislaturperiode und darüber hinaus sichergestellt wird.

Geringe Mehrausgaben von insgesamt rund 12 Millionen Euro jährlich ergeben sich ferner ab 2027 für Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (§ 11 Absatz 1 SGB XI), Regelungen zur Berücksichtigung der Kinder- und Jugendhospizversorgung

(§ 34 SGB XI) und für mit Maßnahmen nach diesem Gesetz zusammenhängende Verwaltungstätigkeiten beim Bundesamt für Soziale Sicherung (im Umfang von 1,5 Stellen im gehobenen Dienst, refinanziert durch den Ausgleichsfonds) sowie ab 2028 für die Verstetigung des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege (§ 10 SGB XI).

Gesetzliche Krankenversicherung:

| | **Angaben in Millionen Euro** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **2027** | **2028** | **2029** | **2030** |
| ***Mindereinnahmen*** | | | | |
| Absenkung der Verwaltungskostenpauschale | 200 | 250 | 300 | 300 |
| ***Mehrausgaben*** | | | | |
| Regelungen zur Kinder- und Jugendhospizversorgung (§ 39a SGB V) | 6 | 6 | 6 | 6 |

Medizinischer Dienst Bund:

| | **Angaben in Millionen Euro** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **2027** | **2028** | **2029** | **2030** |
| ***Mehrausgaben für den MD Bund*** | | | | |
| Neuer Beirat nach § 18f SGB XI | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 |

Gesetzliche Rentenversicherung (GRV):

| | **Angaben in Millionen Euro** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **2027** | **2028** | **2029** | **2030** |
| ***Mindereinnahmen aus der SPV*** | | | | |
| Korrektur der nicht-intendierten Folgen der „Flexi-Rente“ | 150 | 150 | 150 | 150 |

Bund, Länder und Kommunen:

Da für die Förderung der Digitalisierung in der Langzeitpflege Mittel aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes zur Verfügung gestellt werden, entstehen dem Bund in den Jahren 2027 bis 2031 Haushaltsausgaben in Höhe von insgesamt 1,6 Milliarden Euro. Den Länder können Haushaltsausgaben in Höhe von bis zu 400 Millionen Euro entstehen, sofern sie kofinanzieren. Durch den neu festgelegten Zeitraum für die Rückzahlung der vom Bund gewährten Darlehen an die soziale Pflegeversicherung von ursprünglich 2028 bis 2033 auf den Zeitraum 2035 bis 2039 entstehen dem Bund folgende Mindereinnahmen: im Jahr 2028 500 Millionen Euro und in den Jahren 2029 bis 2033 jeweils jährlich 740 Millionen Euro. Im Zeitraum 2035 bis 2039 ergeben sich entsprechende Mehreinnahmen von jährlich 840 Millionen Euro.

Für Länder und Gemeinden ergeben sich im Bereich der Hilfe zur Pflege für das Jahr 2028 bezifferbare Mehrausgaben von rund 600 Millionen Euro, die in den Folgejahren auf Grund der Einführung einer jährlichen regelhaften Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung ab 2029 sukzessive abnehmen, auf 400 Millionen Euro in 2029 und 350 Millionen Euro in 2030 und im weiteren Zeitverlauf dazu beitragen, die Ausgaben der Hilfe zur Pflege zu reduzieren. Eine weitere Reduzierung der Ausgaben für die Hilfe zur Pflege ergibt sich daraus, dass der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen durch präventive Maßnahmen und die Anpassung der Begutachtungssystematik, die in Konsequenz auch zu einer leicht veränderten Verteilung der Pflegegrade führt, zukünftig gebremst wird. Letztere Auswirkungen dürften ab dem dritten Jahr zu einer weiteren isolierten Kostendämpfung bei der Hilfe zur Pflege führen, die einen niedrigen dreistelligen Millionenbetrag umfasst. Die Länder haben zudem die Möglichkeit, die Pflegebedürftigen durch Übernahme von Investitionskosten zu entlasten.

Für Bund, Länder und Gemeinden ergeben sich außerdem im Bereich der Beihilfe entsprechend dem Anteil der beihilfeberechtigten Pflegebedürftigen Einsparungen von rund 80 Millionen Euro im Jahr 2027 aufwachsend auf bis zu rund 300 Millionen Euro im Jahr 2030.

## E. Erfüllungsaufwand

### E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Den Bürgerinnen und Bürgern entstehen jährliche Entlastungen in Höhe von knapp 14 Millionen Stunden.

### E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Die Wirtschaft wird jährlich um etwa 303,6 Millionen Euro entlastet. Der einmalige Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft liegt bei etwa 9,5 Millionen Euro. Dem stehen einmalige Entlastungen in Höhe von knapp 7 Millionen Euro gegenüber.

#### Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Von den oben genannten Einsparungen des jährlichen Erfüllungsaufwands der Wirtschaft gehen rund 8 Millionen Euro auf Einsparungen bei Bürokratiekosten durch vereinfachte oder wegfallende Informationspflichten zurück, bei den einmaligen Einsparungen sind dies ca. 5,1 Millionen Euro.

### E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

1. Bund

Für den Bund entsteht kein signifikanter Erfüllungsaufwand. Die Beihilfefestsetzungsstellen des Bundes und der Medizinische Dienst Bund werden jährlich insgesamt um knapp 6 Millionen Euro entlastet.

2. Länder und Kommunen

Ländern und Kommunen entsteht kein signifikanter Erfüllungsaufwand. Die Beihilfefestsetzungsstellen der Länder werden jährlich um etwa 1 Millionen Euro entlastet.

3. Sozialversicherung

Der einmalige Erfüllungsaufwand für die Sozialversicherungszweige beträgt insgesamt etwa 4,7 Millionen Euro, dem stehen zu erwartende jährliche Entlastungen in Höhe von knapp 70 Millionen Euro gegenüber.

## F. Weitere Kosten

Neben den unter D. gemachten Ausführungen entstehen noch folgende Finanzwirkungen:

Durch die Erhöhung des Zuschlags für kinderlose Mitglieder um 0,3 Beitragssatzpunkte entstehen den Mitgliedern der SPV im Jahr 2027 3,3 Milliarden Euro Mehrausgaben. Diese steigen durch die Anpassung der beitragsfreien Mitversicherung an, von insgesamt 3,56 Milliarden Euro im Jahr 2028 auf 3,87 Milliarden Euro im Jahr 2030.

Durch den vom Arbeitgeber aus einer geringfügigen Beschäftigung zu tragenden Beitrag ab 2028 entstehen den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern ab dem Jahr 2028 jährlich Mehrausgaben von 1,4 Milliarden Euro. Hierbei sind die Belastungen der Arbeitgeber für Beschäftigte im Übergangsbereich berücksichtigt.

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen und unter Berücksichtigung der Beihilfetarife Minderausgaben von rund 80 Millionen Euro im Jahr 2027, ansteigend auf etwa 300 Millionen Euro im Jahr 2030.

**Bundesrat** **Drucksache** **587/26 (neu)**

**09.10.26**

G - AIS - FSFJ - Fz

# Gesetzentwurf
**der Bundesregierung**

---

## Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz)

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler

Berlin, 9. Oktober 2026

An den
Präsidenten des Bundesrates
Herrn Bürgermeister
Dr. Andreas Bovenschulte

Sehr geehrter Herr Bundesratspräsident,

hiermit übersende ich gemäß Artikel 76 Absatz 2 Satz 4 des Grundgesetzes den von der Bundesregierung beschlossenen

> Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz)

mit Begründung und Vorblatt.

Der Gesetzentwurf ist besonders eilbedürftig, weil das Gesetz zwingend zum 1. Januar 2027 in Kraft treten muss, um die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung im kommenden Jahr zu stabilisieren. Da sich die finanziellen Wirkungen der Reformmaßnahmen erst im Zeitverlauf aufbauen, würde jede zeitliche Verschiebung die unterstellten Finanzeffekte vermindern. Hierdurch würde das Risiko, dass die soziale Pflegeversicherung ihre Leistungsversprechen nicht mehr erfüllen kann, deutlich erhöht.

---

Fristablauf: 20.11.26
besonders eilbedürftige Vorlage gemäß Artikel 76 Absatz 2 Satz 4 GG

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Mit freundlichen Grüßen
Friedrich Merz

# Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung

# (Pflegeneuordnungsgesetz)

**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 2c des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

   a) Die Angabe zu den §§ 2 bis 4 wird durch die folgende Angabe ersetzt:

   „§ 2 Vorrang der häuslichen Pflege und Art und Umfang der Leistungen

   § 3 Selbstbestimmung und Rechte der Pflegebedürftigen

   § 4 Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen“.

   b) Die Angabe zu den §§ 6 bis 7c wird durch die folgende Angabe ersetzt:

   „§ 6 Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen

   § 7 Aufgaben der Pflegekassen

   § 7a Pflege-Cockpit

   § 7b Aufklärung und Auskunft durch die Pflegekassen

   § 7c Pflegebegleitung

   § 7d Angebotsstruktur und Finanzierung der Pflegebegleitung

   § 7e Pflegestützpunkte; Verordnungsermächtigung“.

   c) Die Angabe zu § 8a wird durch die folgende Angabe ersetzt:

   „§ 8a Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung und zu ihrer Sicherstellung“.

   d) Die Angabe zu den §§ 10 bis 12 wird durch die folgende Angabe ersetzt:

   „§ 10 Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

   § 11 Förderung von Innovation und Digitalisierung

   § 12 Förderung guter Versorgung“.

e) Nach der Angabe zu § 18e wird die folgende Angabe eingefügt:

„§ 18f Beirat zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung“.

f) Nach der Angabe zu § 35a wird die folgende Angabe eingefügt:

„§ 35b Abtretung bei Kostenerstattung“.

g) Die Angabe zu den §§ 39 und 39a wird durch die folgende Angabe ersetzt:

„§ 39 Überbrückungsbudget

§ 39a Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen“.

h) Nach der Angabe zu § 40b wird die folgende Angabe eingefügt:

„§ 40c Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen“.

i) Die Angabe zum Dritten Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird gestrichen.

j) Die Angabe zu § 42a wird gestrichen.

k) Die Angabe zu den §§ 45a und 45b wird durch die folgende Angabe ersetzt:

„§ 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag; Verordnungsermächtigung

§ 45b Sozialraumbudget“.

l) Nach der Angabe zu § 53d wird die folgende Angabe eingefügt:

„§ 53e Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund zu den Ergebnissen von Begutachtungen und Qualitätsprüfungen“.

m) Nach der Angabe zu § 75 wird die folgende Angabe eingefügt:

„§ 75a Praktische Erprobung innovativer Konzepte“.

n) Nach der Angabe zu § 88a wird die folgende Angabe eingefügt:

„§ 88b Erstattung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege“.

o) Nach der Angabe zu § 113d wird die folgende Angabe eingefügt:

„§ 113e Transformationsstellenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen“.

p) Die Angabe zu § 125 wird gestrichen.

q) Die Angabe zu § 125b wird gestrichen.

r) Die Angabe zum Ersten Abschnitt des Sechzehnten Kapitels wird durch die folgende Angabe ersetzt:

„Erster Abschnitt

Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung und Übergangsregelungen im Begutach-

tungsverfahren im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie weitere Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren“.

s) Nach der Angabe zu § 142a wird die folgende Angabe eingefügt:

„§ 142b Übergangsregelung zur Anpassung der Schwellenwerte zum 1. Januar 2027

§ 142c Übergangsregelung zu den Inhalten des Gutachtens nach § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3“.

2. § 1 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Die soziale Pflegeversicherung dient als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit. Die Pflegeversicherung hat die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind.“

b) Die Absätze 4 und 5 werden durch die folgenden Absätze 4 und 5 ersetzt:

„(4) Die Ausgaben der Pflegeversicherung werden insbesondere durch Beiträge der Mitglieder und der Arbeitgeber finanziert. Die Beiträge richten sich nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

(5) Ein Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft (Lebenspartner) gilt im Sinne dieses Buches als Familienangehöriger des anderen Lebenspartners, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist.“

c) Die Absätze 6 und 7 werden gestrichen.

3. Die §§ 2 bis 4 werden durch die folgenden §§ 2 bis 4 ersetzt:

„§ 2

Vorrang der häuslichen Pflege und Art und Umfang der Leistungen

(1) Die Leistungen der Pflegeversicherung sind Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung sowie Kostenerstattung, soweit es dieses Buch vorsieht. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit und danach, ob häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege in Anspruch genommen wird.

(2) Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen, vergleichbar Nahestehenden und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Die Leistungen der Pflegeversicherung tragen auch zu einer besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf oder Pflege und Ausbildung bei. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.

(3) Bei häuslicher und teilstationärer Pflege ergänzen die Leistungen der Pflegeversicherung die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung. Bei teil- und vollstationärer Pflege werden die Pflegebedürftigen von Aufwendungen entlastet, die für ihre Versorgung nach Art und Schwere der Pflegebedürf-

tigkeit erforderlich sind (pflegebedingte Aufwendungen), die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung tragen die Pflegebedürftigen selbst.

(4) Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige haben darauf hinzuwirken, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

§ 3

Selbstbestimmung und Rechte der Pflegebedürftigen

(1) Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Unterstützungsbedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten.

(2) Geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen und ihrer Bedarfe an Leistungen sollen jeweils berücksichtigt werden. Den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen Pflege soll nach Möglichkeit Rechnung getragen werden. Die Erbringung der Hilfen soll auch bei jungen Menschen mit Pflegebedarf jeweils altersentsprechend gestaltet werden.

(3) Den Wünschen der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe soll im Rahmen des Leistungsrechts entsprochen werden, soweit die Wünsche angemessen sind. Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege oder einer Pflege, die Rücksicht auf das individuelle Geschlecht oder die sexuelle Orientierung der Menschen mit Pflegebedarf nimmt, haben nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden.

(4) Die Pflegebedürftigen können zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen. Auf die religiösen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen ist Rücksicht zu nehmen. Auf ihren Wunsch hin sollen sie stationäre Leistungen in einer Einrichtung erhalten, in der sie durch Geistliche ihres Bekenntnisses betreut werden können.

(5) Die Pflegebedürftigen sind auf die Rechte nach dieser Vorschrift hinzuweisen.

§ 4

Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen

(1) Die Versicherten sollen durch gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an Vorsorgemaßnahmen und durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Leistungen zur medizinischen Prävention und Rehabilitation dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

(2) Nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit haben die Pflegebedürftigen an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und der aktivierenden Pflege mitzuwirken, um die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. In gleicher Weise sollen sie im Rahmen der Durchführung von Leistungen zur weiteren medizinischen Prävention mitwirken.“

4. § 5 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „§ 11 Absatz 1“ durch die Angabe „§ 6 Absatz 1“ ersetzt.

b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 Nummer 2 wird die Angabe „§ 7a Absatz 3 Satz 2“ durch die Angabe „§ 7a Absatz 3 Satz 2 in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung“ ersetzt.

bb) In Satz 5 wird die Angabe „Beratung nach den §§ 7a und 7c“durch die Angabe „Beratung nach § 7a in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung und nach § 7e“ ersetzt.

cc) In Satz 7 wird die Angabe „§ 11 Absatz 1“ durch die Angabe „§ 6 Absatz 1“ ersetzt.

c) Nach Absatz 3 wird der folgende Absatz 4 eingefügt:

„(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat zur Erfüllung der Aufgabe nach Absatz 1a Satz 4 sowie zur Unterstützung der Datenauswertung nach § 25b Absatz 1 Nummer 4 des Fünften Buches im Wege einer wissenschaftlichen Expertise relevante Risikofaktoren zur Erkennung einer bestehenden oder drohenden Pflegebedürftigkeit zu erheben. Die Erkenntnisse sind für die Entwicklung und Umsetzung geeigneter präventiver Maßnahmen zu nutzen und zu berücksichtigen bei

1. der Festlegung der Ziele nach den Absätzen 1 und 1a,

2. der Pflegebegleitung der Versicherten nach § 7c,

3. einer Leistungserbringung nach § 36 und

4. einem Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3.

Das Nähere zur Erstellung der wissenschaftlichen Expertise und zur Einbeziehung der Pflegekassen bestimmt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann hierfür Mittel nach § 11 Absatz 1 einsetzen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich einen Bericht vor über die Umsetzung und den Erfolg der Maßnahmen zur Reduzierung der nach Satz 1 ermittelten Risikofaktoren sowie über deren Umsetzung und Erfolg in der Beratungs- und Leistungspraxis der Pflegekassen.“

d) Die bisherigen Absätze 4 bis 6 werden zu den Absätzen 5 bis 7.

5. § 6 wird durch den folgenden § 6 ersetzt:

„§ 6

Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen

(1) Inhalt und Organisation der Leistungen, die Pflegeeinrichtungen erbringen, haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde jederzeit zu gewährleisten. Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Die Pflegeeinrichtun-

gen unterstützen die Versicherten dabei, durch eine gesundheitsbewusste Alltagsgestaltung und durch präventiv und rehabilitativ ausgerichtete Pflegemaßnahmen, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken.

(2) Bei der Durchführung dieses Buches sind die Vielfalt der Träger von Pflegeeinrichtungen zu wahren sowie deren Selbständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit zu achten. Dem Auftrag kirchlicher und sonstiger Träger der freien Wohlfahrtspflege, kranke, gebrechliche und pflegebedürftige Menschen zu pflegen, zu betreuen, zu trösten und sie im Sterben zu begleiten, ist Rechnung zu tragen. Freigemeinnützige und private Träger haben Vorrang gegenüber öffentlichen Trägern.

(3) Die Bestimmungen des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes bleiben unberührt.

(4) Pflegefachpersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die über eine Erlaubnis nach den §§ 1, 58 Absatz 1 oder 2 oder § 64 des Pflegeberufegesetzes verfügen. Die Pflege durch Pflegeeinrichtungen schließt die Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen für die Erbringung von Leistungen nach diesem Buch ein. 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.“

6. Nach § 6 werden die folgenden §§ 7 und 7a eingefügt:

„§ 7

Aufgaben der Pflegekassen

(1) Die Pflegekassen sind für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich. Sie arbeiten dabei mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen und wirken, insbesondere durch Pflegestützpunkte nach § 7e, auf eine Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen hin, um eine Verbesserung der wohnortnahen Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen zu ermöglichen. Die Pflegekassen bilden zur Durchführung der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaften. § 94 Absatz 2 bis 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

(2) Die Pflegekassen wirken mit den Trägern der ambulanten und der stationären gesundheitlichen und sozialen Versorgung partnerschaftlich zusammen, um die für den Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Hilfen zu koordinieren. Sie stellen insbesondere über die Pflegeberatung nach § 7a in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung sicher, dass im Einzelfall häusliche Pflegehilfe, Behandlungspflege, ärztliche Behandlung, spezialisierte Palliativversorgung, Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen. Die Pflegekassen nutzen darüber hinaus das Instrument der integrierten Versorgung nach § 92b und wirken zur Sicherstellung der haus-, fach- und zahnärztlichen Versorgung der Pflegebedürftigen darauf hin, dass die stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationen mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten eingehen oder § 119b des Fünften Buches anwenden.

§ 7a

Pflege-Cockpit

(1) Die Pflegekassen gewährleisten eine transparente Information der Versicherten. Sie eröffnen für jede bei ihnen versicherte pflegebedürftige Person jeweils einen einheitlichen digitalen Zugang zu allgemeinen und individuellen Informationen zur Pflegeversicherung, zur Organisation der Pflege und zu bestehenden Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige und Pflegepersonen sowie zur Kommunikation zwischen Pflegekasse und Versicherten (Pflege-Cockpit). Die Pflegebedürftigen und die von ihnen durch Erklärung gegenüber der Pflegekasse bevollmächtigten Personen erhalten über diesen digitalen Zugang mindestens

1. kurze und einfach nachvollziehbare Informationen zu den Angeboten und Leistungen der Pflegeversicherung,

2. einen Überblick über die Leistungen, die die Versicherten in ihrem jeweiligen Pflegegrad beanspruchen können,

3. individuelle Informationen über die Leistungen, die die Pflegebedürftigen beziehen, sowie den möglichst aktuell dargestellten Umfang ihres jeweiligen Leistungsbezugs,

4. die Möglichkeit, Anträge oder Anfragen sowie, sofern erforderlich, Belege bei der Pflegekasse einzureichen und den jeweiligen Status der Bearbeitung zu sehen,

5. die Möglichkeit, die Abtretung eines Anspruchs nach § 35b gegenüber der Pflegekasse anzuzeigen, eine Änderung an der Abtretungsvereinbarung zu übermitteln und den jeweiligen Status einer erklärten Abtretung einzusehen,

6. die Möglichkeit, jederzeit Einblick in die für die Pflegebedürftigen ausgesprochenen Empfehlungen zu erhalten, die im Rahmen der Begutachtung abgegeben worden sind,

7. die Möglichkeit, in den Leistungs- und Preisvergleichslisten nach § 7b Absatz 3 aufgeführte Anbieter und Angebote zu suchen und Informationen zu deren Leistungen und den Preisen abzurufen,

8. Informationen zu vor Ort, online oder telefonisch verfügbaren Beratungs-, Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige und Pflegepersonen, insbesondere zur Pflegebegleitung nach § 7c,

9. die Möglichkeit, sich vor Ort oder online stattfindende aktuell verfügbare Schulungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit der Pflege anzeigen zu lassen oder solche zu suchen, und

10. spezifische Informationen zur Pflege, zu Austausch- und Schulungsmöglichkeiten sowie zu Selbsthilfe- und Unterstützungsangeboten, sofern die Pflegebedürftigen zu einer besonderen Zielgruppe gehören.

Die Darstellung der Inhalte erfolgt in einer für die Versicherten einfach verstehbaren Form und Sprache und in einer für sie wahrnehmbaren Form. Bei der Entwicklung der Darstellung der Inhalte und von Funktionen des Pflege-Cockpits wird die Sicht von Nutzerinnen und Nutzern systematisch eingebunden und auf eine für diese leicht verständliche Nutzbarkeit geachtet. Bei der weiteren Entwicklung des Pflege-Cockpits wird in der Konzeption zudem ein zweckmäßiger Datenaustausch mit der elektronischen Patientenakte nach § 341 des Fünften Buches berücksichtigt. Die geltenden Anforderun-

gen an die Barrierefreiheit und an den Datenschutz sind zu beachten und die erforderliche Datensicherheit ist zu gewährleisten.

(2) Die Pflegekassen sollen ihren Versicherten bereits vor Feststellung einer Pflegebedürftigkeit einen digitalen Zugang zu Informationen insbesondere zu Präventionsmöglichkeiten und -angeboten und zu allgemeinen Informationen zur Pflegeversicherung sowie zu den Voraussetzungen der Stellung eines Antrags auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit zur Verfügung stellen.

(3) Die Pflegekassen haben ihren Versicherten den digitalen Zugang zu den Informationen und Funktionen des Pflege-Cockpits nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 bis 7 spätestens bis zum 1. Juli 2028 zu eröffnen. Die weiteren Funktionen sind spätestens bis zum 1. Januar 2030 bereitzustellen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen evaluiert die Einführung des Pflege-Cockpits und legt dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. Dezember 2030 einen Evaluationsbericht vor; er kann hierfür Mittel nach § 11 Absatz 1 einsetzen."

7. Der bisherige § 7 wird zu § 7b und wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„§ 7b

Aufklärung und Auskunft durch die Pflegekassen".

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „informieren" die Angabe „, individuell zu beraten" eingefügt.

bb) In Satz 3 wird die Angabe „Pflegeberatung nach § 7a, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7c" durch die Angabe „Pflegeberatung nach § 7a in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7e" ersetzt.

c) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „§ 2 Absatz 2" durch die Angabe „§ 3" ersetzt.

8. Die bisherigen §§ 7a und 7b werden durch die folgenden §§ 7c und 7d ersetzt:

„§ 7c

Pflegebegleitung

(1) Ab dem 1. Januar 2029 haben Pflegebedürftige in häuslicher Pflege und ihre pflegenden An- und Zugehörigen Anspruch auf präventionsorientierte, fachliche Begleitung und Unterstützung in der Pflege (Pflegebegleitung). Ziel der Pflegebegleitung ist, die gesundheitliche und pflegerische Situation der pflegebedürftigen Menschen zu verbessern, ihre Selbständigkeit zu erhalten, pflegende An- und Zugehörige zu unterstützen und zu entlasten sowie die häusliche Pflegesituation durch ein stabiles Versorgungsarrangement nachhaltig aufrechtzuerhalten.

(2) Die Aufgaben der Pflegebegleitung sind insbesondere,

1. den Unterstützungsbedarf unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst zu erkennen, zu ermitteln und festzuhalten,

2. ein stabiles Versorgungsarrangement unter Einbeziehung der Angehörigen, der Zugehörigen und des Umfelds sowie unter Berücksichtigung der im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu gestalten, einen Versorgungsplan zu erstellen und dessen Umsetzung zu begleiten,

3. Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen im Pflegealltag zu begleiten, individuell fachlich anzuleiten und Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege zu vermitteln,

4. bei der Umsetzung insbesondere der Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen, die im Rahmen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst ausgesprochen wurden, zu unterstützen,

5. bei der Umsetzung von Maßnahmen, die im Rahmen des Entlassmanagements nach einem Aufenthalt in einem Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung empfohlen wurden, zu unterstützen,

6. Pflegebedürftige zu Hilfs- und Pflegehilfsmitteln zu beraten und bei der Beantragung zu unterstützen,

7. die Situation der pflegenden An- und Zugehörigen systematisch mit einzubeziehen, vom Medizinischen Dienst gegebene Empfehlungen zu berücksichtigen und im Bedarfsfall konkrete Entlastungsmöglichkeiten aufzuzeigen und bei der Inanspruchnahme zu unterstützen; dabei werden auch die besonderen Belange von pflegenden Eltern sowie pflegenden Kindern und Jugendlichen berücksichtigt,

8. Pflegebedürftige in pflegerischen Akutsituationen nach § 39 Absatz 2 zu unterstützen, bei Bedarf weitere Hilfen zu organisieren und Einschätzungen nach § 39a Absatz 3 Satz 2 und § 42 Absatz 4 Satz 1 abzugeben.

Für die nähere Ausgestaltung der Inhalte, das Verfahren und die Durchführung der Pflegebegleitung sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a maßgeblich.

(3) Die Pflegekasse hat der pflegebedürftigen Person unmittelbar nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Termin für eine Pflegebegleitung in der häuslichen Umgebung anzubieten. Die Pflegebegleitperson und die pflegebedürftige Person vereinbaren weitere Termine, wenn dies aus fachlicher Sicht der Pflegebegleitperson angezeigt ist. Auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person sind alle Termine telefonisch oder durch barrierefreie digitale Anwendungen durchzuführen. Bei der Durchführung der Pflegebegleitung als Videokonferenz gelten die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden.

(4) Unabhängig von Absatz 3 können sich Pflegebedürftige und ihre pflegenden An- und Zugehörigen mit Begleitungs- oder Unterstützungsbedarf an die Pflegebegleitperson wenden, insbesondere auch in pflegerischen Akutsituationen nach § 39 Absatz 2.

(5) Pflegebedürftige mit besonderem Unterstützungsbedarf zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung werden durch die Pflegekasse mit einem Fallmanagement durch eine Pflegebegleitperson organisierend und koordinierend unterstützt, sofern die pflegebedürftige Person dem nicht widerspricht. Im Rahmen des Fallmanagements

wird eine strukturierte, fallbezogene Methode zur bedarfsgerechten Steuerung komplexer Pflegehilfesituationen eingesetzt. Die Aufgabe der Pflegebegleitpersonen ist dabei insbesondere die Unterstützung

1. bei der rechtskreisübergreifenden Beantragung und Koordination von in Betracht kommenden Sozialleistungen sowie der Suche nach und der Inanspruchnahme von passenden Angeboten und

2. bei der Suche, Inanspruchnahme und Organisation weiterer unterstützender Angebote und Hilfen.

Sollte die Versorgung der pflegebedürftigen Person nicht innerhalb eines angemessenen Zeitrahmens sichergestellt werden können, hat die Pflegebegleitperson die Pflegekasse oder den zuständigen Leistungsträger entsprechend zu informieren. Für die Pflegekasse gilt der Sicherstellungsauftrag nach § 69. Das Fallmanagement hat auf Wunsch der pflegebedürftigen Person als Videokonferenz zu erfolgen und kann durch sonstige barrierefreie digitale Anwendungen ergänzt werden, soweit dem aus fachlicher Sicht der Pflegebegleitperson nichts entgegensteht; Absatz 3 Satz 4 gilt entsprechend. In den Richtlinien nach § 17 Absatz 1a werden die Voraussetzungen für einen besonderen Unterstützungsbedarf, die strukturierte Methode zur Steuerung der Pflegehilfesituation sowie die Bestimmung eines angemessenen Zeitrahmens nach Satz 4 festgelegt. Auch für die nähere Ausgestaltung der Inhalte, das Verfahren und die Durchführung des Fallmanagements sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a maßgeblich.

(6) Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach § 37 Absatz 1 beziehen, haben ab dem 1. Januar 2029 einmal jährlich eine Pflegebegleitung in der häuslichen Umgebung abzurufen. Diese dient auch der Feststellung, dass die Versorgung der pflegebedürftigen Person sichergestellt ist. Die Pflegebegleitperson hat die Durchführung der Pflegebegleitung gegenüber der Pflegekasse zu bestätigen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch gegenüber der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle. Rufen Pflegebedürftige die Pflegebegleitung nicht ab, hat die Pflegekasse das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen. Stellt die Pflegebegleitperson fest, dass die Versorgung nicht sichergestellt ist, hat sie geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegesituation vorzuschlagen, auf deren Durchführung hinzuwirken und einen verpflichtenden Folgetermin in der häuslichen Umgebung zu vereinbaren. Stellt die Pflegebegleitperson bei diesem Folgetermin fest, dass die Versorgung der pflegebedürftigen Person weiterhin nicht sichergestellt ist, hat sie die Pflegekasse entsprechend zu informieren. Die Pflegekasse hat sodann ein Fallmanagement nach Absatz 5 anzubieten. Nimmt die pflegebedürftige Person das angebotene Fallmanagement nicht in Anspruch, kann die Pflegekasse das Pflegegeld entziehen. Gleiches gilt, wenn die pflegebedürftige Person den Folgetermin nach Satz 5 nicht zeitnah wahrnimmt.

(7) Die für die Durchführung der Pflegebegleitung einschließlich des Fallmanagements erforderliche Verarbeitung von Daten der pflegebedürftigen Person darf nur mit Einverständnis der pflegebedürftigen Person erfolgen. Ist die Pflege nach Absatz 5 Satz 4 oder Absatz 6 Satz 6 nicht sichergestellt, darf die Pflegekasse die erforderlichen Daten auch ohne das Einverständnis verarbeiten.

(8) Die Absätze 1 bis 7 gelten für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, entsprechend.

§ 7d

Angebotsstruktur und Finanzierung der Pflegebegleitung

(1) Die Pflegekassen stellen vorbehaltlich der Absätze 4 und 5 die Pflegebegleitung nach § 7c sicher. Sie arbeiten dabei entsprechend § 7 mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen und haben bereits bestehende, externe Beratungsstrukturen zu berücksichtigen. Sie fördern zudem regionale Vernetzungsstrukturen, insbesondere durch die Integration in Pflegestützpunkte. Die Pflegekassen treffen hierfür Vereinbarungen zur bundesweiten und kassenartenübergreifenden Organisation der Pflegebegleitung; hierzu gehört, dass sie einen Verantwortlichen für das Gebiet jedes Kreises und jeder kreisfreien Stadt benennen. Die Pflegekassen können diese Aufgabe auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen. Sobald Verantwortliche für das Gebiet eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt benannt sind, sind die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch oder die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe für das Gebiet ihrer örtlichen Zuständigkeit an der Entwicklung der Organisation der Pflegebegleitung zu beteiligen. Die Pflegekassen können die Pflegebegleitung auch ganz oder teilweise auf Dritte übertragen; § 80 des Zehnten Buches bleibt unberührt.

(2) Die Pflegekassen setzen für die Aufgaben nach § 7c entsprechend qualifizierte Pflegebegleitpersonen ein. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt unter Beteiligung der in § 17 Absatz 1a Satz 3 genannten Parteien und der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene bis zum 30. September 2027 Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegebegleitpersonen ab.

(3) Die Pflegekassen stellen zur Erfüllung ihrer Verpflichtung nach § 7c für das Gebiet jedes Kreises und jeder kreisfreien Stadt jährlich finanzielle Mittel über den Ausgleichsfonds nach § 65 bereit. Diese Mittel berechnen sich anhand von 146 Euro je pflegebedürftiger Person in häuslicher Pflege, die bei der Pflegekasse versichert ist, mit Wohnsitz in dem jeweiligen Kreis oder der jeweiligen kreisfreien Stadt. Die Mittel je Kreis oder kreisfreier Stadt setzt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Fall der Übernahme nach den Absätzen 4 oder 5 jährlich in Richtlinien fest. Die Pflegekassen stellen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen die hierfür erforderlichen Daten jährlich bis spätestens zum 30. Juni zur Verfügung. Die Mittel dienen

1. der Durchführung der Pflegebegleitung einschließlich des Fallmanagements und

2. der Schulung und Qualifizierung der Pflegebegleitpersonen.

Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der finanziellen Mittel aus dem Ausgleichsfonds regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.

(4) Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe können auf Grund landesrechtlicher Vorschriften von den Pflegekassen und Krankenkassen den Abschluss einer Vereinbarung zur gemeinsamen und vollständigen Übernahme der Pflegebegleitung nach § 7c Absatz 1 durch Pflegestützpunkte nach § 7e verlangen. Die Übernahme bezieht sich auf das Gebiet des Kreises oder der kreisfreien Stadt für den Bereich der örtlichen Zuständigkeit des Trägers der Sozialhilfe oder der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe. Übernehmen die in Satz 1 Genannten die Pflegebegleitung im Rahmen der Pflegestützpunkte, gelten die Absätze 1 bis 3, § 7c Absatz 2 bis 7 und die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a entsprechend. Die Pflege-

kasse informiert die in Satz 1 Genannten unverzüglich über den erstmaligen Erhalt eines Pflegegrades, wenn die pflegebedürftige Person einverstanden ist.

(5) Wird die Pflegebegleitung nicht nach Absatz 4 durch Pflegestützpunkte erbracht, können die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe die Pflegebegleitung auf Grund landesrechtlicher Vorschriften übernehmen. Die Übernahme bezieht sich auf das Gebiet des Kreises oder der kreisfreien Stadt für den Bereich der örtlichen Zuständigkeit des Trägers der Sozialhilfe oder der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe. Mehrere Träger der Sozialhilfe sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe können auch gemeinschaftlich und gebietsübergreifend die Pflegebegleitung übernehmen. Übernehmen die in Satz 1 Genannten die Pflegebegleitung, gelten die Absätze 1 bis 3, § 7c Absatz 2 bis 7 und die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a entsprechend. Die Pflegekasse informiert die in Satz 1 Genannten unverzüglich über den erstmaligen Erhalt eines Pflegegrades, wenn die pflegebedürftige Person einverstanden ist.

(6) Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe haben die Übernahme der Pflegebegleitung nach den Absätzen 4 oder 5 bis zum 31. Dezember 2027 gegenüber dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen anzuzeigen.

(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit zum 1. Januar 2033 einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht über die Strukturen, die Durchführung, die Auskömmlichkeit der finanziellen Mittel, die Ergebnisse und die Wirkungen der Pflegebegleitung sowie des Fallmanagements vor. Er kann hierfür Mittel nach § 11 Absatz 1 einsetzen. Die Inhalte der wissenschaftlichen Begleitung sind im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit festzulegen."

9. Der bisherige § 7c wird zu § 7e und wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„§ 7e

Pflegestützpunkte; Verordnungsermächtigung".

b) Nach Absatz 1a wird der folgende Absatz 1b eingefügt:

„(1b) Bestimmen die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe auf Grund landesrechtlicher Vorschriften, dass die Pflegebegleitung nach § 7c durch den Pflegestützpunkt durchgeführt wird, so bedarf es der Anpassung der erforderlichen Verträge innerhalb von sechs Monaten nach der Anzeige nach § 7d Absatz 6."

c) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 wird die Angabe „Pflegeberatung nach § 7a in Verbindung mit den Richtlinien nach § 17 Absatz 1a" durch die Angabe „Pflegeberatung nach § 7a in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung in Verbindung mit den Richtlinien nach § 17 Absatz 1a in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung" ersetzt.

d) In Absatz 6 Satz 4 wird die Angabe „Bundesversicherungsamt" durch die Angabe „Bundesamt für Soziale Sicherung" ersetzt.

10. § 8 Absatz 3 bis 10 wird durch die folgenden Absätze 3 und 4 ersetzt:

„(3) Die Bundesregierung berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes ab der 22. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages einmal in jeder Wahlperiode des Deutschen Bundestages über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Der Bericht umfasst zukünftig auch Angaben zur Entwicklung

1. der Einkommenssituation der Leistungsbezieher der sozialen Pflegeversicherung,

2. der Höhe der von den Leistungsbeziehern der sozialen Pflegeversicherung zu erbringenden Eigenanteile,

3. der Verbreitung der bei einem Teilleistungssystem notwendigen zusätzlichen privaten Absicherung von pflegebedingten Kosten und

4. der Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege.

(4) Die Pflegekassen stellen über eine digitale Datenplattform beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen ihnen zur Verfügung stehende nicht personenbezogene Versorgungsdaten zur Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation regelmäßig den zuständigen Gebietskörperschaften zur Unterstützung bei ihren Aufgaben nach § 9 bereit. Dabei sind auch relevante nicht personenbezogene Daten der Krankenkassen sowie die Informationen nach § 73a Absatz 3 zu berücksichtigen. Die Aufgabe nach Satz 1 kann auch auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen errichtet zur Aufgabenerfüllung nach den Sätzen 1 bis 3 bis zum 31. Oktober 2028 eine digitale Datenplattform. 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 Datenbereitstellung, zur Kostentragung und zur Datenaufbereitung. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Die Empfehlungen sind dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Oktober 2026 vorzulegen. Die Finanzierung der digitalen Datenplattform nach Satz 4 erfolgt aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.“

11. § 8a wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„§ 8a

Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung und zu ihrer Sicherstellung“.

b) Absatz 1 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Der Ausschuss soll zur Umsetzung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, einvernehmlich Empfehlungen abgeben, soweit landesrechtlich nicht Empfehlungen der Ausschüsse nach Absatz 3 vorgesehen sind.“

c) Nach Absatz 4 Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„Soweit landesrechtlich vorgesehen, sind dabei Indikatoren zu bestimmen für die Feststellung von strukturellen Versorgungsbedarfen auf Ebene der Kreise oder der kreisfreien Städte als Grundlage einer Pflegestrukturplanungsempfehlung unter Berücksichtigung der Eigenverantwortung nach § 4, der gemeinsamen Verantwortung nach § 8 Absatz 1 und 2, der Aufgaben der Länder nach § 9 sowie der Aufgaben und des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen nach den §§ 7 und 69.“

d) Nach Absatz 4 wird der folgende Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Neben der Gewährleistung des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen nach § 69 können durch Landesrecht nähere Bestimmungen getroffen werden, welche Maßnahmen und mit welcher Frist geeignet sind, einen aufgrund der Indikatoren der Pflegestrukturplanungsempfehlung festgestellten strukturellen Versorgungsbedarf zu decken. Dabei sind die Erkenntnisse der Pflegekassen nach § 69 Absatz 2 Satz 1 und aus den Anzeigen von Pflegeeinrichtungen nach § 73a Absatz 1 Satz 1 zu berücksichtigen.“

12. § 9 wird durch den folgenden § 9 ersetzt:

„§ 9

Aufgaben der Länder

(1) Die Länder sind verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt. Die Länder können 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 und das Nähere zur Feststellung von strukturellen Versorgungsbedarfen regeln. Durch Landesrecht kann auch bestimmt werden, ob und in welchem Umfang eine im Landesrecht vorgesehene 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 gilt. Die nach Landesrecht vorgesehene finanzielle Unterstützung der Pflegebedürftigen kann sich auch an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen orientieren. Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen.

(2) Die Länder berichten dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich bis zum 30. Juni über Art und Umfang der finanziellen Förderung der Pflegeeinrichtungen im vorausgegangenen Kalenderjahr sowie über die mit dieser Förderung verbundenen durchschnittlichen Investitionskosten für die Pflegebedürftigen.“

13. Die §§ 10 bis 12 werden durch die folgenden §§ 10 bis 12 ersetzt:

„§ 10

Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

(1) Beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen ist das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege eingerichtet und hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. regelmäßige Analyse und Evaluation der Umsetzung digitaler Potentiale im Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege anhand eines zu entwickelnden interprofessionell anschlussfähigen Modells zur Ermittlung des Reifegrades der Pflegeeinrichtungen hinsichtlich der Digitalisierung, einschließlich der Aufgaben nach § 113e Absatz 5,

2. Entwicklung von konkreten Empfehlungen insbesondere für Leistungserbringer, Pflegekassen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege sowie für Pflegeberatungsstellen, mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Digitalisierung in der Langzeitpflege, unter Berücksichtigung der Vorgaben des § 78a ,

3. Entwicklung eines standardisierten Nutzennachweises digitaler Anwendungen, der für alle Rechtskreise, in denen die pflegerische Versorgung stattfindet, angewendet werden kann und nach transparenten, wissenschaftlich begründeten Kriterien, insbesondere versorgungsbezogene Wirkungen, Auswirkungen auf Pflegequalität, Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen, Arbeitsorganisation und Wirtschaftlichkeit berücksichtigt,

4. Unterstützung des Wissenstransfers bei Themen der Digitalisierung in der Langzeitpflege für pflegebedürftige Menschen, ihre Pflegepersonen nach § 19, beruflich Pflegende, Pflegeberatende und Pflegebegleitpersonen mit geeigneten Maßnahmen und

5. Unterstützung der Leistungserbringer der Pflege beim Anschluss an die Telematikinfrastruktur und beim Betrieb von pflegespezifischen Anwendungen in der Telematikinfrastruktur in Abstimmung mit der Gesellschaft für Telematik.

(2) Aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden ab dem 1. Januar 2028 jährlich zwei Millionen Euro für die Durchführung der Aufgaben des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege zur Verfügung gestellt. Bis zum 31. Dezember 2027 stehen die nicht verbrauchten Mittel aus § 125b Absatz 2 in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung zur Verfügung. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß Satz 1 ergeben. Dieser Finanzierungsanteil kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Inhalte, Planung und Durchführung des Kompetenzzentrums im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und im Benehmen mit den Verbänden der Pflegekassen, den Ländern, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, dem Deutschen Pflegerat, den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 sowie deren Pflegepersonen nach § 19, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesund-

heitswesen und in der Pflege, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Medizinischen Dienst Bund sowie mit der Gesellschaft für Telematik und, soweit vorhanden, mit Kompetenzzentren auf Bundes- und Landesebene. Die Gesellschaft für Telematik soll insbesondere bei der Umsetzung der Aufgaben nach Absatz 1 beteiligt werden, sofern diese einen Bezug zur Telematikinfrastruktur aufweisen. Ebenso ist die oder der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit ins Benehmen zu setzen, sofern datenschutzrechtliche Belange betroffen sind. Für die Förderung gilt § 11 Absatz 1 Satz 4, 7 und 11 entsprechend.

(3) Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.

(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen veranlasst im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Arbeit des Kompetenzzentrums durch unabhängige Sachverständige. Begleitung und Auswertung erfolgen nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards hinsichtlich der Wirksamkeit, der Qualität und der Kosten der Arbeit des Kompetenzzentrums. Die unabhängigen Sachverständigen haben Berichte über die Ergebnisse der Auswertungen zu erstellen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis 2028 jährlich, ab dann alle zwei Jahre, einen barrierefreien Bericht über die Arbeit und Ergebnisse des Kompetenzzentrums vor.

(5) Ein Beirat berät und unterstützt das Kompetenzzentrum bei den Aufgaben nach Absatz 1. Die Einrichtung des Beirats erfolgt durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Der Beirat besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der Länder, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., der Verbände der Pflege- und Krankenkassen auf Bundesebene, der Verbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, des Deutschen Pflegerates, der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 sowie deren Pflegepersonen nach § 19, der für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des Medizinischen Dienstes Bund, der Gesellschaft für Telematik, der Wissenschaft sowie des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, des Bundesministeriums für Forschung, Technologie und Raumfahrt, des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend, des Bundesministeriums für Gesundheit und der oder des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege.

(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen informiert regelmäßig und aktuell über die Aktivitäten und Ergebnisse des Kompetenzzentrums auf einer eigens dafür eingerichteten barrierefreien Internetseite.

## § 11

## Förderung von Innovation und Digitalisierung

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung mit 10 Millionen Euro im Kalenderjahr Maßnahmen wie Modellvorhaben, Studien, wissenschaftliche Expertisen und Fachtagungen zur Weiter-

entwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige, durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels sowie von § 36 und zur Entwicklung besonders pauschalierter Pflegesätze von § 84 Absatz 2 Satz 2 abgewichen werden. Mehrbelastungen der Pflegeversicherung, die dadurch entstehen, dass Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, durch Einbeziehung in ein Modellvorhaben höhere Leistungen als das Pflegegeld erhalten, sind in das nach Satz 1 vorgesehene Fördervolumen einzubeziehen. Soweit die in Satz 1 genannten Mittel im jeweiligen Haushaltsjahr nicht verbraucht wurden, können sie in das Folgejahr übertragen werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Maßnahmen; dabei sind auch regionale Modellvorhaben einzelner Länder zu berücksichtigen. Die Maßnahmen sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen. Soweit finanzielle Interessen einzelner Länder berührt werden, sind diese zu beteiligen. Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben, Studien, wissenschaftlichen Expertisen oder anderen Maßnahmen personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung der betreffenden Person erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

(2) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann aus Mitteln des Ausgleichsfonds nach § 65 mit 10 Millionen Euro im Kalenderjahr Modellvorhaben für eine Erprobung telefonischer und digital gestützter Angebote zur bedarfsgerechten Steuerung in pflegerischen Akutsituationen durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren (Pflegenottelefon). Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. Die Modellvorhaben sollen insbesondere die intersektorale Vernetzung mit bestehenden telefonischen und digitalen Angeboten des Notdienstes nach § 75 Absatz 1b des Fünften Buches und der Notfallversorgung oder anderer komplementärer Dienste sicherstellen. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben nach allgemeinen wissenschaftlichen Standards zu veranlassen.

(3) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird in den Jahren 2019 bis 2030 ein einmaliger Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um digitale Anwendungen, insbesondere zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowie für eine stärkere Beteiligung der Pflegebedürftigen zu fördern. Förderfähig sind insbesondere Anschaffungen von digitalen Anwendungen sowie damit verbundene Schulungen, die beispielsweise der Betreuung, Aktivierung und sozialen Teilnahme der pflegebedürftigen Menschen am Leben in der Gesellschaft dienen. Förderfähig sind auch die Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie Schulungen zu digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften und zum sachgerechten Umgang mit künstlicher Intelligenz in der Langzeitpflege. Gefördert werden bis zu 40 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein einmaliger Zuschuss in Höhe von 12 000 Euro möglich. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2027 Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses, der durch eine

Pflegekasse ausgezahlt wird. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 8 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.

(4) Zur Verbesserung der Pflegequalität und Entlastung des Pflegepersonals wird in den Jahren 2027 bis 2031 aus Finanzmitteln des Sondervermögens des Bundes für Infrastruktur und Klimaneutralität ein Förderprogramm für die Digitalisierung ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen in Höhe von 1,6 Milliarden Euro eingerichtet. Das Förderprogramm dient der Finanzierung von Investitionen insbesondere in sichere und interoperable digitale Infrastruktur, digitale Anwendungen und die Qualifizierung des Personals im Umgang mit digitalen Technologien. Zur Finanzierung erfolgt aus dem Sondervermögen des Bundes für Infrastruktur und Klimaneutralität eine kalenderjährliche Mittelzuführung in fünf gleich großen Anteilen an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung beim Bundesamt für Soziale Sicherung. Im Jahr 2027 werden die Mittel zum 1. Juli und in den Jahren 2028 bis 2031 jeweils zum 1. Januar übertragen. Die Mittelvergabe an die Pflegeeinrichtungen beginnt ab dem 1. Juli 2027 und erfolgt in den Jahren 2027 bis 2031. Sie erfolgt unter Beachtung der Bedingungen des Bundesministeriums der Finanzen für die Nutzung des Sondervermögens des Bundes. Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.

(5) Die Fördermittel nach Absatz 4 werden zur sachgerechten Verteilung dieser Fördermittel auf die Länder auf Grundlage der aktuell gültigen amtlichen Pflegestatistik kalenderjährlich entsprechend dem Anteil an pflegebedürftigen Personen und der Anzahl der Pflegeeinrichtungen im Bundesgebiet aufgeteilt. Voraussetzung für die Mittelzuführung an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für das jeweilige Kalenderjahr ist, dass

1. das jeweilige Land ebenfalls eigene Haushaltsmittel in Höhe des Förderbetrags nach Satz 3 kalenderjährlich bereitstellt und

2. das jeweilige Land in den Jahren 2027 bis 2031 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionskostenförderung der Pflegeeinrichtungen mindestens in der Höhe bereitstellt, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2024 bis 2026 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht.

Die Länder sollen insgesamt in Höhe von 25 Prozent der Fördersumme aus dem Sondervermögen kofinanzieren. Der dementsprechende Förderbetrag von 400 Millionen Euro wird in den Jahren 2027 bis 2031 in fünf gleich große Anteile aufgeteilt. Der jeweilige Förderanteil der einzelnen Länder am kalenderjährlichen Förderbetrag ergibt sich jeweils durch den Königsteiner Schlüssel für das Vorjahr. Die Haushaltsmittel nach Satz 2 Nummer 1 sind im Jahr 2027 bis zum 30. Juni und in den Jahren 2028 bis 2031 jeweils bis zum 30. November des Vorjahres haushaltsrechtlich sicherzustellen. Sofern ein Land die Fördermittel nach Satz 2 Nummer 1 in einem Kalenderjahr nicht rechtzeitig bereitstellt, jedoch im Folgejahr bis zum 1. Januar Fördermittel in Höhe der auf beide Jahre entfallenden Fördermittelsumme bereitstellt, erfolgen die Mittelzuführung aus dem Sondervermögen und die Förderung nach Absatz 4 in dem Folgejahr bis zu der Höhe, die sich nach Satz 1 für das erste Kalenderjahr und für das Folgejahr zusammen ergibt.

(6) Die Förderung nach Absatz 4 kann von zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen bei der für die Auszahlung zuständigen Pflegekasse beantragt werden. Förderfähige Maßnahmen der Digitalisierung in der Pflege sind insbesondere

1. die Anschaffung und Implementierung digitaler Pflege- und Dokumentationssysteme sowie digitaler Verwaltungs-, Organisations- und Managementsysteme,

2. die Einführung von Assistenzsystemen zur Entlastung des Pflegepersonals oder zur Verbesserung der Versorgungsqualität,

3. die Schaffung oder Anpassung von IT-Infrastruktur, insbesondere sichere Netzwerke und Endgeräte,

4. die Qualifizierung des Personals im sicheren und effizienten Umgang mit digitalen Technologien,

5. die Entwicklung und Einführung von interoperablen Schnittstellen für die interprofessionelle Zusammenarbeit und

6. Maßnahmen zur Erhöhung der IT-Sicherheit.

(7) Das Bundesministerium für Gesundheit und die Länder schließen unter Beteiligung des Bundesamtes für Soziale Sicherung eine Verwaltungsvereinbarung, die insbesondere die Übermittlung der Finanzierungsanteile der Länder für die Jahre 2027 bis 2031 an das Bundesamt für Soziale Sicherung zwecks Auszahlung an die Pflegeeinrichtungen durch die zuständige Pflegekasse sowie den Umgang mit nicht verbrauchten Mitteln der Länder eines Kalenderjahres festlegt.

(8) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 30. Juni 2027 unter Beteiligung des Bundesamtes für Soziale Sicherung und der Länder Richtlinien über das Nähere zu den Voraussetzungen, der Höhe der Förderung pro Pflegeeinrichtung und zu dem Verfahren der Gewährung des Förderbetrags nach den Absätzen 4 und 5 unter Berücksichtigung der Maßnahmen nach § 10 Absatz 1 Nummer 1 sowie der Verwaltungsvereinbarung nach Absatz 7. Die Richtlinien haben sicherzustellen, dass eine Förderung ausgeschlossen ist, soweit dieselben Aufwendungen bereits nach anderen Vorschriften dieses Buches, nach landesrechtlichen Regelungen zur Förderung von Investitionsaufwendungen, nach § 82 Absatz 1a oder anderweitig finanziert werden. In den Richtlinien ist auch jeweils eine für die Auszahlung zuständige Pflegekasse zu bestimmen. Zudem sind die Voraussetzungen zur Investitionsförderung aus dem Sondervermögen zu beachten, einschließlich des Nachweises der Wirtschaftlichkeit und der Nachhaltigkeit der geplanten Investitionen sowie der Anforderungen an die Evaluation der Investitionswirkung, der Art und Weise der Beteiligung der Einrichtungen an der Evaluation und den Folgen bei Nichtteilnahme an der Evaluation. Die Richtlinien regeln darüber hinaus, dass die Empfänger der Fördermittel verpflichtet sind, die Verwendung der Mittel gegenüber der zuständigen Pflegekasse nachzuweisen. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sowie Mittel bei Nichtteilnahme an der Evaluation sind durch die Pflegekassen zurückzufordern. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich über den Stand der Mittelverwendung.

(9) Die Richtlinien nach Absatz 8 bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann

im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 2 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.

(10) § 12 Absatz 5 und 6 gilt für die Förderung nach Absatz 3 entsprechend.

§ 12

Förderung guter Versorgung

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung mit 3 Millionen Euro im Kalenderjahr Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen zur Entwicklung oder Erprobung innovativer Versorgungsansätze unter besonderer Berücksichtigung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren. Bei Modellvorhaben, die den Einsatz von zusätzlichem Personal in der Versorgung durch die Pflegeeinrichtung erfordern, können die dadurch entstehenden Personalkosten in das nach Satz 1 vorgesehene Fördervolumen einbezogen werden. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden. Pflegebedürftige dürfen durch die Durchführung der Modellvorhaben nicht belastet werden. Soweit die in Satz 1 genannten Mittel im jeweiligen Haushaltsjahr nicht verbraucht werden, können sie in das folgende Haushaltsjahr übertragen werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben nach allgemeinen wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Über die Auswertung der Modellvorhaben ist von unabhängigen Sachverständigen ein Bericht zu erstellen. Der Bericht ist zu veröffentlichen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben, Studien oder wissenschaftlichen Expertisen personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung der betreffenden Person erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

(2) Bei Modellvorhaben nach Absatz 1 und nach § 11 Absatz 1, die die Erprobung innovativer Konzepte in der pflegerischen Versorgung in Pflegeeinrichtungen zum Gegenstand haben und bei denen die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung durch eine staatliche oder staatlich anerkannte Hochschule oder eine wissenschaftliche Organisation, die nach vergleichbaren wissenschaftlichen Standards arbeitet, durchgeführt wird, können die Kooperationsmehraufwendungen für die Pflegeeinrichtungen sowie die Personalaufwendungen für qualifizierte Pflegefachpersonen, die für die Zwecke der Erprobung in der Pflegeeinrichtung als Bindeglied zwischen Hochschule und Pflegeeinrichtung fungieren, Wissen vermitteln, Bildungsangebote gestalten und Forschungsaktivitäten unterstützen, in das vorgesehene Fördervolumen einbezogen werden. Bestehende Finanzierungszuständigkeiten für die Aus-, Fort- und Weiterbildung bleiben dabei bestehen; Doppelfinanzierungen sind ausgeschlossen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Anforderungen an Modellvorhaben, die sich für den Einsatz von Pflegefachpersonen nach Satz 1 eignen, sowie die Anforderungen an qualifi-

zierte Pflegefachpersonen und die beteiligten Pflegeeinrichtungen fest. Soweit Pflegeeinrichtungen mit Verträgen nach § 75a innovative Konzepte in der pflegerischen Versorgung außerhalb von Modellvorhaben nach Absatz 1 oder nach § 11 Absatz 1 praktisch erproben, gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend.

(3) 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 Bildung, 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 Bildung, 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 5 werden dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für die Jahre 2026 bis 2031 Fördermittel von insgesamt 10 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.

(4) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt, um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zu fördern, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern. Die Maßnahmen nach Satz 1 werden in den Jahren 2025 bis 2030 mit den in den Jahren 2023 und 2024 nicht in Anspruch genommenen Fördermitteln aus dem Ausgleichfonds der Pflegeversicherung gefördert; ab dem 1. Januar 2027 kann die Förderung von Maßnahmen auch mit dem Ziel erfolgen, rehabilitative Aspekte der pflegerischen Versorgung zu stärken, die über die aktivierende Pflege hinausgehen. Das verfügbare Fördervolumen in den Jahren 2025 bis 2030 wird zudem um die für Modellvorhaben nach § 123 beanspruchten Mittel des Ausgleichfonds verringert. Förderfähig sind alle Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, insbesondere für ihre in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern oder rehabilitative Aspekte der pflegerischen Versorgung zu stärken; dazu gehören insbesondere

1. individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind, sowie weitere Maßnahmen zur Entlastung insbesondere der in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,

2. Maßnahmen zur Rückgewinnung von Pflege- und Betreuungspersonal,

3. Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitszeitgestaltung und Dienstplangestaltung, einschließlich Maßnahmen im Zusammenhang mit lebensphasengerechten

Arbeitszeitmodellen, Personalpools sowie weiteren betrieblichen Ausfallkonzepten,

4. Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation mit und zwischen den Beschäftigten,

5. Maßnahmen zur personzentrierten und kompetenzorientierten Personalentwicklung unter Berücksichtigung der Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen, einschließlich der Entwicklung und Umsetzung von Delegationskonzepten, der Personalqualifizierung und der Führung,

6. Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation mit Kunden,

7. Maßnahmen zur Schaffung einer familienfreundlichen Unternehmenskultur,

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

9. Maßnahmen zur Erstellung und Umsetzung von Konzepten, die der Verbesserung und der Wiederherstellung der Selbständigkeit und von Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen dienen, wie der Durchführung von individuell angepassten Bewegungseinheiten einschließlich entsprechender Maßnahmen zur Schulung der in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wobei die zur Förderung eingereichten Maßnahmen und Konzepte mit Zustimmung der Pflegeeinrichtung zum Zweck der Veröffentlichung an die Geschäftsstelle nach § 113d übermittelt werden.

Die Maßnahmen im Sinne des Satzes 1 umfassen jeweils alle erforderlichen Maßnahmen zur betrieblichen Umsetzung, insbesondere die Bedarfsanalyse, Konzeptentwicklung, Personal- und Organisationsentwicklung, Schulung und Weiterbildung der Führungskräfte und Beschäftigten sowie die Begleitung der Umsetzung. Folgende jährliche Förderzuschüsse sind möglich:

1. bei Pflegeeinrichtungen mit bis zu 25 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die Leistungen in der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, Förderzuschüsse bis zu 70 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel, höchstens jedoch in Höhe von bis zu 10 000 Euro;

2. bei Pflegeeinrichtungen ab 26 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die Leistungen in der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, Förderzuschüsse bis zu 50 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel, höchstens jedoch in Höhe von bis zu 7 500 Euro.

Die Landesverbände der Pflegekassen stellen die sachgerechte Verteilung der Mittel sicher. Die in den Sätzen 1 und 2 genannten Beträge sollen unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen auf die Länder aufgeteilt werden. Antrag und Nachweis sollen einfach ausgestaltet sein. Pflegeeinrichtungen können in einem Antrag die Förderung von zeitlich und sachlich unterschiedlichen Maßnahmen beantragen. Soweit eine Pflegeeinrichtung den Förderhöchstbetrag nach Satz 6 innerhalb eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommen hat und soweit die für das Land, in dem die Pflegeeinrichtung ihren Sitz hat, in diesem Kalenderjahr bereitgestellte Gesamtfördersumme noch nicht ausgeschöpft ist, erhöht sich der mögliche Förderhöchstbetrag für diese Pflegeeinrichtung im nachfolgenden Kalenderjahr um den aus dem Vorjahr durch die Pflegeeinrichtung nicht in Anspruch genommenen Betrag. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene Richtlinien über das Nähere zu den Voraussetzungen, Zielen, Inhalten und

zur Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel durch eine Pflegekasse. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 14 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.

(5) Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich nach Absatz 4 ergeben. Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. Einmalig können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, für bestehende Vertragsverhältnisse die Prämie für die private Pflege-Pflichtversicherung anpassen, um die Verpflichtungen zu berücksichtigen, die sich aus den Sätzen 1 und 2 ergeben. § 155 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist anzuwenden. Dem Versicherungsnehmer ist die Neufestsetzung der Prämie unter Hinweis auf die hierfür maßgeblichen Gründe in Textform mitzuteilen. § 203 Absatz 5 des Versicherungsvertragsgesetzes und § 205 Absatz 4 des Versicherungsvertragsgesetzes gelten entsprechend.

(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und das Bundesamt für Soziale Sicherung regeln das Nähere über das Verfahren zur Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel zur Finanzierung der Maßnahmen nach Absatz 4 aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sowie zur Feststellung und Erhebung der Beträge der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, nach Absatz 5 Satz 1 und 2 durch Vereinbarung."

14. § 13 Absatz 4b wird gestrichen.

15. § 14 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

    a) In Satz 3 wird die Angabe „voraussichtlich" durch die Angabe „mit hoher Wahrscheinlichkeit" ersetzt.

    b) Nach Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:

    „In den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 werden die Anforderungen an die Wahrscheinlichkeitsprognose und die dazu erforderlichen Ausführungen im Gutachten nach § 18b näher konkretisiert."

16. § 15 wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 3 Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

    „Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

    1. ab 15 bis unter 30 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

2. ab 30 bis unter 50 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

3. ab 50 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung."

b) Absatz 7 wird durch den folgenden Absatz 7 ersetzt:

„(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter von bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 15 bis unter 30 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,

2. ab 30 bis unter 50 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,

3. ab 50 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,

4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5."

c) In Absatz 8 Satz 3 wird die Angabe „§ 8 Absatz 3" durch die Angabe „§ 11 Absatz 1" ersetzt.

17. § 17 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 Satz 7 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Werden Anpassungen der Richtlinien erforderlich, ist jeweils auch zu prüfen, inwieweit nach neuen pflegefachlichen oder medizinischen Erkenntnissen das Begutachtungsverfahren weiterentwickelt und von übermäßigen Aufwänden, wie beispielsweise bei Dokumentationspflichten, entlastet werden kann. Die Vorschläge des Expertenbeirates nach § 18f sind bei jeder Anpassung zu berücksichtigen."

b) Absatz 1a wird durch den folgenden Absatz 1a ersetzt:

„(1a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund bis zum 30. September 2027 Richtlinien zur einheitlichen Umsetzung der Pflegebegleitung nach § 7c (Pflegebegleitungs-Richtlinien). Die Richtlinien enthalten insbesondere Vorgaben zur näheren Ausgestaltung der Inhalte, zum Verfahren und zur Durchführung der Pflegebegleitung einschließlich des Fallmanagements nach § 7c Absatz 5; dies schließt Vorgaben zu den Voraussetzungen für einen besonderen Unterstützungsbedarf, der strukturierten Methode zur Steuerung der Pflegehilfesituation sowie der Bestimmung eines angemessenen Zeitrahmens mit ein. An den Pflegebegleitungs-Richtlinien sind die Länder, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege, die Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie die Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege zu beteiligen. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften, unabhängigen

Sachverständigen sowie den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie ihren Angehörigen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Pflegebegleitungs-Richtlinien sind für alle Pflegebegleitpersonen, die Pflegebegleitung nach § 7c durchführen, unmittelbar verbindlich."

18. § 18 wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 1 Satz 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

    „Der Medizinische Dienst Bund regelt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1, welche Unterlagen zwingend zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit erforderlich sind und in welchen geeigneten Fällen, auf welche Weise und durch welche Stelle bundeseinheitlich vor der Durchführung der Begutachtung im Wege einer Plausibilitätskontrolle der tatsächliche Bedarf einer Begutachtung beim Antragsteller zu erfragen ist. Hierbei ist der Antragsteller zu den Erfolgsaussichten seines Antrags zu beraten und ihm ist die Gelegenheit zu geben, seinen Antrag zurückzunehmen. Wird der Antrag zurückgenommen, hat die Begutachtung zu unterbleiben."

    b) Nach Absatz 1 wird der folgende Absatz 1a eingefügt:

    „(1a) Der Medizinische Dienst Bund regelt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1, in welchen Fällen und unter welchen Voraussetzungen eine Wiederholung der Begutachtung aufgrund erfolgreicher aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen auch auf Veranlassung der entsprechenden Pflegeeinrichtung durch die Pflegekasse zu beauftragen ist; nach Vorlage des Abschlussberichtes gemäß § 18e Absatz 6 Satz 6 sind die Richtlinien an neue pflegefachliche Erkenntnisse anzupassen und es ist zu regeln, ob und unter welchen Voraussetzungen zu dem Zweck einer Rückstufung in einen niedrigeren Pflegegrad eine Beauftragung von in der Versorgung tätigen Pflegefachpersonen erfolgen kann."

19. § 18a wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 2 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

    „Hinsichtlich der Grenzen der Mitwirkung des Versicherten und der Folgen fehlender Mitwirkung gelten die §§ 65 und 66 des Ersten Buches; der Versicherte ist vom Medizinischen Dienst frühzeitig über die möglichen Folgen seiner fehlenden Mitwirkung zu informieren."

    b) In Absatz 3 Satz 3 und Absatz 8 Satz 1 wird jeweils die Angabe „§ 7a" durch die Angabe „§ 7a in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung" ersetzt.

20. § 18b wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 1 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

    „Das Gutachten des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter beinhaltet

    1. die Feststellungen, die in der Begutachtung nach § 18a vorzunehmen sind, insbesondere das Ergebnis der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt,

2. Feststellungen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Vermeidung, Überwindung, Minderung oder Verhinderung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit geeignet, notwendig und zumutbar sind, wobei Empfehlungen auszusprechen sind insbesondere zu

   a) Maßnahmen der Prävention,

   b) Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, sofern nicht Gründe entgegenstehen, die im Gutachten für den einzelnen Fall gesondert zu erläutern sind,

   c) Maßnahmen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung,

   d) Maßnahmen zur Heilmittelversorgung,

   e) anderen therapeutischen Maßnahmen,

   f) Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds,

   g) edukativen Maßnahmen und

   h) einer Beratung zu Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches, sowie

3. Feststellungen zu den wichtigsten erkennbaren Einschränkungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und zu den dadurch voraussichtlich erforderlichen Schwerpunkten der pflegerischen Versorgung in einem eigenen Gutachtenabschnitt, wobei Empfehlungen auszusprechen sind zu daraus ableitbaren Beratungs- und gegebenenfalls Handlungsbedarfen der Pflegebegleitung ab dem 1. Januar 2029 insbesondere zu

   a) den ersten Schritten zur Einleitung der pflegerischen Versorgung und erforderlichenfalls eines Fallmanagements zur Deckung besonderer pflegerischer Unterstützungsbedarfe und

   b) der Vermeidung einer Überlastung der im Gutachten genannten Pflegepersonen, sofern diese bei der Begutachtung anwesend waren und bei gezielter Nachfrage eine besondere Belastungssituation beschrieben haben.“

b) Nach Absatz 3 Satz 5 wird der folgende Satz eingefügt:

„Ebenso werden in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die Inhalte der Feststellungen und Empfehlungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 konkretisiert; die Richtlinien sind diesbezüglich in regelmäßigen Abständen an neue pflegefachliche Erkenntnisse anzupassen.“

c) Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Das vollständige Gutachten muss vom Medizinischen Dienst oder von der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin oder von dem von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich der Pflegekasse in gesicherter elektronischer Form übermittelt werden. Zur Ermöglichung der Pflegebegleitung werden ab dem 1. Januar 2029 die dafür erforderlichen Informationen des Gutachtens bei Antragstellungen nach § 33 Absatz 1 mit Einwilligung des Pflegebedürftigen in gesicherter elektronischer Form an die für die Pflegebegleitung zuständige Stelle übermit-

telt. Die Stelle zur Pflegebegleitung ist dem Medizinischen Dienst sowie dem Pflegebedürftigen vor dessen Einwilligung von der Pflegekasse konkret zu benennen. Auf Verlangen des zuständigen Trägers der Sozialhilfe hat die Übermittlung des Gutachtens in gesicherter elektronischer Form auch an diesen zu erfolgen, soweit dies zur Ermöglichung einer bedarfsgerechten Leistungsgewährung erforderlich ist.“

21. In § 18c Absatz 5 Satz 2 wird nach der Angabe „nicht, wenn“ die Angabe „und solange“ eingefügt.

22. Nach § 18e wird der folgende § 18f eingefügt:

„§ 18f

Beirat zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung

(1) Beim Medizinischen Dienst Bund wird ein Beirat eingerichtet. Der Beirat dient der wissenschaftlich fundierten und bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Instrumente und des Verfahrens zur Bestimmung des leistungsberechtigten Personenkreises der sozialen Pflegeversicherung. Er wird eigeninitiativ oder aufgrund konkreter Aufgabenzuweisung durch den Medizinischen Dienst Bund oder das Bundesministerium für Gesundheit tätig.

(2) Der Beirat besteht aus fünf Vertreterinnen oder Vertretern der Wissenschaft, die hinsichtlich der Pflegebegutachtung über ausgewiesene sozialrechtliche, pflegewissenschaftliche oder statistische Kenntnisse verfügen.

(3) Der Beirat hat die Aufgabe,

1. den Medizinischen Dienst Bund sowie das Bundesministerium für Gesundheit bei der wirkungsvollen Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstrumentes und des Verfahrens zur Pflegebegutachtung zu beraten und entsprechende Empfehlungen zu geben,

2. dem Medizinischen Dienst Bund konkrete Vorschläge zur Umsetzung der Empfehlungen nach Nummer 1 in seinen Richtlinien zu unterbreiten und

3. dem Bundesministerium für Gesundheit konkrete Vorschläge zur gesetzlichen Umsetzung der Empfehlungen nach Nummer 1 zu unterbreiten.

(4) Die Mitglieder des Beirats nach Absatz 2 werden vom Medizinischen Dienst Bund im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen vorgeschlagen und für die Dauer von vier Jahren vom Medizinischen Dienst Bund mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit berufen. Sie bleiben nach Ablauf dieses Zeitraumes noch so lange im Amt, bis die neuen Mitglieder berufen worden sind. Die Mitglieder des Beirats können auf ihre Mitgliedschaft verzichten. Der Verzicht ist gegenüber dem Medizinischen Dienst Bund schriftlich oder elektronisch zu erklären. Hierüber ist das Bundesministerium für Gesundheit vom Medizinischen Dienst Bund zu unterrichten. Scheidet ein Mitglied vorzeitig aus, so ist an seiner Stelle unverzüglich ein neues Mitglied zu berufen.

(5) Die Mitglieder des Beirats sind in der Ausübung ihrer Tätigkeit im Beirat unabhängig, unterliegen keinen Weisungen und sind ausschließlich dem öffentlichen Interesse verpflichtet. Sie erhalten ein angemessenes Sitzungsgeld, das der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit festsetzt, und

die Erstattung ihrer Reisekosten entsprechend den Regelungen des Bundesreisekostengesetzes.

(6) Der Beirat gibt sich eine Geschäftsordnung. Er wählt nach Maßgabe seiner Geschäftsordnung aus seiner Mitte ein vorsitzendes und ein stellvertretendes vorsitzendes Mitglied.

(7) Für den Beirat unterhält der Medizinische Dienst Bund eine Geschäftsstelle. Diese Geschäftsstelle muss angemessen ausgestattet werden.

(8) Der Beirat soll mindestens einmal im Halbjahr zu einer Sitzung zusammentreten. Sitzungen sind anzuberaumen, wenn der Medizinische Dienst Bund, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen oder das Bundesministerium für Gesundheit die Einberufung beantragen. Die oder der Vorsitzende des Beirats kann jederzeit eine Sitzung anberaumen. Der Beirat kann andere Sachverständige im Rahmen seiner Tätigkeit in geeigneter Form einbeziehen. Die Sitzungen des Beirates sind nichtöffentlich, sofern der Beirat nach Maßgabe seiner Geschäftsordnung nichts anderes beschließt. Die schriftlichen Dokumente des Beirats wie Berichte, Empfehlungen, Gutachten und Positionspapiere sind dem Medizinischen Dienst Bund, dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie dem Bundesministerium für Gesundheit elektronisch zu übermitteln. Jeweils eine Vertreterin oder ein Vertreter des Medizinischen Dienstes Bund, des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, des Begutachtungsdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie insgesamt eine Vertreterin oder ein Vertreter der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 nimmt beratend an den Sitzungen teil. Die Vertreterinnen oder Vertreter müssen während der Sitzung jederzeit gehört werden.

(9) Der Beirat berichtet dem Medizinischen Dienst Bund sowie dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich über seine Tätigkeit nach Absatz 3. Das Bundesministerium für Gesundheit leitet den Bericht nach Erhalt dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu. Der Beirat informiert den Medizinischen Dienst Bund sowie das Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen über den Tätigkeitsbericht nach Satz 1 hinaus über seine Tätigkeiten. Die Information erfolgt in den Sitzungen des Beirats, schriftlich, elektronisch oder fernmündlich."

23. § 28 Absatz 1 und 1a wird durch die folgenden Absätze 1 und 1a ersetzt:

„(1) Die Pflegeversicherung gewährt folgende Leistungen:

1. Pflegebegleitung nach § 7c und Beratung nach § 37 Absatz 3 Satz 7,

2. Pflegesachleistung nach § 36,

3. Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen nach § 37,

4. Kombination von Geldleistung und Sachleistung nach § 38,

5. Überbrückungsbudget nach § 39 in Verbindung mit den §§ 39a und 42,

6. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 40,

7. digitale Pflegeanwendungen nach § 40a in Verbindung mit § 40b und ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen nach § 40c in Verbindung mit § 40b,

8. Tagespflege und Nachtpflege nach § 41,

9. Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson nach § 42b,

10. vollstationäre Pflege nach § 43,

11. Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen nach § 43a,

12. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 43b,

13. Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen nach § 43c,

14. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 44,

15. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 44a,

16. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen nach § 45,

17. Sozialraumbudget nach § 45b,

18. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 45f,

19. Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c nach § 45h,

20. Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches gemäß § 35a.

(1a) Versicherte haben gegenüber ihrer Pflegekasse oder ihrem Versicherungsunternehmen bis zum 31. Dezember 2028 Anspruch auf Pflegeberatung nach Maßgabe des § 144 Absatz 4.“

24. § 28a wird durch den folgenden § 28a ersetzt:

„§ 28a

Leistungen bei Pflegegrad 1

Bei Vorliegen des Pflegegrades 1 gewährt die Pflegeversicherung folgende Leistungen:

1. Pflegebegleitung nach § 7c, Pflegeberatung nach Maßgabe des § 144 Absatz 4 und Beratung nach § 37 Absatz 3 Satz 2,

2. Versorgung mit Pflegehilfsmitteln nach § 40,

3. finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds nach § 40,

4. digitale Pflegeanwendungen nach § 40a in Verbindung mit § 40b und ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen nach § 40c in Verbindung mit § 40b,

5. Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson nach § 42b,

6. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 43b,

7. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 44a,

8. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen nach § 45,

9. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 45f,

10. Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach § 45g nach Maßgabe von § 28 Absatz 1b,

11. Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung nach § 92c, soweit die Leistungen nach § 45h bei Pflegegrad 1 zur Anwendung kommen."

25. § 30 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Die im Vierten Kapitel dieses Buches benannten Beträge für die Leistungen der Pflegeversicherung steigen ab dem Jahr 2029 jährlich jeweils zum 1. Januar in Höhe des geometrischen Mittels der Kerninflationsrate der letzten drei vorangegangenen Kalenderjahre, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen, nicht jedoch stärker als der durchschnittliche Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum."

26. Nach § 33 Absatz 1 Satz 8 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Für die Prognose des Medizinischen Dienstes nach Satz 5 reicht die argumentativ zu begründende, nicht unwesentliche Wahrscheinlichkeit, dass sich gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der antragstellenden Person pflegegradrelevant verringern werden. In den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 werden die Voraussetzungen näher konkretisiert, unter denen eine Befristung nach Satz 5 zu erfolgen hat."

27. § 34 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht darüber hinaus, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches auch Anspruch auf Leistungen besteht, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, sowie für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4. Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ist in den ersten acht Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer stationären Versorgung in Kinder- und Jugendhospizen, 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 weiter zu zahlen; 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, wird das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 auch über die ersten acht Wochen hinaus weiter gezahlt."

b) In Absatz 3 Nummer 4 wird nach der Angabe „Krankenhausbehandlung“ die Angabe „, einer stationären Versorgung in Kinder- und Jugendhospizen“ eingefügt.

28. Nach § 35a wird der folgende § 35b eingefügt:

„§ 35b

Abtretung bei Kostenerstattung

(1) Die Abtretung von Ansprüchen der pflegebedürftigen Person auf Zahlung von Geldleistungen gegen die zuständige Pflegekasse nach § 40 Absatz 4 und den §§ 40a und 45b wird erst wirksam, wenn die pflegebedürftige Person die Abtretung der zuständigen Pflegekasse anzeigt.

(2) Die Anzeige kann schriftlich oder elektronisch erfolgen.

(3) Die Anzeige hat Angaben zur pflegebedürftigen Person, zum Abtretungsempfänger sowie zur Art und Höhe des abgetretenen Anspruchs zu enthalten.

(4) Die Pflegekasse zeigt der pflegebedürftigen Person die Zahlung an den Abtretungsempfänger schriftlich oder elektronisch an. Die Anzeige hat Angaben zur Höhe der Zahlung und zu der Höhe des verbleibenden Anspruchs der pflegebedürftigen Person zu enthalten.“

29. § 36 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe) im Umfang eines Sachleistungsbudgets. Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte. Der Umfang des Sachleistungsbudgets ergibt sich aus den Leistungsbeträgen nach Absatz 3.“

b) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

„(3) Das Sachleistungsbudget umfasst je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 890 Euro,

2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 590 Euro,

3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 2 090 Euro,

4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 2 530 Euro.“

c) Absatz 4 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen oder ambulanten Betreuungseinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind.“

30. § 37 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 bis 3 werden durch die folgenden Absätze 1 bis 3 ersetzt:

„(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld im Umfang eines Entlastungsbudgets beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Die Höhe des Entlastungsbudgets beträgt je Kalendermonat

1. 380 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,

2. 630 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,

3. 890 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,

4. 1 080 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

(2) Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen nach § 39a und während einer Kurzzeitpflege nach § 42 jeweils für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist. § 118 Absatz 3 und 4 des Sechsten Buches gilt entsprechend, wenn für die Zeit nach dem Monat, in dem der Pflegebedürftige verstorben ist, Pflegegeld überwiesen wurde.

(3) 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. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch, in den ersten drei Monaten nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades bis zu zwei zusätzliche Beratungen sowie halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen. Beziehen Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen, können sie halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person erfolgt im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 31. Dezember 2028 jede zweite Beratung abweichend von den Sätzen 1 bis 3 per Videokonferenz. Bei der Durchführung der Videokonferenz sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten. Die erstmalige Beratung nach den Sätzen 1 bis 3 hat in der eigenen Häuslichkeit zu erfolgen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, können in den ersten drei Monaten nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades bis zu zwei zusätzliche Beratungen in der eigenen Häuslichkeit oder per Videokonferenz in Anspruch nehmen. Die Regelungen in diesem Absatz gelten bis zum 31. Dezember 2028.“

b) In Absatz 3a Satz 2 Nummer 2, Absatz 4 Satz 5 und Absatz 8 Satz 1 wird jeweils die Angabe „§ 7a“ durch die Angabe „§ 7a in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung“ ersetzt.

31. § 38 Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Anteiliges Pflegegeld wird während der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen nach § 39a und während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeitpflege geleisteten Höhe fortgewährt.“

32. Die §§ 39 bis 39a werden durch die folgenden §§ 39 bis 39a ersetzt:

„§ 39

Überbrückungsbudget

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die in häuslicher Umgebung gepflegt werden, haben in pflegerischen Akutsituationen sowie in sonstigen Überbrückungssituationen Anspruch auf ein Überbrückungsbudget. Das Überbrückungsbudget umfasst je Kalenderjahr einen Gesamtleistungsbetrag in Höhe von bis zu 2 285 Euro.Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für Leistungen der pflegerischen Überbrückungsversorgung nach Absatz 3. Das Überbrückungsbudget kann innerhalb des Kalenderjahres in Anspruch genommen werden.

(2) Eine pflegerische Akutsituation liegt vor, wenn aufgrund eines unvorhersehbaren Ereignisses ein zeitlich nicht aufschiebbarer Unterstützungsbedarf in der häuslichen Pflege besteht und in sonstigen Krisensituationen, wenn vorübergehend häusliche Pflege nicht möglich oder ausreichend ist oder eine akute Überforderung der Pflegeperson vorliegt oder einzutreten droht. Ein zeitlich nicht aufschiebbarer Unterstützungsbedarf liegt insbesondere vor, wenn aufgrund eines ungeplanten Ausfalls der Pflegeperson der Eintritt eines gesundheitlichen Schadens bei der pflegebedürftigen Person oder eine Krankenhauseinweisung zu befürchten ist.

(3) Leistungen der pflegerischen Überbrückungsversorgung sind:

1. Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen durch einen Notdienst in der ambulanten Pflege nach § 39a und

2. die Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung mit Kurzzeitpflege nach § 42.

(4) Werden Leistungen der pflegerischen Überbrückungsversorgung erbracht und wird deren Abrechnung gegenüber der Pflegekasse des Pflegebedürftigen nicht bis zum Ende des auf den Monat der Leistungserbringung folgenden Kalendermonats vorgenommen, haben die Pflegeeinrichtungen der Pflegekasse des Pflegebedürftigen die Leistungserbringung und deren Umfang spätestens bis zum Ende des auf den Monat der Leistungserbringung folgenden Kalendermonats anzuzeigen. Bei Erbringung von Leistungen der pflegerischen Überbrückungsversorgung haben die Pflegeeinrichtungen den Pflegebedürftigen im Anschluss an die Leistungserbringung unverzüglich eine schriftliche Übersicht über die dafür angefallenen Aufwendungen zu übermitteln oder auszuhändigen; auf der Übersicht ist deutlich erkennbar auszuweisen, welcher Betrag davon zur Abrechnung über das Überbrückungsbudget vorgesehen ist. Die Übersicht kann mit Zustimmung des Pflegebedürftigen auch in Textform übermittelt werden.

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen informiert im Benehmen mit den Ländern im Internet in geeigneter Weise barrierefrei über die regional verfügbaren Leistungen der pflegerischen Überbrückungsversorgung, insbesondere über verfügbare Plätze der Akut-Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 4.

(6) Im Zeitraum vom 1. Januar 2027 bis 31. Dezember 2027 kann das Überbrückungsbudget in pflegerischen Akutsituationen abweichend von Absatz 3 Nummer 1 auch für die pflegerische Überbrückungsversorgung durch zugelassene ambulante Pflege- oder Betreuungsdienste verwendet werden. Dauert die Inanspruchnahme der Dienste nach Satz 1 länger als drei Kalendertage an, ist zur Sicherstellung der häuslichen Pflege durch die Dienste nach Satz 1 die Zustimmung der Pflegekasse über die weitere Akutversorgung durch den ambulanten Pflege- oder Betreuungsdienst einzuholen.

§ 39a

Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen

(1) Kann die häusliche Pflege in pflegerischen Akutsituationen nach Maßgabe des § 39 Absatz 2 zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang sichergestellt werden, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 ab dem 1. Januar 2028 Anspruch auf Pflegesachleistungen in Akutsituationen durch einen Notdienst in der ambulanten Pflege.

(2) Der Anspruch auf Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen umfasst körperbezogene Pflegemaßnahmen sowie pflegerische Betreuungsmaßnahmen.

(3) Der Anspruch auf Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen ist in der Regel auf die Dauer des Vorliegens der Akutsituation beschränkt. Dauert die Inanspruchnahme der Pflegesachleistungen in einer Akutsituation länger als drei Kalendertage an, hat der Notdienst in der ambulanten Pflege unverzüglich eine Einschätzung der Pflegebegleitung nach § 7c über die weitere Erforderlichkeit der Akutversorgung einzuholen und der zuständigen Pflegekasse zu übermitteln. Im Zeitraum vom 1. Januar 2028 bis zum 31. Dezember 2028 hat der Notdienst in der ambulanten Pflege abweichend von Satz 2 die Zustimmung der Pflegekasse einzuholen. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen pro Kalenderjahr höchstens bis zu einem Betrag in Höhe des Überbrückungsbudgets nach § 39 Absatz 1.

(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 30. Juni 2028 in Richtlinien das Nähere zum Inhalt der Feststellung der Erforderlichkeit nach Absatz 3 und zu deren standardisierten Dokumentation, einschließlich deren Übermittlung im Wege elektronischer Datenübertragung an die zuständige Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, 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.“

33. § 40 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 Satz 4 wird der folgende Satz eingefügt:

„Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind vom Anspruch nach Satz 1 ausgenommen.“

b) Absatz 2 wird gestrichen.

c) In Absatz 3 Satz 4 wird die Angabe „mit Ausnahme der Pflegehilfsmittel nach Absatz 2“ gestrichen.

34. In § 40b Absatz 1 Nummer 2 wird die Angabe „§ 39a“ durch die Angabe „§ 40c“ ersetzt.

35. Nach § 40b wird der folgende § 40c eingefügt:

„§ 40c

Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen

Pflegebedürftige haben bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen im Sinne des § 40a Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen durch nach diesem Buch zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen.“

36. § 41 Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

„(3) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können teilstationäre Tages- und Nachtpflege zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld, der Kombinationsleistung nach § 38 oder zum Überbrückungsbudget nach § 39 in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.“

37. § 42 wird durch den folgenden § 42 ersetzt:

„§ 42

Kurzzeitpflege

(1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt

1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder

2. in pflegerischen Akutsituationen oder sonstigen Überbrückungssituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

(2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege pro Kalenderjahr höchstens bis zu einem Gesamtbetrag in Höhe des Überbrückungsbudgets nach § 39 Absatz 1.

(3) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. § 34 Absatz 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Sind in dem Entgelt für die Einrichtung Kosten

für Unterkunft und Verpflegung sowie Aufwendungen für Investitionen enthalten, ohne gesondert ausgewiesen zu sein, so sind 60 Prozent des Entgelts zuschussfähig. In begründeten Einzelfällen kann die Pflegekasse in Ansehung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie der Aufwendungen für Investitionen davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

(4) In pflegerischen Akutsituationen besteht ab dem 1. Januar 2028 Anspruch auf eine Akut-Kurzzeitpflege in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen soweit und solange eine stationäre Versorgung nach Einschätzung der Pflegebegleitung nach § 7c aus pflegefachlicher Sicht erforderlich ist. Für den Zeitraum vom 1. Januar 2028 bis zum 31. Dezember 2028 ist abweichend von Satz 1 die Einschätzung des Notdienstes in der ambulanten Pflege über die Erforderlichkeit stationärer Versorgung einzuholen. Der Anspruch nach Satz 1 setzt voraus, dass der Gesamtleistungsbetrag des Überbrückungsbudgets nach § 39 Absatz 1 Satz 2 für das maßgebliche Kalenderjahr noch nicht vollständig ausgeschöpft wurde."

38. Der Dritte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird gestrichen.

39. § 43 wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 3 wird gestrichen.

    b) Absatz 4 wird zu Absatz 3.

40. Nach § 44 Absatz 1 Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

    „Die Beiträge werden für die Pflegepersonen, die eine Rente wegen Alters beziehen, bis zum Ablauf des Monats gezahlt, in dem die Regelaltersgrenze erreicht wurde."

41. Die §§ 45a und 45b werden durch die folgenden §§ 45a und 45b ersetzt:

„§ 45a

Angebote zur Unterstützung im Alltag; Verordnungsermächtigung

(1) Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können. Angebote zur Unterstützung im Alltag sind

1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),

2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),

3. 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 (Angebote zur Entlastung im Alltag).

Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des nach Absatz 3 erlassenen Landesrechts oder eine Anerkennung als Nachbarschaftshilfe nach Absatz 4. Alternativ zur Anerkennung nach Satz 3 können Angebote zur Unterstützung im Alltag als ambulante Betreuungseinrichtung im Sinne des § 71 Absatz 1a nach § 72 zugelassen werden. Eine Zulassung nach § 72 schließt eine Anerkennung nach den Absätzen 3 und 4 aus. Durch ein Angebot zur Unterstützung im Alltag können auch mehrere der in Satz 2 genannten Bereiche abgedeckt werden. In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger oder vergleichbar nahestehender Pflegepersonen im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, ehrenamtliche Pflegebegleitende und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.

(2) Angebote zur Unterstützung im Alltag mit Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des nach Absatz 3 erlassenen Landesrechts beinhalten die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur besseren Bewältigung des Pflegealltags, die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorische Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen. Die Angebote verfügen über ein Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots sowie eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten enthält. Das Konzept umfasst ferner Angaben zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie dazu, wie eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert wird. Bei wesentlichen Änderungen hinsichtlich der angebotenen Leistungen ist das Konzept entsprechend fortzuschreiben; bei Änderung der hierfür in Rechnung gestellten Kosten sind die entsprechenden Angaben zu aktualisieren.

(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne der Absätze 1 und 2, die nicht nach § 72 zugelassen und die nicht Nachbarschaftshilfe nach Absatz 4 sind, zu bestimmen. Sie haben dabei insbesondere Regelungen zu treffen über

1. die Voraussetzungen der Anerkennung eines Angebots zur Unterstützung im Alltag,

2. das Verfahren zur Anerkennung geeigneter Angebote zur Unterstützung im Alltag,

3. die Anforderungen an den Nachweis der persönlichen und fachlichen Eignung von Helferinnen und Helfern, die Angebote zur Unterstützung im Alltag erbringen,

4. geeignete Wege der Information Pflegebedürftiger über die zur Verfügung stehenden Angebote zur Unterstützung im Alltag,

5. zulässige Preise für Angebote zur Unterstützung im Alltag,

6. Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung und

7. das Verfahren zur Aufhebung der Anerkennung eines Angebotes zur Unterstützung im Alltag, insbesondere im Falle einer Zulassung nach § 72 und im Falle einer Anerkennung als Nachbarschaftshilfe nach Absatz 4.

Beim Erlass der Rechtsverordnung sollen sie die nach § 45c Absatz 7 beschlossenen Empfehlungen berücksichtigen.

(4) Angebote zur Unterstützung im Alltag, die durch Einzelhelfende als Nachbarschaftshilfe organisiert sind, werden durch die Pflegekassen anerkannt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt in Richtlinien bis zum 1. Januar 2028 die Voraussetzungen der Anerkennung als Nachbarschaftshilfe fest. An den Richtlinien sind die Länder und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zu beteiligen. Die Richtlinien regeln insbesondere das niedrigschwellige Verfahren der Anerkennung der Nachbarschaftshilfe durch die Pflegekassen, Vorgaben zur Qualitätssicherung und zu den persönlichen und fachlichen Voraussetzungen für Einzelhelfende sowie die Modalitäten der Abrechnung und die übergangsweise Fortgeltung einer Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach § 45a Absatz 3 in der bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Fassung. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, 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. Bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Richtlinien nach Satz 2 erfolgt die Anerkennung von Einzelhelfenden als Nachbarschaftshilfe abweichend von Satz 1 durch die nach Landesrecht zuständige Behörde auf Grundlage der Rechtsverordnung nach § 45a Absatz 3 in der bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Fassung.

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen evaluiert die Richtlinie nach Absatz 4 Satz 2, insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen auf die Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung in der Häuslichkeit. Dabei sind Aspekte der Qualität und Sicherheit der Versorgung sowie Wirtschaftlichkeitsaspekte einzubeziehen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit fünf Jahre nach Erlass der Richtlinie nach Absatz 4 Satz 2 einen Bericht über die Ergebnisse der Evaluierung vor.

## § 45b

## Sozialraumbudget

(1) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit Pflegegrad 2 bis 5 haben Anspruch auf ein Sozialraumbudget in Höhe von monatlich bis zu 175 Euro, sofern sie das 25. Lebensjahr vollendet haben, oder in Höhe von monatlich bis zu 300 Euro, sofern sie das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für Leistungen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a mit einer Anerkennung nach Landesrecht oder durch die Pflegekassen.

(2) Der Anspruch auf das Sozialraumbudget entsteht, sobald die in Absatz 1 Satz 1 genannten Anspruchsvoraussetzungen vorliegen, ohne dass es einer vorherigen Antragstellung bedarf. Die Kostenerstattung in Höhe des Sozialraumbudgets nach Absatz 1 erhalten die Pflegebedürftigen 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 entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen.

(3) Das Sozialraumbudget nach Absatz 1 Satz 1 findet bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege nach § 13 Absatz 3 Satz 1 keine Berücksichtigung. § 63b Absatz 1 des Zwölften Buches findet auf das Sozialraumbudget keine Anwendung. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 darf das Sozialraumbudget hinsichtlich der Leistungen nach den §§ 64i oder 66 des Zwölften Buches bei der Hilfe zur Pflege Berücksichtigung finden, soweit nach diesen Vorschriften Leistungen zu gewähren sind, deren Inhalte den Leistungen nach Absatz 1 Satz 2 entsprechen.

(4) Die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 2 verlangte Vergütung darf die Preise für vergleichbare Sachleistungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nicht übersteigen. Näheres zur Ausgestaltung einer entsprechenden Begrenzung der Vergütung, die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 2 verlangt werden darf, können die Landesregierungen in der Rechtsverordnung nach § 45a Absatz 3 Satz 1 sowie der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 45a Absatz 4 Satz 2 bestimmen."

42. § 45c wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte und zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 125 Millionen Euro je Kalenderjahr

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

2. den Auf- und Ausbau und die Unterstützung von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen sowie

3. 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."

b) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „50" durch die Angabe „250" ersetzt.

c) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

„(3) Die Förderung des Auf- und Ausbaus und der Unterstützung von Angeboten 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.

Dem Antrag auf Förderung ist ein Konzept zur Qualitätssicherung des Angebots beizufügen. Aus dem Konzept muss sich ergeben, dass eine angemessene Schulung der ehrenamtlich Helfenden sichergestellt sowie erforderlichenfalls eine Fortbildung, eine bedarfsweise fachliche Begleitung und Unterstützung oder eine Supervision für diese gewährleistet wird."

43. § 45e wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Folgende Summen an Fördermitteln können für die Finanzierung einer Geschäftsstelle sowie für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung nach Absatz 5 verwendet werden:

1. in den Jahren 2027 und 2028 bis zu 400 000 Euro jährlich,

2. im Jahr 2029 bis zu 500 000 Euro,

3. im Jahr 2030 bis zu 600 000 Euro und

4. im Jahr 2031 bis zu 500 000 Euro.

Fördermittel nach Satz 4, die im jeweiligen Kalenderjahr bis einschließlich 2031 nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr bis einschließlich 2032 das Fördervolumen für die Aufgaben nach Absatz 5; im Jahr 2032 erfolgt die Förderung ausschließlich mit nicht verbrauchten Mitteln des Jahres 2031."

b) Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

„(5) Die in Absatz 1 Satz 4 und 5 genannten Mittel werden 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 ab dem 1. Januar 2027 errichtet. Die Errichtung bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen seiner Zuständigkeit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat zudem eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Geschäftsstelle nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Die wissenschaftliche Auswertung nach Satz 4 ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2030 vorzulegen. 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."

44. In § 45f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird die Angabe „, 45a" gestrichen.

45. § 45h Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

„(3) Neben den Ansprüchen nach den Absätzen 1 und 2 können Leistungen nach § 7a in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung, § 40 Absatz 1 sowie den §§ 40a, 40b, 40c, 44a und 45 in Anspruch genommen werden. Bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 besteht auch Anspruch auf Leistungen nach § 44 sowie auf Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis zu einem Gesamtleistungsbetrag in Höhe des Überbrückungsbudgets nach § 39 Absatz 1 Satz 2."

46. § 46 Absatz 3 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Verwaltungskosten einschließlich der Personalkosten, die den Krankenkassen auf Grund dieses Buches entstehen, werden von den Pflegekassen in Höhe von 2,7 Prozent des Mittelwertes von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen erstattet; dabei ist der Erstattungsbetrag für die einzelne Krankenkasse um die Hälfte der Aufwendungen der jeweiligen Pflegekasse für Pflegeberatung nach § 7a Absatz 4 Satz 5 in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung und um die Aufwendungen für Zahlungen nach § 18c Absatz 5 zu vermindern."

47. Nach § 53d wird der folgende § 53e eingefügt:

„§ 53e

Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund zu den Ergebnissen von Begutachtungen und Qualitätsprüfungen

(1) Der Medizinische Dienst Bund führt eine bundesweite Datenbank zu den Ergebnissen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie der Prüfung der Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach diesem Buch. Die Datenbank dient

1. der einheitlichen und zeitnahen statistischen Auswertung der Begutachtungs- und Prüftätigkeit der Medizinischen Dienste,

2. der zuverlässigen Analyse der Entwicklung der Pflegeprävalenz und der Pflegequalität, insbesondere der Durchführbarkeit von Längsschnittanalysen über mehrere Begutachtungen und Qualitätsprüfungen hinweg, sowie der Analyse des Verlaufs von Pflegebedürftigkeit,

3. der Herstellung von Transparenz über regionale Unterschiede in der Pflegebedürftigkeit und der Pflegequalität sowie

4. der wissenschaftlichen Forschung, der Unterstützung der Tätigkeit des Expertenbeirates nach § 18f und der Planung von Gesetzgebungsvorhaben zur Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Begutachtungs- und Prüfverfahren.

(2) Die Medizinischen Dienste übermitteln dem Medizinischen Dienst Bund die für die Zwecke nach Absatz 1 erforderlichen Daten. Im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. übermittelt auch dessen Prüfdienst die in Satz 1 genannten Daten. Der Medizinische Dienst Bund darf personen- und einrichtungsbezogene Daten in der Datenbank nach Maßgabe der folgenden Absätze verarbeiten, soweit dies für die Zwecke nach Absatz 1 erforderlich ist. Das Nähere zum Inhalt und Umfang der Datenübermittlung sowie zur Erforderlichkeit der Datenauswertung und -zusammenführung zu den Zwecken nach Absatz 1 wird in der Richtlinie nach § 53d Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 konkretisiert. Die Datenbank darf insbesondere folgende Daten enthalten:

1. die statistisch erfassbaren und für die Zwecke nach Absatz 1 geeigneten und erforderlichen Daten und Informationen des Inhalts des Gutachtens nach § 18b,

2. die statistisch erfassbaren und für die Zwecke nach Absatz 1 geeigneten und erforderlichen, aus den Qualitätsprüfungen nach § 114 gewonnenen Daten und Informationen,

3. für die regionale Zuordnung erforderliche geografische und kommunale Merkmale,

4. Angaben zum zuständigen Medizinischen Dienst,

5. ein für Längsschnittanalysen erforderliches Pseudonym und

6. weitere Merkmale, soweit deren Verarbeitung für die Zwecke nach Absatz 1 erforderlich ist.

Der Medizinische Dienst Bund legt das Nähere über das Format und das Verfahren der Datenübermittlung in den Richtlinien zum digitalen Datenaustausch der Medizinischen Dienste fest. Im Falle der Übermittlung von Daten nach Absatz 2 Satz 2 erfolgt hierzu eine Vereinbarung zwischen dem Medizinischen Dienst Bund und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

(3) Die Verarbeitung von unmittelbar identifizierenden Merkmalen einer betroffenen Person in der Datenbank ist unzulässig. Die für die Längsschnittanalyse erforderliche Verknüpfung von Daten darf ausschließlich über ein Pseudonym erfolgen. Nicht erforderliche Daten sind zu anonymisieren.

(4) Der Medizinische Dienst Bund hat durch technische und organisatorische Maßnahmen sicherzustellen, dass die datenschutzrechtlichen Anforderungen bei der Konzeption und dem Betrieb der Datenbank beachtet und die Daten nach dem Stand der Technik gegen unbefugten Zugriff, Verlust oder Offenlegung geschützt werden. Insbesondere hat der Medizinische Dienst Bund in den Richtlinien zum digitalen Datenaustausch der Medizinischen Dienste das Nähere zum Verfahren der Pseudonymisierung und gegebenenfalls Re-Identifizierung zu regeln. Er richtet die Datenbank bis zum 1. Januar 2028 ein.

(5) Der Medizinische Dienst Bund gewährt dem Bundesministerium für Gesundheit, den Medizinischen Diensten und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen Zugang zu denjenigen Daten, die für die Erfüllung ihrer jeweiligen gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Im Fall des Absatzes 2 Satz 2 gilt dies auch für den Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

(6) Die Datenbank ist fortlaufend auf Basis neuer Erkenntnisse der Medizinischen Dienste zu aktualisieren. Die Daten sind zu berichtigen, wenn ihre Unrichtigkeit festgestellt wird. Personenbezogene Daten sind, sobald sie nicht mehr erforderlich sind, spätestens jedoch fünfzig Jahre nach ihrer Übermittlung nach Absatz 2 Satz 1 zu löschen.

(7) Der Medizinische Dienst Bund berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit ab 2029 jährlich zum 30. Juni über die Ergebnisse der Datenbankauswertung. Der Bericht soll insbesondere Entwicklungen im Zeitverlauf, Unterschiede zwischen Regionen und Erkenntnisse aus Längsschnittanalysen darstellen und im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit in geeigneter Form veröffentlicht werden. Die Berichtspflichten nach § 114a Absatz 6 und § 114c Absatz 3 gelten als erfüllt, soweit sich die Inhalte mit dem Bericht nach Satz 1 decken. Das Nähere regeln der Medizinische Dienst Bund, die Medizinischen Dienste, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie der Spitzenverband Bund der Pflegekassen für die sie jeweils betreffenden Berichtspflichten untereinander durch Vereinbarung. Dabei

wirken sie darauf hin, dass die in Satz 3 genannten Berichtspflichten soweit wie möglich durch den Bericht nach Satz 1 erfüllt werden."

48. § 55 wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „3,4" durch die Angabe „3,6" ersetzt.

    b) In Absatz 2 wird die Angabe „§ 6 Abs. 7 des Fünften Buches festgelegten Jahresarbeitsentgeltgrenze" durch die Angabe „§ 223 Absatz 4 des Fünften Buches festgelegten Beitragsbemessungsgrenze" ersetzt.

    c) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „0,6" durch die Angabe „0,9" ersetzt.

49. § 61a wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 1 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

    „Die Zahlungen für die Jahre 2024 bis 2028 werden ausgesetzt und im Jahr 2029 erfolgt die Zahlung abweichend von Satz 1 in Höhe von 500 Millionen Euro; ab dem Jahr 2030 werden die Zahlungen wieder gemäß Satz 1 aufgenommen."

    b) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

    „(2) Das entsprechend dem Haushaltsgesetz 2022 der sozialen Pflegeversicherung vom Bund gewährte zinslose Darlehen in Höhe von 1 Milliarde Euro ist in Höhe von 0,5 Milliarden Euro bis zum 31. Dezember 2023 und in Höhe von 0,5 Milliarden Euro in den Jahren 2035 bis 2039 in jährlichen, jeweils gleich hohen Teilbeträgen jeweils bis zum 31. Dezember des betreffenden Jahres zurückzuzahlen. Die der sozialen Pflegeversicherung vom Bund in den Jahren 2025 und 2026 gewährten zinslosen Darlehen sind in den Jahren 2035 bis 2039 in jährlichen, jeweils gleich hohen Teilbeträgen jeweils bis zum 31. Dezember des betreffenden Jahres zurückzuzahlen."

50. § 63 Absatz 2 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

    „Die Betriebsmittel betragen im Durchschnitt des Haushaltsjahres monatlich das Einfache des nach dem Haushaltsplan der Pflegekasse auf einen Monat entfallenden Betrages der in Absatz 1 Nummer 1 genannten Aufwendungen (Betriebsmittelsoll); liegen die Betriebsmittel unter dem Betriebsmittelsoll, sind sie ab dem Jahr 2028 entsprechend aufzufüllen, sofern sich nach § 65 Absatz 6 nichts Abweichendes ergibt."

51. § 64 Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

    „(2) Die Rücklage beträgt im Jahr 2027 50 Prozent, im Jahr 2028 30 Prozent und ab dem Jahr 2029 20 Prozent des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben (Rücklagesoll)."

52. Nach § 65 Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:

    „(6) Im Fall nicht ausreichender Mittel des Ausgleichsfonds zur Erfüllung aller Anforderungen kann das Bundesamt für Soziale Sicherung dem Ausgleichsfonds Mittel der Pflegekassen nach § 62 unter gleichmäßiger Verteilung des Betriebsmittelfehlbestands und der Defizitausgleichslast zuführen. Zu diesem Zweck kann es die Ausgabendeckungsquote des Betriebsmittelsolls für alle Pflegekassen im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zeitweise reduzieren. Eine Absenkung der Ausgabendeckungsquote des Betriebsmittelsolls ist höchstens im Umfang von zwei Zehnteln des Betriebsmittelsolls zulässig.

Die Untergrenze der Ausgabendeckungsquote des Betriebsmittelsolls beträgt im Jahr 2028 Mittel im Umfang des 0,6-Fachen einer Monatsausgabe, im Jahr 2029 Mittel im Umfang des 0,7-Fachen einer Monatsausgabe und ab dem Jahr 2030 Mittel im Umfang des 0,8-Fachen einer Monatsausgabe."

53. § 69 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird der folgende Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Zur Sicherstellung der pflegerischen Überbrückungsversorgung in pflegerischen Akutsituationen im Sinne von § 39 schließen die Pflegekassen ergänzende Verträge nach Absatz 1 Satz 2 mit zugelassenen ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten für den Notdienst in der ambulanten Pflege nach § 39a und mit zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen für die Akut-Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 4."

b) In Absatz 2 Satz 1 wird nach der Angabe „§ 8a Absatz 2 und 3" die Angabe „, Erkenntnisse aus der Durchführung der Pflegebegleitung nach § 7c" eingefügt.

c) Nach Absatz 2 wird der folgende Absatz 3 eingefügt:

„(3) Im Fall der Feststellung eines strukturellen Versorgungsbedarfs durch die Ausschüsse nach § 8a Absatz 1 oder 3 können die Pflegekassen zur Umsetzung ihres Auftrags nach Absatz 1 Satz 1 zeitlich befristet von den Vorschriften des zweiten Abschnitts dieses Kapitels sowie vom achten Kapitel abweichen."

54. In § 72 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 1 wird nach der Angabe „erfüllt" die Angabe „; dies gilt auch für den Abschluss von Gesamtversorgungsverträgen" eingefügt.

b) Absatz 3b Satz 5 bis 8 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die in Satz 1 genannten Pflegeeinrichtungen haben die Entlohnung im Sinne von Satz 1, soweit mit ihr die Voraussetzungen nach dieser Vorschrift erfüllt werden, in Geld zu zahlen, außer die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer stimmen Abweichendem zu. Tritt im Fall von Satz 1 Nummer 1 bis 3 eine Änderung im Hinblick auf die in dem jeweiligen Tarifvertrag oder in den jeweiligen kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbarte Entlohnung ein, haben die in Satz 1 genannten Pflegeeinrichtungen die erforderlichen Anpassungen der von ihnen gezahlten Entlohnung spätestens mit Abschluss der nächsten Vergütungsvereinbarung vorzunehmen, nachdem die jeweilige Änderung nach § 82c Absatz 5 veröffentlicht wurde. Erhöhen sich im Fall von Satz 1 Nummer 4 die nach § 82c Absatz 5 veröffentlichten regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 oder die nach § 82c Absatz 5 veröffentlichten regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3, haben die Pflegeeinrichtungen ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung für Pflegebedürftige erbringen, die höhere Entlohnung jeweils spätestens mit Abschluss der nächsten Vergütungsvereinbarung nach der Veröffentlichung der Werte nach § 82c Absatz 5 zu zahlen."

55. Nach § 73a Absatz 3 Satz 4 wird der folgende Satz eingefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen stellt sicher, dass die Daten des Berichts nach Satz 1 zur Erfüllung der Aufgaben nach § 8 Absatz 4 auch auf Ebene der regionalen Gebietskörperschaften zur Verfügung gestellt werden können."

56. § 75 Absatz 1a wird durch den folgenden Absatz 1a ersetzt:

„(1a) Bei Verhandlungen haben die Vereinbarungspartner des Absatzes 1 zu prüfen, inwieweit Anforderungen effizient ausgestaltet werden können. Sie haben zudem Pflegestrukturplanungsempfehlungen im Sinne des § 8a Absatz 4 sowie sich daraus ergebende Feststellungen struktureller Versorgungsbedarfe zu berücksichtigen.“

57. Nach § 75 wird der folgende § 75a eingefügt:

„§ 75a

Praktische Erprobung innovativer Konzepte

(1) Zur zeitlich befristeten praktischen Erprobung innovativer Konzepte in der pflegerischen Versorgung können zugelassene ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen mit den Landesverbänden der Pflegekassen und den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Zeitraum vom 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2031 vertraglich Abweichungen von Regelungen der Rahmenverträge nach § 75 für eine Laufzeit von höchstens drei Jahren vereinbaren, soweit nicht Vorschriften dieses Buches oder der Schutz der Pflegebedürftigen entgegenstehen. In dem Vertrag haben die Vereinbarungspartner darzulegen,

1. welchem Zweck die Erprobung dienen soll,

2. von welchen Regelungen der Rahmenverträge nach § 75 Abweichungen vereinbart werden und

3. welche finanziellen Wirkungen sowie welche Wirkungen im Hinblick auf die Versorgung erwartet werden.

Die von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen sind über den Vertragsschluss nach Satz 1 und die Vertragsinhalte nach Satz 2 zu informieren.

(2) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 innerhalb von acht Wochen nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Vertragsverhandlungen aufgefordert hat, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Schiedsstelle nach § 76 unter Hinzuziehung des Medizinischen Dienstes Bund in der Regel binnen drei Monaten festgesetzt, soweit nicht Vorschriften dieses Buches oder der Schutz der Pflegebedürftigen entgegenstehen. § 85 Absatz 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

(3) Der Vertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von sechs Wochen ganz oder teilweise gekündigt werden, von den Landesverbänden der Pflegekassen jedoch nur, wenn die pflegerische Versorgung der betroffenen Pflegebedürftigen wesentlich gefährdet ist.

(4) Die Landesverbände der Pflegekassen informieren den Spitzenverband Bund der Pflegekassen über den Abschluss von Verträgen nach Absatz 1. Dieser fordert in angemessenen zeitlichen Abständen von den Pflegeeinrichtungen einen unter Einbindung der weiteren Vertragspartner nach Absatz 1 zu erstellenden Erfahrungsbericht über die laufenden Innovationskonzepte an. Auf Basis der Berichte nach Satz 2 legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesministerium für Gesundheit zum 1. Juli 2029 und zum 1. Juli 2032 einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht über die Anwendung dieser Vorschrift und die danach vereinbarten Innovationskonzepte vor.“

58. In § 78a Absatz 9 Satz 2 wird die Angabe „§§ 39a und 40a“ durch die Angabe „§§ 40a und 40c“ ersetzt.

59. Nach § 82 Absatz 1 wird der folgende Absatz 1a eingefügt:

„(1a) In der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung sind Personal- und Sachaufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung von betriebsnotwendigen technischen oder digitalen Systemen berücksichtigungsfähig.“

60. § 82c wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 6 Satz 11 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Finanzierung der Geschäftsstelle ist aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sicherzustellen. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.“

b) Nach Absatz 6 werden die folgenden Absätze 7 und 8 eingefügt:

„(7) Absatz 2 Satz 2 bis 5, Absatz 4 und Absatz 6 Satz 2 Nummer 3 sowie § 72 Absatz 3e Satz 1 und 2 sind ab dem 2. Januar 2027 bis zum Ablauf des 31. Dezember 2029 nicht anzuwenden. Absatz 2 Satz 1, Absatz 2a, 2b und 3 sind ab dem 2. Januar 2027 bis zum Ablauf des 31. Dezember 2030 nicht anzuwenden. Für Einrichtungen, die sich hinsichtlich der Entlohnung ihrer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung für Pflegebedürftige erbringen, gemäß § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1 bis 3 maßgeblich an einem Tarifvertrag oder einer kirchlichen Arbeitsrechtsregelung orientieren, kann im Zeitraum nach Satz 2 eine Entlohnung im Sinne des § 72 Absatz 3b Satz 2 in Höhe eines der in der Liste nach Absatz 5 enthaltenen Tarifvertrags oder einer dort enthaltenen kirchlichen Arbeitsrechtsregelung nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Für Einrichtungen, die ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung für Pflegebedürftige erbringen, eine Entlohnung gemäß § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 4 zahlen, stellt im Zeitraum nach Satz 2 die durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches bezogen auf eine Geltungsdauer von jeweils 12 Monaten die Obergrenze für Steigerungen der Personalaufwendungen im Sinne dieser Vorschrift dar. In den Jahren 2027 bis 2029 werden die am 30. September 2026 veröffentlichten regional üblichen Entlohnungsniveaus nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 jährlich um die durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches fortgeschrieben; die regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 mit Stand 30. September 2026 gelten in dem Zeitraum nach Satz 2 unverändert weiter. Die Werte nach Satz 5 sind in den Veröffentlichungen nach Absatz 5 auszuweisen und maßgeblich in Bezug auf § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 4. Die Geschäftsstelle nach Absatz 6 erstellt unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales bis zum 30. Juni 2029 einen Bericht über die Entwicklung der Löhne in der Langzeitpflege und die Entwicklung der Pflegevergütungen.

(8) Das Bundesministerium für Gesundheit prüft unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und unter Einbezug des Berichts nach Absatz 7 Satz 7, wie die Vorgaben hinsichtlich der Gehälter und Entlohnungen von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in der Pflege und Betreuung ab dem 1. Januar 2031 geregelt werden. Dazu kann die Geschäftsstelle nach Absatz 6 mit der Entwicklung eines Verfahrens zur künftigen Umsetzung der Regelungen beauftragt werden.“

61. § 84 Absatz 7 wird durch den folgenden Absatz 7 ersetzt:

„(7) Der Träger der Einrichtung ist verpflichtet, die bei der Vereinbarung der Pflegesätze zugrunde gelegte Bezahlung der Gehälter und der Entlohnungen jederzeit einzuhalten und auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt in Richtlinien das Nähere zur Durchführung des Nachweises nach Satz 1 fest. Dabei ist die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe zu beteiligen; den Bundesvereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales genehmigt. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.“

62. § 87a Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 erbringen, erhalten von Amts wegen von der Pflegekasse zusätzlich den Betrag von 3 085 Euro, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde. Der Betrag wird entsprechend § 30 angepasst.“

63. Nach § 88a wird der folgende § 88b eingefügt:

„§ 88b

Erstattung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege

(1) Den zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen, die eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung nach § 85 abgeschlossen haben und die sich verpflichten, fest verfügbare Plätze für Akut-Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 4 anzubieten, werden im Zeitraum vom 1. Januar 2028 bis zum 31. Dezember 2032 die ihnen infolge der Nichtauslastung dieser Plätze entstandenen Vorhaltekosten anteilig erstattet, soweit diese nicht bereits nach anderen Vorschriften finanziert werden. Die Pflegeeinrichtungen verpflichten sich zugleich, freie Plätze für Akut-Kurzzeitpflege zur Information nach § 39 Absatz 4 zu melden und betroffenen Pflegebedürftigen zur Verfügung zu stellen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt bis zum 31. Oktober 2027 im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer stationärer Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unverzüglich in Richtlinien das Nähere für das Erstattungsverfahren nach Absatz 1. Dazu zählen insbesondere die Voraussetzungen zur Teilnahme am Erstattungsverfahren, die Höhe der erstattungsfähigen Vorhaltekosten und die Verfahrensabläufe zur Erstattung einschließlich der erforderlichen Nachweise mit dem Ziel einer unbürokratischen Umsetzung. Die Richtlinien bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit ab dem Berichtsjahr 2028 jährlich bis zum 30. Juni des Folgejahres über die Ausgabenentwicklung, sowohl länderspezifisch als auch insgesamt, und über die daraus abzuleitenden Erkenntnisse für die Versorgung mit Plätzen für Akut-Kurzzeitpflege bundesweit und in den einzelnen Ländern. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen evaluiert bis zum 31. Dezember 2031 unter wissenschaftlicher Begleitung die Wirkungen dieser Regelung. Die Evaluation ist mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen.

(3) Zur Finanzierung der Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege stellt die soziale Pflegeversicherung aus Mitteln des Ausgleichsfonds 9,57 Millionen Euro für den Zeitraum 1. Januar 2028 bis einschließlich 30. Juni 2028 bereit. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates ab dem 1. Juli 2028 für den Zeitraum von jeweils einem Jahr die Höhe der Finanzierung der Vorhaltekosten aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 jährlich festzusetzen. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit 7 Prozent an dem jeweiligen Finanzierungsbetrag. Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und das Bundesamt für Soziale Sicherung regeln das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel durch Vereinbarung. Die Verteilung der Finanzmittel auf die Länder erfolgt nach dem Königsteiner Schlüssel. Finanzmittel, die in einem Land im jeweiligen Haushaltsjahr nicht in Anspruch genommen werden, können nicht in das Folgejahr übertragen werden. Nicht verausgabte Finanzmittel, die anteilig auf die privaten Versicherungsunternehmen entfallen, werden mit dem Finanzierungsanteil der privaten Versicherungsunternehmen der Folgeperiode verrechnet.“

64. In § 92a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 wird die Angabe „§ 7 Abs. 3“ durch die Angabe „§ 7b Absatz 3“ ersetzt.

65. In § 92c Absatz 5 Satz 3 wird die Angabe „nach § 8 Absatz 3a und 3b“ durch die Angabe „nach § 8 Absatz 3b in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung und nach § 12 Absatz 1“ ersetzt.

66. § 94 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

    a) In Nummer 3 wird die Angabe „§§ 4“ durch die Angabe „§§ 2“ ersetzt.

    b) Die Nummern 7 und 8 werden durch die folgenden Nummern 7 und 8 ersetzt:

    „7. die Aufklärung und Auskunft (§ 7b),

    8. die Koordinierung pflegerischer Hilfen (§ 7), die Pflegeberatung (§ 7a in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung), das Ausstellen von Beratungsgutscheinen (§ 7b in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung) und die Wahrnehmung der Aufgaben in den Pflegestützpunkten (§ 7e),“.

67. In § 95 Absatz 1 Nummer 1a wird die Angabe „§ 7“ durch die Angabe „§ 7b“ ersetzt.

68. In § 111 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 8 Absatz 9 Satz 1 und 2 und § 125b Absatz 2 Satz 2“ durch die Angabe „§ 10 Absatz 2 Satz 2, § 11 Absatz 10, § 12 Absatz 5 Satz 1, § 88b Absatz 3 Satz 3, § 113 Absatz 1c und § 113b Absatz 11 Satz 4“ ersetzt.

69. Nach § 113 Absatz 1b wird der folgende Absatz 1c eingefügt:

    „(1c) Die Finanzierung der nach Absatz 1b Satz 1 beauftragten, fachlich unabhängigen Institution ist aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sicherzustellen. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 und das Bundesamt für Soziale Sicherung vereinbaren das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel. Die jeweilige Auszahlung bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Im Übrigen findet § 12 Absatz 5 und 6 entsprechende Anwendung.“

70. § 113b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 3 und Absatz 3 Satz 8 wird jeweils die Angabe „§ 8 Absatz 5 Satz 2“ durch die Angabe „§ 113 Absatz 1c Satz 2“ ersetzt.

b) In Absatz 4a Satz 4 wird die Angabe „Satz 2 bis 5“ gestrichen.

c) Absatz 5 Satz 1 wird gestrichen.

d) Absatz 8 wird durch den folgenden Absatz 8 ersetzt:

„(8) Die Vertragsparteien nach § 113 legen dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen jederzeit einen konkreten Zeitplan für die Bearbeitung ihrer Aufgaben vor, aus dem einzelne Umsetzungsschritte erkennbar sind. Der Zeitplan ist durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. Die Vertragsparteien nach § 113 sind verpflichtet, das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich zu informieren, wenn absehbar ist, dass ein Zeitziel des Zeitplans nicht eingehalten werden kann, und die Gründe dafür darzulegen. In diesem Fall kann das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend einzelne Umsetzungsschritte im Wege der Ersatzvornahme selbst vornehmen. Die Vertragsparteien nach § 113 haben das Bundesministerium für Gesundheit unabhängig von den Voraussetzungen der Sätze 1 bis 4 unverzüglich nach Bekanntwerden über das voraussichtliche oder tatsächliche Überschreiten von Fristen zu informieren und die Gründe dafür darzulegen.“

e) In Absatz 9 Satz 1 wird die Angabe „§ 8 Absatz 5 Satz 2“ durch die Angabe „§ 113 Absatz 1c Satz 2“ ersetzt.

f) Nach Absatz 10 wird der folgende Absatz 11 eingefügt:

„(11) Die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6, der Aufträge nach Absatz 4 und der Aufträge und Vorhaben nach Absatz 4a ist aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sicherzustellen. Die Vertragsparteien nach § 113 und das Bundesamt für Soziale Sicherung vereinbaren das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel. Die jeweilige Auszahlung bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Sofern nach Absatz 2 Satz 3 der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. im Qualitätsausschuss vertreten ist, beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, mit einem Anteil von 10 Prozent an den Aufwendungen nach Satz 1. Der Finanzierungsanteil nach Satz 4, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden.“

71. § 113c wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 wird die Angabe „§ 8 Absatz 3b“ durch die Angabe „§ 8 Absatz 3b in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung“ ersetzt.

b) In Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „§ 8 Absatz 3c“ durch die Angabe „§ 12 Absatz 3“ ersetzt.

c) Die Absätze 7 und 8 werden durch die folgenden Absätze 7 bis 10 ersetzt:

„(7) Das Bundesministerium für Gesundheit prüft ab der 22. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages einmal in jeder Legislaturperiode eine Anpassung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 und ob die Voraussetzungen für die Einführung einer bundeseinheitlichen, mindestens zu vereinbarenden personellen Ausstattung vorliegen. Die Prüfung erfolgt insbesondere im Hinblick auf

1. die Erkenntnisse aus dem Bericht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach Absatz 8 und

2. die Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation im Pflegebereich.

Über das Ergebnis der Prüfung nach Satz 1 und die tragenden Gründe sowie einen Vorschlag für die weitere Umsetzung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen berichtet die Bundesregierung im Bericht nach § 8 Absatz 3.

(8) Das Bundesministerium für Gesundheit legt ab der 22. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages einmal in jeder Legislaturperiode im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie nach Anhörung der Länder, des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, der Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe und der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Vereinigungen der Träger der stationären Pflegeeinrichtungen Zielwerte für eine bundeseinheitliche, mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung fest. Die Festlegung wird durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erhebt ab der 22. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages einmal in jeder Legislaturperiode aufgeschlüsselt nach Ländern, ob vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die eine Pflegesatzvereinbarung im Sinne von Absatz 1 geschlossen haben, die Zielwerte nach Satz 1 einhalten können und welche Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung durch die Einführung einer bundeseinheitlichen, mindestens zu vereinbarenden personellen Ausstattung zu erwarten wären. Ferner erhebt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen den Umfang des Personals, das die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 überschreitet, sowie den Umfang des Personals, das nach Absatz 3 vorgehalten wird. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit ab der 22. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages einmal in jeder Legislaturperiode über das Ergebnis der Erhebungen nach den Sätzen 3 und 4. Die Grundlagen dieser Erhebungen und die Grundlagen des Berichts bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(9) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen evaluiert auf wissenschaftlicher Grundlage die Verbreitung von Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen, die im Modellprojekt nach § 8 Absatz 3b in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung entwickelt und erprobt wurden oder die sich an den Zielen und der Konzeption des Modellprojekts nach § 8 Absatz 3b in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung orientieren, sowie damit verbundene Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung. Die Evaluation nach Satz 1 wird vom Spitzenverband der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend aus Fördermitteln nach § 11 Absatz 1 finanziert. Über das Ergebnis der Evaluation berichtet der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Bericht nach Absatz 8 Satz 5 in der 22. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages.

(10) Das Bundesministerium für Gesundheit prüft im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem

Bundesministerium für Arbeit und Soziales eine Anpassung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 vor dem Hintergrund der Anpassung des Begutachtungsinstruments nach § 15 Absatz 3 Satz 4 und Absatz 7 und der Anlage 2 zu § 15 sowie mit dem Ziel der kostenneutralen Übertragung der personellen Ausstattung für zusätzliche Betreuung und Aktivierung nach § 43b in die Pflegesätze nach § 84 Absatz 1 und die Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Absatz 5. Die Prüfung erfolgt auf der Grundlage von Expertisen, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit aus Fördermitteln nach § 11 Absatz 1 finanziert."

72. § 113d Satz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 3 wird die Angabe „für vollstationäre Pflegeeinrichtungen auch nach § 113c Absatz 3 Satz 1 Nummer 1," gestrichen.

b) In Nummer 4 wird die Angabe „§ 8 Absatz 3c" durch die Angabe „§ 12 Absatz 3" ersetzt.

73. Nach § 113d wird der folgende § 113e eingefügt:

„§ 113e

Transformationsstellenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen

(1) Transformationsstellenanteile bemessen den finanziellen Gegenwert für die in Absatz 2 definierten nicht mit Personal besetzten Stellenanteile einer vollstationären Pflegeeinrichtung, der ausschließlich dazu dient, einen effizienten Personaleinsatz zu gewährleisten durch technische oder digitale Systeme, die das Pflege- und Betreuungspersonal unterstützen oder entlasten und die in dem Katalog nach Absatz 5 enthalten sind.

(2) Für den Korridor zwischen der mindestens zu vereinbarenden personellen Ausstattung im Sinne von § 113c Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 und der höchstens zu vereinbarenden personellen Ausstattung im Sinne von § 113c Absatz 1 Nummer 2 und 3 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung können die Vertragspartner nach § 85 Absatz 2 im Zeitraum vom 1. Januar 2028 bis zum 31. Dezember 2032 für bis zu 10 Prozent dieser Stellenanteile Transformationsstellenanteile in der Pflegesatzvereinbarung vereinbaren. Die Transformationsstellenanteile sind in der Pflegesatzvereinbarung gesondert auszuweisen und sind gleichwertig zu regulär zu besetzender personeller Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal; insgesamt gilt als Höchstausstattung § 113c Absatz 1 Nummer 2 und 3. Die entsprechenden Aufwendungen sind ausschließlich für die Finanzierung des Einsatzes von technischen oder digitalen Systemen nach Absatz 1 zu verwenden, die in dem Katalog nach Absatz 5 enthalten sind; insoweit gilt § 82 Absatz 2 nicht.

(3) Finanziert werden kann höchstens der Aufwand, der sich für die jeweiligen Transformationsstellenanteile bei Anwendung des Mindestentgelts nach der jeweils geltenden Pflegearbeitsbedingungenverordnung ergibt. Die Finanzierung kann nur erfolgen, soweit die technischen oder digitalen Systeme, die Pflege- und Betreuungspersonal unterstützen oder entlasten, nicht anderweitig finanziert werden.

(4) Die Landesverbände der Pflegekassen sind verpflichtet, Daten zu den vereinbarten Transformationsstellenanteilen zu erfassen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals am 1. Juli 2028

und danach jährlich über die Anzahl der vereinbarten Transformationsstellenanteile und die zugrunde gelegten Aufwendungen.

(5) Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege nach § 10 wird beauftragt, erstmals zum 30. September 2027 einen Katalog von technischen oder digitalen Systemen zu erstellen und zu veröffentlichen, deren unterstützende oder entlastende Wirkung auf das Pflege- und Betreuungspersonal auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse oder systematischer Praxisevaluationen nachgewiesen ist. Der Katalog ist quartalsweise zu aktualisieren. Unter Einbezug der Daten nach Absatz 4 evaluiert das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege erstmals bis zum 30. Juni 2030 und abschließend zum 30. Juni 2033 die Auswirkungen dieser Regelung.

(6) Der Einsatz von technischen oder digitalen Systemen, die Pflege- und Betreuungspersonal unterstützen oder entlasten, darf die Qualität der Pflege nicht beeinträchtigen, die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen nicht einschränken und die Sicherheit der Versorgung nicht gefährden."

74. § 114a Absatz 7 wird wie folgt geändert:

a) Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Richtlinien für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c sind auf der Grundlage der Empfehlungen nach § 92c Absatz 5 und der Ergänzung der Vereinbarungen gemäß § 113 Absatz 1 Satz 2 innerhalb von sechs Monaten nach der Vorlage des Abschlussberichtes gemäß § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 6 zu beschließen."

b) Nach Satz 4 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Bis zum Inkrafttreten der Richtlinien nach Satz 3 gelten für die Durchführung der Prüfung der in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 die Richtlinien für die ambulante Pflege. Diese sind bis zum 30. Juni 2027 entsprechend anzupassen."

75. § 115 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1a Satz 11 wird die Angabe „Inkrafttreten" durch die Angabe „Beschluss" ersetzt.

b) In Absatz 5 Satz 2 wird die Angabe „§ 2 Abs. 2" durch die Angabe „§ 3" ersetzt.

76. § 120 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 Satz 4 wird gestrichen.

b) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „§ 39a" durch die Angabe „§ 40c" ersetzt.

77. In § 122 Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „§ 8 Absatz 3" durch die Angabe „§ 11 Absatz 1" ersetzt.

78. § 125 wird gestrichen.

79. § 125a wird durch den folgenden § 125a ersetzt:

„§ 125a

Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege

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.“

80. § 125b wird gestrichen.

81. In § 125c Satz 1 wird die Angabe „§ 8 Absatz 3“ durch die Angabe „§ 11 Absatz 1“ ersetzt.

82. In § 125d Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 8 Absatz 3“ durch die Angabe „§ 11 Absatz 1“ ersetzt.

83. Nach § 134 Absatz 3 wird der folgende Absatz 4 eingefügt:

„(4) Das Bundesministerium für Gesundheit prüft bis zum 30. Juni 2027 Möglichkeiten zur Weiterentwicklung oder zum Umbau des Pflegevorsorgefonds, insbesondere hinsichtlich Änderungen der Einzahlungs- und Auszahlungsphase, Aspekten der Generationengerechtigkeit sowie zur Optimierung der Anlagestruktur unter Berücksichtigung der Rendite-Risiko-Struktur.“

84. § 135 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Abweichend von Absatz 1 beträgt die Zuführung an das Sondervermögen für die Jahre 2024 bis 2028 jährlich 700 Millionen Euro und im Jahr 2029 1,2 Milliarden Euro.“

b) In Satz 3 wird die Angabe „Nach dem Jahr 2027“ durch die Angabe „Ab dem Jahr 2030“ ersetzt.

85. Die Überschrift des Ersten Abschnitts des Sechzehnten Kapitels wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„Erster Abschnitt

Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung und Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie weitere Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren“.

86. Nach § 142a werden die folgenden §§ 142b und 142c eingefügt:

„§ 142b

Übergangsregelung zur Anpassung der Schwellenwerte zum 1. Januar 2027

(1) Die Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit erfolgt jeweils auf der Grundlage des zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Rechts; im Fall von Wiederholungsbegutachtungen ist der Tag der Begutachtung maßgeblich.

(2) Die Zuordnung zu den Pflegegraden nach dem bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Recht bleibt bis zur Vornahme einer Neubegutachtung und der nachfolgenden Einstufung durch die Pflegekasse bestehen; diese Einstufung kann nicht zu dem Verlust des bestehenden Pflegegrades allein aufgrund der Anpassung der Schwellenwerte nach § 15 Absatz 3 Satz 4 und Absatz 7 und der Bewertungssystematik in Anlage 2 führen.

(3) Die Frist nach § 18c Absatz 1 Satz 1 ist vom 1. Januar 2027 bis zum 30. April 2027 unbeachtlich. Abweichend davon ist denjenigen Antragstellerinnen und Antragstellern, bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen entwickelt bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen, die Gewichtung und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, berichten in der nach § 18d Absatz 4 zu veröffentlichenden Statistik auch über die Anwendung der Kriterien zum Vorliegen und zur Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.

§ 142c

Übergangsregelung zu den Inhalten des Gutachtens nach § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3

Das Gutachten nach § 18b hat Feststellungen nach § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 erst bei Antragstellungen nach § 33 Absatz 1 ab dem 1. Januar 2029 zu enthalten.“

87. § 144 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Die §§ 7a und 7b in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung finden bis einschließlich 31. Dezember 2028 weiterhin Anwendung. In Bezug auf die Pflegeberatung nach § 7a in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung finden bis einschließlich 31. Dezember 2028 § 17 Absatz 1a und die auf dieser Grundlage erlassenen Richtlinien weiterhin in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung Anwendung.“

b) Absatz 6 wird durch die folgenden Absätze 6 und 7 ersetzt:

„(6) § 8 Absatz 3b findet in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung weiterhin Anwendung, soweit dies für die Abwicklung der Förderung oder Verwertung der Ergebnisse der Studien, Modellprojekte und wissenschaftlichen Expertisen erforderlich ist.

(7) Für Pflegebedürftige, die sich in vollstationärer Pflege befinden und die innerhalb des Jahres 2026 einen Zuschuss nach § 43 Absatz 3 in der am 31. De-

zember 2026 geltenden Fassung bezogen haben, findet § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung weiterhin Anwendung."

88. § 146a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „und Absatz 3" gestrichen.

b) Nach Absatz 2 wird der folgende Absatz 3 eingefügt:

„(3) Für pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 1, für die der Anspruch nach Absatz 1 innerhalb des Jahres 2026 auf die Höhe des Betrages nach § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung begrenzt war, findet Absatz 1 Satz 2 in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung in Verbindung mit § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung weiterhin Anwendung."

89. Anlage 2 wird durch die folgende Anlage 2 ersetzt:

„Anlage 2 (zu § 15)

Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)

Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul

| Module | Gewichtung | 0 keine | 1 geringe | 2 erhebliche | 3 schwere | 4 schwerste | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 Mobilität | **10 %** | 0–1 | 2–3 | 4–6 | 7–9 | 10–15 | Summe der Einzelpunkte im Modul 1 |
| | | **0** | **2,5** | **5** | **7,5** | **10** | **gewichtete Punkte im Modul 1** |
| 2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten | **15 %** | 0–1 | 2–5 | 6–10 | 11–16 | 17–33 | Summe der Einzelpunkte im Modul 2 |
| 3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen | | 0 | 1–2 | 3–4 | 5–6 | 7–65 | Summe der Einzelpunkte im Modul 3 |
| Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3 | | **0** | **3,75** | **7,5** | **11,25** | **15** | **gewichtete Punkte für die Module 2 und 3** |

| Module | Gewichtung | 0 keine | 1 geringe | 2 erhebliche | 3 schwere | 4 schwerste | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 Selbstversorgung | **40 %** | 0–3 | 4–9 | 10–24 | 25–39 | 40–54 | Summe der Einzelpunkte im Modul 4 |
| | | **0** | **10** | **20** | **30** | **40** | **gewichtete Punkte im Modul 4** |
| 5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen | **20 %** | 0 | 1 | 2–3 | 4–5 | 6–15 | Summe der Einzelpunkte im Modul 5 |
| | | **0** | **5** | **10** | **15** | **20** | **gewichtete Punkte im Modul 5** |
| 6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte | **15 %** | 0–1 | 2–3 | 4–6 | 7–11 | 12–18 | Summe der Einzelpunkte im Modul 6 |
| | | **0** | **3,75** | **7,5** | **11,25** | **15** | **gewichtete Punkte im Modul 6** |
| 7 Außerhäusliche Aktivitäten | | Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können. | | | | | |
| 8 Haushaltsführung“. | | | | | | | |

## 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. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

   a) Nach der Angabe zu § 55b wird die folgende Angabe eingefügt:

   „§ 55c Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner“.

b) Nach der Angabe zu § 59a wird die folgende Angabe eingefügt:

„§ 59b Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung“.

2. § 5 Absatz 1a wird wie folgt geändert:

a) In Satz 3 Nummer 2 wird die Angabe „§ 7a Absatz 3 Satz 2 in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung“ durch die Angabe „§ 7d Absatz 2 Satz 1“ ersetzt.

b) In Satz 5 wird die Angabe „Beratung nach § 7a in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung und nach § 7e“ durch die Angabe „Pflegebegleitung nach § 7c“ ersetzt.

3. In § 7 Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „Pflegeberatung nach § 7a in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung“ durch die Angabe „Pflegebegleitung nach § 7c“ ersetzt.

4. In § 7b Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „Pflegeberatung nach § 7a in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung“ durch die Angabe „Pflegebegleitung nach § 7c“ ersetzt.

5. In § 7e Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 wird die Angabe „einschließlich der Pflegeberatung nach § 7a in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung in Verbindung mit den Richtlinien nach § 17 Absatz 1a in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung“ durch die Angabe „sowie die Pflegebegleitung nach § 7c in Verbindung mit den Richtlinien nach § 17 Absatz 1a bei Übernahme nach § 7d Absatz 4“ ersetzt.

6. In § 18a Absatz 3 Satz 3 und Absatz 8 Satz 1 wird jeweils die Angabe „Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung“ durch die Angabe „Gestalten eines stabilen Versorgungsarrangements nach § 7c“ ersetzt.

7. § 45 Absatz 1 Satz 3 und 4 wird gestrichen.

8. In § 45h Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „§ 7a in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung, § 40 Absatz 1“ durch die Angabe „den §§ 7c, 40 Absatz 1“ ersetzt.

9. In § 46 Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „um die Hälfte der Aufwendungen der jeweiligen Pflegekasse für Pflegeberatung nach § 7a Absatz 4 Satz 5 in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung“ durch die Angabe „um 7 Prozent der Aufwendungen der jeweiligen Pflegekasse für Pflegebegleitung nach § 7c“ ersetzt.

10. Nach § 55b wird der folgende § 55c eingefügt:

„§ 55c

Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner

Die Pflegekassen erheben von Mitgliedern für einen nach § 25 versicherten Ehegatten oder Lebenspartner einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,52 Beitragssatzpunkten. § 242b Absatz 1 Satz 2 bis 6 und Absatz 2 bis 5 des Fünften Buches gilt entsprechend. Satz 1 findet keine Anwendung auf mitversicherte Ehegatten und Lebenspartner von landwirtschaftlichen Unternehmern und von mitarbeitenden Familienangehörigen.“

11. § 56 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Kinder sind für die Dauer der Familienversicherung nach § 25 beitragsfrei. Für nach § 25 versicherte Ehegatten und Lebenspartner werden Beiträge nach Maßgabe des § 55c erhoben.“

12. Nach § 59a wird der folgende § 59b eingefügt:

„§ 59b

Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung

Der Arbeitgeber einer Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches hat für Versicherte, die in dieser Beschäftigung versicherungsfrei oder nicht versicherungspflichtig sind, auf das aus dieser Beschäftigung erzielte Arbeitsentgelt einen Beitrag unter Anwendung des Beitragssatzes nach § 55 Absatz 1 Satz 1 zu tragen. Für Beschäftigte in Privathaushalten nach § 8a Satz 2 des Vierten Buches, die in dieser Beschäftigung versicherungsfrei oder nicht versicherungspflichtig sind, hat der Arbeitgeber einen Beitrag in Höhe von 1,5 Prozent des Arbeitsentgelts dieser Beschäftigung zu tragen.“

13. In § 94 Absatz 1 Nummer 8 wird die Angabe „die Pflegeberatung (§ 7a in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung), das Ausstellen von Beratungsgutscheinen (§ 7b in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung)“ durch die Angabe „die Pflegebegleitung (§ 7c)“ ersetzt.

14. § 106a wird durch den folgenden § 106a ersetzt:

„§ 106a

Mitteilungspflichten

Pflegebegleitpersonen, die Pflegebegleitung nach § 7c Absatz 6 durchführen, sind mit Einverständnis der Versicherten berechtigt und verpflichtet, den Pflegekassen, den privaten Versicherungsunternehmen und den Beihilfefestsetzungsstellen mitzuteilen, dass sie die Pflegebegleitung nach § 7c Absatz 6 durchgeführt haben. Ist die Pflege nach § 7c Absatz 6 Satz 6 nicht sichergestellt, haben die Pflegebegleitpersonen die Pflegekassen, die privaten Versicherungsunternehmen sowie die Beihilfefestsetzungsstellen auch dann entsprechend zu informieren, wenn die Versicherten nicht einverstanden sind. Gleiches gilt, wenn die Pflege nach § 7c Absatz 5 Satz 4 nicht sichergestellt ist.“

## Artikel 3

## Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 20 Absatz 2a Satz 2 wird nach der Angabe „entstanden ist“ die Angabe „; bei der Berechnung des Faktors F ist der Wert, der durch den Gesamtsozialversicherungsbei-

tragssatz geteilt wird, um den Wert des Beitragssatzes nach § 55 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches zu erhöhen“ eingefügt.

2. § 28k Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Bei geringfügigen Beschäftigungen werden weitergeleitet

1. die Beiträge zur Krankenversicherung an den Gesundheitsfonds und

2. die Beiträge zur Pflegeversicherung an den Ausgleichsfonds nach § 65 des Elften Buches.

Bei Versicherten in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung gilt Satz 1 Nummer 1 mit der Maßgabe, dass die Beiträge an die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau weitergeleitet werden. Das Nähere zur Bestimmung des Anteils der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, insbesondere über eine pauschale Berechnung und Aufteilung, vereinbaren die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau und die Spitzenverbände der beteiligten Träger der Sozialversicherung.“

3. § 28l Absatz 1 Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wird ermächtigt, die ihr von den Krankenkassen und den Pflegekassen nach Satz 1 zustehende Vergütung mit den nach § 28k Absatz 2 Satz 1 an den Gesundheitsfonds weiterzuleitenden Beiträgen zur Krankenversicherung für geringfügige Beschäftigungen und mit den an den Ausgleichsfonds weiterzuleitenden Beiträgen zur Pflegeversicherung für geringfügige Beschäftigungen aufzurechnen.“

## Artikel 4

## 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 1 des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 11 Absatz 4 Satz 4 wird nach der Angabe „Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches“ die Angabe „in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung“ eingefügt.

2. In § 20 Absatz 1 Satz 2 wird nach der Angabe „Belange“ die Angabe „sowie die Belange von älteren und der pflegebedürftigen Menschen“ eingefügt.

3. Nach § 20b Absatz 3 Satz 4 wird der folgende Satz eingefügt:

„Sie vereinbaren einheitlich und gemeinsam Grundsätze zu Inhalten und Umfang der in Satz 2 genannten Förderung von regionalen, überbetrieblichen Netzwerken in Form von Projektförderung.“

4. § 20c wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„§ 20c

Zusammenarbeit mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung“.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „Gesundheitsgefahren“ die Angabe „und die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung bei ihren Aufgaben zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit nach § 14 Absatz 1 des Sechsten Buches“ eingefügt.

bb) Nach Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:

„Sofern die Krankenkasse im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung Erkenntnisse erlangt, die darauf hinweisen, dass bei einem Versicherten erste gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden könnten, weisen sie diese Versicherten auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme von durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zu erbringenden Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit nach § 14 des Sechsten Buches hin.“

c) In Absatz 2 Satz 1 wird nach der Angabe „Landesbehörden“ die Angabe „und den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung“ eingefügt.

5. § 25 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 wird der folgende Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Versicherte, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, haben im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1 Anspruch auf eine altersbezogene Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, die geeignet sind, zu einem Verlust von Selbständigkeit oder zum Eintritt von Pflegebedürftigkeit beizutragen. Die Untersuchungen umfassen insbesondere die Erhebung von Befunden sowie eine präventionsorientierte Beratung zu Maßnahmen, die dem Erhalt von Selbständigkeit, der Vermeidung von Funktionsverlusten und der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit dienen können. Hinweise gemäß § 25b Absatz 1 und 4 sind bei den Untersuchungen zu berücksichtigen. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt erstmals bis zum 31. Dezember 2028 in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Ausgestaltung der altersbezogenen Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen nach Satz 1.“

b) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „Absätzen 1 und 2“ durch die Angabe „Absätzen 1 bis 2a“ ersetzt.

c) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „Absatz 1 und 2“ durch die Angabe „den Absätzen 1 bis 2a“ ersetzt.

d) In Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „Absätzen 1 und 2“ durch die Angabe „Absätzen 1 bis 2a“ ersetzt.

6. § 39a Absatz 1 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Krankenkasse trägt die zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 unter Anrechnung der Leistungen nach dem Elften Buch zu 95 Prozent; bei Versorgung in Kinder- und Jugendhospizen sind das Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 des Elften Buches und Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 des

Elften Buches in Verbindung mit § 39 des Elften Buches von der Anrechnung ausgenommen."

7. In § 39b Absatz 1 Satz 4 wird nach der Angabe „Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches" die Angabe „in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung" eingefügt.

8. § 40 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

   a) Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

      „Von der Krankenkasse wird bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation nicht überprüft, ob diese medizinisch erforderlich ist, sofern die geriatrische Indikation durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente vertragsärztlich überprüft wurde; bei einer geriatrischen Rehabilitation soll das Rehabilitationsziel der Vermeidung, Verringerung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit besonders berücksichtigt werden."

   b) Satz 18 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

      „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. September 2028 einen Bericht vor, in dem die Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung und die Hürden bei der Inanspruchnahme von geriatrischen Rehabilitationen im Jahr 2027 wiedergegeben werden."

9. In § 73d Absatz 2 Satz 5 und Absatz 5 Satz 4 wird jeweils die Angabe „§ 8 Absatz 3c Satz 1" durch die Angabe „§ 12 Absatz 3" ersetzt.

## Artikel 5

## Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch, das zuletzt durch Artikel 4 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 11 Absatz 4 Satz 4 wird die Angabe „Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung" durch die Angabe „Pflegebegleitpersonen, die eine Pflegebegleitung nach § 7c des Elften Buches durchführen," ersetzt.

2. Nach § 39 Absatz 1a Satz 11 wird der folgende Satz eingefügt:

   „Die Vertragspartner haben in dem Rahmenvertrag ergänzend zu regeln, dass die erforderlichen Informationen zur weiteren Pflegebegleitung mit Einwilligung des Patienten in gesicherter elektronischer Form an die zuständige Pflegekasse zum Zweck der Weiterleitung an die für die Pflegebegleitung nach den §§ 7c und 7d des Elften Buches zuständige Stelle übermittelt werden können."

3. In § 39b Absatz 1 Satz 4 wird die Angabe „Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung" durch die Angabe „Pflegebegleitung nach § 7c des Elften Buches" ersetzt.

## Artikel 6

## Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Das Sechste Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 3 Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:

   „Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die eine Rente wegen Alters beziehen, sind nach Ablauf des Monats, in dem sie die Regelaltersgrenze erreicht haben, nicht nach Satz 1 Nummer 1a versicherungspflichtig.“

2. In § 166 Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „§ 44 Absatz 1 Satz 3“ durch die Angabe „§ 44 Absatz 1 Satz 4“ ersetzt.

## Artikel 7

## Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes

Das Künstlersozialversicherungsgesetz vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), das zuletzt durch Artikel 7c des Gesetzes vom 24. Juli 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

In § 16a Absatz 1 Satz 2 wird nach der Angabe „§ 55 Absatz 3“ die Angabe „und § 55c“ eingefügt.

## Artikel 8

## Änderung der Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung

Die Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung vom 29. September 2022 (BGBl. I S. 1568), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 22. Juni 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 190) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 5 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 wird die Angabe „§ 39a“ durch die Angabe „§ 40c“ ersetzt.

2. In § 19 Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 wird die Angabe „§ 39a“ durch die Angabe „§ 40c“ ersetzt.

3. In § 36 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 wird die Angabe „§§ 39a, 40a und 40b“ durch die Angabe „§§ 40a bis 40c“ ersetzt.

## Artikel 9

## Änderung der Pflegeberufebeteiligungsverordnung

Die Pflegeberufebeteiligungsverordnung vom 10. Februar 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 41) wird wie folgt geändert:

In § 7 Absatz 3 wird die Angabe „§ 8 Absatz 4“ durch die Angabe „§ 113b Absatz 11“ ersetzt.

## Artikel 10

## Änderung der Heilverfahrensverordnung

Die Heilverfahrensverordnung vom 9. November 2020 (BGBl. I S. 2349), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 14. Oktober 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 240) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 10 wird wie folgt geändert:

1. Absatz 1 wird wie folgt geändert:

   a) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

      „Wird die verletzte Person aufgrund des Dienstunfalls in einen Pflegegrad 2 bis 5 eingeordnet, so

      1. erhält sie bei häuslicher Pflege eine monatliche Leistung in Höhe des maximalen Sozialraumbudgets nach § 45b Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und

      2. werden ihr die Kosten für eine notwendige Pflege erstattet.“

   b) In Satz 2 wird die Angabe „Zuordnung zu einem“ durch die Angabe „Einordnung in einen“ ersetzt.

2. In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „§ 36 Absatz 4 Satz 2 und 3“ durch die Angabe „§ 36 Absatz 4 Satz 2 bis 4“ ersetzt.

3. Absatz 4 Satz 1 wird gestrichen.

4. Absatz 6 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

   „Dies gilt nicht für die ersten acht Wochen einer stationären Behandlung.“

## Artikel 11

## Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am 1. Januar 2027 in Kraft.

(2) Artikel 2 Nummer 1 und 10 bis 12, Artikel 3 und Artikel 7 treten am 1. Januar 2028 in Kraft.

(3) Artikel 2 Nummer 2 bis 9 und Nummer 14 und 15 sowie Artikel 5 treten am 1. Januar 2029 in Kraft.

# Begründung

## A. Allgemeiner Teil

### I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die soziale Pflegeversicherung bietet seit 30 Jahren eine solidarische Absicherung des Pflegefallrisikos, steht jedoch angesichts steigender Ausgaben und des demografischen Wandels vor erheblichen Herausforderungen. Bereits heute übersteigen die Ausgaben die Einnahmen, obwohl der Beitragssatz zum 1. Januar 2025 erneut angehoben wurde. Auch ist ein kontinuierlicher, deutlicher Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen, der pflegebedingten Eigenanteile sowie der Hilfe zur Pflege zu verzeichnen, auch wenn – mit Blick auf die Anzahl der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege – die soziale Pflegeversicherung insgesamt weiter entlastend wirkt. Im Kontext des demografischen Wandels steht die Finanzierung der SPV auch auf der Einnahmenseite unter Druck: so wird sich das Verhältnis von Beitragszahlenden zu Pflegebedürftigen weiter verschlechtern.

Neben den finanziellen Herausforderungen ist das Pflegesystem auch auf der Versorgungsseite nur unzureichend auf den steigenden Bedarf eingestellt.

Mit diesem Gesetz wird das Ziel verfolgt, eine bürgernahe und menschenwürdige Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in der Stadt und auf dem Land mit effizienten und nachhaltigen Versorgungsstrukturen personell und strukturell sicherzustellen. Dazu gehört, Krankheiten und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zumindest so lange wie möglich hinauszuzögern, die Selbständigkeit der Pflegebedürftigen zu erhalten und pflegende An- und Zugehörige mit den verfügbaren Mitteln möglichst optimal zu unterstützen und zu entlasten. Begrenzte Mittel und personelle Ressourcen sind daher zielgerichtet mit Blick darauf einzusetzen, welche Ergebnisse und Wirkungen in der Versorgung mit diesen Mitteln erreicht werden können. Pflegeeinrichtungen und andere Angebote in der Versorgung müssen den notwendigen Spielraum für eine wirtschaftliche Gestaltung und innovative Weiterentwicklung einer guten pflegerischen Versorgung haben.

Die vorrangigen Ziele des Gesetzes im Bereich der Finanzierung sind, die Finanzierung der SPV wieder auf eine stabile Grundlage zu stellen und mit einer jährlichen Dynamisierung der Leistungsbeträge den Anstieg der pflegebedingte Eigenanteile zu begrenzen. Hierfür braucht es Reformmaßnahmen auf der Einnahmen- und Ausgabenseite.

Die vorrangigen Ziele des Gesetzes im Hinblick auf eine Versorgungsstrukturreform sind, Menschen dabei zu unterstützen, trotz gesundheitlicher Einschränkungen in Selbstbestimmung und Würde zu altern, den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu verzögern und ihr Leben bei Pflegebedürftigkeit mit der größtmöglichen Selbständigkeit eigenverantwortlich gestalten zu können. Auch den Belangen von Familien mit pflegebedürftigen Kindern soll Rechnung getragen werden. Eine präventionsorientierte, fachliche Begleitung und Unterstützung für Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörige soll sichergestellt und damit pflegebedürftige Menschen, die zu Hause versorgt werden, besser unterstützt werden. Dies gilt auch zu Randzeiten und in der Nacht sowie in ungeplanten Notfall- und Krisensituationen. Leistungen der Pflegeversicherung sollen von den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen einfach und bürokratiearm in Anspruch genommen werden können. Eine bürgernahe pflegerische Versorgung soll sichergestellt werden. Für Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonal sollen die fachlichen Gestaltungsspielräume erweitern und sie sollen von unnötiger Bürokratie entlastet werden. Auch Mut zur Innovation soll belohnt und die Pflegeeinrichtungen und das Pflegepersonal bei der Nutzung von Digitalisierung und KI und bei entsprechenden Transformationsprozessen unterstützt werden.

Darüber hinaus strebt die Bundesregierung weitere Entlastungen im Hinblick auf Pflegekosten an:

Die Bundesregierung wird prüfen, durch welche Maßnahmen die private und betriebliche Vorsorge für den Pflegefall weiter gestärkt werden kann.

Ziel der Bundesregierung ist es darüber hinaus, einen Beitrag zur Vermeidung steigender Sozialhilfekosten, die die Kommunen belasten, zu leisten. Nach Abschluss der Evaluation des Angehörigenentlastungsgesetzes wird die Bundesregierung daher prüfen, wie die Kommunen durch mögliche Anpassungen angemessen entlastet werden können. Dabei ist auch der Verwaltungsaufwand zu berücksichtigen, den eine Einzelfallprüfung bei der Heranziehung von Angehörigen im SGB XII erzeugt.

## II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Die am 11. Dezember 2025 vorgestellten fachlichen Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ zur nachhaltigen Sicherstellung und Verbesserung der Versorgung dienten als Grundlage für die Maßnahmen, die mit diesem Gesetz auf der Versorgungsseite umgesetzt werden. Auf der Finanzierungsseite wurden Optionen aus dem Eckpunktepapier dieser Arbeitsgruppe aufgegriffen und Maßnahmen auf der Ausgaben- und Einnahmenseite so kombiniert, dass die Finanzierung der SPV in den nächsten Jahren auf eine stabile Grundlage gestellt werden kann.

### Konsequente Stärkung von Prävention und Rehabilitation

Mit Regelungen zu Prävention und Rehabilitation soll der Übergang von einer kurativ orientierten hin zu einer präventions- und rehabilitationsfokussierten Versorgung erfolgen. Angesichts des demografischen Wandels sollen die Selbständigkeit und Lebensqualität der Versicherten möglichst bis ins hohe Alter erhalten werden. Durch die konsequente Stärkung von Früherkennung und gezielter Rehabilitation wird das Ziel verfolgt, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, hinauszuzögern oder deren Schweregrad zu verringern.

In § 25 SGB V wird für Versicherte, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, ein ergänzender Anspruch auf eine altersbezogene Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, die geeignet sind, zu einem Verlust von Selbständigkeit oder zum Eintritt von Pflegebedürftigkeit beizutragen. Durch altersgerechte Untersuchungsinhalte und eine frühzeitige Erkennung sollen drohende Krankheits- und Pflegerisiken identifiziert werden, bevor ein akuter Hilfebedarf entsteht.

Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, valide Prädiktoren, die frühzeitig auf eine drohende Pflegebedürftigkeit hinweisen oder eine Verschlimmerung einer bestehenden Pflegebedürftigkeit abmildern, zu identifizieren bzw. durch vorhandene wissenschaftliche Studien zusammenstellen zu lassen und für die Umsetzung geeigneter präventiver Maßnahmen zu nutzen (vgl. § 5 Absatz 4 neu SGB XI). Ziel ist die Weiterentwicklung der präventiven Ausrichtung der SPV.

Die Krankenkassen werden verpflichtet, bei der Erbringung von Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung die spezifischen Belange älterer Menschen und Pflegebedürftiger zu berücksichtigen (vgl. § 20 Absatz 1 Satz 2 neu SGB V) und den Leitfaden Prävention entsprechend anzupassen.

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen werden verpflichtet (vgl. § 20b Absatz 3 Satz 5 neu SGB V), Grundsätze zu Inhalten und Umfang der Förderung von örtlichen, überbetrieblichen Netzwerken nach § 20b Absatz 3 Satz 2 SGB V in Form von Projektförderung zu vereinbaren. Dies kommt u.a. auch Krankenhäusern, Pflegebetrieben

und kleinen und mittleren Unternehmen zugute, denen die Angebote der regionalen Koordinierungsstellen für betriebliche Gesundheitsförderung oft nicht bekannt sind.

Die Krankenkassen werden verpflichtet, mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung bei ihren Präventionsaufgaben eng zusammenzuarbeiten (vgl. § 20c Absatz 1 und 2 neu SGB V) und diese zu unterstützen, indem sie die Versicherten auf die Möglichkeiten der Inanspruchnahme der medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit nach § 14 SGB VI hinweisen.

Fördergelder können von Pflegeeinrichtungen zukünftig auch für Maßnahmen zur rehabilitativ ausgerichteten Pflege verwendet werden. Zudem soll die Anzahl der Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung erhöht werden, indem von MD-Gutachtern künftig individuell begründet werden muss, wenn keine Empfehlung ausgesprochen wird.

Im SGB V wird das Rehabilitationsziel „Pflegevermeidung“ stärker in den Blick genommen; das Entlassmanagement aus Krankenhaus und Rehaeinrichtung beinhaltet die Weitergabe des Entlassungsberichts auch an die neue Pflegebegleitung nach § 7c.

Die Leistung der geriatrischen Rehabilitation gewinnt vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der steigenden Anzahl älterer, multimorbider Versicherter zunehmend an Bedeutung. Gleichzeitig könnten mehr Menschen als bisher von der Leistung profitieren. Ziel ist es daher, die bereits existente Berichtspflicht des Spitzenverbands Bund der gesetzlichen Krankenversicherung einmalig wiederaufzulegen und qualitativ zu erweitern, um einen besseren Überblick über die Versorgungssituation und die Hürden in der Inanspruchnahme zu erhalten.

**Zukunftsgerechte Weiterentwicklung der Pflegeversicherung**

**Fortentwicklung des Ersten Kapitels des SGB XI**

Die Normen im Ersten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) werden insgesamt gestrafft, aktualisiert und neu geordnet, um die Orientierung im Recht zu verbessern und die zukunftsgerichtete Weiterentwicklung der Pflegeversicherung abzubilden. Hierbei werden die Rechte der Pflegebedürftigen gerade auch bei jungen Menschen mit Pflegebedarf um eine altersgerechte Gestaltung der Pflege ergänzt, eine präventive und rehabilitative Ausrichtung der Pflege und der Mitwirkung der Pflegebedürftigen konsequent verankert und durch die Aufnahme des verstetigten Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege und die Schaffung zweier Normen zur Förderung von Innovation und Digitalisierung sowie zur Förderung guter Versorgung die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung hervorgehoben.

**Einführung einer fachlichen Begleitung und Unterstützung für Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörige (Pflegebegleitung)**

Die unterschiedlichen Lebenswelten der Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen bei einer Pflege zu Hause erfordern – insbesondere vor dem Hintergrund teilweise sehr langer Pflegeverläufe – eine passgenaue Begleitung und Unterstützung der Pflegebedürftigen und ihrer An- und Zugehörigen. Die derzeitigen Beratungs- und Versorgungsmanagementangebote der Pflegekassen sind in der Praxis weitgehend auf sozialrechtliche Informationsweitergabe beschränkt und sind nicht auf eine dauerhafte, auch fachpflegerische Begleitung ausgelegt. Auch die Beratungseinsätze für Pflegebedürftige, die ausschließlich durch An- und Zugehörige versorgt werden, bieten nur zu den gesetzlich vorgesehenen Zeitpunkten und von ihrer Wirkkraft sehr eingeschränkt Beratung und Unterstützung. Diese Möglichkeit wird zudem oft nicht hinreichend umgesetzt.

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 und ihre An- und Zugehörigen wird daher ein neues, regional organisiertes Leistungsangebot der präventionsorientierten, fachlichen Begleitung und Unterstützung in der Pflege geschaffen. Mit dem Angebot kann nach einem Erst- und ggf. einem Folgebesuch im Bedarfsfall eine laufende (pflege)fachliche Unterstützung der Pflegebedürftigen und ggf. ihrer An- und Zugehörigen erfolgen. Die fachliche Begleitung und Unterstützung hat neben der Etablierung eines stabilen, nachhaltigen Versorgungsarrangements insbesondere die Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Situation der Pflegebedürftigen und die Entlastung der pflegenden An- und Zugehörigen zum Ziel. Im Rahmen der Pflegebegleitung wird auch die Inanspruchnahme von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen unterstützt.

Die Verantwortung für die Durchführung der Pflegebegleitung liegt bei den Pflegekassen. Sie arbeiten hierbei mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen. Darüber hinaus sind die Pflegekassen verpflichtet, die regionalen Vernetzungsstrukturen zu fördern. Dazu zählen insbesondere die Pflegestützpunkte als lokale Beratungsstellen, in die die Pflegekassen die Durchführung der Pflegebegleitung idealerweise integrieren sollen. Alternativ kann die Pflegebegleitung von den für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägern der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe übernommen werden. Das Angebot der „Fachlichen Begleitung und Unterstützung in der Pflege“ wird damit vor Ort aus einer Hand mit anderen Beratungs- und Unterstützungsangeboten zur Bewältigung des Pflegealltags erbracht. Künftig haben alle Pflegebedürftigen und ihre An- und Zugehörigen eine feste Stelle in ihrem Kreis bzw. ihrer kreisfreien Stadt, an die sie sich zur Durchführung der Pflegebegleitung wenden können.

**Vereinfachung des Leistungsrechts und Verbesserung der Transparenz**

Das Leistungsrecht der Pflegeversicherung bietet vielfältige Unterstützungsleistungen zur Sicherstellung der häuslichen Pflege. Diese sind einerseits stark ausdifferenziert, detailreich geregelt und dadurch zum Teil unübersichtlich und für Pflegebedürftige und Ihre Angehörigen mithin nur schwer verständlich. Andererseits ist an einigen Stellen Missbrauchspotenzial entstanden, das der Solidargemeinschaft insgesamt schadet. Indem Leistungen im Umfang von Budgets gebündelt zur Verfügung stehen, werden Bürokratie für Pflegebedürftige, Leistungserbringende und Pflegekassen abgebaut, eine bessere Übersichtlichkeit der Leistungen der Pflegeversicherung hergestellt sowie Missbrauchsmöglichkeiten eingedämmt. Die bisherigen Leistungen der häuslichen Pflegehilfe, des Pflegegeldes, der Verhinderungspflege und der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel können im Umfang des neu eingeführten Sachleistungs- und Entlastungsbudgets entweder als Geld- oder als Sachleistung flexibel bezogen werden; Kombinationsleistungen bleiben weiterhin möglich. Dies bedeutet Bürokratieabbau für Pflegebedürftige und Pflegekassen, eine bessere Übersichtlichkeit des Leistungsrechts sowie eine Eindämmung von Missbrauchspotenzial, das in der Vergangenheit bei der Verhinderungspflege und beim Bezug von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln festgestellt wurde. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, wissen künftig auf einen Blick, welches Budget ihnen zur Sicherstellung der häuslichen Pflege monatlich zur Verfügung steht. Eine aufwändige Beantragung zusätzlicher Mittel im Verhinderungsfall ist nicht mehr notwendig. Für pflegerische Akut- und Notsituationen steht überdies das neue Überbrückungsbudget zur Verfügung (s.o.) und für niedrigschwellige Unterstützung im Alltag das Sozialraumbudget. Beim Sozialraumbudget finden die Belange von Familien mit pflegebedürftigen Kindern besondere Berücksichtigung.

Die Angebote zur Unterstützung im Alltag werden ausgebaut und gestärkt. Das neue Sozialraumbudget kann ausschließlich für diese Angebote verwendet werden und wird im Vergleich zum bisherigen Entlastungsbetrag moderat erhöht. Die landesrechtliche Anerkennung von Anbietern solcher Angebote soll künftig bundeseinheitlicher ausgestaltet werden. Nachbarschaftshelfende werden künftig von den Pflegekassen anerkannt. Professionelle Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag können mit einer Zulassung als Be-

treuungsdienst Leistungen im Umfang des Sachleistungsbudgets erbringen, der bisherige Umwandlungsanspruch kann daher entfallen.

Die Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts wird gleichzeitig ausgabenneutral ausgebaut und teilweise konkretisiert, insbesondere auch hinsichtlich einer Förderung von Strukturen zur Unterstützung der niedrigschwelligen Angebote zur Unterstützung im Alltag. Auch die Vorschriften zur Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken werden weiterentwickelt: Der Beginn der Errichtung der Geschäftsstelle nach § 45e Absatz 5 SGB XI wird vom 1. Oktober 2026 auf den 1. Januar 2027 verschoben, damit der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ausreichend Zeit erhält, die organisatorischen Grundlagen der Geschäftsstelle vorzubereiten. Mit einer weiteren Änderung wird die Übertragbarkeit nicht ausgeschöpfter Fördermittel für die Finanzierung der Geschäftsstelle in das jeweilige Folgejahr bis einschließlich 2032 ermöglicht, um damit die effiziente und bedarfsgerechte Verwendung der bereitgestellten Mittel zu unterstützen. Zudem wird eine Frist für die vorgesehene wissenschaftliche Evaluation der Tätigkeit der Geschäftsstelle eingeführt. Die Gesamtfördersumme der Geschäftsstelle, die mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege gesetzlich verankert wurde, bleibt unverändert; die Förderbeträge werden ausschließlich anders gestaffelt. Die Fortentwicklungen der Fördervorschriften erfolgen insgesamt betrachtet ausgabenneutral.

Durch die Etablierung eines niedrigschwelligen formalisiertes Anzeigeverfahrens im Hinblick auf die Abtretung von Kostenerstattungsansprüchen durch die Pflegebedürftigen wird in Zukunft Transparenz für die Pflegebedürftigen und Pflegekassen geschaffen.

Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen sollen alle Informationen und Instrumente, die sie brauchen, um die Pflege im Alltag zu managen und sich in der Pflegeversicherung zu orientieren, künftig außerdem jeweils gebündelt an einem digitalen Ort vorfinden. Daher wird von den Pflegekassen in Zukunft automatisch bei erstmaliger Zuerkennung eines Pflegegrades für jede pflegebedürftige Person ein digitales Pflege-Cockpit angelegt, in das alle vorhandenen Informations-, Kommunikations- und Antragsmöglichkeiten digital eingebunden werden. Zudem besteht über das Pflege-Cockpit der direkte Zugang zu bestehenden Angebots-Suchfunktionen, perspektivisch werden ferner konkrete Beratungs-, Begleitungs-, Unterstützungs- und Schulungsmöglichkeiten (vor Ort und online) angezeigt und geeignete zielgruppenspezifische Informationsangebote (z. B. für Eltern mit pflegebedürftigen Kindern oder die Pflege von Menschen mit Demenz) eingebettet. Die Benutzung des digitalen Pflege-Cockpits durch die Pflegebedürftigen und von ihnen gegenüber der Pflegekasse bevollmächtigten Personen bleibt hierbei freiwillig, auch alle anderen bisherigen Kommunikationswege stehen für sie weiterhin offen. Bei der weiteren Entwicklung des Pflege-Cockpits wird zudem auf ein sinnvolles Zusammenspiel mit der elektronischen Patientenakte geachtet.

**Bessere Sicherstellung der Versorgung in pflegerischen Akut- und Notfallsituationen**

Die bürgernahe und menschenwürdige pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in der Stadt und auf dem Land soll auch in Krisen- und Notfallsituationen flächendeckend verbessert werden. Hinsichtlich der Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in pflegerischen Akutsituationen bestehen verschiedene Herausforderungen. So müssen einerseits Pflegepersonen in Krisen- und Notfallsituationen vor Überforderung und gesundheitlichen Schäden geschützt werden und anderseits müssen kurzfristig auftretende Versorgungslücken bei der häuslichen Pflege in entsprechenden Szenarien auch bei einem ungeplanten Ausfall der Pflegepersonen schnell und unbürokratisch geschlossen werden, damit die häusliche Pflege kontinuierlich gewährleistet ist. Ferner gilt es entsprechende Kapazitäten für pflegerische Akutsituationen in den jeweiligen Regionen aufzubauen und vorzuhalten, falls häusliche Pflege vorübergehend nicht möglich ist. Dieses Gesetz zielt daher darauf ab, sowohl bereits bestehende als auch neue Leistungen konsequent auf die pflegerische Akutversorgung von pflegebedürftigen Personen aus-

zurichten. Zur Bewältigung pflegerischer Akutsituationen wird für Pflegebedürftige im neuen § 39 SGB XI ein Überbrückungsbudget eingeführt, welches zweckgebunden für Leistungen der pflegerischen Überbrückungsversorgung einzusetzen ist. Hierbei handelt es sich um Leistungen, welche Pflegebedürftige künftig in pflegerischen Akutsituationen sowie in sonstigen Überbrückungssituationen beanspruchen können. Darüber hinaus werden erstmalig pflegerische Akutsituationen im § 39 Absatz 2 SGB XI definiert.

Die Pflegekasse übernimmt in pflegerischen Aktsituationen künftig die Einsatzkosten eines Notdienstes in der ambulanten Pflege bis zur Höhe des Überbrückungsbudgets, sofern Pflegesachleistungen in Akutsituationen nach § 39a zur Stabilisierung der häuslichen Pflege von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 bezogen werden. Für die Sicherstellung der pflegerischen Überbrückungsversorgung in pflegerischen Akutsituationen schließen die Pflegekassen hierzu u.a. ergänzende Verträge mit zugelassenen ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten.

Kann die häusliche Pflege bei pflegerischen Akutsituationen zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 gemäß § 42 SGB XI Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dabei übernimmt die Pflegekasse die pflegebedingten Aufwendungen bis zur Höhe des Überbrückungsbudgets. Darüber hinaus erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 ab dem 1. Januar 2028 in pflegerischen Akutsituationen gemäß § 42 Absatz 4 SGB XI Anspruch auf eine Akut-Kurzzeitpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen, wenn dies erforderlich ist. Verpflichten sich zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen, fest verfügbare Plätze für Akut-Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 4 anzubieten, werden die ihnen infolge der Nichtauslastung dieser Plätze entstandenen Vorhaltekosten anteilig erstattet, soweit diese nicht bereits nach anderen Vorschriften finanziert werden. Neben den pflegerischen Akutsituationen kann das Überbrückungsbudget bei der Kurzzeitpflege gemäß § 42 SGB XI wie bislang auch weiterhin für sonstige Überbrückungssituationen in Anspruch genommen werden.

Zusätzlich zur Einführung des Überbrückungsbudgets nach § 39 SGB XI, der Pflegesachleistungen in Akutsituationen nach § 39a SGB XI und des Anspruches auf eine Akut-Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 4 SGB XI wird darüber hinaus die Pflegebegleitung nach § 7c pflegebedürftige Personen in pflegerischen Akutsituationen unterstützen. Dies umfasst u. a. die Organisation weiterer Hilfen bei Bedarf sowie die Abgabe benötigter pflegefachlicher Einschätzungen, welche mitunter bei der längeren Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen in Akutsituationen (von mehr als drei Kalendertagen) und bei der Geltendmachung des Anspruchs auf Akut-Kurzzeitpflege erforderlich sind.

Flankierend zu den vorgenannten Maßnahmen der Akutversorgung kann der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemäß § 11 Absatz 2 SGB XI aus Mitteln des Ausgleichsfonds nach § 65 SGB XI mit 10 Millionen Euro im Kalenderjahr Modellvorhaben für eine Erprobung telefonischer und digital gestützter Angebote zur bedarfsgerechten Steuerung in pflegerischen Akutsituationen durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren (Pflegenottelefon). Die Modellvorhaben sollen dabei insbesondere die intersektorale Vernetzung mit bestehenden telefonischen und digitalen Angeboten des Notdiensts nach § 75 Absatz 1b des Fünften Buchs und der Notfallversorgung oder anderer komplementärer Dienste erproben.

**Berücksichtigung der Belange von Familien mit schwerstkranken pflegebedürftigen Kindern**

Um der Versorgungssituation von Familien mit schwerstkranken und pflegebedürftigen Kindern sachgerecht Rechnung zu tragen, erfolgt bei einer Versorgung in Kinder- und Jugendhospizen keine Anrechnung des Überbrückungsbudgets nach § 39 SGB XI auf die zuschussfähigen Kosten nach § 39a Absatz 1 Satz 2 SGB V. Auch Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld wird hierauf nicht angerechnet. Ferner wird die Ruhensvorschrift des § 34

SGB XI angepasst. Für die Dauer einer stationären Versorgung in Kinder- und Jugendhospizen wird ein vorher bezogenes Pflegegeld nach § 37 SGB XI oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 SGB XI im Rahmen der Pflegeversicherung demnach weitergezahlt. Es soll somit im gleichen Umfang weitergezahlt werden wie es beispielsweise während einer vollstationären Krankenhausbehandlung der Fall ist. Ebenso ruhen die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach den §§ 44 und 44a SGB XI während eines stationären Aufenthalts der pflegebedürftigen Kinder und Jugendlichen in Kinder- und Jugendhospizen nicht.

**Anpassung der Regelungen zur tariflichen Entlohnung**

Mit diesem Gesetz werden in einem ersten Schritt auf vier Jahre befristete, direkte Anpassungen in Richtung der Änderungen im GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz hin zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik unter Beachtung der Unterschiede und Besonderheiten des Pflegeversicherungsrechts vorgesehen. Es werden die Vorgaben zum regional üblichen Entlohnungsniveau bezogen auf die künftigen Vergütungssteigerungen entsprechend angepasst. Als Beitrag zur Entbürokratisierung wird zudem zeitlich befristet das jährliche Meldeverfahren zur Ermittlung der jeweiligen regional üblichen Entlohnungsniveaus für die tariflich oder kirchenarbeitsrechtlich gebundenen Pflegeeinrichtungen ausgesetzt und in den Jahren 2027 bis 2029 durch eine pauschale Fortschreibung ersetzt. Zugleich soll mit einem Prüfauftrag an das Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales die künftige Ausgestaltung der Regelungen zur tariflichen Entlohnung in der Langzeitpflege angegangen werden.

**Förderung von Innovationen und Digitalisierung**

Angesichts des fortwährenden Wandels von Gesellschaft und Arbeitsumgebung sowie des demografischen Wandels, der auch vor den professionellen Pflegepersonen nicht haltmacht, müssen sich auch die zugelassenen Leistungserbringer stetig weiterentwickeln. Der gezielte Einsatz von Digitalisierung und technischen Neuerungen kann einen wichtigen Beitrag leisten, um die Arbeitsbedingungen in der ambulanten und stationären Pflege zu verbessern, effizienter zu gestalten, insbesondere den Arbeitsaufwand zu reduzieren, und zugleich die nachhaltige Sicherung der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen zu fördern. Dies erfordert strukturierte und zum Teil komplexe Transformationsprozesse für alle Beteiligten in der Leistungserbringung und ein intelligentes Zusammenspiel aus Personal, Organisation und Technologie. Mit diesem Gesetz sollen deshalb Innovationsräume eröffnet werden. Zugelassene Leistungserbringer können mit den Kostenträgern zeitlich befristet Ausnahmen von Regelungen der Rahmenverträge zur pflegerischen Versorgung nach § 75 SGB XI in den Ländern vereinbaren, soweit der Schutz der Pflegebedürftigen dem nicht entgegensteht, und dadurch innovative Konzepte in der pflegerischen Versorgung umsetzen. Zudem soll vollstationären Pflegeeinrichtungen ab dem Jahr 2028, ebenfalls befristet, die Möglichkeit eröffnet werden, in ihrer Pflegesatzvereinbarung mit den Kostenträgern einen finanziellen Gegenwert für nicht besetzte Stellenanteile zu vereinbaren, um diesen für die Finanzierung von Pflege- und Betreuungspersonal unterstützende oder entlastende technische oder digitale Systemen einsetzen zu können. Der Einsatz dieser Technik soll helfen, mit dem vorhandenen Personal in den Einrichtungen mehr Pflegebedürftige alltäglich effizienter versorgen zu können. Aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes werden darüber hinaus 1,6 Milliarden Euro für die Digitalisierung von ambulanten und teilstationären Einrichtungen der Langzeitpflege zur Verfügung gestellt. Die Länder sollen hierzu einen Förderbetrag in Höhe von insgesamt 400 Millionen Euro beitragen. Dies ergibt einen Finanzierungsanteil des Bundes in Höhe von 80 Prozent und der Länder in Höhe von 20 Prozent an der Gesamtfördersumme in Höhe von 2 Milliarden Euro. Zudem wird das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege verstetigt und mit neuen Aufgaben, wie beispielsweise der Entwicklung eines standardisierten Nutzennachweises digitaler Anwendungen, beauftragt.

**Verbesserung der Pflegestrukturplanung und Weiterentwicklung des Sicherstellungsauftrags**

Ergänzend zur Stärkung der kommunalen Pflegestrukturplanung mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege sollen planungsrelevante Daten der Kranken- und Pflegekassen von den Ländern und ihren Kommunen über eine Plattform unkompliziert abgerufen werden können. Die ergänzende Regelung zu den Gemeinsamen Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung unterstützt die Länder dabei, auf kommunaler Ebene einen strukturellen Versorgungsbedarf festzustellen und Maßnahmen zu dessen Deckung einzuleiten.

Im Einzelnen bedeutet dies, dass mit der Änderung in § 8a SGB XI eine Klarstellung hinsichtlich der Möglichkeiten der Länder erfolgt, über die nach landesrechtlichen Vorgaben eingerichteten Ausschüsse zu Fragen der pflegerischen Versorgung auch Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung abzugeben, inklusive der Feststellung eines regional vorliegenden strukturellen Versorgungsbedarfs und entsprechender Maßnahmen zu dessen Deckung. Hieran anknüpfend wird es den Pflegekassen ermöglicht, im Falle einer Feststellung eines regionalen strukturellen Versorgungsbedarfs zeitlich befristet von bestimmten vertrags- und vergütungsrechtlichen Regelungen abzuweichen. Diese Neuerungen sollen sowohl Pflegekassen als auch die Länder und ihre Kommunen dazu befähigen, kurzfristig und flexibel auf einen strukturellen Versorgungsbedarf zu reagieren und diesen durch geeignete Maßnahmen möglichst zu mildern oder (vorläufig) zu beheben, um die Versorgung der Pflegebedürftigen adäquat sicherzustellen.

Zudem wird sichergestellt, dass die Daten des Berichts nach § 73a Absatz 3 auch auf Ebene der regionalen Gebietskörperschaften erhoben werden und somit den Ländern und ihren Kommunen im Rahmen der Erfüllung der Aufgaben nach § 8 Absatz 4 in einer für die kommunale Pflegestrukturplanung nutzbaren Form zur Verfügung gestellt werden können. Ergänzend wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, bis zum 31. Oktober 2028 eine einheitliche, digitale Datenplattform zur Übertragung der regionalen Versorgungsdaten an die regionalen Gebietskörperschaften zu errichten. Hinsichtlich der Möglichkeiten der Länder zur Umsetzung der finanziellen Förderung der Pflegeeinrichtungen erfolgt darüber hinaus eine Klarstellung, um das bereits geltende Recht zu konkretisieren. Zudem wird der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen mit Blick auf die aus der Pflegebegleitung gewonnenen Erkenntnisse erweitert.

**Zukunftsgerechte Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung**

Für das Jahr 2027 wird für die SPV nach geltendem Recht ein Defizit von rund 7,6 Milliarden Euro prognostiziert, im Jahr 2028 ein Defizit von rund 15,4 Milliarden Euro, welches in den Folgejahren stetig aufwächst. Die Absenkung der Ausgabendeckungsquote der Betriebsmittel der Pflegekassen auf mittlerweile 0,4 Monatsausausgaben hat den Pflegekassen in den vergangenen Jahren in Summe rund 4 Milliarden Euro an Finanzmitteln entzogen, so dass diese über keine nennenswerten Finanzreserven mehr verfügen. Im Jahr 2026 kann die SPV ihren laufenden Verpflichtungen deshalb nur noch mittels eines Darlehens des Bundes nachkommen. Das mit dem Haushaltsgesetz 2026 gewährte Darlehen sowie weitere Darlehen aus den Jahren 2022 und 2025 muss die SPV nach geltendem Recht ab 2028 an den Bund zurückzahlen.

Insgesamt gilt es, mit dem vorliegenden Gesetz Maßnahmen auf den Weg zu bringen, welche die SPV für die nächsten Jahre finanziell stabilisieren. Hierbei wird auf Maßnahmen auf der Ausgaben- und Einnahmenseite gesetzt.

**Ausgabenseitige Maßnahmen**

**Stärkung von Prävention und Rehabilitation**

Durch die Etablierung des neuen Angebots der fachlichen Begleitung und Unterstützung für Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen sowie die Weiterentwicklung der Nutzung individualdatenbezogener Informationen für personenspezifische Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen werden Einspareffekte für die SPV erzielt.

**Wegfall der im Jahr 2028 vorgesehenen Dynamisierung und Einführung einer regelhaften Dynamisierung ab 2029**

Im geltenden Recht ist nach § 30 SGB XI letztmals eine Dynamisierung der Leistungsbeträge zum 1. Januar 2028 mit der kumulierten Kerninflationsrate der drei vorangegangenen Kalenderjahre vorgesehen. Mit dem vorliegenden Gesetz wird erstmalig ein regelmäßiges Dynamisierungsverfahren für die im Vierten Kapitel dieses Buches benannten Beträge eingeführt. In seiner Wirkung soll dieses Instrument dazu führen, den Anstieg der pflegebedingten Eigenanteile zu begrenzen. Hierfür sieht das Gesetz vor, dass die aktuell im § 30 SGB XI festgelegte Dynamisierung so angepasst wird, dass ab dem 1. Januar 2029 die Beträge der Pflegeleistungen jährlich in Höhe des geometrischen Mittels der Kerninflationsraten der jeweils letzten drei vorangegangenen Kalenderjahre, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen, angepasst werden. Ziel dieser Regelung ist es, die Planungssicherheit für Pflegebedürftige und deren Angehörige zu erhöhen und die Leistungen der Pflegeversicherung besser an die Preisentwicklung zu koppeln, ohne dabei die finanzielle Stabilität der sozialen Pflegeversicherung zu gefährden. Durch den Mechanismus wird sichergestellt, dass die Pflegeversicherung ihren Charakter als ein verlässliches Teilleistungssystem beibehält.

**Fachlich sinnvolle Anpassungen des Begutachtungsinstruments mit dem Ziel einer Verlangsamung des Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen**

Mit dem Zweiten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 21. Dezember 2015 wurde der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie das neue Begutachtungsinstrument und -verfahren eingeführt. Insbesondere die stärkere Berücksichtigung von Menschen, die an Demenz erkrankt sind, war ein politisches Ziel und ein gesellschaftlicher Konsens. Der Gesetzgeber ist folgerichtig davon ausgegangen, dass mit der Umstellung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsinstruments zum 1. Januar 2017 auch eine Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen verbunden sein wird. Das Begutachtungsinstrument wurde mit Hilfe eines Expertenbeirats entwickelt, der im Jahr 2013 seinen Abschlussbericht vorlegte. Im Gesetzgebungsverfahren zum PSG II wurde aufgrund politischer Entscheidungen jedoch von der pflegewissenschaftlich entwickelten Bewertungssystematik des Begutachtungsinstruments abgewichen.

Heute muss festgestellt werden, dass die tatsächliche Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen seit Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriff weit über den prognostizierten Werten liegt. Innerhalb von neun Jahren hat sich die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen auf inzwischen rund sechs Millionen mehr als verdoppelt. Die Wachstumsrate ist – anders als erwartet – nicht im Laufe der Zeit abgeflacht, die Pflegeversicherung verzeichnet stattdessen einem ungebremsten Zuwachs an Leistungsempfängern.

Für eine zukunftsgerechte Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ist damit eine Neujustierung des leistungsberechtigten Personenkreises und des Verfahrens zu dessen Ermittlung erforderlich. Vorrangiges Ziel ist es, die Mittel der sozialen Pflegeversicherung bestmöglich zur Erreichung des angestrebten Zweckes einzusetzen sowie eine sachgerechtere und verlässlichere Bestimmung des Personenkreises zu erreichen, dem die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zukommen sollen.

Durch eine Anpassung der Schwellenwerte und der Modulpunkte wird die Bewertungssystematik im Sinne der ursprünglich wissenschaftlich empfohlenen Werte geändert. Darüber hinaus soll zukünftig das bereits bestehende Instrument der Befristung von Pflegegraden

häufiger eingesetzt werden, wenn aus Sicht der Gutachterinnen und Gutachter eine Wiedererlangung von Fähigkeiten und Verbesserung von Beeinträchtigen möglich erscheint. Zudem wird die Frage, wie lange bei Antragstellern Beeinträchtigungen voraussichtlich bestehen werden, im Rahmen der Begutachtung genauer geprüft und individuell begründet. Darüber hinaus soll das Begutachtungsinstrument und -verfahren künftig kontinuierlich an gesellschaftliche Veränderungen sowie an medizinische, technische und pflegewissenschaftliche Entwicklungen angepasst werden. Ein wissenschaftlicher Beirat soll – insbesondere unter Berücksichtigung der künftigen Finanzierbarkeit von staatlichen Aufgaben – den Medizinischen Dienst Bund als Richtliniengeber sowie das Bundesministerium für Gesundheit durch geeignete Empfehlungen und Umsetzungsvorschläge unterstützen. Des Weiteren soll die Pflegebegutachtung fachlich weiterentwickelt werden, u. a. um zukünftig wichtige Information für die fachliche Unterstützung und Begleitung zur Verfügung zu stellen, beispielsweise zu den voraussichtlich erforderlichen Schwerpunkten der pflegerischen Versorgung.

**Präventionsorientierte Fokussierung der Leistungen bei Pflegegrad 1**

In der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ wurde herausgearbeitet, dass für die Stabilisierung der Versorgungssituation eine fachliche Begleitung und Unterstützung gerade zu Beginn der Versorgung besonders hilfreich für die Pflegebedürftigen und ihre An- und Zugehörigen ist. Beim Pflegegrad 1 wird künftig auf die Zahlung eines Entlastungsbetrags verzichtet, dafür wird im Gegenzug ein Anspruch auf entsprechende Pflegebegleitung eingeführt. Bei erstmaligem Bezug von Pflegegeld in den Pflegegraden 2 oder 3 in den ersten drei Monaten des Leistungsbezugs wird künftig ebenfalls eine intensivierte fachliche Begleitung und Unterstützung bei der Pflege zur Verfügung gestellt (neue Pflegebegleitung nach § 7c SGB XI, bis dahin übergangsweise Beratung gemäß § 37 Absatz 3 SGB XI), um die häusliche Versorgungssituation zügig und nachhaltig zu stärken und zu stabilisieren. Bis zur vollständigen Etablierung der neuen Pflegebegleitung nach § 7c SGB XI können Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3 bis zu zwei zusätzliche Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 SGB XI abrufen. Im Zuge der Streichung des Entlastungsbetrags bei Pflegegrad 1 entfällt auch der in entsprechender Höhe gezahlte Zuschuss bei vollstationärer Pflege für Neuzugänge; Bestandsfälle erhalten Besitzstandsschutz.

**Korrektur nicht-intendierter Folgen der sogenannten „Flexi-Rente“**

Mit Inkrafttreten des Flexirentengesetzes zum 01.01.2017 haben Pflegepersonen eine unbeabsichtigte Gestaltungsmöglichkeit zur Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen durch die Pflegeversicherung erhalten: Pflegepersonen, die die Regelaltersgrenze erreicht haben, können seither auch dann volle Rentenversicherungsbeiträge von der Pflegeversicherung für ihre Pflegetätigkeit erhalten, wenn sie auf nur 0,01 Prozentpunkte ihrer Vollrente verzichten. Nunmehr soll zum 01.01.2027 gesetzlich geregelt werden, dass Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung für Pflegepersonen künftig längstens bis zum Bezug einer Rente wegen Alters und dem Erreichen der Regelaltersgrenze von der Pflegeversicherung gezahlt werden.

**Begrenzung des Anstiegs der Verwaltungskostenerstattung**

Die Verwaltungskostenerstattung in § 46 Absatz 3 Satz 1 wird von 3,0 Prozent des Mittelwerts von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen auf 2,7 Prozent dieses Werts angepasst. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale, die von den Pflegekassen an die Krankenkassen gezahlt wird, steigt regelmäßig mit dem Anstieg der Leistungsausgaben bzw. Beitragseinnahmen der SPV. Sie ist angesichts des dynamischen Anstiegs beider Parameter allein zwischen 2022 und 2025 um etwa 20 Prozent angewachsen. Der tatsächliche Verwaltungskostenaufwand bei den Pflegekassen ist allerdings nicht im selben Umfang angestiegen. Mit dieser Maßnahme wird der weitere Anstieg auf den notwendigen Umfang begrenzt.

**Verschiebung der Rückzahlung von Bundesdarlehen**

Die soziale Pflegeversicherung hat in den Jahren 2022, 2025 und 2026 mehrere zinsfreie Bundesdarlehen erhalten, davon wurden bisher 0,5 Milliarden Euro zurückgezahlt. Die ursprünglich vorgesehenen Rückzahlungen in den Jahren 2028 bis 2033 werden zur Stabilisierung der aktuellen Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung auf die Jahre 2035 bis 2039 verschoben.

**Einnahmenseitige Maßnahmen**

**Nachvollziehen der Beitragsbemessungsgrenze gemäß GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz in der sozialen Pflegeversicherung**

Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung um 300 Euro im Monat durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ab dem 01.01.2027 wird auch in der sozialen Pflegeversicherung nachvollzogen.

**Anhebung des Beitragszuschlags kinderloser Mitglieder der SPV**

Zum 01.01.2027 wird der Kinderlosenzuschlag um 0,3 Prozentpunkte auf dann insgesamt 0,9 Beitragssatzpunkte erhöht.

**Erhebung eines Beitragszuschlags für die Mitversicherung von Ehepartnern, sofern kein Ausnahmetatbestand vorliegt**

Die Regelung sieht zum 01.01.2028 einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,52 Prozentpunkten für die SPV vor, wenn Ehegatten oder Lebenspartner beitragsfrei mitversichert sind. Der Beitragszuschlag wird als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen des beitragszahlenden Mitglieds erhoben.; Der entsprechende Wert ergibt sich als Anteilswert in Bezug zum für die gesetzliche Krankenversicherung vorgesehenen Wert. Kinder bleiben in der Familienversicherung weiterhin beitragsfrei versichert. Der Beitragszuschlag wird nicht erhoben, wenn – analog zu den Regelungen zum Beitragszuschlag für familienviersicherte Ehegatten und Lebenspartnern in der gesetzlichen Krankenversicherung – ein Ausnahmetatbestand vorliegt. Dies ist unter anderem der Fall, wenn das Mitglied oder der versicherte Ehegatte oder Lebenspartner ein Kind hat, das in seinem Haushalt lebt und das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, ein Kind hat, das als Mensch mit Behinderungen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, der versicherte Ehegatte oder Lebenspartner nicht erwerbsmäßig einen Angehörigen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in seiner häuslichen Umgebung pflegt, der versicherte Ehegatte oder Lebenspartner eine Freistellung von der Arbeitsleistung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch nimmt, der versicherte Ehegatte oder Lebenspartner die gesetzliche Regelaltersgrenze erreicht hat, der versicherte Ehegatte oder Lebenspartner mindestens Pflegegrad 3 hat oder der versicherte Ehegatte oder Lebenspartner einen festgestellten Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung hat.

**Verbeitragung der geringfügigen Beschäftigung (sog. Mini-Job)**

Bisher wurde bei geringfügig entlohnten Beschäftigungen sowie Beschäftigten in Privathaushalten auf die Erhebung von Beiträgen zur sozialen Pflegeversicherung – anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung – verzichtet. Dies wird zum 01.01.2028 geändert. Künftig müssen Arbeitgeber auch bei geringfügig entlohnten Beschäftigungen auf das in dieser Beschäftigung erzielte Arbeitsentgelt entsprechende Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung entrichten.

**Anpassung des jährlichen Bundeszuschusses und der Zahlungen an den Pflegevorsorgefonds**

Aufgrund der zukünftigen Herausforderungen für den Bundeshaushalt wird der in den Jahren 2024 bis 2027 ausgesetzte Bundeszuschuss an die SPV auch im Jahr 2028 ausgesetzt und im Jahr 2029 nur in Höhe von 500 Millionen Euro gezahlt. Ab dem Jahr 2030 gilt die bisherige Regelung und die jährliche Zahlung in Höhe von 1 Milliarde Euro wird dauerhaft wiederaufgenommen. Parallel wird auch die in den Jahren 2024 bis 2027 erfolgte Begrenzung der Zuführung von Mitteln an den Pflegevorsorgefonds auf 700 Millionen Euro jährlich um ein weiteres Jahr bis 2028 verlängert. Im Jahr 2029 erfolgt eine Zuführung in Höhe von 1,2 Milliarden Euro. Ab dem Jahr 2030 gilt die ursprüngliche Regelung, und dem Pflegevorsorgefonds werden jährlich Finanzmittel in Höhe von 0,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung des Vorjahres zugeführt.

**Ausgabendeckungsquote und Rücklagesoll**

Die starke Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen in den vergangenen Jahren führte zu einer Ausgabendynamik für die SPV, die nicht durch entsprechende Beitragseinnahmen gedeckt werden konnte. Systemlogisch hätten hierauf Leistungskürzungen oder eine entsprechende Erhöhung der Einnahmen – entweder durch eine Ausweitung der Bezugsbasis an beitragspflichtigen Entgelten (BBG-Anhebung) oder durch eine Beitragssatzerhöhung – folgen müssen. Stattdessen wurde in den vergangenen Jahren die Möglichkeit genutzt, durch das Herabsenken der Ausgabendeckungsquote (ADQ) der Betriebsmittel und in deren Folge das Abschmelzen der kassenspezifischen Rücklagen, den Pflegekassen ca. 4 Milliarden Euro an Liquidität zu entziehen und diese in den Ausgleichsfonds umzuleiten. Mittlerweile beträgt die Ausgabendeckungsquote für die Pflegekassen 0,4 Monatsausgaben. Dadurch ist eine Situation entstanden, in der die SPV derzeit auf Bundesdarlehen angewiesen ist und einige Pflegekassen ihre monatliche Liquidität nicht oder nur noch knapp gewährleisten können. Die Regelungen in § 63 Absatz 2 sowie § 65 Absatz 6 neu SGB XI sehen vor, ab dem 01.01.2028 die ADQ zunächst über drei Jahre schrittweise wieder anzuheben, um ab 2030 ein Niveau von 0,8 Monatsausgaben als Untergrenze zu erreichen. Das Betriebsmittelsoll wird als eine Monatsausgabe definiert. Im Gegenzug wird das Rücklagesoll stufenweise von 0,5 auf 0,2 abgesenkt. Damit beträgt die monatliche Mittelausstattung das 1 bis 1,2-Fache einer Monatsausgabe.

## 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).

## 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 erhalten Pflegebedürftige mit dem Pflege-Cockpit zukünftig alle Informationen der Pflegekasse rund um die Pflege sowie Kommunikationsmöglichkeiten mit der Pflegekasse jeweils an einem digitalen Ort gebündelt, sodass für die Pflegebedürftigen und ihre An- und Zugehörigen Such- und Informationsaufwand wegfällt. Dadurch, dass Leistungen der ambulanten Pflege gebündelt im Umfang von Budgets zur Verfügung stehen, vereinfacht sich das Leistungsrecht und damit die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung und reduziert Bürokratie.

### 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 zahlreiche Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung umgesetzt werden. Dazu gehören insbesondere die Einführung einer fachlichen Begleitung und Unterstützung für Pflegebedürftige und pflegende An- und Zugehörige (Pflegebegleitung), die Maßnahmen für eine bessere Sicherstellung der Versorgung in pflegerischen Not- und Akutsituationen sowie die Maßnahmen zur Vereinfachung des Leistungsrechts und zur Verbesserung der Transparenz über die Leistungsansprüche pflegebedürftiger Menschen. Das Gesetz unterstützt das Nachhaltigkeitsziel 3 darüber hinaus durch Maßnahmen zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation, die dazu beitragen sollen, dem Entstehen von Pflegebedürftigkeit besser entgegenzutreten oder die Entstehung von Pflegebedürftigkeit möglichst zu verzögern.

Durch Maßnahmen, die den Einsatz von Innovationen und Digitalisierung in der Pflege stärken, trägt das Gesetz überdies zu Nachhaltigkeitsziel 9 der DNS „Eine widerstandsfähige Infrastruktur aufbauen, inklusive und nachhaltige Industrialisierung fördern und Innovationen unterstützen“ bei. Über die Maßnahmen zur Unterstützung der Länder und ihrer Kommunen im Hinblick auf die Gewährleistung einer bedarfsgerechten und regional abgestimmten pflegerischen Versorgungsinfrastruktur adressiert das Gesetz auch Nachhaltigkeitsziel 11 „Städte und Siedlungen inklusiv, sicher, widerstandsfähig und nachhaltig gestalten“.

Indem das Gesetz dafür sorgt, den paritätischen Beitragssatz für die SPV konstant bei 3,6 Prozent halten zu können, leistet es auch einen Beitrag zur Verwirklichung des Nachhaltigkeitsziels 8 „Menschwürdige Arbeit und Wirtschaftswachstum“ und des Nachhaltigkeitsziels 10 „Weniger Ungleichheiten“. Zur Erreichung dieser Ziele trägt das Gesetz auch bei, weil erstmalig eine jährliche Fortschreibung der Leistungsbeträge sichergestellt wird.

### 3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Kommunen

Da für die Förderung der Digitalisierung in der Langzeitpflege Mittel aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes zur Verfügung gestellt werden, entstehen dem Bund in den Jahren 2027 bis 2031 Haushaltsausgaben in Höhe von insgesamt 1,6 Milliarden Euro. Den Länder können Haushaltsausgaben in Höhe von bis zu 400 Millionen Euro entstehen, sofern sie kofinanzieren. Durch den neu festgelegten Zeitraum für die Rückzahlung der vom Bund gewährten Darlehen an die soziale Pflegeversicherung von ursprünglich 2028 bis 2033 auf den Zeitraum 2035 bis 2039 entstehen dem Bund folgende Mindereinnahmen: im Jahr 2028 500 Millionen Euro und in den Jahren 2029 bis 2033 jeweils jährlich 740 Millionen Euro. Im Zeitraum 2035 bis 2039 ergeben sich entsprechende Mehreinnahmen von jährlich 840 Millionen Euro.Für Länder und Gemeinden ergeben sich im Bereich der Hilfe zur Pflege für das Jahr 2028 bezifferbare Mehrausgaben von rund 600 Millionen Euro, die in den Folgejahren auf Grund der Einführung einer jährlichen regelhaften Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung ab 2029 sukzessive abnehmen, auf 400 Millionen Euro in 2029 und 350 Millionen Euro in 2030 und im weiteren Zeitverlauf dazu beitragen, die Ausgaben der Hilfe zur Pflege zu reduzieren. Eine weitere Reduzierung der Ausgaben für die Hilfe zur Pflege ergibt sich daraus, dass der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen durch präventive Maßnahmen und die Anpassung der Begutachtungssystematik, die in Konsequenz auch zu einer leicht veränderten Verteilung der Pflegegrade führt, zukünftig gebremst wird. Letztere Auswirkungen dürften ab dem dritten Jahr zu einer weiteren isolierten Kostendämpfung bei der Hilfe zur Pflege führen, die einen niedrigen dreistelligen Millionenbetrag umfasst. Die Länder haben zudem die Möglichkeit, die Pflegebedürftigen durch Übernahme von Investitionskosten zu entlasten.

Für Bund, Länder und Gemeinden ergeben sich außerdem im Bereich der Beihilfe entsprechend dem Anteil der beihilfeberechtigten Pflegebedürftigen Einsparungen von rund 80 Millionen Euro im Jahr 2027 aufwachsend auf bis zu rund 300 Millionen Euro im Jahr 2030.

2. Soziale Pflegeversicherung

Durch dieses Gesetz wird die SPV durch Mehreinnahmen bzw. Minderausgaben entlastet. Die Finanzwirkungen der einzelnen Maßnahmen werden in der folgenden Tabelle dargestellt.

| | **Angaben in Millionen Euro** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **2027** | **2028** | **2029** | **2030** |
| rechnerisches Defizit bei einem Beitragssatz in Höhe von 3,6 Prozent | 7 600 | 15 400 | 16 900 | 17 400 |
| *weitere Mehrausgaben:* | | | | |
| jährliche Dynamisierung der Leistungsbeträge ab 2029 (jeweils zum 01.01.) mit der durchschnittlichen Kerninflationsrate der drei vorherigen Kalenderjahre | 0 | 0 | 1 800 | 2 400 |
| Aufbau von Liquiditätsreserven für die SPV durch die Anhebung der Ausgabendeckungsquote (ADQ) | 0 | 1 400 | 700 | 700 |
| Pflegebegleitung nach den §§ 7c, 7d SGB XI | 0 | 300 | 500 | 500 |
| | | | | |
| *Finanzwirkungen der Maßnahmen des Gesetzes* | 6 250 | 14 460 | 16 460 | 17 960 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| *davon:* | | | | |
| *Minderausgaben für die SPV* | | | | |
| Verwaltungskosten | 200 | 250 | 300 | 300 |
| Verschiebung der Rückzahlung von Bundesdarlehen | 0 | 500 | 740 | 740 |
| Prävention und Rehabilitation* | 0 | 0 | 300 | 800 |
| Anpassung der Begutachtungssystematik | 1 300 | 2 500 | 3 400 | 4 200 |
| Streichung der Leistung "Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI" in Pflegegrad 1 | 800 | 900 | 1 000 | 1 000 |
| Wegfall der Dynamisierung im Jahr 2028 | 0 | 4 700 | 4 800 | 4 900 |
| Korrektur der nicht-intendierten Folgen der „Flexi-Rente“ | 150 | 150 | 150 | 150 |
| *Mehreinnahmen für die SPV* | | | | |
| Beitrag für geringfügig Beschäftigte | 0 | 1 400 | 1 400 | 1 400 |
| Beitragsbemessungsgrenze analog zum GKV-BStabG | 500 | 500 | 500 | 600 |
| Anpassung beitragsfreie Mitversicherung | 0 | 260 | 270 | 270 |
| Erhöhung des Zuschlags für kinderlose Mitglieder | 3 300 | 3 300 | 3 600 | 3 600 |

** Unter anderem soll der G-BA den Turnus und den Umfang der altersbezogenen Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen regeln. Durch eine zielgerichtete Prävention kann eine Verzögerung von Pflegebedürftigkeit erreicht werden. Wie es eine aktuelle Studie beziffert, ist allein hierdurch eine Ersparnis für die SPV perspektivisch im mittleren dreistelligen Millionenbereich pro Jahr möglich.*

Ab 01.07.2027 werden Vorschläge der Pflegestrukturkommission umgesetzt, mit denen eine auskömmliche Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung in dieser Legislaturperiode und darüber hinaus sichergestellt wird.

Geringe Mehrausgaben von insgesamt rund 12 Millionen Euro jährlich ergeben sich ferner ab 2027 für Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (§ 11 Absatz 1 SGB XI), Regelungen zur Berücksichtigung der Kinder- und Jugendhospizversorgung (§ 34 SGB XI) und für mit Maßnahmen nach diesem Gesetz zusammenhängende Verwaltungstätigkeiten beim Bundesamt für Soziale Sicherung (im Umfang von 1,5 Stellen im gehobenen Dienst, refinanziert durch den Ausgleichsfonds) sowie ab 2028 für die Verstetigung des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege (§ 10 SGB XI).

3. Gesetzliche Krankenversicherung

Gesetzliche Krankenversicherung:

| | **Angaben in Millionen Euro** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **2027** | **2028** | **2029** | **2030** |
| ***Mindereinnahmen*** | | | | |
| Absenkung der Verwaltungskostenpauschale | 200 | 250 | 300 | 300 |
| ***Mehrausgaben*** | | | | |
| Regelungen zur Kinder- und Jugendhospizversorgung (§ 39a SGB V)* | 6 | 6 | 6 | 6 |

** Aus der Änderung in § 39a SGB V zu den Zuschüssen der GKV bei stationärer Versorgung in Kinder- und Jugendhospizen ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung Mehrausgaben in Höhe von unter 6 Millionen Euro jährlich. Derzeit gibt es 21 Kinder- und Jugendhospize. Unter der Annahme von insgesamt 210 jeweils vierwöchigen Belegungen ergeben sich 2.520 Fälle, in denen keine Anrechnung des Überbrückungsbudgets erfolgt. Den Mehrausgaben stehen nicht quantifizierbare Minderausgaben dadurch gegenüber, dass soziale Härten in Familien von schwerstkranken Kindern verringert und die familiäre Situation stabilisiert wird. Dies vermeidet die Inanspruchnahme anderer kostenintensiver Versorgungsangebote.*

Mit dem Auftrag an den G-BA sollen ferner der Turnus und der Umfang der altersbezogenen Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen geregelt werden. Die damit verbundenen Einsparpotenziale bei den Ausgaben der Krankenkassen durch zielgerichtete Prävention und die Verzögerung von Krankheiten können nicht konkret beziffert werden, da die Finanzwirkung von den Ergebnissen der Beratungen und der Ausgestaltung der Richtlinie des G-BA und etwaigen Änderungen abhängen werden und damit auch etwaige Kosten für die Anpassung der Früherkennungsuntersuchung. Die Ausgestaltung der Richtlinie beispielsweise an den aktuellen wissenschaftlichen Stand durch den G-BA kann zu Kostenreduzierungen führen, wenn hierbei z. B. eine Begrenzung der Untersuchungsinhalte und eine Verlängerung der Untersuchungsintervalle beinhaltet und in der Umsetzung ein stärkerer Einbezug nicht-ärztlichen Personals vorgenommen wird.

4. Medizinischer Dienst Bund

Medizinischer Dienst Bund:

| | **Angaben in Millionen Euro** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **2027** | **2028** | **2029** | **2030** |
| ***Mehrausgaben für den MD Bund*** | | | | |
| Neuer Beirat nach § 18f SGB XI | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 |

5. Gesetzliche Rentenversicherung

Gesetzliche Rentenversicherung:

| | **Angaben in Millionen Euro** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **2027** | **2028** | **2029** | **2030** |
| ***Mindereinnahmen aus der SPV*** | | | | |
| Korrektur der nicht-intendierten Folgen der „Flexi-Rente“ | 150 | 150 | 150 | 150 |

## 4. Erfüllungsaufwand

Durch die Umsetzung der im Gesetz vorgesehenen Regelungen werden weitreichende Entlastungen auf allen Ebenen erwartet.

Die Bürgerinnen und Bürgern werden insbesondere durch rechtliche Vereinfachungen und Erleichterungen in Höhe von knapp 14 Millionen Stunden jährlich zeitlich entlastet.

Zwar wird ein einmaliger Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft von rund 9,5 Millionen Euro erwartet, dem stehen aber einmalige Entlastungen in Höhe von knapp 7 Millionen Euro gegenüber. Jährlich wird die Wirtschaft zudem um etwa 303,6 Millionen Euro entlastet. Von den jährlichen Einsparungen gehen ungefähr 8 Millionen Euro auf Einsparungen bei Büro-

kratiekosten durch vereinfachte oder wegfallende Informationspflichten zurück, bei den einmaligen Einsparungen sind dies ca. 5,1 Millionen Euro.

Für Bund, Länder und Kommunen entsteht kein signifikanter Erfüllungsaufwand. Die Beihilfefestsetzungsstellen des Bundes und der Länder sowie der Medizinische Dienst Bund werden jährlich insgesamt um knapp 6 Millionen Euro entlastet.

Bei der Sozialversicherung, insbesondere der sozialen Pflegeversicherung, wird ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von insgesamt etwa 4,7 Millionen Euro erwartet, dem stehen jedoch jährliche Entlastungen in Höhe von knapp 70 Millionen Euro gegenüber.

***4.1. Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger***

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (in Minuten bzw. Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Stunden bzw. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (in Minuten bzw. Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Stunden bzw. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.1 | Artikel 1, § 7a SGB XI; Einführung eines Pflege-Cockpits; Einrichtung einer einheitlichen digitalen Oberfläche (single log-in) zur Bündelung der Informationen zur Pflege/Pflegeversicherung mit leicht verständlicher Darstellung; dadurch Wegfall von Suchaufwand, geringerer Aufwand zum Verstehen des Rechts, einfachere Antragstellung, Einreichung von Unterlagen, Informationen und Daten sind bereits aufbereitet, Unterla- | 5 161 367 ambulant gepflegte SPV-Versicherte, 710 674 vollstationär gepflegte SPV-Versicherte | - 96 Minuten Aufwand pro ambulant gepflegter Person,<br>- 32 Minuten Aufwand pro vollstationär gepflegter Person | - 8 637 213 Stunden | | | |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (in Minuten bzw. Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Stunden bzw. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (in Minuten bzw. Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Stunden bzw. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | gen jederzeit einsehbar und abrufbar u. a. | | | | | | |
| 1.2 | Artikel 1, § 7c Absatz 6 Satz 1 SGB XI; nur noch einmal jährlich verpflichtende Pflegebegleitung | rund 3,5 Mio. Pflegebedürftige | - 60 Minuten | - 3,5 Mio. Stunden | | | |
| 1.3 | Artikel 1, § 7d Absatz 1 SGB XI; Angebotsstruktur und Finanzierung der Pflegebegleitung | Jährlich 1,2 Mio. Pflegebedürftige, die einen Pflegegrad erhalten | Entlastung durch die Benennung eines Verantwortlichen: - 60 Minuten pro pflegebedürftige Person | - 1,2 Mio. Stunden jährlich | | | |
| 1.4 | Artikel 1, § 18 SGB XI; Beratung zum Antrag auf Zuordnung zu einem Pflegegrad | 4.500 bis 90.000 Antragstellerinnen und Antragsteller | - 55 Minuten | - 4.125 bis - 82.500 Stunden | | | |
| 1.5 | Artikel 1, § 35b Absatz 1 bis 3 SGB XI; verpflichtende Anzeige von Abtretungen ggü. Pflegekassen | 100.000 Fälle (4.791.912 amb. Leistungsbezie- | 8 Minuten (Ausfüllen und Übermittlung an Pflegekassen) | ca. 13.333 Stunden | | | |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (in Minuten bzw. Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Stunden bzw. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (in Minuten bzw. Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Stunden bzw. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | hende der SPV in 2024, davon geringe Anzahl von Abtretungen (geschätzt 2 %)) | | | | | |
| 1.6 | Artikel 1, § 37 Absatz 3 SGB XI; Inanspruchnahme zusätzlicher fakultativer Beratungseinsätze zu Beginn der Pflegebedürftigkeit | | | | 4.538.828 Fälle | 5 Minuten | 378.235 Stunden |
| 1.7 | Artikel 1, § 39 SGB XI; Wegfall des Anspruchs auf Verhinderungspflege (Antragstellung) | 513 Tsd. Fälle | - 41 Minuten | ca. – 350 000 Stunden | | | |
| 1.8 | Artikel 1, § 40 Absatz 2 SGB XI; Wegfall des Anspruchs auf für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Antragstellung) | 1,28 Mio. Pflegebedürftige der sozialen Pflegeversicherung und der | - 5 Minuten | - 107 000 Stunden | | | |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (in Minuten bzw. Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Stunden bzw. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (in Minuten bzw. Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Stunden bzw. Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | privaten Pflege-Pflichtversicherung | | | | | |
| 1.9 | Artikel 1, § 44 Absatz 1 Satz 2 neu SGB XI; Wegfall Beantragung Teilrente und Information an Pflegekasse | 39.000 Pflegepersonen | - 20 Minuten | - 13.000 Stunden | | | |
| 1.10 | Artikel 1, § 45a Absatz 5 SGB XI; Abschaffung des Umwandlungsanspruchs | 33.777 Fälle | - 120 Minuten | - 67.554 Stunden | | | |
| 1.11 | Artikel 2, § 59b SGB XI; Abführen von Beiträgen für Mini-Jobber im Privathaushalt auch für SPV (zusätzlich zur GKV) | | | geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand) | | | |
| Summe Zeitaufwand (in Stunden) | | | | - 13 943 934 | | | 378 235 |
| Summe Sachaufwand (in Euro) | | | | – | | | – |

Ergänzende Erläuterungen:

Zu Vorgabe 1.1:

Durch die Einführung eines Pflege-Cockpits mit Einrichtung einer einheitlichen digitalen Oberfläche (single log-in), die zahlreiche Informationen zur Pflege und zur Pflegeversicherung bündelt und leicht verständlich darstellt, werden die Bürgerinnen und Bürger von eigenem Suchaufwand entlastet, können das Recht besser verstehen, Anträge und Unterlagen leichter einreichen und Informationen dauerhaft schneller und einfacher, auch bereits aufbereitet, abrufen. Hierbei wird ausgegangen vom Wegfall eines mittleren Aufwands zum Sammeln und Zusammenstellen von Informationen oder Daten (= Wegfall von jeweils 3 Minuten) und von der Halbierung eines jeweils mittleren Aufwands für das Sichvertrautmachen mit den gesetzlichen Regelungen (= Wegfall von jeweils 2,5 Minuten), für das Aufbereiten von Informationen oder Daten (einschließlich Berechnungen und Überprüfungen durchführen) (= Wegfall von jeweils 15 Minuten) und für das Aufsetzen von Schriftstücken (= Wegfall von jeweils 2,5 Minuten) sowie von einer Reduzierung eines mittleren Aufwands für das Kopieren, Abheften und Abspeichern von Unterlagen um ein Drittel (= Wegfall von jeweils 1 Minute). Es wird davon ausgegangen, dass sozial pflegeversicherte Pflegebedürftige in häuslicher Pflege bzw. deren An- und Zugehörige, die die Pflege organisieren, diese Informationssuchen, -aufbereitungen und -verarbeitungen, beispielsweise auch durch das Einreichen von Anträgen und Unterlagen, ansonsten mindestens vier Mal im Jahr durchführen, ggf. auch verteilt auf mehrere Pflegepersonen. Damit würden in Summe vier Mal 24 Minuten, also 96 Minuten im Jahr an Aufwand eingespart. Bei den vollstationär gepflegten Pflegebedürftigen ist anzunehmen, dass die einzubeziehenden Leistungen, Kostenbestandteile und Informationen zur Pflege konstanter sind und weniger Aufwand erfordern, so dass bei diesen eine Entlastung im Umfang von einem Drittel der Zeitersparnis angesetzt wird im Vergleich zu den ambulant gepflegten Pflegebedürftigen. Der Bezug von Leistungen nach § 43a SGB XI findet bei der Entlastung zudem keine Berücksichtigung, da hier unterstellt wird, dass eher Informationen zu Beginn des Leistungsbezugs, aber weniger laufend gesucht werden. Somit würden 5.161.367 ambulant gepflegte SPV-Versicherte bzw. deren An- und Zugehörige von jährlich 96 Minuten, also insgesamt 495.491.232 Minuten, und 710.674 vollstationär gepflegte SPV-Versicherte bzw. deren An- und Zugehörige von jährlich 32 Minuten, also insgesamt 22.741.568 Minuten, entlastet. Die Gesamtentlastung von 518.232.800 Minuten entspricht 8.637.213 Stunden.

Zu Vorgabe 1.2:

Nach § 7c Absatz 6 Satz 1 SGB XI-E haben Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach § 37 Absatz 1 SGB XI-E beziehen, einmal jährlich eine Pflegebegleitung in der häuslichen Umgebung abzurufen. Die Regelung ist an § 37 Absatz 3 Satz 1 SGB XI i.d.F. bis zum 31.12.2028 angelehnt, wonach Pflegegeldbeziehende einmal halbjährlich eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen haben. Für pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 führt die Neureglung zu zeitlichen Einsparungen, da sie zukünftig die Begleitung nur einmal im Jahr abrufen müssen. Ausgehend von 3,27 Mio. Pflegebedürftigen der sozialen Pflegeversicherung, die im Jahr 2025 ausschließlich Pflegegeld bezogen haben, und davon, dass eine Begleitung circa 1 Stunde dauert, sparen sie zukünftig 3,27 Mio. Stunden pro Jahr ein. 251.000 Pflegebedürftige der privaten Pflege-Pflichtversicherung haben im Jahr 2024 ausschließlich Pflegegeld in Anspruch genommen. Daraus ergeben sich zeitliche Einsparungen in Höhe von 251.000 Stunden im Jahr. Insgesamt ergeben sich Einsparungen in Höhe von rund 3,5 Mio. Stunden pro Jahr.

Zu Vorgabe 1.3:

§ 7d Absatz 1 SGB XI-neu sieht hinsichtlich der Organisation der Pflegebegleitung vor, dass die Pflegekassen einen Verantwortlichen für das Gebiet jedes Kreises bzw. jeder kreisfreien Stadt benennen. Damit soll sichergestellt werden, dass für jede versicherte Person zweifelsfrei feststeht, an welche Stelle in ihrem Kreis bzw. ihrer kreisfreien Stadt sie sich für die Durchführung der Pflegebegleitung wenden kann. Dies soll dazu beitragen, dass die Versicherten sich ohne zusätzliche Recherchen an die jeweilige verantwortliche Stelle wenden und die Anliegen der Versicherten dann zügig weitervermittelt werden können. Die entsprechende Zeitersparnis für die Bürgerinnen und Bürger wird auf circa eine Stunde pro

Person geschätzt. Bei circa 1,2 Millionen Personen pro Jahr, die nach einer Erstbegutachtung erstmalig einen Pflegegrad erhalten, summiert sich die erwartete Ersparnis für die Bürgerinnen und Bürger auf 1,2 Millionen Stunden pro Jahr.

Zu Vorgabe 1.4:

Nach der Rechtsänderung soll der Medizinische Dienst Bund in seinen Begutachtungs-Richtlinien ein geeignetes Verfahren zur Beratung in Situationen offensichtlich fehlender Pflegebedürftigkeit entwickeln, das punktuell greift und dem Antragstellenden vor der tatsächlichen Durchführung einer Begutachtung der Pflegebedürftigkeit eine realistische Einschätzung zu den Erfolgsaussichten seines Antrags vermittelt. Dadurch entfällt die Notwendigkeit zur Durchführung einer aufwändigeren Begutachtung, welche in der Regel vor Ort bei dem Versicherten stattfindet. Es ist schätzungsweise von rund 3.000 bis 60.000 jährlichen Anwendungsfällen auszugehen. Es wird ferner in 50 % der Fälle eines Begutachtungsbesuches von einer Begleitung durch eine Pflegeperson ausgegangen, sodass für die weiteren Berechnungen von rund 4.500 bis 90.000 Fälle im Jahr ausgegangen wurde. Zudem wurde eine mittlere Zeitentlastung von 55 Minuten (= 60 Min. Begutachtung – 5 Min. Beratungsgespräch) herangezogen.

Zu Vorgabe 1.6:

Bis zur Einführung der neuen Pflegebegleitung zum 1. Januar 2029 können Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 sowie Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3, die Pflegegeld beziehen, nach erstmaligem Erhalt des Pflegegrades, zusätzliche Beratungen nach § 37 Absatz 3 SGB XI in der eigenen Häuslichkeit oder per Videokonferenz abrufen. Ausgehend von einer Anzahl von 860.877 ambulanten Leistungsempfängern des Pflegegrades 1 und 3.425.185 ambulanten Leistungsempfängern der Pflegegrade 2 und 3 sowie einer angenommenen jährlichen Inanspruchnahme von Beratungen in Höhe von rund 0,1 Beratungen pro Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 und in Höhe von rund 1,3 Beratungen pro Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 und 3 ergibt sich eine jährliche Anzahl von 4.538.828 zusätzlich in Anspruch genommenen Beratungen. Die angenommenen Inanspruchnahmequoten ergeben sich aus den bisherigen Zahlen zur Inanspruchnahme des bereits bestehenden Beratungsangebots nach § 37 Absatz 3. Für Tätigkeiten wie das Vertrautmachen mit gesetzlichen Verpflichtungen und das Sammeln und Zusammenstellen von Informationen sind je Beratungsfall 5 Minuten zeitlicher Aufwand zu veranschlagen. Dadurch ergibt sich im Jahr 2027 einmalig ein zeitlicher Aufwand von 378.325,68 Stunden.

Zu Vorgabe 1.7:

Nach § 39 Absatz 1 SGB XI i.d.F. bis zum 31.12.2026 haben pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 Anspruch auf Übernahme der nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege durch die Pflegekasse (sogenannte Verhinderungspflege). Die Übernahme der Ersatzpflegekosten setzt einen Antrag auf Erstattung unter Nachweis der Kosten voraus. Die Verhinderungspflege ist nun keine eigenständige Leistung mehr. Für Situationen, in denen Ersatzpflege notwendig ist, stehen der pflegebedürftigen Person die Pflegesachleistungen im Umfang eines Sachleistungsbudgets nach § 36 Absatz 1 SGB XI-E oder das Pflegegeld im Umfang eines Entlastungsbudgets nach § 37 Absatz 1 SGB XI-E zur Verfügung. Bei pflegerischen Akutsituationen können ferner Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen nach § 39a SGB XI-E in Verbindung mit dem Überbrückungsbudget nach § 39 SGB XI-E beansprucht werden. Für pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 führt die Neureglung somit zu zeitlichen Einsparungen, da zukünftig kein Antrag auf Kostenerstattung mehr gestellt werden kann. Ausgehend von circa 513 Tsd. Anträgen auf Kostenerstattung im Kalenderjahr 2025 und davon, dass eine Antragstellung circa 41 Minuten dauert (aufgrund des Entfalls von Tätigkeiten wie insbesondere Informationen sammeln, Daten zusammenstellen, Informationen und Daten aufbereiten, Formulare ausfüllen, Informationen und Daten an die zuständige Stelle übermitteln), sparen sie zukünftig insgesamt circa 350 Tsd. Stunden pro Jahr ein (513 Tsd. x 41/60).

Zu Vorgabe 1.8:

Nach § 40 Absatz 2 SGB XI i.d.F. bis zum 31.12.2026 haben pflegebedürftige Personen Anspruch auf für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel in Höhe von bis zu 42 Euro monatlich. Diese sind nun keine eigenständige Leistung mehr, sondern Bestandteil des Pflegegeldes im Umfang eines Entlastungsbudgets nach § 37 Absatz 1 SGB XI-E. Für pflegebedürftige Personen aller Pflegegrade führt die Neureglung somit zu zeitlichen Einsparungen, da zukünftig kein Antrag mehr auf für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel gestellt werden kann. Ausgehend von circa 1,2 Mio. Pflegebedürftigen der sozialen Pflegeversicherung, die im Jahr 2025 für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel in Anspruch genommen haben, und davon, dass eine Antragstellung circa 5 Minuten dauert, sparen sie zukünftig circa 100.000 Stunden pro Jahr ein (1,2 Mio. x 5/60). Circa 84.000 Pflegebedürftige der privaten Pflege-Pflichtversicherung haben zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel in Anspruch genommen. Daraus ergeben sich zeitliche Einsparungen in Höhe von 7.000 Stunden im Jahr (84.000 x 5/60). Insgesamt ergeben sich Einsparungen in Höhe von 107.000 Stunden pro Jahr.

Zu Vorgabe 1.10:

§ 45a Absatz 5 SGB XI-neu sieht die Abschaffung des Umwandlungsanspruchs vor. Bislang besteht für Pflegebedürftige die Möglichkeit, eine (zusätzliche) Kostenerstattung für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag zu erhalten indem sie zur Inanspruchnahme dieser Angebote bis zu 40 Prozent des jeweiligen Leistungsbetrags eingesetzt werden, der vorrangig für ambulante Pflegesachleistungen vorgesehen ist, soweit dieser in dem Monat nicht für den Bezug ambulanter Sachleistungen verbraucht wird, die von ambulanten Pflege- oder Betreuungsdiensten erbracht werden. Aufgrund der durch die Neuregelung eingeführten Trennung zwischen Angeboten zur Unterstützung im Alltag mit einer Anerkennung nach Landesrecht oder einer Anerkennung durch die Pflegekassen einerseits und den professionellen Angeboten zur Unterstützung im Alltag mit einer versorgungsvertraglichen Zulassung als ambulante Betreuungseinrichtung nach § 71 Absatz 1a andererseits ist ein gesonderter Umwandlungsanspruch, mit dem Angebote zur Unterstützung im Alltag zusätzlich als Sachleistung bezogen werden können, nicht mehr erforderlich. Für die Berechnung des Erfüllungsaufwandes wird eine Fallzahl von 337.772 leistungsbeziehenden Personen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag in den Pflegegraden 2 bis 5, welche sich aus den Ausgaben für Angebote zur Unterstützung im Alltag (506.658.000 Euro) und dem jährlichen Gesamtbetrag je Person ergibt, zugrunde gelegt. Ausgehend von 337.772 leistungsbeziehenden Personen und dem Ausgabenanteil des Umwandlungsanspruchs in Höhe von 10 Prozent der gesamten Leistungsausgaben für Angebote zur Unterstützung im Alltag wird von einer jährlichen Fallzahl von 33.777 Nutzenden des Umwandlungsanspruchs ausgegangen. Für die Nutzenden entfällt aufgrund der Streichung des Umwandlungsanspruch zeitlicher Aufwand von etwa 120 Minuten (aufgrund des Entfalls von Tätigkeiten wie insbesondere mit gesetzlicher Verpflichtung vertraut machen, fachliche Beratung in Anspruch nehmen, Informationen sammeln und zusammenstellen, Informationen an die zuständige Stelle übermitteln und Schriftstücke aufsetzen und Unterlagen kopieren, abheften abspeichern). Dies ergibt einen jährliche Minderbelastung in Höhe von 67.554,40 Stunden.

***4.2. Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft***

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | IP | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.1 | Artikel 1, § 7c Absatz 6 Satz 1 und 3 SGB XI; Nachhalten der Durchführung der verpflichtenden Pflegebegleitung; bisher zweimal jährlich, zukünftig nur noch einmal jährlich | Nein | 251.000 Pflegebedürftige | - 10 Minuten * 54,40 Euro | - 2.280 Tsd. Euro | | | geringfügig (geringe Fallzahl, 36 private Versicherungsunternehmen) |
| 2.2 | Artikel 1, § 7c Absatz 6 Satz 1 und 7 SGB XI; Angebot eines Fallmanagements | Nein | | | geringfügig (geringer Zeitaufwand) | | | |
| 2.3 | Artikel 1, § 7c Absatz 8 i.V.m Absatz 3 Satz 1 SGB XI; Angebot einer Pfle- | Nein | | | geringfügig (geringe Fallzahl) | | | geringfügig (geringer Zeitaufwand und geringe Fallzahl, 36 pri- |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | IP | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | gebegleitung nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades (anderer Personenkreis als in §7b Absatz 1 alte Fassung) | | | | | | | vate Versicherungsunternehmen) |
| 2.4 | Artikel 1, § 10 SGB XI; Verstetigung des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege; hier: für Beiratssitzungen in Präsenz, welche gleichzeitig Wissensaustausch ermöglichen, welcher ansonsten nur mit erheblichen Aufwand erreicht werden kann | Nein | | | geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand und geringe Fallzahl) | | | |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | IP | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.5 | Artikel 1, § 11 Absatz 2 SGB XI; Modellvorhaben „Pflegenottelefon“ | Nein | | | | | | geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand) |
| 2.6 | Artikel 1, § 11 Absatz 4 SGB XI; Förderung von Innovation und Digitalisierung; hier: Erstellung von Antragsunterlagen für die zu fördernde Vorhaben | Nein | | | | 20.550 Einrichtungen (ambulante (15.550) und solitäre teilstationäre (5.000) Pflegeeinrichtungen bzw. deren Träger) | 480 *36,90 Euro (Q) | 6.066 Tsd. Euro |
| 2.7 | Artikel 1, § 11 Absatz 4 SGB XI; Förderung von Innovation und Digitalisierung, hier: Teilnahme an Evaluation | Nein | | | | 20.550 Einrichtungen (ambulante (15.550) und solitäre teilstationäre (5.000) Pflegeeinrichtungen | 60*36,90 Euro (Q) | 758 Tsd. Euro |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | IP | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | bzw. deren Träger) | | |
| 2.8 | Artikel 1, § 11 Absatz 4 SGB XI; Förderung von Innovation und Digitalisierung, hier: Nachweis der Mittelverwendung | Nein | | | | 20.550 Einrichtungen (ambulante (15.550) und solitäre teilstationäre (5.000) Pflegeeinrichtungen bzw. deren Träger) | 30*36,90 Euro(Q) | 379 Tsd. Euro |
| 2.9 | Artikel 1, § 11 Absatz 4 SGB XI; Förderung von Innovation und Digitalisierung, hier: Zeitliche Entlastung durch den Einsatz der geförderten digitalen Anwendungen | Nein | 20.550 Einrichtungen (ambulante (15.550) und solitäre teilstationäre (5.000) Pflegeeinrichtun- | - 60 * 36,90 Euro * 365 Tage | - 276.777 Tsd. Euro | | | |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | IP | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | gen bzw. deren Träger) | | | | | |
| 2.10 | Artikel 1, § 17 Absatz 1a SGB XI; Pflegebegleitungs-Richtlinien | Nein | | | | | | geringfügig (geringer Zeitaufwand) |
| 2.11 | Artikel 1, § 34 Absatz 2 und 3 SGB XI; Wegfall der Erfassung des Leistungsruhens bei der Versorgung in Kinder- und Jugendhospizen bei den privaten Versicherungsunternehmen | Nein | | | geringfügig (geringe Fallzahlen) | | | |
| 2.12 | Artikel 1, § 35b Absatz 1 bis 3 SGB XI; verpflichtende Anzeige von Abtre- | Nein | 100.000 Fälle (Schätzungsgrund- | - 8 Minuten * 34,2 Euro (Entfall von Nachwei- | - 456 Tsd. Euro | | | |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | IP | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | tungen ggü. Pflegekassen | | lage s.o.) | serbringung der Anspruchsberechtigung ggü. Pflegekassen durch Abtretungsanzeige des Leistungsbeziehenden) | | | | |
| 2.13 | Artikel 1, § 39 SGB XI; Wegfall der Bearbeitung von Kostenerstattung aufgrund wegfallenden Anspruchs auf Verhinderungspflege bei den privaten versicherungsunternehmen | Nein | 36 Tsd. bearbeitete Erstattungsanträge | - 30 Minuten * 54,40 Euro | - 980 Tsd. Euro | | | |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | IP | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.14 | Artikel 1, § 39a Absatz 3 SGB XI; Einholen der Einschätzung der Pflegebegleitung und Übermitteln an Pflegekasse | Nein | | | geringfügig (geringe Fallzahl) | | | |
| 2.15 | Artikel 1, § 39a Absatz 4 SGB XI; Beschluss von Richtlinien des GKV-SV und des Verbands der privaten Krankenversicherungen e. V., Vorbereitung und Beschluss der Richtlinien | Nein | | | | | | geringfügig (geringer Zeitaufwand) |
| 2.16 | Artikel 1, § 40 Absatz 2 SGB XI; Wegfall der Bear- | Nein | 84.000 Pflegebedürftige der | - 10 Minuten * 54,40 Euro | - 846 Tsd. Euro | | | |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | IP | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | beitung und des Versands des Bescheides | | privaten Pflege-Pflichtversicherung | + 1 Euro | | | | |
| 2.17 | Artikel 1, § 40 Absatz 2 SGB XI; Wegfall der Leistungsabrechnung zwischen privaten Versicherungsunternehmen und Leistungserbringern | Nein | 84.000 Pflegebedürftige der privaten Pflege-Pflichtversicherung | - 15 Minuten * 54,40 Euro | - 1.140 Tsd. Euro | | | |
| 2.18 | Artikel 1, § 40 Absatz 2 SGB XI; Wegfall der Leistungsabrechnung zwischen Leistungserbringern, privaten Versicherungsunternehmen | Nein | 1,28 Mio. Pflegebedürftige der sozialen Pflegeversicherung und der privaten | - 15 Minuten * 34,20 Euro | - 10.940 Tsd. Euro | | | |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | IP | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | und Pflegekassen | | Pflege-Pflichtversicherung | | | | | |
| 2.19 | Artikel 1, § 40 Absatz 2 SGB XI; Wegfall der Vertragsverhandlungen der Leistungserbringer mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen | Nein | 3.600 Verträge | - 300 Minuten * 34,20 | - 616 Tsd. Euro | | | |
| 2.20 | Artikel 1, § 42 Absatz 4 SGB XI; Einschätzung der Pflegebegleitung | Nein | | | geringfügig (geringe Fallzahl) | | | |
| 2.21 | Artikel 1, § 45a Absatz 4 SGB XI; Beteiligung des Verbands der privaten Kran- | Nein | | | | | | geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand) |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | IP | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | kenversicherung e. V. an den Richtlinien zur Anerkennung von Nachbarschaftshilfe | | | | | | | |
| 2.22 | Artikel 1, § 45b Absatz 1 SGB XI; Wegfall der Erstattungsanträge von Pflegebedürftigen im Pflegegrad 1 bei den privaten Versicherungsunternehmen | Nein | PPV:<br>90 Tsd. bearbeitete Erstattungsanträge | PPV:<br>- 20 Minuten<br>*<br>54,40 Euro | PPV:<br>- 1.630 Tsd. Euro | | | |
| 2.23 | Artikel 1, § 45b Absatz 2 SGB XI; Wegfall einer Informationspflicht auf den Belegen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag | Ja | Anbieter:<br>5.725 Tsd. erstellte Belege | Anbieter:<br>- 2 Minuten<br>*<br>34,20 Euro | Anbieter:<br>- 6.500 Tsd. Euro | | | |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | IP | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | für statistische Zwecke | | | | | | | |
| 2.24 | Artikel 1, § 45b Absatz 2 SGB XI; Wegfall der getrennten statistischen Erfassung von verschiedenen Verwendungszwecken durch die PPV-Unternehmen | Ja | PPV:<br>400 Tsd. bearbeitete Belege | PPV:<br>- 4 Minuten<br>*<br>54,40 Euro | PPV:<br>- 1.450 Tsd. Euro | | | |
| 2.26 | Artikel 1, § 55 Absatz 3 Satz 1 SGB XI; Erhöhung des Kinderlosenzuschlags, einmaliger Umstellungsaufwand | Nein | | | | | | geringfügig (geringer Zeitaufwand) |
| 2.27 | Artikel 2, § 55c, § 56 Absatz 1 SGB XI; | Nein | | | | | | geringfügig (geringer Zeitaufwand) |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | IP | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Beitragszuschlag für Ehepartner, Erhebung auch für SPV (zusätzlich zur GKV), Umstellungsaufwand (lfd. Abführung ist dann kein Zusatzaufwand mehr) | | | | | | | |
| 2.28 | Artikel 2, § 59b SGB XI; Verbeitragung von Mini-Jobs auch für SPV (zusätzlich zur GKV), Umstellungsaufwand (lfd. Aufwand ist dann kein Zusatzaufwand mehr) | Nein | | | | | | geringfügig (geringer Zeitaufwand) |
| 2.29 | Artikel 1, § 69 Absatz 1a | Nein | | | | 1 500 Ver- | 300*34,20 (Q) | 256 Tsd. Euro |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | IP | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SGB XI; Verhandlung der ergänzenden Verträge bzgl. pflegerischer Akutsituationen | | | | | handlungen | | |
| 2.30 | Artikel 1, § 75a Absatz 1 SGB XI; Verhandlung der Verträge zur Erprobung innovativer Konzepte | Nein | | | | 1 100 Verhandlungen | 360*34,20 (Q) | 225 Tsd. Euro |
| 2.31 | Artikel 1, § 75a Absatz 4 SGB XI Erstellung von Berichten | Ja | | | | 2 200 Berichte | 1 440*34,20 (Q) | 1 805 Tsd. Euro |
| 2.32 | Artikel 1, § 82c Absatz 7 SGB XI; Wegfall der Meldung tarifgebundener Einrichtungen nach § 82c | Ja | | | | - 33 900 Meldungen | 360*34,20 (Q) | - 6 956 Tsd. Euro |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | IP | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Wirtschaftszweig) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Absatz 7 SGB XI für die Jahre 2027–2029 | | | | | | | |
| 2.33 | Artikel 1, § 88b Absatz 2 SGB XI; Erstellung Richtlinien | Nein | | | | | | geringfügig (geringer Sachaufwand) |
| 2.34 | Artikel 1, § 88b Absatz 3 SGB XI; Abschluss einer Vereinbarung zum Auszahlungsverfahren | Nein | | | geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand) – für den Zeitraum von vier Jahren | | | |
| Summe (in Euro) | | | - 303 618 210 | | | - 2 533 000 | | |
| davon aus Informationspflichten (IP) | | | - 7 950 000 | | | - 5 151 000 | | |

Ergänzende Erläuterungen:

Zu Vorgabe 2.1:

Die privaten Versicherungsunternehmen müssen zukünftig bei allen Pflegebedürftigen, die Pflegegeld nach § 37 Absatz 1 SGB XI-E beziehen, nur noch einmal jährlich prüfen, ob die Pflegebegleitung nach § 7c SGB XI-E durchgeführt wurde, und nur noch einmal jährlich die eingereichte Bestätigung verarbeiten (vgl. § 7c Absatz 6 Satz 1 und 3 SGB XI-E). Die Regelung ist an § 37 Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 Satz 1 SGB XI i.d.F. bis zum 31.12.2028 angelehnt, wonach Pflegegeldbeziehende einmal halbjährlich eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen haben; die Durchführung der Beratung ist gegenüber dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen. Bei 251.000 privat pflegeversicherten Pflegebedürftigen, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, und einer Zeitersparnis von ca. 10 Minuten pro Person und Jahr ergibt sich eine jährliche Einsparung in Höhe von rund 2,28 Mio. Euro (251.000 x 10/60 x 54,40 (s. Lohnkostentabelle Wirtschaft, Erbringung von Finanz-

und Versicherungsdienstleistungen)). Hinzu kommt eine einmalige Umstellung der Software. Ausgehend von 36 privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung anbieten, einem Zeitaufwand von einer Stunde und einem Stundenlohn von 40,90 Euro (s. Lohnkostentabelle Wirtschaft, Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen) ergeben sich Kosten in Höhe von rund 1.500 Euro (36 x 1 x 40,90).

Zu Vorgabe 2.6:

Für die Antragsstellung der Förderung der Digitalisierung in der Langzeitpflege (§ 11 Absatz 4 SGB XI-E) entsteht den Pflegeeinrichtungen ein Aufwand von ca. 6,1 Mio. Euro. Die Einrichtungen müssen zunächst Informationen ermitteln, welche Anforderungen sich aus den Richtlinien des GKV-Spitzenverband ergeben. Sodann muss eruiert werden, welche digitalen Maßnahmen für die jeweilige Situation in der Pflegeeinrichtungen angemessen sind, um die Förderzwecke Verbesserung der Pflegequalität und Entlastung des Pflegepersonals, zu erfüllen. Hierfür müssen dann auch Angebote eingeholt werden. Diese Arbeitsschritte werden mit ca. sechs Arbeitsstunden kalkuliert. Für die korrekte Befüllung und Überprüfung des Antragsformulars inkl. Anlagen wie Nachweisen und Übersendung an die zuständige Pflegekasse werden zusätzlich zwei weitere Arbeitsstunden vorgesehen. Es wurden die durchschnittlichen Lohnkosten für den Bereich Gesundheits- und Sozialwesen veranschlagt, da es in den Einrichtungen unterschiedliche Bearbeitungsebenen geben wird.

Zu Vorgabe 2.9:

Die zeitliche Entlastung durch die Anschaffung der digitalen Maßnahmen ergibt sich nicht nur einmalig, sondern laufend. Das Kompetenzzentrum Digitalisierung Pflege analysiert regelmäßig die Potentiale von digitalen Anwendungen, zuletzt der sprachgestützten Dokumentation. Im Rahmen eines Scooping Reviews wurden reduzierte Dokumentationszeiten festgestellt: 18-60 Minuten pro Schicht. Bei ca. 3 Schichten pro Tag in einer Pflegeeinrichtung und der Annahme eines Zeitgewinns von ca. 20 Minuten wurde ein täglicher Zeitgewinn von ca. 60 Minuten veranschlagt. Diese Zeitersparnis würde sich nicht einmalig, sondern fortlaufend täglich bei den 20.550 Pflegeeinrichtungen ergeben. Bei den Lohnkosten haben wir den Durchschnittswert des Gesundheits- und Sozialwesens angesetzt, weil dies je nach digitaler Anwendung andere Qualifikationsniveaus betrifft.

Zu Vorgabe 2.13:

Im Jahr 2025 wurden in etwa 513 Tsd. Anträge auf Übernahme der Ersatzpflegekosten im Rahmen der Verhinderungspflege durch pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 gestellt. Hiervon werden in etwa 36 Tsd. Rechnungen zur Kostenerstattung bei den privaten Versicherungsunternehmen eingereicht (entspricht 7 Prozent der Gesamtmenge). Durch den Wegfall des gesonderten Anspruchs auf Verhinderungspflege entfällt künftig die Bearbeitung von Kostenerstattungsanträgen durch die privaten Versicherungsunternehmen. Bei einem wegfallenden Zeitaufwand pro Erstattungsantrag von 30 Minuten und einem Stundenlohn in Höhe von 54,40 Euro (s. Lohnkostentabelle Wirtschaft, Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen) ergeben sich Einsparungen in Höhe von rund 980 Tsd. Euro (36 Tsd. x 30/60 x 54,40).

Zu Vorgabe 2.16:

Durch den Wegfall des Anspruchs pflegebedürftiger Personen auf für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel entfällt auch die Leistungsabrechnung der privaten Versicherungsunternehmen mit den Leistungserbringern. Ausgehend von 84.000 Pflegebedürftigen der privaten Pflege-Pflichtversicherung, die für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel in Anspruch nehmen, einem Zeitaufwand für die Leistungsabrechnung in Höhe von 15 Minuten pro Fall und einem Stundenlohn in Höhe von 54,40 Euro (s. Lohnkostentabelle Wirt-

schaft, Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen) ergeben sich jährliche Einsparungen in Höhe von rund 1,14 Mio. Euro (84.000 x 15/60 x 54,40).

Zu Vorgabe 2.17:

Im Jahr 2025 haben 1,2 Mio. Pflegebedürftige der sozialen Pflegeversicherung und 84.000 Pflegebedürftige der privaten Pflege-Pflichtversicherung zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel in Anspruch genommen. Durch den Wegfall des Anspruchs pflegebedürftiger Personen auf für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel entfällt die Leistungsabrechnung der Leistungserbringer mit den Pflegekassen sowie den privaten Versicherungsunternehmen. Bei einem Zeitaufwand pro Fall in Höhe von 15 Minuten und einem Stundenlohn in Höhe von 34,20 Euro (s. Lohnkostentabelle Wirtschaft, Gesundheit- und Sozialwesen) ergeben sich Einsparungen in Höhe von rund 10,9 Mio. Euro (1,28 Mio. x 15/60 x 34,20).

Zu Vorgabe 2.22:

Im Jahr 2025 beliefen sich die Ausgaben für die über den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI erbrachten Leistungen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag auf in etwa 165 Mio. Euro (soziale Pflegeversicherung und private Pflegeversicherung) im Pflegegrad 1. Bei einem monatlichen Leistungsbetrag in Höhe von 131 Euro ergeben sich hieraus mindestens 1,26 Mio. (165 Mio. / 131) jährlich erstellte Rechnungen durch die Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag. Auf die privaten versicherungsunternehmen entfallen hiervon in etwa 90.000 Rechnungen zur Kostenerstattung (entspricht 7 Prozent der Gesamtmenge). Da das neue Sozialraumbudget nach § 45b SGB XI von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2, 3, 4 und 5 beansprucht werden kann, entfallen künftig die Erstattungsanträge für Pflegebedürftige im Pflegegrad 1. Bei einem wegfallenden Zeitaufwand pro Erstattungsantrag von 20 Minuten und einem Stundenlohn in Höhe von 54,40 Euro (s. Lohnkostentabelle Wirtschaft, Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen) ergeben sich Einsparungen in Höhe von rund 1,63 Mio. Euro (90.000 x 20/60 x 54,40).

Zu Vorgabe 2.23:

Im Jahr 2025 beliefen sich die Ausgaben für die über den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI erbrachten Leistungen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag auf in etwa 750 Mio. Euro (soziale Pflegeversicherung und private Pflegeversicherung) in den Pflegegraden 2 bis 5. Bei einem monatlichen Leistungsbetrag in Höhe von 131 Euro ergeben sich hieraus mindestens 5,725 Mio. (750 Mio. / 131) jährlich erstellte Rechnungen durch die Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag. Durch den Wegfall einer Informationspflicht auf den Belegen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag für statistische Zwecke verkürzt sich die Zeit für die Rechnungserstellung. Bei einem wegfallenden Zeitaufwand pro Rechnung von 2 Minuten und einem Stundenlohn in Höhe von 34,20 Euro (s. Lohnkostentabelle Wirtschaft, Gesundheit- und Sozialwesen) ergeben sich Einsparungen in Höhe von rund 6,5 Mio. Euro (5,725 Mio. x 2/60 x 34,20).

Zu Vorgabe 2.24:

Im Jahr 2025 beliefen sich die Ausgaben für die über den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI erbrachten Leistungen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag auf in etwa 750 Mio. Euro (soziale Pflegeversicherung und private Pflegeversicherung) in den Pflegegraden 2 bis 5. Bei einem monatlichen Leistungsbetrag in Höhe von 131 Euro ergeben sich hieraus mindestens 5,725 Mio. (750 Mio. / 131) jährlich erstellte Rechnungen durch die Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag. Hiervon werden in etwa 400.000 Rechnungen zur Kostenerstattung bei den privaten Versicherungsunternehmen eingereicht (entspricht 7 Prozent der Gesamtmenge). Durch den Wegfall der getrennten statistischen Erfassung von verschiedenen Verwendungszwecken durch die privaten Versicherungsunternehmen verkürzt sich die Zeit für die Bearbeitung von Kostenerstattungen. Bei einem wegfallenden Zeitaufwand pro Erstattungsantrag von 4 Minuten und einem Stundenlohn in Höhe von

54,40 Euro (s. Lohnkostentabelle Wirtschaft, Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen) ergeben sich Einsparungen in Höhe von rund 1,45 Mio. Euro (400.000 x 4/60 x 54,40).

Zu Vorgabe 2.31:

Der einmalige Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft entsteht durch die Erstellung von Erfahrungsberichten zu den Innovationskonzepten durch die Pflegeeinrichtungen. Es wird davon ausgegangen, dass zu insgesamt 1.100 Vereinbarungen jeweils ein Zwischen- und ein Endbericht erstellt werden, sodass insgesamt 2.200 Berichte anfallen. Bei einem durchschnittlichen Zeitaufwand von 24 Stunden bzw. 1.440 Minuten für die Erstellung eines Berichts und einem Stundenlohn von 34,20 Euro (s. Lohnkostentabelle Wirtschaft, Gesundheit- und Sozialwesen) ergibt sich ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 1,8 Mio. Euro (1.100 x 2 x 24 x 34,20).

Zu Vorgabe 2.32:

Durch den zeitlich befristeten Wegfall der Mitteilungen der tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen nach § 82c Absatz 7 SGB XI wird die Wirtschaft in den Jahren 2027 bis 2029 entlastet. Ausgangspunkt der Berechnung sind rund 11.300 Meldungen von tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen pro Jahr. Bei einem durchschnittlichen Zeitaufwand von 6 Stunden bzw. 360 Minuten für die Zusammenstellung und Übermittlung der erforderlichen Unterlagen je Pflegeeinrichtung und einem Stundenlohn von 34,20 Euro (s. Lohnkostentabelle Wirtschaft, Gesundheit- und Sozialwesen) sowie 11.300 Meldungen pro Jahr ergeben sich über den Betrachtungszeitraum von drei Jahren (2027–2029) Einsparungen in Höhe von rund 6,96 Mio. Euro (11.300 x 3 x 6 x 34,20).

### *4.3. Erfüllungsaufwand für die Verwaltung*

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | Bund/ Land | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3.1 | Artikel 1, § 7c Absatz 6 Satz 1 und 3 | Bund | 174.000 Beihilfeberechtigte (Bund | - 10 Minuten * 27,30 Euro | vom Erfüllungsaufwand entfallen 40 % auf den Bund | | | geringfügig (geringer Zeitaufwand) |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | Bund/ Land | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SGB XI ; Nachhalten der Durchführung der verpflichtenden Pflegebegleitung; bisher zweimal jährlich, zukünftig nur noch einmal jährlich | | und Länder) | | = - 317 Tsd. Euro | | | |
| 3.2 | Artikel 1, § 7c Absatz 6 Satz 1 und 3 SGB XI ; Nachhalten der Durchführung der ver- | Land | 174.000 Beihilfeberechtigte (Bund und Länder) | - 10 Minuten * 27,30 Euro | vom Erfüllungsaufwand entfallen 60 % auf die Länder = - 475 Tsd. Euro | | | geringfügig (geringer Zeitaufwand) |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | Bund/ Land | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | pflichtenden Pflegebegleitung; bisher zweimal jährlich, zukünftig einmal jährlich | | | | | | | |
| 3.3 | Artikel 1, § 10 SGB XI; Verstetigung des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege, hier: Kommunikation mit dem | Bund | | | geringfügig (geringer Zeitaufwand) | | | |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | Bund/ Land | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege und Teilnahme an den Beiratssitzungen | | | | | | | |
| 3.4 | Artikel 1, § 10 SGB XI; Verstetigung des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege, hier: Beteiligung am Be- | Länder und Kommunen | | | geringfügig (geringer Zeitaufwand) | | | |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | Bund/ Land | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | trieb des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege und Teilnahme an Beiratssitzungen | | | | | | | |
| 3.5 | Artikel 1, § 11 Absatz 2 SGB XI; Modellvorhaben „Pflegenottelefon“, hier: Vorgabe, der Festlegung von | Bund | | | | | | geringfügig (geringe Fallzahl und geringer Zeitaufwand) |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | Bund/ Land | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Zielen, Dauer, Inhalte und Durchführung durch GKV-SV im Einvernehmen mit BMG | | | | | | | |
| 3.6 | Artikel 1, §§ 14 Absatz 1 und 17 Absatz 1 SGB XI; Weiterentwicklung Begutachtungsverfahren | Bund | | | geringfügig (geringe Fallzahl) | | | geringfügig (geringe Fallzahl) |
| 3.7 | Artikel 1, § 17 | Medizinischer | | | | | | geringfügig (geringe |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | Bund/ Land | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Absatz 1a SGB XI; Pflegebegleitungs-Richtlinien | Dienst Bund | | | | | | Fallzahl) |
| 3.8 | Artikel 1, § 17 Absatz 1a SGB XI; Pflegebegleitungs-Richtlinien | Länder | | | | | | geringfügig (geringer Zeitaufwand) |
| 3.9 | Artikel 1, § 18 SGB XI; Beratung zum Antrag auf Feststellung der Pflege- | Bund | 3.000 bis 60.000 Antragstellerinnen und Antragsteller | - 75/60 Std. * 48,10 Euro/Std. - 2,60 Euro | - 190 bis - 3.800 Tsd. Euro | | | |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | Bund/ Land | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | bedürftigkeit | | | | | | | |
| 3.10 | Artikel 1, § 18a SGB XI; Verbesserte Information an den Versicherten über Folgen fehlender Mitwirkung | Bund | 3.000 bis 30.000 Begutachtungsverfahren, in denen ein Beschleunigungseffekt eintritt | - 10/60 Std. * 48,10 Euro/Std. - 1,20 Euro | - 30<br>bis<br>- 280 Tsd. Euro | | | geringfügig (geringe Fallzahl und geringfügiger Aufwand pro Fall) |
| 3.11 | Artikel 1, § 18b SGB XI; Änderung von Inhalt und Übermittlungsvorschriften des Gut- | Bund | | | geringfügig (geringfügiger Aufwand pro Fall) | | | geringfügig (geringfügiger Aufwand pro Fall) |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | Bund/ Land | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | achtens des Medizinischen Dienstes | | | | | | | |
| 3.12 | Artikel 1, § 30 SGB XI ; Dynamisierung | Bund | | | geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand) | | | |
| 3.13 | Artikel 1, § 33 Absatz 1 SGB XI ; Konkretisierung der Voraussetzungen zur Anwendung von Befristungen | Bund | | | geringfügig (geringfügiger Aufwand pro Fall) | | | geringfügig (geringfügiger Aufwand pro Fall) |
| 3.14 | Artikel 1 § 39a | Bund | | | | | | geringfügig (geringe |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | Bund/ Land | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Absatz 4 SGB XI; Genehmigung der Richtlinien durch BMG | | | | | | | Fallzahl und geringer Zeitaufwand) |
| 3.15 | Artikel 1, § 45a Absatz 4 SGB XI; Beteiligung an der Richtlinien zur Anerkennung von Nachbarschaftshilfe | Länder | | | | | | geringfügig (geringer Zeitaufwand) |
| 3.16 | Artikel 1, § 45b Absatz 1 | Bund | Beihilfestellen | Beihilfestellen: - 20 Minuten | Vom Erfüllungsaufwand entfallen 40 % auf den | | | |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | Bund/ Land | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SGB XI; Wegfall der Erstattungsanträge von Pflegebedürftigen im Pflegegrad 1 bei den Beihilfestellen | | 63 Tsd. bearbeitete Erstattungsanträge | * 27,30 Euro | Bund = - 230 Tsd. Euro | | | |
| 3.17 | Artikel 1, § 45b Absatz 1 SGB XI; Wegfall der Erstattungsanträge von Pflegebedürftigen im Pflegegrad 1 | Länder | Beihilfestellen 63 Tsd. bearbeitete Erstattungsanträge | Beihilfestellen: - 20 Minuten * 27,30 Euro | Vom Erfüllungsaufwand entfallen 60 % auf die Länder = - 344 Tsd. Euro | | | |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | Bund/ Land | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | bei den Beihilfestellen | | | | | | | |
| 3.18 | Artikel 1, § 45b Absatz 2 SGB XI; Wegfall einer Informationspflicht auf den Belegen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag für statistische Zwecke | Bund | Beihilfestellen<br>280 Tsd. bearbeitete Belege | Beihilfestellen:<br>- 4 Minuten<br>*<br>27,30 Euro | Vom Erfüllungsaufwand entfallen 40 % auf den Bund =<br>- 204 Tsd. Euro | | | |
| 3.19 | Artikel 1, § 45b Absatz 2 | Länder | Beihilfestellen | Beihilfestellen:<br>- 4 Minuten | Vom Erfüllungsaufwand entfallen 60 % auf die | | | |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | Bund/ Land | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SGB XI ; Wegfall einer Informationspflicht auf den Belegen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag für statistische Zwecke | | 280 Tsd. bearbeitete Belege | * 27,30 Euro | Länder = - 306 Tsd. Euro | | | |
| 3.20 | Artikel 1, § 75a Absatz 1 SGB XI ; Verhandlung der Verträge zur Erpro- | Land (überörtliche Träger der Sozialhilfe) | | | | | | geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand) |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | Bund/ Land | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | bung innovativer Konzepte | | | | | | | |
| 3.21 | Artikel 1, § 75a Absatz 4 SGB XI; Beteiligung an Berichten der Pflegeeinrichtungen | Land (über örtliche Träger der Sozialhilfe) | | | | | | geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand) |
| 3.22 | Artikel 1, § 88b Absatz 3 SGB XI; Abschluss einer Vereinbarung zum Auszahlungs- | Bund | | | geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand) – für den Zeitraum von vier Jahren | | | |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | Bund/ Land | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | verfahren | | | | | | | |
| 3.23 | Artikel 1, § 134 SGB XI; Prüfauftrag Pflegevorsorgefonds | Bund | | | | | | geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand) |
| 3.24 | Artikel 1, § 142b SGB XI; Übergangsregelung: Erforderlichkeit einer Parallelbetrachtung nach alter und neuer Rechtslage | Bund | | | geringfügig (geringe Fallzahl und geringfügiger Aufwand pro Fall) | | | geringfügig (geringe Fallzahl und geringfügiger Aufwand pro Fall) |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | Bund/ Land | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3.25 | Artikel 4, § 20 Absatz 1 Satz 2 SGB V; Anpassung Leitfaden Prävention | Bund | | | | | | geringfügig (geringe Fallzahl) |
| 3.26 | Artikel 4, § 20c Absatz 1 und Absatz 2 SGB V; Zusammenarbeit mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und den | Bund | | | | | | geringfügig (geringe Fallzahl und geringfügiger Aufwand pro Fall) |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | Bund/ Land | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung | | | | | | | |
| Summe (in Euro) | | | | | - 5 956 000 | | | – |
| davon Bund | | | | | - 4 831 000 | | | – |
| davon Land (inklusive Kommunen) | | | | | -1 125 000 | | | – |

Ergänzende Erläuterungen:

Zu Vorgabe 3.9:

Unter der Annahme, dass in 18,5 % des jährlichen Begutachtungsvolumens keine Pflegebedürftigkeit festgestellt werden kann, ergibt sich ein geschätztes Potenzial von rund 280.000 Begutachtungen, die jährlich von der vorliegenden Rechtsänderung betroffen wären. In wieviel Prozent dieser Fälle eine tatsächliche erfolgreiche Anwendung der Neuregelungen kommt, kann nicht mit Sicherheit prognostiziert werden. Unter der konservativen Annahme, dass die Neuregelung in 1 bis 20 % der potenziell geeigneten Fälle zur Anwendung kommt, wäre schätzungsweise von rund 3.000 bis 60.000 jährlichen Anwendungsfällen auszugehen. Zudem werden eine mittlere Zeitentlastung pro Fall von 75 Minuten (= [60 Min. Begutachtung + 20 Min. Wegezeit] – 5 Min. Beratungsgespräch) bei einem anzusetzenden Lohnsatz von 48,10 Euro pro Stunde sowie eine mittlere Ersparnis der Wegesachkosten von 2,60 Euro herangezogen. Im Ergebnis sind demnach Entlastungspotenziale für die Verwaltung von rund 190.000 bis 3,8 Millionen Euro jährlich zu erwarten.

Zu Vorgabe 3.16 und 3.17:

Im Jahr 2025 beliefen sich die Ausgaben für die über den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI erbrachten Leistungen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag auf in etwa 165 Mio. Euro (soziale Pflegeversicherung und private Pflege-Pflichtversicherung) in Pflege-

grad 1. Bei einem monatlichen Leistungsbetrag in Höhe von 131 Euro ergeben sich hieraus mindestens 1,26 Mio. (165 Mio. / 131) jährlich erstellte Rechnungen durch die Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag. Auf die privaten Versicherungsunternehmen entfallen hiervon in etwa 90.000 Rechnungen zur Kostenerstattung (entspricht 7 Prozent der Gesamtmenge). In etwa 70 Prozent der privat versicherten Pflegebedürftigen haben einen Beihilfeanspruch, sodass 63.000 Rechnungen zusätzlich von Beihilfestellen bearbeitet werden. Hiervon entfallen 40 Prozent auf den Bund, folglich 25.200 Rechnungen, und 60 Prozent auf die Länder, folglich 37.800 Rechnungen. Da das neue Sozialraumbudget nach § 45b SGB XI von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2, 3, 4 und 5 beansprucht werden kann, entfallen künftig die Erstattungsanträge für Pflegebedürftige im Pflegegrad 1. Bei einem wegfallenden Zeitaufwand pro Erstattungsantrag von 20 Minuten und einem Stundenlohn in Höhe von 27,30 Euro (s. Lohnkostentabelle Verwaltung, Durchschnitt Öffentliche Verwaltung) ergeben sich Einsparungen für den Bund in Höhe von rund 230 Tsd. Euro (25.200 x 20/60 x 27,30) und für die Länder in Höhe von rund 344 Tsd. Euro (37.800 x 20/60 x 27,30).

Zu Vorgabe 3.18 und 3.19:

Im Jahr 2025 beliefen sich die Ausgaben für die über den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI erbrachten Leistungen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag auf in etwa 750 Mio. Euro (soziale Pflegeversicherung und private Pflege-Pflichtversicherung) in den Pflegegraden 2 bis 5. Bei einem monatlichen Leistungsbetrag in Höhe von 131 Euro ergeben sich hieraus mindestens 5,725 Mio. (750 Mio. / 131) jährlich erstellte Rechnungen durch die Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag. Hiervon werden in etwa 400.000 Rechnungen zur Kostenerstattung bei den privaten Versicherungsunternehmen eingereicht (entspricht 7 Prozent der Gesamtmenge). In etwa 70 Prozent der privat versicherten Pflegebedürftigen haben einen Beihilfeanspruch, sodass 280.000 Rechnungen zusätzlich von Beihilfestellen bearbeitet werden. Hiervon entfallen 40 Prozent auf den Bund, folglich 112.000 Rechnungen und 60 Prozent auf die Länder, folglich 168.000 Rechnungen. Durch den Wegfall der getrennten statistischen Erfassung von verschiedenen Verwendungszwecken durch die privaten Versicherungsunternehmen verkürzt sich die Zeit für die Bearbeitung von Kostenerstattungen. Bei einem wegfallenden Zeitaufwand pro Erstattungsantrag von 4 Minuten und einem Stundenlohn in Höhe von 27,30 Euro (s. Lohnkostentabelle Verwaltung, Durchschnitt Öffentliche Verwaltung) ergeben sich Einsparungen für den Bund in Höhe von rund 204 Tsd. Euro (112.000 x 4/60 x 27,30) und für die Länder in Höhe von rund 306 Tsd. Euro (168.000 x 4/60 x 27,30).

***4.4 Erfüllungsaufwand für die Sozialversicherung***

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | SV-Träger | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4.1 | Artikel 1, § 5 Absatz 4 SGB XI ; wissenschaftliche Expertise relevanter Risikofaktoren | GKV-SV | | | | | | geringfügig (geringe Fallzahl) |
| 4.2 | Artikel 1, § 7a SGB XI ; Einführung eines Pflege-Cockpits; Einrichtung einer einheitlichen digitalen Oberfläche (single log-in) zur Bündelung der Informati- | Pflegekassen | | | | | | geringfügig (geringe Fallzahl, da 4 IT-Dienstleister) |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | SV-Träger | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | onen zur Pflege/ Pflegeversicherung, hier: Ersteinrichtung | | | | | | | |
| 4.3 | Artikel 1, § 7a SGB XI ; Einführung eines Pflege-Cockpits; Einrichtung einer einheitlichen digitalen Oberfläche (single log-in) zur Bündelung der Informationen zur Pflege/ Pflegeversiche- | Pflegekassen | | | geringfügig (geringe Fallzahl, da 4 IT-Dienstleister) | | | |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | SV-Träger | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | rung, hier: lfd. Pflege | | | | | | | |
| 4.4 | Artikel 1, § 7c Absatz 3 Satz 1 SGB XI ; Angebot einer Pflegebegleitung nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades (anderer Personenkreis als in § 7b Absatz 1 alte Fassung) | Pflegekassen | 300.000 Pflegebedürftige | - 1 Euro Sachkosten | - 300 Tsd. Euro | | | geringfügig (geringer Zeitaufwand) |
| 4.5 | Artikel 1, § 7c Absatz 6 Satz 1 und 3 | Pflegekassen | 3,27 Mio. Pflegebedürftige | - 10 Minuten * 30,30 Euro | - 16.500 Tsd. Euro | | | geringfügig (geringer Zeitaufwand) |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | SV-Träger | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SGB XI ; Nachhalten der Durchführung der verpflichtenden Pflegebegleitung; bisher zweimal jährlich, zukünftig nur noch einmal jährlich | | | | | | | |
| 4.6 | Artikel 1, § 7c Absatz 6 Satz 1 und 7 SGB XI ; Angebot eines Fallmanagements | Pflegekassen | 16.000 Pflegebedürftige | 15 Minuten<br>*<br>30,30<br>+<br>1 Euro Sachkosten | 137 Tsd. Euro | | | |
| 4.7 | Artikel 1, § 7d Absätze 1-2, 7 | Pflegekassen, | | | | | | geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | SV-Träger | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SGB XI ; Angebotsstruktur und Finanzierung der Pflegebegleitung | GKV-SV | | | | | | bzw. geringe Fallzahl) |
| 4.8 | Artikel 1, § 7d Absatz 3 SGB XI ; Angebotsstruktur und Finanzierung der Pflegebegleitung | Pflegekassen, GKV-SV | | | geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand) | | | |
| 4.9 | Artikel 1, § 11 Absatz 2 SGB XI ; Modellvorhaben „Pflegenottelefon“, hier: Bestim- | GKV-SV | | | | | | geringfügig (geringer Zeitaufwand) |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | SV-Träger | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | mung von Zielen, Dauer, Inhalten Durchführung der Modellvorhaben sowie der Herstellung des Einvernehmens mit BMG | | | | | | | |
| 4.10 | Artikel 1, § 11 Absatz 2 SGB XI ; Modellvorhaben „Pflegenottelefon“, hier: Förderaufruf, Prüfung von eingereichten Anträgen, | GKV-SV | | | | | | geringfügig (geringer Zeitaufwand) |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | SV-Träger | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Auswahlentscheidung | | | | | | | |
| 4.11 | Artikel 1, § 11 Absatz 2 SGB XI; Modellvorhaben „Pflegenottelefon“, hier: Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben | GKV-SV | | | geringfügig (geringer Zeitaufwand) | | | |
| 4.12 | Artikel 1, § 11 Absatz 4 SGB XI; Förderung von Innovation und Digitalisierung, hier: | Pflegekassen | | | | 20.550 Einrichtungen | 240*48,10 Euro | 3.954 Tsd. Euro |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | SV-Träger | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Prüfung der Antragsunterlagen einschließlich der Auszahlung für ambulante (15.550) und solitäre teilstationäre (5.000) Pflegeeinrichtungen bzw. deren Träger | | | | | | | |
| 4.13 | Artikel 1, § 12 Absatz 2 Satz 3 SGB XI; Erarbeitung Festlegungen | GKV-SV | | | | | | geringfügig (geringe Fallzahl) |
| 4.14 | Artikel 1, § 17 Absatz 1a SGB XI | GKV-SV | | | | | | geringfügig (geringe Fallzahl) |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | SV-Träger | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ; Pflegebegleitungs-Richtlinien | | | | | | | |
| 4.15 | Artikel 1, § 30; Dynamisierung | Pflegekassen | | | geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand) | | | |
| 4.16 | Artikel 1, § 34 Absatz 2 und 3 SGB XI ; Wegfall der Erfassung des Leistungsruhens bei der Versorgung in Kinder- und Jugendhospizen bei den Pflegekassen | Pflegekassen | | | geringfügig (geringfügiger Zeit- und Personalaufwand) | | | |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | SV-Träger | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4.17 | Artikel 1, § 35b Absatz 1 bis 3 SGB XI; verpflichtende Anzeige von Abtretungen ggü. Pflegekasse, hier: Entfall der Bearbeitung von Nachweisen der Anspruchsberechtigung durch Anbieter, stattdessen formalisiertes Anzeigeverfahren | Pflegekassen | 100.000 Fälle (Schätzungsgrundlage s.o.) | - 4 Minuten * 30,5 Euro (mD) | - 203 Tsd. Euro | | | |
| 4.18 | Artikel 1, | Pflege- | | | | | | geringfügig (ge- |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | SV-Träger | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | § 35b Absatz 1 bis 3 SGB XI ; verpflichtende Anzeige von Abtretungen ggü. Pflegekassen, hier: Umstellungsaufwand durch Etablierung eines Verwaltungsprozesses für Anzeigeverfahren, insbes. Festlegung, Abstimmung, Dokumentation, Schulung | kassen | | | | | | ringer Zeitaufwand) |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | SV-Träger | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4.19 | Artikel 1, § 35b Absatz 4 SGB XI; verpflichtende Information zur Auszahlung durch Pflegekassen, hier: idR vollautomatisiertes Verfahren zur Information des leistungsbeziehenden über Auszahlungen an Abtretungsempfänger und verbleibende | Pflegekassen | 100.000 Fälle (Schätzungsgrundlage s.o.) | 2 Minuten * 30,5 Euro (mD) | 102 Tsd. Euro | | | |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | SV-Träger | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Budgethöhe | | | | | | | |
| 4.20 | Artikel 1, § 35b Absatz 4 SGB XI ; verpflichtende Information zur Auszahlung durch Pflegekassen, hier: Umstellungsaufwand durch Etablierung eines Verwaltungsprozesses, Information, insbes. Festlegung, Abstimmung, Dokumentation, | Pflegekassen | | | | | | geringfügig (geringer Zeitaufwand) |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | SV-Träger | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Schulung | | | | | | | |
| 4.21 | Artikel 1, § 39 Absatz 4 SGB XI; Informationswebsite des GKV-SV zu verfügbaren Leistungen, hier: Websiteerstellung | GKV-SV | | | | | | geringfügig (geringer Zeitaufwand und geringe Fallzahl) |
| 4.22 | Artikel 1, § 39 Absatz 4 SGB XI; Informationswebsite des GKV-SV zu verfügbaren Leistungen, hier: | GKV-SV | | | geringfügig (geringer Zeitaufwand) | | | |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | SV-Träger | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | fortlaufende Aktualisierung der Informationswebsite | | | | | | | |
| 4.23 | Artikel 1, § 39 SGB XI; Wegfall der Bearbeitung von Kostenerstattung aufgrund wegfallenden Anspruchs auf Verhinderungspflege bei den Pflegekassen | Pflegekassen | 477 Tsd. bearbeitete Erstattungsanträge | - 30 Minuten<br>*<br>30,30 Euro | - 7.230 Tsd. Euro | | | |
| 4.24 | Artikel 1, § 39a Absatz 4 SGB XI; Beschluss | GKV-SV | | | | | | geringfügig (geringer Zeitaufwand) |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | SV-Träger | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | von Richtlinien des GKV-SV und des Verbands der privaten Krankenversicherungen e. V., hier: Vorbereitung und Beschluss der Richtlinien | | | | | | | |
| 4.25 | Artikel 1, § 40 Absatz 2 SGB XI; Wegfall der Bearbeitung und des Versands des Bescheides | Pflegekassen | 1,2 Mio. Pflegebedürftige der sozialen Pflegeversicherung | - 10 Minuten<br>*<br>30,30 Euro<br>+<br>1 Euro | - 7.200 Tsd. Euro | | | |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | SV-Träger | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4.26 | Artikel 1, § 40 Absatz 2 SGB XI; Wegfall der Leistungsabrechnung zwischen Pflegekassen und Leistungserbringern | Pflegekassen | 1,2 Mio. Pflegebedürftige der sozialen Pflegeversicherung | - 15 Minuten<br>*<br>30,30 Euro | - 9.100 Tsd. Euro | | | |
| 4.27 | Artikel 1, § 40 Absatz 2 SGB XI; Wegfall der Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern | Spitzenverband Bund der Pflegekassen | 3.600 Verträge | - 480 Minuten<br>*<br>48,10 Euro | - 1.390 Tsd. Euro | | | |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | SV-Träger | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4.29 | Artikel 1, § 44 Absatz 1 Satz 2 neu SGB XI, Artikel 6, § 3 SGB VI; Wegfall Bezug RV-Beiträge bei Teilrente | Pflegekassen | 39.000 Pflegepersonen | - 10 Minuten * 30,30 Euro + 1 Euro Sachkosten | - 236 Tsd. Euro | | | |
| 4.30 | Artikel 1, § 44 Absatz 1 Satz 2 neu SGB XI, Artikel 6, § 3 SGB VI; Wegfall Bezug Teilrente | Rentenversicherungsträger | 39.000 Pflegepersonen | - 10 Minuten * 30,30 Euro + 1 Euro Sachkosten | - 236 Tsd. Euro | | | |
| 4.31 | Artikel 1, § 45a Ab- | GKV-SV | | | | | | geringfügig (geringer |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | SV-Träger | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | satz 4 SGB XI ; Erlass von Richtlinien zur Anerkennung von Nachbarschaftshilfe | | | | | | | Zeitaufwand) |
| 4.32 | Artikel 1, § 45a Absatz 5 SGB XI ; Evaluierungsauftrag: Durchführung einer Evaluierung (über 5 Jahre) | GKV-SV | | | | | | geringfügig (geringer Zeitaufwand) |
| 4.33 | Artikel 1, § 45a Absatz 4 SGB XI a. F.; Abschaffung | Pflegekassen | 33.777 Fälle | - 298 Minuten, Lohnkosten mD 30,30 Euro | - 5 083 Tsd. Euro | | | |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | SV-Träger | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | des Umwandlungsanspruchs | | | | | | | |
| 4.34 | Artikel 1, § 45b Absatz 1 SGB XI; Wegfall der Erstattungsanträge von Pflegebedürftigen im Pflegegrad 1 bei den Pflegekassen | Pflegekassen | 1.170 Tsd. bearbeitete Belege | - 20 Minuten * 30,30 Euro | - 11.800 Tsd. Euro | | | |
| 4.35 | Artikel 1, § 45b Absatz 2 SGB XI; Wegfall der getrennten statistischen Erfassung | Pflegekassen | 5.325 Tsd. bearbeitete Belege | - 4 Minuten * 30,30 Euro | - 10.750 Tsd. Euro | | | |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | SV-Träger | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | von verschiedenen Verwendungszwecken durch die Pflegekassen | | | | | | | |
| 4.36 | Artikel 1, § 46 SGB XI; Absenkung Verwaltungskostenpauschale | Pflegekassen | | | | | | geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand) |
| 4.38 | Artikel 1, § 55 Absatz 3 Satz 1 SGB XI; Erhöhung des Kinderlosenzuschlags, einmaliger | Pflegekassen | | | | | | geringfügig (geringer Zeitaufwand) |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | SV-Träger | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Umstellungsaufwand | | | | | | | |
| 4.39 | Artikel 2, § 55c, § 56 Absatz 1 SGB XI ; Beitragszuschlag für Ehepartner, Erhebung auch für SPV (zusätzlich zur GKV), Umstellungsaufwand | Pflegekassen | | | | | | geringfügig (geringer Zeitaufwand) |
| 4.40 | Artikel 2, § 59b SGB XI ; Verbeitragung von Mini-Jobs auch für SPV (zusätz- | Pflegekassen | | | | | | geringfügig (geringer Zeitaufwand) |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | SV-Träger | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | lich zur GKV), Umstellungsaufwand | | | | | | | |
| 4.41 | Artikel 1, § 69 Absatz 1a SGB XI; Verhandlung der ergänzenden Verträge bzgl. pflegerischer Akutsituationen | Pflegekassen | | | | 1 500 Verhandlungen | 300*46,30 (gD) | 347 Tsd. Euro |
| 4.42 | Artikel 1, § 75a Absatz 1 SGB XI; Verhandlung der Verträge zur Erprobung | Landesverbände der Pflegekassen | | | | 1 100 Verhandlungen | 360*46,30 (gD) | 306 Tsd. Euro |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | SV-Träger | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | innovativer Konzepte | | | | | | | |
| 4.43 | Artikel 1, § 75a Absatz 4 SGB XI; Meldung von Vertragsdaten | Landesverbände der Pflegekassen | | | | | | geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand) |
| 4.44 | Artikel 1, § 75a Absatz 4 SGB XI; Anfordern von Berichten | GKV-SV | | | | | | geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand) |
| 4.45 | Artikel 1, § 75a Absatz 4 SGB XI; Beteiligung an Berichten der Pflegeeinrichtungen | Landesverbände der Pflegekassen | | | | 2 200 Berichte | 90*46,30 (gD) | 153 Tsd. Euro |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | SV-Träger | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4.46 | Artikel 1, § 75a Absatz 4 SGB XI; Erstellung zweier Ergebnisberichte | GKV-SV | | | | | | geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand) |
| 4.47 | Artikel 1, § 82c Absatz 7 SGB XI; Erstellung eines Berichts | GKV-SV | | | | | | geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand) |
| 4.48 | Artikel 1, § 88b Absatz 2 SGB XI; Erstellung der Richtlinien | GKV-SV | | | | | | geringfügig (geringer Sachaufwand) |
| 4.49 | Artikel 1, § 88b Absatz 2 SGB XI; jährli- | GKV-SV | | | geringfügig (geringer Sachaufwand) | | | |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | SV-Träger | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | che Berichtspflicht | | | | | | | |
| 4.50 | Artikel 1, § 88b Absatz 3 SGB XI; Abschluss einer Vereinbarung zum Auszahlungsverfahren | Pflegekassen | | | geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand) – für den Zeitraum von vier Jahren | | | |
| 4.51 | Artikel 1, § 113c Absatz 8 SGB XI; Erhebungen zur Erstellung des Berichts | GKV-SV, Landesverbände der Pflegekassen | | | geringfügige Einsparungen gegenüber dem geltenden Recht (geringer Zeit- und Sachaufwand) | | | |
| 4.52 | Artikel 1, § 113e Absatz 3 SGB XI; Daten | Landesverbände Pflege- | | | geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand) | | | |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | SV-Träger | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | zu Transformationsstellen | kassen | | | | | | |
| 4.53 | Artikel 1, § 113e Absatz 3 SGB XI; Bericht zu vereinbarten Transformationsstellen und Aufwendungen | GKV-SV | | | geringfügig (geringer Zeit- und Sachaufwand) | | | |
| 4.54 | Artikel 5, § 39 SGB V; Datenübermittlungsbefugnis an die für die Pflegebegleitung zuständige Stelle | GKV-SV | | | | | | geringfügig (geringe Fallzahl sowie geringer Zeitaufwand) |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | SV-Träger | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | nach §§ 7c und 7 d SGB XI | | | | | | | |
| 4.55 | Artikel 5, § 39 Absatz 1a iVm § 40 Absatz 2 Satz 6 SGB V; Datenübermittlungsbefugnis an die für die Pflegebegleitung zuständige Stelle (hier: Reha-Entlassmanagement) | GKV-SV | | | | | | geringfügig (geringe Fallzahl sowie geringer Zeitaufwand) |
| 4.56 | Artikel 4, § 40 Absatz 3 | Spitzenverband Bund | | | | | | geringfügig (geringe Fallzahl) |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | SV-Träger | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Satz 18 SGB V; Berichtspflicht des GKV-SV: einmalige Erstellung des Berichtes und die Erweiterung der Inhalte um die Analyse der Zugangshürden. Es liegen bereits Daten zur Auswertung durch die vorausgegangene jährliche Berichtspflicht bis | der Pflegekassen | | | | | | |

| lfd. Nummer | Artikel Regelungsentwurf, Norm (§§); Bezeichnung der Vorgabe | SV-Träger | Jährliche Fallzahl und Einheit | Jährlicher Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Jährlicher Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) | Einmalige Fallzahl und Einheit | Einmaliger Aufwand pro Fall (Minuten * Lohnkosten pro Stunde (Hierarchieebene) + Sachkosten in Euro) | Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Euro) oder „geringfügig“ (Begründung) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2023 vor. | | | | | | | |
| 4.57 | Artikel 6, § 166 Absatz 2 SGB VI ; Reduzierung der beitragspflichtigen Einnahmen als Berechnungsgrundlage bei Pflegepersonen, einmaliger Umstellungsaufwand | Pflegekassen; Rentenversicherungsträger | | | | | | geringfügig (geringer Zeitaufwand) |
| Summe (in Euro) | | | | | - 69 789 000 | | | 4 760 000 |
| davon soziale Pflegeversicherung | | | | | - 69 553 000 | | | 4 760 000 |
| davon gesetzliche Krankenversicherung | | | | | – | | | – |
| davon Rentenversicherungsträger | | | | | - 236 000 | | | – |

Ergänzende Erläuterungen:

Zu Vorgabe 4.5:

Die Pflegekassen müssen zukünftig bei allen Pflegebedürftigen, die Pflegegeld nach § 37 Absatz 1 SGB XI-E beziehen, nur noch einmal jährlich prüfen, ob die Pflegebegleitung nach § 7c SGB XI-E durchgeführt wurde, und nur noch einmal jährlich die eingereichte Bestätigung verarbeiten (vgl. § 7c Absatz 6 Satz 1 und 3 SGB XI-E). Die Regelung ist an § 37 Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 Satz 1 SGB XI i.d.F. bis zum 31.12.2028 angelehnt, wonach Pflegegeldbeziehende einmal halbjährlich eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen haben; die Durchführung der Beratung ist gegenüber der Pflegekasse zu bestätigen. 3,27 Mio. Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, sind gesetzlich pflegeversichert. Je versicherter Person sparen die Pflegekassen ca. 10 Minuten pro Jahr ein. Bei einem Stundenlohn von 30,30 Euro (s. Lohnkostentabelle Verwaltung, Sozialversicherung) ergibt sich damit eine jährliche Einsparung von rund 16,5 Millionen Euro (3,27 Mio. x 10/60 x 30,30). Hinzu kommt eine einmalige Umstellung der Software. Ausgehend von 93 Pflegekassen, einem Zeitaufwand von einer Stunde und einem Stundenlohn von 30,30 Euro (s. Lohnkostentabelle Verwaltung, Sozialversicherung) ergeben sich Kosten in Höhe von rund 2.800 Euro (93 x 1 x 30,30).

Zu Vorgabe 4.12:

Die von den Pflegeeinrichtungen gestellten Anträge müssen auf Seiten der Pflegekassen geprüft werden und erzeugen somit spiegelbildlich einen Erfüllungsaufwand auf Seiten der Verwaltung (Pflegekassen). Die Anträge müssen im Hinblick auf die Vorgaben in der Richtlinie nach § 11 Absatz 6 SGB XI-E geprüft werden. Die Bearbeitenden bei den Kassen müssen außerdem Informationen über die beantragte Fördermaßnahme ggf. noch zusätzlich recherchieren und die Auszahlung veranlassen. Bei den Mitarbeitenden der Kassen ist von einer gewissen Routine auszugehen, weil sie sich auf dieses Förderprogramm spezialisieren werden. Anschließend muss die Prüfung dokumentiert werden, dem Antragsstellenden muss eine Bestätigung oder eine Ablehnung des Förderantrags übermittelt werden. Bei positivem Bescheid wird schlussendlich eine Zahlungsanweisung erfolgen. Auf Seiten der Pflegekassen wurde der durchschnittliche Lohnkostenstundensatz genommen, weil die Mehrzahl der Schritte vermutlich von einem Sachbearbeiter (gehobener Dienst) ausgeführt wird. An Stellen von Entscheidung wird aber auch höherer Dienst eingebunden werden.

Zu Vorgabe 4.23:

Im Jahr 2025 wurden in etwa 513 Tsd. Anträge auf Übernahme der Ersatzpflegekosten im Rahmen der Verhinderungspflege durch pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 gestellt. Hiervon werden in etwa 477 Tsd. Rechnungen zur Kostenerstattung bei den Pflegekassen eingereicht (entspricht 93 Prozent der Gesamtmenge). Durch den Wegfall des gesonderten Anspruchs auf Verhinderungspflege entfällt künftig die Bearbeitung von Kostenerstattungsanträgen durch die Pflegekassen. Bei einem wegfallenden Zeitaufwand pro Erstattungsantrag von 30 Minuten und einem Stundenlohn in Höhe von 30,30 Euro (s. Lohnkostentabelle Verwaltung, Sozialversicherung) ergeben sich Einsparungen in Höhe von rund 7,23 Mio. Euro (477 Tsd. x 30/60 x 30,30).

Zu Vorgabe 4.25:

Im Jahr 2025 haben 1,2 Mio. Pflegebedürftige der sozialen Pflegeversicherung für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel in Anspruch genommen. Durch den Wegfall des Anspruchs pflegebedürftiger Personen auf für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel ist kein Bescheid der Pflegekassen zur Inanspruchnahme von für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel mehr erforderlich. Für die Bearbeitung des Bescheides wird ein Zeitaufwand pro Fall in Höhe von 10 Minuten angesetzt. Davon ausgehend und von einem Stundenlohn in Höhe von 30,30 Euro (s. Lohnkostentabelle Verwaltung, Sozialversicherung) ergeben sich Einsparungen in Höhe von rund 6 Mio. Euro im Jahr (1,2 Mio. x 10/60 x 30,30). Die Pflegekassen werden zukünftig keine Genehmigungsschreiben mehr verschicken. Aus-

gehend von Portokosten (0,95 Euro) sowie Papierkosten (0,05 Euro) ergeben sich jährliche Einsparungen in Höhe von rund 1,2 Euro (1,2 Mio. x (0,95 Euro + 0,05 Euro)). Insgesamt ergeben sich Einsparungen in Höhe von rund 7,2 Mio. Euro.

Zu Vorgabe 4.26:

Durch den Wegfall des Anspruchs pflegebedürftiger Personen auf für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel entfällt auch die Leistungsabrechnung der Pflegekassen mit den Leistungserbringern. Ausgehend von 1,2 Mio. Pflegebedürftigen der sozialen Pflegeversicherung, die für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel in Anspruch nehmen, einem Zeitaufwand für die Leistungsabrechnung in Höhe von 15 Minuten pro Fall und einem Stundenlohn in Höhe von 30,30 Euro (s. Lohnkostentabelle Verwaltung, Sozialversicherung) ergeben sich jährliche Einsparungen in Höhe von rund 9,1 Mio. Euro (1,2 Mio. x 15/60 x 30,30).

Zu Vorgabe 4.27:

Im Jahr 2025 wurden circa 3.600 neue Verträge zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Leistungserbringern über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln geschlossen. Davon ausgehend und einem zeitlichen Aufwand auf Seiten des GKV-Spitzenverbandes in Höhe von 8 Stunden pro Fall und einem Stundenlohn in Höhe von 48,10 Euro (s. Lohnkostentabelle Verwaltung, Sozialversicherung) ergeben sich Einsparungen in Höhe von rund 1,39 Mio. Euro im Jahr (3.600 x 8 x 48,10).

Zu Vorgabe 4.33:

Zur Herleitung der Fallzahl von 33.777 wird auf die Darstellungen unter 1.10 verwiesen. Aufgrund der Streichung des Umwandlungsanspruch entfällt für die Pflegekassen zeitlicher Aufwand von etwa 289 Minuten (aufgrund des Entfalls von Tätigkeiten wie insbesondere das Einarbeiten in die Vorgabe, formelle Prüfung, Daten sichten, inhaltliche Prüfung, Daten erfassen, Berechnungen durchführen, abschließende Informationen aufbereiten, Bescheid erstellen, Zahlungen anweisen und Kopieren, Archivieren). Ausgehend von Lohnkosten von 30, 3 Euro (mD) ergibt sich eine jährliche Minderbelastung in Höhe von 5.083 Tsd. Euro.

Zu Vorgabe 4.34:

Im Jahr 2025 beliefen sich die Ausgaben für die über den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI erbrachten Leistungen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag auf in etwa 165 Mio. Euro (soziale Pflegeversicherung und private Pflegeversicherung) im Pflegegrad 1. Bei einem monatlichen Leistungsbetrag in Höhe von 131 Euro ergeben sich hieraus mindestens 1,26 Mio. (165 Mio. / 131) jährlich erstellte Rechnungen durch die Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag. Auf die Pflegekassen entfallen hiervon in etwa 1,17 Mio. Rechnungen zur Kostenerstattung (entspricht 93 Prozent der Gesamtmenge). Da das neue Sozialraumbudget nach § 45b SGB XI von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2, 3, 4 und 5 beansprucht werden kann, entfallen künftig die Erstattungsanträge für Pflegebedürftige im Pflegegrad 1. Bei einem wegfallenden Zeitaufwand pro Erstattungsantrag von 20 Minuten und einem Stundenlohn in Höhe von 30,30 Euro (s. Lohnkostentabelle Verwaltung, Sozialversicherung) ergeben sich Einsparungen in Höhe von rund 11,8 Mio. Euro (1,17 Mio. x 20/60 x 30,30).

Zu Vorgabe 4.35:

Im Jahr 2025 beliefen sich die Ausgaben für die über den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI erbrachten Leistungen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag auf in etwa 750 Mio. Euro (soziale Pflegeversicherung und private Pflegeversicherung) in den Pflegegraden 2 bis 5. Bei einem monatlichen Leistungsbetrag in Höhe von 131 Euro ergeben sich hieraus mindestens 5,725 Mio. (750 Mio. / 131) jährlich erstellte Rechnungen durch die Anbieter

von Angeboten zur Unterstützung im Alltag. Hiervon werden in etwa 5,325 Mio. Rechnungen zur Kostenerstattung bei den Pflegekassen eingereicht (entspricht 93 Prozent der Gesamtmenge). Durch den Wegfall der getrennten statistischen Erfassung von verschiedenen Verwendungszwecken durch die Pflegekassen verkürzt sich die Zeit für die Bearbeitung von Kostenerstattungen. Bei einem wegfallenden Zeitaufwand pro Erstattungsantrag von 4 Minuten und einem Stundenlohn in Höhe von 30,30 Euro (s. Lohnkostentabelle Verwaltung, Sozialversicherung) ergeben sich Einsparungen in Höhe von rund 10,75 Mio. Euro (5,325 Mio. x 4/60 x 30,30).

### 5. Weitere Kosten

Bürgerinnen und Bürger

Durch die Erhöhung des Zuschlags für kinderlose Mitglieder um 0,3 Beitragssatzpunkte entstehen den Mitgliedern der SPV im Jahr 2027 3,3 Milliarden Euro Mehrausgaben. Diese steigen durch die Anpassung der beitragsfreien Mitversicherung an, von insgesamt 3,56 Milliarden Euro im Jahr 2028 auf 3,87 Milliarden Euro im Jahr 2030.

Wirtschaft

Durch den vom Arbeitgeber aus einer geringfügigen Beschäftigung zu tragenden Beitrag ab 2028 entstehen den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern ab dem Jahr 2028 jährlich Mehrausgaben von 1,4 Milliarden Euro. Hierbei sind die Belastungen der Arbeitgeber für Beschäftigte im Übergangsbereich berücksichtigt.

Private Pflege-Pflichtversicherung

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen und unter Berücksichtigung der Beihilfetarife Minderausgaben von rund 80 Millionen Euro im Jahr 2027, ansteigend auf etwa 300 Millionen Euro im Jahr 2030.

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

### 6. Weitere Gesetzesfolgen

Im Hinblick auf Regelungen, die sich spezifisch auf die Lebenssituation von Frauen und Männern auswirken, ist davon auszugehen, dass Frauen von den Auswirkungen des Gesetzes in besonderem Maße betroffen sein werden, weil diese in höherer Zahl (informell wie auch beruflich) pflegen und insbesondere aufgrund der höheren durchschnittlichen Lebenserwartung auch in höherer Zahl von einer Pflegebedürftigkeit betroffen sind. Dies gilt für alle Aspekte, die Leistungen der Pflegeversicherung betreffen.

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

## VIII. Befristung; Evaluierung

Bei der zeitlich befristeten, praktischen Erprobung innovativer Konzepte nach § 75a Absatz 4 SGB XI ist vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zum 1. Juli 2029 und zum 1. Juli 2032 jeweils ein unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellender Bericht über die Anwendung vorzulegen. Diese Vorschrift dient der zeitlich befristeten praktischen Erprobung innovativer Konzepte in der pflegerischen Versorgung und der Vorbereitung ihrer dauerhaften Regulierung durch Verwaltung und Gesetzgebung. Kriterien der Zielerreichung sind insbesondere die finanziellen Wirkungen sowie die Wirkungen im Hinblick auf die Ver-

sorgung und die im Rahmen der Erfahrungsberichte dargestellten Erkenntnisse zur Anwendung der Innovationskonzepte. Datengrundlage sind die nach Absatz 4 Satz 1 übermittelten Informationen der Landesverbände der Pflegekassen über den Abschluss von Verträgen nach Absatz 1 sowie die vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen angeforderten und von den Pflegeeinrichtungen unter Einbindung der weiteren Vertragspartner erstellten Erfahrungsberichte nach Absatz 4 Satz 2.

Die Pflegekassen eröffnen gemäß § 7a SGB XI für jede bei ihnen versicherte pflegebedürftige Person jeweils einen einheitlichen digitalen Zugang zu allgemeinen und individuellen Informationen zur Pflegeversicherung, zur Organisation der Pflege und zu bestehenden Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige und Pflegepersonen sowie zur Kommunikation zwischen Pflegekasse und Versicherten (Pflege-Cockpit). Die Informationen und Funktionen sind spätestens bis 1. Juli 2028 bzw. 1. Januar 2030 bereitzustellen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen evaluiert die Einführung des Pflege-Cockpits und legt dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. Dezember 2030 einen Evaluationsbericht vor. Durch die Evaluation soll nachvollziehbar dargelegt werden, dass alle notwendigen Funktionen bereitgestellt und bei allen Pflegekassen verfügbar sind, wie viele Nutzerinnen und Nutzer erreicht werden, welche Zeiträume für die jeweilige Bereitstellung in der Praxis tatsächlich benötigt worden sind, wie die Pflegekassen bei der Einführung vorgegangen sind, insbesondere in welchen Formen und in welchem Umfang die Sicht der Nutzerinnen und Nutzer in die Entwicklung einbezogen wird, und ggf., welche Strukturen des Datenaustauschs oder der Bereitstellung zielgruppenspezifischer Informationen sich durch die Einführung des Pflege-Cockpits im Evaluationszeitraum etabliert haben. Neben der Darstellung des Einführungsprozesses und der erreichten Nutzerinnen und Nutzer soll ferner insbesondere auch die Nutzerfreundlichkeit für die jeweiligen Nutzendengruppen sowie die technische Zuverlässigkeit der bereitgestellten Möglichkeiten in den Blick genommen werden. Auf Grundlage der Evaluation sollen Erkenntnisse generiert werden, in welchem Umfang das Pflege-Cockpit zur Modernisierung der Informationsbereitstellung und -verarbeitung bei den Pflegekassen und zu Erleichterungen für die Versicherten beigetragen hat und welche Erfahrungen gewonnen wurden, die bei der Ausgestaltung zukünftiger Digitalisierungsprojekte genutzt werden können. Datengrundlage der Evaluation sind die Berichte, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bei den jeweiligen Pflegekassen bzw. Pflegekassenverbänden auf Bundesebene anfordern wird.

Nach dem bis 31. Dezember 2032 befristeten § 88b SGB XI hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter wissenschaftlicher Begleitung die Wirkungen bei der Regelung zur Erstattung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege nach Absatz 2 bis zum 31. Dezember 2031 zu evaluieren. Regelungsziel ist es, Hemmnisse bei der Schaffung der entsprechenden Plätze abzubauen und Pflegeeinrichtungen von den mit der Bereitstellung von festen Akut-Kurzzeitpflegeplätzen einhergehenden besonderen finanziellen Risiken zu entlasten und somit einen Beitrag zu leisten, der zu einem flächendeckenden Angebot zur Vorhaltung dieser Plätze im Rahmen der pflegerischen Überbrückungsversorgung führen kann. Kriterien/Indikatoren sind insbesondere die Ausgabenentwicklung, sowohl länderspezifisch als auch insgesamt, sowie welche Einsparungen sich durch die Finanzierung der Vorhaltekosten über die Pflegeversicherung für die Länder hinsichtlich der Kosten ergeben. Grundlage sind die vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen ab dem Berichtsjahr 2028 jährlich bis zum 30. Juni des Folgejahres an das Bundesministerium für Gesundheit zu berichtenden Daten zur Ausgabenentwicklung.

Zum 1. Januar 2029 wird die Pflegebegleitung nach § 7c neu eingeführt. Um einen Überblick über die Strukturen, die Durchführung, die Auskömmlichkeit der finanziellen Mittel, die Ergebnisse und die Wirkungen der Pflegebegleitung sowie des Fallmanagements zu erhalten, ist vom GKV-Spitzenverband einmalig zum 1. Januar 2033 ein Bericht vorzulegen, der unter wissenschaftlicher Begleitung erstellt wird.

**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 (§ 1)**

**Zu Buchstabe a**

§ 1 Absatz 1 wird aktualisiert sowie mit dem bisherigen § 1 Absatz 4 zusammengeführt, der die Aufgabe der Pflegeversicherung abbildet: „Die Pflegeversicherung hat die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind.“

**Zu Buchstabe b**

§ 1 Absatz 4 nimmt zur Straffung der Darstellungen im Ersten Kapitel die Inhalte des bisherigen § 1 Absatz 6 auf und wird im Zuge dessen aktualisiert. Der bisherige § 1 Absatz 7 wird zu § 1 Absatz 5 und nimmt dabei die bisher in § 1 Absatz 6 enthaltene Legaldefinition auf.

**Zu Buchstabe c**

Die Absätze 6 und 7 können im Zuge der Straffung der Darstellungen im Ersten Kapitel entfallen, da § 1 Absatz 5 zu § 3 Absatz 2 wird und die Inhalte des § 1 Absatz 6 und 7 in § 1 Absatz 4 und 5 aufgenommen werden.

**Zu Nummer 3 (§§ 2 bis 4)**

**Zu § 2 (Vorrang der häuslichen Pflege und Art und Umfang der Leistungen)**

Der Vorrang der häuslichen Pflege wird vorangestellt und mit der Darstellung der Art und des Umfangs der Leistungen der Pflegeversicherung zusammengeführt. Der Inhalt des bisherigen § 3 wird zum neuen § 2 Absatz 2. Zum Begriff der vergleichbar Nahestehenden vgl. etwa BT-Drucksache 18/1798, S. 35. Die Inhalte des bisherigen § 4 Absatz 1 bis 3 werden in dem neuen § 2 Absatz 1, 3 und 4 wiedergegeben. Hiermit wird besser verdeutlicht, worauf die Leistungen der Pflegeversicherung abzielen und dass sie die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung unterstützen und ergänzen. Dadurch, dass es eine Pflegeversicherung gibt und die Pflegeversicherung Leistungen im Pflegefall bereitstellt, trägt sie seit ihrem Bestehen auch zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bzw. Pflege und Ausbildung bei. Dies wird nunmehr in § 2 Absatz 2 Satz 2 klargestellt.

**Zu § 3 (Selbstbestimmung und Rechte der Pflegebedürftigen)**

In der Überschrift wird verdeutlicht, dass im neuen § 3 die Selbstbestimmung und die Rechte der Pflegebedürftigen dargestellt werden. Die Inhalte des bisherigen § 2 Absatz 1 bis 4 werden im neuen § 3 Absatz 1 und 3 bis 5 wiedergegeben. Der bisherige § 1 Absatz 5 wird zu § 3 Absatz 2. In den neuen Absatz 2 wird außerdem aufgenommen, dass die Erbringung der Hilfen im Rahmen der Pflegeversicherung bei allen Menschen und gerade auch bei jungen Menschen mit Pflegebedarf jeweils altersentsprechend gestaltet werden sollen. Auf die jeweils altersentsprechenden Bedürfnisse und Bedarfe soll also nach Mög-

lichkeit eingegangen werden und bei der Gestaltung der Unterstützungsleistungen hierauf eingegangen werden.

Im neuen § 3 Absatz 3 wird wie bisher in § 2 Absatz 2 weiterhin festgehalten und geregelt, dass Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden haben. Diese Bestimmung wird darum ergänzt, das bei der Pflege ebenso nach Möglichkeit Rücksicht auf das individuelle Geschlecht oder die sexuelle Orientierung der Menschen mit Pflegebedarf zu nehmen ist. Denn je nach der individuellen Orientierung und Identität der Menschen kann unter Umständen auch gerade der Wunsch nach einer verschiedengeschlechtlichen Pflege bestehen oder nach einem sensiblen Umgang mit der individuellen Geschlechtsidentität. Auch dies soll nach Möglichkeit berücksichtigt werden.

Die Zusammenführung des bisherigen § 2 Absatz 2 mit den Inhalten des bisherigen § 2 Absatz 3 im neuen § 3 Absatz 4 führt zu keiner Rechtsänderung. Bei den Bestimmungen, dass Pflegebedürftige zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen können, dass auf die religiösen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen Rücksicht zu nehmen ist und dass die Pflegebedürftigen auf ihren Wunsch hin stationäre Leistungen in einer Einrichtung erhalten sollen, in der sie durch Geistliche ihres Bekenntnisses betreut werden können, handelt es sich um jeweils eigenständige Regelungsinhalte.

**Zu § 4 (Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen)**

Auch die Eigenverantwortung der Versicherten gehört zur Pflegeversicherung. Da Selbstbestimmung und Eigenverantwortung der Menschen zusammengehören, wird der bisherige § 6 nun zu § 4. Hierbei wird in Absatz 1 ergänzt, dass die Versicherten auch durch aktive Mitwirkung Leistungen zur medizinischen Prävention dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. In Absatz 2 wird neu aufgenommen, dass Pflegebedürftige auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Durchführung von Leistungen zur weiteren medizinischen Prävention nach Möglichkeit ebenfalls mitwirken sollen.

**Zu Nummer 4 (§ 5)**

Die Pflegekassen sollen die Pflegebedürftigen nach§ 5 im Hinblick auf die Wahrnehmung von Prävention unterstützen.

**Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Buchstabe b**

**Zu Doppelbuchstabe aa**

Es handelt sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Doppelbuchstabe bb**

Es handelt sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Doppelbuchstabe cc**

Es handelt sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Buchstabe c**

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll gemäß § 5 Absatz 4 durch eine wissenschaftliche Expertise valide Prädiktoren identifizieren bzw. aus vorhandenen wissenschaftlichen Studien zusammenstellen lassen, die frühzeitig auf eine drohende Pflegebedürftigkeit hinweisen, sowie Prädiktoren für einen günstigeren Verlauf und die eine Verschlimmerung einer bestehenden Pflegebedürftigkeit abmildern können. Ziel ist die Weiterentwicklung der präventiven Ausrichtung der Pflegeversicherung von einer reaktiven hin zu einer proaktiven, datengestützten Steuerung sowie eine Unterstützung der Eigenverantwortung der Versicherten gemäß § 4 SGB XI. Die Verknüpfung mit der Datenauswertung nach § 25b Absatz 1 Nummer 4 SGB V stellt sicher, dass wertvolle Erkenntnisse systematisch genutzt werden, um präventionsrelevante Bedarfe nach Absatz 1a Satz 4 präzise zu bestimmen. Datenauswertungen nach § 25b ermöglichen perspektivisch zudem individuelle, auf bestimmte Risikofaktoren bezogene präventive Maßnahmen.

Satz 2 stellt sicher, dass die wissenschaftlichen Erkenntnisse unmittelbar in die pflegerische Regelversorgung einfließen. Die wissenschaftliche Expertise dient nicht nur der Identifikation von Risikofaktoren, ihre Ergebnisse sollen ausdrücklich für die Entwicklung und Umsetzung geeigneter präventiver Maßnahmen genutzt werden**.** Die identifizierten Prädiktoren sowie die entwickelten präventiven Maßnahmen sind verbindlich bei der Festlegung der Präventionsziele sowie in der individuellen Pflegebegleitung nach § 7c zu berücksichtigen. Ebenso müssen sie bei der häuslichen Pflege (§ 36) und den Beratungsbesuchen (§ 37 Absatz 3) als berücksichtigt werden, um frühzeitig präventive Interventionen einzuleiten. Dies dient der konsequenten Umsetzung des gesetzlichen Vorrangs von Prävention und Rehabilitation vor Pflege.

Dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird die Kompetenz übertragen, das Verfahren zur Erstellung der wissenschaftlichen Expertise näher zu regeln. Dabei kann die Expertise unter Einbeziehung der praktischen Erfahrungen der Pflegekassen sowie pflegefachlicher Expertise erstellt werden, um eine hohe Praxistauglichkeit der Risikoparameter und eine effiziente Umsetzung durch die Leistungsträger zu gewährleisten.

Aufgrund des gesamtgesellschaftlichen Nutzens und der zentralen Bedeutung für die langfristige Stabilität der Pflegeversicherung wird die Finanzierung der Expertise abweichend von der kassenindividuellen Pauschalfinanzierung des Absatzes 2 geregelt. Durch den Verweis auf § 11 Absatz 1 erfolgt die Finanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds. Da die Ergebnisse der Expertise allen Pflegekassen gleichermaßen zugutekommen, ist eine zentrale Finanzierung systemgerecht.

Satz 5 führt eine jährliche Berichterstattung im Rahmen des bestehenden Präventionsberichts des Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen ein, um die Wirksamkeit der Regelung zu erfassen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat darzulegen, in welchem Umfang die Pflegekassen die wissenschaftlichen Erkenntnisse in ihre Beratungs- und Leistungspraxis integriert haben und wie die datengestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken nach § 25b Absatz 1 Nummer 4 SGB V genutzt wird. Diese Berichterstattung schafft die notwendige Transparenz über den Stand der Präventionsbemühungen und ermöglicht dem Gesetzgeber sowie der Aufsicht eine Bewertung, ob die identifizierten Risiken effektiv adressiert werden.

**Zu Buchstabe d**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Nummer 5 (§ 6)**

**Zu § 6 (Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen)**

Die bisher in § 11 Absatz 1, 1a, 2 und 3 geregelten Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen werden nun in § 6 wiedergegeben. Im Zuge dessen wird die Vorschrift neu gegliedert. Ferner wird in den neuen § 6 Absatz 1 aufgenommen, dass die Pflegeeinrichtungen die Versicherten ebenfalls dabei unterstützen, durch eine gesundheitsbewusste Alltagsgestaltung und durch präventiv und rehabilitativ ausgerichtete Pflegemaßnahmen, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Sie unterstützen die Pflegebedürftigen dadurch, ihrer Selbstbestimmung und Eigenverantwortung nach Möglichkeit gerecht werden zu können.

**Zu Nummer 6 (§§ 7, 7a)**

**Zu § 7 (Aufgaben der Pflegekassen)**

Die bisher in § 12 Absatz 1 und 3 geregelten Aufgaben der Pflegekassen werden im neuen § 7 Absatz 1 und 2 dargestellt. Im Zuge der Neuordnung der Vorschriften im Ersten Kapitel werden in den neuen §§ 7 ff. generell die Aufgaben der Pflegekassen – auch in ihrem Zusammenwirken mit anderen Akteuren – abgebildet.

**Zu § 7a (Pflege-Cockpit)**

**Zu Absatz 1**

Die Pflegekassen sind für eine transparente Information der Versicherten verantwortlich. Hierzu sollen insbesondere auch die digitalen Möglichkeiten in Zukunft besser genutzt werden. Der neue § 7a regelt daher die Einführung eines Pflege-Cockpits. Hierbei handelt es sich um einen einheitlichen digitalen Zugang, den die Pflegekassen für jede bei ihnen versicherte pflegebedürftige Person einrichten. Über diesen eröffnen sie Zugang zu allgemeinen sowie individuellen Informationen zur Pflegeversicherung, Informationen, die die Organisation der Pflege ermöglichen oder erleichtern, und Informationen zu bestehenden Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige und Pflegepersonen. Über den einheitlichen digitalen Zugang wird außerdem eine digitale Kommunikation zwischen der Pflegekasse und der oder dem Versicherten ermöglicht, die im System der Pflegekasse ankommt. (für Pflegebedürftige und Pflegepersonen). Dass es sich um einen einheitlichen Zugang handelt, bedeutet, dass die Versicherten sich nur einmal einloggen müssen, um Zugang zu allen genannten Informationen und Funktionen zu erhalten. Die Pflegekassen stellen alle Informationen und Instrumente, die Pflegebedürftige oder Pflegepersonen brauchen, um die Pflege im Alltag zu managen und sich in der Pflegeversicherung zu orientieren, also künftig an einem einheitlichen digitalen Ort zur Verfügung. Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen müssen sich die Informationen, die sie benötigen, also nicht selbst beispielsweise im Internet zusammensuchen, sondern sie finden diese bei ihrer Pflegekasse hinter einem einzigen für sie eröffneten digitalen Zugang vor. Die Benutzung des digitalen Pflege-Cockpits durch die Pflegebedürftigen und von ihnen gegenüber der Pflegekasse bevollmächtigten Personen bleibt hierbei freiwillig; auch alle anderen bisherigen Kommunikationswege stehen für sie weiterhin offen.

Die Pflegebedürftigen entscheiden eigenständig darüber, wem sie ggf. Zugang zu ihrem Pflege-Cockpit gewähren wollen. Sie dürfen diesbezüglich nicht unter Druck gesetzt werden. Sie haben es aber in der Hand, durch Erklärung gegenüber der Pflegekasse ihnen vertraute Personen zu bevollmächtigen, den digitalen Zugang zum Pflege-Cockpit der Pflegebedürftigen nutzen zu können, beispielsweise um die Pflegebedürftigen zu entlasten und zu unterstützen.

Das Pflege-Cockpit wird als verpflichtendes Element für alle Pflegekassen mit der vorliegenden Vorschrift neu eingeführt. Es wird sich im weiteren Verlauf dem technischen Fortschritt entsprechend auch weiterentwickeln. In § 7a Absatz 1 Satz 3 werden demgemäß auch nur Mindestinhalte wiedergegeben, die das Pflege-Cockpit bereitstellen soll. Hierbei handelt es sich um

1. kurze und einfach nachvollziehbare Informationen zu den Angeboten und Leistungen der Pflegeversicherung,

2. einen Überblick über die Leistungen, die die Versicherten in ihrem individuellen Pflegegrad jeweils beanspruchen können,

3. individuelle Informationen über die Leistungen, die die Pflegebedürftigen beziehen, sowie den möglichst aktuell dargestellten Umfang ihres jeweiligen Leistungsbezugs, also eine Darstellung, inwieweit der Leistungsbetrag der Leistung, die die Pflegebedürftigen aktuell nutzen, bereits ausgeschöpft ist und in welcher Höhe er für den laufenden Zeitraum noch zur Verfügung steht.

4. die Möglichkeit, auf digitalem Wege Anträge oder Anfragen bei der Pflegekasse einzureichen sowie, sofern erforderlich, Belege bei der Pflegekasse einzureichen; dabei soll auch der jeweiligen Status der Bearbeitung angezeigt werden,

5. die Möglichkeit, die Abtretung eines Anspruchs gemäß § 35b gegenüber der Pflegekasse anzuzeigen sowie auch eine Änderung an der Abtretungsvereinbarung zu übermitteln; dabei soll der jeweilige Status einer erklärten Abtretung im Pflege-Cockpit jederzeit einzusehen sein, also der Inhalt der Abtretung und ihre derzeitige Geltung, ferner ggf. die aktuell und in der Vergangenheit gegenüber der Pflegekasse angezeigten abgetretenen Ansprüche und daraufhin von den Pflegekassen vorgenommene Auszahlungen,

6. die Möglichkeit, jederzeit Einblick in die für die Pflegebedürftigen ausgesprochenen Empfehlungen zu erhalten, die im Rahmen der Begutachtung abgegeben worden sind; dies kann auch durch die Wiedergabe des Gesamtgutachtens unter Zurverfügungstellung einer Navigationsmöglichkeit zu den jeweiligen Inhalten geschehen,

7. die Möglichkeit, in den Leistungs- und Preisvergleichslisten nach § 7b aufgeführte Anbieter und Angebote zu suchen und Informationen zu deren Leistungen und den Preisen abzurufen; die bisher bereits online verfügbaren Leistungs- und Preisvergleichslisten können hiermit unmittelbar aus dem Pflege-Cockpit heraus genutzt werden, ohne dass die Pflegebedürftigen noch andere Webseiten besuchen müssen,

8. Informationen zu vor Ort, online oder telefonisch verfügbaren Beratungs-, Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige und Pflegepersonen, insbesondere zur Pflegebegleitung nach § 7c, aber auch zu Hilfetelefonen oder -webseiten beispielsweise gegen Gewalt in der Pflege oder spezielle Angebote zur Unterstützung bei der Pflege von Menschen mit Demenz; hierbei sollten jedenfalls die entsprechenden Kontaktdaten, evtl. Webseiten und ggf., sofern sich dies verlässlich wiedergeben lässt, Kontaktzeiten angegeben werden; perspektivisch sollten auch Hinweise zu Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen aufgenommen werden, zumindest sofern diese durch die Pflegeversicherung gefördert werden,

9. die Möglichkeit, sich vor Ort oder online stattfindende aktuell verfügbare Schulungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit der Pflege anzeigen zu lassen oder solche zu suchen; hierzu gehören insbesondere die Pflegekurse der Pflegekassen und anderen Akteure,

10. spezifische Informationen zur Pflege, zu Austausch- und Schulungsmöglichkeiten sowie zu Selbsthilfe- und Unterstützungsangeboten, sofern die Pflegebedürftigen zu einer

besonderen Zielgruppe gehören, beispielsweise Menschen mit bestimmten Erkrankungen, Kinder, Jugendliche oder junge Erwachsene mit Pflegebedarf oder Menschen mit Demenz.

Die Aufnahme weiterer Inhalte ist möglich. Sofern in den Ländern Suchportale vorhanden sind, mit denen sich beispielsweise auch freie Kapazitäten von Pflegeeinrichtungen auffinden lassen, können diese für Pflegebedürftige, die in dieser Region leben, zum Beispiel ebenfalls eingebunden werden.

Die Darstellung der Inhalte im Pflege-Cockpit erfolgt in einer für die Versicherten einfach verstehbaren Form und Sprache. In Beachtung der Barrierefreiheit erfolgt sie ferner in einer für die Versicherten wahrnehmbaren Form. Ferner kann eine Auswahlmöglichkeit mehrerer Sprachen und Leichter Sprache sinnvoll sein.

Bereits bei der Entwicklung der Darstellung der Inhalte und der Entwicklung von Funktionen des Pflege-Cockpits muss die Sicht von Nutzerinnen und Nutzern systematisch eingebunden werden. Hierdurch und hierbei wird stets auf eine für die realen Nutzerinnen und Nutzer leicht verständliche Nutzbarkeit geachtet. Dies gilt auch für künftige Weiterentwicklungen. Bei der weiteren Entwicklung des Pflege-Cockpits wird in der Konzeption zudem fortlaufend ein zweckmäßiger Datenaustausch mit der elektronischen Patientenakte mitgedacht und berücksichtigt. Die geltenden Anforderungen an die Barrierefreiheit sowie an den rechtlich geregelten Datenschutz sind jeweils zu beachten und die erforderliche Datensicherheit ist zu gewährleisten. Die Beachtung der Barrierefreiheit umfasst dabei auch die Gestaltung des Zugangs zum Pflege-Cockpit.

**Zu Absatz 2**

Auch Versicherte, die nicht pflegebedürftig sind, können über digitale Zugänge erreicht werden. Um dem Entstehen von Pflegebedürftigkeit von vorneherein entgegenzutreten oder die Entstehung zu verzögern, sollten Versicherte daher schon vor einem Eintritt von Pflegebedürftigkeit auf entsprechende Präventionsmöglichkeiten und -angebote hingewiesen werden. Zudem können allgemeine Informationen zur Pflegeversicherung dazu beitragen, den Kenntnisstand in der Bevölkerung zu verbessern und dabei auch darüber aufzuklären, welche Voraussetzungen für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit sowie die Stellung eines entsprechenden Antrags erfüllt sein müssen.

**Zu Absatz 3**

Bei der Einführung des Pflege-Cockpit sollen zuerst die Daten und Informationen, die den Pflegekassen bereits in elektronischer Form vorliegen oder die schnell zu generieren sind, aufgenommen werden. Daher wird geregelt, dass die in Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 bis 7 genannten Gegenstände spätestens bis zum 1. Juli 2028 in das Pflege-Cockpit einzustellen und den Pflegebedürftigen der einheitliche digitale Zugang hierzu zu eröffnen ist.

Im weiteren Verlauf werden die Informationen und Funktionen weiter ausgebaut. Auch hierbei kann schrittweise vorgegangen werden. So können die Pflegekassen bei der Zusammenstellung der Informationen zu vor Ort, online oder telefonisch verfügbaren Beratungs-, Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige und Pflegepersonen zuerst Angebote aufnehmen, die öffentlich-rechtlich geprägt oder mit öffentlich-rechtlichen Mitteln oder Mitteln der Pflegeversicherung gefördert oder in besonderer Weise etabliert sind. Gleiches gilt für Informationen und Angebote für besondere Zielgruppen. Auch im Hinblick auf die Suche nach Schulungsmöglichkeiten können die Pflegekassen beispielsweise zuerst ihre eigenen Pflegekurse und Schulungsmöglichkeiten oder die ihres Pflegekassenverbandes bzw. die in ihrem Auftrag durchgeführten Kurse anzeigen, bevor ein Datenaustausch etabliert ist, der auch eine weitergehende Suchfunktion nach Schulungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit der Pflege ermöglicht.

Die weiteren Funktionen sind spätestens bis zum 1. Januar 2030 bereitzustellen. Soweit Informationen oder Funktionen schneller zur Verfügung gestellt werden können, ist dies aber selbstverständlich wünschenswert.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll die Einführung des Pflege-Cockpits mit einer Evaluation begleiten. Hierbei sollten insbesondere auch die Nutzerfreundlichkeit für die jeweiligen Nutzendengruppen sowie die technische Zuverlässigkeit der bereitgestellten Möglichkeiten in den Blick genommen werden. Er kann hierfür Mittel nach § 11 Absatz 1 einsetzen. Die nähere Gestaltung wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit den Pflegekassen abstimmen. Er legt dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. Dezember 2030 einen abschließenden Evaluationsbericht vor.

**Zu Nummer 7 (§ 7b)**

**Zu Buchstabe a**

Bei der Anpassung der Überschrift handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neuordnung der Vorschriften im Ersten Kapitel.

**Zu Buchstabe b**

**Zu Doppelbuchstabe aa**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Pflegebegleitung nach § 7c.

**Zu Doppelbuchstabe bb**

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen.

**Zu Buchstabe c**

Es handelt sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Nummer 8 (§§ 7c, 7d)**

**Zu § 7c (Pflegebegleitung)**

**Zu Absatz 1**

Nach den fachlichen Eckpunkten der Fach-Arbeitsgruppen „Versorgung“ und „Finanzierung“ der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ vom 11. Dezember 2025 (Nummer 2.1 bis 2.4) soll eine wirksame fachpflegerische Unterstützung, die auf eine langfristige Begleitung angelegt und konsequent präventionsorientiert ausgerichtet ist, eingeführt werden. Auch die Zielgruppe der pflegenden An- und Zugehörigen soll systematisch miteinbezogen werden.

Mit der Einführung des neuen § 7c wird dem Ergebnis des Zukunftspakts Pflege Rechnung getragen. Es wird ein neuer Anspruch für Pflegebedürftige aller Pflegegrade in häuslicher Pflege auf präventionsorientierte, fachliche Begleitung und Unterstützung in der Pflege (sog. Pflegebegleitung) zum 1. Januar 2029 geschaffen. Die bislang zur Verfügung stehende Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI sowie die Schulung in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen nach § 45 Absatz 1 Satz 3 SGB XI werden in der neuen Regelung in modifizierter Form zusammengeführt und zu einem vielschichtigen Gesamtkonzept der Pflegebegleitung weiterentwickelt.

Die frühzeitige, präventions- und rehabilitationsorientierte Pflegebegleitung soll sowohl pflegebedürftige Personen in häuslicher Pflege als auch ihre An- und Zugehörigen dabei unterstützen, die gesundheitliche und pflegerische Situation der pflegebedürftigen Personen zu verbessern, ihre Selbständigkeit zu erhalten sowie die häusliche Pflegesituation durch ein stabiles Versorgungsarrangement nachhaltig aufrechtzuerhalten. Ein stabiles Versorgungsarrangement kann insbesondere dadurch erreicht werden, dass die Pflegebegleitung die Organisation und das Zusammenspiel der Unterstützungs- und Pflegeleistungen durch Angehörige, Nachbarn, professionelle Dienste und sonstige Ehrenamtliche unterstützt. Durch die Pflegebegleitung können zudem gesundheitliche Verschlechterungen früh erkannt sowie auf geeignete Maßnahmen hingewirkt werden.

Der Anspruch auf Pflegebegleitung steht zudem pflegenden An- und Zugehörigen zu. Sie übernehmen schon heute eine tragende Rolle im pflegerischen Versorgungssystem. Gleichzeitig haben sie oftmals weitere Verpflichtungen. So gehen sie beispielsweise einer Erwerbstätigkeit nach oder ziehen Kinder groß. Ziel der Pflegebegleitung ist es deshalb auch, einer Überforderung der pflegenden An- und Zugehörigen entgegenzuwirken, sie durch geeignete Schritte zu entlasten und bei der Vereinbarkeit der unterschiedlichen Herausforderungen im Alltag zu unterstützen.

**Zu Absatz 2**

In Absatz 2 Satz 1 werden die Aufgaben der Pflegebegleitung beschrieben. Die Aufzählung ist nicht abschließend. Grundsätzlich soll die Pflegebegleitung eine laufende pflegefachliche Unterstützung und Begleitung der Pflegebedürftigen und im Bedarfsfall auch deren An- und Zugehörigen bieten. Sie ist jedoch insbesondere zu Beginn der Pflegebedürftigkeit notwendig. Dies gilt zum einen für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1. Zum anderen gilt dies für Pflegebedürftige, die direkt in Pflegegrad 2 oder 3 eingestuft werden und ausschließlich Pflegegeld beziehen. Denn gerade zu Beginn des Eintretens einer Pflegebedürftigkeit sind gezielte präventive Maßnahmen sowie sonstige Unterstützungsmaßnahmen sinnvoll, um ein Fortschreiten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der pflegebedürftigen Person zu vermeiden, ihre Selbständigkeit zu erhalten sowie frühzeitig pflegende An- und Zugehörige vor einer Überforderung zu bewahren.

**Zu Nummer 1**

Nach § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 hat die Gutachterin oder der Gutachter im Rahmen der Begutachtung auch Feststellungen zu den wichtigsten erkennbaren Einschränkungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und den dadurch voraussichtlich erforderlichen Schwerpunkten der pflegerischen Versorgung in einem eigenen Gutachtenabschnitt vorzunehmen. Dabei sind Empfehlungen zu daraus ableitbaren Beratungs- und gegebenenfalls Handlungsbedarfen der Pflegebegleitung auszusprechen, insbesondere zu den ersten Schritten zur Einleitung der pflegerischen Versorgung und erforderlichenfalls eines Fallmanagements zur Deckung besonderer pflegerischer Unterstützungsbedarfe. Nach § 18b Absatz 4 Satz 2 werden die für die Pflegebegleitung erforderlichen Informationen des Gutachtens mit Einwilligung des Pflegebedürftigen in gesicherter elektronischer Form an die zuständige Pflegebegleitungsstelle übermittelt. Nach Nummer 1 der Regelung hat die Pflegebegleitperson mit diesen Informationen den Unterstützungsbedarf der pflegebedürftigen Person zu erkennen, zu ermitteln und festzuhalten.

**Zu Nummer 2**

Aufgabe der Pflegebegleitung ist nach Nummer 2 zudem, ein stabiles Versorgungsarrangement für die pflegebedürftigen Menschen unter Einbeziehung ihrer Angehörigen, Zugehörigen und des Umfelds zu gestalten, einen Versorgungsplan zu erstellen und dessen Umsetzung zu begleiten. Hierzu gehört auch eine umfassende Beratung. Es sind die im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen

zu berücksichtigen. Zu den sozialen Hilfen gehören auch informelle Unterstützungen aus dem sozialen Umfeld, wie beispielsweise durch Nachbarn oder die Gemeinde oder informelle soziale Netzwerke.

**Zu Nummer 3**

Die Pflegebegleitung hat nach Nummer 3 die Pflegebedürftigen und ihre An- und Zugehörigen im Pflegealltag zu begleiten, individuell fachlich anzuleiten und Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege zu vermitteln. Hierzu gehört, die Pflegesituation zu beobachten, potentielle Problembereiche zu erfragen, auf bestehende Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten aufmerksam zu machen und den Pflegebedürftigen oder pflegenden An- oder Zugehörigen eine Hilfestellung für den Bedarfsfall zu signalisieren. Zudem soll eine Hilfestellung und praktische Unterstützung bei der häuslichen Pflege geboten und erste Lösungsschritte aufgezeigt werden. Dies schließt auch eine individuelle Schulung in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen mit ein, die künftig keine Leistung mehr nach § 45 sein wird, sondern nun auch Aufgabe der Pflegebegleitung nach dieser Vorschrift. Die Schulung beinhaltet die Vermittlung von pflegebezogenen Fertigkeiten und Fähigkeiten durch Initiierung eines zielgerichteten Lernprozesses. Ggf. kann sie auch auf Gruppenkurse vor Ort oder Online-Pflegekurse nach § 45 hinweisen, sofern diese sinnvoll erscheinen.

**Zu Nummer 4**

Auch hat die Pflegebegleitung nach Nummer 4 bei der Umsetzung von Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen, die im Rahmen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst ausgesprochen wurden, zu unterstützen. Dies gilt auch für weitere Präventionsempfehlungen, wie zum Beispiel Präventionsempfehlungen von Ärzten nach § 25 Absatz 1 SGB V und von Pflegefachpersonen nach § 5 Absatz 1a Satz 3 Nummer 2 SGB XI. Hierzu gehört auch, bei der Wahrnehmung der entsprechenden Leistungen zu unterstützen, sofern dies, wie zum Beispiel für die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme, erforderlich ist.

**Zu Nummer 5**

Wurde bei der pflegebedürftigen Person eine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt oder hat sie sich in einer vollstationären Krankenhausbehandlung befunden, hat die Pflegebegleitung nach Nummer 5 bei der Umsetzung von Maßnahmen, die im Rahmen des Entlassmanagements im Sinne des § 39 Absatz 1a SGB V empfohlen wurden, zu unterstützen. Hierzu kann sie den von der Rehabilitationseinrichtung an den Pflegebedürftigen übersandten Entlassungsbericht verwenden, der mit Einwilligung der pflegebedürftigen Person an die Pflegebegleitung weitergegeben wird.

**Zu Nummer 6**

Weitere Aufgabe der Pflegebegleitung ist nach Nummer 6, Pflegebedürftige zu Hilfs- und Pflegehilfsmitteln zu beraten und bei der Beantragung zu unterstützen. Da zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel nach Inkrafttreten dieses Gesetzes keine eigenständige Leistung nach § 40 mehr sind, sondern im Umfang des neuen Entlastungsbudgets nach § 37 Absatz 1 eigenständig über das Pflegegeld bezogen werden können, kann die Pflegebegleitung auch über die Art der Produkte und die Bezugsmöglichkeiten beraten, sofern diese notwendig sind.

**Zu Nummer 7**

Die Pflegebegleitung hat zudem nach Nummer 7 die Situation der pflegenden An- und Zugehörigen systematisch mit einzubeziehen, im Bedarfsfall konkrete Entlastungsmöglichkeiten aufzuzeigen und bei der Inanspruchnahme zu unterstützen. Dazu gehört auch die Be-

rücksichtigung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf oder Pflege und Ausbildung. Insbesondere in Haushalten mit Kindern wird ebenso die Vereinbarkeit von Pflege und Familie einbezogen. Die Pflegebegleitung berücksichtigt zudem die besonderen Belange von pflegenden Eltern sowie von pflegenden Kindern und Jugendlichen. Darunter sind Eltern zu verstehen, die pflegebedürftige Kinder und daher spezifische Unterstützungsbedarfe haben. Eltern von pflegebedürftigen Kindern, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen sollen eine für sie passende fachliche Unterstützung und Begleitung erfahren. Mit der Berücksichtigung von pflegenden Kindern und Jugendlichen wird ferner der besonderen Situation von „Young Carers“ Rechnung getragen.

Die Pflegebegleitung hat die von der Gutachterin oder dem Gutachter nach § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 ggf. angegebenen Empfehlungen zur Vermeidung einer Überlastung der Pflegeperson zu berücksichtigen. Entlastungsmöglichkeiten sind zum Beispiel Leistungen wie die häusliche Pflegehilfe oder die Tages- und Nachtpflege, vorhandene Selbsthilfegruppen, die Wahrnehmung möglicher Rechte nach dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz oder Präventions-, Vorsorge- oder Rehabilitationsmöglichkeiten.

**Zu Nummer 8**

Die Pflegebegleitung hat nach Nummer 8 Pflegebedürftige in pflegerischen Akutsituationen zu unterstützen und bei Bedarf weitere Hilfen zu organisieren. Wenn aufgrund eines unvorhersehbaren Ereignisses ein zeitlich nicht aufschiebbarer Unterstützungsbedarf in der häuslichen Pflege oder Betreuung besteht, kann sich der Pflegebedürftige oder der pflegende An- und Zugehörige an die Pflegebegleitung wenden. Diese Aufgabe ist jedoch begrenzt auf tagsüber an Werktagen, um den regulären Arbeitszeiten der Pflegebegleitpersonen Rechnung zu tragen. Für die anderen Zeiten kann künftig der Notdienst in der ambulanten Pflege genutzt werden. Nimmt der Pflegebedürftige Pflegesachleistungen in Akutsituationen nach § 39a durch einen Notdienst in der ambulanten Pflege in Anspruch und dauert die Inanspruchnahme länger als drei Kalendertage an, hat die Pflegebegleitung ab dem 1. Januar 2029 gegenüber dem Notdienst in der ambulanten Pflege eine Einschätzung über die weitere Erforderlichkeit der Akutversorgung des Pflegebedürftigen abzugeben. In pflegerischen Akutsituationen besteht zudem ab dem 1. Januar 2028 Anspruch auf einen Akutpflegeplatz in zugelassenen Pflegeeinrichtungen, soweit und solange ein Anspruch auf Überbrückungsversorgung nach § 39 Absatz 3 besteht und eine stationäre Versorgung nach Einschätzung der Pflegebegleitung aus pflegefachlicher Sicht erforderlich ist. Aufgabe der Pflegebegleitung ist somit auch, diese Einschätzung ab dem 1. Januar 2029 abzugeben.

Nach Absatz 2 Satz 2 sollen die nähere Ausgestaltung der Inhalte, das Verfahren und die Durchführung der Pflegebegleitung in den Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 17 Absatz 1a geregelt werden.

**Zu Absatz 3**

Mit Absatz 3 Satz 1 soll die Pflegebegleitung möglichst frühzeitig an die Pflegebedürftigen und ihre pflegenden An- und Zugehörigen herangetragen und sie ermutigt werden, diese in Anspruch zu nehmen. Der sinnvollste frühestmögliche Zeitpunkt ist unmittelbar nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades. Denn zu diesem Zeitpunkt steht zum einen fest, dass die pflegebedürftige Person einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat. Zum anderen ist dies der Zeitpunkt, zu dem das individuelle Pflegearrangement unter Berücksichtigung der Leistungen der Pflegeversicherung sowie unter Berücksichtigung der für die Pflege zur Verfügung stehenden An- und Zugehörigen organisiert wird. Auch ist dies der Zeitpunkt, zu dem gezielte präventive Maßnahmen sinnvoll eingesetzt werden können, um ein Fortschreiten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der pflegebedürftigen Person zu vermeiden und ihre Selbständigkeit zu erhalten.

Die Pflegekasse bietet der pflegebedürftigen Person einen konkreten Termin für eine Pflegebegleitung in der häuslichen Umgebung an und benennt zudem eine Kontaktperson. Das Angebot eines konkreten Termins ist an das Verfahren beim Mammographie Screening angelehnt. Hier wie dort erhält die berechtigte Person einen konkreten Termin und ist frei in ihrer Entscheidung, das Angebot zu nutzen. Durch die Mitteilung eines konkreten Termins soll ihr die Inanspruchnahme jedoch erleichtert werden. Sie muss nicht zunächst selber einen Termin vereinbaren, sondern bekommt diesen von ihrer Pflegekasse angeboten. Passt ihr der Termin nicht oder möchte sie das Angebot nicht nutzen, kann sie den Termin gegenüber der benannten Kontaktperson verschieben oder absagen. Möchte sie das Angebot hingegen nutzen, hat sie nichts weiter zu veranlassen.

Angeboten wird ein Termin in der häuslichen Umgebung im Sinne einer zugehenden Beratung. Dies ist sehr sinnvoll, denn dadurch kann die Pflegebegleitperson zum einen die tatsächlichen Gegebenheiten der häuslichen Pflegesituation in die Pflegebegleitung mit einbeziehen. Zum anderen muss die pflegebedürftige Person ihre häusliche Umgebung nicht verlassen, um die Pflegebegleitung in Anspruch nehmen zu können. Um aber auch den Pflegebedürftigen die Inanspruchnahme der Pflegebegleitung zu ermöglichen, die beispielsweise nicht gerne fremde Menschen in ihrer häuslichen Umgebung haben, ist jeder Termin im Rahmen der Pflegebegleitung gemäß Absatz 3 Satz 3 auf Wunsch des Pflegebedürftigen auch telefonisch oder durch barrierefreie digitale Anwendungen durchzuführen. Ebenso ist auf Wunsch der An- und Zugehörigen eine telefonische oder digitale Durchführung zu ermöglichen, wenn es ihnen beispielsweise nicht möglich ist, an dem Termin vor Ort zu sein, sie aber trotzdem teilnehmen möchten. Dies gilt auch für den Ersttermin, der allerdings grundsätzlich in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person erfolgen sollte.

Ist der Ersttermin durchgeführt worden und sind aus fachlicher Sicht der Pflegebegleitperson weitere Termine erforderlich, vereinbaren die Pflegebegleitperson und die pflegebedürftige Person weitere Termine. Da die Pflegebegleitperson und die pflegebedürftige Person die weiteren Termine vereinbaren, ist davon auszugehen, dass die pflegebedürftige Person mit den weiteren Terminen einverstanden ist. Die Pflegebegleitperson und die pflegebedürftige Person können unmittelbar im Ersttermin einen oder mehrere weitere Termine vereinbaren oder zu einem späteren Zeitpunkt. Die Termine können sowohl in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person als auch telefonisch oder durch barrierefreie digitale Anwendungen erfolgen. Bei der Durchführung der Pflegebegleitung als Videokonferenz gelten die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden.

**Zu Absatz 4**

Eine pflegefachlich fundierte, verlässliche und vertrauensvolle Unterstützung ist für jedes gute Pflegesetting unerlässlich. Deshalb steht Pflegebedürftigen und ihren pflegenden An- und Zugehörigen die Pflegebegleitung über Absatz 3 hinaus immer dann zur Verfügung, wenn sie Begleitungs- oder Unterstützungsbedarf haben. Dies gilt insbesondere auch in pflegerischen Akutsituationen, jedoch begrenzt auf tagsüber an Werktagen, um den regulären Arbeitszeiten der Pflegebegleitpersonen Rechnung zu tragen. Für die anderen Zeiten kann künftig der Notdienst in der ambulanten Pflege genutzt werden.

**Zu Absatz 5**

Das Fallmanagement als intensive Stufe der Pflegebegleitung dient der Unterstützung bei der Organisation und Koordination der häuslichen Pflege. Entsprechend dem bisherigen Begriff der Pflegeberatung ist das Fallmanagement eine individuelle und umfassende Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl sowie Inanspruchnahme von bundes- und landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, und Betreuungsbedarf ausgerichtet sind. Es dient dem Zweck, eine angemessene sowie erforderliche Pflege, Betreuung, Behandlung, Unterstüt-

zung und Versorgung und ein entsprechendes Versorgungsarrangement zu erreichen und zu sichern. Es wird Pflegebedürftigen angeboten, wenn aus fachlicher Sicht nach Einschätzung der Pflegebegleitperson ein besonderer Unterstützungsbedarf besteht. Das Fallmanagement wird nicht durchgeführt, wenn die pflegebedürftige Person dies ablehnt und einer entsprechenden Unterstützung widerspricht. Die Verarbeitung der Daten der pflegebedürftigen Person dürfen nach Absatz 7 nur mit Einverständnis der pflegebedürftigen Person erfolgen.

Ein besonderer Unterstützungsbedarf kann insbesondere bestehen, wenn

– das Krankheitsbild der pflegebedürftigen Person und somit die pflegerische Versorgung vielschichtig sind,

– An- und Zugehörige für die pflegerische Versorgung längerfristig nicht zur Verfügung stehen oder

– kein erforderliches professionelles Versorgungsangebot zur Verfügung steht.

Verschiedene Situationen können Indikatoren für die Notwendigkeit eines Fallmanagements sein. Hierzu zählen unter anderem

– komplexe medizinisch-pflegerische Bedarfslagen, wie Multimorbidität, wenn schwere Erkrankungen vorliegen, die unterschiedliche Therapien von unterschiedlichen Dienstleistern (Fachärzten, Wundmanagement, Physiotherapie) erfordern,

– post-stationäre Übergänge, die Situation nach einem Krankenhausaufenthalt (z. B. nach einem Schlaganfall), in denen die häusliche Pflege in kürzester Zeit neu organisiert werden muss,

– kognitive Belastungsfaktoren wie Demenz, wenn die kognitive Einschränkung Pflegebedürftiger eine spezialisierte Betreuung und eine engmaschige Koordination von Entlastungsangeboten erfordert, in die neben An- und Zugehörigen auch das soziale Umfeld einbezogen werden sollte.

Den besonderen Unterstützungsbedarf konkretisiert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1a.

Das Fallmanagement ist eine weitere Stufe der Pflegebegleitung und umfasst auch die in Absatz 2 genannten Aufgaben. Aufgaben des Fallmanagements sind somit im Zusammenhang mit komplexen Situationen der pflegebedürftigen Person insbesondere:

– die Ermittlung und Erhebung des relevanten Bedarfs unter Berücksichtigung der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst,

– die Ausarbeitung eines individuellen Versorgungsplans, unter Einbeziehung von An- und Zugehörigen und des Umfelds, in den erforderliche Sozialleistungen und alle in Betracht kommenden Hilfen aufgenommen werden sowie Ziele zur Umsetzung,

– die rechtskreis- und sektorenübergreifende Erschließung und Beantragung von in Betracht kommenden Hilfen und Sozialleistungen, Einbeziehung zuständiger Stellen sowie der Suche nach und Inanspruchnahme von passenden Angeboten,

– die Suche, Vermittlung und Inanspruchnahme sowie Organisation weiterer Angebote zur Umsetzung des Versorgungsplans,

– bei Bedarf Monitoring und Beurteilung der Wirksamkeit vermittelter beziehungsweise organisierter Hilfen.

Ziel des Fallmanagements ist es, Pflegebedürftige mit komplexem Handlungsbedarf ganzheitlich zu unterstützen. Das Fallmanagement erfolgt rechtskreisübergreifend in dem Sinne einer koordinierenden Aufgabe zwischen den beteiligten Stellen. Dies beinhaltet beispielsweise den Kontakt zu Kliniken, Sozialdiensten und Kostenträgern, damit Pflegebedürftige zur passenden Zeit die passende Unterstützung erhalten. Es sollen auch Netzwerke vor Ort (z. B. über Pflegestützpunkte) genutzt werden, um dem Bedarf entsprechende Angebote zu finden. Die Überlastung von An- und Zugehörigen und des sozialen Umfelds soll überwunden werden, um die Selbständigkeit Pflegebedürftiger in der häuslichen Pflege zu erhalten.

Sofern die Versorgung der pflegebedürftigen Person nicht innerhalb eines angemessenen Zeitrahmens sichergestellt werden kann, hat die Pflegebegleitperson die Pflegekasse oder – bei rechtskreisübergreifender Beratung – den zuständigen Leistungsträger entsprechend zu informieren. Für die Pflegekasse gilt der Sicherstellungsauftrag nach § 69. Bei der Umsetzung des Sicherstellungsauftrags sind u. a. zu berücksichtigen:

– das Pflegepotenzial von Angehörigen und Zugehörigen (hierzu zählen Nachbarn, Freunde und Bekannte),

– die Einbindung von Pflegediensten, Betreuungsdiensten, Angeboten zur Unterstützung im Alltag und Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen,

– ehrenamtliche oder kommunale Angebote, und sonstige Dienstleister ohne Pflegebezug sowie

– Netzwerke für Menschen mit Demenz und sonstige Angebote, insbesondere für Gruppen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert das Verfahren, Anforderungen und Organisation des Fallmanagements in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1a.

**Zu Absatz 6**

Absatz 6 ist an die bisherigen Regelungen zur Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 ff. SGB XI a. F. angelehnt. Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach § 37 Absatz 1 SGB XI beziehen, haben einmal jährlich eine Pflegebegleitung abzurufen. Die Pflegebegleitung hat in der eigenen Häuslichkeit der pflegebedürftigen Person zu erfolgen. Eine Durchführung per Videokonferenz ist, im Gegensatz zur bisherigen Regelung, nicht mehr zulässig. Die vorgesehene Regelung dient in erster Linie der dauerhaften Begleitung und Unterstützung der pflegebedürftigen Person. Sie dient aber auch der Begleitung und Unterstützung ihrer pflegenden An- und Zugehörigen. Schließlich dient sie der Feststellung, dass die häusliche Pflege sichergestellt ist. Sie hat somit eine maßgeblich Schutzfunktion gegenüber Pflegebedürftigen, die in der Regel keinen professionellen Leistungserbringer in ihre häusliche Versorgung eingebunden haben.

Die Pflegebegleitperson bestätigt die Durchführung der Pflegebegleitung gegenüber der zuständigen Pflegekasse, im Fall der Beihilfeberechtigung auch gegenüber der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle. Sofern die pflegebedürftige Person die verpflichtende Pflegebegleitung nicht abruft, hat die Pflegekasse das Pflegegeld angemessen zu kürzen oder zu entziehen. Die Regelung dient somit auch dem Nachweis, dass die finanziellen Mittel der sozialen Pflegeversicherung zweckentsprechend verwendet werden.

Erkennt die Pflegebegleitperson, dass eine angemessene Versorgung der pflegebedürftigen Person nicht gewährleistet ist, hat sie konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Pflegesituation zu unterbreiten, deren Umsetzung aktiv unterstützen und einen verbindlichen Termin zur Nachprüfung im häuslichen Umfeld festzulegen. Zeigt sich bei diesem Folgetermin, dass die Versorgung der pflegebedürftigen Person weiterhin unzureichend ist, ist die

Pflegebegleitperson dazu verpflichtet, die Pflegekasse darüber zu informieren. In der Folge hat die Pflegekasse ein Fallmanagement nach Absatz 5 anzubieten. Das Fallmanagement ermöglicht eine intensivere Steuerung der notwendigen Hilfen und stellt sicher, dass alle relevanten Leistungen bedarfsgerecht organisiert werden. Nimmt die pflegebedürftige Person dieses Unterstützungsangebot nicht in Anspruch, ist die Pflegekasse berechtigt, das Pflegegeld zu entziehen. Dies gilt ebenso, wenn der vereinbarte Folgetermin nicht wahrgenommen wird.

**Zu Absatz 7**

Personenbezogene Daten der pflegebedürftigen Person dürfen im Rahmen der Pflegebegleitung und des Fallmanagements grundsätzlich nur verarbeitet werden, wenn die pflegebedürftige Person ausdrücklich mit der Datenverarbeitung einverstanden ist.

Eine Ausnahme gilt jedoch, wenn die Pflege nach Absatz 5 Satz 4 und Absatz 6 Satz 6 nicht sichergestellt ist. Um Gefahren für die Gesundheit und das Wohlergehen der pflegebedürftigen Person zu verhindern oder abzuwenden, muss ein Informationsaustausch zwischen Pflegebegleitperson und Pflegekasse in diesen Fällen auch ohne Einwilligung möglich sein. Nur so können notwendige Maßnahmen schnell eingeleitet und die Versorgung verbessert werden.

Die Regelung schafft somit einen sachgerechten Ausgleich zwischen dem Schutz der informationellen Selbstbestimmung einerseits und dem körperlichen und seelischen Schutzbedürfnis der pflegebedürftigen Person andererseits, wenn die Pflege nicht sichergestellt ist.

**Zu Absatz 8**

Die Regelung ist von zentraler Bedeutung, um den Gleichklang zwischen privater Pflege-Pflichtversicherung und sozialer Pflegeversicherung zu gewährleisten. Sie stellt sicher, dass alle Pflegebedürftigen unabhängig von der Art ihrer Versicherung eine gleichwertige Versorgung erhalten. Die Leistungen sollen daher hinsichtlich Art und Umfang vergleichbar sein. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist in § 23 Absatz 1 Satz 2 SGB XI normiert. Dies gilt somit auch für den Anspruch auf Pflegebegleitung und dessen Umsetzung.

**Zu § 7d (Angebotsstruktur und Finanzierung der Pflegebegleitung)**

**Zu Absatz 1**

Nach Absatz 1 Satz 1 liegt die originäre Verantwortung für die Durchführung der Pflegebegleitung vorbehaltlich der Absätze 4 und 5 bei den Pflegekassen. Sie haben die Pflegebegleitung zum bestmöglichen Nutzen ihrer Versicherten sicherzustellen. Die Pflegebegleitung ist dabei umso wirkungsvoller, je enger alle Beteiligten vor Ort zusammenarbeiten. Deshalb sind die Pflegekassen nach Absatz 1 Satz 2 verpflichtet, mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammenzuarbeiten. Dabei haben sie bereits bestehende, externe Beratungsstrukturen zu berücksichtigen. Hier ist insbesondere an die ambulanten Pflegedienste oder anerkannten Beratungsstellen zu denken, die die Beratung nach § 37 Absatz 3 in der bisherigen Fassung über Jahre durchgeführt haben. Diese verfügen über eine hohe Fachkompetenz und Erfahrung.

Darüber hinaus sind die Pflegekassen verpflichtet, die regionalen Vernetzungsstrukturen zu fördern. Dazu zählen insbesondere die Pflegestützpunkte als lokale Beratungsstellen, in die die Pflegekassen idealerweise die Durchführung der Pflegebegleitung integrieren.

Die Umsetzung dieser Vorgaben erfolgt nach Absatz 1 Satz 4 über Vereinbarungen zwischen den Pflegekassen. Die Vereinbarungen beziehen sich einerseits auf eine bundesweite und kassenartenübergreifende Organisation der Pflegebegleitung. Die Pflegebeglei-

tung soll allen Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege und ihren pflegenden An- und Zugehörigen bundesweit in gleich guter Qualität und Quantität zur Verfügung stehen, unabhängig davon, bei welcher Pflegekasse die einzelne Person versichert ist und in welchem Kreis bzw. in welcher kreisfreien Stadt sie lebt. Andererseits müssen sich die Pflegekassen auf einen Verantwortlichen für das Gebiet jedes Kreises und jeder kreisfreien Stadt verständigen. Für jede versicherte Person soll zweifelsfrei feststehen, an welche Stelle in ihrem Kreis bzw. ihrer kreisfreien Stadt sie sich für die Durchführung der Pflegebegleitung wenden kann, unabhängig davon, bei welcher Pflegekasse die Person versichert ist. Die Vereinbarungen sind so rechtzeitig zu treffen, dass die Pflegekassen die Pflegebegleitung ab dem 1. Januar 2029 sicherstellen können.

Nach Absatz 1 Satz 5 können die Pflegekassen das Verhandeln und Abschließen der Vereinbarungen auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen.

Da regionale Vernetzungsstrukturen für die regionale Organisation der Pflegebegleitung von großem Interesse sind, müssen nach Absatz 1 Satz 6 die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch oder die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe an der Entwicklung der Organisation für das Gebiet ihrer örtlichen Zuständigkeit beteiligt werden, soweit ihr Interesse besteht. Auf diese Weise können auch Grundlagen für Kooperationsvereinbarungen zwischen Pflegekassen und Kommunen geschlossen werden. Für die Beteiligung müssen Verantwortliche für das Gebiet festgelegt sein, damit ein Ansprechpartner für eine kooperative Organisation feststeht. Fragen zur Entwicklung der Organisation der Pflegebegleitung können auf dieser Grundlage auch in regionalen Pflegeausschüssen nach § 8a Absatz 3 behandelt werden.

Nach Absatz 1 Satz 7 können sich die Pflegekassen auch darauf verständigen, die Pflegebegleitung ganz oder teilweise auf Dritte zu übertragen. Bereits heute haben manche Pflegekassen die bisherige Pflegeberatung (vollständig) auf Dritte übertragen. Zu denken ist hier an die Schaffung neuer Beratungsstrukturen außerhalb der Pflegekassen. Maßgeblich ist dabei stets, dass die Dritten das Aufgabenspektrum der Pflegebegleitung nach § 7c Absatz 2 abdecken müssen. Möglicherweise ist hier eine teilweise Übertragung auf Dritte eine passende Option.

Absatz 1 formuliert somit ein klares Ziel: die Sicherstellung der Pflegebegleitung aller Pflegebedürftigen durch die Pflegekassen bei weitestgehender Einbindung und Integration weiterer Beteiligter. Gleichzeitig erhalten die Pflegekassen die erforderliche Flexibilität zur Umsetzung dieses Ziels.

**Zu Absatz 2**

Um die Pflegebegleitung durchführen zu können, müssen die Pflegekassen entsprechend qualifizierte Pflegebegleitpersonen einsetzen. Zu der erforderlichen Anzahl, der Qualifikation sowie der Fortbildung der Pflegebegleitpersonen hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 30. September 2027 Empfehlungen abzugeben. Die in § 17 Absatz 1a Satz 3 genannten Parteien und die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene sind an den Empfehlungen zu beteiligen.

Die Pflegebegleitung und das Fallmanagement können durch multiprofessionelle Teams erbracht werden. Abhängig von den zu begleitenden individuellen Fällen können Pflegebegleitpersonen und Fallmanager mit unterschiedlicher Qualifikation eingesetzt werden. So muss es sich nicht in jedem Fall um eine Pflegefachperson handeln. Für die Beratung zu Leistungen können auch Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter mit der erforderlichen Zusatzqualifikation eingesetzt werden. Auch weitere Berufsgruppen können berücksichtigt werden. Bei der Qualifikation sollten insbesondere Kompetenzen wie die Fähigkeit zur Anleitung, zur Kommunikation, zur Netzwerkknüpfung sowie zur Gesprächsführung und Beratung berücksichtigt werden.

**Zu Absatz 3**

Die zur Finanzierung der Pflegebegleitung nach § 7c erforderlichen Mittel werden von den Pflegekassen über den Ausgleichsfonds nach § 65 zur Verfügung gestellt. Sie berechnen sich anhand von 146 Euro je pflegebedürftiger Person in häuslicher Pflege mit Wohnsitz in dem jeweiligen Kreis bzw. in der jeweiligen kreisfreien Stadt. Der Betrag in Höhe von 146 Euro je pflegebedürftiger Person ergibt sich wie folgt: Nach bisheriger Rechtslage sieht das Pflegeversicherungsrecht verschiedene Regelungen zur Beratung von Pflegebedürftigen und ihren pflegenden An- und Zugehörigen vor. Hierzu gehören insbesondere die Pflegeberatung nach dem bisherigen § 7a, die Beratung bei Pflegegeldbeziehenden nach dem bisherigen § 37 Absatz 3 sowie Pflegekurse für pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen nach § 45. Mit Einführung der neuen Pflegebegleitung zum 1. Januar 2029 werden die bisherigen Beratungsregelungen überwiegend aufgehoben, die dadurch bisher gebundenen finanziellen Mittel werden frei. Sie stehen somit grundsätzlich für die Pflegebegleitung nach § 7c zur Verfügung. Für die Pflegekurse nach § 45 gilt: Hier werden die Schulungen in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen nach § 45 Absatz 1 Satz 3 in die Pflegebegleitung nach § 7c integriert; sowohl Gruppenkurse als auch Online-Kurse werden weiterhin nach § 45 erbracht.

Bei rund 5,2 Millionen Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege (zum Stichtag 31. Dezember 2025: 5.161.367) und einem Betrag in Höhe von 146 Euro je pflegebedürftiger Person in häuslicher Pflege ergeben sich für die Pflegebegleitung insgesamt finanzielle Mittel in Höhe von rechnerisch rund 760 Millionen Euro, welche mit der Hälfte der bisherigen Ausgaben für den Entlastungsbetrag nach § 45b in Pflegegrad 1, einem Teil der bisherigen Ausgaben für die Pflegeberatung nach § 7a, den bisherigen Ausgaben für die Beratung nach § 37 Absatz 3 und den bisherigen Ausgaben für die Schulungen in der häuslichen Umgebung der Pflegebedürftigen nach § 45 vollständig refinanziert werden. Insgesamt kann dadurch eine fachlich fundierte, präventionsorientierte und verlässliche Pflegebegleitung für alle Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege sichergestellt werden.

Bei dem Betrag in Höhe von 146 Euro je pflegebedürftiger Person in häuslicher Pflege handelt es sich um eine Rechengröße. Damit und mit der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege soll der Finanzrahmen festgelegt werden, der für die Pflegebegleitung im Jahr zur Verfügung steht. Der Betrag besagt nicht, dass jede pflegebedürftige Person in häuslicher Pflege einen Anspruch auf Pflegebegleitung im Wert von 146 Euro hat. Vielmehr soll die individuelle Inanspruchnahme entsprechend der gesetzlichen Vorgaben und nach dem Begleitungsbedarf der Pflegebedürftigen erfolgen.

Der Betrag in Höhe von 146 Euro ist also eine rechnerische Größe im Rahmen des § 7d, kein Entgelt für die einzelne jeweilige Pflegebegleitung. Dementsprechend lassen sich hieraus auch keine Festlegungen für die Höhe des Entgelts ableiten, das im Erstattungsverfahren der privaten Pflege-Pflichtversicherung zur Anwendung kommt, wenn diese die Pflegebegleitung durchführt und ggf. wenn auch weitere Kostenträger, wie z. B. Beihilfeträger, involviert sind.

Übernehmen die Pflegestützpunkte für das Gebiet eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt nach Absatz 4 oder übernehmen die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe nach Absatz 5 die Pflegebegleitung auf Grund landesrechtlicher Vorschriften, setzt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die finanziellen Mittel je Kreis oder kreisfreier Stadt jährlich in Richtlinien fest (vgl. Absatz 3 Satz 3). Die Pflegekassen stellen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen die hierfür erforderlichen Daten jährlich bis spätestens zum 30. Juni zur Verfügung. Dadurch erhalten die Pflegestützpunkte und Kommunen Planungssicherheit: Sie wissen, wieviel Geld ihnen im kommenden Jahr für die Erbringung der Pflegebegleitung zur Verfügung steht.

Die Mittel dienen der Durchführung der Pflegebegleitung einschließlich des Fallmanagements, sie dienen aber auch der Schulung und Qualifizierung der Pflegebegleitpersonen. Dazu gehören auch Maßnahmen zur Sicherstellung der barrierefreien Erreichbarkeit und zur Qualitätssicherung der Pflegebegleitung. Somit werden die maßgeblichen Kosten der Pflegebegleitung durch die finanziellen Mittel abgedeckt.

Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der Mittel aus dem Ausgleichsfonds nach § 65 regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung als Verwalter des Ausgleichsfonds durch Vereinbarung.

**Zu Absatz 4**

Deutschlandweit gibt es rund 500 Pflegestützpunkte (vgl. Achter Pflegebericht der Bundesregierung von November 2024, Berichtszeitraum 2020 bis 2023, S. 150 f., Tabelle 44). In einigen Ländern, wie bspw. Rheinland-Pfalz und Niedersachsen, ist das Netz an Pflegestützpunkten besser ausgebaut als in anderen Ländern. Unabhängig davon soll es allen Ländern ermöglicht werden, vorhandene Beratungs- und Unterstützungsstrukturen in den Pflegestützpunkten nach § 7e zu nutzen und diesen die Durchführung der Pflegebegleitung zu überlassen. Die Überlassung bezieht sich dabei jeweils auf das Gebiet eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt. Diese Option eröffnet Absatz 4, indem den Ländern ermöglicht wird, entsprechende landesrechtliche Regelungen zu treffen. Auf ihrer Grundlage können dann die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe von den Pflege- und Krankenkassen den Abschluss einer Vereinbarung zur gemeinsamen und vollständigen Übernahme der Pflegebegleitung durch Pflegestützpunkte verlangen.

Wird die Pflegebegleitung durch die Pflegestützpunkte übernommen, gelten Absatz 1 bis 3, § 7c Absatz 2 bis 7 sowie die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a entsprechend. Damit wird sichergestellt, dass die Pflegebegleitung allen Versicherten bundesweit in gleich guter Qualität und Quantität zur Verfügung steht, unabhängig davon, in wessen Verantwortung die Durchführung liegt.

Über Absatz 1 Satz 5 in entsprechender Anwendung steht es auch den Pflegestützpunkten frei, die ambulanten Pflegedienste oder sonstige Dritte in die Durchführung der Pflegebegleitung einzubinden.

Bei einer Übernahme der Pflegebegleitung durch Pflegestützpunkte sind die Pflegekassen aus ihrer originären und alleinigen Verpflichtung zur Sicherstellung der Pflegebegleitung nach Absatz 1 Satz 1 entlassen. In den Pflegestützpunkten tragen sie gemeinsam mit den für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägern der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe die Verantwortung für die Pflegebegleitung. Die Übernahme der Pflegebegleitung durch Pflegestützpunkte bezieht sich jeweils auf das Gebiet eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt. Die Pflegekasse informiert die Pflegestützpunkte unverzüglich über den erstmaligen Erhalt eines Pflegegrades, wenn die pflegebedürftige Person einverstanden ist.

**Zu Absatz 5**

Übernehmen die Pflegestützpunkte nicht nach Absatz 4 die Pflegebegleitung, können die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe die Pflegebegleitung auf Grund landesrechtlicher Vorschriften übernehmen. Auch hier bezieht sich die Übernahme auf das Gebiet eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt für den Bereich der örtlichen Zuständigkeit des Trägers der Sozialhilfe oder der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe.

Insbesondere in Kommunen mit nicht so vielen Einwohnerinnen und Einwohnern bzw. nicht so vielen Pflegebedürftigen kann es sinnvoll sein, wenn mehrere Träger der Sozialhilfe sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe die Pflegebegleitung gemeinschaftlich und gebietsübergreifend übernehmen. Diese Möglichkeit eröffnet Absatz 5 Satz 3 im Interesse einer qualitativ und quantitativ hochwertigen Pflegebegleitung.

Die Pflegekasse informiert die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe unverzüglich über den erstmaligen Erhalt eines Pflegegrades, wenn die pflegebedürftige Person einverstanden ist.

**Zu Absatz 6**

Im Fall einer Übernahme der Pflegebegleitung nach Absatz 4 oder 5 haben die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe die Übernahme der Pflegebegleitung bis zum 31. Dezember 2027 gegenüber dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen anzuzeigen. Damit erhalten die Pflegekassen Planungssicherheit: Sie wissen nun, dass sie aus der Verpflichtung zur Sicherstellung der Pflegebegleitung nach § 7d Absatz 1 Satz 1 entlassen sind. Gleichzeitig muss der Spitzenverband Bund der Pflegekassen das Budget je Kreis oder kreisfreier Stadt jährlich in Richtlinien festsetzen. Dadurch erhalten die Kreise und kreisfreien Städte in finanzieller Hinsicht die für sie erforderliche Planungssicherheit.

Insgesamt lässt sich folgendes Stufenverhältnis bei der Verantwortlichkeit für die Pflegebegleitung feststellen:

- grundsätzliche Verpflichtung der Pflegekassen zur Sicherstellung der Pflegebegleitung,

- 1. Option: Übernahme der Pflegebegleitung durch die Pflegestützpunkte,

- 2. Option: Übernahme der Pflegebegleitung durch die Kommunen.

Übernehmen weder die Pflegestützpunkte noch die Kommunen die Pflegebegleitung, verbleibt die Pflegebegleitung im alleinigen Verantwortungsbereich der Pflegekassen.

**Zu Absatz 7**

Um einen Überblick über die Pflegebegleitung in den Landkreisen und Kommunen zu erhalten, ist eine wissenschaftliche Evaluation der Pflegebegleitung vorgesehen. Die Evaluation soll einen Überblick über die Strukturen, die Durchführung, die Auskömmlichkeit der finanziellen Mittel nach Absatz 3, die Ergebnisse und die Wirkungen der Pflegebegleitung sowie des Fallmanagements geben. Dabei soll sie auch die jeweiligen Wirkungen in verschiedenen Fallkonstellationen untersuchen, beispielsweise bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (wie Demenz), pflegenden Eltern oder pflegenden Kindern und Jugendlichen. Für diese Evaluation ist die Forschungsstelle Pflegeversicherung beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen zuständig. Die Inhalte der wissenschaftlichen Begleitung sind im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit festzulegen.

**Zu Nummer 9 (§ 7e)**

Der bisherige § 7d wird zu § 7e.

**Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Buchstabe b**

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung der Pflegebegleitung nach § 7c.

Mit der Ergänzung eines neuen Absatzes 1b wird eine Frist für die Anpassung der Verträge zur Einrichtung des Pflegestützpunkts festgelegt. Zuvor müssen die im Regelungstext genannten Akteure bestimmt haben, dass die Pflegebegleitung durch den Pflegestützpunkt durchgeführt wird, und die Übernahme dieser Aufgabe muss gegenüber dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen angezeigt worden sein.

**Zu Buchstabe c**

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen.

**Zu Buchstabe d**

Mit der Anpassung erfolgt die Aktualisierung einer Bezeichnung.

**Zu Nummer 10 (§ 8)**

§ 8 wird wieder auf seinen Kern der Gemeinsamen Verantwortung konzentriert. In diesen Kontext wird nun auch die Bereitstellung von Daten zur pflegerischen Versorgung aufgenommen. Daher wird der bisher in § 10 Absatz 1 geregelte Pflegebericht neuer § 8 Absatz 3; der Bericht wird ab der 22. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages nun einmal in jeder Wahlperiode des Deutschen Bundestages vorgelegt. Der Bericht umfasst zukünftig auch weitere Angaben, denn die soziale Pflegeversicherung – als Teilleistungssystem – bedingt im Falle der Pflegebedürftigkeit das Aufbringen des eigenen Einkommens und Vermögens für die insgesamt entstehenden pflegebedingten Kosten. Bisher sind Informationen über pflegebedingte Eigenanteile nur für die vollstationäre Pflege bekannt. Informationen darüber, welchen Anteil pflegebedingte Kosten am individuellen sowie haushaltsbezogenen Einkommen und Vermögen einnehmen, existieren weder für Pflegebedürftige in stationärer noch ambulanter bzw. häuslicher Pflege. Gerade bei ambulanter und häuslicher Pflege ist die Frage zu beantworten, ob bei steigenden Pflegekosten ggf. bestimmte Pflegeleistungen nicht mehr in Anspruch genommen werden, weil die Pflegekosten ansonsten aus eigenem Einkommen und Vermögen nicht mehr finanzierbar wären. In diesem Kontext sind auch die Verbreitung von zusätzlichen privaten Absicherungsmöglichkeiten sowie die Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege zu untersuchen.

Die bisher in § 12 Absatz 2 geregelte Zurverfügungstellung von Daten der Pflegekassen wird neuer § 8 Absatz 4. In dem neuen § 8 Absatz 4 wird ein Verweis korrigiert. In der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ wurde ferner verabredet, dass die Pflegekassen eine einheitliche Plattform errichten, um die im Rahmen ihrer Aufgaben gemäß § 8 Absatz 4 Satz 1 vorgesehene Übermittlung von Daten an die in den Ländern für die Pflegestrukturplanung zuständigen Gebietskörperschaften zu vereinfachen (siehe Punkt 4.4 in den „Fachlichen Eckpunkten für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung“ vom 11. Dezember 2025). Diese Verabredung wird mit der vorliegenden Änderung umgesetzt. Die Empfehlungen, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Länder und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene unter Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe bereits nach geltendem Recht vereinbaren müssen und die dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Oktober 2026 vorgelegt werden müssen, sind dabei zu berücksichtigen.

Die Finanzierung der Errichtung der Plattform erfolgt aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Dabei sind die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.

**Zu Nummer 11 (§ 8a)**

**Zu Buchstabe a**

Mit der Konkretisierung der Zweckbestimmung von § 8a wird der Aspekt der Sicherstellung für die pflegerische Versorgung noch deutlicher hervorgehoben.

**Zu Buchstabe b**

Mit der Konkretisierung der Zweckbestimmung von § 8a wird der Aspekt der Sicherstellung für die pflegerische Versorgung noch deutlicher hervorgehoben.

**Zu Buchstabe c**

Der Einschub in Absatz 4 konkretisiert die Möglichkeiten, über das Landesrecht Vorgaben für die Erstellung von Pflegestrukturplanungsempfehlungen durch die Ausschüsse nach Absatz 1 und 3 zu treffen. Für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung bzw. für die Feststellung von strukturellen Versorgungsbedarfen über landesrechtliche Vorgaben können in den Empfehlungen zur Pflegestrukturplanung insbesondere folgende Indikatoren herangezogen werden:

1. die Wartezeiten auf einen Pflegeplatz oder die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen, sofern diese regelmäßig und deutlich über bzw. unter dem bundesweiten Durchschnitt liegen,

2. die Anzahl der Pflegeeinrichtungen oder -dienste im Verhältnis zur Zahl der Pflegebedürftigen im jeweiligen Kreis, sofern dieser deutlich unter oder deutlich über einem von den Mitgliedern des Ausschusses festgelegten Schwellenwert liegt,

3. die Qualität der Pflegeleistungen, wenn diese aufgrund von Personalmangel oder fehlender Infrastruktur nicht den Anforderungen nach § 113 SGB XI entspricht.

Die Feststellung eines strukturellen Versorgungsbedarfs hat aufgrund der Unterschiedlichkeit der pflegerischen Versorgung auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte zu erfolgen. Die Länder sind bereits nach geltendem Recht dazu ermächtigt, durch Landesrecht nähere Regelungen zur kommunalen Pflegeplanung und zur Einbindung der Gebietskörperschaften zu treffen.

Mit der Konkretisierung wird beabsichtigt, einen kooperativen Ansatz der auf der regionalen Ebene Beteiligten bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zu fördern. Gleichzeitig sollen die Länder im Rahmen ihrer Infrastrukturverantwortung dazu angeregt werden, 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.

Zudem wird in der Änderung auf die durch das SGB XI vorgegebenen wesentlichen Regelungen zur Verantwortung und Sicherstellung der pflegerischen Versorgung verwiesen, in denen auch die jeweiligen Zuständigkeiten festgelegt werden.

**Zu Buchstabe d**

Der geänderte Absatz 4 und der neue Absatz 4a geben vor, sofern landesrechtliche Regelungen zur Pflegestrukturplanung einschließlich der Feststellung eines strukturellen Versorgungsbedarfs und dessen Deckung getroffen wurden, dass in einer bestimmten Frist Maßnahmen zu ergreifen sind. Ein entsprechender Maßnahmenplan soll insbesondere die Ursachen des Versorgungsbedarfs analysieren, konkrete, zeitlich befristete Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation enthalten, die Finanzierung und Verantwortlichkeiten zur Behebung klar regeln und hinsichtlich seiner Zielerreichung in regelmäßigen Abständen evaluiert werden.

Der Maßnahmenplan könnte beispielsweise folgende Maßnahmen umfassen: die Förderung des Baus oder der Erweiterung von (kommunalen) Pflegeeinrichtungen, insbesondere durch die Investitionskostenförderung nach § 9 Absatz 2 SGB XI, finanzielle Anreize für Pflegekräfte und die Träger von Pflegeeinrichtungen und für Pflegekräfte, die Unterstützung der qualitativ hochwertigen Anwerbung von Pflegepersonen aus Drittstaaten, Unterstützungsmaßnahmen bei der Ausbildung und Weiterbildung von Pflegepersonal sowie die Koordinierung der Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur durch die nach Landesrecht für die Planung zuständigen Stellen. Über den Erfolg des Maßnahmenplans und seiner Umsetzung ist zu berichten.

**Zu Nummer 12 (§ 9)**

**Zu § 9 (Aufgaben der Länder)**

**Zu Absatz 1**

Der bisherige Wortlaut des § 9 wird zu § 9 Absatz 1. Dabei wird die bislang in Satz 4 enthaltene Aussage, dass die nach Landesrecht vorgesehene finanzielle Unterstützung der Pflegebedürftigen sich auch an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen orientieren kann, in einen eigenständigen Satz 5 überführt.

Mit der Änderung wird klargestellt, dass sich eine nach Landesrecht vorgesehene finanzielle Unterstützung der Pflegebedürftigen bei der Tragung der ihnen von den Pflegeeinrichtungen berechneten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen nicht zwingend an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen orientieren muss. Gleichwohl bleibt diese Möglichkeit eröffnet. Damit liegt es weiterhin im pflichtgemäßen Ermessen der Länder, wie sie ihre Verantwortung für die pflegerische Versorgungsstruktur wahrnehmen und inwiefern sie Maßnahmen zur Verringerung der Eigenanteile mit Blick auf die den Pflegebedürftigen von den Pflegeeinrichtungen berechneten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen umsetzen.

**Zu Absatz 2**

Der bisher in § 10 Absatz 2 enthaltene Bericht der Länder wird ohne weitere Änderung zu § 9 Absatz 2.

**Zu Nummer 13 (§§ 10 bis 12)**

Die neu gefassten §§ 10 bis 12 zeigen die Modernisierung und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung auf: Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege wird verstetigt und mit aktualisierten Themen befasst (§ 10). Weitere Maßnahmen zur Förderung von Innovation und Digitalisierung sind in § 11 aufgeführt. Und § 12 stellt Maßnahmen zur Förderung guter Versorgung in der Pflegeversicherung dar.

**Zu § 10 (Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege)**

Das bislang in § 125b geregelte Kompetenzzentrum für Digitalisierung und Pflege wird nunmehr im Ersten Kapitel in § 10 geregelt.

Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege ist erfolgreich errichtet worden, seine Arbeit und deren Ergebnisse sind bei den Beteiligten anerkannt. Im Rahmen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ wurde eine Verstetigung des Kompetenzzentrums sowie der Ausbau des Aufgabenspektrums verabredet. Insbesondere die Entwicklung eines standardisierten Nutzennachweises für digitale Anwendungen in der pflegerischen Versorgung wird als zentral angesehen und ist deshalb als neue Aufgabe des Kompetenzzentrums in Absatz 1 Nummer 3 aufgenommen. Der standardisierte Nutzennachweis ist dabei als modularer, risikoadaptierter und settingbezogener Bewertungsrahmen zu verstehen und sollte rechtskreisübergreifend anschlussfähig sein. Je nach Anwendungstyp, Risikoklasse, Zielgruppe und Versorgungskontext sollten angemessene Evidenzanforderungen vorgesehen werden. Da vollstationäre Pflegeeinrichtungen in den Jahren 2028 bis 2032 die Möglichkeit erhalten, in begrenzter Höhe sogenannte Transformationsstellen in ihrer Pflegesatzvereinbarung zu vereinbaren, soll das Kompetenzzentrum hierfür einen Katalog entlastender und unterstützender digitaler und technischer Systeme erstellen und pflegen. Die Regelung zu den Transformationsstellen in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 113e soll das Kompetenzzentrum im Hinblick auf ihre Auswirkung evaluieren und dazu einen Zwischen- und einen Endbericht erstellen.

Bis 2028 hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen jährlich seine Arbeit durch wissenschaftliche Begleitung evaluieren zu lassen, danach wird ein Berichtszeitraum aller zwei Jahre als ausreichend angesehen. Der Beirat zur Begleitung der Arbeiten des Kompetenzzentrums wurde ergänzt um die Verbände der Krankenkassen, um deutlich zu machen, dass die Digitalisierung im Bereich der Langzeitpflege maßgeblich von Kranken- und Pflegekassen mitgeprägt wird.

**Zu § 11 (Förderung von Innovation und Digitalisierung)**

Der neue § 11 regelt die Förderung von Innovation und Digitalisierung in der Pflegeversicherung.

**Zu Absatz 1**

Der bisherige § 8 Absatz 3 wird zu § 11 Absatz 1. Nach dieser Vorschrift kann der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Maßnahmen wie Modellvorhaben, Studien, wissenschaftliche Expertisen und Fachtagungen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige, durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren. Die Fördermittel werden hierbei von bisher 5 auf künftig 10 Millionen Euro im Jahr erhöht.

Bei Modellvorhaben soll, soweit geeignet, grundsätzlich auch untersucht werden, welche Folgen eine Übernahme in die flächendeckende Regelversorgung hätte, insbesondere welche personellen und finanziellen Mittel dies jeweils erfordern würde, welche Veränderungen in der Versorgung und der Inanspruchnahme von Leistungen zu erwarten wären und welche Auswirkungen eine Übernahme in die Regelversorgung auf die Situation von Pflegebedürftigen, pflegenden An- und Zugehörigen sowie auf die pflegerische Angebotslandschaft haben könnte. Es sollte ebenfalls bedacht werden, welche Faktoren für eine spätere nachhaltige Übernahme ausschlaggebend wären. Dies gilt für alle Modellvorhaben im Sinne der §§ 11 und 12.

Der bisher am Ende von § 8 Absatz 3 stehende Verweis auf die entsprechende Geltung des § 45c Absatz 5 Satz 6 wäre redaktionell mittlerweile auf § 45c Absatz 5 Satz 8 zu beziehen. Im Sinne der Rechtsklarheit wird der Inhalt der Regelung aber nunmehr im letzten

Satz des neuen § 11 Absatz 1 selbst ausformuliert. Sofern es sich bei den personenbezogenen Daten um Beschäftigtendaten handelt, sind hierbei die besonderen Anforderungen an die Freiwilligkeit bei der Einwilligung zu beachten.

**Zu Absatz 2**

Die Neuregelung in § 11 Absatz 2 soll Modellvorhaben zur Erprobung telefonischer und digital gestützter Angebote zur bedarfsgerechten Steuerung in pflegerischen Akutsituationen fördern. Dadurch sollen die Weichenstellungen geschaffen werden, dass in der Praxis geprüft werden kann, inwiefern mittels telefonischer und digitaler Lösungen eine bedarfsgerechte niedrigschwellige Steuerung in pflegerischen Akutsituationen geschaffen werden kann. Die Modellvorhaben sollen insbesondere die Vernetzung mit bestehenden telefonischen und digitalen Angeboten des Notdiensts nach § 75 Absatz 1b des Fünften Buchs und der Notfallversorgung (insbesondere die Rufnummern 116 117 und 112) aber auch weiterer komplementärer Dienste (z. B. Altenhilfe oder sozialpsychiatrischer Dienst) sicherstellen, um eine bedarfsgerechte intersektorale Versorgung zu gewährleisten, Ressourcen effektiv einzusetzen und die Entwicklung von Doppelstrukturen zu vermeiden. Darüber hinaus sind im Rahmen der Modellvorhaben auch künftige Entwicklungen im Bereich der Patientensteuerung, beispielsweise aufgrund in Planung befindlicher oder laufender Gesetzgebungsvorhaben, wie das Vorhaben zur Reform der Notfallversorgung, das Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen und das geplante Vorhaben zur Einführung eines Primärversorgungssystems, in den Blick zu nehmen. Die im Rahmen der Modellvorhaben gewonnenen Erkenntnisse sollen auch für die Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und Leistungen genutzt werden.

**Zu Absatz 3**

Die bisher in § 8 Absatz 8 enthaltene Regelung wird zu § 12 Absatz 3. Im Hinblick auf die Förderung im § 11 Absatz 4 ist eine Doppelförderung zu vermeiden, insofern wurden Förderzwecke bereinigt. Neben Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie Schulungen zu digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften in der Langzeitpflege sind nun auch ausdrücklich Schulungen zum sachgerechten Umgang mit künstlicher Intelligenz in der Langzeitpflege förderfähig. Die Einfügung dient der Klarstellung und hebt die Bedeutung und das künftige Potential des Einsatzes von künstlicher Intelligenz in der Langzeitpflege beispielsweise bei der Pflegedokumentation hervor.

**Zu Absatz 4**

Pflegeeinrichtungen der Langzeitpflege haben einen hohen Entwicklungsbedarf bei der digitalen Infrastruktur. Mit den Mitteln des Sondervermögens des Bundes für Infrastruktur und Klimaanpassung in Höhe von 1,6 Milliarden Euro im Zeitraum 2027 bis 2031 werden durch die Anschaffung von digitalen Anwendungen neben der Entlastung der Pflegepersonen und der Verbesserung der Pflegequalität auch die Pflegebedürftigen unterstützt. Die Mittelzuführung an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung erfolgt kalenderjährlich in fünf gleich großen Anteilen. Der Einsatz der Mittel des Sondervermögens fördert die Effizienz der pflegerischen Versorgung, kann Kosten der Einrichtungen senken und kann damit zu einer Begrenzung des Anstiegs der Eigenanteile der Pflegebedürftigen beitragen, die von den geförderten Pflegeeinrichtungen versorgt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung vereinbaren das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung aus dem Ausgleichsfonds der Pflegekassen, insbesondere auch im Hinblick auf die Dokumentation und Erfassung der Mittel zwecks Budgetkontrolle. Die Mittelübergabe an den Ausgleichsfonds erfolgt in fünf gleich großen Anteilen in den Jahren 2027 bis 2031, im ersten Jahr zum 1. Juli und in den Folgejahren jeweils zum 1. Januar. Die Bedingungen des Bundesfinanzministeriums für die Nutzung des Sondervermögens des Bundes sind dabei zu beachten.

**Zu Absatz 5**

Die Fördermittel aus dem Sondervermögen des Bundes für Infrastruktur und Klimaneutralität bedingen eine Kofinanzierung durch die Länder. Es ist ein Finanzierungsschlüssel von 80 zu 20 Prozent vorgesehen. Die Mittel des Sondervermögens werden auf das Bundesgebiet kalenderjährlich gemäß der Anzahl der pflegebedürftigen Personen und der Anzahl der Einrichtungen in den Ländern aufgeteilt. Grundlage hierfür ist die jeweils aktuell gültige amtliche Pflegestatistik. Die notwendigen Mittel der Länder betragen auf die Gesamtsumme des Sondervermögens gesehen 400 Millionen Euro. Dieser Betrag wird ebenfalls kalenderjährlich betrachtet und mit dem Königsteiner Schlüssel auf das Bundesgebiet, also die Länder, aufgeteilt. Dadurch ergibt sich der Förderbetrag der einzelnen Länder für die einzelnen Jahre des Förderzeitraums. Nur wenn Länder diesen Förderbetrag als Haushaltsmittel haushaltsrechtlich sicherstellen, im Jahr 2027 bis zum 30. Juni und in allen anderen Jahren bis zum 30. November, werden die Anteile des Sondervermögens des Bundes an den Ausgleichsfonds übertragen. Sofern ein Land seinen Beitrag in einem Kalenderjahr nicht rechtzeitig bereitstellen kann, aber im Folgejahr den Förderbetrag zum 1. Januar in der Höhe der Fördersumme beider Jahre bereitstellt, wird der Anteil aus dem Sondervermögen für beide Jahre erbracht. Neben dem Förderbetrag müssen die Länder ihre Investitionskostenförderung mindestens in der Höhe sicherstellen, welche dem Durchschnitt der hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel in den Haushaltsplänen der Jahre 2024 bis 2026 entspricht. Damit soll sichergestellt werden, dass die bisherige Investitionskostenförderung nicht nur in dieses Förderprogramm umgeleitet wird, sondern dass es zusätzlich für die Digitalisierung der Pflegeeinrichtungen aufgebracht wird. Pflegeeinrichtungen mit Sitz in den Ländern, die diese Voraussetzungen erfüllen, können Fördermittel bei der zuständigen Pflegekasse beantragen. Förderfähig sind Maßnahmen, die den aufgeführten Punkten in Absatz 6 zugeordnet werden können.

**Zu Absatz 6**

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen können die Förderung bei der zuständigen Pflegekasse beantragen. Förderfähig sind Maßnahmen, die den aufgeführten Punkten in diesem Absatz zugeordnet werden können.

**Zu Absatz 7**

Die Länder und das Bundesministerium für Gesundheit schließen unter Beteiligung des Bundesamtes für Soziale Sicherung eine Verwaltungsvereinbarung. Darin soll insbesondere die Übermittlung der Finanzierungsanteile der Länder an dem Förderprogramm für den Zeitraum 2027 bis 2031 an das Bundesamt für Soziale Sicherung sowie der Umgang mit nicht verbrauchten Mitteln der Länder aus den einzelnen Kalenderjahren geregelt werden.

**Zu Absatz 8**

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen regelt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und den Verbänden der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 30. Juni 2027 im Rahmen einer Richtlinie das Nähere der Voraussetzungen, der maximalen Höhe der Förderung pro ambulanter oder stationärer Pflegeeinrichtung sowie das Verfahren zur Gewährung der Förderung. Soweit dieselben Aufwendungen bereits nach anderen Vorschriften dieses Buches, nach landesrechtlichen Regelungen zur Förderung von Investitionsaufwendungen, nach § 82 Absatz 1a oder anderweitig finanziert werden, ist eine Förderung auszuschließen, das ist in den Richtlinien zu regeln. Das Bundesamt für Soziale Sicherung sowie die Länder sind an den Richtlinien zu beteiligen. Das Kompetenzzentrum für Digitalisierung und Pflege nach § 10 soll vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen bei der Erstellung der Richtlinien einbezogen werden. Die Voraussetzungen der Investitionsförderung aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität sind zwingend zu beachten. Auch ein Nachweis zum wirtschaftlichen und nachhaltigen Ein-

satz der geplanten Investitionen sowie die Evaluation der Wirkung der Investition und die Mitwirkung an der Evaluation sind zu regeln. Die Richtlinien regeln zudem, wie die Verwendung der Mittel gegenüber der zuständigen Pflegekasse nachzuweisen ist, und die Folgen bei unzweckmäßiger Verwendung der Mittel oder Nichtteilnahme an der Evaluation. Einmal jährlich, möglichst im 1. Quartal des Jahres, übermittelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesministerium für Gesundheit einen Bericht über die Verwendung der Mittel des Vorjahrs.

**Zu Absatz 9**

Die Förderrichtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten beanstandet wurden, gilt die Genehmigung als erteilt. Das Bundesministerium für Gesundheit kann dabei zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern, die für die Richtlinienprüfung notwendig sind. Die Frist zur Beanstandung wird bis zum Zeitpunkt des Eingangs der Nachforderungen unterbrochen. Beanstandungen sind innerhalb der gesetzten Fristen zu beheben. Die Genehmigung kann mit Auflagen verbunden werden.

**Zu Absatz 10**

Die bisher in § 8 Absatz 9 und 10 enthaltenen Bestimmungen sind nunmehr in § 12 Absatz 5 und 6 geregelt. Hierauf verweist der neue § 11 Absatz 10.

**Zu § 12 (Förderung guter Versorgung)**

§ 12 regelt die Förderung guter Versorgung im Rahmen der Pflegeversicherung.

**Zu Absatz 1**

Die bisher in § 8 Absatz 3a geregelte Förderung wird in § 12 Absatz 1 aufgenommen. Da die Förderung nach dem bisherigen § 8 Absatz 3b zum 31. Dezember 2026 ausgelaufen ist, wird im Zuge dessen der Wortlaut des neuen § 12 Absatz 1 bereinigt. Der bisher am Ende von § 8 Absatz 3a stehende Verweis auf die entsprechende Geltung des § 45c Absatz 5 Satz 6 wäre zudem redaktionell mittlerweile auf § 45c Absatz 5 Satz 8 zu beziehen. Im Sinne der Rechtsklarheit wird der Inhalt der Regelung aber nunmehr im letzten Satz des neuen § 12 Absatz 1 selbst ausformuliert. Sofern es sich bei den personenbezogenen Daten um Beschäftigtendaten handelt, sind hierbei die besonderen Anforderungen an die Freiwilligkeit bei der Einwilligung zu beachten.

**Zu Absatz 2**

Eine nachhaltige Verbesserung der Pflegequalität sowie der Arbeitsbedingungen für beruflich Pflegende erfordert, dass organisatorische und technische Innovationen Einzug in den Versorgungsalltag halten und die beruflich Pflegenden an der Gestaltung moderner Pflege aktiv beteiligt werden. Derzeit fehlen jedoch in der Versorgung Strukturen, die den systematischen Transfer sozialer und digitaler Innovationen aus der Forschung in die Praxis der Langzeitpflege vorantreiben. Mit der Regelung soll für Pflegeeinrichtungen, die an Projekten im Rahmen des Modellprogramms teilnehmen, ein wechselseitiger Transfer zwischen Wissenschaft und Praxis durch vertraglich geregelte Kooperationen mit Hochschulen ermöglicht werden, um Innovationen zu identifizieren, zu erproben und in die Praxis zu überführen. Qualifizierte Pflegefachpersonen (sog. Study Nurses), die als Bindeglied zwischen Hochschule und Pflegeeinrichtung fungieren, Wissen vermitteln, Bildungsangebote gestalten und Forschungsaktivitäten unterstützen, tragen zu einer dezentralen Lerninfrastruktur bei, die eine kontinuierliche Aus-, Fort- und Weiterbildung durch modulare digitale und analoge Angebote ermöglicht. Mit der Regelung wird eine Finanzierung der Kooperationsaufwendungen der beteiligten Pflegeeinrichtungen und der Personalaufwendungen für die sog. Study Nurses ermöglicht. Diese verfügen in der Regel über eine hochschulische Pflegeaus-

bildung oder vergleichbare wissenschaftliche Erfahrungen, die für die Rolle einer Study Nurse erforderlich sind. Die bestehenden Finanzierungszuständigkeiten für die Aus-, Fort- und Weiterbildung bleiben dabei bestehen. Darüber hinaus wird für Pflegeeinrichtungen, die auf Basis eines Vertrags nach § 75a innovative Konzepte in der pflegerischen Versorgung praktisch erproben, die Möglichkeit eröffnet, für diese Zwecke ebenfalls eine Finanzierung der Kooperations- und Personalaufwendungen aus dem Modellprogramm und damit den Mitteln des Ausgleichsfonds zu erhalten. Für welche innovativen Konzepte nach § 75a diese Möglichkeit eröffnet wird, legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit ebenso fest wie die Anforderungen an Modellvorhaben nach Absatz 1 oder § 11 Absatz 1, die sich für den Einsatz von qualifizierten Pflegefachpersonen als Study Nurses eignen, sowie die Anforderungen an diese Pflegefachpersonen und die beteiligten Pflegeeinrichtungen.

**Zu Absatz 3**

Die bislang in § 8 Absatz 3c geregelte Förderung wird nunmehr in § 12 Absatz 3 verortet.

**Zu Absatz 4**

Der bisher in § 8 Absatz 7 geregelte Fördertatbestand wird zum neuen § 12 Absatz 4. Im Zuge dessen erfolgt eine Ergänzung.

Ziel des Förderprogramms „Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf“ ist es, die Attraktivität des Pflegeberufs und damit auch die Personalsicherung in der Langzeitpflege positiv zu beeinflussen. Neben den Arbeitsbedingungen können auch Erfolge bei der pflegerischen Versorgung einen positiven Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten haben. Gelingt es durch gezielte pflegerische Maßnahmen, die Selbständigkeit und die Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen zu verbessern oder wiederherzustellen, dann haben die beteiligten Pflegekräfte einen solchen Erfolg errungen. Bereits heute ist die aktivierende Pflege ein fester Bestandteil pflegerischer Leistungen nach dem SGB XI. Zukünftig sollen die Potentiale der Prävention und Rehabilitation von Pflegebedürftigkeit noch besser als bisher genutzt werden. Zukünftig können Pflegeeinrichtungen eine Förderung nach § 12 Absatz 4 auch für Maßnahmen erhalten, die die rehabilitativen Aspekte der pflegerischen Versorgung stärken und dabei über die aktivierende Pflege hinausgehen. Insbesondere tägliche individuell angepasste Bewegungseinheiten sowie das Training von Alltagsaktivitäten können zu höherer Selbständigkeit der pflegebedürftigen Personen und zu einer Reduktion der Pflegebedürftigkeit beitragen. Die Einbeziehung der spezifischen Kompetenzen anderer Leistungserbringer wie z. B. Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten ist bei der Konzepterstellung ausdrücklich gewünscht. Übergeordnetes Ziel der Konzepte soll es sein, durch positive Erfahrungen mit der Zustandsverbesserung der pflegebedürftigen Personen gleichzeitig auch das pflegerische und betreuende Personal in der täglichen Arbeit zu motivieren und zu bestärken, wodurch die Arbeitszufriedenheit steigt und die Mitarbeiterbindung weiter erhöht werden kann.

Werden Fördermittel für diesen neuen Fördertatbestand beantragt, so ist nach Zustimmung der Pflegeeinrichtung die Information über die geplante Maßnahme von der Pflegekasse an die Geschäftsstelle nach § 113d SGB XI zur Begleitung und Unterstützung der fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen zum Zweck der Veröffentlichung weiterzugeben. Die Geschäftsstelle nach § 113d wird damit in die Lage versetzt, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zukünftig Konzepte und Best-Practice-Ansätze zur Umsetzung einer stärker rehabilitativ ausgerichteten Pflege zur Verfügung zu stellen. Die Förderung ist nicht von der Zustimmung der Pflegeeinrichtung zur Weitergabe der Informationen an die Geschäftsstelle nach § 113d abhängig.

Da vorgesehen ist, dass die Förderung insbesondere über bisher nicht in Anspruch genommenen Fördermitteln aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung erfolgen kann, entstehen durch eine Ausweitung des Förderkatalogs keine gesonderten Kosten.

**Zu Absatz 5**

Die bislang in § 8 Absatz 9 enthaltenen Bestimmungen sind nun in § 12 Absatz 5 verortet.

**Zu Absatz 6**

Die bislang in § 8 Absatz 10 enthaltenen Bestimmungen sind nun in § 12 Absatz 6 verortet.

**Zu Nummer 14 (§ 13)**

§ 13 Absatz 4b ist durch Zeitablauf erledigt und wird daher zur Rechtsbereinigung gestrichen; die hierin geregelte Evaluation wurde fristgerecht durchgeführt.

**Zu Nummer 15 (§ 14)**

Nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments zum 1. Januar 2017 liegen nun ausreichend Erfahrungen und Erkenntnisse aus der praktischen Anwendung vor. Auch die Studie zur Entwicklung der Pflegeprävalenzen, mit der das IGES Institut im Jahr 2025 vom GKV-Spitzenverband beauftragt wurde, hat erste wissenschaftlich fundierte Hinweise zu möglichen Anpassungen und Verbesserungen der Pflegebegutachtung geliefert. Vor diesem Hintergrund soll das Instrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nun – rund 9 Jahren nach seiner erfolgreichen Einführung – weiterentwickelt werden. Diese Weiterentwicklung betrifft auch die Kriterien für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit. Gemäß § 14 ist nach bisheriger Rechtslage die voraussichtliche Dauer der festgestellten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten für mindestens sechs Monate Voraussetzung für das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit. Die Änderung von § 14 bezweckt nun, die Anforderungen an diese Wahrscheinlichkeitsprognose zu konkretisieren.

Langzeitpflegebedürftigkeit setzt in Zukunft die hohe Wahrscheinlichkeit der sechsmonatigen Dauer der genannten Beeinträchtigungen voraus. Damit soll im Rahmen der Begutachtung der Blick stärker als bisher auf mögliche Potentiale zur Verbesserung der Beeinträchtigungen durch Therapien, Rehabilitation oder auch präventive Maßnahmen gelenkt werden.

Der Medizinische Dienst Bund wird gesetzlich beauftragt, in den Begutachtungs-Richtlinien die Anforderungen an die Wahrscheinlichkeitsprognose und die dazu erforderlichen Ausführungen im Gutachten nach § 18b näher zu konkretisieren. Hierbei wird in der Begründung des Gutachtens herauszuarbeiten sein, ob im Einzelfall eine in den Richtlinien genauer zu beschreibende Konstellation vorliegt, die eine Wiedererlangung der Selbständigkeit und von Fähigkeiten oder eine Nicht-Wiedererlangung innerhalb des genannten Zeitraumes als naheliegend erscheinen lässt. Therapie-, Rehabilitations- und Präventionspotentiale sind hierbei zu berücksichtigen. Besonderer Beachtung bedarf beispielsweise auch das kombinierte Vorliegen von Indizien für eine günstige Prognose. Handelt es sich etwa um besonders junge Menschen mit vergleichsweise stärkerer Vitalität und steht eine pflegebegründende Diagnose im Zusammenhang mit einer erst kurz zurückliegenden, bereits überwundenen oder grundsätzlich therapierbaren Erkrankung, wird der individuelle Begründungsaufwand höher sein als in anderen Konstellationen. Zu berücksichtigen sind dabei etwa auch Beeinträchtigungen von Fähigkeiten nach Krankenhausaufenthalt oder Fallkonstellationen, in denen eine mögliche Therapie der Erkrankung noch gar nicht begonnen wurde. Auch die besondere Bedeutung von fremdanamnestischen Angaben durch den Begutachtenden kann Anlass sein, sich mit der Wahrscheinlichkeitsprognose vertieft auseinanderzusetzen.

**Zu Nummer 16 (§ 15)**

Seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und des neuen Begutachtungsinstruments zum 1. Januar 2017 hat sich der Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung mit einer Dynamik verändert, die zu diesem Zeitpunkt nicht absehbar war. Auch die erwartete Abflachung des mit der Umstellung verbundenen Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen auf ein demografisch begründbares Niveau nach wenigen Jahren ist bisher nicht eingetreten, die Zunahme der Anzahl der Leistungsempfänger ist weiterhin ungebremst. Zur Erfüllung eines entsprechenden gesetzlichen Auftrags aus dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege vom 22. Dezember 2025 hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen das IGES-Institut damit beauftragt, Erklärungsfaktoren für die Entwicklung der Pflegeprävalenzen zu identifizieren, sowie mögliche Weiterentwicklungsbedarfe am Begutachtungsinstruments zu prüfen. Zwischenergebnisse dieser Studie wurden bereits am 10. März 2026 vorgestellt und enthielten die Empfehlung einer Anpassung der Schwellenwerte des Begutachtungsinstrumentes. Der Abschlussbericht zur Studie beinhaltet darüber hinaus detailliertere Analysen, in denen simuliert wird, wie sich die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit unter Annahme höherer Schwellenwerte entwickelt hätte. Der Bericht kommt zu dem Ergebnis, dass als kurzfristige Handlungsmöglichkeiten zur Dämpfung einer weiteren Zunahme der Pflegeprävalenz insbesondere solche Maßnahmen in Betracht kommen, die den Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung auf der Ebene der geltenden Verfahren neu justieren (wie die Anpassung der Schwellenwerte).

Die aktuellen Schwellenwerte sind das Ergebnis des Gesetzgebungsprozesses zum Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II), mit dem der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in das Recht der Pflegeversicherung eingeführt wurde. Bei der nun gesetzlich vorgenommenen Anpassung, die eines der in der IGES-Studie vorgeschlagenen Szenarien aufgreift, handelt es sich um eine Rückkehr zu den vom Expertenbeirat im Jahr 2013 ursprünglich empfohlenen Schwellenwerten. Die Schwellenwerte „Neues Begutachtungsassessment 2013“ (NBA 2013) wurden vom „Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ in den Jahren 2006–2009 im Rahmen der Entwicklung eines neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Pflegeversicherung wissenschaftlich hergeleitet und vom „Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ (2012-2013) überprüft und bestätigt. Es handelt sich um wissenschaftlich fundierte Schwellenwerte, die nun gesetzlich eingeführt werden und in Zukunft den Ausgangspunkt für mögliche weitere Anpassungen und Weiterentwicklungen des Begutachtungsinstrumentes darstellen können. Laut vorgenanntem Abschlussbericht des IGES-Institutes würde die Anwendung der vom Expertenbeirat empfohlenen Werte für das Versichertenkollektiv der sozialen Pflegeversicherung bei den Erstbegutachtungen zu einer deutlichen Reduktion der Anerkennung von Pflegebedürftigkeit führen (bei einer ausschließlichen Anpassung der Schwellenwerte um knapp 12 Prozent, bei einer zusätzlichen Anpassung der Intervallgrenzen der Einzelpunkte in den Modulen 1, 4 und 6 um etwa 22 Prozent). Auch ein nennenswerter Einfluss auf die Ergebnisse von Höherstufungsbegutachtungen wird dargestellt.

Eine entsprechende, kontinuierliche und institutionalisierte Evaluation und Prüfung von Änderungsbedarfen am Begutachtungsinstrument sowie am Pflegebedürftigkeitsbegriff sind im neuen § 18f SGB XI enthalten. Dies soll die im erwähnten Abschlussbericht empfohlene, grundlegende und kontinuierliche Überprüfung des Begutachtungsinstrumentes und der zugrunde liegenden methodischen Ansätze ermöglichen.

Die Anpassungen hinsichtlich der Einstufung von Kindern im Alter bis zu 18 Monaten stellen systematisch bedingte Folgeanpassungen dar.

Bei der Änderung in Absatz 8 handelt es sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Nummer 17 (§ 17)**

**Zu Buchstabe a**

Die Vorschrift dient der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch eine Anpassung der Begutachtungs-Richtlinien an neue pflegefachliche oder medizinische Erkenntnisse unter dem besonderen Blickwinkel der Straffung und Entbürokratisierung des Verfahrens für alle Beteiligten. Hierbei sollen insbesondere die Erkenntnisse des Medizinischen Dienst Bund aus seinem Modellprojekt gemäß § 18e zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach §§ 18a, 18b („MEET“-Projekt) einfließen.

Zudem wird eine Verknüpfung zu den Arbeitsergebnissen des neu eingeführten Expertenbeirates nach § 18f hergestellt. Da die Weiterentwicklung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ein dauerhafter Prozess ist, der immer wieder aktuelle Entwicklungen in Gesetzgebung, Wissenschaft und Praxis aufgreifen soll, wird es als nötig erachtet, fortlaufend bei jeder Richtlinienanpassung auch Impulse eines wissenschaftlich unabhängigen Beirates zu berücksichtigen. Ziel der Änderung von § 17 in Verbindung mit § 18f ist eine schrittweise, evolutive Weiterentwicklung von Verfahrensvorschriften, die Fehlentwicklungen frühzeitig entgegenwirkt und in laufende Prozesse integriert werden kann.

**Zu Buchstabe b**

§ 17 Absatz 1a sieht bereits nach bisheriger Rechtslage eine Richtlinienkompetenz des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund vor, mit der einheitliche Vorgaben insbesondere für die wesentlichen Inhalte, das Verfahren und eine qualitätsgesicherte Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung aufgestellt werden (bisherige Pflegeberatungs-Richtlinien). Durch die Einführung der neuen Pflegebegleitung zum 1. Januar 2029, in der die bisherige Pflegeberatung in modifizierter Form aufgegriffen wird, ist § 17 Absatz 1a an die neue Rechtslage anzupassen. Zukünftig sieht § 17 Absatz 1a demzufolge eine Richtlinienkompetenz des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund vor, mit der einheitliche Vorgaben für die Umsetzung der Pflegebegleitung nach § 7c aufgestellt werden (sog. Pflegebegleitungs-Richtlinien).

Auch im Rahmen dieser Richtlinienkompetenz ist eine breite Einbindung insbesondere der Fachkreise, Länder und Interessenvertretungen vorgesehen, um die Richtlinien inhaltlich möglichst breit aufzustellen. Ein Beteiligungsrecht an der Erstellung der Richtlinien wird insbesondere denjenigen Stellen und Akteuren eingeräumt, die sich im Rahmen des § 7d für eine Übernahme der Pflegebegleitung entscheiden können. Gleiches gilt für den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. im Hinblick auf § 7c Absatz 8. Die bisherigen Sätze 2 und 3 (Sätze 3 und 4 in der neuen Fassung) bleiben inhaltlich weitgehend unverändert. Lediglich die Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege ist zukünftig ebenfalls zu beteiligen. Auch ist den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Mit den Pflegebegleitungs-Richtlinien sollen zum einen Vorgaben zur näheren Ausgestaltung der Inhalte der Pflegebegleitung gemacht werden. Hierfür sind die in § 7c Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 bis 8 aufgeführten Aufgaben der Pflegebegleitung einschließlich der entsprechenden Begründungen maßgeblich. Ebenso maßgeblich ist die in § 7c Absatz 1 Satz 2 festgehaltene Zielrichtung der Pflegebegleitung, ebenfalls einschließlich der Ausführungen in der Begründung.

Zum anderen sollen Vorgaben zum Verfahren und zur Durchführung der Pflegebegleitung gemacht werden. Nähere Vorgaben zum Verfahren einschließlich des Datenschutzes finden sich insbesondere in § 7c Absatz 3 (Angebot eines konkreten Termins für eine Pflegebegleitung nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades), in Absatz 6 (verpflichtende Pfle-

gebegleitung bei Beziehenden von Pflegegeld nach § 37) und in Absatz 7 einschließlich der dazugehörigen Begründungen. Auch im Rahmen des Fallmanagements nach § 7c Absatz 5 finden sich besondere Vorgaben zum Verfahren, die entsprechend zu berücksichtigen sind.

Vorgaben zur Durchführung der Pflegebegleitung betreffen einerseits die qualitätsgesicherte Durchführung der Pflegebegleitung. Sie betreffen andererseits aber auch die enge Zusammenarbeit mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten sowie die Förderung regionaler Vernetzungsstrukturen (§ 7d Absatz 1 Satz 2). Gleiches gilt im Hinblick auf die bundesweite und kassenartenübergreifende Organisation der Pflegebegleitung nach § 7d Absatz 1 Satz 3.

Das Fallmanagement stellt eine intensive Stufe der Pflegebegleitung dar. Es wird angeboten, wenn aus pflegefachlicher Sicht nach Einschätzung der Pflegebegleitperson ein besonderer Unterstützungsbedarf besteht. In die Pflegebegleitungs-Richtlinien sind somit Vorgaben zu den Voraussetzungen für einen besonderen Unterstützungsbedarf aufzunehmen. Als Grundlage dienen insoweit die beispielhaften Ausführungen in der Begründung zu § 7c Absatz 5. Zudem sind in die Richtlinien Vorgaben zu der strukturierten Methode zur Steuerung der Pflegehilfesituation im Rahmen des Fallmanagements aufzunehmen. Schließlich ist aufzunehmen, welcher Zeitrahmen als angemessener Zeitrahmen nach § 7c Absatz 5 Satz 4 anzunehmen ist. Hintergrund ist, dass die Pflegebegleitperson nicht mit der Verantwortung für die Versorgung der pflegebedürftigen Person alleine gelassen werden soll, wenn diese nicht innerhalb eines angemessenen Zeitrahmens sichergestellt werden kann.

Soweit die bisherigen Pflegeberatungs-Richtlinien Vorgaben treffen, die weiterhin Gültigkeit haben, sind diese in die Pflegebegleitungs-Richtlinien zu übernehmen.

Die Pflegebegleitungs-Richtlinien sind für alle Pflegebegleitpersonen, die Pflegebegleitung nach § 7c durchführen, unmittelbar verbindlich. Sie sind vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund bis zum 30. September 2027 zu erlassen, da sie sowohl von den Pflegekassen als auch von den Pflegestützpunkten und Kommunen für die Durchführung der Pflegebegleitung benötigt werden.

**Zu Nummer 18 (§ 18)**

**Zu Buchstabe a**

Statistische Auswertungen des Medizinischen Dienst Bund zeigen, dass die Anzahl an Begutachtungen, bei denen keine Pflegebedürftigkeit festgestellt werden kann, seit dem Jahr 2020 im Jahresvergleich kontinuierlich ansteigt und, dass der Anteil der erfolglosen Begutachtungen an den Erstbegutachtungen sehr hoch ist (2024 waren es rund 18 Prozent). Auch kommt es in einer relevanten Anzahl von Fällen bei der Begutachtung zu der Vergabe von „0 Punkten“. Daraus ist zu folgern, dass relativ viele Menschen nicht gut genug darüber informiert sind, ob in ihrem individuellen Fall tatsächlich eine Pflegebedürftigkeit vorliegen könnte. Eine Antragstellung „auf Verdacht“ auch in eindeutig aussichtslosen Fällen führt wiederum zu längeren Wartezeiten für Antragsteller mit eindeutiger Pflegebedürftigkeit und daraus resultierendem, dringendem Handlungsbedarf für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in diesen Fällen, weil die personellen Ressourcen der Medizinischen Dienste begrenzt sind.

Daher soll der Medizinische Dienst Bund in seinen Begutachtungs-Richtlinien ein geeignetes und möglichst unbürokratisches Verfahren zur Beratung in Situationen offensichtlich fehlender Pflegebedürftigkeit entwickeln, das punktuell greift und dem Antragstellenden eine realistische Einschätzung zu den Erfolgsaussichten seines Antrags vermittelt. Ein möglicher Indikator für eine solche Evidenzkontrolle kann beispielsweise eine gehäufte Antragstellung durch dieselbe Person innerhalb kurzer zeitlicher Abstände sein, ohne dass die Begutachtungen bei dieser Person bisher zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit geführt

haben. Die Maßnahme dient dem Ziel, Begutachtungskapazitäten effizient dort einzusetzen, wo diese im Sinne des tatsächlichen Bedarfs und der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung benötigt werden. Das individuelle Recht auf eine Begutachtung der Versicherten bleibt dabei unangetastet. Negative Folgen dürfen an eine Aufrechterhaltung des Antrags trotz gegenteiliger Empfehlung durch die zuständige Stelle nicht geknüpft werden. Mit der Regelung wird eine Empfehlung im Abschlussbericht zur Studie „Entwicklung der Pflegeprävalenzen und Weiterentwicklungsbedarf des Begutachtungsinstruments“ des IGES-Institutes aufgegriffen, wonach geprüft werden sollte, das Antragsverfahren durch eine zusätzliche Beratungsstufe zu ergänzen. Es obliegt dem Medizinischen Dienst Bund zu entscheiden, ob das Verfahren auch bei Höherstufungsanträgen Anwendung finden soll.

**Zu Buchstabe b**

Pflegeeinrichtungen sollen die Beauftragung der Medizinischen Dienste durch die Pflegekassen zu einer Wiederholungsbegutachtung in den Fällen des § 87a Absatz 4 selbst veranlassen können. Dem Anliegen der Entbürokratisierung entspricht es zudem, wenn im Rahmen dieser Begutachtung möglicherweise Aufgaben durch Pflegefachpersonen in der jeweiligen Einrichtung selbst übernommen werden. Ob Letzteres sinnvoll und mit dem Gedanken einer möglichst unabhängigen Begutachtung vereinbar ist, wird derzeit in dem Modellvorhaben nach § 18e Absatz 6 geprüft. Sollte der bis zum 30. Juni 2028 vorzulegende Abschlussbericht zu dem Ergebnis gelangen, dass und unter welchen Bedingungen eine solche Aufgabenteilung durchführbar ist, wird für den Bereich der Rückstufungen in den Fällen des § 87a Absatz 4 die gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, das Nähere untergesetzlich in den Begutachtungsrichtlinien zu regeln. Hierbei werden insbesondere die in dem Modellvorhaben nach § 18e Absatz 6 gewonnenen Erkenntnisse zu berücksichtigen und mögliche Interessenkollisionen zwischen Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen zum Ausgleich zu bringen sein.

**Zu Nummer 19 (§ 18a)**

**Zu Buchstabe a**

Nach bisheriger Praxis werden die zu Begutachtenden entsprechend den Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund nach § 53d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren in der Regel bei der Terminankündigung über die für die Begutachtung bereitzulegenden und relevanten Unterlagen für die Einschätzung der Pflegesituation informiert (zum Beispiel Facharzt-, Krankenhausberichte, sowie Berichte von Rehabilitationseinrichtungen). Um den Pflegebedürftigen die Bedeutung ihrer Mitwirkung für das Begutachtungsverfahren und die Tragweite auch für die Begutachtung ihrer Pflegebedürftigkeit zu verdeutlichen, sollen sie künftig auch über die möglichen Folgen ihrer fehlenden Mitwirkung informiert werden. Denn liegen zum Zeitpunkt der Begutachtung die gegebenenfalls notwendigen Unterlagen zur nachvollziehbaren Bewertung der Angaben der antragstellenden Person nicht vor, kann dies dazu führen, dass tatsächlich vorliegende Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und von Fähigkeiten nicht vollumfänglich Eingang finden in die Berechnung des Pflegegrads. Diese Information ersetzt nicht den Hinweis nach § 66 Absatz 3 des Ersten Buches, sondern soll zeitnah im Vorfeld der Begutachtung deren reibungslose Durchführung gewährleisten und einen zusätzlichen Handlungsimpuls durch die Medizinischen Dienste setzen.

Bei der Information des Versicherten soll in verantwortungsbewusster Weise an eine das Verfahren fördernde Mitwirkung appelliert werden. Eine der vielfachen Aufgaben des Expertenbeirates nach § 18f wird es sein, zu beurteilen, ob die dadurch bezweckten Beschleunigungseffekte für das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bereits ausreichend erscheinen oder eine Stärkung von Mitwirkungspflichten, insbesondere bei Höherstufungsanträgen, angezeigt ist. Bei der Beurteilung dieser Frage sollen insbesondere die Erkenntnisse des Medizinischen Dienst Bund aus seinem Modellprojekt gemäß § 18e zur

Weiterentwicklung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach §§ 18a, 18b („MEET“-Projekt) einfließen.

**Zu Buchstabe b**

Es handelt sich um die Anpassung von Verweisen als redaktionelle Folgeänderungen.

**Zu Nummer 20 (§ 18b)**

**Zu Buchstabe a**

Die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinische Dienste haben die Aufgabe, im Pflegegutachten Empfehlungen auszusprechen, die zu einer positiven Veränderung der Pflegesituation beitragen können. Hierzu gehören auch die Rehabilitationsempfehlungen. Der „Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18d Absatz 1 SGB XI über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ für das Berichtsjahr 2024 zeigt die Entwicklung der Rehabilitationsempfehlungen. Demnach wurden im Jahr 2024 durch die Medizinischen Dienste bei ca. 2,98 Millionen Begutachtungen insgesamt 87.200 Empfehlungen für eine medizinische Rehabilitation abgegeben. Dies entspricht einer Empfehlungsquote für eine Rehabilitation in Höhe von 2,9 Prozent. Eine positive Entwicklung der Empfehlungen im Vergleich zu den Vorjahren konnte nicht festgestellt werden.

Studien (Kalwitzki, T., Huter, K., Runte, R., Breuninger, K., Janatzek, S., Gronemeyer, S., Gansweid, B. & Rothgang, H. (2017), Aus der Forschung ins Pflegestärkungsgesetz II. Das Projekt Reha XI zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in der MDK-Pflegebegutachtung, Das Gesundheitswesen, 79(08/09), 652–653) liefern Hinweise darauf, dass das tatsächliche Potential für die Empfehlung rehabilitativer Leistungen im Rahmen der Pflegebegutachtung erheblich höher ist. Die Änderung in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b soll dazu beitragen, den Fokus der Gutachterinnen und Gutachter noch stärker als bisher auf das individuelle Potential von Rehabilitation für die Wiedererlangung von Fähigkeiten und Verbesserungen der Selbständigkeit der pflegebedürftigen Menschen zu lenken. Sofern hierzu nicht bei allen Gutachterinnen und Gutachtern die notwendigen Fachkenntnisse vorliegen sollten, könnten diese mit Hilfe von gezielten Schulungen erlangt und weiter gefördert werden.

Die Neuregelung bezweckt, dass die Aufmerksamkeit des dafür speziell geschulten Gutachters oder der Gutachterin in der Begutachtungssituation auf die Gründe gelenkt wird, die einer Rehabilitationsempfehlung möglicherweise entgegenstehen und zu hinterfragen, ob diese wirklich durchgreifend sind. Der Neuformulierung von Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b ist eine Regel-Ausnahme-Aussage dergestalt zu entnehmen, dass die Sinnhaftigkeit einer Rehabilitationsempfehlung durch eine Einzelfallbezugnahme konkret widerlegt werden muss.

Da davon auszugehen ist, dass Rehabilitationsmaßnahmen insbesondere direkt zu Beginn einer Pflegebedürftigkeit diese eventuell noch beeinflussen können, ist im Einzelfall gesondert abzuwägen, ob etwa eine Rehabilitationsfähigkeit tatsächlich nicht gegeben ist.

Zu den durch die Gesetzesänderung neu eingeführten Inhalten des Gutachtens gehört mit Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 auch ein eigener Gutachtenabschnitt zu den erkennbaren wesentlichen Einschränkungen der Selbständigkeit und den dadurch voraussichtlich erforderlichen Schwerpunkten der pflegerischen Versorgung. Damit sollen die im Pflegegutachten bereits enthaltenen Erkenntnisse für die weitere pflegerische Versorgung genutzt und die entsprechenden Informationen weiteren Beteiligten, insbesondere der Pflegebegleitung nach den §§ 7c und 7d, zur Verfügung gestellt werden. Die Pflegebegutachtung in der der-

zeitigen Form leistet eine pflegewissenschaftlich begründete Ermittlung des Grades der Selbständigkeit und der Fähigkeiten in allen relevanten Lebensbereichen und damit der Pflegebedürftigkeit insgesamt. Zwar enthalten die Pflegegutachten bereits wertvolle Informationen über bestehende Beeinträchtigungen, diese lassen aber nicht direkt darauf schließen, welche Hilfen und Interventionen angezeigt sind und welche konkrete Unterstützung und Förderung der betreffende Mensch in seiner individuellen Lebenssituation benötigt. Damit werden Informationen aus der Begutachtung für die Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen besser nutzbar gemacht. Auch für ein mögliches Fallmanagement durch die Pflegebegleitung sollen die Informationen genutzt werden können.

Auch die Belastungssituation pflegender An- und Zugehöriger kann in einigen Fällen durch frühzeitige Hinweise aus der Begutachtungssituation bereits positiv beeinflusst werden. Die für die Pflegebegleitung zuständigen Stellen können an diese, bei der Begutachtung gewonnenen Erkenntnisse anknüpfen und die Situation der pflegenden An- und Zugehörigen mit einbeziehen und im Bedarfsfall konkrete Entlastungsmöglichkeiten und z. B. auch Präventions-, Vorsorge- oder Rehabilitationsmöglichkeiten aufzeigen und bei deren Inanspruchnahme unterstützen.

Diesem Zweck dienen die aus dem neuen Gutachtenabschnitt abzuleitenden und an die für die Pflegebegleitung zuständigen Stellen zu übermittelnden Empfehlungen. Eine solche Verzahnung mit den neu strukturierten Informations-, Beratungs-, und Unterstützungsleistungen soll Doppelaufwände reduzieren und eine möglichst rasche Sicherstellung von bedarfsgerechter Pflege ermöglichen.

**Zu Buchstabe b**

Der Medizinische Dienst Bund erhält den Auftrag, die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 neu eingeführten Gutachteninhalte in den Begutachtungs-Richtlinien näher zu konkretisieren. Mit Blick auf die begrenzten Kapazitäten der Medizinischen Dienste, auf den Grundsatz der Datensparsamkeit sowie auf das übergeordnete politische Ziel der Entbürokratisierung soll der neue Gutachtenabschnitt die notwendigen Inhalte umfassen, der Fokus der Begutachtung aber weiterhin auf der Feststellung der Pflegebedürftigkeit liegen. Bei Vorliegen neuer Erkenntnisse ist es die Aufgabe des Medizinischen Dienst Bund, in den Richtlinien die Gutachteninhalte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 weiterzuentwickeln. Dabei sollen auch Erkenntnisse (Ergebnisse und geeignete Zwischenergebnisse) aus dem Modellprojekt gemäß § 18e zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach §§ 18a, 18b („MEET“-Projekt) einfließen. Darüber hinaus soll der Expertenbeirat nach § 18f weitere Empfehlungen und Umsetzungsvorschläge zu den Ergebnissen des genannten Modellprojekts unterbreiten, die ebenfalls bei der Richtlinienanpassung zu berücksichtigen sind.

**Zu Buchstabe c**

Die durch die neu eingeführten Gutachteninhalte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 gewonnenen Informationen und Erkenntnisse sollen weiteren Stellen nutzbar gemacht werden. Zu diesem Zweck sieht Absatz 4 Satz 2 die Übermittlung der erforderlichen Informationen durch die Pflegekassen an die für die Pflegebegleitung zuständigen Stellen vor, wenn der Pflegebedürftige vorher einwilligt. Hiermit ist eine Einwilligung im Sinne von Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe a DSGVO gemeint, deren Voraussetzungen vorliegen müssen. Insbesondere ist dem Pflegebedürftigen im Sinne der Informiertheit der Einwilligung nach Erwägungsgrund 32 der DSGVO vorher die konkrete für die Pflegebegleitung nach den §§ 7c und 7d zuständige Stelle zu nennen. Die fehlende Einwilligung von Berechtigten in die Übermittlung des Pflegegutachtens ist nicht als fehlende Mitwirkung am Begutachtungsverfahren anzusehen. Die Pflegebedürftigen dürfen nicht bevorzugt oder benachteiligt werden, weil sie in die Übermittlung eingewilligt oder nicht eingewilligt haben. Die Verpflichtung zur Mitwirkung im Übrigen bleibt aber unverändert.

Eine Übermittlung an die zuständigen Träger der Sozialhilfe hat hingegen nur auf deren Verlangen zu erfolgen. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die relevanten Passagen der Gutachten auch wirklich – dies kann in der Praxis unterschiedlich ausfallen – von diesen benötigt werden. Die Regelung ordnet die Übermittlung nur zum Zwecke einer bedarfsgerechten Leistungsgewährung an.

In beiden Fällen der Übermittlung erfolgt diese zweckgebunden und ist dabei der Grundsatz der Datensparsamkeit zu beachten.

**Zu Nummer 21 (§ 18c)**

Durch die Ergänzung des § 18c Absatz 5 Satz 2 soll klargestellt werden, dass auch in den Fällen, in denen die Frist nach Satz 1 bereits abgelaufen ist, die Pflegekasse nicht zur Zahlung an den Antragsteller verpflichtet ist, soweit für den konkret in Rede stehenden Zeitraum die Pflegekasse und der Medizinische Dienst die weitere Verzögerung nicht zu vertreten haben, etwa weil eine Begutachtung nicht erfolgen kann.

Auch in Fällen, in denen der Fristlauf nicht unterbrochen werden kann, weil die Frist bereits abgelaufen ist, hat eine Zusatzzahlung daher nicht zu erfolgen, solange ein nicht zu vertretender Verzögerungsgrund vorliegt, der für die zusätzliche Verzögerung ursächlich ist.

**Zu Nummer 22 (§ 18f)**

Die letzte große Revision des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und damit der Bestimmung des leistungsberechtigten Personenkreises der sozialen Pflegeversicherung erfolgte unter wissenschaftlicher Begleitung dieses Prozesses im Wege pflegewissenschaftlicher Studien, die die benötigten Beratungs- und Entscheidungsgrundlagen bereitstellen sollten. Der „Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ hatte in den Jahren 2006–2009 ein neues Verständnis von Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Pflegeversicherung entwickelt. Zentrale Empfehlung war, einen neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit mit einem entsprechenden, neuen Begutachtungsverfahren zu schaffen. An diese Vorarbeiten des Beirats aus dem Jahre 2009 hat der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in seinen Beratungen ab dem 1. März 2012 inhaltlich angeknüpft und verbliebene offene Fragen, die für die politischen Beratungen bedeutsam waren, geklärt. An diese Vorarbeiten konnte vom Gesetzgeber maßgeblich angeknüpft werden.

Damals war die Arbeit eines solchen Beirates allerdings noch nicht als Kontinuum gedacht, sondern für eine konkrete Reformgesetzgebung vorgesehen worden. Die Bedeutung des Begutachtungsinstrumentes, des zugrunde liegenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Verfahrens der Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit ist für den Zugang zu Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und die damit verbundenen sozialen aber auch finanziellen Implikationen aber so eminent, dass eine Anpassung an neue gesellschaftliche, medizinische, technische und pflegewissenschaftliche Entwicklungen stetig und möglichst zeitnah zu erfolgen hat. Fehlentwicklungen und den daraus resultierenden finanziellen Auswirkungen soll damit bereits im Entstehen entgegengewirkt werden. Die Entwicklung der Pflegeprävalenzen in den letzten Jahren macht eine evolutive Weiterentwicklung der Definition des leistungsberechtigten Personenkreises sowie des Begutachtungsverfahrens nötig, die wiederum wissenschaftlich fundiert zu erfolgen haben. Auch der Abschlussbericht zur Studie „Entwicklung der Pflegeprävalenzen und Weiterentwicklungsbedarf des Begutachtungsinstruments“ des IGES-Institutes kommt im April 2026 zu dem Ergebnis, dass es grundsätzlich empfehlenswert sei, das Begutachtungsinstrument in regelmäßigen Zeitabständen einer Evaluation und gegebenenfalls Revision zu unterziehen (S. 85 Abschlussbericht). Leitgedanke soll dabei das Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit sein, das die fehlerhafte Allokation von Mitteln der sozialen Pflegeversicherung vermeiden helfen soll. Leistungen sollen dort in Anspruch genommen werden, wo sie auch tatsächlich benötigt werden. Angesichts der Vielzahl von staatlichen Aufgaben und der begrenzten Verfügbarkeit von Ressourcen wird die Zuteilung von Mitteln anhand von abstrakt festgestellten

Beeinträchtigungen zunehmend auch mit Blick auf Zielgenauigkeit und Erforderlichkeit im konkreten Fall hinterfragt werden müssen.

Darüber hinaus ist auch der Pflegebedürftigkeitsbegriff aus pflegefachlicher Sicht kein einmal entwickeltes Konzept mit Anspruch auf universelle, dauerhafte Gültigkeit. Das Verständnis von Pflegebedürftigkeit und damit verbunden die Frage, in welchen Fällen das System der sozialen Pflegeversicherung Leistungen erbringen soll, ist von zahlreichen Faktoren abhängig. Diese Faktoren, zu denen neben medizinischen, technischen und pflegewissenschaftlichen Entwicklungen auch gesellschaftliche Veränderungen gehören, sind nicht statisch, sondern einem steten Wandel ausgesetzt. Beispielsweise waren Erkrankungen wie Long COVID oder die Zunahme von Hyperkinetischen Störungen (Diagnose F90) bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zum Zeitpunkt der Entwicklung des aktuell geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs noch nicht absehbar. Vor dem Hintergrund dieses stetigen Wandels muss von Zeit zu Zeit ein neuer gesellschaftlicher Konsens hergestellt werden, was der Begriff der Pflegebedürftigkeit umfassen soll. Zu dieser grundsätzlichen Thematik soll der Beirat dem Bundesministerium für Gesundheit geeignete Empfehlungen und gesetzliche Umsetzungsvorschläge unterbreiten.

Eine grundsätzlichere Revision der Schwellenwerte sowie der Ausrichtung der Module des Begutachtungsinstrumentes wird daher ebenso Gegenstand der Beratungen des Expertenbeirates sein müssen wie eine Optimierung des Begutachtungsverfahrens, bei dem auch eine stärkere Differenzierung nach unterschiedlichen Versorgungsformen und Fallkonstellationen vorstellbar ist. Auch die Ressourcen, die für das Begutachtungsverfahren eingesetzt werden, sollen anhand der jeweiligen Settings auf ihre Notwendigkeit hin überprüft werden. Hierbei hat der Expertenbeirat unter anderem auch an die Erkenntnisse (Ergebnisse und geeignete Zwischenergebnisse) des Medizinischen Dienstes Bund aus seinem Modellprojekt gemäß § 18e zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach §§ 18a, 18b („MEET“-Projekt) anzuknüpfen und diese auf geeignete Weise fortzuentwickeln, sodass sich in Verbindung mit seinen weiteren Vorschlägen zur Weiterentwicklung des Begutachtungsinstrumentes und -verfahrens eine sinnvolle Gesamtkonzeption ergibt. Insbesondere soll er der Frage nachgehen, inwieweit es sinnvoll und rechtlich zulässig wäre, dem Medizinischen Dienst Bund bei der untergesetzlichen Festlegung der Begutachtungsformate mehr Spielraum zu geben. Auch hierzu und zu der Frage, inwiefern das Begutachtungsinstrument und das Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit zukünftig insgesamt stärker untergesetzlich in der Verantwortung des Medizinischen Dienstes Bund geregelt werden könnte, sind dem Bundesministerium für Gesundheit geeignete Empfehlungen und gesetzliche Umsetzungsvorschläge zu unterbreiten.

Darüber hinaus haben Anpassungen des Begutachtungsinstrumentes Auswirkungen auf die Personalanhaltswerte nach § 113c Absatz 1 SGB XI. Die derzeit geltenden Personalanhaltswerte nach § 113c Absatz 1 SGB XI wurden unter Zugrundelegung des Pflege- und Unterstützungsbedarfs in den einzelnen Pflegegraden nach dem derzeit geltenden Begutachtungsinstrument wissenschaftlich fundiert ermittelt. Anpassungen des Begutachtungsinstrumentes können mit einer Änderung des Personalbedarfs nach dem wissenschaftlich fundierten Personalbemessungsverfahren in vollstationären Pflegeeinrichtungen einhergehen. Aus diesem Grund soll der Beirat bei möglichen Weiterentwicklungen des Begutachtungsinstruments die Auswirkungen auf die Bemessung des Personalbedarfs nach § 113c SGB XI mit betrachten.

Auch die Auswirkungen auf besonders von den Anpassungen des Begutachtungsinstrumentes betroffene Personenkreise sind in den Blick zu nehmen. Der Expertenbeirat wird sich insbesondere mit der Frage auseinanderzusetzen haben, wie Angebote der Prävention und Rehabilitation Menschen erreichen und von diesen in Anspruch genommen werden können, die bereits mit Einschränkungen der Selbständigkeit und von Fähigkeiten konfrontiert sind, aber noch nicht pflegebedürftig sind.

Der Beirat soll aus hoch qualifizierten Experten mit herausragenden fachlichen Kenntnissen bestehen. Zu diesem Zweck und wegen seiner besonderen Funktion und Bedeutung für die soziale Pflegeversicherung – auch für die langfristige Wahrung des Gleichgewichts zwischen Einnahmen und Ausgaben – ist er angemessen auszustatten und ist für diesen insbesondere eine Geschäftsstelle zu unterhalten. Wegen der Bedeutung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch für die private Pflege-Pflichtversicherung sowie für die Hilfe zur Pflege wird dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie dem Begutachtungsdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. ein Anwesenheitsrecht in den Sitzungen des Beirates eingeräumt. Ein solches Anwesenheitsrecht ist ebenfalls für insgesamt einen Vertreter der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen vorgesehen.

**Zu Nummer 23 (§ 28)**

**Zu Absatz 1**

Es handelt sich um Folgeänderungen, die sich insbesondere ergeben aus der Einführung

– der Pflegebegleitung nach § 7c und des Anspruchs auf Beratungen nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades nach § 37 Absatz 3 Satz 7 bis zum 31. Dezember 2028 (Nummer 1),

– des Überbrückungsbudgets nach § 39 in Verbindung mit den §§ 39a und 42 (Nummer 5) und

– des Sozialraumbudgets nach § 45b (Nummer 17).

Die Änderung in Nummer 7 beruht auf der Neuverortung des bisherigen § 39a in § 40c.

**Zu Absatz 1a**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Pflegebegleitung nach § 7c zum 1. Januar 2029.

**Zu Nummer 24 (§ 28a)**

Es handelt sich um Folgeänderungen, die sich insbesondere ergeben aus

– der Einführung der Pflegebegleitung nach § 7c und des Anspruchs auf Beratungen nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades nach § 37 Absatz 3 Satz 2 bis zum 31. Dezember 2028 (Nummer 1),

– der Neuverortung des bisherigen § 39a in § 40c sowie

– dem Wegfall des Entlastungsbetrages nach dem bisherigen § 45b sowie dem Wegfall des Zuschusses bei vollstationärer Pflege nach § 43 Absatz 3 für Neufälle.

**Zu Nummer 25 (§ 30)**

Die Regelung sieht ab dem Jahr 2029 eine jährliche Anpassung der Höhe der Pflegeleistungen jeweils zum 1. Januar vor. Als Maßstab für die Anpassung dient das geometrische Mittel der Kerninflationsraten der jeweils letzten drei vorangegangenen Kalenderjahre, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen. Hierbei wird auf die vom Statistischen Bundesamt veröffentlichen Daten zur Kerninflation zurückgegriffen.

Die Wahl der Kerninflationsrate (Verbraucherpreisindex ohne Energie und Nahrungsmittel) stellt sicher, dass die Anpassung auf einer vergleichsweise stabilen Preisentwicklung ba-

siert, die ad hoc weniger stark auf externe (außerhalb der eigenen Volkswirtschaft bedingte) Preisentwicklungen reagiert. Die Verwendung des geometrischen Mittels über drei Jahre glättet zudem jährlich schwankende Inflationsraten. Dies schützt die Pflegekassen vor sprunghaften Ausgabenanstiegen und bietet den Versicherten gleichzeitig einen verlässlichen Inflationsausgleich über den Zeitverlauf. Die Begrenzung auf die Lohnentwicklung als Obergrenze bleibt darüber hinaus bestehen.

§ 30 sah in seiner bisherigen Fassung neben der bereits erfolgten Erhöhung der Leistungen zum 1. Januar 2025 eine weitere Erhöhung der Leistungen zum 1. Januar 2028 in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, nicht jedoch stärker als der Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum, vor. Dies hätte einen deutlichen Ausgabenanstieg für die Pflegeversicherung im Jahr 2028 zur Folge, der bei einem konstanten Beitragssatz von 3,6 Prozent nicht durch entsprechende Einnahmen gedeckt wäre.

Eine weitere Dynamisierung war bis dato nicht vorgesehen, was wiederum die Leistungen der Pflegeversicherung auf Dauer entwerten würde. Die nun eingeführte regelmäßige Dynamisierung sichert die Leistungen der Pflegebedürftigen in adäquatem Maße auf Dauer ab, ohne die finanzielle Stabilität der sozialen Pflegeversicherung zu gefährden.

**Zu Nummer 26 (§ 33)**

Gemäß den Begutachtungs-Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund ist der Pflegekasse eine befristete Leistungszusage nach § 33 Absatz 1 Sätze 4 bis 8 zu empfehlen, wenn mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, dass sich gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der antragstellenden Person, zum Beispiel durch therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen, pflegegradrelevant verringern. Nach Daten des Medizinischen Dienstes Bund werden diese Befristungen jedoch nur in weniger als 0,1 Prozent der Begutachtungen empfohlen.

Durch die Neuregelung ist künftig eine durch den Gutachter oder die Gutachterin im Pflegegutachten argumentativ dargelegte Wahrscheinlichkeit für den individuellen Fall erforderlich. Damit verbunden ist die Erwartung, dass in Fällen, in denen die begründete Wahrscheinlichkeit für die Verbesserung der Fähigkeiten und der Selbständigkeit besteht, das Mittel der Befristung künftig häufiger als bisher Anwendung findet. Eine große Wahrscheinlichkeit ist nicht mehr erforderlich.

Der Medizinische Dienst Bund hat in seinen Begutachtungsrichtlinien die Voraussetzungen, unter denen eine Befristung zu erfolgen hat, und die denkbaren Konstellationen, in denen eine Befristung nahe liegt, näher zu konkretisieren. Zu denken ist etwa an Konstellationen, bei denen aufgrund eines vergleichsweise jungen Alters der antragstellenden Person, der pflegebegründenden Diagnose oder der Therapiemöglichkeiten nach Erfahrungswerten oder medizinisch plausibel begründbarer Einschätzung mit einer Wiederherstellung von Fähigkeiten gerechnet werden kann. Das kann insbesondere dann der Fall sein, wenn therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen erfolgversprechend sind.

Die Befristung soll künftig verstärkt eingesetzt werden, um das Potential der Wiederherstellung von Fähigkeiten und der Verbesserungen der Selbständigkeit stärker als bisher im Verfahren der Begutachtung zu berücksichtigen. Dies ist angezeigt, weil seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments zum 1. Januar 2017 das Durschnittalter der pflegebedürftigen Menschen beständig gesunken und zugleich die Anzahl der Pflegebedürftigen in den Altersgruppen unter 60 Jahren stark angestiegen ist. Die Wahrscheinlichkeit der Verringerung von Beeinträchtigungen muss nachvollziehbar hergeleitet werden, bedarf aber keiner bestimmten statistischen Zielzahlen, da Erfahrungen mit der Verringerung der Pflegebedürftigkeit aufgrund erfolgreicher therapeutischer, rehabilitativer oder präventiver Maßnahmen zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht in ausreichendem Maß vorliegen. Allerdings soll zugleich das zusätzliche Begutachtungs-

aufkommen auf die Fälle begrenzt werden, in denen eine Verlaufskontrolle besonders sinnvoll ist. Der MD Bund hat daher in seinen Richtlinien Kriterien dafür zu bestimmen, wann eine Befristung nach den vorstehenden Erwägungen angezeigt ist.

**Zu Nummer 27 (§ 34)**

**Zu Buchstabe a**

Aufgrund des wegfallenden Anspruchs auf Verhinderungspflege (§ 39) wird in Absatz 2 Satz 1 der formulierte Ausnahmetatbestand „soweit § 39 nichts Abweichendes bestimmt“ gestrichen.

In Absatz 2 Satz 2 wird nach der Angabe „Krankenhausbehandlung“ die Angabe „einer stationären Versorgung in Kinder- und Jugendhospizen“ eingefügt. Kinder und Jugendliche mit lebensverkürzenden Erkrankungen, die oft mit schweren und mehrfachen Behinderungen einhergehen, und ihre Familien sind besonders auf Solidarität und Unterstützung angewiesen. Dabei ist insbesondere zu beachten, dass die Erziehungsberechtigten, welche für gewöhnlich als Pflegepersonen fungieren, die Pflege des pflegebedürftigen Kindes bei einem stationären Hospizaufenthalt nicht einstellen, sondern das pflegebedürftige Kind ins Kinder- und Jugendhospiz begleiten. Anders als bei Erwachsenen, die erst in der letzten Lebensphase im Hospiz aufgenommen werden, können Kinder und Jugendliche und ihre Familien zur Entlastung bereits ab Diagnosestellung einer lebensverkürzenden Erkrankung stationäre Kinderhospizaufenthalte wahrnehmen – auch mehrmals im Jahr und mehrmals in ihrem Lebensverlauf. Die Häuslichkeit bleibt dabei der vorrangige Lebensmittelpunkt.

Bislang ruht der Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 SGB XI oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 SGB XI während einer stationären Versorgung in Kinder- und Jugendhospizen. Dies ist für Familien in der Regel mit finanziellen Einbußen verbunden. Zusätzlich sind die Lebensumstände von Familien mit schwerstkranken Kindern bei vollstationärer Krankenhausbehandlung ihres Kindes und bei stationärer Versorgung ihres Kindes in einem Kinder- und Jugendhospiz vergleichbar. Darum wird in Absatz 2 Satz 2 der Vorschrift zum Ruhen der Leistungsansprüche die stationäre Versorgung in Kinder- und Jugendhospizen ebenfalls als Ausnahmetatbestand aufgenommen. Die Herstellung eines Gleichklanges zwischen vollstationärer Krankenhausbehandlung, stationärer Leistung zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation und stationärer Versorgung in Kinder- und Jugendhospizen führt folglich zu einer Entlastung von Familien mit schwerstkranken und pflegebedürftigen Kindern.

**Zu Buchstabe b**

Entsprechend der Regelung zur Weiterzahlung des Pflegegeldes in den ersten acht Wochen bei einer stationären Versorgung in einem Kinder- und Jugendhospiz wird in Absatz 3 Nummer 4 aufgeführt, dass die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach den §§ 44 und 44a SGB XI in den ersten acht Wochen bei stationärer Versorgung in Kinder- und Jugendhospizen nicht ruhen.

**Zu Nummer 28 (§ 35b)**

**Zu § 35b (Abtretung bei Kostenerstattung)**

Die neu geschaffene Regelung in § 35b regelt ein niedrigschwelliges formalisiertes Anzeigeverfahren für Kostenerstattungsansprüche. Dadurch soll sichergestellt werden, dass Pflegebedürftige für den Fall der Abtretung ihrer Ansprüche ihre Entscheidungshoheit über ihre Kostenerstattungsansprüche behalten und sie vor unüberlegten weitreichenden Abtretungen geschützt werden. Andererseits soll die Schaffung einheitlicher Mindestvorgaben die Arbeit der Pflegekassen entlasten, indem die Pflegekassen eindeutig informiert werden, wer in welchem Umfang anspruchsberechtigt ist. Darüber hinaus wird das Verfahren mit Blick auf die Anbieter (als Abtretungsempfänger) Bürokratie abbauen, da die Anbieter den

Nachweis Ihrer Anspruchsberechtigung nicht bei jeder Abrechnung erneut einreichen müssen, sondern die Abtretung einmalig durch den Pflegebedürftigen angezeigt wird. Durch die Erleichterung des Verfahrens für Anbieter und Pflegekassen ist auch mit einer Beschleunigung der Abwicklung der Abrechnungen zu rechnen.

**Zu Absatz 1**

Absatz 1 sieht vor, dass die Wirksamkeit der Abtretung von Ansprüchen des Pflegebedürftigen auf Zahlung von Geldleistungen gegen die zuständige Pflegekasse eine Anzeige des Pflegebedürftigen bei der zuständigen Pflegekasse voraussetzt. Bei der Anzeige kann sich der Pflegebedürftigen in der Praxis auch eines Boten oder Stellvertreters bedienen.

**Zu Absatz 2**

Absatz 2 stellt klar, dass die Anzeige schriftlich oder elektronisch erfolgen kann. Auf diese Weise soll eine elektronische Verfahrensabwicklung umfassend (das heißt auch per einfacher E-Mail) ermöglicht werden; eine (fern)mündliche Anzeige ist hingegen ausgeschlossen. Neben den zum jetzigen Zeitpunkt etablierten elektronischen Verfahren werden durch die technikoffene Formulierung auch zukünftige, derzeit unbekannte elektronische Verfahren eingeschlossen. Auf diese Weise wird eine größtmögliche Verfahrensflexibilität geschaffen. Bei der Ausgestaltung des Verfahrens ist die Nutzerzentriertheit und Niedrigschwelligkeit in besonderer Weise zu beachten. Denkbar ist beispielsweise eine benutzerfreundliche Einbindung in das Pflege-Cockpit.

**Zu Absatz 3**

Absatz 3 trifft Vorgaben zum notwendigen Inhalt der Anzeige. Demgemäß sind Angaben zu der Person des Pflegebedürftigen, des Abtretungsempfängers sowie die Art und Höhe des abgetretenen Anspruchs erforderlich. Auf diese Weise werden einheitliche Mindestvorgaben geschaffen, die einerseits den Pflegebedürftigen eine bewusste Entscheidung über den Umfang der Abtretung ermöglichen und andererseits die Arbeit der Pflegekassen und der Anbieter vereinfacht indem übersichtlich erfasst und nachgehalten wird, wer in welchem Umfang anspruchsberechtigt ist.

**Zu Absatz 4**

Absatz 4 sieht eine Anzeigepflicht der Pflegekasse gegenüber den Pflegebedürftigen hinsichtlich der Zahlung an den Abtretungsempfänger, der Höhe der Zahlung und der Höhe des verbleibenden Anspruchs des Pflegebedürftigen vor. Auf diese Weise soll gegenüber den Pflegebedürftigen Transparenz über das ihnen verbleibende Budget geschaffen werden und auf diese Weise die Entscheidungshoheit der Pflegebedürftigen in der Praxis gestärkt werden. Die Anzeige kann schriftlich oder elektronisch erfolgen und beispielsweise auch über das Pflege-Cockpit laufen. Die Regelung ist so gestaltet, dass ein automatisierter Vollzug möglich ist, mit der Folge, dass kein relevanter Mehraufwand seitens der Pflegekassen zu erwarten ist.

**Zu Nummer 29 (§ 36)**

**Zu Buchstabe a**

Es wird ein Sachleistungsbudget eingeführt, das den finanziellen Rahmen für den Anspruch auf Pflegesachleistungen vorgibt. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können das Sachleistungsbudget flexibel für Leistungen der häuslichen Pflegehilfe einsetzen, die von zugelassenen Leistungserbringern erbracht werden.

**Zu Buchstabe b**

Die Leistungsbeträge des neuen Sachleistungsbudgets werden im Vergleich zu den Beträgen, die bisher für Pflegesachleistungen zur Verfügung standen, ausgabenneutral erhöht. Aus dem Sachleistungsbudget können Pflegebedürftige damit häusliche Pflegehilfe in größerem Umfang als bisher in Anspruch nehmen, beispielsweise in Situationen der geplanten Abwesenheit einer Pflegeperson, in denen bisher Verhinderungspflege nach § 39 gewährt wurde. Dies trägt auch zur Übersichtlichkeit und Transparenz bei der Inanspruchnahme von Leistungen der häuslichen Pflegehilfe bei.

**Zu Buchstabe c**

Häusliche Pflegehilfe kann bereits heute auch durch ambulante Betreuungseinrichtungen erbracht werden, die Ergänzung ist redaktioneller Natur. Zu den ambulanten Betreuungseinrichtungen zählen gleichermaßen professionelle Angebote zur Unterstützung im Alltag, für die eine versorgungsvertragliche Zulassung nach § 72 als ambulante Betreuungseinrichtung im Sinne des § 71 Absatz 1a besteht und die damit häusliche Pflegehilfe erbringen können (vgl. § 45a Absatz 1 Satz 4 und 5).

**Zu Nummer 30 (§ 37)**

**Zu Buchstabe a**

**Zu Absatz 1**

Das Pflegegeld wird in ein Entlastungsbudget eingebettet, welches den finanziellen Rahmen vorgibt. Die Leistungsbeträge sind höher als diejenigen, die bisher für das Pflegegeld zur Verfügung standen. Pflegebedürftige können damit künftig in größerem Umfang als bisher die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung selbst sicherstellen. Der höhere Umfang kann insbesondere eingesetzt werden in Situationen der geplanten Abwesenheit einer Pflegeperson, in denen bisher Ersatzpflege nach § 39 gewährt wurde und für die Anschaffung von für die tägliche Pflege erforderlichen zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln. Dies trägt auch zur Übersichtlichkeit und Transparenz und einer höheren Flexibilität bei der Inanspruchnahme von Leistungen bei ambulanter Pflege bei.

**Zu Absatz 2**

In Absatz 2 wird Satz 2 geändert.

Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen und während einer Kurzzeitpflege nach § 42 jeweils für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt. Hierbei treten die Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen an die Stelle der bisherigen Verhinderungspflege, welche gleichermaßen durch eine ambulante Pflegeeinrichtung erbracht werden konnte.

**Zu Absatz 3**

Bis zur vollständigen Einführung der neuen Pflegebegleitung nach § 7c können Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 3 bereits zu Beginn der Pflegebedürftigkeit bis zu zwei Beratungsbesuche abrufen. Diese können zusätzlich zu dem bereits bestehenden halbjährlichen Anspruch auf einen Beratungsbesuch bezogen werden. Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 3 können nach erstmaligem Erhalt eines Pflegegrades die zusätzlichen Beratungsbesuche allerdings ausschließlich in den ersten drei Monaten abrufen. Die vorgesehene Regelung ermöglicht es der pflegebedürftigen Person, eine umfangreichere Beratung und Begleitung von professionellen Pflegekräften in Anspruch zu nehmen, sofern dies zu

Beginn der Pflegebedürftigkeit notwendig ist. Gleichermaßen dient sie aber auch der Begleitung und Unterstützung der pflegenden An- und Zugehörigen.

Die Möglichkeit, auf Wunsch der pflegebedürftigen Person jede zweite Beratung per Videokonferenz durchzuführen, wird bis zum 31. Dezember 2028 verlängert. Danach gelten die Regelungen zur Pflegebegleitung nach § 7c.

**Zu Buchstabe b**

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen.

**Zu Nummer 31 (§ 38)**

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Überführung der Leistungen der bisherigen Verhinderungspflege in die neu eingeführten Budgets.

**Zu Nummer 32 (§§ 39 und 39a)**

**Zu § 39 (Überbrückungsbudget)**

§ 39 regelt das neue Überbrückungsbudget. Leistungen der Verhinderungspflege, die bisher in § 39 geregelt waren, können künftig über die häusliche Pflegehilfe im Umfang des Sachleistungsbudgets nach § 36, das Pflegegeld im Umfang des Entlastungsbudgets nach § 37 oder das Sozialraumbudget nach § 45b bezogen werden. Eine gesonderte Abrechnung der Leistungen der Verhinderungspflege ist nicht mehr notwendig. Dies trägt zu einer leichteren Inanspruchnahme der Leistungen bei und erhöht die Übersichtlichkeit und Nachvollziehbarkeit der jeweils zustehenden Leistungen.

**Zu Absatz 1**

Absatz 1 sieht vor, dass das Überbrückungsbudget einerseits für außergewöhnliche Situationen (z. B. gesundheitliche Krisen oder der ungeplante Ausfall der Hauptpflegeperson) einen Betrag zur Verfügung stellen soll, um die Versorgung pflegebedürftiger Personen kurzfristig zu stabilisieren. Andererseits sollen auch in sonstigen Überbrückungssituationen weiterhin Mittel für den geplanten übergangsweisen Überbrückungsbedarf, z. B. im Falle der Urlaubsabwesenheit der Hauptpflegeperson im Rahmen der Kurzzeitpflege bereitgestellt werden.

**Zu Absatz 2**

Absatz 2 definiert eine pflegerische Akutsituation.

**Zu Absatz 3**

Absatz 3 regelt die über das Überbrückungsbudget abrufbaren Leistungen der pflegerischen Überbrückungsversorgung. Diese umfassen Leistungen eines Notdienstes in der ambulanten Pflege in pflegerischen Akutsituationen sowie die Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung mit Kurzzeitpflege nach § 42.

**Zu Absatz 4**

Durch die Einführung eines kalenderjährlichen Überbrückungsbudgets für Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen und Kurzzeitpflege bedarf es auch Regelungen zur Transparenz und Information der Pflegebedürftigen sowie der Pflegekassen, damit jederzeit eine sachgerechte Handhabung des Budgets ermöglicht wird. So muss insbesondere möglichst zeitnah ersichtlich sein, in welchem Umfang der Budgetbetrag bereits verbraucht ist und in welchem Umfang folglich noch ein Restbudget zur Verfügung steht. Hierzu wer-

den Regelungen in Bezug auf die Pflegekassen und die Pflegebedürftigen in Absatz 4 getroffen.

Erbringen Pflegeeinrichtungen Leistungen der pflegerischen Überbrückungsversorgung, haben diese der Pflegekasse des Pflegebedürftigen die Leistungserbringung und deren Umfang spätestens bis zum Ende des auf den Monat der Leistungserbringung folgenden Kalendermonats in den Fällen anzuzeigen, in denen eine Abrechnung der Leistung nicht bis zum Ende des auf den Monat der Leistungserbringung folgenden Kalendermonats vorgenommen wurde. Eine Anzeige ist somit gegenüber der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person ausschließlich dann erforderlich, wenn die Abrechnung der erbrachten Leistung gegenüber der Pflegekasse verzögert erfolgt. Hierbei wird davon ausgegangen, dass die im Rahmen des Vertragspartnerverhältnisses geschlossenen Verträge zwischen den Pflegekassen und den zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohnehin bereits Regelungen enthalten, die der Pflegeeinrichtung eine zeitnahe und regelmäßige Abrechnung erbrachter Leistungen vorgeben. Des Weiteren erfolgt eine zeitnahe Abrechnung von Pflegeleistungen bereits im Eigeninteresse der Pflegeeinrichtungen, da diese zur Sicherung der Liquidität auf regelmäßige Zahlungseingänge der Pflegekassen angewiesen sind. Die geltende Anzeigepflicht wird daher in der Praxis lediglich in Ausnahmesituationen zum Tragen kommen und keinen zusätzlichen bürokratischen Aufwand bei den Pflegeeinrichtungen oder den Pflegekassen verursachen.

Die Regelung zur Anzeigepflicht ist jedoch trotzdem notwendig, damit die Pflegekasse auch bei verspäteter oder ausbleibender Leistungsabrechnung durch die Pflegeeinrichtung zum einen im Interesse der pflegebedürftigen Person mitverfolgen kann, inwiefern der Budgetbetrag bereits ausgeschöpft ist, um ggf. beratend tätig werden zu können. Zum anderen, weil die Pflegekasse bei Beantragung einer geplanten Kurzzeitpflege jederzeit wissen muss, inwiefern die Sachleistungskosten noch übernommen werden können. Eine solche Beurteilung setzt die zeitnahe Kenntnis über die bereits in Anspruch genommenen Leistungen voraus, da ansonsten die Pflegekasse nicht oder nur unzureichend beurteilen kann, in welcher Höhe das Überbrückungsbudget bereits verbraucht ist.

Im Hinblick auf die notwendige Verwaltung des Überbrückungsbudgets über das Kalenderjahr hinweg ist es für die Pflegebedürftigen unverzichtbar, Kenntnis darüber zu haben, welcher Anteil des Budgets im Jahresverlauf bereits verbraucht worden ist. Daher werden Pflegeeinrichtungen, die Leistungen der pflegerischen Überbrückungsversorgung erbringen, verpflichtet, den Pflegebedürftigen im Anschluss an die Leistungserbringung unverzüglich eine schriftliche Übersicht über die dafür angefallenen Aufwendungen zu übermitteln oder auszuhändigen. Auf dieser Übersicht ist dabei für die Pflegebedürftigen einfach und deutlich erkennbar auszuweisen, welcher Betrag davon zur Abrechnung über das Überbrückungsbudget vorgesehen ist. Mit Zustimmung des Pflegebedürftigen kann die Übersicht auch in Textform, beispielsweise durch ein maschinell erstelltes Schreiben oder per E-Mail übermittelt werden. Sofern die Pflegebedürftigen Leistungen der Hilfe zur Pflege beziehen, kann die Übersicht auf Wunsch und mit Zustimmung der Pflegebedürftigen auch unmittelbar an den zuständigen Träger der Hilfe zur Pflege übermittelt werden. Auf Wunsch der Pflegebedürftigen soll die Übermittlung barrierefrei in einer für die Pflegebedürftigen wahrnehmbaren Form erfolgen.

Wird den Pflegebedürftigen unverzüglich nach der Leistungserbringung eine Rechnung oder deren Durchschrift übermittelt und auf dieser zusätzlich zu den jeweiligen Rechnungsbeträgen sehr einfach und deutlich erkennbar ausgewiesen, welcher Betrag zur Abrechnung über das Überbrückungsbudget vorgesehen ist, ist dies als eine dem Absatz 4 entsprechende Übersicht anzusehen.

**Zu Absatz 5**

Absatz 5 sieht eine Informationspflicht des Spitzenverband Bund der Pflegekassen vor. Durch die Information im Internet sollen die Versicherten Kenntnis über die regional verfüg-

baren Leistungen der pflegerischen Überbrückungsversorgung und deren Voraussetzungen erhalten. Um die Nutzererfahrung zu optimieren, sollte die Benutzeroberfläche der Website einen Suchfilter mit einer integrierten Postleitzahlfilterfunktion aufweisen. Die Verpflichtung sieht das Benehmen mit den Ländern vor. Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass bereits bestehende vergleichbare landespezifische Lösungen mitgedacht werden.

**Zu Absatz 6**

Absatz 6 regelt die Möglichkeit zur übergangsweisen Verwendung des Überbrückungsbudgets für den Zeitraum vom 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2027 für Leistungen durch ambulante Pflege- und Betreuungsdienste. Es handelt sich hierbei um eine zeitlich begrenzte Übergangsregelung, da den Pflegebedürftigen die in Absatz 3 aufgeführten Leistungen der notwendigen Ersatzpflege und pflegerische Betreuungsmaßnahmen durch einen Notdienst in der ambulanten Pflege erst ab dem 1. Januar 2028 zur Verfügung stehen. Mit der Öffnung des Überbrückungsbudgets für die im Absatz 6 genannten Leistungserbringer erhalten Pflegebedürftige bereits ab dem 1. Januar 2027 die Möglichkeit, zusätzlich zum Entlastungs- und Sachleistungsbudget, in pflegerischen Akutsituationen Hilfen von professionellen Leistungserbringern zulasten der Sozialen Pflegeversicherung beziehen zu können.

**Zu § 39a (Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen)**

Pflegebedürftige sowie deren An- und Zugehörige sind in Akutsituationen in besonderem Maße auf Unterstützung angewiesen. Um den genannten Gruppen diese notwendige Unterstützung möglichst schnell und unbürokratisch zukommen zu lassen, erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 ab dem 1. Januar 2028 einen Anspruch auf Pflegesachleistungen in Akutsituationen. Ziel der Leistung ist es, dass die Pflege der pflegebedürftigen Person auch bei einem Akutereignis in der eigenen Häuslichkeit vorübergehend sichergestellt wird. Im System der sozialen Pflegeversicherung bilden die Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen als Bestandteil der pflegerischen Überbrückungsversorgung ein Auffangnetz, welche Pflegebedürftige ohne anderweitige Unterstützung in einer Krisensituation kurzfristig Hilfen bieten soll. Gerade für unvorhersehbaren pflegerischen Unterstützungsbedarf in pflegerischen Akut- und Notfallsituationen und in Fällen eines kurzfristigen Ausfalls der Hauptpflegeperson sind bei häuslich versorgten Pflegebedürftigen entsprechende Angebote aufsuchender Dienste tagsüber, aber auch in der Nacht und am Wochenende zur Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation erforderlich, auch um Fehlversorgungen und unnötige Notarzteinsätze und Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Hierzu soll über das Angebot eines Notdienstes in der ambulanten Pflege eine kurzfristig auftretende Versorgungslücke bei der Pflege effektiv geschlossen werden, wodurch die ambulante Pflege weiter strukturell gestärkt wird. Ferner soll die Pflegebegleitung nach § 7c in länger andauernden Akutsituationen eine zentrale Rolle bei der Beratung und Unterstützung der pflegebedürftigen Person sowie deren An- und Zugehörigen einnehmen. Das Nähere hierzu wird durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. in Richtlinien beschlossen.

**Zu Absatz 1**

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, welche in häuslicher Umgebung gepflegt werden, erhalten ab dem 1. Januar 2028 einen Anspruch auf Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen, wenn die Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang sichergestellt werden kann. Voraussetzung hierfür ist, dass bei der pflegebedürftigen Person ein zeitlich nicht aufschiebbarer Unterstützungsbedarf (§ 39 Absatz 2) in der häuslichen Pflege oder Betreuung besteht. Dieser Unterstützungsbedarf kann beispielweise aus einer akut vorliegenden oder drohenden Überforderung der Pflegeperson resultieren. Gleichermaßen kann der ungeplante Ausfall der Pflegeperson einen solchen Unter-

stützungsbedarf begründen, wenn aus dessen Folge ein gesundheitlicher Schaden bei der pflegebedürftigen Person oder eine Krankenhauseinweisung zu befürchten ist.

Pflegesachleistungen in Akutsituationen werden aufgrund der sich aus der Situation ergebenden Handlungsdringlichkeit schnell und unbürokratisch durch professionelle Dienstleister erbracht, welche einen entsprechenden Auftrag zur Übernahme der Akutversorgung in der jeweiligen Region mit den Landesverbänden der Pflegekassen vertraglich erhalten haben. Anders als bei der Erbringung von klassischen Pflegesachleistungen durch zugelassene Pflege- oder Betreuungsdienste, bedarf es bei der Erbringung von Pflegesachleistungen in Akutsituationen keines Abschlusses eines Pflegevertrages nach § 120 SGB XI. Da die am Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI beteiligten Vertragspartner zunächst über Verhandlungen flächendeckend Angebotsstrukturen der pflegerischen Akutversorgung etablieren müssen, besteht der Anspruch auf Pflegesachleistungen in Akutsituationen ab dem 1. Januar 2028.

**Zu Absatz 2**

Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen umfassen sowohl die körperbezogenen Pflegemaßnahmen als auch pflegerische Betreuungsmaßnahmen. Die im Rahmen der Akutversorgung durch die Leistungserbringer durchzuführenden Tätigkeiten werden somit auf die Bewältigung von Alltagsherausforderungen pflegebedürftiger Personen fokussiert, welche für eine kurzfristige Stabilisierung der Pflegesituation notwendig sind. Fällt beispielsweise die Pflegeperson kurzfristig ungeplant aus, so kann der Notdienst in der ambulanten Pflege der körperbezogenen Pflegemaßnahmen der pflegebedürftigen Person beispielsweise beim Verlassen und Aufsuchen des Bettes, beim An- und Auskleiden oder bei der Nahrungsaufnahme helfen. Des Weiteren sind insbesondere demenziell erkrankte Pflegebedürftige auf pflegerische Betreuungsmaßnahmen angewiesen, damit ein Ortswechsel mit den damit häufig einhergehenden negativen Folgen bei den Betroffenen vermieden werden kann.

**Zu Absatz 3**

Ziel der Leistung ist es, dass die Pflege der pflegebedürftigen Person auch bei einem Akutereignis in der eigenen Häuslichkeit vorübergehend sichergestellt wird. Der Bezug von Pflegesachleistung in pflegerischen Akutsituationen ist deshalb in der Regel auf die Dauer des Vorliegens der Akutsituationen beschränkt. Die Pflegesachleistungen in Akutsituationen nehmen entsprechend eine Überbrückungsfunktion ein, mithilfe derer die pflegebedürftige Person und die An- und Zugehörigen ausreichend Zeit erhalten, um die Sicherstellung der Versorgung über die Verwendung der häuslichen Pflegehilfe bzw. des Pflegegeldes nach den §§ 36, 37 SGB XI neu zu organisieren. Dauert die Inanspruchnahme der Leistung länger als drei Kalendertage an, so hat der Notdienst in der ambulanten Pflege ab dem 1. Januar 2029 unverzüglich eine Einschätzung der Pflegebegleitung nach § 7c über die weitere Erforderlichkeit der Akutversorgung einzuholen und der zuständigen Pflegekasse zu übermitteln. Die Pflegebegleitung nach § 7c in Wohnortnähe unterstützt die pflegebedürftige Person sowie deren An- und Zugehörige bei der weiteren Organisation der häuslichen Pflege. In den Fällen, in denen eine Akutsituation bei der Pflege am Wochenende oder während der Feiertage auftritt, erhalten die pflegebedürftige Person und die An- und Zugehörigen aufgrund der gewählten dreitägigen Frist somit die Möglichkeit, die Neuorganisation der Pflegesituation auch ohne Pflegebegleitung nach § 7c vorzunehmen. Diese Regelung trägt insbesondere zu einer ressourcenschonenden Einbeziehung Pflegebegleitung nach § 7c bei. Da die Pflegebegleitung nach § 7c erst ab dem 1. Januar 2029 zur Verfügung steht, ist vom Notdienst in der ambulanten Pflege im Zeitraum vom 1. Januar 2028 bis zum 31. Dezember 2028 statt einer Einschätzung der Pflegebegleitung nach § 7c die Zustimmung der Pflegekasse einzuholen.

Vor dem Hintergrund der Funktion der Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen als ergänzendes Auffanginstrument im Rahmen der Überbrückungsleistungen für den

Fall, dass die bestehenden Regelleistungen im Umfang des Sachleistungs- und Entlastungsbudgets zur Sicherstellung der häuslichen Pflege in Akutsituationen nicht ausreichen, wird deren Inanspruchnahme nicht nur der Dauer nach, sondern auch der Höhe nach begrenzt. Die pflegebedingten Aufwendungen pro Kalenderjahr werden aufgrund dessen bis zu einem Betrag in Höhe des Überbrückungsbudgets nach § 39 Absatz 1 übernommen. Die Begrenzung von Leistungsumfang und Bezugsdauer soll dafür Sorge tragen, dass die Leistung ausschließlich zur Abdeckung akuter pflegerischer Versorgungslücken eingesetzt wird und nicht dauerhaft zur Substitution des Sachleistungsbudgets herangezogen wird.

**Zu Absatz 4**

Ab dem vierten Kalendertag der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen in pflegerischen Akutsituationen ist gemäß Absatz 3 zum Zweck der Sicherstellung der häuslichen Pflege eine Einschätzung der Pflegebegleitung nach § 7c über die weitere Akutversorgung erforderlich. Da die Einschätzung der Pflegebegleitung nach § 7c ab dem genannten Zeitpunkt erforderlich ist, stellt sie eine mit dem längeren Leistungsbezug verknüpfte Anspruchsvoraussetzung dar und ist der zuständigen Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen spätestens im Zuge der Leistungsabrechnung zu übermitteln. Über das Nähere zum Inhalt der Einschätzung und deren standardisierten Dokumentation, einschließlich deren Übermittlung im Wege elektronischer Datenübertragung an die zuständige Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen beschließt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 30. Juni 2028 Richtlinien.

Die Richtlinien unterliegen 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 zwei Monaten 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.

**Zu Nummer 33 (§ 40)**

**Zu Buchstabe a**

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel wie Desinfektionsmittel oder Mund-Nasen-Schutz sind niedrigschwellig auf dem allgemeinen Markt verfügbar. Sie können daher künftig individuell im Umfang des Entlastungsbudgets über das Pflegegeld bezogen werden. Aufwändige, in hohem Maße bürokratische Regelungen zum Bezug von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln als Sachleistung sind deshalb nicht erforderlich. Dies dient der Bürokratieentlastung bei Pflegekassen und Pflegebedürftigen. Die bisherigen Leistungsausgaben werden ausgabenneutral in das Sachleistungsbudget nach § 36 und das Entlastungsbudget nach § 37 integriert.

**Zu Buchstabe b**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Änderung in Absatz 1.

**Zu Buchstabe c**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Änderung in Absatz 1.

**Zu Nummer 34 (§ 40b)**

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Aufgrund der Einführung des neuen § 39a („Pflegesachleistungen in Akutsituationen“) wird der bisherige § 39a zu § 40c.

**Zu Nummer 35 (§ 40c)**

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Aufgrund der Einführung des neuen § 39a („Pflegesachleistungen in Akutsituationen“) wird der bisherige § 39a zu § 40c.

**Zu Nummer 36 (§ 41 Absatz 3)**

Bei der Tages- und Nachtpflege handelt es sich um einen kumulativen Anspruch des Pflegebedürftigen. Die Inanspruchnahme dieser Leistung erfolgt demnach ohne Anrechnung auf die ambulanten Pflegesachleistungen, das Pflegegeld, der Kombinationsleistung nach § 38 oder das Überbrückungsbudget nach § 39.

**Zu Nummer 37 (§ 42)**

**Zu § 42 (Kurzzeitpflege)**

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege wird in Folge der Einführung des neuen Überbrückungsbudgets (§ 39) neu gefasst. Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 steht damit künftig sowohl in geplanten als auch in ungeplanten Überbrückungssituationen, insbesondere in pflegerischen Akutsituationen ein Anspruch auf Kurzzeitpflege zur Verfügung, soweit die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und auch teilstationäre Pflege nicht ausreicht.

**Zu Absatz 1**

Neben der bisherigen Übernahme der Übergangspflege im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung des Pflegebedürftigen als auch der geplanten Kurzzeitpflege (zum Beispiel bei einem Erholungsurlaub der Hauptpflegeperson) soll auch in unvorhersehbaren, ungeplanten Überbrückungssituation, insbesondere in pflegerischen Akutsituationen künftig ein Anspruch auf Kurzzeitpflege bestehen, wenn die häusliche oder teilstationäre Pflege vorübergehend nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

**Zu Absatz 2**

Absatz 2 entspricht der bisherigen Regelung zur Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 a. F. Infolge der Einführung eines Überbrückungsbudgets (§ 39) ist die Übernahme von Aufwendung der Kurzzeitpflege der Pflegekasse pro Kalenderjahr auf die in Höhe des Überbrückungsbudgets nach § 39 Absatz 1 begrenzt.

**Zu Absatz 3**

Absatz 3 entspricht der bisherigen Regelung zur Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 3 a. F.

**Zu Absatz 4**

In pflegerischen Akutsituationen besteht ab dem 1. Januar 2028 Anspruch auf eine Akut-Kurzzeitpflege in zugelassenen Pflegeinrichtungen. Dies setzt voraus, dass ein Anspruch auf pflegerische Überbrückungsversorgung nach § 39 Absatz 3 insoweit besteht, dass das Überbrückungsbudget nach § 39 Absatz 1 noch nicht ausgeschöpft ist und eine stationäre Versorgung aus pflegefachlicher Sicht erforderlich ist. Die Einschätzung über die Erforderlichkeit und die voraussichtliche Dauer einer stationären Versorgung trifft künftig die, in pflegerischen Akutsituationen einzubindende, Pflegebegleitung nach § 7c. Da die am Versor-

gungsvertrag beteiligten Vertragspartner zunächst flächendeckende Vorhalteplätze in pflegerischen Akutsituationen vereinbaren müssen, besteht der Anspruch auf Akut-Kurzzeitpflege in zugelassenen vollstationären Pflegeinrichtungen ab dem 1. Januar 2028. Vor dem Hintergrund, dass die Pflegebegleitung nach § 7c erst ab dem 1. Januar 2029 zur Verfügung steht, ist im Zeitraum vom 1. Januar 2028 bis zum 31. Dezember 2028 die Einschätzung über die Erforderlichkeit der stationären Versorgung beim Notdienst in der ambulanten Pflege einzuholen.

**Zu Nummer 38 (Streichung § 42a)**

Die Regelungen zum Gemeinsamen Jahresbetrag sind nicht mehr erforderlich und werden gestrichen. Kurzzeitpflege und Teile der bisherigen Verhinderungspflege können künftig im Rahmen des Überbrückungsbudgets nach § 39 in Anspruch genommen werden. Auch das Sachleistungsbudget und das Entlastungsbudget stehen für Leistungen, die bisher im Rahmen der Verhinderungspflege gewährt wurden, zur Verfügung. Die bisherigen Leistungsausgaben für den Gemeinsamen Jahresbetrag werden ausgabenneutral in das Sachleistungsbudget, das Entlastungsbudget und das Überbrückungsbudget übertragen.

**Zu Nummer 39 (§ 43)**

**Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine Folgeänderung im Zusammenhang mit der präventionsorientierten Fokussierung der Leistungen bei Pflegegrad 1. Bestandsfälle erhalten Besitzstandsschutz gemäß § 144 Absatz 7.

**Zu Buchstabe b**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Nummer 40 (§ 44)**

Am 1. Januar 2017 ist das Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) in Kraft getreten. Mit diesem Gesetz sollte das flexible Arbeiten bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze gefördert sowie das Weiterarbeiten über diese Grenze hinaus attraktiver gemacht werden. Neben diesen den Arbeitsmarkt adressierenden Zielrichtungen haben sich durch die vorgenommenen Anpassungen im Rentenversicherungsrecht auch für nicht einer Beschäftigung nachgehende, eine Altersrente beziehende Pflegepersonen im Sinne des Elften Buches zusätzliche unbeabsichtigte Gestaltungsmöglichkeiten ergeben. So können diese Pflegepersonen, die die Regelaltersgrenze erreicht haben, durch einen prozentual frei wählbaren Verzicht auf ihre Rente eine sogenannte Wunschteilrente und in der Folge (wieder) volle Rentenversicherungsbeiträge von der Pflegeversicherung bis zum Ende ihrer Pflegetätigkeit erhalten. Nach einem Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 14. September 2021 (Az.: L 6 R 199/19) ist auch eine 99,99-%-Wunschteilrente möglich. In der Folge werden daher von der Pflegeversicherung volle Beiträge zur Rentenversicherung für die Pflegeperson auch bei einem nur geringen Verzicht von 0,01 Prozent der Vollrente bis zum Ende der Pflegetätigkeit gezahlt.

Im Jahr 2024 haben gut 39.000 Rentner die Teilrente nach dem Flexirentengesetz in Anspruch genommen, was zu Ausgaben für die Pflegeversicherung von rund 153 Millionen Euro geführt hatte. Dies entspricht rechnerisch etwa 3,7 Prozent der Gesamtausgaben der Pflegeversicherung für Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegepersonen. Von einer weiteren Steigerung der Ausgaben ist auszugehen, da die Pflegepersonen zunehmend zu dieser Möglichkeit beraten werden.

Die Regelungen zur Rentenversicherungspflicht von Pflegepersonen sowie zum Anspruch gegenüber der Pflegeversicherung auf Entrichtung von Rentenversicherungsbeiträgen zielten bei Einführung der Pflegeversicherung darauf ab, die Pflegepersonen zu unterstützen, die wegen der Pflegetätigkeit auf eine Berufsausübung verzichten, diese in erheblichem Umfang reduzieren oder eine geplante Erwerbstätigkeit nicht oder nicht in vollem Umfang aufnehmen können. Diese Personen haben zunächst einen Verdienstausfall wegen der Pflege und erleiden durch die Aufgabe oder Reduzierung der Erwerbstätigkeit auch später noch Nachteile in ihrer Alterssicherung, die durch die Beitragszahlungen zur Rentenversicherung ausgeglichen oder zumindest abgemildert werden sollen.

Bei Personen, die bereits eine Rente wegen Alters beziehen, ist dies typischerweise nicht der Fall. Sie haben meist keinen Verdienstausfall durch die Pflegetätigkeit und erhalten ihre Rente während ihrer Pflegetätigkeit im vollen Umfang ebenso wie Rentenbeziehende, die keine Pflegetätigkeit ausüben. Insbesondere Rentnerinnen und Rentner, die die Regelaltersgrenze überschritten haben, haben in der Regel ihre Erwerbsbiografien abgeschlossen. Sie haben durch die Übernahme der Pflegetätigkeit keine Nachteile in ihrer Alterssicherung (mehr). Daher sind sie nicht im selben Maße schutzbedürftig wie Pflegepersonen im Erwerbsalter. Beiträge zur Rentenversicherung durch die Pflegeversicherung konnten und können daher ohne Verstoß gegen das Gleichbehandlungsgebot auf die Pflegepersonen konzentriert werden, die noch nicht die Regelaltersgrenze erreicht haben.

Mit dem neuen Satz 2 wird nunmehr klargestellt, dass Beiträge zur Rentenversicherung für die Pflegepersonen künftig längstens bis zum Bezug einer Rente wegen Alters und dem Erreichen der Regelaltersgrenze von der Pflegeversicherung gezahlt werden.

**Zu Nummer 41 (§§ 45a und 45b)**

**Zu § 45a (Angebote zur Unterstützung im Alltag; Verordnungsermächtigung)**

**Zu Absatz 1**

Die Angebote zur Unterstützung im Alltag werden neu geordnet, ausgebaut und entbürokratisiert. Die Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach Landesrecht bleibt grundsätzlich bestehen – mit Ausnahme der Angebote der Nachbarschaftshilfe. Diese werden künftig nach Absatz 4 durch die Pflegekassen anerkannt. Für professionelle Angebote wird klargestellt, dass für sie die Möglichkeit einer versorgungsvertraglichen Zulassung nach § 72 als ambulante Betreuungseinrichtung im Sinne des § 71 Absatz 1a besteht, soweit sie die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt. Mit der Zulassung können Leistungen im Umfang des Sachleistungsbudgets bezogen werden. Sofern eine Zulassung nach § 72 besteht, ist eine Anerkennung als Angebot zur Unterstützung im Alltag nach Landesrecht oder als Nachbarschaftshilfe ausgeschlossen. Durch diese Regelung wird sichergestellt, dass ein Angebot zur Unterstützung im Alltag nicht kumulativ im Sinne der Absätze 3 und 4 anerkannt und als Betreuungsdienst nach § 72 zugelassen sein kann.

Darüber hinaus wird der bisher verwendete Begriff des Pflegebegleiters in Satz 5 in der Fassung bis zum 31.12.2026 umbenannt in ehrenamtlich Pflegebegleitende, um eine hinreichende Abgrenzung zur neuen professionellen Pflegebegleitung nach § 7c SGB XI-neu sicherzustellen.

**Zu Absatz 2**

Der Satz 1 wird um die Klarstellung ergänzt, dass die aufgeführten Inhalte des Absatzes 2 für die nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag gelten. Es handelt sich hierbei um eine Folgeänderung aufgrund der gesonderten Anerkennung der Nachbarschaftshilfe durch die Pflegekassen nach Absatz 4. Für professionelle Angebote zur Unterstützung im Alltag mit einer Zulassung nach § 72 als ambulante Betreuungsein-

richtungen im Sinne des § 71 Absatz 1a gelten unterdessen die versorgungsvertraglichen Anforderungen.

**Zu Absatz 3**

Die landesrechtliche Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag soll künftig bundeseinheitlicher erfolgen. Deshalb werden im Gesetz bestimmte Kriterien für die Verordnung nach Landesrecht vorgegeben. Dabei kann eine Anerkennung nach Landesrecht nicht erfolgen, wenn der Anbieter eine Zulassung nach § 72 besitzt oder wenn eine Anerkennung als Nachbarschaftshilfe durch die Pflegekassen besteht.

**Zu Absatz 4**

Engagierte Einzelhelfende, welche Unterstützung in Form der Nachbarschaftshilfe erbringen, werden künftig durch die Pflegekassen anerkannt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erhält den Auftrag, bis zum 1. Januar 2028 in Richtlinien das Nähere hierzu zu regeln. Die Verfahren sollen dabei bürokratiearm ausgestaltet werden und weitgehend auf digitale Lösungen zurückgreifen. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Hierbei wird das Bundesministerium für Gesundheit insbesondere prüfen, ob das gewählte Verfahren zur Anerkennung der engagierten Einzelhelfenden als Nachbarschaftshilfe ausreichend niedrigschwellig ausgestaltet ist. Ferner wird klargestellt, dass bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Richtlinien die Anerkennung von Einzelhelfenden als Nachbarschaftshilfe abweichend von der Regelung in Satz 1 weiterhin durch die nach Landesrecht zuständige Behörde auf Grundlage der Rechtsverordnung nach § 45a Absatz 3 in der bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Fassung erfolgt.

**Zu Absatz 5**

Professionelle Angebote zur Unterstützung im Alltag können eine versorgungsvertragliche Zulassung durch die Pflegekasse als ambulante Betreuungseinrichtung gemäß § 71 Absatz 1a erhalten und damit Leistungen im Umfang des Sachleistungsbudgets nach § 36 erbringen. Der Leistungsbetrag für sonstige Angebote zur Unterstützung im Alltag sowie für Nachbarschaftshilfe wird überdies angehoben. Aufgrund dieser strikten Trennung zwischen niedrigschwelligen Angeboten zur Unterstützung im Alltag mit Anerkennung nach Landesrecht gemäß Absatz 3 oder Anerkennung durch die Pflegekassen gemäß Absatz 4 einerseits und den professionellen Angeboten zur Unterstützung im Alltag mit einer versorgungsvertraglichen Zulassung als ambulante Betreuungseinrichtung nach § 71 Absatz 1a andererseits ist ein gesonderter Umwandlungsanspruch, mit dem Angebote zur Unterstützung im Alltag zusätzlich als Sachleistung bezogen werden können, daher nicht mehr erforderlich und wird gestrichen. Hierbei wird ferner der Grundsatz berücksichtigt, dass das Sachleistungsbudget nach § 36 SGB XI ausschließlich von professionellen Dienstleistern abgerufen werden kann, während das Sozialraumbudget nach § 45b SGB XI ausschließlich der Inanspruchnahme niedrigschwelliger Angebote dient. Durch die Abschaffung des Umwandlungsanspruchs wird darüber hinaus die Abrechnung der Leistungen bei den Pflegekassen entbürokratisiert.

Die Richtlinien nach Absatz 4 sind zu evaluieren. Dabei ist insbesondere der Frage nachzugehen, inwieweit die Angebote zur Unterstützung im Alltag zum Verbleib in der eignen Häuslichkeit beitragen. Kriterien wie die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung sind zu berücksichtigen. Für die Evaluierung sollen insgesamt fünf Jahre nach Erlass der Richtlinie nach Absatz 4 zur Verfügung stehen. Nach Abschluss der Evaluierung ist dem BMG ein Bericht über deren Ergebnisse vorzulegen.

**Zu § 45b (Sozialraumbudget)**

**Zu Absatz 1**

Der bisherige Entlastungsbetrag wird durch ein Sozialraumbudget ersetzt. Damit werden die Angebote zur Unterstützung im Alltag aufgewertet und ihr Ausbau wird unterstützt. Der monatlich zur Verfügung stehende Leistungsbetrag wird von 131 Euro auf 175 Euro monatlich angehoben. Der Betrag erhöht sich für Pflegebedürftige, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, noch weiter auf 300 Euro monatlich. Diese Gruppe der Pflegebedürftigen wird typischerweise von ihren Eltern gepflegt, die besonders stark belastet sind. Gleichzeitig kann das Sozialraumbudget ausschließlich für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden, wohingegen der bisherige Entlastungsbetrag flexibel für eine größere Bandbreite von Leistungserbringern eingesetzt werden konnte (bspw. ambulante Pflegedienste oder Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege). Die Erhöhung der Leistungsbeträge erfolgt daher ausgabenneutral. Professionelle Angebote der Unterstützung im Alltag, die eine versorgungsvertragliche Zulassung als ambulante Betreuungseinrichtung nach § 71 Absatz 1a erhalten, werden künftig über das Sachleistungsbudget abgerechnet und nicht über das Sozialraumbudget. Das Sozialraumbudget steht der pflegebedürftigen Person monatlich zur Verfügung, damit durch die monatliche Inanspruchnahme niedrigschwelliger Unterstützungsangebote pflegende Angehörige in ihrer Eigenschaft als Pflegende kontinuierlich entlastet werden sowie um die Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der pflegebedürftigen Person bei der Gestaltung ihres Alltags fortwährend zu fördern. Die Verwendung des Budgets soll somit einer regelmäßigen und fortlaufenden Betreuung und Entlastung dienen, weshalb eine Ansparmöglichkeit nicht weiter erforderlich ist.

Das Sozialraumbudget kann von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in Anspruch genommen werden. Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 steht künftig die intensive Beratung und Unterstützung der Pflegebegleitung nach § 7c zur Verfügung. Damit sollen die Leistungen des Pflegegrades 1 präventiver ausgestaltet werden. Bis zur vollständigen Etablierung der neuen Pflegebegleitung nach § 7c können Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 bereits nach erstmaligem Erhalt des Pflegegrades eine Beratung nach § 37 Absatz 3 abrufen.

**Zu Absatz 2**

Bei den Änderungen in den Sätzen 1 und 2 handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen zu den Regelungen in Absatz 1. Da das Sozialraumbudget ausschließlich für niedrigschwellige Angebote zur Unterstützung im Alltag mit einer Anerkennung nach Landesrecht gemäß § 45a Absatz 3 oder mit einer Anerkennung durch die Pflegekassen gemäß § 45a Absatz 4 verwendet werden kann, wird der bisherige Satz 3 gestrichen. Dieser sah vor, dass für Zwecke der statistischen Erfassung bei den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen auf den Belegen eindeutig und deutlich erkennbar angegeben sein musste, im Zusammenhang mit welcher Leistung die Aufwendungen jeweils entstanden waren. Diese Regelung trug dem Umstand Rechnung, dass der Entlastungsbetrag für die Erstattung von Aufwendungen genutzt werden konnte, welche mit verschiedenen Leistungen im Zusammenhang standen. Diese Notwendigkeit ist mit der neuen Regelung im Absatz 1 nicht weiter gegeben. Darüber hinaus werden durch die Streichung des Satzes 3 Vorgaben für die einzureichenden Belege reduziert und folglich Bürokratie abgebaut.

**Zu Absatz 3**

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zu den Regelungen in Absatz 1.

**Zu Absatz 4**

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zu den Regelungen in Absatz 1. Durch die Neustrukturierung der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a erfolgt im

Satz 2 die Ergänzung, dass sich die Begrenzung der Vergütung nicht ausschließlich auf die nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag gemäß § 45a Absatz 3 beschränkt, sondern gleichermaßen für die Nachbarschaftshilfe gemäß § 45a Absatz 4 gilt.

**Zu Nummer 42 (§ 45c)**

**Zu Buchstabe a**

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 ferner 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 sowie strukturellen Förderung im Bereich der Angebote zur Unterstützung im Alltag verbessert und eindeutiger als bisher geregelt. 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.

Da das Sozialraumbudget nach § 45b ausschließlich zweckgebunden für Leistungen von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a einzusetzen ist, bedarf es künftig einer umfassenderen Förderung zur Schaffung und Entwicklung dieser Angebote, damit möglichst viele pflegebedürftige Personen die Gelegenheit zur Inanspruchnahme niedrigschwelliger Unterstützungsleistungen erhalten. Vor dem Hintergrund dieser Bedeutung, die die Förderzwecke des § 45c für die Versorgung von Pflegebedürftigen, aber auch für die Unterstützung von Pflegepersonen haben, werden die im Wege der Anteilsfinanzierung zur Verfügung gestellten Mittel zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte sowie zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen nach Absatz 1 ausgabenneutral auf 125 Millionen Euro je Kalenderjahr erhöht. Daraus ergibt sich gemeinsam mit der Ko-Förderung durch Länder und/oder Kommunen ein Gesamtfördervolumen von bis zu 250 Millionen Euro je Kalenderjahr. 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.

**Zu Buchstabe b**

In Folge der Einführung eines Sozialraumbudgets werden die Mittel zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte sowie zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen nach Absatz 1 im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds ausgabenneutral auf 125 Millionen Euro je Kalenderjahr angehoben. Daraus ergibt sich gemeinsam mit der Ko-Förderung durch Länder und/oder Kommunen ein Gesamtfördervolumen von bis zu 250 Millionen Euro je Kalenderjahr.

**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. Die in Absatz 3 Satz 3 genannten Fördermöglichkeiten stellen hierbei keine abschließende Auflistung dar. Denkbar wäre beispielsweise ebenfalls die Förderung notwendiger Personal- und Sachkosten, die 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, anfallen können.

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 Nummer 43 (§ 45e)**

**Zu Buchstabe a**

Mit der Änderung des Satz 4 wird die bisherige Staffelung der Fördermittel für die Finanzierung der Geschäftsstelle nach Absatz 5 sowie für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung angepasst. Hintergrund ist die mit der Änderung in Absatz 5 vorgesehene Verschiebung des Beginns der Errichtung der Geschäftsstelle vom 1. Oktober 2026 auf den 1. Januar 2027. Die zeitliche Verschiebung soll genutzt werden, um die organisatorischen Grundlagen der Geschäftsstelle vorzubereiten und die vorgesehene Aufgabenwahrnehmung weiter zu konkretisieren, damit die Arbeit der Geschäftsstelle ab dem 1. Januar 2027 beginnen kann. Diese Anpassung der Zeitplanung ermöglicht es zugleich, im Jahr 2027 zusätzliche Mittel (400 000 Euro anstatt 300 000 Euro) für den Aufbau und die Arbeitsaufnahme der Geschäftsstelle und im Jahr 2030 zusätzliche Mittel für die nun vorgesehene, vertiefte wissenschaftliche Begleitung und Evaluation bereitzustellen. Die Gesamtfördersumme der Geschäftsstelle bleibt unverändert, die Förderbeträge werden ausschließlich anders gestaffelt.

Mit dem neuen Satz 5 wird eine Ermöglichung der Übertragbarkeit nicht ausgeschöpfter Fördermittel für die Finanzierung der Geschäftsstelle in das jeweilige Folgejahr bis einschließlich 2032 geschaffen. Dadurch wird eine flexiblere Mittelbewirtschaftung ermöglicht und sichergestellt, dass Fördermittel, die insbesondere in der Aufbauphase der Geschäftsstelle nicht vollständig abgerufen werden, weiterhin für die Aufgaben der Geschäftsstelle sowie für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung zur Verfügung stehen. Die Regelung dient damit der effizienten Verwendung der bereitgestellten Mittel und unterstützt eine bedarfsgerechte Finanzierung über den gesamten Förderzeitraum hinweg.

**Zu Buchstabe b**

Hinsichtlich der Änderung in Bezug auf den Beginn der Geschäftsstelle wird auf die Begründung zur Änderung in Absatz 1 Satz 4 verwiesen.

Bei der Änderung in Satz 3 handelt es sich um eine redaktionelle Klarstellung des Beteiligungsverfahrens; eine inhaltliche Änderung der Zuständigkeiten ist damit nicht verbunden.

Mit der Ergänzung eines neuen Satz 5 wird festgelegt, dass die wissenschaftliche Auswertung der Arbeit der Geschäftsstelle dem Bundesministerium für Gesundheit zum 31. Dezember 2030 vorzulegen ist. So erhalten sowohl der Spitzenverband Bund der Pflegekassen als auch das Bundesministerium für Gesundheit einen ausreichenden Zeitraum zur Bewertung der Tätigkeiten der Geschäftsstelle und zur Entscheidung über ggfls. zu ergreifende Nachfolgemaßnahmen. Die Evaluation soll dafür neben einem Monitoring der Tätigkeit der Geschäftsstelle auch untersuchen, welchen Beitrag die nach § 45e SGB XI geförderten regionalen Netzwerke zur pflegerischen Versorgung vor Ort leisten, wie die beteiligten Akteure innerhalb der Netzwerke zusammenarbeiten und inwieweit die Förderung nach

§ 45e SGB XI die Netzwerkarbeit nachhaltig stärkt. Ziel sollte eine belastbare Einschätzung der Wirksamkeit des Förderinstruments, seines Beitrags zur Weiterentwicklung regionaler Versorgungsstrukturen und der Rolle der Geschäftsstelle sein.

**Zu Nummer 44 (§ 45f)**

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Streichung des Umwandlungsanspruchs in § 45a.

**Zu Nummer 45 (§ 45h)**

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Einführung der neuen Pflegebegleitung in § 7c, der Verschiebung des bisherigen § 39a in einen neuen § 40c, der Streichung der eigenständigen Leistung für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sowie der Einführung der Leistung des Überbrückungsbudgets nach § 39.

**Zu Nummer 46 (§ 46)**

Die Verwaltungskostenerstattung wird von 3,0 Prozent des Mittelwerts von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen auf 2,7 Prozent dieses Werts angepasst. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale, die von den Pflegekassen an die Krankenkassen gezahlt wird, steigt regelmäßig mit dem Anstieg der Leistungsausgaben bzw. Beitragseinnahmen der sozialen Pflegeversicherung. Sie ist angesichts des dynamischen Anstiegs beider Parameter allein zwischen 2022 und 2025 um etwa 20 Prozent angewachsen. Der tatsächliche Verwaltungskostenaufwand bei den Pflegekassen ist keineswegs im selben Umfang angestiegen. Die vorgeschlagene Absenkung des Bemessungssatzes führt nicht zu Kürzungen, sondern reduziert nur den weiteren Anstieg auf den notwendigen Umfang. Der neue gesetzliche Erstattungssatz ist bei der Festlegung des Verwaltungskostenfaktors für das Jahr 2027 bereits zu berücksichtigen.

Im Übrigen handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Nummer 47 (§ 53e)**

Mit § 53e wird durch die Schaffung einer bundesweiten Datenbank beim Medizinischen Dienst Bund auf einen gestiegenen Bedarf an aktuellen Datenauswertungen im Bereich der sozialen Pflegeversicherung reagiert. Die Ergebnisse der Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit sowie von Qualitätsprüfungen sollen künftig zentral erfasst, ausgewertet und für die konkreten, in Absatz 1 näher definierten Zwecke nutzbar gemacht werden.

Es ist dafür erforderlich, die bei den einzelnen Medizinischen Diensten vorliegenden Ergebnisse in einer einheitlichen und strukturierten Form zusammenzuführen und übergreifend auszuwerten. So wird eine hinreichend belastbare bundesweite Betrachtung von Entwicklungen, Auffälligkeiten und Unterschieden ermöglicht und die dafür erforderliche Datengrundlage geschaffen. Durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. können optional ebenfalls entsprechende Daten zugeliefert werden, die das Bild komplettieren. Voraussetzung dafür ist das Einvernehmen zwischen dem Medizinischen Dienst Bund und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Die Datenbank dient insbesondere auch dazu, Erkenntnisse für die Weiterentwicklung des Begutachtungsverfahrens, -instrumentes sowie für die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität zu gewinnen. Unter anderem die Durchführung der Studie „Entwicklung der Pflegeprävalenzen und Weiterentwicklungsbedarf des Begutachtungsinstruments“ des IGES-Institutes hatte gezeigt, dass in der Zukunft für Reformvorhaben noch vertieftere Datenanalysen als nach den bisherigen Möglichkeiten erforderlich sein würden. So kann insbesondere der Expertenbeirat nach § 18f die gewonnenen Er-

kenntnisse aus der Datenbank zeitnah in seine Arbeiten zu Empfehlungen und gesetzlichen Umsetzungsvorschlägen integrieren. Zudem ermöglicht eine zentrale, standardisierte Datengrundlage eine systematische Weiterentwicklung der Qualitätsprüfung und die Gewinnung von noch vertiefteren Erkenntnissen zu diesem Zweck aus der Gesamtheit der Prüfergebnisse.

Die Regelung trägt dabei dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung Rechnung, insbesondere wird im Sinne der Verhältnismäßigkeit die Datenverarbeitung auf das erforderliche Maß beschränkt. Die Regelung folgt dem Grundsatz der Datenminimierung und der Zweckbindung. Die Datenbank ist insbesondere kein Instrument zur Nachverfolgung einzelner Versicherter, sondern ein Mittel zur systematischen Auswertung von Ergebnissen.

Die Einrichtung der Datenbank hat den zusätzlichen Vorteil, dass verschiedene Berichtspflichten des SGB XI im Sinne der Entbürokratisierungsziele der Bunderegierung in einem einheitlichen Bericht zusammengefasst werden können. Es wird den in Absatz 7 Satz 4 genannten Berichtspflichtigen der Pflegeselbstverwaltung überlassen, die Einzelheiten und den Umfang der Vereinheitlichung durch Vereinbarung zu regeln. Dabei sollen sie eine möglichst weitgehende Zusammenfassung anstreben.

**Zu Nummer 48 (§ 55)**

**Zu Buchstabe a**

Der derzeit bereits geltende Beitragssatz von 3,6 Prozent wird zur Rechtsklarheit auch wieder in § 55 Absatz 1 wiedergegeben.

**Zu Buchstabe b**

Mit der Änderung wird die außerordentliche Anpassung der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Januar 2027 auch in der sozialen Pflegeversicherung nachvollzogen.

**Zu Buchstabe c**

Der Beitragszuschlag, den Versicherungsmitglieder ohne Kinder gemäß § 55 Absatz 3 Satz 1 zahlen, wird von bisher 0,6 auf 0,9 Beitragssatzpunkte angehoben.

**Zu Nummer 49 (§ 61a)**

**Zu Buchstabe a**

Die Aussetzung der Zahlungen nach § 61a Absatz 1 Satz 1 in den Jahren 2024 bis 2027 wird bis Ende 2028 verlängert. Im Jahr 2029 erfolgt die Beteiligung des Bundes gemäß § 61a in Höhe von 500 Millionen Euro. Ab dem Jahr 2030 wird sie wieder in Höhe von 1 Milliarde Euro jährlich aufgenommen.

**Zu Buchstabe b**

**Zu Absatz 2**

Zur Stabilisierung der Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung in den Jahren 2028 bis 2033 werden für die in den Regelungen bezeichneten Darlehen des Bundes an den Ausgleichsfonds abweichende Rückzahlungstermine festgelegt.

**Zu Nummer 50 (§ 63 Absatz 2)**

Die Änderung dient der Präzisierung und Vereinheitlichung der Liquiditätserhaltung. Dabei wird der Umfang des Betriebsmittelsolls gesetzlich definiert.

Durch die Festlegung auf das Einfache der monatlichen Aufwendungen (basierend auf dem Haushaltsplan der Pflegekasse) wird eine einheitliche und transparente Liquiditätsbasis geschaffen. Dies verhindert eine übermäßige Kapitalbindung auf Ebene der Einzelkassen und stellt sicher, dass liquide Mittel effizient im System – insbesondere im Ausgleichsfonds – verfügbar bleiben, ohne die laufende Zahlungsfähigkeit der Pflegekassen zu gefährden.

**Zu Nummer 51 (§ 64 Absatz 2)**

Im Kontext der Legaldefinition des Betriebsmittelsolls und dem Auffüllen der Betriebsmittel ist ein stufenweises Absenken des Rücklagesolls sachgerecht. Die freiwerdenden Mittel werden zum Auffüllen der Betriebsmittel auf das gesetzliche Betriebsmittelsoll eingesetzt. Darüber hinaus freiwerdende Mittel fließen dem Ausgleichsfonds zu.

**Zu Nummer 52 (§ 65 Absatz 6)**

Die Neuregelung schafft eine Rechtsgrundlage für finanzielle Belastungssituationen des Ausgleichsfonds.

Satz 1 ermächtigt das Bundesamt für Soziale Sicherung, bei Liquiditätsengpässen im Ausgleichsfonds Mittel der Pflegekassen heranzuziehen. Dabei ist ein strenger Maßstab der Solidarität anzulegen: Fehlbestände und Defizitlasten sind gleichmäßig auf alle Pflegekassen zu verteilen, um Wettbewerbsverzerrungen oder die Überlastung einzelner Kassen zu vermeiden.

Satz 2 ermöglicht dem Bundesamt für Soziale Sicherung, im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Ausgabendeckungsquote des Betriebsmittelsolls temporär absenken. Dies ermöglicht es, Kapital der Pflegekassen kurzfristig für die Liquidität des Ausgleichsfonds zu mobilisieren.

Satz 3 begrenzt diesen Eingriff nach unten, um die operative Handlungsfähigkeit der Kassen zu schützen. Die Absenkung darf maximal zwei Zehntel des Betriebsmittelsolls betragen. Damit wird sichergestellt, dass jede Pflegekasse ihre laufenden Leistungsverpflichtungen weiterhin erfüllen kann.

Satz 4 wird dem Umstand gerecht, dass die Betriebsmittel sukzessive aufgefüllt werden müssen, um die Handlungsfähigkeit der Pflegekassen sicherzustellen. Die gleichmäßige Verteilung des Aufbaus über mehrere Jahre stellt sicher, dass die Liquidität des Ausgleichsfonds nicht gefährdet wird. Ab dem Jahr 2030 beträgt die Untergrenze der Ausgabendeckungsquote des Betriebsmittelsolls das 0,8-Fache einer Monatsausgabe. In Summe mit dem betragsmäßig neu definierten Rücklagesoll in Höhe von 0,2 Monatsausgaben steht den Pflegekassen somit als Minimum eine Monatsausgabe an Mitteln im Monatsdurchschnitt zur Verfügung.

**Zu Nummer 53 (§ 69)**

**Zu Buchstabe a**

In Folge der Einführung der über das Überbrückungsbudget abrufbaren Leistungen der pflegerischen Überbrückungsversorgung nach § 39, wird der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen entsprechend ergänzt. Nach dem neuen Absatz 1a schließen die Pflegekassen zur Sicherstellung der pflegerischen Überbrückungsversorgung in pflegerischen Akutsituationen im Sinne von § 39 ergänzende Versorgungsverträge sowie Vergütungsverein-

barungen mit zugelassenen ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten zur Erbringung des Notdienstes in der ambulanten Pflege nach § 39a und mit zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen zur Erbringung der Akut-Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 4.

**Zu Buchstabe b**

Im neuen § 7c Absatz 5 ist festgelegt, dass die Pflegebegleitperson die Pflegekasse informiert, sofern die Versorgung der pflegebedürftigen Person nicht innerhalb eines angemessenen Zeitrahmens sichergestellt werden kann. Im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags hat die Pflegekasse dann die nötigen Schritte einzuleiten. Daher wird mit der vorliegenden Änderung entsprechend auch in § 69 darauf verwiesen, dass die Pflegekasse bei ihren Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 und 2 auch auf die Erkenntnisse der Pflegebegleitung zurückzugreifen hat.

**Zu Buchstabe c**

Nach § 8a Absatz 4 sind von den Ausschüssen nach § 8a Absatz 1 oder 3 Indikatoren für eine Feststellung von strukturellen Versorgungsbedarfen auf Ebene der Landkreise oder der kreisfreien Städte als Grundlage einer Pflegestrukturplanungsempfehlung zu bestimmen, wobei das Nähere zur Feststellung eines strukturellen Versorgungsbedarfs gemäß § 9 Absatz 1 durch Landesrecht bestimmt wird.

Diese Vorgabe wird mit einem neuen § 69 Absatz 3 ergänzt, der einen in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ vorgebrachten Vorschlag der Länder zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in der Langzeitpflege aufgreift. Demzufolge wird es den Pflegekassen ermöglicht, im Falle einer Feststellung eines regionalen strukturellen Versorgungsbedarfs, zur Umsetzung ihres Auftrags nach § 69 Absatz 1 Satz 1, zeitlich befristet von bestimmten vertrags- und vergütungsrechtlichen Regelungen abzuweichen. Dabei sind alle Aufgaben nach Absatz 1 und Absatz 2 umfasst. Diese Abweichungsmöglichkeit soll die Pflegekassen dazu befähigen, kurzfristig und flexibel auf einen strukturellen Versorgungsbedarf zu reagieren und diesen – komplementär zu etwaigen von den Ländern im Rahmen ihrer Zuständigkeit ergriffenen Maßnahmen (siehe § 8a Absatz 4a) – durch geeignete Maßnahmen möglichst zu mildern oder (vorläufig) zu decken, um die Versorgung der Pflegebedürftigen adäquat sicherzustellen. Damit keine Dauerausnahmezustände entstehen, sind die Abweichungen dabei entsprechend zu befristen. Gleichzeitig soll von allen Beteiligten vor Ort darauf hingewirkt werden, die geeigneten Maßnahmen zu ermitteln und zu treffen, um den strukturellen Versorgungsbedarf langfristig innerhalb des rechtlichen Rahmens zu decken. Durch die verbundene Ergänzung des § 75 Absatz 1a Satz 2 sind in diesem Zusammenhang auch die Vereinbarungspartner der Landesrahmenverträge aufgefordert, die Pflegestrukturplanungsempfehlungen im Sinne des § 8a Absatz 4 sowie sich daraus ergebende Feststellungen struktureller Versorgungsbedarfe bei ihren Vereinbarungen zu berücksichtigen.

**Zu Nummer 54 (§ 72)**

**Zu Buchstabe a**

Die Ergänzung in § 72 Absatz 3 Satz 1 stellt klar, dass bei Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen auch ein Anspruch auf Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrags besteht. Dies ist ein weiterer Beitrag zur Stärkung der Gestaltungsspielräume für die zugelassenen Leistungserbringer, und soll zugleich den weiteren Ausbau von Angeboten der teil- und vollstationären Pflege einschließlich der Kurzzeitpflege unterstützen.

**Zu Buchstabe b**

Mit der Änderung in § 72 Absatz 3b Satz 5 wird ermöglicht, dass mit Zustimmung der betreffenden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer die Entlohnung anstatt der Zahlung in

Geld auch anteilig in Form von Sach- und Dienstleistungen und anderen geldwerten Leistungen wie bspw. Beiträgen in eine betriebliche Altersvorsorge möglich ist.

Darüber hinaus findet mit den Änderungen in Absatz 3b Satz 6 und 7 eine Ablösung von starren Umsetzungsfristen bei der Anpassung von kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen und Tarifverträgen und des regional üblichen Entlohnungsniveaus statt. Pflegeeinrichtungen müssen zur Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen gemäß § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1 bis 3 eine Anpassung der Entlohnung erst mit Abschluss der auf die Veröffentlichung der angepassten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen bzw. Tarifverträge folgenden, nächsten Vergütungsvereinbarung vornehmen, statt wie bisher innerhalb einer Frist von drei Monaten. Für Pflegeeinrichtungen, die als Zulassungsvoraussetzung das regional übliche Entlohnungsniveau gemäß § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 4 einhalten, gilt dies gleichermaßen, bezogen auf die nach dessen Veröffentlichung folgende Vergütungsvereinbarung. Mit der Flexibilisierung des Umsetzungszeitpunktes wird den Beteiligten mehr Freiheit eingeräumt.

Absatz 3b Satz 8 entfällt, da sich der Regelungsinhalt durch Zeitablauf erledigt hat.

**Zu Nummer 55 (§ 73a)**

Die bisherige Berichtspflicht gemäß § 73a Absatz 3 sieht vor, dass der Bericht nach Bundesländern zu differenzieren ist. Mit der vorliegenden Änderung soll darüber hinaus sichergestellt werden, dass die Daten des Berichts auch auf Ebene der regionalen Gebietskörperschaften erhoben werden und somit den Ländern und ihren Kommunen im Rahmen der Erfüllung der Aufgaben nach § 8 Absatz 4 in einer für die kommunale Pflegestrukturplanung nutzbaren Form zur Verfügung gestellt werden können.

**Zu Nummer 56 (§ 75)**

Durch die Ergänzung in § 75 Absatz 1a werden die Vereinbarungspartner der Rahmenverträge angehalten, bei den Verhandlungen ihrer landesspezifischen Vorgaben zur pflegerischen Versorgung, die von den Ausschüssen nach § 8a Absatz 1 oder 3 abgegebenen Pflegestrukturplanungsempfehlungen im Sinne des § 8a Absatz 4 sowie anhand der darin festgelegten Indikatoren festgestellte strukturelle Versorgungsbedarfe zu berücksichtigen. Dies soll der praxisgerechten und zu den jeweiligen Verhältnissen im Bundesland passenden Weiterentwicklung der Rahmenverträge, einer besseren Verzahnung mit der Pflegestrukturplanung und einer möglichst langfristigen und nachhaltigen Deckung struktureller Versorgungsbedarfe dienen.

**Zu Nummer 57 (§ 75a)**

**Zu § 75a (Praktische Erprobung innovativer Konzepte)**

In den durch die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ erarbeiteten und im Dezember 2025 veröffentlichten fachlichen Eckpunkten für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform findet sich auch das Bestreben, Innovationen, deren Ziel es ist, die Pflege voranzubringen, nicht zu behindern, sondern zu ermöglichen. Um neue Konzepte, die z. B. durch präventive oder rehabilitative Aspekte, die über die aktivierende Pflege hinausgehen, die pflegerische Versorgung stärken, oder um Maßnahmen, die bspw. das Pflegepersonal entlasten, kontrolliert erproben zu können, soll befristet die Möglichkeit geschaffen werden, von geltenden fachlichen Vorgaben abzuweichen, um zu prüfen, ob letztere für die Zukunft angepasst werden sollten. Dieses Ziel wird mit der neuen Regelung des § 75a umgesetzt. Dieser erlaubt es Pflegeeinrichtungen und Kostenträgern, zwischen dem 1. Januar 2027 und dem 31. Dezember 2031 für einen Zeitraum von maximal drei Jahren Ausnahmen von Regelungen der Rahmenverträge nach § 75 zu vereinbaren, soweit die Vorschriften des SGB XI oder der Schutz der Pflegebedürftigen dem nicht entgegensteht.

Diese Vorschrift dient der zeitlich befristeten praktischen Erprobung innovativer Konzepte in der pflegerischen Versorgung und der Vorbereitung ihrer dauerhaften Regulierung durch Verwaltung und Gesetzgebung.

**Zu Absatz 1**

Zu Satz 1

Absatz 1 regelt die wesentlichen Vertragsinhalte. Vertragszweck ist die praktische Erprobung innovativer Konzepte in der pflegerischen Versorgung durch ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen. Um eine solche Erprobung in der Praxis zu ermöglichen, können die Vertragsparteien, der Träger einer zugelassenen ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung, die Landesverbände der Pflegekassen sowie der überörtliche Träger der Sozialhilfe im Land vertraglich Abweichungen von einzelnen in den Rahmenverträgen nach § 75 festgeschriebenen Regelungen vereinbaren. Die Rahmenverträge nach § 75 legen eine Vielzahl von unterschiedlichen Vorgaben in verschiedenen Bereichen der pflegerischen Versorgung im jeweiligen Bundesland für alle verbindlich fest, sodass die Option von Abweichungen den Vereinbarungspartnern eine große Bandbreite an möglichen innovativen Konzepten zulässt. Die vereinbarten Abweichungen sollen sich dabei auf die zur Erprobung notwendigen Regelungen beschränken; eine pauschale Abweichung bezüglich eines ganzen Rahmenvertrags ist nicht möglich. Der Rahmen der Abweichungsmöglichkeiten wird zudem durch den Schutzanspruch der von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen begrenzt. Dieser Schutzanspruch umfasst insbesondere die Wahrung der Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen, der Qualität der Pflege und der Sicherheit der Versorgung insgesamt. Diese grundsätzlichen Schutzgüter dürfen der Vereinbarung nicht entgegenstehen bzw. durch diese nicht gefährdet werden und sind von den Vertragsparteien jederzeit zu beachten. Die Regelungen des 11. Kapitels bleiben im Übrigen durch § 75a unberührt.

Zu Satz 2

In Satz 2 werden die zwingenden Vertragsinhalte festgelegt. Dies sind insbesondere der genauer zu definierende Zweck der Erprobung, von welchen konkreten Regelungen der jeweiligen Rahmenverträge nach § 75 abgewichen werden soll und welche Wirkungen durch die genannten Abweichungen erwartet werden. Die vertragliche Festlegung dieser Kriterien soll auch die Grundlage der in Absatz 4 geregelten Erfahrungsberichte sein und der Erfolgskontrolle dienen.

Zu Satz 3

Zum weiteren Schutz der von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen, auch im Sinne des Verbraucherschutzes, sind die Pflegebedürftigen über den Abschluss eines Vertrages nach Absatz 1 und über den Vertragsinhalt zu informieren.

**Zu Absatz 2**

Können sich die Parteien nicht auf einen Vertragsinhalt einigen, entscheidet die Schiedsstelle nach § 76 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund auf Antrag in der Regel binnen drei Monaten über den Vertragsinhalt. Kommt die Schiedsstelle bei Prüfung der beabsichtigten vertraglichen Regelungen zu der Überzeugung, dass die Vorschriften des SGB XI oder der Schutz der Pflegebedürftigen einem Vertragsschluss in dieser Form entgegensteht, kann der Vertragsschluss mit dem beabsichtigten Inhalt von der Schiedsstelle auch vollständig abgelehnt werden. In diesem Fall kommt kein Vertrag zustande und die Parteien müssen gegebenenfalls in neue Verhandlungen zu geänderten Vertragsinhalten einsteigen. Damit soll auch der Konfliktlösungsmechanismus dem Schutz der Pflegebedürftigen und dem Vorrang des Gesetzes ausdrücklich Rechnung tragen. Über den Verweis in Satz 2 ist gegen die Festsetzung der Schiedsstelle der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

**Zu Absatz 3**

Sollte sich im Laufe des Innovationsprojekts abzeichnen, dass die beabsichtigten Wirkungen nicht oder nicht wie erwartet eintreten oder die Pflegeeinrichtung das Projekt aus anderen Gründen nicht fortführen möchte, soll dies mit der Kündigungsmöglichkeit nach Absatz 3 ermöglicht werden. Absatz 3 legt fest, dass der Vertrag von jeder Vertragspartei mit einer Frist von sechs Wochen ganz oder teilweise gekündigt werden kann, von den Landesverbänden der Pflegekassen jedoch nur, wenn die pflegerische Versorgung der betroffenen Pflegebedürftigen gefährdet ist. Die Einschränkung der Kündigungsmöglichkeit auf Seiten der Kassen auf Fälle, in denen die pflegerische Versorgung konkret gefährdet ist, soll den Einrichtungen die Planungssicherheit geben, die sie zur erfolgreichen Umsetzung der innovativen Konzepte brauchen, andererseits aber den Schutz der Pflegebedürftigen wahren.

**Zu Absatz 4**

Zu Satz 1

Um die Anwendung und die Wirkung der Regelung nachvollziehen zu können, werden die Landesverbände der Pflegekassen dazu verpflichtet, den Spitzenverband Bund der Pflegekassen über den Abschluss von Verträgen nach Absatz 1 zu informieren.

Zu Satz 2

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll anhand der nach Satz 1 gemeldeten Daten in angemessenen zeitlichen Abständen einen Erfahrungsbericht über die laufenden Innovationsprojekte von den betroffenen Pflegeeinrichtungen anfordern. Diese sollen den Bericht mit den weiteren Vertragspartnern nach Absatz 1 Satz 1 abstimmen. Die Angemessenheit der Abstände kann je nach Umfang des Innovationskonzeptes und weiterer individueller Faktoren abweichen, bei einer Laufzeit von drei Jahren könnte beispielsweise einmal jährlich ein Bericht angefordert werden. Der Erfahrungsbericht stellt dabei eine niedrigschwellige Form der Evaluation dar, durch die sich angesichts der Vielgestaltigkeit und erwarteten Anzahl der durchgeführten Innovationskonzepte deren Erfolg in ressourcenschonender Weise darstellen lässt.

Zu Satz 3

Um dem Ziel der Regelung entsprechend nähere Erkenntnisse über die Anwendung der Vorschrift und die vereinbarten Innovationskonzepte zu erlangen, legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen auf Basis der Daten nach Satz 1 und der Berichte nach Satz 2 dem Bundesministerium für Gesundheit nach der Hälfte der Laufzeit der Vorschrift zum 1. Juli 2029 und nach Abschluss der Laufzeit zum 1. Juli 2032 einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht vor.

**Zu Nummer 58 (§ 78a)**

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Aufgrund der Einführung des neuen § 39a („Pflegesachleistungen in Akutsituationen“) wird der bisherige § 39a zu § 40c.

**Zu Nummer 59 (§ 82 Absatz 1a)**

Mit der Einfügung des neuen Absatzes 1a wird klargestellt, dass den Pflegeeinrichtungen im Zusammenhang mit der Nutzung von betriebsnotwendigen technischen oder digitalen Systemen entstehende Personal- und Sachaufwendungen bei der Vergütungsvereinbarung berücksichtigungsfähig sind. Dies betrifft solche Aufwendungen, die beispielsweise für Wartung, Schulungen der Mitarbeitenden und Support anfallen, damit technische und digitale Anschaffungen von den Einrichtungen auch effektiv und dauerhaft genutzt werden können.

Der Ausschluss der Berücksichtigungsfähigkeit von Aufwendungen für den Anlauf oder die innerbetriebliche Umstellung von Pflegeeinrichtungen in der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung gemäß § 82 Absatz 2 Nummer 4 bleibt davon unberührt

**Zu Nummer 60 (§ 82c)**

**Zu Buchstabe a**

Im Zuge der Neufassung der Allgemeinen Vorschriften im Ersten Kapitel wird die bisher in § 8 Absatz 5a geregelte Finanzierung der Geschäftsstelle des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 82c Absatz 6 systematisch unverändert in Satz 11 und 12 dieser Vorschrift überführt.

**Zu Buchstabe b**

Mit Einführung der Regelungen zur tariflichen Entlohnung war das Ziel einer deutlichen Verbesserung der Entlohnung in der Langzeitpflege verbunden. In den vergangenen Jahren sind die Löhne in Krankenhaus- und Langzeitpflege deutlich stärker gestiegen als der Pflegemindestlohn, die Löhne in der Gesamtwirtschaft und als das allgemeine Preisniveau. Die Löhne von Pflege- und Betreuungskräften in der Langzeitpflege haben sich seit Einführung der Regelungen zudem den Löhnen von Pflege- und Betreuungskräften in der Krankenhauspflege weitestgehend angenähert. Auch im Branchenvergleich liegen sie deutlich über dem Durchschnitt aller Ausbildungsberufe. Das gesetzgeberische Ziel der Stärkung der Attraktivität des Pflegeberufs durch Löhne, die sowohl den fachlichen Anspruch als auch die physischen und psychischen Belastungen des Berufs adäquat widerspiegeln, wurde daher nach aktuellem Stand klar erreicht.

Mit dem Ende Juli 2026 in Kraft getretenen Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-BStabG (BGBl. 2026 I Nr. 228 vom 29.07.2026) hat sich der Gesetzgeber auf das Prinzip einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik in der gesetzlichen Krankenversicherung fokussiert. Diese Änderungen haben auch Auswirkungen auf den Bereich des Pflegeversicherungsrechts. Allerdings gelten dort, abweichend als im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, für zugelassene Leistungserbringer klare Vorgaben zur Entlohnung der Beschäftigten in Pflege und Betreuung, die mit den gesetzlichen Vorgaben zur Wirtschaftlichkeit der Personalaufwendungen für die Pflegevergütungsverhandlungen entsprechend korrespondieren. Deshalb werden mit diesem Gesetz in einem ersten Schritt auf vier Jahre befristete, erste direkte Anpassungen in Richtung der Änderungen im GKV-BStabG vorgesehen, mit denen die Vorgaben zum regional üblichen Entlohnungsniveau bezogen auf die künftigen Vergütungssteigerungen angepasst werden. Zugleich soll mit dem vorgesehenen Prüfauftrag an das Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales die weitere Ausgestaltung dieser Regelungen zur tariflichen Entlohnung in der Langzeitpflege angegangen werden.

Mit dem neu gefassten Absatz 7 wird daher bei der Anwendung der Regelungen zur tariflichen Entlohnung im SGB XI für einen Zeitraum von insgesamt vier Jahren der Bezugspunkt der Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen für künftige Steigerungen bei Neuvereinbarungen nach dem achten Kapitel teilweise modifiziert. Sie bedeuten jedoch keine Absenkung der Entlohnungen und Gehälter. Pflege- und Betreuungskräfte sind eine knappe Ressource am Arbeitsmarkt und haben daher die Möglichkeit, sowohl im Rahmen von kollektivvertraglichen als auch individuellen Verhandlungen mit den Arbeitgebern für sich weiterhin sehr gute Löhne zu erreichen. Die Entwicklung der Löhne und der Pflegevergütungen wird dabei weiter eng beobachtet, bis Mitte des Jahres 2029 wird von der Geschäftsstelle beim GKV-Spitzenverband nach Absatz 6 ein Bericht hierzu vorgelegt. Darauf aufbauend werden vom Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter Einbezug der Geschäftsstelle die Vorgaben im siebten und

achten Kapitel hinsichtlich der Gehälter und Entlohnungen von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in der Pflege und Betreuung bis 31. Dezember 2030 weiterentwickelt.

**Zu Absatz 7**

Mit Satz 1 des neuen Absatz 7 wird die Ermittlung des regional üblichen Entlohnungsniveaus nach dem bis zum Jahr 2026 geltenden Verfahren in den Jahren 2027 bis einschließlich 2029 ausgesetzt. Die tariflich bzw. kirchenarbeitsrechtlich gebundenen Pflegeeinrichtungen werden von den jährlichen Mitteilungen der gezahlten Entlohnungen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer entlastet und haben der Geschäftsstelle nur noch bei Änderungen die aktuelle, durchgeschriebene Fassung des geänderten Tarifvertrags oder der geänderten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zu übermitteln. Dadurch werden die tariflich bzw. kirchenarbeitsrechtlich gebundenen Pflegeeinrichtungen sowie der GKV-Spitzenverband von Aufwänden entlastet und ein wichtiger Beitrag zu einer Entbürokratisierung der Pflege geleistet.

Im Hinblick auf das Auslaufen der Befristung nach Satz 2 werden die im zeitlichen Vorlauf benötigten Regelungen für eine Dauer von nur drei Jahren ausgesetzt, um einen wirksamen Anschluss ab dem 1. Januar 2031 potentiell zu ermöglichen. Dies umfasst:

a) die Regelung der Mitteilungspflicht der tariflich bzw. kirchenarbeitsrechtlich gebundenen Pflegeeinrichtungen gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen nach § 72 Absatz 3e Satz 1,

b) die Regelung zur Ermittlung des regional üblichen Entlohnungsniveaus durch die Landesverbände der Pflegekassen nach § 82c Absatz 2 Satz 2 bis 5 und die entsprechende Beauftragung der Geschäftsstelle beim GKV-Spitzenverband nach § 82c Absatz 6 Satz 2 Nummer 3,

c) die Regelung für die Pflegevergütungs-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 82c Absatz 4.

Mit Satz 3 wird für Einrichtungen, die sich hinsichtlich der Entlohnung ihrer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung für Pflegebedürftige erbringen, gemäß § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1 bis 3 maßgeblich an einem Tarifvertrag oder einer kirchlichen Arbeitsrechtsregelung orientieren, geregelt, dass im Zeitraum nach Satz 2 eine Entlohnung im Sinne des § 72 Absatz 3b Satz 2 der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung erbringen, in Höhe eines der in der Liste nach Absatz 5 enthaltenen Tarifvertrags oder einer dort enthaltenen kirchlichen Arbeitsrechtsregelung nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann.

Mit Satz 4 wird Bezug auf das Fünfte Buch genommen. Dort sind mit dem GKV-BStabG Begrenzungen bei der Vergütungsbemessung bezogen auf die Veränderungsrate gemäß § 71 Absatz 3 des Fünften Buches aufgenommen worden. Die Adjustierung des Wirtschaftlichkeitsmaßstabs im SGB XI bezogen auf das regional übliche Entlohnungsniveau mit der Begrenzung der zukünftigen Lohnsteigerungen auf die gesamtgesellschaftliche Lohnentwicklung soll das Verfahren vereinfachen und zugleich die Lohnentwicklung in der ambulanten und stationären Langzeitpflege wie im Bereich des SGB V an die gesamtgesellschaftliche Lohnentwicklung angenähert werden. Es wird daher geregelt, dass bei der Vergütungsbemessung der zugelassenen Leistungserbringer im SGB XI, die ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung für Pflegebedürftige erbringen, eine Entlohnung im Sinne des § 72 Absatz 3b Nummer 4 zahlen, künftig die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches die Obergrenze für Steigerungen der Personalaufwendungen im Sinne des § 82c bezogen auf eine Geltungsdauer von jeweils 12 Monate darstellt.

Damit gilt für die Anwender des regional üblichen Entlohnungsniveaus ab dem 2. Januar 2027, dass beim Abschluss einer neuen Vergütungsvereinbarung Anpassungen der Entlohnungen maximal in Höhe der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches berücksichtigt werden können. Strukturelle Veränderungen, die Einfluss auf die Höhe der Personalaufwendungen nehmen wie z. B. im Zusammenhang mit der Umsetzung der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtung gemäß § 113c oder der Vereinbarung von Transformationsstellenenteilen gemäß § 113e, bleiben davon unberührt. Die Obergrenze bezieht sich, wie auch bei der bisherigen Rechtsanwendung, lediglich auf die Entlohnungen im Sinne des § 82c. Hiervon betroffene Pflegeeinrichtungen, die vor dem 2. Januar 2027 von der Möglichkeit Gebrauch machen, Entlohnungen zu zahlen, die insgesamt das regional übliche Entlohnungsniveau in der Region, in der die jeweilige Einrichtung betrieben wird, bis zu 10 Prozent übersteigen, können diese entsprechend höhere Entlohnung beibehalten und mit der dargestellten Steigerungsrate fortschreiben. Eine Entlohnung in dieser Höhe kann künftig nicht als unwirtschaftlich abgelehnt und Steigerungen bis zur Höhe der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches nicht verweigert werden. Damit soll sichergestellt werden, dass die Entlohnung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung für Pflegebedürftige erbringen, in Folge der gesetzlichen Änderungen von den betroffenen Pflegeeinrichtungen nicht abgesenkt werden muss.

Während der Aussetzung der Mitteilungspflicht der stichtagsbezogenen Entlohnung der tariflich bzw. kirchenarbeitsrechtlich gebundenen Pflegeeinrichtungen gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen wird nach Satz 5 die Ermittlung des regional üblichen Entlohnungsniveaus nach dem bis zum Jahr 2026 geltenden Verfahren in den Jahren 2027 bis 2029 ausgesetzt. Stattdessen werden die am 30. September 2026 veröffentlichten regional üblichen Entlohnungsniveaus nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 jährlich um die durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches fortgeschrieben. Die Geschäftsstelle beim GKV-Spitzenverband nach Absatz 6 ermittelt die entsprechenden Werte anhand der jeweils bis zum 15. September eines Jahres vom Bundesministerium für Gesundheit im Bundesanzeiger veröffentlichten Rate gemäß § 71 Absatz 3 des Fünften Buches und veröffentlicht diese anschließend in der bisherigen Weise bis zum 30. September eines Jahres. Die erstmalige Ermittlung erfolgt im Jahr 2027, die Veröffentlichung findet somit bis zum 30. September 2027 statt. Die regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 mit Stand 30. September 2026 gelten in den Jahren 2027 bis 2029 unverändert weiter.

Satz 6 stellt klar, dass die Veröffentlichungen weiterhin maßgeblich in Bezug auf § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 4 sind. Die Liste der Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nach Absatz 5 mit Stand 1. Januar 2027 wird im Zeitraum 2. Januar 2027 bis zum Ablauf des 31. Dezember 2030 ausschließlich hinsichtlich neuer Fassungen der dort bereits hinterlegten Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen aktualisiert und dient der Information der Pflegeeinrichtungen, die sich bereits an einem Tarifvertrag oder einer kirchlichen Arbeitsrechtsregelung orientieren oder dies bei einer Neuzulassung beabsichtigen. Die entsprechenden Entlohnungen können bei der Vergütungsbemessung nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.

Mit Satz 7 wird die Geschäftsstelle beim GKV-Spitzenverband nach Absatz 6 beauftragt, unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales bis zum 30. Juni 2029 einen Bericht über die Entwicklung der Löhne in der Langzeitpflege und die Entwicklung der Pflegevergütungen zu erstellen. Dabei sollen auch die Beschäftigtenzahlen der Mitarbeitenden in der Pflege und der Auszubildenden in den Pflegeberufen dargestellt werden. So wird sichergestellt, dass vor dem Ende der Aussetzungsfrist eine fundierte Entscheidung über den weiteren Umgang mit den Regelungen zur tariflichen Entlohnung getroffen werden kann.

**Zu Absatz 8**

Da das ursprünglich mit Einführung der Regelungen zur tariflichen Entlohnung im SGB XI verfolgte Ziel, insbesondere die Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Pflege und Betreuung zu verbessern, weitgehend erreicht ist, ist zu prüfen, ob und inwieweit die detaillierten gesetzlichen Vorgaben diesbezüglich künftig noch notwendig sind und im Kontext der Entwicklungen der Pflegevergütungen und Auswirkungen auf die Eigenanteile der Pflegebedürftigen und ihrer Kostenträger fortbestehen können. Aus diesem Grund prüft das Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unter Einbezug der Ergebnisse des Berichtes nach Absatz 7 Satz 7 über die Entwicklung der Löhne in der Langzeitpflege und die Entwicklung der Pflegevergütungen, wie die Vorgaben hinsichtlich der Gehälter und Entlohnungen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Pflege und Betreuung ab dem 1. Januar 2031 ausgestaltet werden. Dazu kann die Geschäftsstelle beim GKV-Spitzenverband nach Absatz 6 mit der Entwicklung eines Verfahrens zur künftigen Umsetzung der Regelungen beauftragt werden.

**Zu Nummer 61 (§ 84 Absatz 7)**

Aufgrund des neuen § 82c Absatz 7, mit dem die §§ 72 und 82c zum Teil in ihrer Anwendung ausgesetzt oder modifiziert werden, werden redaktionelle Folgeänderungen umgesetzt. Inhaltliche Änderungen sind damit nicht verbunden.

**Zu Nummer 62 (§ 87a)**

Mit der Anpassung wird die bestehende Regelung über den finanziellen Anerkennungsbetrag für Pflegeeinrichtungen der dauerhaften vollstationären Pflege angepasst. Die Regelung wird bislang nur wenig in Anspruch genommen. Mit der Anpassung sollen insbesondere ein Beitrag zum Abbau von Bürokratie geleistet und die mit der Regelung verbundenen Verfahren vereinfacht werden.

Die finanzielle Anerkennung im Rahmen der Anstrengungen der Pflegeeinrichtungen im Bereich der aktivierenden Pflege und der Rehabilitation wird künftig von Amts wegen gezahlt, ohne dass es eines gesonderten Antrages dafür bedarf. Hierdurch wird der damit verbundene Verwaltungsaufwand vermieden und die Inanspruchnahme der Regelung erleichtert.

Zugleich entfällt die bisherige Rückzahlungsverpflichtung für den Fall einer erneuten Höherstufung des Pflegebedürftigen in einen höheren Pflegegrad innerhalb von sechs Monaten ab dem Tag der Zurückstufung. Damit wird berücksichtigt, dass der Zusatzbetrag die von den Pflegeeinrichtungen bereits erbrachten aktivierenden oder rehabilitativen Maßnahmen honorieren und folglich bei den Pflegeeinrichtungen verbleiben soll. Dies gilt auch dann, wenn die pflegebedürftige Person nicht dauerhaft in der vollstationären Pflegeeinrichtung verbleibt und in die ambulante Versorgung wechselt.

**Zu Nummer 63 (§ 88b)**

**Zu § 88b (Erstattung von Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege)**

**Zu Absatz 1**

Die Regelung eines befristeten Erstattungsverfahrens für Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege soll einen wichtigen Beitrag leisten, der zu einem flächendeckenden Angebot der Akut-Kurzzeitpflege im Rahmen der pflegerischen Überbrückungsversorgung führen kann. Den Trägern von vollstationären Pflegeeinrichtungen wird damit ein sofort wirksames Instrument an die Hand gegeben, um sie von den mit der Bereitstellung von festen Akut-Kurzzeitpflegeplätzen einhergehenden besonderen finanziellen Risiken zu entlasten und

Hemmnisse bei der Schaffung der entsprechenden Plätze abzubauen. Weiterhin werden durch die Ausgestaltung in Form eines von der Pflegeversicherung finanzierten Erstattungsverfahrens finanzielle Belastungen der Pflegebedürftigen vermieden.

Der Anspruch auf Erstattung von anteiligen Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege besteht für Pflegeeinrichtungen, die einen Versorgungsvertrag gemäß § 72 sowie eine entsprechende Vergütungsvereinbarung gemäß § 85 abgeschlossen haben. Maßgeblich für die Entstehung des Anspruchs ist, dass es sich unter Berücksichtigung der Richtlinien gemäß Absatz 2 um eine Erstattung der Kosten für die im Versorgungsvertrag nach § 72 vereinbarte Anzahl der dauerhaft, ausschließlich zur Akut-Kurzzeitpflege zur Verfügung stehenden Plätze handelt.

Sofern die Einrichtung in der Akut-Kurzzeitpflege Nichtauslastungen unterhalb ihrer vertraglich vereinbarten Auslastungsquote zu verzeichnen hat, bekommt sie die Vorhaltekosten anteilig über das Erstattungsverfahren finanziert. Eine Anpassung der Pflegesatzvereinbarung kann nach § 85 Absatz 7 erfolgen. Doppelfinanzierungen sind auszuschließen. Daher darf keine anderweitige Finanzierung für dieselben Vorhaltekosten stattfinden.

**Zu Absatz 2**

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen bis 31. Oktober 2027 in Richtlinien das Nähere für das Erstattungsverfahren.

Dazu zählen insbesondere die Voraussetzungen zur Teilnahme am Erstattungsverfahren, um eine angemessene Anzahl an Akut-Kurzzeitpflegeplätzen vorzuhalten. Weiterhin sind die Höhe der erstattungsfähigen Vorhaltekosten und die Verfahrensabläufe zur Erstattung einschließlich der erforderlichen Nachweise zum Zwecke einer unbürokratischen Umsetzung festzulegen. Dabei sollen Erkenntnisse aus vorangegangenen Erstattungsverfahren berücksichtigt werden.

Die Richtlinien bedürfen der Zustimmung des BMG.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit ab dem Berichtsjahr 2028 jährlich bis zum 30. Juni des Folgejahres über die Ausgabenentwicklung, sowohl länderspezifisch als auch insgesamt, und über die daraus abzuleitenden Erkenntnisse für die Versorgung mit Plätzen für Akut-Kurzzeitpflege bundesweit und in den einzelnen Ländern. Auf dieser Grundlage evaluiert er bis zum 31. Dezember 2031 unter wissenschaftlicher Begleitung die Wirkungen dieser Regelung. Dabei ist insbesondere zu untersuchen, welche Einsparungen sich durch die Finanzierung der Vorhaltekosten über die Pflegeversicherung für die Länder hinsichtlich der Kosten ergeben, für die die Länder grundsätzlich im Rahmen ihrer Verantwortung für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur nach § 9 Absatz 1 verantwortlich sind. Die Evaluation ist mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen.

**Zu Absatz 3**

Die Finanzierung der Vorhaltekosten erfolgt aus finanziellen Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung. Die initialen Finanzmittel in Höhe von rechnerisch 9,57 Millionen Euro (davon Anteil der privaten Pflege-Pflichtversicherung in Höhe von 0,67 Millionen Euro) bemessen sich neben einem fortgeschriebenen Tagessatz für Kurzzeitpflege in Höhe von knapp 172 Euro und einer jahresdurchschnittlichen Auslastung der Akut-Kurzzeitpflegeplätze von 75 Prozent an der Zahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 und deren räumlicher Verteilung je Quadratkilometer in den Ländern. Die Finanzmittel für den ersten vollständigen zwölfmonatigen Zeitraum vom 1. Juli 2028 bis einschließlich dem 30. Juni 2029 werden per Rechtsverordnung durch das Bundesministerium

für Gesundheit auf aktueller Basis der dargestellten Berechnungsparameter bestimmt und festgelegt. Ein Termin zur Jahresmitte ist erforderlich, um alle notwendigen Berechnungsparameter des aktuellen Rands einbeziehen zu können.

Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, werden mit einem Anteil von 7 Prozent an den Vorhaltekosten für Plätze der Akut-Kurzzeitpflege beteiligt. Die Sicherstellung dieser pflegerischen Infrastruktur stellt eine gemeinsame Aufgabe von sozialer Pflegeversicherung und privater Pflege-Pflichtversicherung dar. Die Regelung erfüllt die finanzverfassungsrechtlichen Anforderungen an eine Sonderabgabe, da sie einen legitimen, über die bloße Mittelbeschaffung hinausgehenden Sachzweck verfolgt. Die Versorgung mit Kurzzeitpflege, gerade in pflegerischen Akutsituationen, setzt voraus, dass auch entsprechende Plätze verfügbar sind, wenn ein entsprechender Bedarf auftritt. Diesem Zweck trägt die Regelung des § 88b Rechnung. Von den entsprechend verfügbaren Kapazitäten profitieren sozial Pflegeversicherte und private Pflege-Pflichtversicherte in gleichem Maße und in gleicher Weise. Die Beteiligung an der Vorhaltung für Fälle der akuten Benötigung von Kurzzeitpflege gehört damit mit zur Bereitstellung wirksamer Leistungen für eine pflegerische Versorgung. Die Abgabenpflicht trifft eine abgrenzbare, homogene Gruppe, die als integraler Bestandteil des Pflegesystems eine spezifische Finanzierungsverantwortung für die Versorgungsstrukturen trägt. Es handelt sich hierbei um Pflegebedürftige, die Akut-Kurzzeitpflege benötigen; unabhängig davon, ob sie sozial pflegeversichert oder privat pflege-pflichtversichert sind. Die Mittel fließen zweckgebunden in den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung, um die Vorhaltekosten entsprechender Kurzzeitpflegeplätze für die Versicherten im Rahmen des § 88b zu finanzieren. Die Verwendung der Mittel ist gruppennützig, da die Infrastruktur der Akut-Kurzzeitpflege den Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung in gleichem Maße und zu denselben Konditionen zugutekommt wie den Versicherten der sozialen Pflegeversicherung.

Um eine Verteilung der auszuzahlenden Finanzmittel aus dem Ausgleichsfonds auf die Länder zu gewährleisten, werden die zur Verfügung stehenden Finanzmittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Finanzmittel, die in einem Land im jeweiligen Haushaltsjahr nicht in Anspruch genommen werden, können nicht in das Folgejahr übertragen werden. Nicht verausgabte Finanzmittel, die anteilig auf die privaten Versicherungsunternehmen entfallen, werden mit dem Finanzierungsanteil der privaten Versicherungsunternehmen der Folgeperiode verrechnet.

Mit diesem Verfahren wird sichergestellt, dass die Finanzierung der Vorhaltekosten bei Akut-Kurzzeitpflege der Komplexität entsprechend möglichst verwaltungsarm und (kosten-)effizient erfolgt.

**Zu Nummer 64 (§ 92a)**

Es handelt sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Nummer 65 (§ 92c)**

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen.

**Zu Nummer 66 (§ 94)**

Es handelt sich jeweils um redaktionelle Folgeänderungen.

**Zu Nummer 67 (§ 95)**

Es handelt sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Nummer 68 (§ 111)**

Es handelt sich um die Anpassung von Verweisen als redaktionelle Folgeänderungen.

**Zu Nummer 69 (§ 113)**

Die Vorschrift des bisherigen § 8 Absatz 5 wird nun zu dem neuen § 113 Absatz 1c.

**Zu Nummer 70 (§ 113b)**

**Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um die Anpassung von Verweisen als redaktionelle Folgeänderungen.

**Zu Buchstabe b**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung des neuen Absatzes 11.

**Zu Buchstabe c**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung des neuen Absatzes 11.

**Zu Buchstabe d**

Mit der Streichung des Berichts über die Arbeit der Vertragsparteien nach § 113, insbesondere den Stand der Bearbeitung der Aufgaben nach Absatz 1 Satz 2 und über den Stand der Auftragserteilung und Bearbeitung der Aufträge nach den Absätzen 4 und 4a folgt der Gesetzgeber dem Ansinnen einer Entbürokratisierung. Die Vertragsparteien nach § 113 haben dem Bundesministerium für Gesundheit stattdessen über die Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses unverzüglich nach Kenntnis die Gründe für ein Überschreiten von Fristen im Einzelnen darzulegen. Dies gilt auch für den Fall, dass bereits vorher absehbar ist, dass die Frist überschritten wird.

**Zu Buchstabe e**

Es handelt sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Buchstabe f**

Die bisher in § 8 Absatz 4 enthaltenen Bestimmungen werden nun in § 113b Absatz 11 geregelt. Dabei wird der im bisherigen § 8 Absatz 4 enthaltene Verweis auf den bisherigen § 8 Absatz 5 Satz 2 und 3 als Wortlaut in den neuen § 113b Absatz 11 selbst aufgenommen.

**Zu Nummer 71 (§ 113c)**

**Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Buchstabe b**

Es handelt sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Buchstabe c**

**Zu Absatz 7 und Absatz 8**

Die Änderung erfolgt vor dem Hintergrund des ersten Berichts zur Umsetzung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 113c Absatz 7 auf Bundestagsdrucksache 21/6180. Aus dem Bericht geht hervor, dass 64 % der vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen erhobenen Pflegesatzvereinbarungen keine Differenzierung nach drei Qualifikationsniveaus vorsah. Sofern in der Pflegesatzvereinbarung eine Differenzierung nach drei Qualifikationsniveaus vorgenommen wurde, erfüllten etwa 55 % der Pflegesatzvereinbarungen bei Pflegehilfskräften mit einer Ausbildung nach § 1 des Pflegefachassistenzgesetzes oder § 50 des Pflegefachassistenzgesetzes die Zielwerte nach § 113c Absatz 8. Bei Fachkräften erreichten rund 78 % der gemeldeten Vereinbarungen mit drei Qualifikationsniveaus die Zielwerte nach § 113 Absatz 8. Die erste Erhebung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen macht deutlich, dass die Umsetzung der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen deutlich mehr Zeit in Anspruch nimmt. Ein Grund ist insbesondere die Arbeitsmarktlage im Pflegebereich. Vor diesem Hintergrund wird die Erhebung nach Absatz 8, die derzeit in einem zweijährigen Turnus stattfindet, auf eine einmalige Erhebung je Legislaturperiode reduziert. Dadurch wird die Erhebung gleichzeitig an den Turnus des Berichts der Bundesregierung nach § 8 Absatz 3 angepasst. Der Bericht nach § 113c Absatz 7 wird in den Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland im Berichtszeitraum nach § 8 Absatz 3 integriert. Dadurch wird künftig ein zusammenfassendes Bild über den Stand der pflegerischen Versorgung vermittelt, um strategische Entscheidungen für politische Entscheidungsträger zu erleichtern. Darüber hinaus stellt dieses Vorgehen eine Maßnahme des Bürokratieabbaus dar. Da der erste Bericht nach § 113c Absatz 7 in der 21. Legislaturperiode bereits vorgelegt wurde, erfolgt die Integration in den Bericht nach § 8 Absatz 3 erstmals in der 22. Legislaturperiode.

Zudem werden in den Absätzen 7 und 8 redaktionelle Anpassungen vorgenommen. Die Streichung von § 113c Absatz 7 Nummer 1 alte Fassung erfolgt vor dem Hintergrund, dass das Modellprojekt zur Weiterentwicklung der Personalbemessung in vollstationären Pflegeinrichtungen nach § 8 Absatz 3b abgeschlossen ist. Die Erkenntnisse aus diesem Modellprojekt sind in den ersten Bericht zur Umsetzung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 113c Absatz 7 eingeflossen.

**Zu Absatz 9**

Absatz 8 Satz 4 sah bisher vor, dass der Spitzenverbund Bund der Pflegekassen die Anzahl der vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen durchführen, die im Modellprojekt nach § 8 Absatz 3b in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung entwickelt und erprobt wurden oder die sich an den Zielen und der Konzeption des Modellprojekts nach § 8 Absatz 3b in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung orientieren, erhebt. Absatz 8 Satz 4 in der bisherigen Fassung entfällt. Die bisher in Absatz 8 Satz 4 genannten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen werden nun in Absatz 9 genannt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird damit beauftragt, die Verbreitung und die Wirkung der in Absatz 9 genannten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen zu evaluieren. Über das Ergebnis der Evaluation berichtet der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Bericht nach Absatz 8 Satz 5 in der 22. Legislaturperiode.

Hintergrund ist, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach Absatz 8 Satz 3 Daten aus geschlossenen Pflegesatzvereinbarungen erhebt. Daten zur Durchführung der in Absatz 9 genannten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen ergeben sich nicht routinehaft aus den Pflegesatzvereinbarungen. Es besteht zudem keine Auskunfts-

flicht der Pflegeeinrichtungen gegenüber den Pflegekassen über die Durchführung der in Absatz 9 genannten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen. Eine Erhebung dieser Daten nach Absatz 8 wäre mit einem zusätzlichen bürokratischen Aufwand und bei gleichzeitig fehlender Auskunftspflicht der Pflegeeinrichtungen gegenüber den Pflegekassen mit nicht belastbaren Ergebnissen verbunden.

**Zu Absatz 10**

Die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 wurden unter Zugrundelegung des Pflege- und Unterstützungsbedarfs der Pflegebedürftigen in den einzelnen Pflegegraden nach dem derzeit geltenden Begutachtungsinstrument wissenschaftlich fundiert ermittelt. Der Gesetzentwurf sieht eine Anpassung des Begutachtungsinstrumentes vor. Dies hat auch langfristige Auswirkungen auf die personelle Ausstattung von vollstationären Pflegeeinrichtungen, die sich aus den Personalanhaltswerten nach Absatz 1 ergibt und höchstens in den Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vereinbart werden kann. Das Bundesministerium für Gesundheit prüft deshalb im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales eine Anpassung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 im Hinblick auf die Anpassungen, die beim Begutachtungsinstrument vorgenommen werden.

Darüber hinaus wird eine weitere Anpassung der Personalanhaltswerte zur Umsetzung der fachlichen Eckpunkte der Fach-Arbeitsgruppe „Versorgung“ der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ geprüft. Diese Prüfung erfolgt vor dem Hintergrund, die zusätzlichen Betreuungskräfte, die Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung nach § 43b erbringen, vollständig in die reguläre Personalausstattung der vollstationären Pflegeeinrichtungen und damit auch in die Pflegesatzvereinbarung zu überführen. Sowohl Pflegebedürftige in vollstationärer Versorgung als auch die Pflegeversicherung sollen durch diese Maßnahme nicht zusätzlich finanziell belastet werden.

Die Prüfung erfolgt auf der Grundlage von Expertisen, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit aus Fördermitteln nach § 11 Absatz 1 finanziert.

Kurz- bis mittelfristige Auswirkungen auf die personelle Ausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen durch die Anpassung des Begutachtungsverfahren sind nicht zu erwarten. Aufgrund der vorgesehenen Übergangs- und Besitzstandsschutzregelungen im Begutachtungsverfahren bleiben vor dem 1. Januar 2027 festgestellte Pflegegrade grundsätzlich bis zu einer Neubegutachtung wirksam. Da die Anpassungen beim Begutachtungsinstrument nicht allein zum Verlust eines bestehenden Pflegegrades führen können, sind Veränderungen der Pflegegradverteilung von in vollstationären Pflegeeinrichtungen versorgten Pflegebedürftigen nur schrittweise und auf langfristige Sicht zu erwarten. Dies gilt ebenfalls für aus Veränderungen der Pflegegradverteilung resultierende Auswirkungen auf die personelle Ausstattung, die nach Absatz 1 höchstens vereinbart werden kann. Zudem kann nach derzeitigem Stand davon ausgegangen werden, dass viele vollstationäre Pflegeeinrichtungen die Personalanhaltswerte nach Absatz 1, die höchstens vereinbart werden können, noch nicht ausschöpfen. Darauf deutet der Bericht auf Bundestagsdrucksache 21/6180 hin. Sollten vereinzelte vollstationäre Pflegeeinrichtungen die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 bereits ausschöpfen, wirkt der gesetzlich vorgesehene Besitzstandsschutz nach Absatz 2 Nummer 1.

Bei künftigen Änderungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungsinstruments und der Verfahren der Pflegebegutachtung auf der Grundlage von Empfehlungen nach § 18f Absatz 4 Nummer 2 und 3 wird der in § 18f Absatz 1 eingerichtete Beirat damit verbundene Auswirkungen auf die gesetzlich festgelegten Personalanhaltswerte nach Absatz 1 mit betrachten.

**Zu Nummer 72 (§ 113d)**

**Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um die Streichung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung zu einer mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BGBl. 2025 I Nr. 371 vom 29.12.2025) veranlassten Änderung des § 113c Absatz 3 Satz 1 Nummer 1.

**Zu Buchstabe b**

Es handelt sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Nummer 73 (§ 113e)**

**Zu § 113e (Transformationsstellenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen)**

**Zu Absatz 1**

In Absatz 1 werden die mit § 113e neu eingeführten Transformationsstellenanteile definiert und deren Zielsetzung dargelegt: Transformationsstellenanteile bemessen den finanziellen Gegenwert für nicht mit Personal besetzte Stellenanteile. Hierfür kann grundsätzlich ein finanzieller Gegenwert vereinbart werden, um einen effizienten Personaleinsatz zu gewährleisten durch technische oder digitale Systeme, die das Pflege- und Betreuungspersonal unterstützen oder entlasten und die in dem Katalog nach Absatz 5 enthalten sind.

**Zu Absatz 2**

Die Möglichkeit, Transformationsstellenanteile zu vereinbaren, ist auf den Zeitraum vom 1. Januar 2028 bis zum 31. Dezember 2032 beschränkt. In diesem Zeitraum wird vollstationären Pflegeeinrichtungen ermöglicht, in einem definierten Rahmen der personellen Ausstattung für Pflege- und Betreuungspersonal alternativ Transformationsstellenanteile in der Pflegesatzvereinbarung nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 mit den Leistungsträgern nach § 85 Absatz 2 zu vereinbaren.

Vereinbart werden können Transformationsstellenanteile für bis zu 10 Prozent der Stellen im Korridor zwischen der mindestens zu vereinbarenden Personalausstattung laut dem jeweiligen Landesrahmenvertrag und den höchstens zu vereinbarenden Personalanhaltswerten gemäß § 113c Absatz 1 Nummer 2 und 3; insgesamt gilt als vereinbarungsfähige Höchstausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal einschließlich Transformationsstellenanteilen § 113c Absatz 1 Nummer 2 und 3. Die Transformationsstellenanteile sind in der Pflegesatzvereinbarung gesondert auszuweisen und gleichwertig zu regulär zu besetzender personeller Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal.

Für diese Transformationsstellenanteile wird ein anteiliger finanzieller Gegenwert für die Anschaffung und den Einsatz von Pflegepersonal unterstützenden oder entlastenden technischen oder digitalen Systemen berücksichtigt. Voraussetzung ist, dass es sich um solche technischen oder digitalen Systeme handelt, die in dem vom Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege nach § 10 erstellten Katalog nach Absatz 5 enthalten sind. Bei der Vereinbarung haben die Pflegeeinrichtungen darzulegen, welche technischen oder digitalen Lösungen finanziert werden sollen und welche Wirkung durch die Anwendung konkret erwartet wird. Hierfür sollte eine grobe Analyse der internen Arbeitsprozesse erfolgt sein.

§ 82 Absatz 2, wonach die dort aufgelisteten investiven Aufwendungen nicht in der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung berücksichtigt werden dürfen, wird in diesem speziellen Fall befristet als nicht anwendbar erklärt. Ziel der Vereinba-

rung von Transformationsstellenanteilen ist es, einen effizienteren Personaleinsatz in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu befördern.

**Zu Absatz 3**

Bei der Vereinbarung der Transformationsstellenanteile sind höchstens die Aufwendungen berücksichtigungsfähig, die sich für die Transformationsstellenanteile unter Zugrundelegung der Nettojahresarbeitszeit von 1.560 Stunden und des Mindestentgelts nach der jeweils geltenden Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche rechnerisch ergeben. Damit wird ein einheitlicher Rechenweg vorgegeben, der schnelle Vereinbarungen ermöglicht und dem Umstand Rechnung trägt, dass für die Transformationsstellenanteile vergleichsweise niedrigere Aufwendungen anfallen als für reguläres Personal, da beispielsweise keine Sozialversicherungsbeiträge und Personalnebenkosten anfallen.

Bei den über die vereinbarten Transformationsstellenanteile finanzierten technischen oder digitalen Systemen, die das Pflege- und Betreuungspersonal unterstützen oder entlasten, darf es sich nur um solche handeln, die nicht bereits anderweitig finanziert wurden oder werden.

**Zu Absatz 4**

Die Landesverbände der Pflegekassen werden verpflichtet, Daten zu den vereinbarten Transformationsstellenanteilen zu erfassen. Diese dienen als Grundlage für die Berichterstattung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit, die erstmals am 1. Juli 2028 und danach jährlich Aussagen über die Anzahl der vereinbarten Transformationsstellenanteile und die zugrunde gelegten Aufwendungen beinhalten soll.

**Zu Absatz 5**

Das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege nach § 10 wird in Absatz 5 beauftragt, erstmals zum 30. September 2027 einen Katalog von technischen oder digitalen Systemen zu erstellen und zu veröffentlichen, deren unterstützende oder entlastende Wirkung auf das Pflegepersonal auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse oder systematischer Praxisevaluationen nachgewiesen ist. Der Katalog ist quartalsweise zu aktualisieren.

Unter Einbezug der Daten nach Absatz 4 evaluiert das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege erstmals bis zum 30. Juni 2030 und abschließend bis zum 30. Juni 2033 die Auswirkungen dieser Regelung auf die pflegerische Versorgung, auch aus Perspektive der Pflegebedürftigen, und die Finanzierung.

**Zu Absatz 6**

Absatz 6 legt klarstellend fest, dass der Einsatz von technischen oder digitalen Systemen, die das Pflege- und Betreuungspersonal unterstützen oder entlasten, die Qualität der Pflege in der jeweiligen Einrichtung nicht beeinträchtigen, die Würde von Pflegebedürftigen nicht verletzen und ihre Selbstbestimmung nicht einschränken und die Sicherheit der Versorgung nicht gefährden darf. Soweit der Einsatz von technischen oder digitalen Systemen mit der Verarbeitung personenbezogener Daten der Pflegebedürftigen oder des Pflege- und Betreuungspersonals einhergeht, sind die datenschutzrechtlichen Vorgaben einzuhalten.

**Zu Nummer 74 (§ 114a)**

**Zu Buchstabe a**

Die gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c stellen eine neue Versorgungsform dar, für die sachgerechte Qualitätsprüfungsinstrumente erst noch zu entwickeln sind. Der dafür vorgesehene Zeitrahmen wird mit der Gesetzesänderung im Sinne der Bürokratieentlastung neu ausgerichtet. Damit soll die Einbeziehung der wissenschaftlichen Erkenntnisse aus dem Abschlussbericht nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 6 beim erstmaligen Erlass der Qualitätsprüfungsrichtlinien für gemeinschaftliche Wohnformen ermöglicht und damit der Aufwand einer Überarbeitung der Richtlinien innerhalb kurzer Zeit vermieden werden. Auch die Leistungserbringer werden somit nicht bereits verfrüht mit einer zusätzlichen, noch nicht abschließend entwickelten Prüfsystematik belastet.

**Zu Buchstabe b**

Für die Übergangszeit soll auf die bestehenden ambulanten Qualitätsinstrumente zurückgegriffen werden. Dadurch wird sichergestellt, dass die Qualität der Versorgung von Beginn an ohne zusätzliche Bürokratie überprüft werden kann. Die Regelung schafft damit einen angemessenen Ausgleich zwischen dem Vertrauen in die fachliche Verantwortung der Leistungserbringer und der Sicherung der Pflegequalität. Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die ambulante Pflege sind entsprechend anzupassen, um Pflegebedürftige, die in gemeinschaftlichen Wohnformen versorgt werden, in die Stichprobe einzubeziehen.

**Zu Nummer 75 (§ 115)**

**Zu Buchstabe a**

Der Anpassungsbedarf ergibt sich aus der Regelung des § 114a Absatz 7 Satz 4, wonach die Richtlinie nach Satz 3 gleichzeitig mit der entsprechenden Qualitätsdarstellungsvereinbarung in Kraft tritt.

**Zu Buchstabe b**

Es handelt sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Nummer 76 (§ 120)**

**Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Streichung des Umwandlungsanspruchs in § 45a.

**Zu Buchstabe b**

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Aufgrund der Einführung des neuen § 39a („Pflegesachleistungen in Akutsituationen“) wird der bisherige § 39a zu § 40c.

**Zu Nummer 77 (§ 122)**

Es handelt sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Nummer 78 (§ 125)**

Da das Modellvorhaben erfolgreich durchgeführt wurde und abgeschlossen ist, wird die Regelung zur Rechtsbereinigung gestrichen.

**Zu Nummer 79 (§ 125a)**

Da das Modellvorhaben erfolgreich durchgeführt wurde und abgeschlossen ist, werden die Absätze 1 und 2 zur Rechtsbereinigung gestrichen.

**Zu Nummer 80 (§ 125b)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Überführung des bisherigen § 125b in den neuen § 10.

**Zu Nummer 81 (§ 125c)**

Es handelt sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Nummer 82 (§ 125d)**

Es handelt sich um die Anpassung eines Verweises als redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Nummer 83 (§ 134)**

Absatz 4 erteilt dem Bundesministerium für Gesundheit einen konkreten Prüfauftrag. Dabei sollen geeignete Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Pflegevorsorgefonds geprüft werden, um dessen Konzeption, Anlagestruktur, Rendite-Risiko-Struktur und zeitlichen Horizont, auch unter dem Aspekt der Generationengerechtigkeit, zu optimieren. Die Fristsetzung gewährleistet, dass etwaige gesetzliche Anpassungen mit ausreichendem Vorlauf vor der bisher gesetzlich vorgesehenen Entnahmephase umgesetzt werden können. Zur Umsetzung des Prüfauftrags kann externe fachliche bzw. wissenschaftliche Expertise einbezogen werden.

**Zu Nummer 84 (§ 135)**

**Zu Buchstabe a**

Die in den Jahren 2024 bis 2027 angewendete Begrenzung der Zuführung von Mitteln an das Sondervermögen auf jährlich 700 Millionen Euro wird bis 2028 verlängert; im Jahr 2029 wird diese Zuführung auf einen Betrag in Höhe von 1,2 Milliarden Euro erhöht.

**Zu Buchstabe b**

Ab dem Jahr 2030 erfolgt die Zuführung von Mitteln an das Sondervermögen wieder gemäß Absatz 1.

**Zu Nummer 85 (Überschrift Sechzehntes Kapitel Erster Abschnitt)**

Die Überschrift des Ersten Abschnitts des Sechzehnten Kapitels wird ergänzt, da in diesen Abschnitt zusätzlich zu den Regelungen, die mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zusammenhängen, weitere Übergangsregelungen aufgenommen werden, die sich mit dem Begutachtungsverfahren befassen.

**Zu Nummer 86 (§§ 142b und 142c)**

**Zu § 142b (Übergangsregelung zur Anpassung der Schwellenwerte zum 1. Januar 2027)**

**Zu Absatz 1**

Absatz 1 ist eine Klarstellung bezüglich der Rechtsgrundlage für Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Zusammenhang mit den in diesem Gesetz enthaltenen Änderungen am Begutachtungsinstrument. Da im Falle der Wiederholungsbegutachtung keine erneute Antragstellung erfolgt, wird auf den Zeitpunkt der Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit abgestellt.

**Zu Absatz 2**

Die Übergangsregelung in Absatz 2 schafft einen Bestandsschutz für Pflegebedürftige, die nach dem bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Recht einen Pflegegrad erhalten haben. Neubegutachtungen allein wegen der gesetzlichen Änderungen am Begutachtungsinstrument sollen für diese Personengruppe nicht durchgeführt werden. Erfolgt aber beispielsweise eine Wiederholungsbegutachtung, wird der mögliche Verlust eines Pflegegrades, der bedingt ist durch die mit diesem Gesetz vorgenommene Änderung des Begutachtungsinstrumentes, durch die Übergangsregelung verhindert. Eine Herabstufung infolge einer erneuten Begutachtung ist ausgeschlossen, wenn nach dem bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Recht die Einstufung in den jeweiligen Pflegerad noch fortbestehen würde. Die betroffenen Personen behalten in diesem Fall ihren Pflegegrad. Wenn eine rechnerische Parallelbetrachtung nach alter Rechtslage nicht auch zu dem Verlust des Pflegegrades führt, bleibt dieser somit erhalten. Der Verlust eines Pflegegrades aufgrund der Wiedererlangung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, zu dem es auch nach alter Rechtslage gekommen wäre, bleibt aber möglich und ist vom Bestandsschutz nicht umfasst. Die Stärkung der Prävention und Rehabilitation von Pflegebedürftigkeit ist ein zentrales Anliegen dieses Gesetzes und wurde auch in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ im Konsens vereinbart. Ziel der präventiven und rehabilitativen Maßnahmen ist die Verbesserung der Fähigkeiten und der Selbständigkeit und damit auch die Verringerung oder Überwindung von Pflegebedürftigkeit. Ein Bestandsschutz auch in diesen Fällen würde die Bemühungen zur Prävention und Rehabilitation konterkarieren und wäre daher nicht zielführend.

**Zu Absatz 3**

Nach Eingang eines Antrags auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei der zuständigen Pflegekasse, hat diese dem Antragsteller die Entscheidung über seinen Antrag gemäß § 18c Absatz 1 Satz 1 im Regelfall innerhalb von 25 Arbeitstagen schriftlich mitzuteilen.

In der Folge der Anpassung der Schwellenwerte zum 1. Januar 2027 ist voraussichtlich mit einem erhöhten Begutachtungsaufkommen durch „Vorzieheffekte“ zu rechnen. Dadurch wird den Pflegekassen eine fristgerechte Bescheiderteilung erschwert. Die Anwendung der Fristenregelung soll daher vom 1. Januar 2027 bis zum 30. April 2027 ausgesetzt werden. Abweichend davon ist einem Antragsteller, der ab dem 1. Januar 2027 einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt und bei dem ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen.

Ziel der Regelung nach Absatz 3 ist, die gegenwärtig für alle Antragsteller geltende Regelung, dass der Bescheid der Pflegekasse innerhalb von 25 Arbeitstagen erteilt werden muss, auf diejenigen Fälle zu konzentrieren, bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf besteht. Durch die Übergangsfrist werden daher die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass auch bei einem erhöhten Begutachtungsaufkommen durch die Pflegekas-

sen und die Medizinischen Dienste flexibel reagiert werden kann. Antragssituationen, für die eine verkürzte Frist gilt, bleiben hiervon unberührt.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird beauftragt, zur Klärung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund bundeseinheitliche Kriterien und Anwendungshinweise zu entwickeln. Kriterien, die in diesem Zusammenhang Bedeutung haben, sind einerseits inhaltlicher Art und nehmen andererseits Bezug auf bestimmte Verfahrens- und Antragssituationen. Diese können beispielsweise sein: Bevorzugung von Erstanträgen mit Antrag auf ambulante Sachleistungen, sich schnell verschlechternder Krankheitsverlauf, nicht sichergestellte Pflege oder Anträge auf Begutachtungen von Kindern.

**Zu § 142c (Übergangsregelung zu den Inhalten des Gutachtens nach § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3)**

Dem Medizinischen Dienst Bund wird durch die Übergangsvorschrift die nötige Zeit zur Anpassung der Begutachtungs-Richtlinien sowie zur Berücksichtigung der Ergebnisse des Modellprojekts gemäß § 18e zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach §§ 18a, 18b („MEET“-Projekt) eingeräumt. Die Medizinischen Dienste erhalten im Übergangszeitraum zudem die Gelegenheit zur Anpassung der Praxis der Gutachtenerstellung, insbesondere für Schulungen der Gutachterinnen und Gutachter.

**Zu Nummer 87 (§ 144)**

**Zu Buchstabe a**

**Zu Absatz 4**

Die Regelungen zur Pflegeberatung gemäß § 7a in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung und die Regelungen gemäß § 7b in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung finden weiterhin unverändert Anwendung bis erstmals Anspruch auf die Pflegebegleitung gemäß § 7c in der ab 1. Januar 2027 geltenden Fassung besteht. In diesem Zeitraum finden in Bezug auf die Pflegeberatung nach § 7a in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung ebenso die auf Grundlage des § 17 Absatz 1a in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung erlassenen Pflegeberatungs-Richtlinien weiter Anwendung.

**Zu Buchstabe b**

**Zu Absatz 6**

Es handelt sich um eine Übergangsregelung zu § 8 Absatz 3b in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung. Die Bestimmungen hierzu finden weiterhin Anwendung, solange und soweit dies für die Abwicklung der Förderung oder Verwertung der Ergebnisse aus § 8 Absatz 3b in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung erforderlich ist.

**Zu Absatz 7**

Der Zuschuss in Höhe von monatlich 131 Euro, den Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 nach bisherigem Recht gemäß § 43 Absatz 3 erhalten, wenn sie sich in vollstationärer Pflege befinden, entfällt im Zuge der präventionsorientierten Fokussierung der Leistungen bei Pflegegrad 1 für Neufälle. Für Pflegebedürftige, die bisher diesen Zuschuss bereits bezogen haben, wird jedoch Besitzstandsschutz gewährt. Für sie findet § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung weiterhin Anwendung, wenn sie vollstationäre Pflege beziehen.

**Zu Nummer 88**

**Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Buchstabe b**

Es handelt sich um eine Besitzstandsschutzregelung, die eine Fortgeltung des Absatzes 1 Satz 2 in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung in Verbindung mit § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2026 geltenden Fassung für pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 1 vorsieht.

**Zu Nummer 89 (Anlage 2)**

Die Anpassung der Bewertungssystematik in Anlage 2 folgt den Erwägungen in der Begründung zu § 15 Absatz 3 Satz 4 und ist, wie die Anpassung der Schwellenwerte des Begutachtungsinstrumentes, einer von mehreren Anknüpfungspunkten, um die Entwicklung der Pflegeprävalenzen abzuschwächen.

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und des neuen Begutachtungsinstruments zum 1. Januar 2017 ging mit einer erwarteten Zunahme der Anzahl an Pflegebedürftigen einher – nicht zuletzt war die bessere Berücksichtigung von an Demenz erkrankten Menschen ein wesentliches Ziel der Reform. Nicht vorhergesehen wurde jedoch der bis heute ungebremste, deutlich über die demografische Entwicklung und die bessere Berücksichtigung der Demenzerkrankten hinausgehende Entwicklung.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat daher – in Bezug auf einen entsprechenden gesetzlichen Auftrag – das IGES-Institut damit beauftragt, Erklärungsfaktoren für die Entwicklung der Pflegeprävalenzen zu identifizieren, sowie mögliche Weiterentwicklungsbedarfe am Begutachtungsinstruments zu prüfen. Zu den am 10. März 2026 vorgestellten Zwischenergebnissen dieser Studie gehörte neben der Diskussion einer Anpassung der Schwellenwerte in § 15 Absatz 3 Satz 4 auch die Präsentation eines Szenarios zur Anpassung der Bewertungssystematik in Anlage 2 zu § 15 SGB XI. Die aktuellen Werte in Anlage 2 sind das Ergebnis des Gesetzgebungsprozesses zum Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II), mit dem der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in das Recht der Pflegeversicherung eingeführt wurde. Diese von den Empfehlungen eines Expertenbeirates im Jahr 2013 abweichende Ausgestaltung der Bewertungssystematik war eine politische Entscheidung. In seinem Abschlussbericht kommt das IGES-Institut im April 2026 zu dem Ergebnis, dass diese politisch motivierten Modifikationen im Kontext des PSG II erhebliche Effekte auf die Pflegeprävalenz sowie die Verteilung der pflegebedürftigen Versicherten auf die Pflegegrade hatten. Als wesentlicher Faktor, der die starke Zunahme der Pflegeprävalenz seit 2017 ermöglicht habe, sei die Änderung der Bewertungssystematik gegenüber den Empfehlungen des Expertenbeirats anzusehen, die durch das PSG II vorgenommen worden sei (Seite 16 des Abschlussberichtes). Die Handlungsempfehlungen des Abschlussberichtes sehen vor, die aktuelle Bewertungssystematik einer Prüfung zu unterziehen und die vom Expertenbeirat empfohlenen Parameter in Betracht zu ziehen (Seite 17 des Abschlussberichtes). Von einer Umstellung der Bewertungssystematik auf die Empfehlungen des Expertenbeirates sind nach der Einschätzung des IGES-Institutes starke Effekte sowohl auf die Pflegeinzidenz als auch -prävalenz zu erwarten (Seite 94 des Abschlussberichtes).

Bei der nun mit der Änderung der Anlage 2 vorgenommenen Anpassung handelt es sich um eine Anknüpfung an die vom Expertenbeirat im Jahr 2013 empfohlenen Werte.

Die Empfehlungen aus der Hauptphase 2 der vorausgegangenen Arbeiten des Beirates aus dem Jahr 2009 wurden vom Expertenbeirat und den hinzugezogenen Fachexperten aus pflegewissenschaftlicher und pflegefachlicher Sicht beraten und in einer Gesamtüber-

sicht erstmals zusammenfassend dargestellt. Der Expertenbeirat empfahl die nun gesetzlich umgesetzte Bewertungssystematik als Grundlage des Begutachtungsinstrumentes. Das gesetzgeberische Anknüpfen an diese Empfehlung ist auch nach der Bewertung des IGES-Institutes naheliegend, da „die vom Expertenbeirat empfohlene Bewertungssystematik als Ergebnis eines umfassenden fachlichen – und angesichts der Zusammensetzung der beiden mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff befassten Beiräte auch sozialpolitisch informierten – Abwägungsprozesses gelten kann“ (Seite 33 des Abschlussberichtes). Diese Empfehlung stellt daher den derzeit bestmöglichen, wissenschaftlich fundierten Ausgangspunkt für eine mögliche Weiterentwicklung des Begutachtungsinstrumentes in der Zukunft dar, mit der der Beirat nach § 18f betraut wird. Diesem obliegt es, aus den Entwicklungen seit dem Jahr 2013 Schlussfolgerungen für eine wissenschaftlich begleitete Weiterentwicklung des Begutachtungsinstrumentes zu ziehen. Die Vielzahl der durch das Begutachtungsinstrument betroffenen Interessen und die Vulnerabilität der einschlägigen Personenkreise gebietet eine wissenschaftliche Fundierung von Änderungen, die auch dem Nebeneinander der verschiedenen Sozialleistungssystemen gerecht wird und interdisziplinär gesellschaftliche Auswirkungen in den Blick nimmt.

**Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

**Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)**

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der neu eingeführten §§ 55c, 59b.

**Zu Nummer 2 (§ 5)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einführung der Pflegebegleitung.

**Zu Nummer 3 (§ 7)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einführung der Pflegebegleitung.

**Zu Nummer 4 (§ 7b)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einführung der Pflegebegleitung.

**Zu Nummer 5 (§ 7e)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung. In Absatz 2 wird die Aufzählung der „Aufgaben der Pflegestützunkte“ um den Fall der Übernahme der Pflegebegleitung erweitert.

**Zu Nummer 6 (§ 18a)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einführung der Pflegebegleitung.

**Zu Nummer 7 (§ 45)**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der neuen Pflegebegleitung nach § 7c. Schulungen in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen sind künftig nicht mehr Bestandteil der Pflegekurse nach § 45, sondern nun auch Aufgabe der Pflegebegleitung nach § 7c Absatz 2 Satz 1 Nummer 3.

**Zu Nummer 8 (§ 45h)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einführung der Pflegebegleitung.

**Zu Nummer 9 (§ 46)**

Aufgrund der Einführung der Pflegebegleitung nach § 7c ist Absatz 3 Satz 1 entsprechend anzupassen. Die Anpassung orientiert sich an der bisherigen Höhe des Erstattungsbetrags für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Das entspricht 7 Prozent der Ausgaben für die Pflegebegleitung nach § 7c.

**Zu Nummer 10 (§ 55c)**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur der im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Einführung eines Beitragszuschlags für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner. Die in dem Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (BGBl. 2026 I Nr. 228 vom 29.07.2026) vorgesehene Beitragserhebung für bestimmte familienversicherte Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung wird auch im Recht der sozialen Pflegeversicherung nachvollzogen. Künftig wird für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner ein Beitragszuschlag in Höhe von 0,52 Beitragssatzpunkten erhoben, es sei denn, es liegt einer der Ausnahmetatbestände vor. Das Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung folgt insoweit den Regelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die in der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung versicherten Ehegatten und Lebenspartner von landwirtschaftlichen Unternehmern sowie Ehegatten und Lebenspartner ihrer mitarbeitenden Familienangehörigen sind von dem Beitragszuschlag ausgenommen. Diese Ausnahme wird auch für den Beitragszuschlag in der Pflegeversicherung für diesen Personenkreis nachvollzogen.

**Zu Nummer 11 (§ 56)**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur einer im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Einführung eines Beitragszuschlags für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner. Die in dem Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (BGBl. 2026 I Nr. 228 vom 29.07.2026) vorgesehene Beitragserhebung für bestimmte familienversicherte Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung wird auch im Recht der sozialen Pflegeversicherung nachvollzogen.

**Zu Nummer 12 (§ 59b)**

Die gesetzliche Neuregelung sieht vor, dass bei geringfügig entlohnten Beschäftigungen sowie Beschäftigten in Privathaushalten künftig auch in der sozialen Pflegeversicherung Beiträge durch den Arbeitgeber zu leisten sind. Die Regelung folgt damit den beitragsrechtlichen Regelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, die nach § 249b des Fünften Buches eine Beitragspflicht in den vorgenannten Beschäftigungen vorsieht.

**Zu Nummer 13 (§ 94)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einführung der Pflegebegleitung.

**Zu Nummer 14 (§ 106a)**

Zum 1. Januar 2029 wird die Pflegebegleitung nach § 7c eingeführt. Die Beratung nach § 37 Absatz 3 wird in modifizierter Form in dieser aufgegriffen. § 106a, der sich auf die Beratung nach § 37 Absatz 3 bezieht, ist entsprechend anzupassen.

**Zu Artikel 3 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)**

**Zu Nummer 1 (§ 20 SGB IV)**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Neuregelung des Beitragssatzes bei geringfügiger Beschäftigung in § 59b des Elften Buches. Damit wird weiterhin sichergestellt, dass die Beitragsbelastung bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern im Übergangsbereich nicht sprunghaft ansteigt.

**Zu Nummer 2 (§ 28k SGB IV)**

Die Minijob-Zentrale der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See hat die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung an den Ausgleichsfonds nach § 65 des Elften Buches beim Bundesamt für Soziale Sicherung weiterzuleiten. Hierzu ist es erforderlich – wie bereits für die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung in § 28k Absatz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) normiert – eine entsprechende Regelung für die soziale Pflegeversicherung in das SGB IV aufzunehmen.

**Zu Nummer 3 (§ 28l SGB IV)**

Die Minijob-Zentrale der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See erfüllt ihre Aufgaben als Träger der gesetzlichen Rentenversicherung. Bislang erfolgte kein Einzug von Beiträgen zur sozialen Pflegeversicherung durch die Minijob-Zentrale. Da diese nun diese Aufgabe übernimmt, wird die Minijob-Zentrale ermächtigt, die ihr infolgedessen zu erstattende Einzugskostenvergütung für den Einzug von Beiträgen zur sozialen Pflegeversicherung mit den an den Ausgleichsfonds weiterzuleitenden Beiträgen zur Pflegeversicherung für geringfügige Beschäftigungen aufzurechnen. Die Höhe und die Verteilung der Einzugskostenvergütung regeln die Träger in der Vereinbarung gemäß Absatz 1 Satz 2.

**Zu Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

**Zu Nummer 1 (§ 11 SGB V)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Nummer 2 (§ 20 SGB V)**

Ältere und pflegebedürftige Menschen nehmen noch zu wenig an Präventionsmaßnahmen teil. Das bisherige Kursangebot der Krankenkassen ist noch zu wenig auf diese Personengruppen ausgerichtet. Deshalb werden die Krankenkassen mit der Änderung des § 20 Absatz 1 Satz 2 verpflichtet, bei der Erbringung von Leistungen zur primären Prävention und zur Gesundheitsförderung die spezifischen Belange älterer Menschen und Pflegebedürftiger zu berücksichtigen. Ziel muss es sein, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Rahmen seiner Aufgabenwahrnehmung nach § 20 Absatz 2 die spezifischen Belange älterer und pflegebedürftige Menschen bei der Festlegung von Kriterien für die in § 20 Absatz 1 genannten Leistungen insbesondere hinsichtlich Bedarfs, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, und Qualität, berücksichtigt.

**Zu Nummer 3 (§ 20b SGB V)**

Schon bisher ist die Förderung überbetrieblicher Netzwerke zur betrieblichen Gesundheitsförderung vom Unterstützungsauftrag der Krankenkassen über ihre gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen umfasst. Bislang werden jedoch noch zu wenige regionale überbetriebliche Netzwerke, insbesondere kleiner und mittlerer Unternehmen unterstützt. Da gerade eine Anschubfinanzierung dabei helfen kann, Startbarrieren zu überwinden und die Netzwerke in ihrer Anfangsphase zu stabilisieren, werden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit der Änderung des § 20b Absatz 3 Satz 5 verpflichtet,

Grundsätze zu Inhalten und Umfang der Förderung von örtlichen, überbetrieblichen Netzwerken nach § 20b Absatz 3 Satz 2 SGB V in Form von Projektförderung zu vereinbaren.

Dies kommt auch Krankenhäusern, Pflegebetrieben, Arztpraxen sowie kleinen und mittleren Unternehmen zugute, denen die Angebote der regionalen BGF-Koordinierungsstellen (www.bgf-koordinierungsstelle.de) oft nicht bekannt sind. Überbetriebliche Netzwerke bieten eine niedrigschwellige Möglichkeit zur Bündelung von Ressourcen, zum gegenseitigen Wissens- und Erfahrungsaustausch und senken die Hemmschwellen für die Einleitung und Umsetzung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und die Inanspruchnahme der Leistungen der Krankenkassen insbesondere für den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen.

**Zu Nummer 4 (§ 20c SGB V)**

Krankenkassen können im Rahmen ihrer Unterstützung von Betrieben zur betrieblichen Gesundheitsförderung Informationen über den Gesundheitszustand und Belastungen der Beschäftigten gewinnen. Durch die Änderung werden die Krankenkassen verpflichtet, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung bei ihren Aufgaben zur Prävention nach § 14 Absatz 1 SGB VI für Versicherte, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden, zu unterstützen, indem sie die Versicherten auf die Möglichkeiten der Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit nach § 14 SGB VI hinweisen.

Durch die Änderung des § 20c Absatz 2 Satz 1 wird klargestellt, dass die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 mit den Krankenkassen eng zusammenarbeiten.

**Zu Nummer 5 (§ 25 SGB V)**

**Zu Buchstabe a**

Zu Satz 1 (Notwendigkeit, Anspruch und Turnus)

Die demografische Entwicklung in Deutschland führt zu einer stetig wachsenden Gruppe älterer Menschen. Mit zunehmendem Alter steigen die Risiken für Multimorbidität, funktionelle Einschränkungen und den Verlust der Autonomie. Während 2023 die jährlichen Krankheitskosten pro Person in den Altersgruppen bis 45 Jahren unter 3.000 Euro liegen, steigen sie in der Altersgruppe zwischen 45 und 65 Jahren auf 5.230 Euro und in der Altersgruppe zwischen 65 und 85 Jahren auf 11.480 Euro (Gesundheitsberichterstattung „Krankheitskosten je Einwohner in Euro für Deutschland“).

Modellhafte Berechnungen zur Wirtschaftlichkeit einer Früherkennung von Demenz machen sowohl im Bereich der GKV als auch SPV das Potential von Einsparungen im GKV- und SPV-Bereich deutlich. Dabei wird von zwischen 364.000 und 445.000 Menschen ausgegangen, die jährlich neu an einer Demenz erkranken (Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), 2023). Wird durch gezielte Früherkennung und Prävention erreicht, dass bei etwa einem Fünftel die Zusatzkosten für Demenz zu Vergleichspersonen ohne eine Demenzerkrankung halbiert werden, ergeben sich erhebliche Minderausgaben für die GKV; für die SPV liegen die Minderausgaben sogar etwa dreimal höher.

Bisher sieht § 25 Absatz 1 SGB V ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen sowie zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten vor, die jedoch nicht spezifisch auf die komplexen Herausforderungen des Alterns zugeschnitten sind. Dies soll hiermit ergänzt werden. Zudem sollen auch Menschen, die die Gesundheitsuntersuchungen bislang nicht Anspruch nehmen, gezielter angesprochen werden können.

Die Untersuchungsinhalte für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr nach Satz 1 ergänzen die bestehende allgemeine Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1, um eine altersbezogene Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen. Die Regelung ergänzt die bestehende allgemeine Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1 und schafft kein eigenständiges, von dieser losgelöstes Untersuchungsangebot. Vielmehr soll die allgemeine Gesundheitsuntersuchung bei älteren Versicherten um solche Inhalte erweitert werden, die im höheren Lebensalter besondere Bedeutung für den Erhalt von Selbständigkeit und Funktionsfähigkeit besitzen und zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit einen Beitrag leisten können. Dabei sollen Doppeluntersuchungen vermieden werden.

Der Begriff der gesundheitlichen Risiken und Belastungen umfasst dabei insbesondere Faktoren, die zwar noch keinen eigenständigen Krankheitswert besitzen müssen, nach dem Stand der medizinischen Erkenntnisse jedoch mit einem erhöhten Risiko für funktionelle Einschränkungen, den Verlust von Selbständigkeit oder den Eintritt von Pflegebedürftigkeit verbunden sein können. Hierzu können beispielsweise Einschränkungen der Mobilität, Gleichgewichts- und Gangstörungen, Risiken einer Mangelernährung (Malnutrition) oder Gefährdungen durch Poly-pharmazie (Arzneimittelwechselwirkungen), Hinweise auf neurodegenerative Prozesse (beginnende Demenz) sowie sensorische Defizite (Hör- und Sehverminderung) gehören.

Darüber hinaus umfasst der Anspruch die Identifikation altersbedingter Belastungen. Zu diesen zählen insbesondere der Verlust an Muskelmasse (Sarkopenie) sowie psychosoziale Faktoren wie Einsamkeit oder Belastungen durch den Übergang in die Nacherwerbsphase.

Die Formulierung „geeignet sind, zu einem Verlust von Selbständigkeit oder zum Eintritt von Pflegebedürftigkeit beizutragen“ knüpft an gesundheitliche Risikokonstellationen an, die typischerweise mit einem erhöhten Risiko für funktionelle Einschränkungen verbunden sein können. Der Nachweis eines unmittelbar bevorstehenden Eintritts von Pflegebedürftigkeit wird nicht gefordert. Vielmehr soll die frühzeitige Risikoidentifikation es ermöglichen, präventive Maßnahmen einzuleiten, bevor eine irreversible Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit eintreten. Dezidierte Nachweise zur Wirksamkeit präventiver Maßnahmen ergaben sich im Rahmen des Projekts „Wege – Analysen von Versorgungsverläufen älterer AOK-Versicherter im Vorfeld einer Pflegebedürftigkeit“ (2023 – 2025, gefördert vom Innovationsfonds). Demnach lag die Wahrscheinlichkeit des Eintritts von Pflegebedürftigkeit um 40 Prozent niedriger als in der Vergleichsgruppe, die keine Früherkennungsuntersuchungen, fachärztliche Versorgung oder Physiotherapie in Anspruch genommen hatten. Modellhafte Berechnungen, die sowohl Mehrausgaben für die Früherkennung als auch Minderausgaben für die Soziale Pflegeversicherung berücksichtigen, ergeben, dass sich durch die Früherkennungsuntersuchungen auf lange Sicht Minderausgaben im Bereich der sozialen Pflegeversicherung ergeben. Da bereits eine Verzögerung von nur 6 Monaten ausreicht, um die Ausgaben für Früherkennungsuntersuchungen bei weitem zu decken (für jeweils fünf Früherkennungsuntersuchungen), führt jede weitere zeitliche Verzögerung von Pflegebedürftigkeit zu einem massiven Anstieg des Netto-Ergebnisses.

Nicht beziffert werden konnte, dass durch eine frühzeitige Identifikation von Gesundheitsrisiken die Dauer der aktiven Erwerbstätigkeit verlängert werden kann. Dies kann frühzeitige Renteneintritte wegen Erwerbsminderung verzögern und krankheitsbedingte Fehlzeiten reduzieren.

Berücksichtigt werden müssten zudem weitere Kosten, die mit einer Pflegebedürftigkeit einhergehen, wie medizinische Kosten für Arzt- und Facharztbesuche, Krankenhausaufenthalte, Medikamente und Therapien oder Kosten für die informelle Pflege sowie der damit verbundene Verdienstausfall oder Teilzeitbeschäftigung. Mit dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit entstehen weitere Leistungsansprüche in der sozialen Pflegeversicherung, die weitere Kosten verursachen. In dieser Modellrechnung sind rein monetäre Werte enthalten. Der immaterielle Gewinn, wie die höhere Lebensqualität der Versicherten sowie die Entlas-

tung der pflegenden Angehörigen kommen zu den erheblichen Minderausgaben im Bereich der sozialen Pflegeversicherung hinzu.

Zu Satz 2 (Vermeidung von Pflegebedürftigkeit)

Die Untersuchungen umfassen insbesondere die Erhebung risikoorientierter Befunde sowie eine präventionsorientierte Beratung angepasst an die besonderen Bedarfe älterer Menschen. Die Befunderhebung dient dazu, bestehende gesundheitliche Risiken und Belastungen zu identifizieren und ihre Bedeutung für den Erhalt von Selbständigkeit und Funktionsfähigkeit oder die Verzögerung des Eintritts von Pflegebedürftigkeit zu bewerten.

Die anschließende Beratung soll die Versicherten in die Lage versetzen, geeignete Maßnahmen zur Förderung ihrer Gesundheit und zur Vermeidung funktioneller Einschränkungen zu ergreifen. Die Beratung knüpft an die bereits in der Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1 verankerten präventionsorientierten Elemente an und entwickelt diese für die besonderen Bedarfe älterer Menschen weiter. Es können auch Hinweise auf bestehende Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, der sozialen Pflegeversicherung oder sonstige geeignete Unterstützungsangebote auch im Rahmen der Altenhilfe nach § 71 SGB XII einbezogen werden.

Die Regelung verfolgt dabei das Ziel, dass gesundheitliche Risiken identifiziert und, daraus konkrete präventionsorientierte Handlungsmöglichkeiten abgeleitet werden können. Hierdurch soll die Wahrscheinlichkeit reduziert werden, dass vermeidbare oder verzögerbare funktionelle Einschränkungen zu einer Pflegebedürftigkeit oder einer Verschlimmerung der bestehenden Pflegebedürftigkeit führen und unterstützt die Umsetzung von § 4 SGB XI.

Zu Satz 3 (Verknüpfung mit § 25b)

Die Verknüpfung mit § 25b Absatz 1 und 4 SGB V soll sicherstellen, dass bei einer Bereitstellung der Hinweise die Gesundheitsuntersuchung ab 60 Jahren in ein datenbasiertes Gesamtsystem eingebettet ist. Die Berücksichtigung dieser Hinweise dient insbesondere dazu, vorhandene Informationen für eine zielgerichtete Ansprache von Versicherten zu nutzen und die Gesundheitsuntersuchung in ein abgestimmtes Präventions- und Versorgungskonzept einzubetten. Gleichzeitig sollen Doppeluntersuchungen vermieden und bereits vorliegende Erkenntnisse angemessen berücksichtigt werden. Die Gesundheitsuntersuchung fungiert somit als Schnittstelle für die weitere Versorgung. Hierdurch soll auch gewährleistet werden, dass die Versicherten systematisch über ihre Ansprüche aufgeklärt und die gewonnenen Daten zur Verbesserung der Versorgungssteuerung (z. B. durch gezielte Angebote der Kranken- und Pflegekassen) genutzt werden können.

Zu Satz 4 (Zuständigkeit des G-BA)

Satz 4 verpflichtet den Gemeinsamen Bundesausschuss, das Nähere zur Ausgestaltung der altersbezogenen Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen in den Richtlinien nach § 92 SGB V bis zum 31. Dezember 2028 zu regeln. Der gesetzliche Regelungsauftrag umfasst insbesondere die Festlegung der Untersuchungsinhalte und des Turnus der Untersuchungen sowie die nähere Ausgestaltung der Befunderhebung und der Anforderungen an die Beratung. Dabei sind die bereits bestehenden Inhalte der Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1 zu berücksichtigen und Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

**Zu Buchstabe b**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung des Absatzes 2a.

**Zu Buchstabe c**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung des Absatzes 2a.

**Zu Buchstabe d**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung des Absatzes 2a.

**Zu Nummer 6 (§ 39a SGB V)**

Nach geltendem Recht sind Leistungen nach dem Elften Buch auf die zuschussfähigen Kosten, die die gesetzlichen Krankenkassen bei Versorgung in stationären Hospizen tragen, zu verrechnen. Anders als bei Erwachsenen, die erst in der letzten Lebensphase im Hospiz aufgenommen werden, können Kinder bzw. Jugendliche und ihre Familien jedoch bereits ab Diagnosestellung einer lebensverkürzenden Erkrankung eine stationäre Kinderhospizversorgung wahrnehmen – auch mehrmals im Jahr und mehrmals in ihrem Lebensverlauf. Die Häuslichkeit bleibt dabei der vorrangige Lebensmittelpunkt.

Das Überbrückungsbudget nach § 39 SGB XI dient der Finanzierung von Hilfen in pflegerischen Akutsituationen sowie sonstiger Überbrückungssituationen. Es soll den anspruchsvollen Pflegealltag insbesondere in pflegerischen Akutsituationen erleichtern, indem auch bei kurzfristigen Ausfällen oder bei Überforderung der pflegenden Angehörigen professionelle Dienste die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in der eigenen Häuslichkeit oder bei Bedarf auch in einer vollstationären Pflegeeinrichtung übernehmen. Wird das Budget aber auf die zuschussfähigen Kosten der GKV bei Versorgung in stationären Kinder- und Jugendhospizen angerechnet, steht das Überbrückungsbudget den Familien dann in ihrem vorrangigen Lebensmittelpunkt – der eigenen Häuslichkeit – für das restliche Kalenderjahr nicht mehr zur Verfügung. Dies führt bei Familien von Kindern und Jugendlichen mit lebensverkürzenden Erkrankungen zu besonderen Härten. Daher soll bei der Anrechnung der Leistungen nach dem Elften Buch auf die zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 auf eine Anrechnung des Überbrückungsbudgets bei Versorgung in Kinder- und Jugendhospizen verzichtet werden.

Zudem wird klargestellt, dass auch Pflegegeld nach § 37 SGB XI und anteiliges Pflegegeld nach § 38 SGB XI in diesen Fällen von einer Anrechnung ausgenommen sind.

Insgesamt führt dies zu einer Entlastung betroffener Familien bei der Versorgung und Pflege ihrer Kinder im häuslichen Umfeld. Pflegende Eltern werden gestärkt und die Möglichkeit zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege nach dem SGB XI bleibt auch nach einem benötigten stationären Aufenthalt in einem Kinder- und Jugendhospiz bestehen. Dies erleichtert es pflegenden Eltern in Krisen- und Notfallsituationen, wie dem Ausfall einer Pflegekraft, geeignete Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der häuslichen Pflegesituation zu ergreifen.

**Zu Nummer 7 (§ 39b SGB V)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Nummer 8 (§ 40 SGB V)**

**Zu Buchstabe a**

Die Ergänzung stellt klar, dass Leistungen der medizinischen Rehabilitation bei geriatrischer Indikation insbesondere dem Ziel der Vermeidung, Verringerung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit dienen oder deren Verschlimmerung entgegenwirken sollen. Damit wird den spezifischen Bedarfen älterer, häufig morbider Versicherter Rechnung getragen, bei denen der Erhalt oder die Wiedererlangung von Selbständigkeit von besonderer Bedeu-

tung ist. Die Klarstellung soll auch dazu beitragen, dass seitens der Leistungserbringer das Rehabilitationsziel sowohl bei der Indikationsstellung, der Beantragung als auch bei der Durchführung geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen stärker berücksichtigt wird.

**Zu Buchstabe b**

In Satz 18 wird die vorhandene Berichtspflicht des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) an das Bundesministerium für Gesundheit einmalig für das Jahr 2027 wiederauferlegt und qualitativ um die Hürden in der Inanspruchnahme geriatrischer Rehabilitationsleistungen ergänzt. Hierzu zählen unter anderem strukturelle Defizite (z. B. regionale Versorgungsunterschiede), organisatorischer Hindernisse (z. B. Antragsverfahren, Schnittstellenprobleme) oder individuelle Barrieren (z. B. Informationsdefizite, soziale Faktoren). Beim Bericht sind auch die Hürden in der Inanspruchnahme mobiler geriatrischer Reha besonders in den Blick zu nehmen.

Die Regelung ist erforderlich, da trotz weitreichender leistungsrechtlicher Voraussetzungen die Zahl der Inanspruchnahme geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen hinter den Erwartungen zurückbleibt. Die erweiterte Datengrundlage soll dazu beitragen, gezielte Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zur geriatrischen Rehabilitation zu entwickeln.

**Zu Nummer 9 (§ 73d SGB V)**

Es handelt sich um die Anpassung von Verweisen als redaktionelle Folgeänderungen.

**Zu Artikel 5 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

**Zu Nummer 1 (§ 11 SGB V)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einführung der Pflegebegleitung im Elften Buch.

**Zu Nummer 2 (§ 39 SGB V)**

Der ergänzende Regelungsauftrag an die Vertragspartner des Rahmenvertrages nach § 39 Absatz 1 Satz 11 zur Datenübermittlungsbefugnis an die für den pflegebedürftigen Patienten zuständige Pflegekasse zielt darauf ab, den Erhalt und die Wiedererlangung von Fähigkeiten von pflegebedürftigen Patienten auch im Rahmen des Übergangs in die Versorgung nach stationärer Krankenbehandlung zu unterstützen. Damit soll sichergestellt werden, dass wichtige Informationen aus dem Krankenhaus über den gesundheitlichen Zustand pflegebedürftiger Patienten, aber insbesondere auch über Potentiale zur möglichen Verbesserung bestehender Beeinträchtigungen im Rahmen der pflegerischen Beratung genutzt werden können. Liegen der Pflegebegleitung die Informationen aus dem Entlassmanagement vor, kann sie beispielsweise bei der Umsetzung empfohlener Maßnahmen unterstützen, wie der Suche nach geeigneten therapeutischen Angeboten.

Mit Blick auf das Ziel der Entbürokratisierung soll nach erfolgtem Aufbau der Strukturen zur Pflegeberatung nach § 7c und § 7d SGB XI von den Pflegekassen zukünftig in geeigneten Fällen eine direkte Übermittlung der Informationen vom Krankenhaus an die Pflegeberatung ohne Umweg über die Pflegekassen angestrebt werden.

Dieser ergänzende Regelungsauftrag gilt über den Verweis in § 40 Absatz 2 Satz 6 auch für die Vertragspartner des Reha-Entlassmanagements.

**Zu Nummer 3 (§ 39b SGB V)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einführung der Pflegebegleitung im Elften Buch.

**Zu Artikel 6 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)**

**Zu Nummer 1 (§ 3 Satz 4 SGB VI)**

Folgeänderung zu § 44 Absatz 1 Satz 2 SGB XI.

**Zu Nummer 2 (§ 166 Absatz 2 SGB VI)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 44 Absatz 1 im Elften Buch.

**Zu Artikel 7 (Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes)**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung eines Beitragszuschlags für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner in der sozialen Pflegeversicherung in § 55c SGB XI. Die Aufnahme von § 55c SGB XI in § 16a KSVG stellt klar, dass nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherte verpflichtet sind, den Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner, soweit dieser anfällt, an die Künstlersozialkasse zu zahlen.

**Zu Artikel 8 (Änderung der Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung)**

**Zu Nummer 1 (§ 5 DiPAV)**

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Aufgrund der Einführung des neuen § 39a („Pflegesachleistungen in Akutsituationen“) wird der bisherige § 39a zu § 40c.

**Zu Nummer 2 (§ 19 DiPAV)**

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Aufgrund der Einführung des neuen § 39a („Pflegesachleistungen in Akutsituationen“) wird der bisherige § 39a zu § 40c.

**Zu Nummer 3 (§ 36 DiPAV)**

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Aufgrund der Einführung des neuen § 39a („Pflegesachleistungen in Akutsituationen“) wird der bisherige § 39a zu § 40c.

**Zu Artikel 9 (Änderung der Pflegeberufebeteiligungsverordnung)**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu einer Änderung in Artikel 1, durch die die bisher in § 8 Absatz 4 SGB XI enthaltenen Bestimmungen nun in § 113b Absatz 11 SGB XI geregelt werden. Die dadurch erforderlich gewordene Anpassung des Verweises in § 7 Absatz 3 der Pflegeberufebeteiligungsverordnung wird mit der vorliegenden Änderung umgesetzt.

**Zu Artikel 10 (Änderung der Heilverfahrensverordnung)**

**Zu Nummer 1**

**Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Einführung eines Sozialraumbudgets im Recht der sozialen Pflegeversicherung (§ 45b Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch), das den bisherigen Entlastungsbetrag ersetzt und das den Pflegebedürftigen künftig erst ab dem Pflegegrad 2 zur Verfügung gestellt wird.

**Zu Buchstabe b**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung in Folge von Anpassungen bei der Ermittlung des Grades des Pflegebedürftigkeit im Recht der sozialen Pflegeversicherung.

**Zu Nummer 2**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung im Zuge einer redaktionellen Klarstellung in § 36 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

**Zu Nummer 3**

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Im Rahmen der Änderungen des Elften Buchs Sozialgesetzbuch werden verschiedene Einzelleistungen im Recht der sozialen Pflegeversicherung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch gebündelt und im Umfang eines neuen ambulanten Sach- und Entlastungsbudgets sowie ein Sozialraumbudget zur Verfügung gestellt. Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson (Verhinderungspflege), sind infolgedessen künftig über diese Budgets zu finanzieren. Diese Änderung wird durch die Streichung des Satzes 1 nachvollzogen.

**Zu Nummer 4**

Es handelt sich um eine Folgeänderung vor dem Hintergrund von Anpassungen im Recht der sozialen Pflegversicherung zu den Ausnahmen vom Leistungsruhen nach § 34 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch während eines stationären Krankenhausaufenthalts von bis zu acht Wochen.

**Zu Artikel 11 (Inkrafttreten)**

**Zu Absatz 1**

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2027 in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts anderes bestimmt ist.

**Zu Absatz 2**

Die in Artikel 2 geregelten weiteren Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die sich auf die Einführung der Erhebung eines Beitragszuschlags für die Mitversicherung von Ehegatten und Lebenspartnern in der Pflegeversicherung sowie die Einführung der Zahlung von Beiträgen zur Pflegeversicherung für Minijobs beziehen, die in Artikel 3 geregelten Änderungen des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und die in Artikel 7 geregelte Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes treten am 1. Januar 2028 in Kraft.

**Zu Absatz 3**

Die in Artikel 2 geregelten weiteren Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch und die in Artikel 5 geregelten weiteren Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die sich auf die Einführung der Pflegebegleitung im Elften Buch Sozialgesetzbuch beziehen, treten am 1. Januar 2029 in Kraft.