Deutscher Bundestag **Drucksache 21/1511**

21. Wahlperiode 08.09.2025

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege

A. Problem und Ziel

Die Herausforderungen der Akut- und Langzeitpflege in den nächsten Dekaden sind im demografischen Wandel begründet: Ende des Jahres 2023 lag die Zahl der Menschen mit Pflegebedarf im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) insgesamt bei rund 5,6 Millionen. Die Pflegeprävalenz dürfte auch in den nächsten Jahren voraussichtlich weiter über dem demografiebedingt erwarteten Niveau liegen. Laut den Ergebnissen der Pflegevorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (Destatis 2023) ist zu erwarten, dass die Zahl der pflegebedürftigen Menschen bis zum Jahr 2055 auf bis zu 8,2 Millionen anwachsen wird. Auch die Zahl der Patientinnen und Patienten in der Primär- und Krankenhausversorgung steigt stetig an. Dies führt zu einer perspektivisch weiter steigenden Nachfrage nach Pflegeleistungen in allen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen und -diensten vor Ort.

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

Zugang zu innovativen Versorgungsstrukturen und die Hebung von weiterem Pflegepotenzial vor Ort.

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

Daneben bestehen Regelungsbedarfe im Bereich des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), die im Rahmen dieses Gesetzes angegangen werden sollen. Dazu gehören unter anderem die Vermeidung einer übermäßigen Belastung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit Wohnsitz im Ausland beim Kranken- und Mutterschaftsgeld, die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes nach § 45 SGB V für das Jahr 2026, gesetzliche Klarstellungen zum vertragsärztlichen Notdienst, eine Anpassung in der Aufbringung der Mittel für den Strukturfonds zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung und eine Fristsetzung für die vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) nach § 273 SGB V durchgeführten Prüfungen der Datenmeldungen der Krankenkassen für den Risikostrukturausgleich (RSA).

Auch die digitale Transformation des Gesundheitswesens und der Pflege soll weiter vorangetrieben werden. Vor diesem Hintergrund müssen auch Regelungen zur sicheren Nutzung von IT regelmäßig aktualisiert werden. Das E-Rezept, das inzwischen etabliert ist, soll weiter optimiert werden.

Die Änderung im Grundstoffüberwachungsgesetz dient der Anpassung der Strafvorschrift an geändertes EU-Recht zu Drogenausgangsstoffen.

B. Lösung

Vor diesem Hintergrund verfolgt der Gesetzentwurf folgende Ziele:

Zum einen sollen die Rahmenbedingungen für die professionell Pflegenden dahingehend verbessert werden, dass die an der Pflege beteiligten Akteure ihren gesetzlichen Auftrag einer leistungsfähigen, regional gegliederten, ortsnahen und aufeinander abgestimmten pflegerischen Versorgung der Bevölkerung noch besser erfüllen können. Der Pflegeberuf ist ein Heilberuf mit eigenen beruflichen Kompetenzen, der bei einer entsprechenden Gestaltung der Rahmenbedingungen und Entwicklungsmöglichkeiten für Menschen mit unterschiedlichen schulischen Abschlüssen und beruflichen Hintergründen sehr attraktiv ist. Die vielfältigen Kompetenzen von Pflegefachpersonen sollen daher für die Versorgung stärker als bislang genutzt werden. Pflegefachpersonen sollen künftig neben Ärztinnen und Ärzten eigenverantwortlich weitergehende Leistungen als bisher und insbesondere – abgestuft nach der jeweils vorhandenen Qualifikation – bestimmte, bisher Ärztinnen und Ärzten vorbehaltene Leistungen in der Versorgung erbringen können. Dies soll insgesamt zu einer Verbesserung der Versorgung, zum Beispiel beim Management chronischer Erkrankungen, auch an den Übergängen und im

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung führen, aber auch dazu beitragen, die Versorgung in der Fläche auch zukünftig sicherstellen zu können. Diese Maßnahmen werden sowohl Pflegefachpersonen selbst als auch Ärztinnen und Ärzte entlasten. Die Aufgaben von Pflegefachpersonen in der Versorgung sollen in einem Projekt parallel differenziert beschrieben werden (sog. Muster-Scope of Practice); diese Beschreibung soll Grundlage von weiteren Entwicklungsschritten hinsichtlich der leistungsrechtlichen Befugnisse von Pflegefachpersonen werden. Die Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene werden systematisch an den sie betreffenden gesetzlichen Aufgaben des SGB V und des SGB XI beteiligt; insbesondere bei der Entwicklung des Muster-Scope of Practice für Pflegefachpersonen kommt ihnen eine maßgebliche Rolle zu.

Die Stärkung der Pflegefachpersonen und ihrer Befugnisse in der Versorgung ist auch ein wichtiges Ziel, um den Beruf noch attraktiver zu machen und damit gegen den in der Pflege festzustellenden Fachkräfteengpass anzugehen. Daneben kann aber auch in den nächsten Jahren und Jahrzehnten nicht auf die wichtigste Unterstützung in der Langzeitpflege verzichtet werden: die pflegenden An- und Zugehörigen. Mit den Regelungen dieses Gesetzes wird daher auch das Ziel verfolgt, die Pflegestrukturen zu stärken und mehr Anreize für innovative Versorgungsformen im Quartier zu setzen. Hierzu sollen strukturelle Verbesserungen vorgenommen und unter anderem das SGB XI um Regelungen zur pflegerischen Versorgung in innovativen und quartiernahen Wohnformen ergänzt werden. Weiterhin sollen die Kommunen in ihrer Rolle und Verantwortung im Hinblick auf eine bedarfsgerechte und regional abgestimmte Versorgung pflegebedürftiger Menschen gestärkt und die Zusammenarbeit von Pflegekassen und Kommunen mit Blick auf die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung verbessert werden. Da erfolgreiche Prävention einen großen Einfluss auf die weitere Entwicklung der Zahl älterer Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftiger hat, sollen mit dem vorliegenden Entwurf zudem wichtige Schritte in Richtung einer präventiven Ausrichtung des Versorgungssystems vorgenommen werden.

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

Um eine mögliche übermäßige Belastung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit Wohnsitz im Ausland zu vermeiden und die Freizügigkeit innerhalb der Europäischen Union zu stärken, soll eine Anpassung der Berechnungsmethode für das Krankengeld und für das Mutterschaftsgeld bzw. für den Zuschuss zum Mutterschaftsgeld erfolgen. Gleiches gilt für das Verletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung nach dem Siebten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII).

Der für die Jahre 2024 und 2025 geregelte Leistungszeitraum für das Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes wird für das Jahr 2026 fortgeschrieben.

Mit der Änderung wird die Förderdauer der Modellvorhaben zur Förderung von Leistungserbringern, die Patienten mit pädophilen Sexualstörungen behandeln, um zwei Jahre verlängert.

In einem intensiven Dialogprozess haben das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales mit den Spitzenorganisationen und -verbänden der Ärzteschaft, insbesondere den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie unter Beteiligung der Deutschen Rentenversicherung Bund Kriterien für die Ausgestaltung des

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

vertragsärztlichen Notdienstes herausgearbeitet, bei deren Vorliegen von einer selbstständigen Tätigkeit auszugehen ist. Dieser untergesetzliche Teil der Lösung soll flankiert werden durch zwei gesetzliche Klarstellungen im SGB V, um den Kassenärztlichen Vereinigungen und den teilnehmenden Pool- und auch Vertragsärztinnen und -ärzten die notwendige Rechtssicherheit zu geben.

Um weiterhin eine ausreichende Finanzierung des Strukturfonds seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen sicherzustellen, ist außerdem vorgesehen, diesen künftig freizustellen, welche Honorare aus vertragsärztlicher Tätigkeit sie zur Finanzierung ihres jeweiligen Anteils heranziehen.

Um in den Prüfverfahren nach § 273 SGB V in einem angemessenen Zeitrahmen zu Ergebnissen zu kommen, wird dem die Verfahren durchführenden BAS ein Zeitpunkt vorgegeben, bis zu dem die Prüfverfahren spätestens abzuschließen sind.

Zur Erhöhung der IT-Sicherheit werden Regelungen für den Umgang mit dem Praxis- und Institutionsausweis (SMC-B) in Praxen und Pflegeeinrichtungen geschaffen. Der Heilberufs- bzw. Berufsausweis wird als weiteres Zugriffserfordernis für das E-Rezept gestrichen. Die Versendung der elektronischen Ersatzbescheinigung direkt vom Leistungserbringer wird ermöglicht.

Zur Anpassung an geändertes EU-Recht zu Drogenausgangsstoffen wird die Strafvorschrift in § 19 Grundstoffüberwachungsgesetz (GÜG) geändert.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Gemeinden

Für den Bund entstehen einmalige Kosten in Höhe von rund 110 000 Euro. Der Mehrbedarf an Sach- und Personalmitteln ist finanziell und stellenmäßig im Einzelplan 15 dauerhaft und vollständig auszugleichen.

Für die Träger der Beihilfe ergeben sich aus den Leistungsanpassungen insgesamt mittelfristig Minderausgaben in Höhe von rund 11,5 Millionen Euro jährlich.

Beim Bundesamt für Soziale Sicherung entsteht durch die Erweiterung der Prüfungen ein Mehraufwand in Höhe von einer Stelle im gehobenen Dienst und jährlichen Personalkosten in Höhe von 180 000 Euro. Die Stelle wird gemäß § 46 Absatz 6 Satz 7 SGB XI (für den Bereich der Pflegekassen) bzw. § 274 Absatz 2 SGB V (für den Bereich der Krankenkassen) durch die Krankenkassen refinanziert.

2. Soziale Pflegeversicherung

Für die soziale Pflegeversicherung ergeben sich mittelfristig insgesamt Minderausgaben von rund 328 Millionen Euro jährlich.

3. Gesetzliche Krankenversicherung

Das Modellprojekt zur Behandlung von Patienten mit pädophilen Sexualstörungen wird pro Kalenderjahr mit 5 Millionen Euro gefördert. Es entstehen deshalb einmalige Kosten für die GKV in Höhe von jeweils 5 Millionen Euro im Jahr 2026 und im Jahr 2027.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Durch die Streichung des Erfordernisses eines elektronischen Heilberufs- oder Berufsausweises als Zugriffsvoraussetzung für Hilfsmittelerbringer und für die übrigen Zugriffsberechtigten auf das E-Rezept kommt es zu bei den gesetzlichen Krankenversicherungen zu Einsparungen von ca. 18 Millionen Euro alle 5 Jahre.

Die Fortschreibung der Anzahl der Kindkranktage nach § 45 Absatz 2a SGB V auch für das Jahr 2026 führt zu Mehrkosten der Gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe eines mittleren zweistelligen Millionenbetrages für das Jahr 2026 gegenüber einem ersatzlosen Wegfall der Regelung.

Durch die Regelungen zur elektronischen Ersatzbescheinigung kommt es zu Einsparungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 3 Millionen Euro jährlich.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Der jährliche Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger beträgt etwa 53 000 Euro. Demgegenüber entstehen jährliche Entlastungen in Höhe von rund 680 000 Stunden und ca. 1,5 Millionen Euro. Dazu kommen durch mehrere Regelungen zusätzliche Entlastungswirkungen, die aktuell noch nicht beziffert werden können.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Der Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft beträgt jährlich etwa 246 000 Euro, der einmalige Erfüllungsaufwand etwa 176 000 Euro. Dem stehen jährliche Entlastungen in Höhe von etwa 98,3 Millionen Euro gegenüber, sodass rund 98,1 Millionen Euro als Entlastung im Sinne der „One in, one out“-Regel zu berücksichtigen sind.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Von den oben genannten Einsparungen des jährlichen Erfüllungsaufwands der Wirtschaft gehen ungefähr 58 Millionen Euro auf Einsparungen bei Bürokratiekosten durch vereinfachte oder wegfallende Informationspflichten zurück.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

1. Bund

Für den Bund entsteht kein signifikanter Erfüllungsaufwand. Die Beihilfefestsetzungsstellen des Bundes werden jährlich um rund 325 000 Euro entlastet.

2. Länder und Kommunen

Ländern und Kommunen entsteht kein signifikanter Erfüllungsaufwand. Die Beihilfefestsetzungsstellen der Länder werden jährlich um rund 488 000 Euro entlastet.

3. Sozialversicherung

Der jährliche Erfüllungsaufwand für die Sozialversicherung beträgt etwa 1,1 Millionen Euro, der einmalige Erfüllungsaufwand etwa 0,24 Millionen Euro. Dem

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

stehen zu erwartende jährliche Entlastungen in Höhe von rund 40,65 Millionen Euro gegenüber.

F. Weitere Kosten

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen von rund 7 Prozent unter Berücksichtigung des Anteils der Beihilfeberechtigten mittelfristig Minderausgaben von rund 11,5 Millionen Euro jährlich.

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
DER BUNDESKANZLER

Berlin, 8. September 2025

An die
Präsidentin des
Deutschen Bundestages
Frau Julia Klöckner
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Sehr geehrte Frau Bundestagspräsidentin,

hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

> Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege

mit Begründung und Vorblatt (Anlage 1).

Ich bitte, die Beschlussfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gemäß § 6 Absatz 1 NKRG ist als Anlage 2 beigefügt.

Der Gesetzentwurf ist dem Bundesrat am 15. August 2025 als besonders eilbedürftig zugeleitet worden.

Die Stellungnahme des Bundesrates zu dem Gesetzentwurf sowie die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates werden unverzüglich nachgereicht.

Mit freundlichen Grüßen
Friedrich Merz

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Anlage 1

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

I n h a l t s ü b e r s i c h t

Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 2 Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 3 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 4 Änderung des Pflegezeitgesetzes
Artikel 5 Änderung des Pflegeberufegesetzes
Artikel 6 Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 7 Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 8 Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 9 Änderung der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung
Artikel 10 Änderung des Grundstoffüberwachungsgesetzes
Artikel 11 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
Artikel 12 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
Artikel 13 Änderung des Mutterschutzgesetzes
Artikel 14 Inkrafttreten

Artikel 1

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
   a) In der Angabe zu § 5 wird nach der Angabe „Pflegeeinrichtungen“ die Angabe „und in der häuslichen Pflege“ eingefügt.
   b) Nach der Angabe zu § 17 wird die folgende Angabe eingefügt:
      „§ 17a Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6“.
   c) Die Angabe zu § 38a wird gestrichen.
   d) Die Angabe zu dem Fünften Abschnitt des Vierten Kapitels wird durch die folgende Angabe ersetzt:

„Fünfter Abschnitt

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

e) In der Angabe zu § 45d wird die Angabe „Selbsthilfe“ durch die Angabe „Selbsthilfe in der Pflege“ ersetzt.

f) Nach der Angabe zu § 45d wird die folgende Angabe eingefügt:

„§ 45e Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken“.

g) Die Angabe zu dem Sechsten Abschnitt des Vierten Kapitels wird durch die folgende Angabe ersetzt:

„Sechster Abschnitt

Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen und in gemeinschaftlichen Wohnformen

§ 45f Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

§ 45g Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

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

h) Nach der Angabe zu § 47a wird die folgende Angabe eingefügt:

„§ 47b Aufgabenerledigung durch Dritte“.

i) Nach der Angabe zu § 73 wird die folgende Angabe eingefügt:

„§ 73a Beeinträchtigungen bei Versorgungsverträgen“.

j) Nach der Angabe zu § 86 wird die folgende Angabe eingefügt:

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

k) Die Angabe zu dem Fünften Abschnitt des Achten Kapitels wird durch die folgende Angabe ersetzt:

„Fünfter Abschnitt

Integrierte Versorgung und Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen“.

l) Die Angabe zu dem Sechsten Abschnitt des Achten Kapitels wird durch die folgende Angabe ersetzt:

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

m) Nach der Angabe zu § 113c wird die folgende Angabe eingefügt:

„§ 113d Geschäftsstelle zur Begleitung und Unterstützung der fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen“.

n) Die Angabe zu § 114c wird durch die folgende Angabe ersetzt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

„§ 114c Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht“.

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

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

p) Die Angabe zu § 122 wird gestrichen.

q) Vor der Angabe zu § 123 wird die folgende Angabe eingefügt:

„§ 122 Kooperationsprojekt zu Erleichterungen in der Praxis bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung“.

r) Nach der Angabe zu § 125b wird die folgende Angabe eingefügt:

„§ 125c Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung

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

s) Nach der Angabe zu § 146 wird die folgende Angabe eingefügt:

„§ 146a Übergangsregelung zur Versorgung von pflegebedürftigen Mitgliedern geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnlichen Personen in ordensinterner Pflege“.

2. § 5 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird nach der Angabe „Pflegeeinrichtungen“ die Angabe „und in der häuslichen Pflege“ eingefügt.

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

„(1a) Die Pflegekassen sollen den Zugang zu den in § 20 Absatz 4 Nummer 1 des Fünften Buches genannten Leistungen der Krankenkassen zur verhaltensbezogenen Prävention für in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Pflegebedürftige in häuslicher Pflege unterstützen, indem sie Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen entwickeln sowie die Umsetzung dieser Vorschläge unterstützen. Bei der Entwicklung und Umsetzung dieser Vorschläge sind Pflegebedürftige sowie, falls sie im Einzelfall an der Versorgung mitwirken, ambulante Pflegeeinrichtungen zu beteiligen. Teil der Umsetzung soll sein:

1. die fachliche Beratung zur Information und Sensibilisierung der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie ihrer Pflegepersonen bezüglich der Möglichkeiten, die mittels Gesundheitsförderung und Prävention zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten bestehen, sowie

2. eine Präventionsempfehlung durch Pflegefachpersonen oder durch gemäß § 7a Absatz 3 Satz 2 qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater.

Zur Unterstützung der in Satz 3 genannten Umsetzung sollen die Pflegekassen eine Bedarfserhebung hinsichtlich präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen durchführen. Im Zusammenhang mit einer Beratung nach den §§ 7a und 7c, mit einer Leistungserbringung nach § 36 oder mit einem Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 kann eine Empfehlung für die in § 20 Absatz 4 Nummer 1 des Fünften Buches genannten Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention ausgesprochen werden. Die Bedarfserhebung, die Beratung und die Präventionsempfehlung sollen frühestmöglich nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 18b und auch während fortbestehender Pflegebedürftigkeit erfolgen. Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1 bleiben unberührt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes die Kriterien für die Verfahren nach den Sätzen 1 bis 3 fest, insbesondere hinsichtlich des Inhalts, der Methodik, der Qualität, der wissenschaftlichen Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

d) In Absatz 5 wird die Angabe „und“ durch die Angabe „bis“ ersetzt.

e) Absatz 7 wird gestrichen.

3. § 7a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 8 wird gestrichen.

b) Absatz 3 Satz 2 und 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Pflegekassen setzen für die persönliche Beratung und Betreuung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen entsprechend qualifiziertes Personal ein, insbesondere Pflegefachpersonen, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt unter Beteiligung der in § 17 Absatz 1a Satz 2 genannten Parteien Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern ab.“

c) Absatz 7 Satz 4 wird gestrichen.

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

„(8) Die Pflegekassen stellen eine angemessene Beratung ihrer Versicherten sicher. Die Pflegekassen im Land können hierfür einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen zur kassenartenübergreifenden Organisation der Pflegeberatung im Land und zur Abstimmung und Zuordnung der Beratungsstrukturen zu bestimmten räumlichen Einzugsbereichen treffen; sie können diese Aufgabe auch an die Landesverbände der Pflegekassen übertragen. Die Pflegekassen können sich zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben nach diesem Buch aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsaufgaben anderer Träger beteiligen; die Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung sind zu gewährleisten. Die Pflegekassen können ihre Beratungsaufgaben nach diesem Buch auch ganz oder teilweise auf Dritte übertragen; § 80 des Zehnten Buches bleibt unberührt.“

4. § 7b Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „38a“ durch die Angabe „38“ und die Angabe „45e“ durch die Angabe „45f bis 45h“ ersetzt.

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

6. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 3b wird der folgende Absatz 3c eingefügt:

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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."

b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 wird die Angabe „Pflegefachkräfte" durch die Angabe „Pflegefachpersonen" ersetzt.

bb) In Satz 4 wird die Angabe „Pflegefachkraft" durch die Angabe „Pflegefachperson" ersetzt.

c) Absatz 7 Satz 4 und 5 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

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

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.

Ab dem 1. Juli 2023 sind folgende jährliche Förderzuschüsse möglich:

1. bei Pflegeeinrichtungen mit bis zu 25 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die Leistungen in der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, in Höhe von bis zu 10 000 Euro; dabei werden bis zu 70 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel gefördert;
2. bei Pflegeeinrichtungen ab 26 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die Leistungen in der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, in Höhe von bis zu 7 500 Euro; dabei werden bis zu 50 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel gefördert."

7. § 8a Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

„(5) Empfehlungen der Ausschüsse nach den Absätzen 1 bis 3 zur Weiterentwicklung der Versorgung sind von den Vertragsparteien nach dem Siebten Kapitel beim Abschluss der Versorgungs- und Rahmenverträge und von den Vertragsparteien nach dem Achten Kapitel beim Abschluss der Vergütungsverträge zu beachten."

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

„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. Durch Landesrecht kann auch bestimmt werden, ob und in welchem Umfang eine im Landesrecht vorgesehene und an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen orientierte finanzielle Unterstützung der Pflegebedürftigen bei der Tragung der ihnen von den Pflegeeinrichtungen berechneten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen oder eine finanzielle Unterstützung der Pflegeeinrichtungen bei der Tragung ihrer betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen als Förderung gilt.“

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

10. § 11 wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

11. § 12 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Pflegekassen bilden zur Durchführung der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaften.“

b) Nach Absatz 1 wird der folgende Absatz 2 eingefügt:

„(2) Die Pflegekassen stellen 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 2 zu berücksichtigen. Die Aufgabe nach Satz 1 kann auch auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Länder und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene vereinbaren unter Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe Empfehlungen zu Umfang und Struktur der Daten, zu geeigneten Indikatoren, zum Turnus der Evaluationen, zur Kostentragung und zur Datenaufbereitung. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Sie sind dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum … [einsetzen: Datum neun Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 14 Absatz 1] vorzulegen.“

c) Der bisherige Absatz 2 wird zu Absatz 3.

12. Nach § 15 Absatz 7 wird der folgende Absatz 8 eingefügt:

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

1. die Darstellung der Erfahrungen der Pflegekassen und der Medizinischen Dienste mit dem Begutachtungsinstrument nach den Absätzen 1 bis 7, einschließlich der Beurteilung der Wirkung der zur Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit zu verwendenden Bewertungssystematik, sowie Vorschläge zur möglichen Weiterentwicklung des Begutachtungsinstruments,
2. eine auf wissenschaftlicher Grundlage durchzuführende Untersuchung der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen seit 2017 unter Berücksichtigung insbesondere von
   a) medizinisch-pflegerischen Aspekten,
   b) demographischen Faktoren und
   c) sozioökonomischen Einflüssen.

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

13. § 17 wird wie folgt geändert:
   a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene“ ersetzt.
   b) In Absatz 1a Satz 3 wird die Angabe „Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene“ ersetzt.
14. § 17a wird durch den folgenden § 17a ersetzt:

„§ 17a

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

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum 31. Dezember 2026 in Richtlinien Folgendes fest:

1. in welchen Fällen und für welche Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel, die den Zielen von § 40 Absatz 1 Satz 1 dienen, die Notwendigkeit oder die Erforderlichkeit der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln oder Hilfsmitteln, die von Pflegefachpersonen, gestaffelt nach Qualifikationsniveau empfohlen werden, nach § 40 Absatz 6 Satz 2 vermutet wird sowie
2. das Nähere zum Verfahren der Empfehlung gemäß § 40 Absatz 6 durch die Pflegefachperson bei der Antragstellung.

Dabei ist der nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches vereinbarte Katalog zu beachten. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung über die Inhalte der Richtlinien Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

(2) Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Richtlinien sind alle drei Jahre zu überprüfen und in geeigneten Zeitabständen an den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse anzupassen; für diese Verfahren gilt Absatz 1 Satz 3 entsprechend.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen evaluiert die in den Richtlinien festgelegten Verfahren in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht, insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen auf die Qualität und Sicherheit der Versorgung und hinsichtlich Wirtschaftlichkeitsaspekten, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund sowie der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2030 einen Bericht über die Ergebnisse der Evaluation vor.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

15. § 18a Absatz 10 wird wie folgt geändert:

    a) In Satz 1 wird die Angabe „Pflegefachkräfte“ durch die Angabe „Pflegefachpersonen“ ersetzt.

    b) In Satz 3 wird die Angabe „Pflegefachkräften“ durch die Angabe „Pflegefachpersonen“ ersetzt.

16. § 18c wird wie folgt geändert:

    a) Nach Absatz 1 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

    „Ist im Fall des § 18a Absatz 5 eine Mitteilung unmittelbar an das Krankenhaus, die stationäre Rehabilitationseinrichtung oder das Hospiz zulässig, hat diese unverzüglich in gesicherter elektronischer Form zu erfolgen.“

    b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

    aa) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

    „Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in § 18a Absatz 5 und 6 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf spätestens innerhalb von 15 Arbeitstagen für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro und danach für jede weitere begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen.“

    bb) Satz 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

    „Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 so lange gehemmt, bis der Verzögerungsgrund weggefallen ist. Wird durch den Eintritt des Verzögerungsgrundes eine erneute Terminierung der Begutachtung erforderlich, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 bis zum Ablauf von 15 Arbeitstagen nach Kenntnis des Medizinischen Dienstes oder der Pflegekasse über den Wegfall des Verzögerungsgrundes gehemmt.“

17. § 18e wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 1 Satz 2 wird nach der Angabe „Pflegekassen“ die Angabe „oder dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen für seine Mitgliedskassen“ eingefügt.

    b) Absatz 6 wird durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:

    „(6) Der Medizinische Dienst Bund beauftragt bis zum 30. Juni 2026 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder fachlich unabhängige Sachverständige mit der Durchführung eines Modellvorhabens nach den Absätzen 1 bis 5. In dem Modellvorhaben ist zu prüfen,

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

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

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

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

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

Die Medizinischen Dienste sind bei der Durchführung des Modellvorhabens zu beteiligen. Der Medizinische Dienst Bund hat einen Zwischenbericht und einen Abschlussbericht zu verfassen. Der Zwischenbericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit innerhalb eines Monats nach Fertigstellung vorzulegen. Der Abschlussbericht hat eine abschließende und begründete Empfehlung zu beinhalten und ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2028 vorzulegen.“

18. § 28 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 3a wird gestrichen.

bb) Nach Nummer 13 werden die folgenden Nummern 14 und 15 eingefügt:

„14. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 45f),

15. Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c (§ 45h),“.

cc) Die bisherige Nummer 14 wird zu Nummer 16.

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

c) Nach Absatz 4 wird der folgende Absatz 5 eingefügt:

„(5) In stationären Pflegeeinrichtungen schließen die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege nach diesem Buch die in § 15a Absatz 1 Nummer 1 und 3 des Fünften Buches genannten Leistungen ein, wenn diese durch in § 15a des Fünften Buches genannte Pflegefachpersonen im Rahmen der Beschäftigung der Pflegefachpersonen bei der Pflegeeinrichtung erbracht werden. Satz 1 gilt nicht, soweit die Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach dem Fünften Buch erbracht werden.“

19. § 28a wird wie folgt geändert:

a) Nummer 3 wird gestrichen.

b) Die Nummern 4 bis 12 werden zu den Nummern 3 bis 11.

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

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

d) Nummer 13 wird durch die folgenden Nummern 13 und 14 ersetzt:

„13. die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 45g nach Maßgabe von § 28 Absatz 1b,

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

20. § 34 wird wie folgt geändert:

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

b) In Absatz 2 Satz 2 wird jeweils die Angabe „vier“ durch die Angabe „acht“ ersetzt.

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

„(3) Die Leistungen zur sozialen Sicherung nach den §§ 44 und 44a ruhen nicht

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

1. für die Dauer der häuslichen Krankenpflege,
2. bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr,
3. bei Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr sowie
4. in den ersten acht Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation.“

21. § 36 wird wie folgt geändert:

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

„(3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 796 Euro,
2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 497 Euro,
3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 859 Euro,
4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 2 299 Euro.“

b) Nach Absatz 4 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

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

22. § 37 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

1. 347 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
2. 599 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. 800 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. 990 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.“

b) Absatz 3 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„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.“

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

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

1. die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des für sie zuständigen Pflegestützpunktes,
2. die Pflegeberatung nach § 7a einschließlich der Möglichkeit der Erstellung eines Versorgungsplans,
3. die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegekursen nach § 45, auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen, und

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

4. sonstige geeignete Beratungs- oder Hilfsangebote.

Die Beratungsperson soll der jeweiligen Pflegesituation entsprechende Empfehlungen zur Inanspruchnahme der in Satz 2 genannten Möglichkeiten oder zu deren Kombination aussprechen und diese Empfehlungen mit Einwilligung des Pflegebedürftigen in den Nachweis über einen Beratungsbesuch nach Absatz 4 aufnehmen. Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Pflegebedürftigen und die sie häuslich Pflegenden bei der Inanspruchnahme der in Satz 2 genannten Möglichkeiten zeitnah zu unterstützen.“

d) In Absatz 3b Nummer 3 wird die Angabe „Pflegefachkraft“ durch die Angabe „Pflegefachperson“ ersetzt.

e) Absatz 3c wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Vergütung für die Beratung nach Absatz 3 einschließlich damit verbundener betriebsnotwendiger Investitionsaufwendungen ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von dem zuständigen Beihilfeträger.“

bb) In Satz 2 wird jeweils die Angabe „Pflegefachkraft“ durch die Angabe „Pflegefachperson“ ersetzt.

f) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „Pflegefachkräfte“ durch die Angabe „Pflegefachpersonen“ ersetzt.

bb) Nach Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

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

g) Absatz 5a Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

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

23. § 38a wird gestrichen.

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

25. § 40 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „Pflegefachkraft“ durch die Angabe „Pflegefachperson“ ersetzt.

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

„Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 42 Euro nicht übersteigen.“

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

„Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 4 180 Euro je Maßnahme nicht übersteigen. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes einen Betrag in Höhe von 4 180 Euro je Pflegebedürftigem nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme nach Satz 3 ist auf 16 720 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

d) Absatz 6 wird durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:

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

e) In Absatz 7 Satz 1 und 2 wird jeweils die Angabe „Pflegefachkraft“ durch die Angabe „Pflegefachperson“ ersetzt.

26. § 40a wird wie folgt geändert:

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

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

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Der Anspruch umfasst nur digitale Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a Absatz 3 aufgenommen sind, und wird ab dem von den Vertragsparteien vereinbarten Zeitpunkt für die Geltung der Vergütungsvereinbarung wirksam.“

bb) Satz 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Innerhalb der Frist hat die Pflegekasse eine Prüfung vorzunehmen und eine unbefristete Bewilligung zu erteilen, wenn die Prüfung ergibt, dass die digitale Pflegeanwendung genutzt und die Zwecksetzung der Versorgung mit der digitalen Pflegeanwendung gemäß Absatz 1 oder 1a bezogen auf die konkrete Versorgungssituation erreicht wird.“

27. § 40b Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

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

1. die Erstattung von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen nach § 40a bis zur Höhe von insgesamt 40 Euro im Kalendermonat und
2. ergänzende Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegeeinrichtungen nach § 39a bis zur Höhe von insgesamt 30 Euro im Kalendermonat.“

28. § 41 Absatz 2 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Der Anspruch auf teilstationäre Pflege umfasst je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 einen Gesamtwert bis zu 721 Euro,

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 einen Gesamtwert bis zu 1 357 Euro,
3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 einen Gesamtwert bis zu 1 685 Euro,
4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 einen Gesamtwert bis zu 2 085 Euro.“

29. § 43 wird wie folgt geändert:

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

„Der Anspruch beträgt je Kalendermonat

1. 805 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
2. 1 319 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. 1 855 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. 2 096 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.“

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

„(3) Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie für die in Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe von 131 Euro monatlich.“

30. In § 43a Satz 2 wird die Angabe „266 Euro“ durch die Angabe „278 Euro“ ersetzt.

31. § 44a wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 Satz 6 wird der folgende Satz eingefügt:

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

b) In Absatz 3 Satz 3 wird nach der Angabe „Bescheinigung“ die Angabe „oder der Bescheinigung einer Pflegefachperson“ eingefügt.

32. Die Überschrift des Fünften Abschnitts des Vierten Kapitels wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„Fünfter Abschnitt

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

33. § 45b Absatz 1 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131 Euro monatlich.“

34. § 45c wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 3 und 4 werden gestrichen.

bb) In dem neuen Satz 3 wird nach der Angabe „gewährleisten“ die Angabe „; eine Förderung kann dabei auch zur Herstellung oder Verbesserung der Barrierefreiheit erfolgen“ eingefügt.

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

„(5) Im Rahmen der Förderung von Modellvorhaben nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sollen insbesondere modellhaft Möglichkeiten einer Weiterentwicklung und einer wirksamen Vernetzung der erforderlichen Hilfen für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige und andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf, in einzelnen

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Regionen erprobt werden. Das schließt auch Pflegebedürftige am Lebens-ende mit ein. Ebenso sollen insbesondere Möglichkeiten einer Versorgung von Pflegebedürftigen über Nacht weiterentwickelt und erprobt werden. Dabei können jeweils auch stationäre Versorgungsangebote berücksichtigt werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden. Für die Modellvorhaben sind eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung des Pflegebedürftigen erhoben, verarbeitet und genutzt werden."

c) In Absatz 7 Satz 1 wird die Angabe „Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen" durch die Angabe „Verbände der Menschen mit Behinderungen, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden" ersetzt.

d) Nach Absatz 8 Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:

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

e) Absatz 9 wird gestrichen.

35. § 45d wird durch die folgenden §§ 45d und 45e ersetzt:

„§ 45d

Förderung der Selbsthilfe in der Pflege, Verordnungsermächtigung

(1) Zum Auf- und Ausbau und zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zum Ziel gesetzt haben, werden je Kalenderjahr Fördermittel im Umfang von 0,21 Euro pro in der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung Versichertem zur Verfügung gestellt. Im Rahmen der Förderung der Selbsthilfe können auch digitale Anwendungen berücksichtigt werden, sofern diese den geltenden Anforderungen an den Datenschutz entsprechen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten; eine Förderung kann dabei auch zur Herstellung oder Verbesserung der Barrierefreiheit erfolgen.

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

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

(4) Von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Fördermitteln werden Mittel im Umfang von 0,05 Euro pro Versichertem zur Verfügung gestellt, um bundesweite Tätigkeiten und Strukturen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zu fördern sowie um Gründungszuschüsse für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zu gewähren, ohne dass es einer Mitfinanzierung durch ein Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf; die Gewährung insbesondere von Gründungszuschüssen im Rahmen einer Förderung nach Absatz 3 bleibt davon unberührt. Die Förderung nach Satz 1 ist von den Selbsthilfegruppen, -organisationen oder -kontaktstellen unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beantragen. Durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll eine Bewilligung der Fördermittel in der Regel jeweils für einen Zeitraum von fünf Jahren, mindestens aber für einen Zeitraum von drei Jahren erfolgen, es sei denn, dass sich aus dem Antrag oder den Besonderheiten des Einzelfalls ein kürzerer Förderzeitraum ergibt. Nach erneuter Antragstellung kann eine Förderung für bundesweite Tätigkeiten und Strukturen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen erneut bewilligt werden. Um eine sachgerechte Verteilung der Fördermittel zu gewährleisten, kann der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Kriterien zur Vergabe der Fördermittel beschließen. Im Rahmen der Entwicklung der Kriterien sind die in der Selbsthilfe tätigen Verbände der Menschen mit Behinderungen, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu beteiligen. Der Beschluss der Kriterien bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Einzelheiten zu den Voraussetzungen, Zielen, Inhalten und der Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel werden im Übrigen in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt.

(5) Für die Förderung der Selbsthilfe in der Pflege werden die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren entsprechend angewendet, das schließt eine entsprechende Anwendung von § 45c Absatz 2 Satz 3 und 4, Absatz 6 Satz 2 bis 9, Absatz 7 Satz 1 bis 4 und Absatz 8 ein. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der in entsprechender Anwendung des § 45c Absatz 7 beschlossenen Empfehlungen zur Förderung der Selbsthilfe in der Pflege zu bestimmen, soweit die Empfehlungen sich auf Inhalte einer Förderung im Rahmen des Absatzes 3 beziehen.

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

§ 45e

Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken

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

1. im Jahr 2026 bis zu 200 000 Euro,
2. im Jahr 2027 bis zu 300 000 Euro,
3. im Jahr 2028 bis zu 400 000 Euro und
4. in den Jahren 2029 bis 2031 bis zu höchstens 500 000 Euro jährlich.

(2) Die in Absatz 1 genannten Mittel können für die finanzielle Beteiligung von Pflegekassen an regionalen Netzwerken verwendet werden, die der strukturierten Zusammenarbeit von Akteuren dienen, die an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt sind und die sich im Rahmen einer freiwilligen Vereinbarung vernetzen. Die Förderung der strukturierten regionalen Zusammenarbeit erfolgt, indem sich die Pflegekassen einzeln oder gemeinsam im Wege einer Anteilsfinanzierung an den netzwerkbedingten Kosten beteiligen. Den Kreisen und kreisfreien Städten und den Bezirken der Stadtstaaten Berlin und Hamburg, den

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen im Sinne des § 45d sowie den organisierten Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen im Sinne des § 45c Absatz 4 ist in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet die Teilnahme an der geförderten strukturierten regionalen Zusammenarbeit zu ermöglichen. Für private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend.

(3) Gefördert werden können

1. je Kreis oder kreisfreier Stadt mit unter 500 000 Einwohnern bis zu zwei regionale Netzwerke,
2. je Kreis oder kreisfreier Stadt ab 500 000 Einwohnern bis zu vier regionale Netzwerke,
3. in den Stadtstaaten, die nur aus einer kreisfreien Stadt bestehen, pro Bezirk bis zu zwei regionale Netzwerke.

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

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

(5) Die in Absatz 1 Satz 4 genannten Mittel werden in den Jahren 2026 bis 2031 für die Finanzierung einer Geschäftsstelle zur Unterstützung von Netzwerkgründungen, der flächendeckenden Etablierung von Netzwerken, der qualitativen Weiterentwicklung regionaler Netzwerke sowie für eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Geschäftsstelle verwendet. Die Geschäftsstelle wird vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum … [einsetzen: Datum neun Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 14 Absatz 1] im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen seiner Zuständigkeit errichtet. Die Errichtung bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat zudem eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Geschäftsstelle nach allgemeinen wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Näheres über das Verfahren zur Durchführung und Abwicklung der Förderung und zur Auszahlung der Fördermittel regeln das Bundesamt für Soziale Sicherung, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. durch Vereinbarung.“

36. Der Sechste Abschnitt des Vierten Kapitels wird durch den folgenden Sechsten Abschnitt ersetzt:

„Sechster Abschnitt

Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen und in gemeinschaftlichen Wohnformen

§ 45f

Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 224 Euro monatlich, wenn

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

2. sie Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 45a oder § 45b beziehen, sofern es sich um Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 handelt,
3. eine Person durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen, und
4. keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen; der Anbieter einer ambulant betreuten Wohngruppe hat die Pflegebedürftigen vor deren Einzug in die Wohngruppe in geeigneter Weise darauf hinzuweisen, dass dieser Leistungsumfang von ihm oder einem Dritten nicht erbracht wird, sondern die Versorgung in der Wohngruppe auch durch die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfelds sichergestellt werden kann.

Leistungen der Tages- und Nachtpflege gemäß § 41 können neben den Leistungen nach dieser Vorschrift nur in Anspruch genommen werden, wenn gegenüber der zuständigen Pflegekasse durch eine Prüfung des Medizinischen Dienstes nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist; dies gilt entsprechend für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

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

1. eine formlose Bestätigung des Antragstellers, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erfüllt sind,
2. die Adresse und das Gründungsdatum der Wohngruppe,
3. den Mietvertrag einschließlich eines Grundrisses der Wohnung und den Pflegevertrag nach § 120,
4. Vorname, Name, Anschrift und Telefonnummer sowie Unterschrift der Person nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und
5. die vereinbarten Aufgaben der Person nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3.

§ 45g

Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

(1) Zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen wird Pflegebedürftigen, die in der neuen Wohngruppe Anspruch auf Leistungen nach § 45f haben und die an der gemeinsamen Gründung beteiligt sind, für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung zusätzlich zu dem Betrag nach § 40 Absatz 4 einmalig ein Betrag von bis zu 2 613 Euro gewährt. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10 452 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen des § 45f Absatz 1 Satz 1 zu stellen. Dabei kann die Umgestaltungsmaßnahme auch vor der Gründung und dem Einzug erfolgen. Die Sätze 1 bis 4 gelten für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung entsprechend.

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

§ 45h

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

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

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

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

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

37. Nach § 47a wird der folgende § 47b eingefügt:

„§ 47b

Aufgabenerledigung durch Dritte

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

38. In § 53b Satz 2 wird die Angabe „Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene“ ersetzt.

39. § 55 wird wie folgt geändert:

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

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

b) Die Absätze 3b bis 3d werden gestrichen.

40. § 69 wird durch den folgenden § 69 ersetzt:

„§ 69

Sicherstellungsauftrag

(1) Die Pflegekassen haben im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (Sicherstellungsauftrag). Sie schließen hierzu Versorgungsverträge sowie Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen (§ 71) und sonstigen Leistungserbringern. Dabei sind die Vielfalt, die Unabhängigkeit und Selbständigkeit sowie das Selbstverständnis der Träger von Pflegeeinrichtungen in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben zu achten.

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

41. § 71 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 und 2 Nummer 1 wird jeweils die Angabe „Pflegefachkraft“ durch die Angabe „Pflegefachperson“ ersetzt.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird durch den folgenden Satz 1 ersetzt:

„Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachperson im Sinne der Absätze 1 und 2 ist neben dem Abschluss einer Ausbildung als

1. Pflegefachfrau, Pflegefachmann oder Pflegefachperson,
2. Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger,
3. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
4. Altenpflegerin oder Altenpfleger

eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre erforderlich.“

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

42. § 72 wird wie folgt geändert:

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

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

b) In Absatz 3b Satz 6 wird die Angabe „innerhalb von zwei Monaten“ durch die Angabe „innerhalb von drei Monaten“ ersetzt.

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

„(3e) Pflegeeinrichtungen, die im Sinne von Absatz 3a an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, haben dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen bis zum Ablauf des 31. Juli jeden Jahres Folgendes mitzuteilen:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

Der Mitteilung ist die jeweils am 1. Juli des Jahres geltende durchgeschriebene Fassung des mitgeteilten Tarifvertrags oder der mitgeteilten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen beizufügen. Tritt nach der Mitteilung nach Satz 1 eine Änderung im Hinblick auf die Wirksamkeit oder den Inhalt des mitgeteilten Tarifvertrags oder der mitgeteilten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ein, haben die in Satz 1 genannten Pflegeeinrichtungen dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen diese Änderung unverzüglich mitzuteilen und dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen unverzüglich die aktuelle, durchgeschriebene Fassung des geänderten Tarifvertrags oder der geänderten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zu übermitteln.“

d) Absatz 3f wird durch den folgenden Absatz 3f ersetzt:

„(3f) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales bis zum 31. Dezember 2025 die Wirkungen der Regelungen der Absätze 3a und 3b und des § 82c. Im Rahmen der Evaluation ist bis spätestens 30. Juni 2026 auch zu prüfen, inwiefern das Verfahren und die Methode zur Ermittlung der regional üblichen Entlohnungsniveaus vereinfacht werden können.“

43. Nach § 73 wird der folgende § 73a eingefügt:

„§ 73a

Beeinträchtigungen bei Versorgungsverträgen

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

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

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales erstmals zum Stichtag 1. März 2026 und danach halbjährlich über die Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge sowie der Pflegeplätze in den einzelnen stationären Versorgungsbereichen. Der Bericht ist nach Bundesländern zu differenzieren und spätestens sechs Wochen nach dem Stichtag vorzulegen. Er ist anschließend vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu veröffentlichen. Der Bericht enthält neben den Angaben nach den Sätzen 1 und 2 auch Bewertungen zur Versorgungssituation in den einzelnen Ländern.“

44. In § 74 Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 wird die Angabe „Pflegefachkraft“ durch die Angabe „Pflegefachperson“ ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

45. § 75 wird wie folgt geändert:

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

    „(1a) Bei Verhandlungen haben die Vereinbarungspartner des Absatzes 1 zu prüfen, inwieweit Anforderungen effizient ausgestaltet werden können.“

    b) In Absatz 6 Satz 2 wird die Angabe „Verbänden der Pflegeberufe“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene“ ersetzt.

46. In § 78 Absatz 2 Satz 8 wird die Angabe „Verbände der Pflegeberufe und der“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene und die Verbände der“ ersetzt.

47. § 78a wird wie folgt geändert:

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

    „Die Vereinbarungen gelten ab dem darin vereinbarten Zeitpunkt.“

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

    „Der Hersteller hat dem Antrag Nachweise darüber beizufügen, dass die digitale Pflegeanwendung

    1. die in der Rechtsverordnung nach Absatz 6 Nummer 2 geregelten Anforderungen an die Sicherheit, Funktionstauglichkeit und Qualität erfüllt,
    2. die Anforderungen an den Datenschutz erfüllt und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet und
    3. im Sinne der Rechtsverordnung nach Absatz 6 Nummer 2 einen pflegerischen Nutzen im Sinne des § 40a Absatz 1 oder 1a aufweist.“

    c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

    aa) Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

    „Liegen nach Ablauf der Frist keine vollständigen Antragsunterlagen vor und hat der Hersteller keine Erprobung nach Absatz 6a beantragt, ist der Antrag abzulehnen.“

    bb) Satz 6 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

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

    d) Absatz 6 wird durch die folgenden Absätze 6 und 6a ersetzt:

    „(6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu regeln zu

    1. den Inhalten des Verzeichnisses, dessen Veröffentlichung, der Interoperabilität des elektronischen Verzeichnisses mit elektronischen Transparenzportalen Dritter und der Nutzung der Inhalte des Verzeichnisses durch Dritte,
    2. den Anforderungen an die Sicherheit, Funktionstauglichkeit und Qualität, einschließlich der Anforderungen an die Interoperabilität, den Datenschutz und die Datensicherheit, sowie das Nähere zu dem pflegerischen Nutzen im Sinne des § 40a Absatz 1 oder 1a,
    3. den anzeigepflichtigen Veränderungen der digitalen Pflegeanwendung einschließlich deren Dokumentation,
    4. den Einzelheiten des Antrags- und Anzeigeverfahrens sowie des Formularwesens beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte,

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

5. dem Schiedsverfahren nach Absatz 1 Satz 3, insbesondere der Bestellung der Mitglieder der Schiedsstelle nach Absatz 1 Satz 3, der Erstattung der baren Auslagen und der Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle nach Absatz 1 Satz 3, dem Verfahren, dem Teilnahmerecht des Bundesministeriums für Gesundheit und der Vertreter der Organisationen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Pflegebedürftigen maßgeblich sind, an den Sitzungen der Schiedsstelle nach Absatz 1 Satz 3 sowie der Verteilung der Kosten,
6. den Gebühren und Gebührensätzen für die von den Herstellern zu tragenden Kosten und Auslagen,
7. den nach Absatz 6a Satz 2 zur Erprobung beizufügenden Unterlagen.

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

1. Nachweise nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 1 und 2,
2. eine plausible Begründung für den pflegerischen Nutzen und
3. ein von einer herstellerunabhängigen Institution erstelltes wissenschaftliches Evaluationskonzept zum Nachweis des pflegerischen Nutzens.

Über die Aufnahme der digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis nach Absatz 3 zur Erprobung entscheidet das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte durch Bescheid. Die Erprobung und ihre Dauer sind im Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen kenntlich zu machen. Der Hersteller hat dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte spätestens nach Ablauf des Erprobungszeitraums den Nachweis des pflegerischen Nutzens der erprobten digitalen Pflegeanwendung vorzulegen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet über die endgültige Aufnahme der erprobten digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Nachweise durch Bescheid. Ist der pflegerische Nutzen nicht hinreichend belegt, besteht aber aufgrund der vorgelegten Erprobungsergebnisse eine überwiegende Wahrscheinlichkeit einer späteren Nachweisführung, so kann das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte den Zeitraum der vorläufigen Aufnahme in das Verzeichnis zur Erprobung um bis zu zwölf Monate verlängern. Lehnt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eine Aufnahme in das Verzeichnis endgültig ab, so hat es die zur Erprobung vorläufig aufgenommene digitale Pflegeanwendung aus dem Verzeichnis zu streichen. Eine erneute Antragstellung nach Absatz 4 ist frühestens zwölf Monate nach dem ablehnenden Bescheid des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und auch nur dann zulässig, wenn neue Nachweise vorgelegt werden. Eine wiederholte vorläufige Aufnahme in das Verzeichnis zur Erprobung ist nicht zulässig. Soweit in diesem Absatz nichts anderes bestimmt ist, gelten die Absätze 1 bis 6 und 7 bis 9 entsprechend.“

48. § 82c wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „31. Oktober“ durch die Angabe „30. September“ ersetzt.

b) Nach Absatz 6 Satz 9 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die Geschäftsstelle hat dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 28. Februar 2026 zu berichten, unter welchen technischen Voraussetzungen Pflegeeinrichtungen, die im Sinne von § 72 Absatz 3a an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, die verpflichtenden Meldungen nach § 72 Absatz 3e Satz 1 auch aus den ihnen verfügbaren Daten ihrer Lohnbuchhaltung elektronisch übermitteln könnten.“

49. § 84 Absatz 2 Satz 7 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

50. In § 85 Absatz 5 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende die Angabe „; der Antrag kann auch gemeinsam von den Vertragsparteien vor Ablauf der sechs Wochen gestellt werden“ eingefügt.

51. Nach § 86 wird der folgende § 86a eingefügt:

„§ 86a

Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen

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

(2) Die der Pflegesatzvereinbarung nach § 85 zugrunde gelegten maßgeblichen Annahmen und Werte sind derart zu hinterlegen oder auszuweisen, dass diese bei künftigen Anpassungen, auch in vereinfachten Anpassungsverfahren, für die Parteien leicht zugänglich sind. Die Pflegesatzkommissionen oder vergleichbare Gremien im Land sowie die Vertragsparteien nach § 85 Absatz 2 können entsprechende Empfehlungen für vereinfachte Anpassungsverfahren für die Pflegevergütung beschließen.

(3) Zur Unterstützung effizienter und bürokratiearmer Verfahren mit dem Ziel des Abschlusses weitsichtiger Pflegesatz- und Vergütungsvereinbarungen sind auf Bundesebene Empfehlungen nach dem Verfahren gemäß § 75 Absatz 6 bis zum … [einsetzen: Datum neun Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 14 Absatz 1] abzugeben. Die Empfehlungen betreffen insbesondere

1. die Anforderungen an geeignete Nachweise nach § 85 Absatz 3 zur Darlegung der voraussichtlichen Personal- und Sachaufwendungen einschließlich entsprechender Formulare zur Aufbereitung der Daten,
2. geeignete Formen zur Hinterlegung oder zum Ausweis der der Pflegesatz- oder Vergütungsvereinbarung zugrunde gelegten Personal- und Sachaufwendungen und Ausgangswerte, die bei Anschlussvereinbarungen einer Anpassung leicht zugänglich sind,
3. Methoden für vereinfachte Anpassungsverfahren bezogen auf Einzel- und Gruppenverfahren einschließlich geeigneter Parameter und Orientierungswerte bei der Vereinbarung von Pauschalen und
4. Handreichungen zum Umgang mit aktuellen Herausforderungen bei den Vereinbarungsverfahren.

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

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

(5) Die Empfehlungen nach Absatz 3 können, bevor sie insgesamt geeint sind, auch in Teilen abgegeben werden; hinsichtlich der Anwendung gilt bis zur Gesamteinigung Absatz 3 Satz 4 entsprechend. Die

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Empfehlungen sind von den Beteiligten anlassbezogen und in regelmäßigen Abständen auf Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf zu überprüfen.“

52. § 87a Absatz 4 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 erbringen, erhalten 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 oder festgestellt wurde, dass er nicht mehr pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 ist.“

53. In § 89 Absatz 3 Satz 4 wird die Angabe „§ 85 Absatz 3 bis 7 und § 86“ durch die Angabe „§ 85 Absatz 3 bis 7, §§ 86 und 86a“ ersetzt.

54. Die Überschrift des Fünften Abschnitts des Achten Kapitels wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„Fünfter Abschnitt

Integrierte Versorgung und Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen“.

55. Der Sechste Abschnitt des Achten Kapitels wird durch den folgenden § 92c ersetzt:

„§ 92c

Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen

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

1. ein Basispaket mit körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung gemäß § 36, deren Organisation eigens von der ambulanten Pflegeeinrichtung zur gemeinsamen und individuellen Leistungsinanspruchnahme der Pflegebedürftigen übernommen und deren Erbringung insgesamt sichergestellt wird,
2. eine über das Basispaket in Nummer 1 nach Art und Inhalt hinausgehende Versorgung der Pflegebedürftigen mit körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung gemäß § 36, die über die ambulante Pflegeeinrichtung gewährleistet wird; diese Leistungen können auf Wunsch des Pflegebedürftigen auch Angehörige, Pflegepersonen und ehrenamtlich Tätige oder Dritte erbringen,
3. eine Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 des Fünften Buches als Teil des in Nummer 1 genannten Basispakets sowie eine nach Art und Inhalt über das Basispaket hinausgehende Versorgung mit diesen Leistungen,
4. die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der ambulanten Pflegeeinrichtung zur Erbringung der Leistungen nach den Nummern 1 bis 3,
5. Maßnahmen zur Qualitätssicherung einschließlich eines Qualitätsmanagements sowie die Verpflichtung zur Mitwirkung an Maßnahmen nach den §§ 114 und 114a und
6. die Vergütung und Abrechnung der Leistungen nach den Nummern 1 bis 3 unter Einbezug der bestehenden Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen; hinsichtlich der in den Nummern 1 und 3 genannten Basispakete ist § 87a Absatz 1 entsprechend anzuwenden.

Bei der Vereinbarung einer Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach Satz 2 Nummer 3, die über das Basispaket hinausgehen, sind die Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 des Fünften Buches zugrunde zu legen; § 132a Absatz 4 Satz 1 bis 10 und 16 bis 18 des Fünften Buches gilt entsprechend.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

1. mehr als zwei pflegebedürftige Personen zur gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung zusammenleben und die räumliche Gestaltung einer selbstbestimmten Versorgung entspricht und
2. eine qualitätsgesicherte pflegerische Versorgung für die Pflegebedürftigen auf Grundlage eines entsprechenden Versorgungskonzeptes sowie ein aufgaben- und kompetenzorientierter Personaleinsatz sichergestellt ist.

Mit Vertragsabschluss obliegt der ambulanten Pflegeeinrichtung nach Absatz 1 Satz 1 die Verantwortung für die Qualität der Leistungen nach Absatz 1 Satz 2 in der gemeinschaftlichen Wohnform, die von ihr selbst oder im Rahmen einer Kooperation von einem Pflegedienst im Sinne des § 71 Absatz 1 oder von einem Betreuungsdienst im Sinne des § 71 Absatz 1a erbracht werden. Betreuungsdienste im Sinne des § 71 Absatz 1a können keine Verträge nach Absatz 1 Satz 1 schließen.

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

(4) Bis zum … [einsetzen: Datum des Inkrafttretens gemäß Artikel 14 Absatz 1] geschlossene Verträge auf Basis der Modelle zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach diesem Buch können auf Verlangen des Einrichtungsträgers bis zum Vorliegen der Empfehlungen nach Absatz 5 sowie der Ergebnisse der Modellerprobung gemäß § 125d verlängert werden und sind nach deren Vorliegen innerhalb von zwölf Monaten anzupassen.

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene beschließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe spätestens bis zum … [einsetzen: Datum neun Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 14 Absatz 1] Empfehlungen zu den Vertragsinhalten und Vertragsvoraussetzungen nach den Absätzen 1 und 2; die Erfahrungen auf Basis der bereits durchgeführten Modelle zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach diesem Buch sowie die Vorgaben des Elften Kapitels zur Qualitätssicherung gemeinschaftlicher Wohnformen im Sinne des Absatzes 1 sind ebenso zu beachten wie jeweils vorliegende Erkenntnisse aus den Modellen nach § 8 Absatz 3a und 3b. Die Empfehlungen beinhalten auch Aussagen

1. über die erforderliche Anwesenheit und Erreichbarkeit von Personal in den gemeinschaftlichen Wohnformen und
2. darüber, welche Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 des Fünften Buches von dem in Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 genannten Basispaket umfasst sein können.

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

(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales zum … [einsetzen: Datum vier Jahre nach Inkrafttreten gemäß Artikel 14 Absatz 1] einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht über den Stand der abgeschlossenen Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen nach Absatz 1

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

vor. Der Schwerpunkt des Berichts liegt insbesondere auf der Zahl, dem Standort, der Trägerschaft, der Personalstruktur und -ausstattung, der Vergütung, den Leistungsausgaben und der Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen sowie auf der Qualität der Versorgung im Vergleich zur Versorgung in sonstiger ambulanter und in vollstationärer Pflege. Bei der Evaluation ist auch die Einbeziehung Angehöriger, sonstiger Pflegepersonen und ehrenamtlich Tätiger in die Versorgung zu berücksichtigen.“

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

57. In § 106a Satz 1 wird die Angabe „Pflegefachkräfte“ durch die Angabe „Pflegefachpersonen“ ersetzt.

58. § 109 wird wie folgt geändert:

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

    b) Nach Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:

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

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

60. In § 112a Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene“ ersetzt.

61. § 113 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach Maßgabe von § 118 sowie unabhängiger Sachverständiger Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung in der ambulanten, teilstationären, vollstationären und Kurzzeitpflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist und flexible Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen umfasst. Die Vereinbarungen nach Satz 1 müssen auf der Grundlage der Empfehlungen nach § 92c Absatz 5 innerhalb von sechs Monaten nach deren Vorliegen um Regelungen für die gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c ergänzt werden. In den Vereinbarungen sind insbesondere auch die Voraussetzungen für eine fachgerechte Pflegeprozessverantwortung sowie Anforderungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation zu regeln. Die Anforderungen an die Pflegedokumentation sind so zu gestalten, dass sie in der Regel vollständig in elektronischer Form erfolgen kann. Die Anforderungen dürfen über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen und sollen den Aufwand für die Pflegedokumentation in ein angemessenes Verhältnis zu den Aufgaben der pflegerischen Versorgung setzen. In den Vereinbarungen ist zu regeln, welche Fort- und Weiterbildungen ganz oder teilweise in digitaler Form durchgeführt werden können; geeignete Schulungen und Qualifikationsmaßnahmen sind durch die Pflegekassen anzuerkennen. Darüber hinaus ist in den Vereinbarungen zu regeln, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten, die Betreuungsmaßnahmen erbringen, entsprechend den Richtlinien nach § 112a zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste qualifiziert sein müssen. Die Vereinbarungen sind in regelmäßigen Abständen an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Soweit sich in den Pflegeeinrichtungen zeitliche Einsparungen ergeben, die Ergebnis der Weiterentwicklung der Pflegedokumentation auf Grundlage des pflegefachlichen Fortschritts durch neue, den Anforderungen nach Satz 5 entsprechende Pflegedokumentationsmodelle sind, führen diese nicht zu einer Absenkung der Pflegevergütung, sondern wirken der Arbeitsverdichtung entgegen. Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen und gelten

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

vom ersten Tag des auf die Veröffentlichung folgenden Monats. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich."

62. § 113b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 5 und 6 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

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

b) Nach Absatz 3 Satz 8 werden die folgenden Sätze eingefügt:

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

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 Nummer 6 wird durch die folgende Nummer 6 ersetzt:

„6. bis zum … [einsetzen: Datum zwei Jahre nach Inkrafttreten gemäß Artikel 14 Absatz 1] spezifische Regelungen für die Prüfung der Qualität der Leistungen von ambulanten Pflegediensten und ihren Kooperationspartnern in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c und für die Qualitätsberichterstattung zu entwickeln und einen Abschlussbericht vorzulegen; dabei ist auch zu prüfen, ob ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in gemeinschaftlichen Wohnformen anwendbar ist; sofern dies der Fall ist, sind diesbezügliche Vorschläge zur Umsetzung vorzulegen."

bb) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Das Bundesministerium für Gesundheit, das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und der unparteiische Vorsitzende nach Absatz 3 Satz 1 können den Vertragsparteien nach § 113 weitere Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung vorschlagen. Die Ablehnung eines Vorschlags muss in einer schriftlichen Stellungnahme begründet werden. Diese ist auf der Internetseite des Qualitätsausschusses zu veröffentlichen."

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

e) In Absatz 7 Satz 1 wird die Angabe „Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene" durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene" ersetzt.

63. § 113c wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 wird durch die folgenden Nummern 2 und 3 ersetzt:

„2. für die Zwecke des Modellvorhabens nach § 8 Absatz 3b beschäftigt wurde oder

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

b) Die Absätze 3 und 4 werden durch die folgenden Absätze 3 und 4 ersetzt:

„(3) Sofern ab dem 1. Juli 2023 eine personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart wird, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung im Sinne von Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 hinausgeht,

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

1. soll die Pflegeeinrichtung geeignete Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die einen personzentrierten und kompetenzorientierten Personaleinsatz im Sinne der Ziele dieser Vorschrift gewährleisten; diese sollen sich an den fachlichen Zielen und der Konzeption der Maßnahmen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, orientieren,
2. kann die Pflegeeinrichtung bis zum 31. Dezember 2026 für die Stellenanteile der personellen Ausstattung nach Absatz 1 Nummer 2, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgehen, auch Personal vorhalten, das über eine mindestens einjährige medizinische, soziale, hauswirtschaftliche, kaufmännische oder betriebswirtschaftliche Qualifikation verfügt und entsprechend der Qualifikation administrative oder pflegerische Aufgaben zur Entlastung des Fachkraftpersonals nach Absatz 1 Nummer 3 übernimmt, und
3. kann die Pflegeeinrichtung für die Stellenanteile der personellen Ausstattung, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgehen, auch Pflegehilfskraftpersonal vorhalten,
   a) das eine der folgenden Ausbildungen berufsbegleitend durchläuft:
      aa) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 eine Ausbildung, die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderung beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BAnz AT 17.02.2016 B3) erfüllt, oder
      bb) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 3 eine Ausbildung nach Teil 2, Teil 3 oder Teil 5 des Pflegeberufegesetzes oder einen Anpassungslehrgang nach § 40 Absatz 3 oder § 41 Absatz 2, 3, 4 oder 5 des Pflegeberufegesetzes oder
   b) das für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 berücksichtigt werden kann, wenn das Bestehen einer berufsqualifizierenden Prüfung aufgrund von berufspraktischen Erfahrungen in der Pflege, sonstigen Qualifizierungsmaßnahmen oder beidem nach landesrechtlichen Regelungen auf die Dauer der in Absatz 1 Nummer 2 genannten Ausbildungen angerechnet werden kann.

Finanziert werden kann auch die Differenz zwischen dem Gehalt der Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung, sofern die Pflegehilfskraft mindestens ein Jahr beruflich tätig war. Finanziert werden können zudem Ausbildungsaufwendungen, soweit diese Aufwendungen nicht von anderer Stelle finanziert werden. Die Stellenanteile, die bis zum 31. Dezember 2026 mit Personal nach Satz 1 Nummer 2 besetzt wurden, können ab dem 1. Januar 2027 zusätzlich zu den verhandelten Stellenanteilen nach Absatz 1 Nummer 2 vereinbart werden. Der Durchführung einer Ausbildung nach Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa steht es gleich, wenn die Pflegeeinrichtung nachweist, dass die Ausbildung schnellstmöglich, spätestens jedoch bis zum 30. Dezember 2028, begonnen wird und das Pflegehilfskraftpersonal bei Abschluss der Vereinbarung mindestens fünf Jahre mit im Jahresdurchschnitt mindestens hälftiger Vollzeitbeschäftigung in der Pflege tätig war.

(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene geben unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe gemeinsame Empfehlungen zu den Inhalten der Verträge nach Absatz 5 ab. Die gemeinsamen Empfehlungen nach Satz 1 umfassen auch Empfehlungen zu den Aufgabenbereichen für Personal nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3; wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c erarbeitet wurden, sind dabei zu berücksichtigen. Die Parteien nach Satz 1 arbeiten im Rahmen der gemeinsamen Empfehlungen mit den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen eng zusammen. Kommen die gemeinsamen Empfehlungen nach Satz 1 nicht zustande, wird auf Antrag einer Partei nach Satz 1 ein Schiedsgremium aus drei unparteiischen und unabhängigen Schiedspersonen

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

gebildet. Der unparteiische Vorsitzende des Schiedsgremiums und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie werden vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene benannt. Kommt eine Einigung über ihre Benennung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Das Schiedsgremium setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder spätestens bis zum Ablauf von zwei Monaten nach seiner Bestellung die gemeinsamen Empfehlungen fest. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen zu gleichen Teilen."

c) Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 wird durch die folgende Nummer 3 ersetzt:

„3. die erforderlichen Qualifikationen für das Pflege- und Betreuungspersonal, das von der Pflegeeinrichtung für die personelle Ausstattung nach Absatz 1 oder Absatz 2 vorzuhalten ist; bei der personellen Ausstattung mit Fachkräften sollen neben Pflegefachpersonen auch andere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich vorgehalten werden können, dazu gehören insbesondere staatlich anerkannte Hauswirtschafter, Ergotherapeuten, Logopäden, medizinische Fachangestellte und Physiotherapeuten sowie konzeptabhängig Heilerziehungspfleger, deren Qualifikationsprofil die Voraussetzungen des Beschlusses der Kultusministerkonferenz vom 16. Dezember 2021 „Kompetenzorientiertes Qualifikationsprofil für die Ausbildung von Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspflegern an Fachschulen" in der Fassung, die auf der Internetseite der Kultusministerkonferenz veröffentlicht ist, erfüllen; die erforderlichen Qualifikationen für das vorzuhaltende Personal nach Absatz 1 Nummer 1 oder 2 werden auch eingehalten, wenn hierfür das Personal mit einer jeweils höheren Qualifikation vorgehalten wird; im Fall des § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1 bis 3 wird die Eingruppierung und im Fall des § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 4 die Zuordnung zu einer Qualifikationsgruppe jeweils durch den konkreten Einsatz bestimmt."

64. Nach § 113c wird der folgende § 113d eingefügt:

„§ 113d

Geschäftsstelle zur Begleitung und Unterstützung der fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen

Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene beauftragen gemeinsam mit den Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 Satz 1 bis zum 31. Dezember 2026 eine unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle mit der Begleitung und Unterstützung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung von Pflegeeinrichtungen. Die beauftragte Geschäftsstelle soll insbesondere die folgenden Zielgruppen und Maßnahmen unterstützen:

1. Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der fachgerechten Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung,
2. Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von Pflegedokumentationskonzepten, die den Anforderungen des § 113 Absatz 1 Satz 3 bis 5 entsprechen,
3. Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von personzentrierten und kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen, für vollstationäre Pflegeeinrichtungen auch nach § 113c Absatz 3 Satz 1 Nummer 1,
4. Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage der wissenschaftlichen Expertisen nach § 8 Absatz 3c sowie bei der Entwicklung und Umsetzung von Führungs- und Delegationskonzepten und
5. Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung eines ganzheitlichen, personzentrierten Pflegeverständnisses, das die Stärkung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt stellt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die Unterstützung nach Satz 2 soll insbesondere erfolgen durch

1. die Entwicklung und Durchführung von Schulungsmaßnahmen zu den Maßnahmen nach Satz 2, insbesondere für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, um entsprechende Schulungsmaßnahmen bundesweit in geeigneter regionaler Dichte und Häufigkeit anbieten zu können, sowie
2. die Entwicklung und Bewertung fachlicher Informationen, von Assessmentinstrumenten und Konzepten zur Nutzung durch Pflegefachpersonen und Leitungskräfte in der Pflege zu den Maßnahmen nach Satz 2 und die öffentliche Bereitstellung dieser Informationen, Assessmentinstrumente und Konzepte im Internet.

Der Medizinische Dienst Bund und die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach Maßgabe von § 118 sowie weitere relevante Fachorganisationen sind bei der Entwicklung der Maßnahmen nach Satz 2 zu beteiligen. Näheres zur Zusammensetzung und Arbeitsweise der Geschäftsstelle, insbesondere zur Auswahl und Qualifikation der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, regeln die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene und die Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 Satz 1 in einer Geschäftsordnung. Die Geschäftsstelle ist bis zum 31. Dezember 2031 befristet. Die Geschäftsstelle wird aus den Mitteln des Ausgleichsfonds finanziert.“

65. § 114 wird wie folgt geändert:

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

„(1a) Die Prüfaufträge nach Absatz 1 werden ab dem 1. Januar 2028 digital erteilt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen errichtet im Einvernehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Planung, zur Auftragsvergabe und zur Durchführung von Qualitätsprüfungen bis zum 31. Oktober 2027 eine Daten- und Kommunikationsplattform; durch die Landesverbände der Pflegekassen eingesetzte digitale Formate zur Übermittlung der Prüfaufträge und der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen nach § 115 Absatz 1 sind dabei zu berücksichtigen. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit 10 Prozent an den Kosten für den Aufbau und den Betrieb der Daten- und Kommunikationsplattform. Die Plattform enthält aktuelle einrichtungsbezogene Daten und Informationen, insbesondere zu Anzahl und Art der durchgeführten Prüfungen sowie für den vollstationären Bereich zu unangemeldeten Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3 und zu Verlängerungen des Prüfrhythmus nach § 114c. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erstellt auf Grundlage der Daten- und Kommunikationsplattform statistische Datenauswertungen

1. zur Anzahl der erteilten Prüfaufträge und durchgeführten Qualitätsprüfungen in vollstationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie in gemeinschaftlichen Wohnformen,
2. zur Prüfquote des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und
3. zur Anzahl der Verlängerungen des Prüfrhythmus nach § 114c und der unangemeldeten Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 7 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Regelprüfung bezieht sich auf die Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege, der Betreuung einschließlich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung im Sinne des § 43b, der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87), der Zusatzleistungen (§ 88) und der Leistungen des Basispaketes bei gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung (§ 92c).“

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

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

„(2a) Der Medizinische Dienst Bund beschließt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. sowie im

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Juni 2026 das Nähere zur Durchführbarkeit von Prüfungen, insbesondere, unter welchen Voraussetzungen Prüfaufträge angesichts längerfristiger Krisensituationen von nationaler oder regionaler Tragweite angemessen sind und ob und welche spezifischen Vorgaben, insbesondere zum Schutz der pflegebedürftigen Personen und der Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtungen und der Prüfdienste, zu beachten sind. Dabei sind insbesondere aktuelle wissenschaftliche und krisenrelevante Erkenntnisse zu berücksichtigen. Der Beschluss nach Satz 1 ist entsprechend der Entwicklung einer jeweiligen Krisensituation von nationaler oder regionaler Tragweite vom Medizinischen Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich zu aktualisieren. Er ist für die Landesverbände der Pflegekassen, die Medizinischen Dienste und den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich. Wenn Krisensituationen von nationaler oder regionaler Tragweite der Durchführung von Qualitätsprüfungen entgegenstehen, kann auf Grundlage des Beschlusses nach Satz 1 von den zeitlichen Vorgaben für den Abstand von Qualitätsprüfungen nach Absatz 2 Satz 1 und § 114c Absatz 1 Satz 1 abgewichen und der Abstand um höchstens ein Jahr verlängert werden.“

66. § 114a wird wie folgt geändert:

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

„Die Prüfungen sind grundsätzlich zwei Arbeitstage zuvor anzukündigen; Anlassprüfungen sollen unangemeldet erfolgen.“

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

„Bei der Prüfung von ambulanten Pflegediensten sind der Medizinische Dienst, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen berechtigt, die Qualität der Leistungen des Pflegedienstes mit Einwilligung der von dem Pflegedienst versorgten Person auch in deren Wohnung zu überprüfen; bei ambulanten Pflegediensten mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c sind diese berechtigt, die Qualität der Leistungen des Pflegedienstes sowohl in den Gemeinschaftsräumen als auch in den Wohnräumen der versorgten Personen zu überprüfen. Soweit Räume im Sinne des Satzes 1 und des Satzes 2 Halbsatz 2 einem Wohnrecht unterliegen, dürfen sie ohne Einwilligung der darin Wohnenden nur betreten werden, soweit dies zur Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist; das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt. Prüfungen und Besichtigungen zur Nachtzeit sind nur zulässig, wenn und soweit das Ziel der Qualitätssicherung zu anderen Tageszeiten nicht erreicht werden kann.“

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

„An die Pflegedokumentation dürfen nur die in den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 Absatz 1 Satz 2 festgelegten Anforderungen gestellt werden.“

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

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Krankenversicherung e.V. auf, den Finanzierungsanteil binnen vier Wochen an den Ausgleichsfonds (§ 65) zu zahlen."

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

„(7) Der Medizinische Dienst Bund beschließt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zur verfahrensrechtlichen Konkretisierung Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 sowohl für den ambulanten und den stationären Bereich als auch für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c. In den Richtlinien sind die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 zu berücksichtigen. Die Richtlinien für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c sind auf der Grundlage der Empfehlungen nach § 92c Absatz 5 innerhalb von sechs Monaten nach der Ergänzung der Vereinbarungen gemäß § 113 Absatz 1 Satz 2 zu beschließen. Sie treten jeweils gleichzeitig mit der entsprechenden Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Absatz 1a in Kraft. Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Der Medizinische Dienst Bund hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Richtlinien sind in regelmäßigen Abständen an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Dabei ist auch zu prüfen, inwieweit über ein fachlich vertretbares und wirtschaftliches Maß hinausgehende Anforderungen reduziert und Doppelprüfungen vermieden werden können. Sie sind durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Richtlinien über die Durchführung der Qualitätsprüfung sind für die Medizinischen Dienste und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich."

67. § 114c wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„§ 114c

Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht".

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

„(1) Abweichend von § 114 Absatz 2 soll eine Prüfung in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung ab dem 1. Januar 2023 und in einer zugelassenen teilstationären oder ambulanten Pflegeeinrichtung ab dem 1. Januar 2027 regelmäßig im Abstand von höchstens zwei Jahren stattfinden, wenn durch die jeweilige Einrichtung ein hohes Qualitätsniveau erreicht worden ist. Die Landesverbände der Pflegekassen informieren die betroffenen Einrichtungen entsprechend den Maßgaben eines vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen festgelegten bundeseinheitlichen Informationsverfahrens über die Verlängerung des Prüfrhythmus. Der Medizinische Dienst Bund legt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und unter Beteiligung des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. in Richtlinien Kriterien zur Feststellung eines hohen Qualitätsniveaus sowie Kriterien für die Veranlassung unangemeldeter Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3 fest. Bei der Erstellung der Richtlinien sind für vollstationäre und teilstationäre Einrichtungen die Empfehlungen heranzuziehen, die in dem Abschlussbericht des wissenschaftlichen Verfahrens zur Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 bis 114b und die

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a in der stationären Pflege „Darstellung der Konzeption für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung“ in der vom Qualitätsausschuss Pflege am 17. September 2018 abgenommenen Fassung zum indikatorengestützten Verfahren dargelegt wurden. Dabei sind die Besonderheiten der teilstationären Pflege zu berücksichtigen. Die Feststellung, ob ein hohes Qualitätsniveau durch eine vollstationäre Einrichtung erreicht worden ist, soll von den Landesverbänden der Pflegekassen auf der Grundlage der durch die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b Satz 3 übermittelten Daten und der Ergebnisse der nach § 114 durchgeführten Qualitätsprüfungen erfolgen. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen sind hierbei für teilstationäre Pflegeeinrichtungen allein maßgeblich. Für ambulante Pflegeeinrichtungen sollen mit ihrem Wirksamwerden die Instrumente für die Prüfung der Qualität nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 sowie die Ergebnisse der nach § 114 durchgeführten Qualitätsprüfungen für die Feststellung sowie für die Erstellung der Richtlinien im Übrigen maßgeblich sein. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 an der Erstellung und Änderung der Richtlinien mit. Der Medizinische Dienst Bund hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Kriterien nach Satz 3 sind auf der Basis der empirischen Erkenntnisse der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b zur Messung und Bewertung der Qualität der Pflege in den Einrichtungen sowie des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse regelmäßig, erstmals nach zwei Jahren, zu überprüfen.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:

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

bb) Nach Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

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

68. § 115 wird wie folgt geändert:

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

„(1a) Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren insbesondere auf der Grundlage der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 Absatz 1 und der Richtlinien zur Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7, welche Ergebnisse bei der Darstellung der Qualität für den ambulanten und den stationären Bereich sowie für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c zugrunde zu legen sind und inwieweit die Ergebnisse durch weitere Informationen ergänzt werden. In den Vereinbarungen sind die Ergebnisse der nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1, 2, 3 und 6 vergebenen Aufträge zu berücksichtigen. Die Vereinbarungen umfassen auch die Form der Darstellung einschließlich einer Bewertungssystematik (Qualitätsdarstellungsvereinbarungen). Bei Anlassprüfungen nach § 114 Absatz 4 bilden die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. Ergebnisse von Wiederholungsprüfungen sind zeitnah zu berücksichtigen. Bei der Darstellung der

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Qualität ist die Art der Prüfung als Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung kenntlich zu machen. Das Datum der letzten Prüfung durch den Medizinischen Dienst oder durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik sowie eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse sind an gut sichtbarer Stelle in jeder Pflegeeinrichtung und jeder gemeinschaftlichen Wohnform mit einem Vertrag zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c auszuhängen. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c sind von den Vertragsparteien unverzüglich nach Inkrafttreten der Richtlinien zu Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 114a Absatz 7 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene zu schließen. Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen sind an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Bestehende Vereinbarungen gelten bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort; dies gilt entsprechend auch für die bestehenden Vereinbarungen über die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik (Pflege-Transparenzvereinbarungen).“

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „Pflege“ die Angabe „oder in der Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c“ eingefügt.

bb) In Satz 2 wird nach der Angabe „Pflege“ die Angabe „oder die Versorgung in einer gemeinschaftlichen Wohnform mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c“ eingefügt.

c) In Absatz 6 Satz 1 wird nach der Angabe „stationären Pflegeeinrichtung“ die Angabe „oder einer anderen gemeinschaftlichen Wohnform mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c“ eingefügt.

69. § 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:

„2. Terminabsprachen für eine gemeinsame oder arbeitsteilige Überprüfung von Pflegeeinrichtungen einschließlich der vollständigen Übernahme der Überprüfung nach heimrechtlichen Vorschriften durch den Medizinischen Dienst im Auftrag der Heimaufsichtsbehörden und nach Maßgabe von dazu zwischen diesen getroffenen Vereinbarungen über Verfahrensweise und Kostentragung sowie“.

70. § 118 Absatz 1 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Bei Erarbeitung oder Änderung

1. der in § 17 Absatz 1 und 1c, § 112a Absatz 2, § 114a Absatz 7, § 114c Absatz 1 und § 115a Absatz 3 bis 5 vorgesehenen Richtlinien,

2. der Vereinbarungen und Beschlüsse nach § 37 Absatz 5 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung, den §§ 113, 115 Absatz 1a sowie § 115a Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 durch den Qualitätsausschuss nach § 113b sowie der Vereinbarungen und Beschlüsse nach § 113c und der Vereinbarungen nach § 115a Absatz 1 Satz 1 und

3. von Empfehlungen nach § 92c Absatz 5

wirken die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach Maßgabe der Verordnung nach Absatz 2 beratend mit.“

71. Nach § 118 wird der folgende § 118a eingefügt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

„§ 118a

Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung

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

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

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere festzulegen über

1. die Voraussetzungen für eine Anerkennung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene,
2. die anerkannten maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene,
3. das Verfahren der Beteiligung sowie
4. die Voraussetzungen, den Umfang, die Finanzierung und das Verfahren für die Erstattung von Reisekosten und des Ersatzes des Verdienstausfalls.“

72. Vor § 123 wird der folgende § 122 eingefügt:

„§ 122

Kooperationsprojekt zu Erleichterungen in der Praxis bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bildet gemeinsam mit den Pflegekassen, unter Einbeziehung der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene, vom 1. April 2026 bis zum 31. Juli 2030 ein Gremium zur Kooperation hinsichtlich der Reduktion, Vereinfachung und Vereinheitlichung von Formularen oder anderen formalen Vorgaben, die von Pflegekassen im Rahmen der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung eingesetzt werden. Das Gremium untersucht die von Pflegekassen bisher eingesetzten Formulare und formalen Vorgaben und überprüft und entwickelt diese sowie Hilfestellungen bei der Antragstellung mit den folgenden Zielsetzungen weiter:

1. den Einsatz von Vorgaben und die Abfrage von Informationen jeweils auf das für die Antragsbearbeitung notwendige Maß zu reduzieren und Informationen, die der Pflegekasse bereits bekannt sind, nicht unnötig erneut abzufragen,
2. aus Sicht der Versicherten nachvollziehbare und verständliche Formulierungen zu verwenden, den Einsatz von Formularen und anderen formalen Vorgaben darauf auszurichten, dass diese für die Antragstellenden als Hilfestellung dienen, sowie deutlich erkennbar zu machen, wenn ein Formular als Hilfestellung zur Verfügung gestellt wird, eine rechtliche Pflicht zur Nutzung aber nicht besteht,
3. wo dies sinnvoll erscheint, für die Antragstellenden Erläuterungen zur Verfügung zu stellen, auch durch Einbindung von Erläuterungen in Online-Beantragungsmöglichkeiten; mit Erläuterungen kann auch

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

nachvollziehbar gemacht werden, wofür die abgefragten Angaben benötigt werden oder welche Folgen es hat, wenn bestimmte Angaben nicht gemacht werden,

4. niedrigschwellig auf bestehende Möglichkeiten der Beratung zu und Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen hinzuweisen, einschließlich beispielsweise Kontaktdaten konkreter Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner, sowie außerdem, soweit diese vorhanden sind und es sich als sinnvoll erweist, auf weitere Unterstützungs- und Informationsmöglichkeiten hinzuweisen, beispielsweise Auskunftsansprüche oder auch digitale Hilfestellungen, und

5. eine gute Digitalisierbarkeit der Bearbeitung von Anträgen, die bei den Pflegekassen eingehen, vorzubereiten.

In die Überlegungen sind dabei gleichberechtigt sowohl digitale Möglichkeiten der Antragstellung als auch andere, nicht digitale Möglichkeiten und Zugangswege zu einer Antragstellung einzubeziehen. In die Untersuchung können ebenfalls formale Vorgaben mit einbezogen werden, die sich nicht auf die Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung beziehen. Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. wird auf dessen Wunsch in das Gremium einbezogen. Die Umsetzung der in dem Gremium erarbeiteten Ergebnisse durch die Pflegekassen im Rahmen der Selbstverwaltung erfolgt fortlaufend; das Gremium veranlasst bei Vorliegen von umsetzungsreifen Ergebnissen jeweils die Weitergabe an die für die Umsetzung zuständigen Stellen, um Erleichterungen in der Praxis zeitnah zu verwirklichen.

(2) Zu den Aufgaben des Gremiums gehört auch

1. sich im Rahmen der Selbstverwaltung der Pflegekassen für eine sachgerechte Verankerung einer dauerhaften Vereinfachung und Vereinheitlichung bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung und einer Reduktion formaler Vorgaben auf das erforderliche Maß einzusetzen sowie dabei ebenfalls eine für alle Beteiligten praxisgerechte Digitalisierbarkeit im Rahmen der Antragsbearbeitung in den Blick zu nehmen,

2. die Erstellung eines Leitfadens für ein versichertengerechtes Vorgehen und eine empfehlenswerte Gestaltung von Hilfestellungen bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung,

3. in die Beratungen mit einzubeziehen und Vorschläge zu entwickeln, wie schlanke und schnelle, zugleich aber auch die zweckgerechte Verwendung von Mitteln der Pflegeversicherung sicherstellende Verfahren zum Vorgehen bei Kostenerstattungsansprüchen nach diesem Buch gestaltet werden könnten.

(3) Im Hinblick auf die Erreichung der in Absatz 1 genannten Ziele und die Verwirklichung der in Absatz 2 genannten Aufgaben sind nach diesem Buch Anspruchsberechtigte, für diese Vertretungsberechtigte und Pflegepersonen sowie Versicherte ohne oder mit geringen Vorerfahrungen mit Leistungen nach diesem Buch einzubeziehen. Die Einbeziehung erfolgt durch Einbindung verschiedener entsprechender Vertreterinnen und Vertreter dieser Gruppen in dem Gremium nach Absatz 1 sowie darüber hinaus auch wissenschaftlich gestützt. Das Gremium kann eine Einbeziehung weiterer Beteiligter, insbesondere beispielsweise des Medizinischen Dienstes Bund und der Gesellschaft für Telematik nach § 310 des Fünften Buches, vorsehen.

(4) Für die Aufgaben nach den Absätzen 1 bis 3 kann der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen. Die Maßnahmen sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen. 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. Soweit im Rahmen der Maßnahmen personenbezogene Daten benötigt werden sollten, können diese nur mit Einwilligung der betroffenen Person erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich über den Fortschritt der Arbeit des Gremiums und die erfolgte Umsetzung von Ergebnissen. Auf Verlangen des Bundesministeriums für Gesundheit kann dieses an Sitzungen des Gremiums teilnehmen. Spätestens bis zum 31. Dezember 2030 legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesministerium für Gesundheit einen Abschlussbericht zu dem Projekt vor und berichtet über die bis dahin erfolgten sowie absehbaren Umsetzungen und die weiteren geplanten Umsetzungen der in dem Gremium entwickelten Erkenntnisse durch die Pflegekassen.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

73. § 123 wird wie folgt geändert:

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

„(1) Im Zeitraum von 2025 bis 2029 fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen regionalspezifische Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und vergleichbar Nahestehende vor Ort und im Quartier. Die Förderung erfolgt, unbeschadet des Absatzes 5 Satz 3, im Zeitraum von 2025 bis 2028 aus dem Ausgleichsfonds mit bis zu 30 Millionen Euro je Kalenderjahr; im Jahr 2029 erfolgt die Förderung ausschließlich mit nicht verbrauchten Mitteln des Jahres 2028 nach Maßgabe des Absatzes 5 Satz 3. Die Förderung dient insbesondere dazu,

1. die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu erleichtern,
2. den Zugang zu den vorhandenen Pflege- und Unterstützungsangeboten zu verbessern,
3. die Pflegeprävalenz positiv zu beeinflussen,
4. den Fachkräftebedarf zu decken sowie ehrenamtliche Strukturen aufzubauen,
5. eine bedarfsgerechte integrierte Sozialplanung zur Entwicklung des Sozialraumes zu unterstützen,
6. Unterstützungs- und Entlastungsstrukturen für Pflegearrangements auf- und auszubauen und zu stabilisieren,
7. innovative Konzepte zur Stärkung der gesellschaftlichen Solidarität zu entwickeln oder
8. die Pflegeangebote untereinander digital zu vernetzen.

Die Förderung nach den Sätzen 1 und 2 erfolgt, wenn die Modellvorhaben auf der Grundlage landes- oder kommunalrechtlicher Vorschriften auch durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft gefördert werden. Sie erfolgt jeweils in gleicher Höhe wie die Förderung, die vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 60 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht werden kann. Die Förderung von Modellvorhaben durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach den Sätzen 1 und 2 setzt voraus, dass diese den Empfehlungen nach Absatz 3 entsprechen, und erfolgt jeweils im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit.“

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

„(2) Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit insgesamt 7 Prozent des in Absatz 1 Satz 2 genannten Fördervolumens an der Förderung nach Absatz 1 Satz 1 und 2.“

c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „Satz 1“ durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt.

bb) Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

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

74. § 125a wird durch den folgenden § 125a ersetzt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

„§ 125a

Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege

(1) Für eine wissenschaftlich gestützte Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung 5 Millionen Euro im Zeitraum von 2022 bis 2025 zur Verfügung gestellt.

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

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

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

„§ 125c

Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen führt in den Jahren 2026 und 2027 aus den Mitteln nach § 8 Absatz 3 Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung nach dem Achten Kapitel durch. Die Modellvorhaben sind darauf auszurichten, dass die Beteiligten dem allgemein anerkannten Stand entsprechende, technisch verfügbare Möglichkeiten elektronischer und digitaler Verfahren für die Verhandlungen einbeziehen, damit Verhandlungen effizient und zügig zum Abschluss gebracht werden können. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben einrichtungsbezogene Daten benötigt werden, können diese mit Einwilligung der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen erhoben, verarbeitet und genutzt werden; personenbezogene Daten dürfen nicht erhoben werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. Die Modellvorhaben sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales abzustimmen.

§ 125d

Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann in den Jahren 2026 bis 2028 aus den Mitteln nach § 8 Absatz 3 Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung von zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen nach Satz 2 vereinbaren. Gegenstand der Erprobung sind

1. der dauerhafte Einbezug von An- und Zugehörigen in die vollstationäre pflegerische Versorgung und dadurch die Abwahlmöglichkeit professionell erbrachter Leistungen nach § 43 sowie
2. die Erbringung von Leistungen im Sinne des § 36 und die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege gemäß § 37 des Fünften Buches durch voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen für Versicherte außerhalb der Pflegeeinrichtung.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

(3) Die am Modellvorhaben teilnehmenden Pflegeeinrichtungen erproben mindestens eine der in Absatz 1 Satz 2 genannten Flexibilisierungen. Es sind jeweils die Vorschriften dieses Buches anzuwenden; im Einzelfall kann von den Regelungen des Siebten und des Achten Kapitels abgewichen werden. Bei einer Erprobung, die die in Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 genannten Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 des Fünften Buches zum Gegenstand hat, haben die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen als Leistungserbringer mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich einen Vertrag nach § 132a Absatz 4 des Fünften Buches abzuschließen. Im Einzelfall kann bei Vertragsschluss von den Vorgaben des § 132a Absatz 4 des Fünften Buches abgewichen werden. Die Flexibilisierung der Leistungserbringung der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen zur Versorgung kann bis zu zwei Jahre nach dem Ende des Modellvorhabens und bis zu zwölf Monate nach dem Vorliegen der Empfehlungen nach § 92c Absatz 5 gültig bleiben.“

76. Nach § 146 wird der folgende § 146a eingefügt:

„§ 146a

Übergangsregelung zur Versorgung von pflegebedürftigen Mitgliedern geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnlichen Personen in ordensinterner Pflege

(1) Die Pflegekassen übernehmen im Zeitraum vom 1. Januar 2026 bis zum 31. Dezember 2035 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege für pflegebedürftige satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen, wenn

1. diese innerhalb des Klausurbereichs einer Ordenseinrichtung leben, in der die pflegerische Versorgung der Ordensmitglieder oder Angehöriger anderer Ordensgemeinschaften bis zum 31. Dezember 2025 auf eigener vertraglicher Grundlage mit den Pflegekassen erbracht wurde, und
2. die pflegerische Versorgung weiterhin innerhalb des Klausurbereichs einer Ordenseinrichtung erbracht und durch diese sichergestellt wird.

Der Anspruch ist in Abhängigkeit vom jeweiligen Pflegegrad je Kalendermonat auf die Höhe der Beträge nach § 43 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 begrenzt. Weitere Ansprüche auf Leistungen nach den §§ 36 bis 45h stehen den Pflegebedürftigen daneben nicht zu.

(2) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen für die Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene und die Vereinigungen der Ordensgemeinschaften entwickeln gemeinsam ein Konzept zur langfristigen pflegerischen Versorgung der pflegebedürftigen Personen nach Absatz 1 unter Einhaltung der Vorschriften dieses Buches und ergreifen entsprechende Maßnahmen zur Umsetzung.“

77. § 150 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird gestrichen.

b) In Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „Pflegefachkräften“ durch die Angabe „Pflegefachpersonen“ ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

78. § 154 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

    a) In Satz 11 wird die Angabe „31. Dezember 2025“ durch die Angabe „30. Juni 2026“ ersetzt.

    b) Satz 13 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

    „Jahresabrechnungen, die nicht oder nach dem 30. Juni 2026 bei den Pflegekassen eingereicht werden, führen zu einer Kürzung ausgezahlter Ergänzungshilfen der Pflegeeinrichtungen um 100 Prozent für den betreffenden Zeitraum.“

Artikel 2

Weitere 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 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 113c wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 Nummer 2 wird die Angabe „mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr“ durch die Angabe „mit einer Erlaubnis nach § 1 des Pflegefachassistenzgesetzes oder § 50 des Pflegefachassistenzgesetzes“ ersetzt.

2. Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 wird durch die folgende Nummer 3 ersetzt:

    „3. kann die Pflegeeinrichtung für die Stellenanteile der personellen Ausstattung, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgehen, auch Pflegehilfskraftpersonal vorhalten,

    a) das eine der folgenden Ausbildungen berufsbegleitend durchläuft:

    aa) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 eine Ausbildung nach dem Pflegefachassistenzgesetz oder

    bb) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 3 eine Ausbildung nach Teil 2, Teil 3 oder Teil 5 des Pflegeberufegesetzes oder einen Anpassungslehrgang nach § 40 Absatz 3 oder § 41 Absatz 2, 3, 4 oder 5 des Pflegeberufegesetzes oder

    b) das für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 berücksichtigt werden kann, wenn das Bestehen einer berufsqualifizierenden Prüfung aufgrund von berufspraktischen Erfahrungen in der Pflege, sonstigen Qualifizierungsmaßnahmen oder beidem nach dem Pflegefachassistenzgesetz auf die Dauer der in Absatz 1 Nummer 2 genannten Ausbildungen angerechnet werden kann.“

Artikel 3

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 25. Februar 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 64) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 15 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

    b) Nach Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

2. Nach § 15 wird der folgende § 15a eingefügt:

„§ 15a

Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung

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

1. nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung die in den nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und § 112a Absatz 1 vereinbarten Katalogen genannten Leistungen,
2. nach einer erstmaligen ärztlichen Verordnung die Verordnung der in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Katalog genannten Leistungen der häuslichen Krankenpflege, einschließlich der Verordnung der in diesem Katalog als für diese Leistungen benötigt genannten Hilfsmittel nach § 33, und
3. bis zum Abschluss des Vertrags nach § 73d Absatz 1 Satz 1 die in Anlage 1 des nach § 64d Absatz 1 Satz 4 geschlossenen Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung.

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

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

3. § 20 Absatz 5 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

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

1. eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2 oder § 26 Absatz 1 Satz 3,
2. eine Präventionsempfehlung nach § 5 Absatz 1a Satz 3 Nummer 2 und Satz 5 und 6 des Elften Buches oder § 18b Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches oder
3. eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftlich abgegebene Empfehlung.“

4. Nach § 24i Absatz 4 wird der folgende Absatz 5 eingefügt:

„(5) Bei Personen, die nach einem Abkommen zur Vermeidung der Doppelbesteuerung nicht in der Bundesrepublik Deutschland ansässig sind und deren Ansässigkeitsstaat nach diesem Abkommen das Besteuerungsrecht für das Mutterschaftsgeld zusteht, sind für die Berechnung des Mutterschaftsgeldes nur die Beiträge zur Sozialversicherung als das durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt nach Absatz 2 Satz 1 vermindernde gesetzliche Abzüge zu berücksichtigen. Unterliegt das Mutterschaftsgeld im Ansässigkeitsstaat nach dessen maßgebenden Vorschriften nicht der Steuer, sind alle gesetzlichen Abzüge nach Absatz 2 Satz 1 zu berücksichtigen.“

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

a) Nach Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

b) In dem neuen Satz 3 wird nach der Angabe „eine vertragsärztliche Verordnung“ die Angabe „oder eine Verordnung einer Pflegefachperson nach § 15a Absatz 1 Nummer 2“ eingefügt.

6. § 37 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „Wohnformen“ die Angabe „, gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c des Elften Buches“ eingefügt.

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

„Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung sowie die nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 und 3 von Pflegefachpersonen erbrachten Leistungen.“

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

„(3a) Ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht für Versicherte, für die die Pflegekassen nach § 146a des Elften Buches die pflegebedingten Aufwendungen übernehmen.“

d) In Absatz 8 wird die Angabe „Pflegefachkräfte“ durch die Angabe „Pflegefachpersonen“ ersetzt.

7. In § 37c Absatz 1 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 wird jeweils die Angabe „Pflegefachkraft“ durch die Angabe „Pflegefachperson“ ersetzt.

8. § 39a Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:

„2. unter der fachlichen Verantwortung einer Pflegefachperson oder einer anderen fachlich qualifizierten Person steht, die über mehrjährige Erfahrung in der palliativ-medizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung verfügt und eine Weiterbildung als verantwortliche Pflegefachperson oder in Leitungsfunktionen nachweisen kann.“

9. § 44a Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„§ 44 Absatz 3, § 47 Absatz 2 bis 5, die §§ 47b, 49 und 50 gelten entsprechend; Ansprüche nach § 44 Absatz 1 und 4 sind gegenüber Ansprüchen nach dieser Vorschrift ausgeschlossen.“

10. § 45 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„§ 47 Absatz 1 Satz 6 bis 8, Absatz 4 Satz 3 bis 5, Absatz 5 und § 47b gelten entsprechend.“

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

„Abweichend von Absatz 2 Satz 1 besteht der Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 in dem Kalenderjahr 2026 für jedes Kind längstens für 15 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 30 Arbeitstage.“

11. § 47 Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

„(5) Bei Personen, die nach einem Abkommen zur Vermeidung der Doppelbesteuerung nicht in der Bundesrepublik Deutschland ansässig sind und deren Ansässigkeitsstaat nach diesem Abkommen das Besteuerungsrecht für das Krankengeld zusteht, ist zur Berechnung des Krankengeldes anstelle des Nettoarbeitsentgelts nach Absatz 1 das Regelentgelt abzüglich der Beiträge zur Sozialversicherung zugrunde zu legen. Unterliegt das Krankengeld im Ansässigkeitsstaat nach dessen maßgebenden Vorschriften nicht der Steuer, ist entsprechend Absatz 1 das Nettoarbeitsentgelt zugrunde zu legen.“

12. § 63 wird wie folgt geändert:

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

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

b) Absatz 3d wird zu Absatz 3c.

13. § 64d wird wie folgt geändert:

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

„(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen führen gemeinsam in jedem Land mindestens ein Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c in der bis zum … [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachpersonen mit einer Zusatzqualifikation nach § 14 des Pflegeberufegesetzes im Wege der Vereinbarung nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach Satz 4 durch. In den Modellvorhaben sind auch Standards für die interprofessionelle Zusammenarbeit zu entwickeln. Die Vorhaben beginnen spätestens am 1. Januar 2023. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die Kassenärztliche Bundesvereinigung legen in einem Rahmenvertrag die Einzelheiten bis zum 31. März 2022 fest. In dem Rahmenvertrag nach Satz 4 sind unter vertraglicher Beteiligung der Vereinigungen der Träger von Pflegeheimen Regelungen für eine Durchführung von Modellvorhaben nach Satz 1 in Pflegeheimen im Sinne des § 71 Absatz 2 des Elften Buches zu treffen. Bis zum 31. März 2027 ist der Rahmenvertrag unter Berücksichtigung des Ergebnisses der Prüfung nach § 73d Absatz 1 Satz 2 so anzupassen, dass die in Anlage 1 des Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen auch in der Regelversorgung erbracht werden können. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches und der Bundesärztekammer ist vor Abschluss oder Änderung des Rahmenvertrages Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

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

14. In § 65d Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2025“ durch die Angabe „2027“ ersetzt.

15. In § 70 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „medizinischen Erkenntnisse“ durch die Angabe „medizinischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse“ ersetzt.

16. Nach § 73c wird der folgende § 73d eingefügt:

„§ 73d

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

(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger von Pflegeheimen im Sinne des § 71 Absatz 2 des Elften Buches vereinbaren bis zum 31. Juli 2027 in einem Vertrag

1. einen Katalog an Leistungen der ärztlichen Behandlung, die Pflegefachpersonen nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 eigenverantwortlich erbringen können,
2. einen Katalog an Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, einschließlich der für diese Leistungen benötigten Hilfsmittel nach § 33, die Pflegefachpersonen jeweils nach § 15a Absatz 1 Nummer 2 eigenverantwortlich verordnen können, sowie das Nähere zum Verfahren und zu der Ausgestaltung der Verordnungen,
3. Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten bei der Erbringung der nach den Nummern 1 und 2 vereinbarten Leistungen.

Bis zum 31. Dezember 2026 haben die in Satz 1 genannten Vertragspartner zu prüfen, ob Anpassungen des nach § 64d Absatz 1 Satz 4 geschlossenen Rahmenvertrags erforderlich sind, damit die in Anlage 1 des

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen auch in der Regelversorgung erbracht werden können.

(2) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner haben unter Beachtung der Vorgaben von § 15a Absatz 1 in dem Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 auch festzulegen, auf der Grundlage welcher Kompetenzen Pflegefachpersonen die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen und Hilfsmittel jeweils eigenverantwortlich erbringen oder verordnen können. Pflegefachpersonen können die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 vereinbarten Leistungen und Hilfsmittel bei an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern und bei den Leistungserbringern erbringen oder verordnen, mit denen Verträge nach § 132a Absatz 4 Satz 1 abgeschlossen werden. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ist vor Abschluss des Vertrags Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; sie haben das Recht, an den Sitzungen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner teilzunehmen. Die Stellungnahmen sind beim Entscheidungsprozess der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner zu berücksichtigen. Wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c Satz 1 des Elften Buches gefördert wurden, sollen bei der Vereinbarung der Leistungen und Hilfsmittel nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 berücksichtigt werden.

(3) Kommt der Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 nicht innerhalb der in Absatz 1 Satz 1 genannten Frist zustande, wird der Inhalt des Vertrags auf Antrag eines der in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner oder des Bundesministeriums für Gesundheit durch eine von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartnern innerhalb eines Monats nach Antragstellung zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten nach ihrer Bestimmung festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht fristgerecht auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts sind gegen den Vertragspartner zu richten. Der von der Schiedsperson festgelegte Vertragsinhalt gilt bis zur gerichtlichen Feststellung der Unbilligkeit weiter.

(4) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner evaluieren die Auswirkungen der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in der vertragsärztlichen Versorgung und durch Pflegefachpersonen, die in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigt sind, im Hinblick auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Die Evaluation erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Das Bundesministerium für Gesundheit beteiligt das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2030 einen Bericht über das Ergebnis der Evaluation vor.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Entwicklung und Umsetzung der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in der Versorgung, auch in Krankenhäusern und in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie in Pflegeeinrichtungen, soweit die eigenverantwortliche Erbringung dieser Leistungen nicht bereits Gegenstand der Evaluation nach Absatz 4 oder der Evaluation nach § 112a Absatz 4 war. Die Ergebnisse der Evaluationen nach Absatz 4 und § 112a Absatz 4 sind zu berücksichtigen. Nach Abschluss der Evaluation nach Satz 1 prüft das Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, ob und inwieweit die Vorgaben für die Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in der Versorgung umgesetzt wurden und ob die bestehenden leistungsrechtlichen Regelungen zur eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen angepasst werden müssen oder erweitert werden können. Bei der Prüfung sind wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c Satz 1 des Elften Buches gefördert wurden, zu berücksichtigen. Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend ein Jahr nachdem ihm beide Berichte nach Absatz 4 und § 112a Absatz 4 vorgelegt wurden, über das Ergebnis dieser Prüfung.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

17. Nach § 81 Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:

„(6) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen sollen Bestimmungen über die Sicherstellung des Notdienstes enthalten. Sofern dies zum Zwecke der Sicherstellung des Notdienstes in einer Region erforderlich ist, können die Kassenärztlichen Vereinigungen die Gewährung von Sicherstellungspauschalen an die teilnehmenden Ärzte festlegen.“

18. § 87 Absatz 2a Satz 9 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„In die Überprüfung nach Absatz 2 Satz 2 ist auch einzubeziehen, in welchem Umfang nach § 28 Absatz 1 Satz 2 delegationsfähige Leistungen und nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarte Leistungen durch andere Personen qualifiziert erbracht und angemessen vergütet werden können; auf dieser Grundlage ist eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen zu beschließen.“

19. Nach § 95 Absatz 3 wird der folgende Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Tätigkeiten im Notdienst, zu denen ein Vertragsarzt aufgrund seiner jeweiligen Zulassung verpflichtet ist, sind sozialversicherungsrechtlich entsprechend der sozialversicherungsrechtlichen Einordnung seiner Tätigkeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu bewerten.“

20. § 105 Absatz 1a wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Kassenärztliche Vereinigung hat zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einen Strukturfonds zu bilden, in den sie einen Betrag in Höhe von mindestens 0,1 Prozent und höchstens 0,2 Prozent der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen einzahlt. Über die Aufbringung des Betrages entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung.“

b) Satz 7 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Sätze 3, 4 Nummer 1 bis 4 und 8 sowie die Sätze 5 und 6 gelten in diesem Fall entsprechend.“

21. Nach § 112 wird der folgende § 112a eingefügt:

„§ 112a

Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung

(1) Die Vertragsparteien auf Bundesebene im Sinne des § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbaren bis zum 31. Juli 2028 in einem Vertrag

1. einen Katalog an Leistungen der ärztlichen Behandlung, die Pflegefachpersonen nach § 15a Absatz 1 Nummer 1 in zugelassenen Krankenhäusern im Sinne des § 108 eigenverantwortlich erbringen können,
2. Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Krankenhaus zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten bei der Erbringung der nach Nummer 1 vereinbarten Leistungen.

(2) Die in Absatz 1 genannten Vertragsparteien haben unter Beachtung der Vorgaben von § 15a Absatz 1 in dem Vertrag nach Absatz 1 auch festzulegen, auf der Grundlage welcher Kompetenzen Pflegefachpersonen die nach Absatz 1 Nummer 1 vereinbarten Leistungen jeweils eigenverantwortlich erbringen können. Soweit nicht aus sachlichen Gründen für die Krankenhausbehandlungen Abweichungen geboten sind, haben die in Absatz 1 genannten Vertragsparteien dieselben Festlegungen zu treffen, die von den in § 73d Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartnern nach § 73d Absatz 2 Satz 1 getroffen wurden. § 73d Absatz 2 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.

(3) Kommt der Vertrag nach Absatz 1 nicht innerhalb der in Absatz 1 genannten Frist zustande, wird der Inhalt des Vertrags auf Antrag einer der in Absatz 1 genannten Vertragsparteien oder des

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Bundesministeriums für Gesundheit durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes festgelegt.

(4) Die in Absatz 1 genannten Vertragsparteien evaluieren die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in Krankenhäusern insbesondere im Hinblick auf

1. die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung,
2. den effizienten Einsatz der Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Qualifikationen und
3. die Auswirkungen auf das Berufsbild der Pflegefachpersonen.

Die in Absatz 1 genannten Vertragsparteien legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2030 einen Bericht über das Ergebnis der Evaluation vor.“

22. § 119b wird wie folgt geändert:
    a) In Absatz 1 Satz 8 wird die Angabe „Pflegefachkraft“ durch die Angabe „Pflegefachperson“ ersetzt.
    b) In Absatz 2 wird die Angabe „Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.
23. § 132a wird wie folgt geändert:
    a) Absatz 1 Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

    „In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln:

    1. Eignung der Leistungserbringer einschließlich Anforderungen an die Eignung zur Versorgung nach § 37 Absatz 7,
    2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung,
    2a. Voraussetzungen für eine fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung im Sinne des § 4 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes unter Berücksichtigung der ärztlichen Indikationsstellung für den Bedarf an Leistungen der medizinischen Behandlungspflege,
    3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt und dem Krankenhaus,
    4. Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung,
    5. Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte sowie Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen, durch Zuschläge unter Einbezug der ambulanten Pflege nach dem Elften Buch,
    6. Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen sowie zum Abrechnungsverfahren einschließlich der für diese Zwecke jeweils zu übermittelnden Daten,
    7. Anforderungen an die Eignung der Pflegefachpersonen, die Leistungen im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 erbringen, sowie Maßnahmen zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit der im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 erbrachten Leistungen und
    8. Grundsätze der Vergütung von Verordnungen von in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Katalog genannten Leistungen, soweit die Leistungen von Leistungserbringern erbracht werden, mit denen Verträge nach Absatz 4 Satz 1 abgeschlossen werden, erstmals bis zum 30. April 2028.“

    b) Nach Absatz 4 wird der folgende Absatz 5 eingefügt:

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

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

26. § 197b wird wie folgt geändert:

    a) In Satz 1 wird nach der Angabe „Rechte“ die Angabe „und Interessen“ eingefügt.

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

27. § 202 Absatz 1a wird wie folgt geändert:

    a) In Satz 1 wird die Angabe „über die zentrale Stelle nach § 81 des Einkommensteuergesetzes“ durch die Angabe „über die Datenstelle der Rentenversicherung nach § 145 Absatz 1 Satz 1 des Sechsten Buches und über die zentrale Stelle nach § 81 des Einkommensteuergesetzes“ ersetzt.

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

28. § 273 Absatz 7 wird durch den folgenden Absatz 7 ersetzt:

    „(7) Das Bundesamt für Soziale Sicherung führt die Prüfungen nach den Absätzen 2 bis 5 ab dem Berichtsjahr 2013 durch. Die in Satz 1 genannten Prüfungen sind spätestens bis zum Ablauf des fünfzehnten Kalenderjahres, das auf das Berichtsjahr folgt, auf das sich die jeweilige Prüfung bezieht, abzuschließen. Im Rahmen der Prüfung nach Absatz 4 oder 5 kann sich die Krankenkasse nicht darauf berufen, dass die zuständige Aufsichtsbehörde den Vertrag nicht innerhalb der Frist gemäß § 71 Absatz 4 Satz 2, § 71 Absatz 4 Satz 3 in der bis zum 22. Juli 2015 geltenden Fassung oder § 73b Absatz 9 Satz 2 in der bis zum 22. Juli 2015 geltenden Fassung beanstandet hat. Satz 1 gilt nicht für abgeschlossene Einzelfallprüfungen nach § 273 Absatz 3 Satz 1 und 2 in der bis zum 31. März 2020 geltenden Fassung; für die Ermittlung des Korrekturbetrags gilt Absatz 6.“

29. In § 278 Absatz 2 Satz 1 und 2 wird jeweils die Angabe „Pflegekräften“ durch die Angabe „Pflegefachpersonen“ ersetzt.

30. In § 283 Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 wird die Angabe „Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Angabe „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.

31. § 291 Absatz 9 wird durch den folgenden Absatz 9 ersetzt:

    „(9) Die Versicherten können von ihrer Krankenkasse über eine von ihrer Krankenkasse angebotene Benutzeroberfläche einen Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung für die Vorlage bei einem Leistungserbringer anfordern, der unmittelbar von der Krankenkasse über ein sicheres Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6 an den Leistungserbringer übermittelt wird. Mit Einwilligung des Versicherten kann ein Leistungserbringer den in Satz 1 genannten Nachweis auch unmittelbar über das sichere Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6 anfordern. Der Leistungserbringer hat die Einwilligung des Versicherten zu protokollieren. Voraussetzung für die Nutzung des Verfahrens nach Satz 2 ist, dass der Versicherte in der jeweiligen Leistungserbringerinstitution bekannt ist. Das Verfahren nach den Sätzen 2 bis 4 soll nur in Ausnahmefällen genutzt werden. Das Weitere zur Durchführung des Verfahrens nach den Sätzen 2 bis 4 regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Benehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer. Für die Mitteilung der durchgeführten Prüfung des Nachweises nach Satz 1 durch den Leistungserbringer gilt § 291b Absatz 3 entsprechend.“

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

33. § 340 Absatz 5 bis 7 wird durch die folgenden Absätze 5 bis 7 ersetzt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

„(5) Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen dürfen nur an Leistungserbringerinstitutionen ausgegeben werden, denen ein Leistungserbringer, der Inhaber eines elektronischen Heilberufs- oder Berufsausweises ist, zugeordnet werden kann. Satz 1 findet keine Anwendung auf die Ausgabe von Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen an Hilfsmittelerbringer.

(6) Spätestens ab dem 1. Januar 2028 haben die Stellen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sowie den Absätzen 2 und 4 ergänzend zu den Heilberufs- und Berufsausweisen auf Verlangen des Leistungserbringers eine digitale Identität für das Gesundheitswesen zur Verfügung zu stellen, die nicht an eine Chipkarte gebunden ist.

(7) Spätestens ab dem 1. Januar 2028 haben die Stellen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und den Absätzen 2 und 4 ergänzend zu den Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen auf Verlangen der Leistungserbringerinstitution eine digitale Identität für das Gesundheitswesen zur Verfügung zu stellen, die nicht an eine Chipkarte gebunden ist.“

34. Nach § 340 wird der folgende § 340a eingefügt:

„§ 340a

Sicherer Umgang mit Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen

(1) Eine Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen darf von demjenigen, an den sie ausgegeben wurde, weder entgeltlich noch unentgeltlich unbefugt weitergegeben werden. Bei Aufgabe der Leistungserbringerinstitution hat derjenige, an den eine Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen ausgegeben wurde, oder dessen Nachfolger deren Sperrung unverzüglich zu veranlassen.

(2) Die Einrichtungsleitung einer ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung nach dem Elften Buch ist für die Einhaltung der Vorgaben nach Absatz 1 verantwortlich. Die Einrichtungsleitung hat darüber hinaus dafür Sorge zu tragen, dass die Pflegedienstleitung oder eine andere beschäftigte Person über einen gültigen elektronischen Heilberufsausweis oder eine digitale Identität für das Gesundheitswesen nach § 340 Absatz 6 verfügt.“

35. § 342 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Nummer 4 wird durch die folgende Nummer 4 ersetzt:

„4. zusätzlich, sobald die hierfür erforderlichen Voraussetzungen vorliegen, spätestens jedoch bis zum 31. März 2026, die in der elektronischen Patientenakte gespeicherten Daten nach § 363 zu Forschungszwecken bereitgestellt werden können.“

b) Absatz 2a Nummer 1 wird durch die folgende Nummer 1 ersetzt:

„1. sobald die hierfür erforderlichen Voraussetzungen vorliegen, spätestens jedoch bis zum 31. März 2026, zur digitalen Unterstützung des Medikationsprozesses des Versicherten

a) Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 11 zu arzneimittelbezogenen Verordnungsdaten und Dispensierinformationen zur Darstellung der aktuell verordneten Medikation sowie Daten zu frei verkäuflichen Arzneimitteln und Nahrungsergänzungsmitteln in semantisch und syntaktisch interoperabler Form in einem Informationsobjekt nach § 355 genutzt werden können und die Erstellung und Aktualisierung des elektronischen Medikationsplans nach § 341 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe b unterstützen;

b) Daten des elektronischen Medikationsplans nach § 341 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe b in einem Informationsobjekt nach § 355 in semantisch und syntaktisch interoperabler Form in der elektronischen Patientenakte zur Verfügung gestellt werden können und Ergänzungen durch den Versicherten nach § 337 Absatz 1 Satz 1 vorgenommen werden können;

c) Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 in einem Informationsobjekt nach § 355 in semantisch und syntaktisch interoperabler Form

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

zur Verfügung gestellt werden können und die Nutzung der Daten nach Buchstabe a sowie die Erstellung und Aktualisierung des elektronischen Medikationsplans nach Buchstabe b unterstützen können;

d) die Versicherten oder durch sie bestimmte Vertreter über die Benutzeroberfläche eines geeigneten Endgeräts einen Widerspruch gegenüber Zugriffsberechtigten nach § 352 gegen die Übermittlung und Speicherung von Daten des Versicherten nach den Buchstaben a bis c insgesamt barrierefrei erklären können und".

36. Nach § 347 Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:

„(6) Die Verpflichtungen nach Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 Satz 1, Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 bestehen nicht, soweit der Übermittlung und Speicherung von Daten in die elektronische Patientenakte erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen oder soweit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder eines Jugendlichen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres vorliegen und die Befüllung der elektronischen Patientenakte den wirksamen Schutz des Kindes oder Jugendlichen in Frage stellen würde. Die Gründe für die Ablehnung der Übermittlung und Speicherung nach Satz 1 haben Leistungserbringer nachprüfbar in ihrer Behandlungsdokumentation zu protokollieren."

37. § 348 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „nach den Absätzen 1 und 2" durch die Angabe „nach den Absätzen 1 bis 3" ersetzt.

b) Nach Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt:

„(6) Die Verpflichtungen nach Absatz 1, Absatz 3 Satz 1, Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 bestehen nicht, soweit der Übermittlung und Speicherung von Daten in die elektronische Patientenakte erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen oder soweit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder eines Jugendlichen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres vorliegen und die Befüllung der elektronischen Patientenakte den wirksamen Schutz des Kindes oder Jugendlichen in Frage stellen würde. Die Gründe für die Ablehnung der Übermittlung und Speicherung nach Satz 1 haben Leistungserbringer nachprüfbar in ihrer Behandlungsdokumentation zu protokollieren."

38. Nach § 349 Absatz 7 wird der folgende Absatz 8 eingefügt:

„(8) Die Verpflichtungen nach Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 Satz 1 bestehen nicht, soweit der Übermittlung und Speicherung von Daten in die elektronische Patientenakte erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen oder soweit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder eines Jugendlichen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres vorliegen und die Befüllung der elektronischen Patientenakte den wirksamen Schutz des Kindes oder Jugendlichen in Frage stellen würde. Die Gründe für die Ablehnung der Übermittlung und Speicherung nach Satz 1 haben Zugriffsberechtigte nachprüfbar in ihrer Behandlungsdokumentation zu protokollieren."

39. § 360 Absatz 10 durch den folgenden Absatz 10 ersetzt:

„(10) Die Gesellschaft für Telematik ist verpflichtet, die Komponenten der Telematikinfrastruktur, die den Zugriff der Versicherten auf die elektronische ärztliche Verordnung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ermöglichen, als Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen. Die Funktionsfähigkeit und Interoperabilität der Komponenten sind durch die Gesellschaft für Telematik sicherzustellen. Die Sicherheit der Komponenten des Systems zur Übermittlung ärztlicher Verordnungen einschließlich der Zugriffsmöglichkeiten für Versicherte ist durch ein externes Sicherheitsgutachten nachzuweisen. Dabei ist abgestuft im Verhältnis zum Gefährdungspotential nachzuweisen, dass die Verfügbarkeit, Integrität, Authentizität und Vertraulichkeit der Komponenten sichergestellt werden. Die Festlegung der Prüfverfahren und die Auswahl des Sicherheitsgutachters für das externe Sicherheitsgutachten erfolgt durch die Gesellschaft für Telematik im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik. Das externe Sicherheitsgutachten muss dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zur Prüfung vorgelegt und durch dieses bestätigt werden. Erst mit der Bestätigung des externen

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Sicherheitsgutachtens durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik dürfen die Komponenten durch die Gesellschaft für Telematik zur Verfügung gestellt werden. Komponenten nach diesem Absatz, für die ein externes Sicherheitsgutachten vorliegt, das gemäß Satz 6 durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik bestätigt wurde, dürfen den Versicherten abweichend von Satz 7 auch durch die Krankenkassen und durch die in § 362 Absatz 1 genannten Kostenträger über die Benutzeroberfläche gemäß § 342 zur Verfügung gestellt werden. § 11 Absatz 1 und 1a des Apothekengesetzes sowie § 31 Absatz 1 Satz 5 bis 7 bleiben unberührt.“

40. § 361 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 2 bis 4 werden durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Auf Daten der Versicherten in vertragsärztlichen elektronischen Verordnungen dürfen zugriffsberechtigte Leistungserbringer und andere zugriffsberechtigte Personen nach Absatz 1 und nach Maßgabe des § 339 Absatz 2 nur zugreifen mit

1. einer Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen oder
2. einer digitalen Identität nach § 340 Absatz 7.

Es ist nachprüfbar elektronisch zu protokollieren, wer auf die Daten zugegriffen hat.“

b) Absatz 5 wird zu Absatz 3 und in Satz 3 wird die Angabe „Absätzen 1 bis 4“ durch die Angabe „Absätzen 1 und 2“ ersetzt.

41. § 362 Absatz 1 und 2 wird durch die folgenden Absätze 1 und 2 ersetzt:

„(1) Werden von Unternehmen der privaten Krankenversicherung, der Postbeamtenkrankenkasse, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, der Bundespolizei, der Landespolizeien, von der Bundeswehr oder von Trägern der freien Heilfürsorge elektronische Gesundheitskarten oder digitale Identitäten für die Verarbeitung von Daten einer Anwendung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 an ihre Versicherten, an Polizeivollzugsbeamte, an sonstige heilfürsorgeberechtigte Beamte oder an Soldaten zur Verfügung gestellt, sind § 291 Absatz 8 Satz 5 bis 9, § 291a Absatz 5 bis 7, §§ 334 bis 337, 339, 341 Absatz 1 bis 4, § 342 Absatz 2 Nummer 1, 3 und 4 und Absatz 3, § 343 Absatz 1 und 1a, §§ 344, 345, 352, 353, 356 bis 359a und 361 entsprechend anzuwenden. § 342 Absatz 2 Nummer 2 ist entsprechend anwendbar mit der Maßgabe, dass die Verpflichtung ab dem 1. Januar 2028 gilt.

(2) Für den Einsatz elektronischer Gesundheitskarten oder digitaler Identitäten nach Absatz 1 können Unternehmen der privaten Krankenversicherung, der Postbeamtenkrankenkasse, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, die Bundespolizei, die Landespolizeien, die Bundeswehr oder die Träger der freien Heilfürsorge als Versichertennummer den unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer nach § 290 Absatz 1 Satz 2 nutzen. § 290 Absatz 1 Satz 4 bis 7 ist entsprechend anzuwenden. Die Vergabe der Versichertennummer erfolgt durch die Vertrauensstelle nach § 290 Absatz 2 Satz 2 und hat den Vorgaben der Richtlinien nach § 290 Absatz 2 Satz 1 für den unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer zu entsprechen. Die Vertrauensstelle hat die vergebenen Versichertennummern in das von ihr nach § 290 Absatz 3 geführte Verzeichnis der Krankenversichertennummern aufzunehmen.“

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

43. § 374 wird wie folgt geändert:

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

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

44. § 393 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

    a) Nach Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

    „Wird ein informationstechnisches System nach dem 30. Juni 2025 erstmalig in Verkehr gebracht, gilt als aktuelles C5-Testat im Sinne des Absatzes 3 Nummer 2 für die ersten 18 Monate nach dem Inverkehrbringen ein C5-Typ1-Testat, ab dem 19. Monat nach dem Inverkehrbringen ein C5-Typ2-Testat.“

    b) In dem neuen Satz 5 wird die Angabe „Satz 3“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.

45. § 399 wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

    aa) Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:

    „2. entgegen § 64e Absatz 11b Satz 5 oder § 303e Absatz 5 Satz 4, auch in Verbindung mit § 363 Absatz 4 Satz 2, dort genannte Daten verarbeitet,“.

    bb) Nach Nummer 2 werden die folgenden Nummern 3 und 4 eingefügt:

    „3. entgegen § 340a Absatz 1 Satz 1 eine dort genannte Komponente weitergibt,

    4. entgegen § 340a Absatz 1 Satz 2 eine Sperrung nicht oder nicht rechtzeitig veranlasst oder“.

    cc) Die bisherige Nummer 3 wird zu Nummer 5.

    b) In Absatz 2 wird die Angabe „bis zu drei Jahren“ durch die Angabe „bis zu zwei Jahren“ ersetzt.

Artikel 4

Änderung des Pflegezeitgesetzes

Das Pflegezeitgesetz vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874, 896), das zuletzt durch Artikel 68 des Gesetzes vom 23. Oktober 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 323) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

In § 2 Absatz 2 Satz 2 wird nach der Angabe „ärztliche Bescheinigung“ die Angabe „oder eine Bescheinigung einer Pflegefachperson“ eingefügt.

Artikel 5

Änderung des Pflegeberufegesetzes

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

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

    a) Die Angabe zu Teil 1 Abschnitt 2 wird durch die folgende Angabe ersetzt:

    „Abschnitt 2
    Vorbehaltene Aufgaben; eigenverantwortliche Heilkundeausübung“.

    b) Die Angabe zu § 4 wird durch die folgende Angabe ersetzt:

    „§ 4 Vorbehaltene Aufgaben, Pflegeprozessverantwortung
    § 4a Eigenverantwortliche Heilkundeausübung“.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

„§ 14a Standardisierte Kompetenzbeschreibungen für heilkundliche Aufgaben“.

2. Die Überschrift des Teils 1 Abschnitt 2 wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„Abschnitt 2

Vorbehaltene Aufgaben; eigenverantwortliche Heilkundeausübung“.

3. § 4 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird durch die folgende Überschrift ersetzt:

„§ 4

Vorbehaltene Aufgaben, Pflegeprozessverantwortung“.

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

c) In Absatz 2 Nummer 1 wird nach der Angabe „Pflegebedarfs“ die Angabe „und die Planung der Pflege“ eingefügt.

4. Nach § 4 wird der folgende § 4a eingefügt:

„§ 4a

Eigenverantwortliche Heilkundeausübung

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

5. Nach § 14 wird der folgende § 14a eingefügt:

„§ 14a

Standardisierte Kompetenzbeschreibungen für heilkundliche Aufgaben

Die Fachkommission nach § 53 kann mit empfehlender Wirkung standardisierte Beschreibungen für die erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Ausübung von heilkundlichen Aufgaben (standardisierte Kompetenzbeschreibungen) entwickeln, soweit diese Kompetenzen nicht bereits im Rahmen der Ausbildung nach § 5 vermittelt werden. Dazu gehören insbesondere standardisierte Beschreibungen der nach § 37 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 Satz 2 Nummer 6 bis 9 zu vermittelnden Kompetenzen. Die standardisierten Kompetenzbeschreibungen nach den Sätzen 1 und 2 können gemeinsam vom Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend und vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt werden. Änderungen der standardisierten Kompetenzbeschreibungen bedürfen einer erneuten Genehmigung. Die standardisierten Kompetenzbeschreibungen sollen in geeigneten Abständen an den medizinischen und pflegewissenschaftlichen Fortschritt angepasst werden.“

6. § 37 wird wie folgt geändert:

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

„Sie vermittelt zusätzlich die zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung von heilkundlichen Aufgaben bei besonderen Versorgungsbedarfen in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen auf wissenschaftlicher Grundlage und Methodik.“

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

b) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 6 wird die Angabe „zur selbständigen und eigenverantwortlichen Übernahme von erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten“ durch die Angabe „zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung von heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.

bb) In Nummer 7 wird die Angabe „der eigenverantwortlich und selbständig ausgeübten erweiterten heilkundlichen Aufgaben“ durch die Angabe „der eigenverantwortlich wahrgenommenen heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.

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

7. In § 48a Absatz 1 Nummer 3 wird die Angabe „der vorbehaltenen Tätigkeiten“ durch die Angabe „der vorbehaltenen Aufgaben“ ersetzt.

8. In § 48b Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „vorbehaltene Tätigkeiten“ durch die Angabe „der vorbehaltenen Aufgaben“ ersetzt.

9. § 66e wird durch den folgenden § 66e ersetzt:

„§ 66e

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

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

Artikel 6

Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch

Das Dritte Buch Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch Artikel 60 des Gesetzes vom 23. Oktober 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 323) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 421d Absatz 3 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Abweichend von § 146 Absatz 2 besteht für das Kalenderjahr 2020 der Anspruch auf Leistungsfortzahlung für jedes Kind längstens für 15 Tage, bei alleinerziehenden Arbeitslosen längstens für 30 Tage; Arbeitslosengeld wird insgesamt für nicht mehr als 35 Tage, für alleinerziehende Arbeitslose für nicht mehr als 70 Tage fortgezahlt; für das Kalenderjahr 2021 besteht der Anspruch auf Leistungsfortzahlung für jedes Kind längstens für 30 Tage, bei alleinerziehenden Arbeitslosen längstens für 60 Tage; Arbeitslosengeld wird insgesamt für nicht mehr als 65 Tage, für alleinerziehende Arbeitslose für nicht mehr als 130 Tage fortgezahlt; für das Kalenderjahr 2022 besteht der Anspruch auf Leistungsfortzahlung für jedes Kind längstens für 30 Tage, bei alleinerziehenden Arbeitslosen längstens für 60 Tage; Arbeitslosengeld wird insgesamt für nicht mehr als 65 Tage, für alleinerziehende Arbeitslose für nicht mehr als 130 Tage fortgezahlt; für das Kalenderjahr 2023 besteht der Anspruch auf Leistungsfortzahlung für jedes Kind längstens für 30 Tage, bei alleinerziehenden Arbeitslosen längstens für 60 Tage; Arbeitslosengeld wird insgesamt für nicht mehr als 65 Tage, für alleinerziehende Arbeitslose für nicht mehr als 130 Tage fortgezahlt; für die Kalenderjahre 2024 bis 2026 besteht der Anspruch auf Leistungsfortzahlung für jedes Kind längstens für jeweils 15 Tage, bei alleinerziehenden Arbeitslosen längstens für jeweils 30 Tage; Arbeitslosengeld

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

wird insgesamt für nicht mehr als jeweils 35 Tage, für alleinerziehende Arbeitslose für nicht mehr als jeweils 70 Tage fortgezahlt.“

Artikel 7

Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch

Das Siebte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 66 des Gesetzes vom 23. Oktober 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 323) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

In § 47 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 47 Abs. 1 und 2 des Fünften Buches“ durch die Angabe „§ 47 Absatz 1, 2 und 5 des Fünften Buches“ ersetzt.

Artikel 8

Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

Das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), das zuletzt durch Artikel 8 Absatz 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 449) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

In § 64k wird die Angabe „, die das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 78a Absatz 5 Satz 6 des Elften Buches festgelegt hat,“ gestrichen.

Artikel 9

Änderung der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung

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

1. § 33 Absatz 1 Satz 5 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

   „Für die Prüfung der Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung heilkundlicher Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes durch hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen müssen dem Prüfungsausschuss zusätzlich zu den in Satz 2 Nummer 1 bis 4 genannten Personen zwei ärztliche Fachprüferinnen oder Fachprüfer angehören; die ärztlichen Fachprüferinnen und Fachprüfer sollen die studierenden Personen in den Kompetenzen für die eigenverantwortliche Wahrnehmung dieser heilkundlichen Aufgaben unterrichtet haben, die Gegenstand der staatlichen Prüfung sind.“

2. § 37 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 2a wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 1 wird die Angabe „zur Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten“ durch die Angabe „zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung heilkundlicher Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes“ ersetzt.

      bb) In Satz 4 wird die Angabe „der selbständigen und eigenverantwortlichen Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten“ durch die Angabe „der eigenverantwortlichen Wahrnehmung dieser heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

cc) In Satz 6 wird die Angabe „zur selbständigen und eigenverantwortlichen Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten“ durch die Angabe „zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung dieser heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.

b) In Absatz 5a Satz 1 wird die Angabe „zur Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten“ durch die Angabe „zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung heilkundlicher Aufgaben“ ersetzt.

3. In § 42 Satz 2 wird die Angabe „erweiterten heilkundlichen Kompetenzen“ durch die Angabe „Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung heilkundlicher Aufgaben“ ersetzt.

4. Anlage 5 Teil B wird wie folgt geändert:

a) Abschnitt I wird wie folgt geändert:

aa) In der Überschrift wird die Angabe „erweiterter heilkundlicher Verantwortung“ durch die Angabe „Verantwortung zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung heilkundlicher Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes“ ersetzt.

bb) In dem ersten Spiegelstrich wird die Angabe „Ausübung erweiterter heilkundlicher Aufgaben“ durch die Angabe „eigenverantwortliche Wahrnehmung der heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.

cc) In dem zweiten Spiegelstrich wird die Angabe „Übernahme erweiterter heilkundlicher Aufgaben“ durch die Angabe „eigenverantwortliche Wahrnehmung der heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.

dd) In dem dritten Spiegelstrich wird die Angabe „den erweiterten heilkundlichen Kompetenzen“ durch die Angabe „der eigenverantwortlichen Wahrnehmung der heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.

ee) In dem vierten Spiegelstrich wird die Angabe „übernehmen eine erweiterte Verantwortung für die Einbettung heilkundlicher Tätigkeiten in den Pflege- und Therapieprozess“ durch die Angabe „übernehmen die Verantwortung für die Einbettung der eigenverantwortlich wahrgenommenen heilkundlichen Aufgaben in den Pflege- und Therapieprozess“ ersetzt.

ff) In dem sechsten Spiegelstrich wird die Angabe „die selbständig ausgeführten übertragenen erweiterten heilkundlichen Aufgaben“ durch die Angabe „die eigenverantwortlich wahrgenommenen heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.

b) Abschnitt II wird wie folgt geändert:

aa) In der Überschrift wird die Angabe „Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse“ durch die Angabe „Verantwortung für heilkundliche Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes im Rahmen von Pflege- und Therapieprozessen“ ersetzt.

bb) In dem neunten Spiegelstrich wird die Angabe „selbständige Übernahme erweiterter heilkundlicher Aufgaben“ durch die Angabe „eigenverantwortliche Wahrnehmung der heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.

c) Abschnitt III wird wie folgt geändert:

aa) In der Überschrift wird die Angabe „Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse“ durch die Angabe „Verantwortung für heilkundliche Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes im Rahmen von Pflege- und Therapieprozessen“ ersetzt.

bb) In dem sechsten Spiegelstrich wird die Angabe „erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten“ durch die Angabe „der heilkundlichen Aufgaben“ ersetzt.

d) In der Überschrift des Abschnitts IV wird die Angabe „Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse“ durch die Angabe „Verantwortung für heilkundliche Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes im Rahmen von Pflege- und Therapieprozessen“ ersetzt.

5. In Anlage 14 wird die Angabe „über die erweiterten heilkundlichen Kompetenzen nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes“ durch die Angabe „über die zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung der heilkundlichen Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes erforderlichen fachlichen und

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

personalen Kompetenzen“ und die Angabe „zur selbständigen und eigenverantwortlichen Ausübung erweiterter heilkundlicher Tätigkeiten“ durch die Angabe „zur eigenverantwortlichen Wahrnehmung heilkundlicher Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes“ ersetzt.

Artikel 10

Änderung des Grundstoffüberwachungsgesetzes

Das Grundstoffüberwachungsgesetz vom 11. März 2008 (BGBl. I S. 306), das zuletzt durch Artikel 8z des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 19 wird wie folgt geändert:

1. Absatz 1 wird wie folgt geändert:
   a) In Nummer 2 wird die Angabe „Artikel 3 Abs. 2 der Verordnung (EG) Nr. 273/2004“ durch die Angabe „Artikel 3 Absatz 2 der Verordnung (EG) Nr. 273/2004 in der Fassung vom 21. Mai 2025“ ersetzt.
   b) In Nummer 3 wird die Angabe „Artikel 6 Abs. 1 der Verordnung (EG) Nr. 111/2005“ durch die Angabe „Artikel 6 Absatz 1 Unterabsatz 1 der Verordnung (EG) Nr. 111/2005 in der Fassung vom 21. Mai 2025“ ersetzt.
   c) In Nummer 4 wird die Angabe „Artikel 12 Abs. 1 der Verordnung (EG) Nr. 111/2005“ durch die Angabe „Artikel 12 Absatz 1 Unterabsatz 1 der Verordnung (EG) Nr. 111/2005 in der Fassung vom 21. Mai 2025“ ersetzt.
   d) In Nummer 5 wird die Angabe „Artikel 20 der Verordnung (EG) Nr. 111/2005“ durch die Angabe „Artikel 20 Absatz 1 Satz 1 der Verordnung (EG) Nr. 111/2005 in der Fassung vom 21. Mai 2025“ ersetzt.
2. Absatz 5 wird gestrichen.

Artikel 11

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 14b wird wie folgt geändert:

1. In Satz 3 wird die Angabe „jeweils zum Stichtag 30. Juni 2021 und 30. Juni 2024“ durch die Angabe „jeweils zum Stichtag 30. Juni 2021, 30. Juni 2024 und 1. März 2026“ ersetzt.
2. Satz 4 wird gestrichen.

Artikel 12

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 101) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 7 Absatz 2 Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

„Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann feststellen, dass die weitere Aufbewahrung für die Prüfung nach § 20 Absatz 1 Satz 1 oder im Einzelfall für die Prüfungen nach § 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlich ist; in diesem Fall sind die in Satz 3 genannten Daten spätestens nach Ablauf des fünfzehnten Kalenderjahres zu löschen, das auf das Berichtsjahr folgt, auf das sich die jeweilige Prüfung bezieht.“

Artikel 13

Änderung des Mutterschutzgesetzes

Das Mutterschutzgesetz vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Februar 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 59) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Nach § 20 Absatz 3 wird der folgende Absatz 4 eingefügt:

„(4) Bei Personen, die nach einem Abkommen zur Vermeidung der Doppelbesteuerung nicht in der Bundesrepublik Deutschland ansässig sind und deren Ansässigkeitsstaat nach diesem Abkommen zur Vermeidung der Doppelbesteuerung das Besteuerungsrecht für den Zuschuss zum Mutterschaftsgeld zusteht, sind für die Berechnung des Zuschusses zum Mutterschaftsgeld nur die Beiträge zur Sozialversicherung als das durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt nach Absatz 1 Satz 2 vermindernde gesetzliche Abzüge zu berücksichtigen. Unterliegt der Zuschuss zum Mutterschaftsgeld im Ansässigkeitsstaat nach dessen maßgebenden Vorschriften nicht der Steuer, sind alle gesetzlichen Abzüge nach Absatz 1 Satz 2 zu berücksichtigen.“

Artikel 14

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am 1. Januar 2026 in Kraft.

(2) Artikel 2 tritt am 1. Januar 2027 in Kraft.

(3) Artikel 3 Nummer 27 tritt mit Wirkung vom 1. Juli 2025 in Kraft.

EU-Rechtsakte:

1. Verordnung (EG) Nr. 273/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. Februar 2004 betreffend Drogenausgangsstoffe (ABl. L 047 vom 18.2.2004, S. 1), die zuletzt durch die Delegierte Verordnung (EU) 2025/1475 der Kommission vom 21. Mai 2025 (Abl. L 2025/1475 vom 25.7.2025) geändert worden ist

2. Verordnung (EG) Nr. 111/2005 des Rates vom 22. Dezember 2004 zur Festlegung von Vorschriften für die Überwachung des Handels mit Drogenaustauschstoffen zwischen der Gemeinschaft und Drittländern (ABl. L 22 vom 26.1.2005, S. 1; L 61 vom 2.3.2006, S. 23), die zuletzt durch die Delegierte Verordnung (EU) 2025/1475 der Kommission vom 21. Mai 2025 (Abl. L 2025/1475 vom 25.7.2025) geändert worden ist

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

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

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

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

Die Gewährleistung einer leistungsfähigen, regional gegliederten, ortsnahen und bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung liegt darüber hinaus auch in der maßgeblichen Zuständigkeit der Länder und deren Kommunen. Das geltende Pflegeversicherungsrecht eröffnet den Ländern und deren Kommunen daher bereits verschiedene Möglichkeiten, um Einfluss auf die Planung und Ausgestaltung der pflegerischen Infrastruktur und die Sicherstellung

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

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

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

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

Die Höhe des Anspruchs von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung auf Krankengeld wird gemäß § 47 SGB V auf Grundlage des Nettoarbeitsentgelts der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer berechnet. Die Leistung unterliegt im Inland nicht der Besteuerung. In Sonderfällen, in denen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ihren Wohnsitz im Ausland haben und das bezogene deutsche Krankengeld auf Grund eines zwischen Deutschland und dem Ansässigkeitsstaat geschlossenen Doppelbesteuerungsabkommens im Ansässigkeitsstaat besteuert werden kann, kann es hier zu einer übermäßigen Belastung der krankengeldbeziehenden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer kommen. Ziel ist es, eine solche Belastung und eine damit verbundene mögliche Einschränkung der Arbeitnehmerfreizügigkeit innerhalb der Europäischen Union zu vermeiden. Gleiches gilt hinsichtlich der Berechnung des Mutterschaftsgeldes nach § 24i SGB V und des Zuschusses zum Mutterschaftsgeld nach § 20 MuSchG sowie des Verletztengeldes nach § 47 SGB VII.

Aufgrund der COVID-19-Pandemie wurde die Bezugsdauer von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes (so genannte Kindkranktage) pro Versicherten nach § 45 SGB V für die Jahre 2020 bis 2023 auf bis zu 30 Arbeitstage pro Kind und Elternteil beziehungsweise 60 Arbeitstage für Alleinerziehende festgelegt, längstens für insgesamt bis zu 65 Arbeitstage pro Elternteil beziehungsweise 130 Arbeitstage für Alleinerziehende. Daran anknüpfend

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

wurde zunächst übergangsweise für die Jahre 2024 und 2025 die Anspruchsdauer auf 15 Arbeitstage pro Kind und Elternteil beziehungsweise 30 Arbeitstage für Alleinerziehende festgelegt, längstens für insgesamt 35 Arbeitstage pro Elternteil beziehungsweise 70 Arbeitstage für Alleinerziehende. Ohne eine Anschlussregelung würde die Anspruchsdauer ab 1. Januar 2026 automatisch wieder auf das präpandemische Niveau von 10 Arbeitstagen pro Kind und Elternteil reduziert.

Eine Verlängerung der Dauer für die Förderung besonderer Therapieeinrichtungen zur Behandlung von Patienten mit pädophilen Sexualstörungen um zwei Jahre ist erforderlich, um den Abschluss der laufenden Evaluierung der Modellvorhaben zu ermöglichen.

Seit einiger Zeit wird die Tätigkeit von sogenannten Poolärztinnen und -ärzten im vertragsärztlichen Notdienst vermehrt nicht mehr als selbstständige und sozialversicherungsfreie Tätigkeit bewertet, sondern als Beschäftigung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen befürchten, dass bei Einstufung als Beschäftigung zukünftig nicht mehr genug Poolärztinnen und -ärzte bereit sind, sich am vertragsärztlichen Notdienst zu beteiligen. Dies gefährde die Aufrechterhaltung des vertragsärztlichen Notdienstes in seinem bisherigen Umfang. Neben den direkten negativen Auswirkungen auf die Versorgung komme es dann auch zu einer deutlichen Mehrbelastung der Notaufnahmen an Krankenhäusern.

Durch die Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen ist eine Anpassung in der Aufbringung der Mittel für den Strukturfonds durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erforderlich, um weiterhin eine ausreichende Finanzierung für Fördermaßnahmen sicherzustellen.

Das BAS führt nach § 273 SGB V Prüfungen der Datenmeldungen der Krankenkassen für den Risikostrukturausgleich (RSA) durch, u. a. um festzustellen, ob Krankenkassen rechtswidrig die Diagnosekodierung beeinflusst haben, um sich im Risikostrukturausgleich (RSA) Vorteile zu verschaffen. Diese Prüfverfahren wurden zuletzt mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) vom 22. März 2020 mit der Zielstellung angepasst, die Verfahren zu beschleunigen. Diese Erwartung hat sich bis jetzt nicht erfüllt, weshalb weitere Maßnahmen zu ergreifen sind, um die seit Jahren andauernden Prüfverfahren einem Abschluss zuzuführen.

Es gibt Fallkonstellationen, bei denen die Kenntnisnahme konkreter Gesundheitsdaten mittels der elektronischen Patientenakte für die Patientinnen und Patienten bzw. Dritte nachteilig sein könnte. Zum Schutz der Patientinnen und Patienten werden daher Ausnahmen von der Befüllungsverpflichtung bzw. der Möglichkeit zur Befüllung der elektronischen Patientenakte nach § 347 bis § 349 SGB V aus erheblichen therapeutischen Gründen, zum Schutz der Rechte Dritter sowie bei Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder eines Jugendlichen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres geschaffen.

Die digitale Transformation des Gesundheitswesens und der Pflege soll weiter vorangetrieben werden. Vor diesem Hintergrund müssen auch Regelungen zur sicheren Nutzung von IT regelmäßig aktualisiert werden. Das E-Rezept, das inzwischen etabliert ist, soll weiter optimiert werden.

Die Änderung im Grundstoffüberwachungsgesetz (GÜG) dient der Anpassung der Strafvorschrift an geändertes EU-Recht zu Drogenausgangsstoffen.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Befugnis zur Heilkundeausübung durch Pflegefachpersonen; sozialrechtliche Geltung der Vorbehaltsaufgaben

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

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

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

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

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

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

Eine wesentliche Aufgabe der Vertretung der Pflegeberufe auf Bundesebene ist dabei die Erarbeitung einer systematischen und umfassenden Beschreibung der Aufgaben von Pflegefachpersonen, einschließlich heilkundlicher Aufgaben (sog. Muster-Scope of Practice). Dabei sind auch Empfehlungen für Mindestanforderungen an Weiterbildungen zu beschreiben, die den jeweiligen Aufgaben zugrunde liegen. Hierfür wird in § 8 Absatz 3c SGB XI ein Modellprogramm beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen eingerichtet, das mit 10 Millionen Euro für die Jahre 2026 bis 2031 ausgestattet wird. In dem Modellprogramm beauftragt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wissenschaftliche Expertisen zu den genannten Themen; die Einbeziehung der Vertretung der Pflegeberufe auf Bundesebene durch die jeweiligen Auftragnehmer ist dabei verpflichtend sicherzustellen.

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

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

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

Zur Beschleunigung der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen und zur besseren Berücksichtigung von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen im Rahmen der Personalausstattung von vollstationären Pflegeeinrichtungen wird die Möglichkeit geschaffen, die Vereinbarung von Stellen für hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen, die zu mindestens 50 Prozent in der direkten Pflege und Betreuung tätig sind, regelhaft als sachlichen Grund über die bestehenden Personalanhaltszahlen nach § 113c Absatz 1 SGB XI hinaus anzugeben. Die Möglichkeiten, Stellen für andere Fachkräfte zur Deckung des Personalbedarfs zu vereinbaren, werden auf Grundlage der bestehenden landesrechtlichen Regelungen bundeseinheitlich geregelt. Zur Begleitung der Umsetzung des neuen Personalbemessungsverfahrens, insbesondere zur Umsetzung einer personzentrierten und kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklung, auch in ambulanten und teilstationären Pflegeeinrichtungen, beauftragen die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a SGB XI gemeinsam mit den Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 Satz 1 bis zum 31. Dezember 2026 eine unabhängige Geschäftsstelle mit der Begleitung und Unterstützung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung. Aufgabe der Geschäftsstelle ist auch die bedarfsabhängige Schulung von Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen zur fachgerechten Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung.

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

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

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

Um die Kommunen mit Blick auf die ortsnahe pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu unterstützen, müssen die kommunalen Pflegestrukturplanungen sowie die Empfehlungen der Landespflegeausschüsse und der regionalen Pflegeausschüsse nach § 8 Absätze 1 bis 3 künftig vor Abschluss eines Versorgungsvertrages beachtet werden. Zugleich werden die bestehenden Vorgaben zur Planung der Pflegeeinrichtungen durch die Länder konkretisiert, um dies ebenfalls mit den neuen Mitwirkungsmöglichkeiten bei der Zulassung von Pflegeeinrichtungen zu verknüpfen. Wie in vielen Ländern bereits in der Rechtspraxis umgesetzt, können durch Landesrecht Vorgaben zur kommunalen Pflegestrukturplanung gemacht werden. Zudem kann durch Landesrecht bestimmt werden, dass die Empfehlungen der regionalen Ausschüsse nach § 8a Absatz 3 SGB XI als kommunale Pflegestrukturplanung angesehen werden können. Durch die neuen Mitwirkungsmöglichkeiten sollen Länder und Kommunen auch dazu angeregt werden, ihre Infrastrukturverantwortung effizienter wahrzunehmen und zu gestalten und – entsprechend dem bestehenden Recht durch die Pflegekassen unterstützt – Planungen zu erstellen, die zur Sicherstellung einer den spezifischen regionalen Bedarfen entsprechenden pflegerischen Versorgung beitragen können.

Zugleich werden auch die Aufgaben der Pflegekassen konkretisiert. Um ihren Sicherstellungsauftrag besser auszufüllen, sollen sie bzw. ihre Landesverbände zukünftig ihnen zur Verfügung stehenden Versorgungsdaten zur Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation regelmäßig den zuständigen Gebietskörperschaften zur Unterstützung bei deren Aufgaben nach § 9 bereitstellen. Hierdurch soll die Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen und Kommunen weiter verbessert werden. Der Sicherstellungsauftrag wird zudem auch in Bezug auf die Pflegeberatung konkretisiert. Die Pflegekassen im Land sollen hierfür einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen zur kassenartenübergreifenden Organisation der Pflegeberatung im Land und zur Abstimmung und Zuordnung der Beratungsstrukturen zu bestimmten räumlichen Einzugsbereichen treffen können. Damit könnten zum Beispiel auch Beratungsangebote für besondere Personengruppen geschaffen und besser organisiert werden.

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

Weiterentwicklung der Fördermöglichkeiten für die Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken und im Bereich der Selbsthilfe in der Pflege

Die Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken, die bisher in § 45c Absatz 9 SGB XI verortet war, wird in einen neuen § 45e SGB XI überführt und dort im Hinblick auf den weiteren Auf- und Ausbau und die Unterstützung der Zusammenarbeit in strukturierten Netzwerken weiterentwickelt. Hierdurch wird die Bedeutung der Vernetzung von Akteuren für die pflegerische Versorgung herausgestellt und die Rolle der kommunalen Ebene gestärkt. Im Bereich der Selbsthilfe in der Pflege wird die Förderung von allein durch die Pflegeversicherung geförderten Gründungszuschüssen für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen und für bundesweite Tätigkeiten und Strukturen der Selbsthilfe verstetigt und in § 45d SGB XI gleichberechtigt mit den übrigen Fördermöglichkeiten geregelt. Damit wird die Förderung verbessert und mehr Planungssicherheit für alle Beteiligten geschaffen. Zur besseren Übersichtlichkeit wird § 45d SGB XI zugleich neu gefasst und in Absätze untergliedert.

Prävention im Rahmen des SGB XI ausbauen

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Verfahrensoptimierungen für die Vergütungsverhandlungen bei nach dem SGB XI zugelassenen Pflegeeinrichtungen

Im Pflegevertrags- und -vergütungsrecht ist ein Paket an Regelungen zum Verfahren für die Verhandlung von Vereinbarungen sowie zu den Vertragsinhalten vorgesehen, das sich in die bestehende Systematik des Pflegevergütungsrechts einfügt. Zentraler Ansatzpunkt sind hierbei neue Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen, welche zum formalen Verfahren den Beginn, die Verhandlungsführung und den Abschluss mitumfassen. Damit verbunden ist ein Auftrag zu Bundesempfehlungen für die Pflegeselbstverwaltung als Richtschnur, um dynamisch auch aktuellen Herausforderungen effektiv und handlungsleitend begegnen zu können.

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

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

Pflegerische Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen

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

Zum einen wurde der so genannte Wohngruppenzuschlag gemäß § 38a als zusätzliche Leistung für pflegebedürftige Menschen in ambulant betreuten Wohngruppen eingeführt. Zum anderen wurde mit § 45e eine Regelung geschaffen, die die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen im Blick hat. Im Rahmen einer Anschubfinanzierung werden Pflegebedürftige, die Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag nach § 38a haben und an der gemeinsamen Gründung der Wohngruppe beteiligt sind, dabei unterstützt, die gemeinsame Wohnung altersgerecht oder barrierearm umzugestalten. Schließlich wurden mit § 45f in der bisherigen Fassung 10 Millionen Euro zur wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen zur Verfügung gestellt.

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

Dieses Buch gewährt Leistungen entweder bei häuslicher oder bei stationärer Pflege. Rechtlich ist es aber oftmals nicht möglich, einzelne Versorgungsansätze insgesamt der häuslichen oder der stationären Pflege zuzuordnen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Daher erschweren diese Mischformen den Pflegekassen die Entscheidung, welche Leistungen den Pflegebedürftigen nach diesem Buch zustehen.

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

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

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

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

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

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

Digitale Pflegeanwendungen

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entbürokratisierungsprojekt zu Erleichterungen in der Praxis aus Sicht der Pflegeversicherten

Im Rahmen eines neuen § 122 SGB XI-E wird ein befristetes Kooperationsprojekt zur Entbürokratisierung bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung ins Leben gerufen. Hierbei wird auf Ebene des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen ein Gremium gebildet, in dem die Pflegekassen im Rahmen der Selbstverwaltung zusammenkommen im Hinblick auf eine Reduktion, Vereinfachung und Vereinheitlichung von Formularen oder anderen formalen Vorgaben, die von Pflegekassen im Rahmen der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung eingesetzt werden, sowie im Hinblick auf eine Weiterentwicklung von Hilfestellungen bei der Antragstellung. Insbesondere Pflegebedürftige und deren An- und Zugehörige sowie allgemein Versicherte sind dabei ebenfalls mit einzubeziehen. Dies trägt dazu bei, Bürokratie abzubauen, und kann auch eine spätere Digitalisierung von Prozessen bei der Bearbeitung von Anträgen erleichtern.

Nachweis über die Elterneigenschaft im automatisierten Übermittlungsverfahren

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

Anbindung der Zahlstellen an das automatisierte Übermittlungsverfahren

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

Weiterentwicklungen im Bereich Qualitätssicherung in der Pflege

Durch die Stärkung der Rolle des unparteiischen Vorsitzenden findet eine maßvolle institutionelle Weiterentwicklung des Qualitätsausschusses Pflege statt. Zudem soll die Effizienz der Beauftragung von Qualitätsprüfungen und die Transparenz über das Prüfgeschehen durch die Einrichtung einer digitalen Daten- und Kommunikationsplattform beim GKV-SV erhöht werden. Darüber hinaus tragen weitere Verfahrenserleichterungen und Verbesserungen der Rahmenbedingungen zur Entbürokratisierung bei Qualitätsprüfungen für Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen und Prüfdiensten und zur Vermeidung von Doppelprüfungen bei.

Wahrnehmung von Aufgaben der Pflegekassen durch Dritte

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

Übergangsregelung zur Versorgung von pflegebedürftigen Mitgliedern geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnlichen Personen in ordensinterner Pflege

Mit der Einführung eines neuen § 146a wird entsprechend dem diesbezüglichen Auftrag im Koalitionsvertrag eine Regelung hinsichtlich der pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Ordensangehörigen geschaffen. Deren Versorgung wird bis zum 31. Dezember 2025 auf Grundlage eines eigenständigen vertraglichen Konstrukts mit den Pflegekassenverbänden erfolgen. Um danach eine kontinuierliche Versorgung zu ermöglichen, ist eine Anschlussregelung erforderlich. Eine Übergangszeit von 10 Jahren soll es den betroffenen Ordensgemeinschaften ermöglichen dem bereits begonnenen Transformationsprozess entsprechend die pflegerische Versorgung in den Ordensgemeinschaften langfristig auf die im SGB XI vorgesehenen Versorgungsformen umzustellen, um die Versorgung nachhaltig und verlässlich gestalten zu können. Dabei soll auch der Spitzenverband Bund der

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Pflegekassen gemeinsam mit den Vereinigungen der Ordensgemeinschaften unterstützend tätig werden und ein Konzept zur langfristigen pflegerischen Versorgung der Ordensangehörigen entwickeln sowie entsprechende Maßnahmen zur Umsetzung ergreifen.

Entlastung von Arbeitnehmern mit Wohnsitz im Ausland beim Kranken- und Mutterschaftsgeld sowie Verletztengeld

Um die beschriebene mögliche übermäßige Belastung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mit Wohnsitz im Ausland zu vermeiden und die Freizügigkeit innerhalb der Europäischen Union zu stärken, soll eine Anpassung der Berechnungsmethode für das Krankengeld und für das Mutterschaftsgeld bzw. für den Zuschuss zum Mutterschaftsgeld erfolgen. Konkret wird durch eine Änderung des die Berechnung des Krankengelds regelnden § 47 SGB V bzw. der die Berechnung des Mutterschaftsgeldes und den Zuschuss zum Mutterschaftsgeld regelnden § 24i SGB V und § 20 MuSchG klargestellt, dass für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mit Wohnsitz im Ausland in den Fällen, in denen das Besteuerungsrecht nach einem Doppelbesteuerungsabkommen dem Ansässigkeitsstaat zusteht und dieser Staat in Ausübung seines Besteuerungsrechts eine Besteuerung vornimmt, das Krankengeld bzw. das Mutterschaftsgeld und der Zuschuss zum Mutterschaftsgeld auf einer Bruttolohnbasis zu berechnen ist. Durch eine Folgeänderung in § 47 SGB VII wird in diesen Fällen auch beim Verletztengeld eine übermäßige Belastung vermieden.

Kindkranktage

Der für die Jahre 2024 und 2025 geregelte Leistungszeitraum für das Kinderkrankengeld wird für 2026 verlängert.

Behandlung pädophile Sexualstörungen

Um die abschließende Evaluierung der Modellvorhaben im Bereich der besonderen Therapieeinrichtungen zur Behandlung von Patienten mit pädophilen Sexualstörungen zu ermöglichen, wird der zeitliche Förderrahmen der Modellvorhaben ausnahmsweise um zwei Jahre bis 2027 verlängert.

Ärztinnen und Ärzte im vertragsärztlichen Notdienst

Die Regelungen dienen der Klarstellung der aktuellen Rechtslage und verfolgen insbesondere den Zweck, den zur Organisation des vertragsärztlichen Notdienstes verpflichteten Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den am vertragsärztlichen Notdienst teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten Rechtssicherheit zu geben, damit diese ihre Tätigkeit auch als selbstständige Tätigkeit ausüben können. Die Klarstellung in § 81 SGB V soll dabei sicherstellen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen über eine hinreichende Gestaltungshoheit verfügen, ihren vertragsärztlichen Notdienst inhaltlich so auszugestalten, dass die Voraussetzungen für eine selbstständige Tätigkeit erfüllt sind. Der Hinweis auf die Zulässigkeit der Gewährung einer Sicherstellungspauschale an Ärztinnen und Ärzte unabhängig von der tatsächlichen Vergütung trägt dabei dem Bedürfnis Rechnung, den Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 1b SGB V auch in ländlichen und dünn besiedelten Gebieten sicherzustellen.

In § 95 SGB V soll klargestellt werden, dass es sich bei der Teilnahme von Vertragsärztinnen und -ärzten am vertragsärztlichen Notdienst sozialversicherungsrechtlich um einen Annex zur Haupttätigkeit handelt. Die Klarstellung soll den Vertragsärztinnen und -ärzten entsprechende Rechtssicherheit bei Ausübung ihrer Tätigkeit im vertragsärztlichen Notdienst geben.

Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung

Die Berechnung der Finanzierungshöhe für den Strukturfonds orientiert sich auch weiterhin an der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, so dass der Betrag, den die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen in den Strukturfonds einzuzahlen haben, identisch bleibt. Künftig wird den Kassenärztlichen Vereinigungen jedoch freigestellt, welche Honorare aus vertragsärztlicher Tätigkeit sie zur Finanzierung ihres Anteils heranziehen.

Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich (RSA)

Um in den Prüfverfahren nach § 273 SGB V zur Sicherung der Datengrundlagen für den RSA in einem angemessenen Zeitrahmen zu Ergebnissen zu kommen, wird dem die Verfahren durchführenden BAS ein Zeitpunkt vorgegeben, bis zu dem die Prüfverfahren spätestens abzuschließen sind.

Speicherung von Gesundheitsdaten in der elektronischen Patientenakte

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Es gibt Fallkonstellationen, bei denen die Kenntnisnahme konkreter Gesundheitsdaten mittels der elektronischen Patientenakte für die Patientinnen und Patienten bzw. Dritte nachteilig sein könnte. Zum Schutz der Patientinnen und Patienten werden daher Ausnahmen von der Befüllungsverpflichtung bzw. der Möglichkeit zur Befüllung der elektronischen Patientenakte nach § 347 bis § 349 SGB V aus erheblichen therapeutischen Gründen, zum Schutz der Rechte Dritter sowie bei Vorliegen gewichtiger Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder eines Jugendlichen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres geschaffen.

Digitale Transformation des Gesundheitswesens und der Pflege

Zur Erhöhung der IT-Sicherheit werden zudem Regelungen für den Umgang mit dem Praxis- und Institutionsausweis (SMC-B) in Praxen und Pflegeeinrichtungen geschaffen. Der Heilberufs- bzw. Berufsausweis wird als weiteres Zugriffserfordernis für das E-Rezept gestrichen. Die Versendung der elektronischen Ersatzbescheinigung direkt vom Leistungserbringer wird ermöglicht.

Änderung im Grundstoffüberwachungsgesetz

Die Änderung des Grundstoffüberwachungsgesetzes (GÜG) passt die Strafvorschrift des § 19 GÜG an die Verordnung (EG) Nr. 273/2004 und die Verordnung (EG) Nr. 111/2005 an, die zuletzt durch die Delegierte Verordnung (EU) 2025/1475 geändert worden sind. Damit sind für die Strafvorschriften des § 19 die Verordnungen in der Fassung jeweils vom 21. Mai 2025 maßgeblich.

III. Exekutiver Fußabdruck

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

IV. Alternativen

Keine.

V. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelungen zur gesetzlichen Pflege-, Kranken-, Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung beruht auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes (GG) (Sozialversicherung). Soweit das privatrechtliche Versicherungswesen betroffen ist, folgt die Gesetzgebungskompetenz aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 11 GG in Verbindung mit Artikel 72 Absatz 2 GG (Recht der Wirtschaft; privatrechtliches Versicherungswesen). Eine bundesgesetzliche Regelung zur Wahrung der Wirtschaftseinheit ist erforderlich, da die Unternehmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung ihre Tätigkeit in der Regel im gesamten Bundesgebiet ausüben und der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht unterliegen. Eine Segmentierung der Unternehmensverträge nach unterschiedlichem Landesrecht wäre wirtschaftlich kaum sinnvoll durchzuführen. Bundeseinheitliche Regelungen sind auch deswegen erforderlich, weil im Rahmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung bundeseinheitlich Vertragsleistungen vorzusehen sind, die nach Art und Umfang den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind (vergleiche § 23 Absatz 1 Satz 2 SGB XI). Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelungen im Pflegeberufegesetz beruht auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 GG (Zulassung zu anderen Heilberufen). Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für Regelungen zum Arbeitsrecht beruht auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes ergibt sich für die enthaltenen Änderungen des SGB V, des MuSchG, des KHG sowie der RSAV aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 Grundgesetz. Für die im Gesetzentwurf enthaltene Änderungen im GÜG folgt die Gesetzgebungskompetenz aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 Grundgesetz.

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. Durch die Anpassung der Berechnungsmethode für das

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Krankengeld und für das Mutterschaftsgeld bzw. für den Zuschuss zum Mutterschaftsgeld sowie beim Verletztengeld wird die Freizügigkeit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Europäischen Union gestärkt. Die Änderung des GÜG dient der Anpassung der Strafvorschrift an geändertes EU-Recht zu Drogenausgangsstoffen, das zugleich auch Beschlüsse der VN-Suchtstoffkommission umsetzt.

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. Hinsichtlich der Förderung der Selbsthilfe in der Pflege wird die Förderung von Gründungszuschüssen für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen sowie von bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten und -strukturen, die allein aus Mitteln der Pflegeversicherung gefördert werden, vereinfacht. Durch eine Vereinheitlichung der Fristen im Hinblick auf das Ruhen von Leistungen werden ferner sowohl Pflegekassen als auch Versicherte von Prüfaufwand entlastet.

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

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Das Gesetz entspricht den Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung im Sinne der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie (DNS), die der Umsetzung der UN-Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung dient. Das Gesetz unterstützt insbesondere das Nachhaltigkeitsziel 3 der DNS „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“, indem es dafür Sorge trägt, dass die an der Pflege beteiligten Akteure ihren gesetzlichen Auftrag einer leistungsfähigen, regional gegliederten, ortsnahen und aufeinander abgestimmten pflegerischen Versorgung der Bevölkerung noch besser als bisher erfüllen können. Es unterstützt das Nachhaltigkeitsziel 3 zudem dadurch, dass die vielfältigen Kompetenzen von Pflegefachpersonen in verstärktem Maße für die Versorgung genutzt werden und Pflegefachpersonen neben Ärztinnen und Ärzten auch selbständig weitergehende Leistungen als bisher in der Versorgung erbringen können. Indem die fachlichen Potenziale von Pflegefachpersonen mit einem erweiterten Aufgabenspektrum gehoben und die Kompetenzen von Pflegefachpersonen gestärkt werden, unterstützt das Gesetz auch das Nachhaltigkeitsziel 4 „Inklusive, gleichberechtigte und hochwertige Bildung für alle gewährleisten und Möglichkeiten lebenslangen Lernens für alle fördern“. Dadurch, dass das Gesetz sowohl eine sektoren- und professionenübergreifende Versorgung als auch die Potenziale der Digitalisierung und den Zugang zu innovativen Versorgungsstrukturen vor Ort stärkt, trägt es überdies bei zu Nachhaltigkeitsziel 9 der DNS „Eine widerstandsfähige Infrastruktur aufbauen, inklusive und nachhaltige Industrialisierung fördern und Innovationen unterstützen“. Mit dem Ziel, Regelungen zur pflegerischen Versorgung in innovativen und quartiernahen Wohnformen zu stärken und die Kommunen in ihrer Rolle und Verantwortung im Hinblick auf eine bedarfsgerechte und regional abgestimmte Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu unterstützen, adressiert das Gesetz auch Nachhaltigkeitsziel 11 „Städte und Siedlungen inklusiv, sicher, widerstandsfähig und nachhaltig gestalten“. Außerdem fördert es ein effizienteres, transparentes und ressourcensparendes Verwaltungshandeln in der Pflege, was dem Nachhaltigkeitsziel 16 „Leistungsfähige, rechenschaftspflichtige und transparente Institutionen auf allen Ebenen aufbauen“ entspricht. Des Weiteren werden mit dem Gesetz auch die Leitprinzipien der DNS erfüllt, insbesondere Prinzip 5 „den sozialen Zusammenhalt in einer offenen Gesellschaft wahren und niemanden zurücklassen“.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Gemeinden

Für den Bund entstehen hinsichtlich der Erweiterung der gemäß des Evaluationsauftrags nach § 72 Absatz 3f SGB XI durch das Bundesministerium für Gesundheit extern beauftragten gesetzlichen Evaluation einmalige Kosten

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

in Höhe von rund 110 000 Euro. Der Mehrbedarf an Sach- und Personalmitteln ist finanziell und stellenmäßig im Einzelplan 15 dauerhaft und vollständig auszugleichen.

Für die Träger der Beihilfe ergeben sich aus den Leistungsanpassungen insgesamt mittelfristig Minderausgaben in Höhe von rund 11,5 Millionen Euro jährlich.

Beim Bundesamt für Soziale Sicherung entsteht durch die Erweiterung der Prüfungen ein Mehraufwand in Höhe von einer Stelle im gehobenen Dienst und jährlichen Personalkosten in Höhe von 180 000 Euro. Die Stelle wird gemäß § 46 Absatz 6 Satz 7 SGB XI (für den Bereich der Pflegekassen) bzw. § 274 Absatz 2 SGB V (für den Bereich der Krankenkassen) durch die Krankenkassen refinanziert.

2. Soziale Pflegeversicherung

Kostenwirkungen in der sozialen Pflegeversicherung:

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

Für Maßnahmen zur Förderung wissenschaftlicher Expertisen zur konkreten Ausgestaltung der Inhalte und Weiterentwicklung von Leistungen des Fünften und Elften Buches, die durch Pflegefachpersonen erbracht werden, nach § 8 Absatz 3c SGB XI werden aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für die Jahre 2026 bis 2031 insgesamt 10 Millionen Euro bereitgestellt. Die gesetzlichen Krankenkassen tragen an den Ausgaben für die Fördermittel einen Anteil von 50 Prozent, so dass für den Ausgleichsfonds der Pflegekassen Ausgaben in Höhe von maximal 5 Millionen Euro entstehen. Diesen Ausgaben stehen Einsparungen im Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung in Höhe von 5 Millionen Euro durch Reduzierung der verfügbaren Mittel des Modellprogramms zur Erprobung der Telepflege nach § 125a SGB XI gegenüber. Damit erfolgt die Förderung ausgabenneutral.

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

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

Gemeinschaftliche Wohnformen

Es wird davon ausgegangen, dass mittelfristig ca. 45 000 Pflegebedürftige der sozialen Pflegeversicherung in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen gemäß § 92c pflegerisch versorgt werden. Es wird zudem angenommen, dass 20 Prozent von ihnen bisher in ambulant betreuten Wohngruppen versorgt wurden und durch die Neuregelung in eine gemeinschaftliche Wohnform mit Vertrag zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c wechseln. Außerdem wird mittelfristig für die künftigen Bewohner der gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c angenommen, dass diese in 25 Prozent der Fälle ansonsten Pflegegeld nach § 37 und in 15 Prozent der Fälle ansonsten Pflegesachleistungen nach § 36 in Anspruch genommen hätten. Weiterhin soll durch die Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen gemäß § 92c die Inanspruchnahme kombinierter ambulanter Leistungen nach den §§ 36, 38a, 41, 42 und 45b SGB XI statt einer vollstationären Versorgung begrenzt werden. Diese sog. Stapelleistungen sind für Betreiber von Pflegeeinrichtungen besonders attraktiv, da sie ein höheres Erlöspotenzial als die vom Versorgungsniveau ähnliche vollstationäre Versorgung bieten (vgl. Rothgang u. Müller 2019, S. 147 f; vgl. Nolting et al. 2023, S. 60). Es wird davon ausgegangen, dass dies mittelfristig auf 18 000 Pflegebedürftige (40 Prozent der Gesamtfallzahl) zutrifft.

Die gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c sind pro Pflegebedürftigen gegenüber der vollstationären Versorgung rechnerisch um jährlich rund 7 200 Euro und gegenüber ambulant betreuten Wohngruppen mit Sachleistungsbezug, Wohngruppenzuschlag, Entlastungsbetrag, Nutzung der Leistungen der Tages- und Nachtpflege und Kurzzeitpflege rechnerisch um jährlich rund 14 400 Euro günstiger. Lediglich gegenüber der ambulanten Versorgung mit Pflegegeldbezug sind die gemeinschaftlichen

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Wohnformen um rund 9 600 Euro pro Jahr teurer pro Pflegebedürftigen. Gegenüber der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen sind die gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c rechnerisch mit etwa gleichen Ausgaben für die soziale Pflegeversicherung verbunden.

Hierdurch ergeben sich für die soziale Pflegeversicherung mittelfristig Minderausgaben von rund 309 Millionen Euro, wobei angenommen wird, dass sich die Inanspruchnahme der neuen gemeinschaftlichen Wohnformen mit einem einjährigen Vorlauf danach gleichmäßig über einen Zeitraum von vier Jahren aufbaut (volle Finanzwirkung im fünften Jahr).

Frequenz der Beratungsbesuche

Aufgrund der Anpassungen bei der Frequenz der Beratungsbesuche gemäß § 37 Absatz 3 Satz 1 ergeben sich auf Basis der derzeitigen rechnerischen Ausgaben für die Pflegegrade 4 und 5 voraussichtlich jährliche Minderausgaben von rund 36 Millionen Euro.

Ruhensregelung

Die Weiterzahlung des Pflegegeldes bei Leistungsunterbrechungen einheitlich bis zu acht Wochen führt nur in wenigen Fällen zu höheren Ausgaben, da der überwiegende Teil der Unterbrechungstatbestände nicht länger als die bisherige Weiterzahlungsfrist von vier Wochen dauert. Bei Annahme von 2 Prozent der Pflegebedürftigen, die im Durchschnitt eine Woche länger Pflegegeld beziehen, ergeben sich jährliche Mehrausgaben von rund 12,4 Millionen Euro.

Förderung der Selbsthilfe

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

Zuschüsse bis zum Ende der Pflegezeit

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

Insgesamt ergeben sich für die Soziale Pflegeversicherung aus den genannten Regelungen mittelfristig jährliche Minderausgaben von rund 328 Millionen Euro. Die übrigen Regelungen sind kostenneutral.

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

Maßnahme	Finanzwirkung in Millionen Euro				
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr
Gemeinschaftliche Wohnformen	0,0	-77,3	-154,5	-231,8	-309,0
Frequenz der Beratungsbesuche	-36,0	-36,0	-36,0	-36,0	-36,0
Ruhensregelung	12,4	12,4	12,4	12,4	12,4

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Förderung der Selbsthilfe	5	5	5	5	5
Gesamtsaldo aus Mehr- und Minderausgaben	**-18,6**	**-95,9**	**-173,1**	**-250,4**	**-327,6**

3. Gesetzliche Krankenversicherung:

Kostenwirkungen in der gesetzlichen Krankenversicherung:

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

Für Maßnahmen zur Förderung wissenschaftlicher Expertisen zur konkreten Ausgestaltung der Inhalte und Weiterentwicklung von Leistungen des Fünften und Elften Buches nach § 8 Absatz 3c SGB XI werden aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für die Jahre 2026 bis 2031 insgesamt 10 Millionen Euro bereitgestellt. Die gesetzlichen Krankenkassen tragen an den Ausgaben für die Fördermittel einen Anteil von 50 Prozent, so dass Ausgaben in Höhe von maximal 5 Millionen Euro insgesamt entstehen.

Zu diesen Kostenwirkungen kommen mögliche Einsparungen durch die zukünftig regelhaft mögliche Ausübung von bestimmten ärztlichen Aufgaben auch durch Pflegefachpersonen mit entsprechenden Kompetenzen in allen Versorgungsbereichen sowie durch die Einsparung von Aufwänden und Wegezeiten sowie mögliche Mehrkosten für die Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c SGB XI in nicht quantifizierbarer Größenordnung.

Behandlung pädophile Sexualstörungen

Das Modellprojekt wird pro Kalenderjahr mit 5 Millionen Euro gefördert. Es entstehen deshalb einmalige Kosten für die GKV in Höhe von jeweils 5 Millionen Euro im Jahr 2026 und im Jahr 2027.

Entlastung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mit Wohnsitz im Ausland beim Kranken- und Mutterschaftsgeld

Die Anpassung der Berechnungsmethode für das Krankengeld und für das Mutterschaftsgeld entstehenden Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sind nicht quantifizierbar. Aus der Praxis sind keine Fallzahlen bekannt, es sind jedoch nur sehr geringe Fallzahlen anzunehmen.

Kindkranktage

Die Fortschreibung der Anzahl der Kindkranktage nach § 45 Absatz 2a SGB V auch für das Jahr 2026 führt zu Mehrkosten der Gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe eines mittleren zweistelligen Millionenbetrages für das Jahr 2026 gegenüber einem ersatzlosen Wegfall der Regelung.

Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung

Durch die Regelungen zur Aufbringung der finanziellen Mittel für den Strukturfonds durch die Kassenärztlichen Vereinigungen entstehen keine Mehrkosten.

4. Gesetzliche Unfallversicherung:

Die Kostenwirkungen für die gesetzliche Unfallversicherung (GUV) wegen der Anpassung der Berechnungsmethode für das Verletztengeld von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mit Wohnsitz im Ausland zwecks Vermeidung einer übermäßigen Belastung sind nicht quantifizierbar. Aus der Praxis sind keine Fallzahlen bekannt. Es ist allenfalls von äußerst geringen Fallzahlen auszugehen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

4. Erfüllungsaufwand

4.1 Bürgerinnen und Bürger

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

Änderung der Intervalle der Beratung nach § 37 Absatz 3 Satz 1 SGB XI: Für pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 4 und 5 führt die Änderung der Regelung in § 37 Absatz 3 Satz 1 SGB XI zu zeitlichen Einsparungen, da sie zukünftig die Beratung nur zweimal im Jahr abrufen müssen. Von 3 574 718 reinen Pflegegeldbeziehenden der sozialen Pflegeversicherung sind 452 655 den Pflegegraden 4 und 5 zugeordnet. Unter der Voraussetzung, dass eine Beratung ca. 30 Minuten dauert, sparen sie grundsätzlich 452 655 Stunden pro Jahr ein (452 655 x 30/60 x 2). 45 666 ambulante Leistungsbeziehende der Pflegegrade 4 und 5 sind privat pflegeversichert. Unter der Annahme, dass rund drei Viertel der ambulanten Leistungsbeziehenden Pflegegeld in Anspruch nehmen (angelehnt an die Anteile der sozialen Pflegeversicherung), ergeben sich zeitliche Einsparungen von rund 34 250 Stunden (3/4 x 45 666 x 30/60 x 2). Ein gewisser Anteil wird weiterhin die Beratung vierteljährlich in Anspruch nehmen. Wie groß dieser Anteil sein wird, ist derzeit nicht quantifizierbar.

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

Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen (§ 45h SGB XI): Es ist von insgesamt 41 100 Anträgen der Bürgerinnen und Bürger auf Leistungen nach § 45h SGB XI pro Kalenderjahr auszugehen. Davon sind 37 000 Anträge bei den Pflegekassen zu stellen und 3 700 an die privaten Versicherungsunternehmen zu richten. In zeitlicher Hinsicht ist pro Antrag einmalig ein Aufwand in Höhe von zehn Minuten anzusetzen. An Sachkosten fallen für die Bürgerinnen und Bürger Portokosten in Höhe von 1,10 Euro (Kompaktbrief bis 50 g) sowie sonstige Sachkosten in Höhe von 0,20 Euro pro Antragstellung an. Der entstehende Erfüllungsaufwand für die Bürgerinnen und Bürger (jährlich im Saldo etwa 53 000 Euro sowie rund 6 900 Stunden) ist damit vernachlässigbar.

Entbürokratisierungsprojekt zu Erleichterungen in der Praxis aus Sicht der Pflegeversicherten (§ 122 SGB XI): Infolge der Einführung des Kooperationsgremiums zur Prüfung von Vereinfachungen bei Formularen, formalen Vorgaben und von Hilfestellungen bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung ist mittel- und langfristig eine erhebliche Entlastung für Pflegebedürftige, deren Vertretungsberechtigte und Pflegepersonen zu erwarten, da nicht erforderliche Abfragen reduziert und durch eine bessere Nachvollziehbarkeit der Beantragungen Beratungsaufwand eingespart werden können. Allerdings ergeben sich diese Entlastungswirkungen, die künftig bei jeder Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung eintreten können, aus den Ergebnissen der Beratungen des Gremiums, sodass die Senkung des Erfüllungsaufwands im Vorfeld noch nicht genau beziffert werden kann.

Durch die Regelungen zur elektronischen Ersatzbescheinigung entfallen für die Bürger Wegekosten in Höhe von 1,5 Millionen Euro pro Jahr, unter der Annahme, dass bei 50 Prozent der Ersatzbescheinigungen das nachträgliche Zeigen der eGK in der Praxis entfällt. Zudem entsteht eine Zeitersparnis von ca. 200 000 Stunden im Jahr (Rechenweg: Schätzung von 1 200 000 Fällen von benötigten Ersatzbescheinigungen pro Jahr, von denen 50 Prozent die bisherigen Verfahren für eine Ersatzbescheinigung genutzt haben und 50 Prozent bislang zusätzliche Wege zum nachträglichen Zeigen der eGK aufgenommen haben; Wegedauer und entsprechende Kosten orientiert an durchschnittlichen Wegezeiten und -sachkosten der Verwaltung: 20 Minuten bzw. 2,6 Euro. Daraus ergibt sich 600 000 * 2,6 Euro = ca. 1,5 Millionen Euro, bzw. 600 000 * 20 Minuten = 200 000 Stunden).

4.2 Wirtschaft

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

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

Erfüllungsaufwand Beratungspersonen: Die Änderung des § 37 Absatz 3 Satz 1 SGB XI führt zu zeitlichen Einsparungen bei den beratenden Personen und damit verbunden zu finanziellen Einsparungen bei den Pflegediensten und sonstigen Beratungsstellen. Von 3 574 718 reinen Pflegegeldbeziehenden der sozialen Pflegeversicherung sind 452 655 den Pflegegraden 4 und 5 zugeordnet. Konkrete Angaben zu Wegezeiten und -sachkosten liegen nicht vor, sodass die Standardwerte des Leitfadens zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung (Stand April 2025) herangezogen werden. Unter der Voraussetzung, dass eine Beratung ca. 30 Minuten dauert und durchschnittlich ca. 20 Minuten für die Wegstrecke anzusetzen sind, sparen die Beratungspersonen grundsätzlich 754 425 Stunden pro Jahr ein (452 655 x 50/60 x 2). Hinzu kommen rund 34 250 Pflegegeldbeziehende der Pflegegrade 4 und 5, die privat pflegeversichert sind. Diese Anzahl ergibt sich unter Zugrundelegung der Annahme, dass – angelehnt an die Anteile der sozialen Pflegeversicherung – rund drei Viertel der ambulanten Leistungsbeziehenden (45 666 Personen) Pflegegeld in Anspruch nehmen. Auch bei ihnen entfällt eine Beratung pro Halbjahr (mit 30 Minuten Beratung und 20 Minuten für die Wegstrecke), also zwei Beratungen im Jahr. Die Beratungspersonen sparen somit grundsätzlich 57 083 Stunden pro Jahr ein (34 250 x 50/60 x 2). Laut Lohnkostentabelle Wirtschaft ist für die Beratungspersonen ein Stundenlohn von 34,20 Euro anzusetzen. Dementsprechend spart die Wirtschaft rund 27,5 Millionen Euro ein (754 425 x 34,20 + 57 083 x 30).

Pro entfallenden Beratungsbesuch werden gemäß dem Leitfaden pauschal 3,10 Euro Wegesachkosten angesetzt, also eine Ersparnis von weiteren 3 018 811 Euro (973 810 entfallende Beratungen pro Jahr bei 452 655 gesetzlich Versicherten und 34 250 privat Versicherten x 3,10 Euro).

Zudem entfällt eine Nachbereitungszeit in Höhe von 10 Minuten pro Beratung für den Versand des Formulars an die Pflegekasse bzw. das Versicherungsunternehmen. Bei 486 905 betroffenen Versicherten (452 655 gesetzlich Versicherte + 34 250 privat Versicherte) entfallen zwei Beratungen pro Jahr, sodass insgesamt 973 810 Beratungen pro Jahr entfallen. Dies bringt eine Zeitersparnis von rund 162 300 Stunden pro Jahr. Bei einem Stundenlohn von 34,20 Euro entspricht dies Einsparungen in Höhe von rund 5 550 660 Euro pro Jahr. Zudem entfallen Kosten für Porto und Papier in Höhe von 1 Euro in 973 810 Fällen. Addiert ergibt sich eine weitere Kostenersparnis in Höhe von rund 6,5 Millionen Euro pro Jahr (5 550 660 Euro + 973 810 Euro), die als Bürokratiekosten aus Informationspflichten eingeordnet werden.

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

Die privaten Versicherungsunternehmen müssen zukünftig bei Pflegebedürftigen mit den Pflegegraden 4 und 5 nur noch halbjährlich prüfen, ob die Beratung nach § 37 Absatz 3 SGB XI durchgeführt wurde, und nur noch halbjährlich den eingereichten Nachweis verarbeiten. 45 666 ambulante Leistungsbeziehende der Pflegegrade 4

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

und 5 sind privat pflegeversichert, rund 34 250 von ihnen beziehen Pflegegeld (s.o.). Je versicherter Person sparen die privaten Versicherungsunternehmen ca. 10 Minuten pro Halbjahr, also 20 Minuten pro Jahr, ein. Bei einem Stundenlohn von 54,40 Euro (s. Lohnkostentabelle Wirtschaft, Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen) ergibt sich damit eine jährliche Einsparung von rund 621 067 Euro (34 250 x 20/60 x 54,40).

Hinzu kommt eine einmalige Umstellung der Software. Ausgehend von 36 privaten Versicherungsunternehmen, die die Krankheitsvollversicherung anbieten, einem Zeitaufwand von einer Stunde und einem Stundenlohn von 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).

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

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

Erfüllungsaufwand Beratungspersonen: Die Änderung des § 37 Absatz 4 Satz 3 SGB XI führt zu zeitlichen Einsparungen bei den beratenden Personen und damit verbunden zu finanziellen Einsparungen bei den Pflegediensten und sonstigen Beratungsstellen. Derzeit gibt es 3 574 718 reine Pflegegeldbeziehende der sozialen Pflegeversicherung und rund 195 000 reine Pflegegeldbeziehende der privaten Pflegeversicherung. Durch die Neuregelung in § 37 Absatz 3 Satz 1 SGB XI ist in den Pflegegraden 2 bis 5 halbjährlich einmal eine Beratung in Anspruch zu nehmen. Unter der Voraussetzung, dass der Versand des Nachweisformulars durchschnittlich 10 Minuten in Anspruch nimmt, sparen die Beratungspersonen grundsätzlich 1 256 573 Stunden pro Jahr ein (3 769 718 x 10/60 x 2). Laut Lohnkostentabelle Wirtschaft ist für die Beratungspersonen ein Stundenlohn von 34,20 Euro anzusetzen. Dementsprechend spart die Wirtschaft rund 43 Millionen Euro ein (1 256 573 x 34,20).

Zudem entfallen die Portokosten (0,95 Euro) und die Papierkosten (0,05 Euro). Dies führt zu Einsparungen von 7 539 436 Euro im Jahr (3 769 718 x 1 x 2).

Ein gewisser Anteil der Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 und 5 wird weiterhin die Beratung vierteljährlich in Anspruch nehmen. Wie groß dieser Anteil sein wird, ist derzeit nicht quantifizierbar.

Es ist davon auszugehen, dass die erforderliche Hardware und Software bereits vorhanden sind.

Erfüllungsaufwand private Versicherungsunternehmen: Es wird davon ausgegangen, dass die meisten privaten Versicherungsunternehmen über ein Scanzentrum verfügen, dessen Personal Posteingänge analog einscannt. Die Neuregelung in § 37 Absatz 4 Satz 3 SGB XI führt somit zu zeitlichen sowie finanziellen Einsparungen bei den privaten Versicherungsunternehmen. 195 000 Pflegegeldbeziehende sind privat pflegeversichert. Sie müssen zwei Beratungen im Jahr abrufen. Je versicherter Person sparen die privaten Versicherungsunternehmen im Durschnitt 5 Minuten pro Halbjahr, also 10 Minuten pro Jahr, ein. Somit ergibt sich eine zeitliche Einsparung in Höhe von 32 500 Stunden im Jahr (195 000 x 10/60). Bei einem Stundenlohn von 29 Euro (s. Lohnkostentabelle Wirtschaft, Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen) ergibt sich damit eine jährliche Einsparung von 942 500 Euro (32 500 x 29).

Es ist davon auszugehen, dass die erforderliche Hardware und Software bereits vorhanden sind.

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

Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen (§ 45h SGB XI): Von den 41 100 Anträgen auf Leistungen nach § 45h SGB XI pro Kalenderjahr müssen ca. 4 100 Anträge bei den privaten Versicherungsunternehmen bearbeitet und bescheidet werden. Es ist pro Antrag von einer Bearbeiterin bzw. einem Bearbeiter mittleren Qualifikationsniveaus mit einem Stundenlohn in Höhe von 51,30 Euro auszugehen. In zeitlicher Hinsicht dürften 30 Minuten insbesondere für die Prüfung der Voraussetzungen und die Bescheidung ausreichend sein. Dies führt bei den privaten Versicherungsunternehmen zu Personalkosten in Höhe von 25,65 Euro pro Antrag. Hinzukommen als

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Sachkosten Portokosten für den Bescheid in Höhe von 0,95 Euro pro Antrag (Standardbrief bis 20 g) sowie sonstige Sachkosten in Höhe von 0,10 Euro. Der Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft (private Versicherungsunternehmen) beträgt jährlich im Saldo etwa 109 000 Euro.

Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen (§ 86a SGB XI): Der Wirtschaft entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 15 440 Euro für die Erarbeitung der Bundesempfehlungen für Verfahrensleitlinien für die Pflegesatzvereinbarungen. Insbesondere die Regelung des § 86a Absatz 3 SGB XI wird mittelfristig dazu beigetragen, dass Pflegesatz- und Pflegevergütungsverfahren verkürzt und weniger streitbehaftet durchgeführt werden können, da mit den Bundesempfehlungen und den ggf. angepassten Rahmenverträgen klarere Vorgaben zum Verfahren vorgegeben werden. Insofern ist eine Entlastungswirkung durch die Maßnahmen in erheblich höherem Umfang als der Belastung zu erwarten. Werden 50 Prozent der Vereinbarungsabschlüsse durch vereinfachte Verfahren umgesetzt und dadurch der Aufwand je Vereinbarung um vier Stunden für die Beteiligten reduziert, ergibt sich ein jährliches Entlastungspotenzial von 3 557 756 Euro für die Wirtschaft (und 12 874 363 Euro für die Verwaltung, also insgesamt jährlich 16,5 Millionen Euro; siehe die folgende Tabelle).

Betroffene	Rechenweg	Betrag (in Euro)	Häufigkeit	Entlastung (in Euro)
Wirtschaft Anwendung vereinfachter Vereinbarungsverfahren in 50 % der Fälle* Einrichtungsträger	- 92 688 Stunden (=1P x (- 4 Stunden) x 23 172 Fälle) x 38,60 Euro	- 3 577 756	jährlich	3 557 756

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

Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen (§ 92c SGB XI): Der Wirtschaft entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 15 440 Euro für die Erarbeitung der Bundesempfehlungen zu den Inhalten der Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen. Diese Bundesempfehlungen werden mittelfristig dazu beigetragen, dass der Abschluss der Verträge nach § 92c Absatz 1 SGB XI geordnet und weniger streitbehaftet durchgeführt werden kann, da mit den Bundesempfehlungen klare Vorgaben zu den Inhalten vorgegeben werden. Insofern ist eine Entlastungswirkung durch die Maßnahmen in erheblich höherem Umfang als der Belastung zu erwarten.

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

Einrichtung Geschäftsstelle Personalbemessung (§ 113d SGB XI): Die Beauftragung einer Geschäftsstelle löst einen einmaligen geringfügigen Aufwand von ca. 15 000 Euro für die beteiligten Parteien aus. Die Umsetzung der Geschäftsstelle durch die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene und die Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene löst einen geringfügigen Aufwand von rund 14 880 Euro jährlich innerhalb der Laufzeit von 5 Jahren aus (dieser wurde addiert als einmaliger Erfüllungsaufwand von 74 400 Euro ausgewiesen).

Digitale Daten- und Kommunikationsplattform nach § 114 SGB XI: Die Anforderung an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund und dem Verband der privaten Krankenversicherung eine digitale Daten- und Kommunikationsplattform für Qualitätsprüfungen zu errichten, führt zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand (Ausschreibung eines Auftrags; Implementierung des Plattformsystems) in Höhe von voraussichtlich insgesamt rund 6 100 Euro. Im Gegenzug führt die Nutzung der digitale Daten- und

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Kommunikationsplattform durch effizienteren Informationsaustausch zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und dem Prüfdienst der PKV zu einer jährlichen Entlastung der Wirtschaft von rund 2 400 Euro.

Selbständige Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; selbständige Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen; Evaluation (§ 73d SGB V): Den Spitzenorganisationen für die Wahrnehmung von Interessen der ambulanten Pflegedienste und den zu beteiligenden Vereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen entsteht bei den Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Rahmenvertrag zur eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ein Gesamterfüllungsaufwand von einmalig rund 31 200 Euro (Rechenweg: Jeweils bis zu 14 Personen der Spitzenorganisationen der ambulanten Pflegedienste sowie der Vereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen für 6 Sitzungen á 3 Stunden mit Stundenlohnkosten in Höhe von 62,00 Euro (hohes Qualifikationsniveau)).

Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (§ 132a SGB V): Den für die Wahrnehmung der Interessen von ambulanten Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene als Rahmenempfehlungspartner nach § 132a Absatz 1 entsteht für die Beratung und Vereinbarung von Grundsätzen zur Vergütung heilkundlicher Aufgaben nach § 73d Absatz 1 zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege ein geringer einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 7 800 Euro. Die nach § 132a SGB V zu regelnden Empfehlungen zu Maßnahmen der Qualitätssicherung der Leistungserbringung sollen sich auch auf die Voraussetzungen beziehen, mit denen eine fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung ermöglicht wird.

Mit der Regelung zur Festlegung eines dritten Messzeitpunktes entsteht den im Rahmen des Krankenhauszukunftsfonds geförderten, sowie den freiwillig teilnehmenden Krankenhäusern kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand, da dieser im bereits im Rahmen des Krankenhauszukunftsgesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2208) durch die Ermächtigung zur Festlegung eines weiteren Stichtags im Rahmen einer Rechtsverordnung (§ 14b Satz 4 KHG) vollständig abgebildet wurde.

Mit der Anpassung der Fristenregelungen für C5-Typ2-Testierungen bei erstmaligem Inverkehrbringen eines Cloud-basierten informationstechnischen Systems entsteht für die Herstellerinnen und Hersteller dieser Systeme kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

Durch die Streichung des Erfordernisses eines elektronischen Heilberufs- oder Berufsausweises als Zugriffsvoraussetzung für Hilfsmittelerbringer und für die übrigen Zugriffsberechtigten auf das E-Rezept kommt es zu bei den Leistungserbringern zu Einsparungen von ca. 18 Millionen Euro alle 5 Jahre (= ca. 3,6 Millionen Euro pro Jahr; Rechenweg: 71 000 Leistungserbringer im Hilfsmittelbereich; ein Heilberufs- oder Berufsausweis kostet mindestens 500 Euro über 5 Jahre. 50 Prozent dieser Kosten hätten nach geltendem Recht die Leistungserbringer selbst tragen müssen, dies sind die Kosten der Wirtschaft.).

Durch die Regelungen zur elektronischen Ersatzbescheinigung entsteht (unter Berücksichtigung der oben bei den Bürgerinnen und Bürgern getroffenen Annahmen) in Arztpraxen eine Verminderung des Erfüllungsaufwands in Höhe von etwa 1,71 Millionen Euro pro Jahr (Rechenweg: 5 Minuten Bearbeitungsdauer (Telefon oder FAX) bei der Arztpraxen bei einem Lohnkostensatz von 34,20 Euro pro Stunde entspricht einem Betrag von 2,85 Euro (Hinweis: je nach Krankenkasse werden auch noch Briefe versandt); 600 000 Ersatzbescheinigungen multipliziert mit 2,85 Euro ergibt 1,71 Millionen Euro Einsparungen im Jahr).

4.3 Verwaltung

a) Bund

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

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Erfüllungsaufwand Beihilfefestsetzungsstellen: Die Beihilfefestsetzungsstellen müssen zukünftig bei Pflegebedürftigen mit den Pflegegraden 4 und 5 nur noch halbjährlich prüfen, ob die Beratung nach § 37 Absatz 3 SGB XI durchgeführt wurde, und nur noch halbjährlich den eingereichten Nachweis verarbeiten. Von rechnerisch 29 001 ambulant Beihilfeberechtigten der Pflegegrade 4 und 5 beziehen rechnerisch 21 751 Pflegebedürftige Pflegegeld. Je beihilfeberechtigtem Pflegegeldbeziehenden sparen die Beihilfefestsetzungsstellen ca. 10 Minuten pro Halbjahr, also 20 Minuten pro Jahr, ein. Bei einem Stundenlohn von 27,30 Euro (s. Lohnkostentabelle Verwaltung, Durchschnitt Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung) ergibt sich damit eine jährliche Einsparung von rund 198 000 Euro (21 751 x 20/60 x 27,30). Unter der Annahme, dass 60 Prozent der Beihilfeaufwendungen bei den Ländern entstehen und 40 Prozent beim Bund, ergeben sich jährliche Einsparungen in Höhe von rund 119 000 Euro für die Länder (197 934 x 60/100) und jährliche Einsparungen in Höhe von rund 79 000 Euro beim Bund (197 934 x 40/100). Hinzu kommt eine einmalige Umstellung der Software. Ausgehend von 17 Beihilfefestsetzungsstellen auf Bundesebene, einem Zeitaufwand von einer Stunde und einem Stundenlohn von 27,30 Euro (s. Lohnkostentabelle Verwaltung, Durchschnitt Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung) ergeben sich Kosten in Höhe von rund 464 Euro (17 x 1 x 27,30). Da die Anzahl der Beihilfefestsetzungsstellen auf Länderebene nicht bekannt ist, sind die voraussichtlich geringen Umstellungskosten nicht quantifizierbar.

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

Erfüllungsaufwand Beihilfefestsetzungsstelle: Es wird davon ausgegangen, dass die meisten Beihilfefestsetzungsstellen über ein Scanzentrum verfügen, dessen Personal Posteingänge analog einscannt. Die Neuregelung in § 37 Absatz 4 Satz 3 SGB XI führt somit zu zeitlichen sowie finanziellen Einsparungen. Von rund 200 000 ambulant Beihilfeberechtigten beziehen rechnerisch 135 000 Personen Pflegegeld. Je beihilfeberechtigtem Pflegegeldbeziehenden sparen die Beihilfefestsetzungsstellen ca. 5 Minuten pro Halbjahr, also 10 Minuten pro Jahr, ein. Somit ergibt sich eine zeitliche Einsparung in Höhe von 22 500 Stunden im Jahr (135 000 x 10/60). Bei einem Stundenlohn von 27,30 Euro (s. Lohnkostentabelle Verwaltung, Durchschnitt Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung) ergibt sich damit eine jährliche Einsparung von rund 614 250 Euro (22 500 x 27,30). Diese verteilt sich zu 60 Prozent, also in Höhe von rund 368 550 Euro, auf die Beihilfefestsetzungsstellen auf Länderebene (614 250 x 60/100) und zu 40 Prozent, also in Höhe von rund 245 700 Euro, auf die Beihilfefestsetzungsstellen auf Bundesebene (614 250 x 40/100).

Kontrolle der PKV-Prüfquote nach § 114a Absatz 5 SGB XI – neu: Es ist davon auszugehen, dass der Prüfdienst der PKV auch zukünftig den gesetzlich vorgeschriebenen Anteil von 10 Prozent an den Qualitätsprüfungen in der Pflege erfüllen wird – nicht zuletzt, weil die existierende Sanktionsregelung bestehen bleibt. In diesem Fall wird die bisher obligatorische jährliche Ermittlung der Anzahl und Durchschnittskosten der Qualitätsprüfungen durch das Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) nicht mehr notwendig sein. Für das BAS führt die Neuregelung daher voraussichtlich zu einer jährlichen Entlastung von rund 1 900 Euro (Rechenweg: 2 Personen, jeweils 24 Stunden, 40,40 Euro Stundenlohnkosten).

Durch die Änderung im GÜG entsteht für die Bundesverwaltung lediglich eine geringe nicht quantifizierbare Erhöhung des Vollzugs im Bereich der Strafverfolgung durch Zollbehörden und Bundeskriminalamt.

b) Länder und Kommunen

Änderung der Intervalle der Beratung nach § 37 Absatz 3 Satz 1 SGB XI: Bei den Beihilfefestsetzungsstellen der Länder entstehen Einsparungen in Höhe von rund 119 000 Euro (Rechenweg siehe oben unter Bund).

Elektronische Übermittlung des Nachweisformulars über eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit (§ 37 Absatz 4 Satz 3 SGB XI): Bei den Beihilfefestsetzungsstellen der Länder entstehen Einsparungen in Höhe von rund 368 550 Euro (Rechenweg siehe oben unter Bund).

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

Durch die Änderung im GÜG entsteht für die Länder, ähnlich wie bei der Bundesverwaltung, allenfalls ein geringer nicht quantifizierbarer Vollzugsaufwand im Bereich der Strafverfolgung für die Polizeibehörden.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

c) Sozialversicherung

Dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen entsteht durch die Festlegung der Kriterien für die Empfehlung einer konkreten Maßnahme zur Prävention durch Pflegefachpersonen unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes einschließlich einer Erweiterung des „Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ um Aspekte im Bereich der ambulanten Pflege ein geschätzter einmaliger Gesamtaufwand von rund 8 200 Euro.

Förderung wissenschaftlicher Expertisen nach § 8 Absatz 3c SGB XI: Zur Konkretisierung und Ausgestaltung des Förderprogramms nach § 8 Absatz 3c SGB XI für wissenschaftliche Expertisen (insbesondere hinsichtlich der Ausschreibungskriterien) entsteht dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen beziehungsweise dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von insgesamt rund 1 900 Euro. Für die Beauftragung der wissenschaftlichen Expertisen entsteht dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen beziehungsweise dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ein Erfüllungsaufwand in Höhe von etwa 1 200 Euro.

Regelmäßige Evaluierung von Daten zur pflegerischen Versorgung auf regionaler Ebene durch die Pflegekassen (§ 12 Absatz 2 SGB XI): Für die regelmäßigen Evaluierungen sowie zur Veröffentlichung der Erkenntnisse entsteht den Pflegekassen jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 320 000 Euro (Rechenweg: 94 Pflegekassen x 74,20 Stunden Zeitaufwand x 46,30 Euro Stundenlohnkosten; Ableitung des Zeitaufwands pro Fall: Formelle Prüfung, Daten sichten: 90 Minuten, Inhaltliche Prüfung, Daten erfassen: 792 Minuten, Ergebnisse/Berechnungen überprüfen und ggf. korrigieren: 3 030 Minuten, Daten übermitteln, veröffentlichen: 60 Minuten, abschließende Informationen aufbereiten: 480 Minuten; insgesamt: 4 452 Minuten (= 74,20 Stunden)). Dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen entsteht zudem geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von ca. 3 600 Euro zur Vereinbarung von Empfehlungen zu Umfang, Struktur, Turnus und möglichen Indikatoren der Datensätze im Hinblick auf die regelmäßige Evaluierung von Daten zur pflegerischen Versorgung auf regionaler Ebene durch die Pflegekassen gemäß § 12 Absatz 2 SGB XI (Geschätzter Gesamtaufwand für Spitzenverband Bund der Pflegekassen und kommunale Spitzenverbände: 20 Personentage, 160 Stunden Zeitaufwand).

Für die Durchführung des Berichtsauftrags nach § 15 Absatz 8 SGB XI entsteht dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen für das Erstellen einer Leistungsbeschreibung, die Vergabe, die Projektbegleitung, und die Erstellung des Berichts ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 28 000 Euro.

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

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

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

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Erfüllungsaufwand Pflegekassen: Die Pflegekassen müssen zukünftig bei Pflegebedürftigen mit den Pflegegraden 4 und 5 nur noch halbjährlich prüfen, ob die Beratung nach § 37 Absatz 3 SGB XI durchgeführt wurde, und nur noch halbjährlich den eingereichten Nachweis verarbeiten. 452 655 reine Pflegegeldbeziehende der Pflegegrade 4 und 5 sind gesetzlich pflegeversichert. Je versicherter Person sparen die Pflegekassen ca. 10 Minuten pro Halbjahr, also 20 Minuten pro Jahr, ein. Bei einem Stundenlohn von 30,30 Euro (s. Lohnkostentabelle Verwaltung, Sozialversicherung) ergibt sich damit eine jährliche Einsparung von rund 4,6 Millionen Euro (452 655 x 20/60 x 30,30). Hinzu kommt eine einmalige Umstellung der Software. Ausgehend von 94 Pflegekassen, einem Zeitaufwand von einer Stunde und einem Stundenlohn von 30,30 Euro (s. Lohnkostentabelle Verwaltung, Sozialversicherung) ergeben sich Kosten in Höhe von rund 2 850 Euro (94 x 1 x 30,30).

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

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

Erfüllungsaufwand Pflegekassen: Es wird davon ausgegangen, dass die meisten Pflegekassen über ein Scanzentrum verfügen, dessen Personal Posteingänge analog einscannt. Die Neuregelung in § 37 Absatz 4 Satz 3 SGB XI führt somit zu zeitlichen sowie finanziellen Einsparungen bei den Pflegekassen. 3 574 718 Pflegegeldbeziehende sind gesetzlich pflegeversichert. Sie müssen zwei Beratungen im Jahr abrufen. Je versicherter Person sparen die Pflegekassen im Durschnitt 5 Minuten pro Halbjahr, also 10 Minuten pro Jahr, ein. Somit ergibt sich eine zeitliche Einsparung in Höhe von rund 595 786 Stunden im Jahr (3 574 718 x 10/60). Bei einem Stundenlohn von 30,30 Euro (s. Lohnkostentabelle Verwaltung, Sozialversicherung) ergibt sich damit eine jährliche Einsparung von rund 18 Millionen Euro (595 786 x 30,30).

Es ist davon auszugehen, dass die erforderliche Hardware und Software bereits vorhanden sind.

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

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

Weiterentwicklung der Fördermöglichkeiten (§§ 45c bis 45e SGB XI): Hinsichtlich der Änderungen des § 45c SGB XI ergibt sich kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Im Hinblick auf die Förderung regionaler Netzwerke ergibt sich im Rahmen der Überführung in einen eigenständigen Paragraphen und die dabei erfolgende Weiterentwicklung der Vorschrift kein signifikanter jährlicher Mehraufwand. Auf der einen Seite soll zwar die Anzahl der geförderten regionalen Netzwerke durch die Rechtsänderungen gesteigert werden, was bei den Landesverbänden der Pflegekassen zu einer Erhöhung der zu bearbeitenden Erstanträge auf Förderung führen kann. Auf der anderen Seite werden zukünftig auch mehrjährige Förderperioden ermöglicht, sodass keine jährliche Antragstellung und -bearbeitung mehr erfolgen muss und die Landesverbände der Pflegekassen perspektivisch entlastet werden. Für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand im Hinblick auf die Errichtung der Geschäftsstelle nach § 45e Absatz 5 SGB XI, die in diesem Zusammenhang notwendige Einvernehmensherstellung mit dem Bundesministerium für Gesundheit, sowie die Veranlassung und Abnahme der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Geschäftsstelle. Der hierfür insgesamt nötige einmalige Erfüllungsaufwand wird auf rund 7 558 Euro geschätzt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen (§ 45h SGB XI): Von den 41 100 Anträgen auf Leistungen nach § 45h SGB XI pro Kalenderjahr müssen bei den Pflegekassen ca. 37 000 Anträge bearbeitet und beschieden werden. Es ist pro Antrag von einer Bearbeiterin bzw. einem Bearbeiter des mittleren Dienstes im Bereich Sozialversicherung mit einem Stundenlohn in Höhe von 36,80 Euro auszugehen. In zeitlicher Hinsicht dürften 30 Minuten insbesondere für die Prüfung der Voraussetzungen und die Bescheidung ausreichend sein. Dies führt bei den Pflegekassen zu Personalkosten in Höhe von 18,40 Euro pro Antrag. Hinzu kommen als Sachkosten Portokosten für den Bescheid in Höhe von 0,95 Euro pro Antrag (Standardbrief bis 20 g) sowie sonstige Sachkosten in Höhe von 0,10 Euro. Der Erfüllungsaufwand für die Sozialversicherung (Pflegekassen) beträgt jährlich im Saldo etwa 720 000 Euro.

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

Beeinträchtigungen bei Versorgungsverträgen (§ 73a SGB XI): Dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen entsteht ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 6 804 Euro für die halbjährliche Berichterstattung nach § 73a Absatz 3 (jeweils zwei Mal jährlich: Einholen und Verarbeiten von Daten für 16 Länder á vier Stunden bei Stundenlohnkosten in Höhe von 46,30 Euro sowie Berichtserstellung á sechs Stunden bei Stundenlohnkosten in Höhe von 73,20 Euro).

Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen (§ 86a SGB XI): Der Sozialversicherung entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 29 280 Euro für die Erarbeitung der Bundesempfehlungen für Verfahrensleitlinien für die Pflegesatzvereinbarungen. Insbesondere die Regelung des § 86a Absatz 3 SGB XI wird mittelfristig dazu beigetragen, dass Pflegesatz- und Pflegevergütungsverfahren verkürzt und weniger streitbehaftet durchgeführt werden können, da mit den Bundesempfehlungen und den ggf. angepassten Rahmenverträgen klarere Vorgaben zum Verfahren vorgegeben werden. Insofern ist eine Entlastungswirkung durch die Maßnahmen in erheblich höherem Umfang als der Belastung zu erwarten. Werden 50 Prozent der Vereinbarungsabschlüsse durch vereinfachte Verfahren umgesetzt und dadurch der Aufwand je Vereinbarung um vier Stunden für die Beteiligten reduziert, ergibt sich ein jährliches Entlastungspotenzial von 3 577 756 Euro für die Wirtschaft und 12 874 363 Euro für die Verwaltung, also insgesamt jährlich 16,5 Millionen Euro (siehe die folgende Tabelle).

Betroffene	Rechenweg	Betrag (in Euro)	Häufigkeit	Entlastung (in Euro)
Verwaltung Anwendung vereinfachter Vereinbarungsverfahren in 50 % der Fälle*	- 278 064 Stunden (=3P x (- 4 Stunden) x 23 172 Fälle) x 46,30 Euro	- 12 874 363	jährlich	12 874 363

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Kostenträgerverbände** auf Landesebene				

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

** 3 Personen je Verhandlung auf Kostenträgerseite.

Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen (§ 92c SGB XI): Der Sozialversicherung (Spitzenverband Bund der Pflegekassen) entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 29 280 Euro für die Erarbeitung der Bundesempfehlungen zu den Inhalten der Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen. Diese Bundesempfehlungen werden mittelfristig dazu beigetragen, dass der Abschluss der Verträge nach § 92c Absatz 1 SGB XI geordnet und weniger streitbehaftet durchgeführt werden kann, da mit den Bundesempfehlungen klare Vorgaben zu den Inhalten vorgegeben werden. Insofern ist eine Entlastungswirkung durch die Maßnahmen in erheblich höherem Umfang als der Belastung zu erwarten. Der Sozialversicherung entsteht zudem ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 37 800 Euro für die Berichterstellung zu den Verträgen zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen unter wissenschaftlicher Begleitung.

Einrichtung Geschäftsstelle Personalbemessung (§ 113d SGB XI): Die Beauftragung einer Geschäftsstelle nach § 113d SBG XI löst einen einmaligen geringfügigen Aufwand von ca. 8 800 Euro für die beteiligten Parteien aus.

Die Umsetzung einer Geschäftsstelle durch die Verbände der Kostenträger löst einen nur geringfügigen Aufwand von rund 8 800 Euro jährlich innerhalb der Laufzeit von 5 Jahren aus (dieser wurde addiert als einmaliger Erfüllungsaufwand von 44 000 Euro ausgewiesen).

Digitale Daten- und Kommunikationsplattform nach § 114 SGB XI: Die Anforderung an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. eine digitale Daten- und Kommunikationsplattform für Qualitätsprüfungen zu errichten, führt beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst Bund zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand für die Ausschreibung des Auftrags. Die Implementierung des Plattformsystems bei den beiden genannten Organisationen sowie bei den Landesverbänden der Pflegekassen und den Medizinischen Diensten führt ebenfalls zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand. Insgesamt entstehen der Sozialversicherung damit ein einmaliger Erfüllungsaufwand von voraussichtlich rund 28 000 Euro. Für den Betrieb der Plattform ist beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen voraussichtlich ein jährlicher Erfüllungsaufwand von 9 260 Euro zu erwarten. Dem entgegen stehen voraussichtlich rund 26 600 Euro jährliche Entlastung durch effizienteren Informationsaustausch zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Medizinischen Diensten.

Berichtspflicht nach § 114c Absatz 3 SGB XI – neu: Die Anforderung an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die bereits bestehende Berichtspflicht nach § 114c über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten sowie mit den Qualitätsprüfungen um weitere Informationen zu ergänzen, führt zu einem geringfügig erhöhten jährlichen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 740 Euro. Dem entgegen steht eine jährliche Entlastung in Höhe von rund 930 Euro durch die Nutzung der digitalen Daten- und Kommunikationsplattform nach § 114 Absatz 1a – neu, mit der die Datenbeschaffung und -auswertung zukünftig effizienter gestaltet werden kann. Im Ergebnis führt dies zu einer geringfügigen jährlichen Entlastung von rund 200 Euro.

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

organisatorisch unterstützt. Die Arbeit des Qualitätsausschusses wird über den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung gemäß § 8 Absatz 4 SGB XI finanziert.

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

Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen; Evaluation (§ 73d SGB V): Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entstehen bei den Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Spitzenorganisationen für die Wahrnehmung von Interessen der ambulanten Pflegedienste und den Trägern von stationären Pflegeeinrichtungen über einen Katalog an Leistungen, die von Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung eigenverantwortlich erbracht werden können, ein Erfüllungsaufwand von einmalig jeweils rund 2 640 Euro. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsteht bei den Verhandlungen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Spitzenorganisationen für die Wahrnehmung von Interessen der ambulanten Pflegedienste sowie den Vereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen über einen Katalog an Leistungen, die von Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung eigenverantwortlich erbracht werden können, ein Erfüllungsaufwand von einmalig jeweils rund 2 640 Euro. Insgesamt ergibt sich dadurch ein einmaliger Gesamterfüllungsaufwand in Höhe von rund 5 3000 Euro (Rechenweg: Jeweils 2 Personen des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für 6 Sitzungen á 3 Stunden mit Stundenlohnkosten in Höhe von 73,20 Euro (hohes Qualifikationsniveau)).

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

Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (§ 132a SGB V): Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Rahmenempfehlungspartner nach § 132a Absatz 1 SGB V entsteht für die Beratung und Vereinbarung von Grundsätzen zur Vergütung von Aufgaben nach § 73d Absatz 1 SGB V zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege ein Erfüllungsaufwand in Höhe von ca. 1 300 Euro (Rechenweg: 2 Personen als Vertretung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen x 3 Sitzungen mit einer Dauer von jeweils 3 Stunden x 73,20 Euro Stundenlohnkosten). Die nach § 132a SGB V zu regelnden Empfehlungen zu Maßnahmen der Qualitätssicherung der Leistungserbringung sollen sich auch auf die Voraussetzungen, mit denen eine fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung ermöglicht wird, beziehen.

Durch die Streichung des Erfordernisses eines elektronischen Heilberufs- oder Berufsausweises als Zugriffsvoraussetzung für Hilfsmittelerbringer und für die übrigen Zugriffsberechtigten auf das E-Rezept kommt es zu Einsparungen für die gesetzliche Krankenversicherung von ca. 18 Millionen Euro alle 5 Jahre (ca. 3,6 Millionen pro Jahr; Rechenweg: 71 000 Leistungserbringer im Hilfsmittelbereich; ein Heilberufs- oder Berufsausweis kostet mindestens 500 Euro über 5 Jahre. 50 Prozent dieser Kosten hätten nach geltendem Recht die Krankenkassen tragen müssen.).

Durch die Regelungen zur elektronischen Ersatzbescheinigung kommt es zu Einsparung bei der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 1,52 Millionen Euro jährlich. Im aktuell laufenden Testbetrieb der Techniker Krankenkasse (TK) werden ca. 15 000 elektronische Ersatzbescheinigungen pro Monat erstellt, weshalb für den Regelbetrieb über alle Kassen hinweg mindestens 100 000 Ersatzbescheinigungen im Monat und 1,2 Millionen Ersatzbescheinigungen im Jahr prognostiziert werden. Da die elektronischen Ersatzbescheinigungen vollständig automatisiert (Dunkelverarbeitung) erstellt werden, entfallen bei der Sozialversicherung die Kosten für die konventionellen Ersatzbescheinigungen, die bislang per Telefon oder FAX von der Praxen oder Bürgerinnen und Bürgern angefordert wurden. Unter der Annahme, dass bei 50 Prozent der Ersatzbescheinigungen das nachträgliche Zeigen der eGK in der Praxis entfällt, ergibt sich der folgende Rechenweg: 5 Minuten Bearbeitungsdauer (Telefon oder FAX) bei der Krankenkasse bei einem Lohnkostensatz von 30,30 Euro pro Stunde (Sozialversicherung, einfacher Dienst) bei 600 000 Ersatzbescheinigungen ergibt ca. 1,52 Millionen Euro Einsparungen im Jahr.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Im Rahmen der Festsetzung der Aufbringung der Mittel für den Strukturfonds zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung entsteht für die Kassenärztlichen Vereinigungen jeweils ein einmaliger geringfügiger Erfüllungsaufwand. Aufgrund des absehbar geringen Zeit- und Sachaufwands ist dies für die Gesamtbetrachtung vernachlässigbar.

5. Weitere Kosten

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen von rund 7 Prozent unter Berücksichtigung des Anteils der Beihilfeberechtigten mittelfristig Minderausgaben von rund 11,5 Millionen Euro jährlich.

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

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

6. Weitere Gesetzesfolgen

Es ist zu erwarten, dass insbesondere Frauen von den Verbesserungen des Gesetzes profitieren können. Die in diesem Gesetz geplante Erweiterung der Befugnisse von Pflegefachpersonen verbessert die beruflichen Perspektiven der in diesem Beruf tätigen Personen. Von den Auszubildenden, die im Jahr 2023 einen neuen Ausbildungsvertrag zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann abgeschlossen haben, sind 73 Prozent Frauen (s. Destatis Pressemitteilung Nr. 284 vom 24. Juli 2024).

Auch ist zu erwarten, dass Frauen überdurchschnittlich von den geplanten Regelungen zur Stärkung der pflegerischen Versorgung in innovativen und quartiernahen Wohnformen profitieren, weil sie von Pflegeaufgaben entlastet werden. Im Schnitt wenden Frauen pro Woche für die Betreuung, Pflege und Unterstützung von Angehörigen 3,32 Stunden auf, Männer hingegen nur 1,51 Stunden (Zeitverwendungserhebung 2022, Destatis).

Es ist zu erwarten, dass die geplanten Verbesserungen im Bereich Prävention sich positiv auf beide Geschlechter auswirken, wenn auch unterschiedlich. Die Lebenserwartung von Frauen lag im Jahr 2022 bei der Geburt bei 83 Jahren, bei Männern bei 78,2 Jahren. Prävention kann Männern helfen, ihre geringere Lebenserwartung zu steigern, und Frauen ermöglichen, ihre höhere Lebenserwartung gesünder zu gestalten.

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

VIII. Befristung; Evaluierung

Um die abschließende Evaluierung der Modellvorhaben im Bereich der besonderen Therapieeinrichtungen zur Behandlung von Patienten mit pädophilen Sexualstörungen zu ermöglichen, wird der zeitliche Förderrahmen der Modellvorhaben um zwei Jahre bis 2027 verlängert.

Weitere Regelungsvorhaben sind nicht befristet.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

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

Zu Nummer 2 (§ 5)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

Die Pflegekassen sollen auch im Bereich der ambulanten pflegerischen Versorgung gezielt Bedarfserhebung, Beratung und Empfehlung von Präventionsleistungen unterstützen und damit einen zielgenauen Zugang von pflegebedürftigen Menschen in häuslicher Pflege zur Prävention gewährleisten. Die Ausgaben der Pflegekassen für eine gezielte Bedarfserhebung, Beratung und Empfehlung in der ambulanten pflegerischen Versorgung umfasst zusammen mit den Ausgaben für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen nach Absatz 1 den nach Absatz 2 genannten und anzupassenden Betrag. Von wirkungsvollen Präventionsmaßnahmen profitieren nicht nur die Pflegebedürftigen selbst, sondern auch ihre pflegenden An- und Zugehörigen, wenn etwa die häusliche Pflegebelastung vermindert und die Pflegesituation entspannt werden kann. Die in dem „Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen (GKV-SV) aufgeführten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in fünf Handlungsfeldern (Ernährung, körperliche Aktivität, kognitive Ressourcen, psychosoziale Gesundheit, Prävention von Gewalt) können dabei auch für Prävention in der ambulanten Pflege Grundlage sein. Seitens des GKV-SV ist insofern eine sachgerechte Ergänzung bzw. Weiterentwicklung des Leitfadens zu den Voraussetzungen und Zielen der individuellen Bedarfserhebung und Beratung von Pflegebedürftigen zur Nutzung präventiver Angebote durch häuslich versorgte Pflegebedürftige erforderlich. Ebenso sind vom GKV-SV spezifische Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen zur primären Prävention für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege nach § 20 Absatz 2 SGB V zu entwickeln (GKV-Leitfaden Prävention). Unter der Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes ist insbesondere pflegewissenschaftliche Expertise zu berücksichtigen.

Die Pflegekassen sollten dabei im Zusammenwirken mit den für die Leistungserbringung und Kostentragung weiterhin zuständigen Krankenkassen auch darauf hinwirken, dass die Angebotsentwicklung im Bereich der Präventionsmaßnahmen auf die Personengruppe der älteren und der pflegebedürftigen Menschen in ausreichendem Maße zugeschnitten ist. Wie aus einer im Jahr 2023 im Auftrag des BMG durchgeführten Literaturanalyse

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

hervorgeht, haben Studien gezeigt, dass insbesondere durch Präventionsmaßnahmen im Bereich der Mobilitätsförderung und der Ernährung Erfolge erzielt werden konnten. Hierfür sind folgende Studien exemplarisch zu nennen: POWER – hier wurde eine Verbesserung der physischen Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität von gefährdeten älteren Personen in Pflegeeinrichtungen durch begleitetes Spazierengehen erreicht; EU-Projekt SPRINTT – hier konnten positive Effekte durch moderat intensive körperliche Aktivitäten mit technologischer Unterstützung und Ernährungsberatung erreicht werden.

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

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

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

Durch die wissenschaftliche Evaluation soll geprüft werden, welche Ziele durch die entwickelten Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten für die ambulante Pflege erreicht wurden.

Zu Buchstabe c

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

Zu Buchstabe d

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

Zu Buchstabe e

Die für das Jahr 2020 befristete pandemiebedingte Sonderregelung wird wegen Zeitablaufs aufgehoben.

Zu Nummer 3 (§ 7a)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe b

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

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen.

Zu Buchstabe d

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

Zu Nummer 4 (§ 7b)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen.

Zu Nummer 5 (§ 7c)

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

Zu Nummer 6 (§ 8)

Zu Buchstabe a

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

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

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

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

Daher wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen verpflichtet, wissenschaftliche Expertisen zu beauftragen, deren Ergebnis ein sektorenübergreifender Katalog der Aufgaben von Pflegefachpersonen auf Grundlage vorhandener Kompetenzen bzw. Qualifikationen ist. Bei der Erarbeitung dieses Katalogs ist die enge fachliche Einbindung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a durch die Auftraggeber und in der Folge durch die Auftragnehmer sicherzustellen. Die Ausgestaltung der Beauftragung und die Beauftragung selbst erfolgen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die Finanzierung in Höhe von bis zu 10 Millionen Euro für die Jahre 2026 bis 2031 erfolgt aus dem Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung. Die im Modellprogramm nach § 125a noch nicht verausgabten Mittel werden zugleich um 5 Millionen Euro insgesamt gekürzt. Die gesetzlichen Krankenkassen tragen an den Ausgaben für die Fördermittel nach § 8 Absatz 3c einen Anteil von 50 Prozent; im Hinblick auf das Verfahren zur Finanzierung dieses Betrags gelten § 150 Absatz 4 Satz 3 und 4 entsprechend. Eine gemeinsame Finanzierung aus Mitteln der Pflegekassen und Krankenkassen ist sachgerecht, da der Katalog naturgemäß nicht nach Versicherungsbereichen unterscheidet, sondern Aufgaben qualifikations- und kompetenzabhängig beschreibt und damit beide Sozialversicherungen gleichermaßen von den Ergebnissen profitieren.

Bei der Entwicklung der Beschreibung der Aufgaben von Pflegefachpersonen sollen bereits vorhandene fachliche Beschreibungen der Aufgaben von Pflegefachpersonen in die Überlegungen einbezogen werden. Hierzu zählen bspw. im nationalen Bereich die „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ (Wingenfeld/Büscher 2017), die Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), die pflegerelevanten Leitlinien der AWMF, die Beschreibung von „Vorbehaltsaufgaben in der Pflege – pflegewissenschaftliche und pflegerechtliche Grundlegung und Einordnung“ des Think Tanks Vorbehaltsaufgaben (TT VA) und der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP), die Ergebnisse von „VAPIK – Vorbehaltsaufgaben in der Pflege im Krankenhaus“ des Katholischen Krankenhausverbands Deutschland e. V. und des Deutschen Instituts für Pflegeforschung e. V. (DIP), die Empfehlungen der Arbeitsgruppe der Ausbildungsoffensive Pflege für „Aufgabenprofile akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen“ der Arbeitsgruppe 1 der Konzertierten Aktion Pflege unter Moderation der Diakonie Deutschland e. V., die „Aufgaben und Tätigkeiten im Rahmen von CHN“ in Community Health Nursing – Wegweiser für die Etablierung in Deutschland der Robert-Bosch-Stiftung, die Ergebnisse zu Aufgaben- und

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Rollenprofilen des BAPID II Projektes (Bildungsarchitektur der Pflege in Deutschland) aber auch aus dem internationalen Bereich z. B. „Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen“ des International Council of Nursing (ICN) sowie „Nursing: Scope and Standards of Practice“ der American Nursing Association (ANA). Bei der Entwicklung soll zudem geprüft werden, ob eine Darstellung von Aufgaben entsprechend bestehender Pflegeklassifikationsmodelle z. B. anhand von Pflegediagnosen erfolgen kann – auch als Grundlage für die perspektivische Entwicklung einer gemeinsamen Fachsprache. Ergänzend können Empfehlungen für fachliche Standards (sog. Standards of Practice – SOP) für geeignete Themenfelder entwickelt werden.

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

- Bereiche der bisher entwickelten Module der Fachkommission nach § 53 des Pflegeberufegesetzes (Entwicklung eines professionellen Berufs- und Rollenverständnisses – Grundlagenmodul, diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden, Demenz, Hypertonus, Schmerz, Ernährungs- und Ausscheidungsprobleme, Tracheostoma, akute oder chronische Beeinträchtigung der Atmung),
- bestehende Weiterbildungen,
- weitere relevante Versorgungsbereiche, für die zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung möglicherweise ein Bedarf an Weiterbildungsstandards besteht (z. B. psychische Problemlagen, intensivmedizinische Problemlagen, muskulo-skeletale Problemlagen, pädiatrische Problemlagen, neonatologische Problemlagen, Prävention und Gesundheitsförderung, Beratung und Anleitung/Edukation, Pflegehandeln in Krisen und Katastrophen) sowie
- Weiterbildungen für Leitungskräfte in der Pflege (vgl. die Ergebnisse aus der Studie des Bundesinstituts für Berufsbildung [BIBB] zu gegenwärtigen und zukünftigen Anforderungen und Qualifikationsangebote für Führungspersonen in der Pflege, www.bibb.de/dienst/publikationen/de/19203, die auf Grundlage der Vereinbarungen der Konzertierten Aktion Pflege beauftragt wurde).

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Buchstabe c

Mit der Neufassung von Satz 4 Nummer 5 wird zum einen klargestellt, dass die Personalentwicklung sich nicht nur an den Kompetenzen und zugehörigen Aufgaben der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter orientieren soll, sondern insbesondere auch an den Bedarfen und Bedürfnissen der Pflegebedürftigen. Zudem wird konkretisiert, dass zur Personalentwicklung auch die fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung durch Pflegefachpersonen sowie Maßnahmen zu ihrer sachgerechten Umsetzung einschließlich der Durchführung von Schulungen gehören. Ferner wird konkretisiert, dass zur Personalentwicklung auch die Entwicklung und Umsetzung von Delegationskonzepten gehört, die nach § 11 unter Einbeziehung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu entwickeln sind und zu denen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Bedarfsfall zu schulen sind, so dass für diese Maßnahmen eine Förderung nach dieser Norm möglich ist. Beispielsweise können Pflegeeinrichtungen hierfür ein Coaching in Anspruch nehmen, mit dem der Prozess der Entwicklung, Umsetzung und Schulung begleitet und

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

unterstützt wird, um den Mehraufwand für Leitungskräfte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern so gering wie möglich zu halten und eine effektive Umsetzung zu ermöglichen.

Zur neuen Nummer 8: Das Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland leistet einen wichtigen Beitrag zur Sicherung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in Deutschland. Der Bedarf an Pflegepersonal aus dem Ausland steigt stetig.

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

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

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

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

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

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

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

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 7 (§ 8a)

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

Zu Nummer 8 (§ 9)

Um die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in Zukunft zu erleichtern, werden die Aufgaben der Länder mit Blick auf die Infrastrukturverantwortung über eine klarstellende Formulierung konkretisiert. Durch die vorliegende Änderung werden bereits bestehende Vorgaben zur kommunalen Pflegestrukturplanung in zahlreichen Ländern in den bundesgesetzlichen Vorgaben aufgegriffen. Damit können kommunalen Pflegestrukturplanungen vor Abschluss eines Versorgungsvertrages verbindlicher verzahnt werden. Um die aktuelle Versorgungssituation (ambulant, teilstationär und vollstationär) sowie die voraussichtliche Bedarfsentwicklung hinreichend beschreiben, bewerten und darauf aufbauend entsprechende Ziele und Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele ableiten zu können, sollten die landesrechtlichen Vorgaben zur kommunalen Pflegestrukturplanung die dafür notwendigen zielgruppenspezifischen Bevölkerungsdaten und Kennzahlen zu Bestand und etwaigen Bedarfen der pflegerischen Versorgungsstruktur umfassen. Ferner ist über das Landesrecht eine Verzahnung der Pflegeplanung mit den Bereichen der Prävention, Rehabilitation, medizinischen Versorgung sowie im Rahmen eines integrierten Ansatzes mit weiteren angrenzenden kommunalen Handlungsfeldern (Sozialhilfe nach den Vorgaben des Zwölften Buchs, kommunale Sozialraumplanung, andere komplementäre Hilfsstrukturen) und eine Abstimmung der Planung mit angrenzenden Regionen zu ermöglichen. Bei den Vorgaben zur Pflegestrukturplanung ebenfalls zu berücksichtigen sind die gemeinsamen Modellvorhaben nach § 123 dieses Buchs, soweit sie darauf zielen, „eine bedarfsgerechte integrierte Sozialplanung zur Entwicklung des Sozialraumes zu unterstützen“.

Zu Nummer 9 (§ 10)

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

Zu Nummer 10 (§ 11)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

In der Konzertierten Aktion Pflege (2019) wurde in der Arbeitsgruppe 3, Handlungsfeld I, Ziffer 1.1. unter Nummer 5 folgendes vereinbart: „Die Pflegeeinrichtungen und die Krankenhäuser setzen in ihren Einrichtungen

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

einrichtungsspezifische Delegationskonzepte unter Beteiligung der betrieblichen Interessenvertretungen um, um die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, insbesondere auch aus der Pflege, für diese verbindlich zu klären.“ Zur Unterstützung der Einrichtungen wurde unter Nummer 3 u. a. die Entwicklung gemeinsamer Delegationsleitlinien und unter Nummer 4 die Entwicklung von Muster-Delegationskonzepten gefordert.

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

Zu Nummer 11 (§ 12)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

Damit sowohl die Pflegekassen als auch die Länder ihre gesetzlich festgelegten Aufgaben besser ausfüllen können, stellen die Pflegekassen bzw. ihre Landesverbände ihnen zur Verfügung stehende Versorgungsdaten zur Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation zukünftig regelmäßig den zuständigen Gebietskörperschaften zur Unterstützung bei ihren Aufgaben nach § 9 bereit. Hierfür sollen geeignete, auf regionaler Ebene strukturierte Daten zur bestehenden Versorgungssituation sowie zur voraussichtlichen Bedarfsentwicklung erhoben und bewertet werden. Neben Daten der Pflegekassen sollen auch relevante Daten der Krankenkassen einbezogen werden. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.

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

Zu Buchstabe c

Es handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 12 (§ 15)

Mit dem neuen Absatz 8 wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und des Medizinischen Dienstes Bund zum 30. Juni 2026 einen Bericht zu Erfahrungen und Wirkungsweisen des Begutachtungsinstruments (§ 15) nach dem geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff (§ 14) sowie zu Gründen und Ursachen des seit 2017 zu beobachtenden Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit leitet den Bericht nach Erhalt dem Bundesministerium der Finanzen sowie dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu. Die Erstellung des Berichts soll auf unabhängiger wissenschaftlicher Grundlage erfolgen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann hierfür Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen.

In dem Bericht sollen einerseits Aussagen zu Erfahrungen und Wirkungsweisen zu dem geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff und Begutachtungsinstrument getroffen werden (insbes. Handhabbarkeit, Zielerreichung, Zufriedenheit). In der begleitend zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017-2019 durchgeführten Evaluation wurden die Handhabbarkeit des Begutachtungsinstruments und die Zielerreichung (gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung) positiv bewertet sowie eine hohe Zufriedenheit der Versicherten konstatiert (siehe Zusammenfassender Bericht der Untersuchungsergebnisse des Bundesministeriums für Gesundheit vom 30. Dezember 2019; www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Evaluationsbericht_18c_SGB_XI.pdf).

Seit Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsinstruments sind mehr als sieben Jahre vergangen. Es ist daher angezeigt, die zwischenzeitlich gemachten Erfahrungen zusammenzufassen und auch die Möglichkeit und Erfordernis von Weiterentwicklungen zu prüfen. Der Bericht soll daher auch dazu dienen, sowohl etwaige Probleme oder Mängel des Begutachtungsinstruments selbst und in seiner Anwendung aufzudecken als auch gesetzliche und/oder untergesetzliche Handlungsnotwendigkeiten oder Handlungsmöglichkeiten hinsichtlich der Effizienz des Instruments und seiner Anwendung aufzuzeigen. Dies betrifft etwa die Fragestellung, ob die Gewichtungen und Schwellenwerte der Module und Pflegegrade angemessen sind oder inwieweit und aus welchen Gründen jeweils eine Anpassung empfohlen werden kann. Ferner sollte die Fragestellung aufgegriffen werden, ob sich die bei der Begutachtung festzustellenden Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung als Bestandteil des Begutachtungsinstruments bewährt haben.

In dem Bericht soll zudem in einer über das Begutachtungsinstrument hinausgehenden Perspektive auf unabhängiger wissenschaftlicher Grundlage untersucht werden, welche Gründe und Ursachen dem seit 2017 zu beobachtenden Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen zugrunde liegen. Dabei sind medizinisch-pflegerische Aspekte (etwa die Entwicklung der Prävalenz von bestimmten pflegebegründenden Erkrankungen), demografischen Faktoren und sozioökonomischen Einflüsse (z. B. die Möglichkeit des Einsatzes eigener personeller und finanzieller Ressourcen bei Pflegebedürftigkeit) auf wissenschaftlicher Grundlage zu untersuchen.

Hintergrund ist der anhaltende überproportionale Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen; dieser betrug im Jahr 2023 insgesamt rd. 360 000 Personen (nach rd. 270 000 in 2022). Rein demografisch bedingt wäre in den Jahren 2020-2022 durchschnittlich ein Anstieg um 47 000 Personen erwartbar gewesen; 2024 ist laut Bevölkerungsmodell ein Anstieg von nur 64 000 Pflegebedürftigen zu erwarten. Dieser Anstieg ist die zentrale Ursache der die Pflegeversicherung belastenden Ausgabenentwicklung und insofern auch einer ungünstigen Einschätzung der zukünftigen Ausgaben, da aufgrund dieser Entwicklungen auch in der Projektion für die nächsten zehn Jahre derzeit von einem überproportionalen Anstieg der der Zahl der Pflegebedürftigen – ggf. mit einem degressiven Aufbaupfad – auszugehen ist. Die bisher auf Expertenebene dazu geführten Gespräche (z. B. mit dem MD Bund) haben hier zu keiner eindeutigen Erklärung im Hinblick auf die Ursachen dieses Anstiegs geführt. Insofern ist ein Beitrag zur Klärung der Ursachen für den anhaltend überproportionalen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen in einer wissenschaftlichen Studie angezeigt.

Zu Nummer 13 (§ 17)

Mit den Änderungen wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 14 (§ 17a (Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6)

In dem neuen § 17a werden die Vorgaben zu Inhalt und Verfahren zum Erlass der Richtlinien des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln durch Pflegefachpersonen nach § 40 Absatz 6 geregelt. Der Auftrag zur Erarbeitung der Richtlinien war bisher in § 40 Absatz 6 Satz 6 verankert.

Zu Absatz 1

In Umsetzung der Änderung in § 40 Absatz 6 Satz 2 wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beauftragt, seine Richtlinien nach § 17a (bisher § 40 Absatz 6 Satz 6) bis zum 31. Dezember 2026 inhaltlich zu überarbeiten, soweit es um die Befugnisse von Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes geht. Für Pflegefachpersonen mit zusätzlichen Qualifikationen sind die Richtlinien erst dann zu überarbeiten, wenn der Vertrag nach § 73d Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbart ist, da dessen Inhalte, soweit einschlägig, hier zu berücksichtigen sind. Pflegefachpersonen mit zusätzlicher Qualifikation sind Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes, die ab dem 1. Januar 2025 über Kompetenzen für die eigenverantwortliche Wahrnehmung von Aufgaben nach § 37 Absatz 2 des Pflegeberufegesetzes verfügen, sowie Pflegefachpersonen, die zum Beispiel Weiterbildungen abgeschlossen haben, im Rahmen derer sie weitergehende Kompetenzen zur Empfehlung im vorliegenden Regelungsbereich erworben haben.

In diesem Zusammenhang wird zudem das Beteiligungsrecht der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene gestärkt und ein verbindliches Stellungnahmerecht etabliert. Diese Stellungnahmen hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in seine Entscheidung über die Inhalte der Richtlinien einzubeziehen.

Zu Absatz 2

Daneben unterliegen die Richtlinien zukünftig der Genehmigungspflicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Dieses Vorgehen entspricht der gängigen Systematik und Praxis im Rahmen des Erlasses von Richtlinien im Elften Buch. Die Genehmigung gilt nach Ablauf von einem Monat nach Vorlage der Richtlinien beim Bundesministerium für Gesundheit als erteilt, wenn bis dahin keine Beanstandung von dort erfolgt ist. Sollten Beanstandungen vorgenommen werden, sind diese durch eine Überarbeitung der Richtlinien durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beheben. Dabei sind die mit der Beanstandung gesetzten Fristen zu beachten. Um eine dynamische Weiterentwicklung nach aktuellen medizinischen und pflegerischen Standards zu gewährleisten, sind die Richtlinien außerdem alle drei Jahre auf ihre Aktualität zu prüfen und bei Bedarf anzupassen. Der Bedarf kann sich dabei unter anderem aus einer Erweiterung der Befugnisse von Pflegefachpersonen aufgrund ihrer fachlichen Kompetenzen, zum Beispiel nach dem Abschluss des Vertrages nach § 73d Absatz 1 oder auf Grundlage der Ergebnisse nach § 8 Absatz 3c, ergeben. Für die Verfahren der Überprüfung und Anpassung gelten die Beteiligungsrechte des Absatzes 1 Satz 3 entsprechend.

Zu Absatz 3

Um zukünftig aussagekräftige Ergebnisse zu generieren, die eine umfassende Bewertung des festgelegten Verfahrens, der finanziellen Auswirkungen und Folgen für die Versorgung ermöglichen, werden der Umfang und die Zielrichtung der Evaluation konkretisiert. Dabei sind die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a im Verfahren zusätzlich zu beteiligen. Der damit gleichermaßen verlängerte Evaluationszeitraum soll insbesondere der notwendigen Überarbeitung der Richtlinie und der inhaltlichen Konkretisierung des Evaluationsverfahrens Rechnung tragen.

Zu Nummer 15 (§ 18a)

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

Zu Nummer 16 (§ 18c)

Zu Buchstabe a

Nach § 18a Absatz 5 ist eine Begutachtung spätestens am fünften Arbeitstag nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen, wenn sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet oder wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird. Die vorliegende Regelung zielt darauf ab, diese für eine Weiterversorgung wichtige

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Information über eine bestehende Pflegebedürftigkeit möglichst schnell und aufwandsarm auch den jeweiligen Einrichtungen zur Verfügung stellen zu können.

Bei eilbedürftigen Pflegeanträgen von Antragstellerinnen und Antragstellern in Krankenhäusern, stationären Rehabilitationseinrichtungen oder Hospizen zeigt sich in der Pflegelandschaft ein heterogenes Bild hinsichtlich der Art und Weise der Übermittlung der nötigen Informationen an die genannten Einrichtungen. Diese Praxis ist die Folge föderal bedingt unterschiedlicher rechtlicher Rahmenbedingungen und hat dem Erfordernis des Vorliegens einer Einwilligung durch die Antragstellerin bzw. den Antragsteller zu genügen.

An diese von Fall zu Fall unterschiedlichen rechtlichen Voraussetzungen (insbesondere auch die Erfordernisse des Datenschutzes) knüpft die vorliegende Regelung an. Die Vorschrift sieht für die Fälle einer rechtlich zulässigen Übermittlung des Bescheides der Pflegekassen an die genannten Einrichtungen eine unverzügliche elektronische Mitteilung verbindlich vor, um so bei Eilbedürftigkeit den Postweg einzusparen und das Verfahren zu beschleunigen. Auf diese Weise kann bei eilbedürftigen Pflegeanträgen durch die einheitlich geltende und zwingende Formvorgabe eine zeitliche Verzögerung vermieden werden und etwa der jeweilige Sozialdienst zeitnah mit den Dokumenten arbeiten.

Auf Bundesebene wurde mit Wirkung vom 23. Juli 2015 in § 39 Absatz 1a SGB V durch das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) das Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung neu geregelt. Die gesetzlich vorgegebenen Strukturen, insbesondere die Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen, haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen), die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in einem Rahmenvertrag näher konkretisiert. Hiernach ist eine Einwilligung und eine vorherige Information der Patientin beziehungsweise des Patienten (in das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten) erforderlich.

Das Zusammenwirken der verschiedenen Akteure (Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Medizinische Dienste, Patienten sowie ihre Vertretungen) ist mit dem Ziel einer Sicherstellung des Übergangs von der Behandlung in die jeweilige pflegerische Versorgungsform zudem in den Ländern im Rahmen deren Ausgestaltungsfreiheit gesetzlich geregelt (beispielhaft: § 5 Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen - APG NRW). Im Beispielsfall von Nordrhein-Westfalen schließen die Landesverbände der Pflegekassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. mit den kommunalen Spitzenverbänden und den Vereinigungen der Trägerinnen und Träger und, soweit solche nicht existieren, mit den Trägerinnen und Trägern von Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeeinrichtungen über die Zusammenarbeit Vereinbarungen. Die Vereinbarungen sind für die zugelassenen Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen sowie die Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen im Land unmittelbar verbindlich. In diesen ist das sogenannte „Überleitungsverfahren“, das heißt die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen, Medizinischen Diensten sowie den Sozialhilfeträgern beim Übergang von der Krankenhausbehandlung in eine notwendige pflegerische Versorgung genauer geregelt. Es soll eine schnelle Begutachtung und nahtlose Überleitung von der Krankenhausbehandlung in die ambulante oder stationäre Pflege ermöglicht werden. Die Antragstellerin beziehungsweise der Antragsteller hat in diesen Fällen jeweils ihre/seine Einwilligung zu erteilen, dass dem Krankenhaus das Ergebnis der Begutachtung übermittelt wird.

Weil es sich um sensible Gesundheitsdaten der antragstellenden Personen handelt, haben die Pflegekassen bei der Übermittlung den erforderlichen hohen Datenschutz und die Datensicherheit zu gewährleisten, daher wird eine Übermittlung in gesicherter elektronischer Form abverlangt.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Nach der bisherigen gesetzlichen Konzeption ist die pauschale Zusatzzahlung wegen nicht rechtzeitiger Bescheidung eines Pflegeantrags oder Überschreitung der in § 18a Absatz 5 und 6 genannten verkürzten Begutachtungsfristen unverzüglich auszuzahlen und nicht an die Bescheiderteilung durch die Pflegekasse geknüpft. Eine Auszahlung stets erst nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens entspricht daher nicht der gesetzlichen Regelung. Das führt zu einer verstärkten Arbeitsbelastung auf Seiten der Pflegekassen, da diese gehalten sind „unverzüglich“ nach den Ursachen für die Fristüberschreitungen zu forschen um beurteilen zu können, ob sie die Verzögerungen zu vertreten haben. Der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene hatten in

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

ihrem „Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Regelungen des SGB XI“ vom 19. Dezember 2024 die Ansicht vertreten, dass die pauschale Zusatzzahlung nach § 18c Abs. 5 Satz 1 „unverzüglich nach Bescheiderteilung“ und damit erst nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens auszuzahlen sei und erhofften sich davon eine Entlastung von Zwischenzahlungen während des laufenden Verfahrens und von aufwändigen Rückforderungsfällen, in denen für die Pflegekassen erst nach der Auszahlung erkennbar wird, dass kein Anspruch des Antragstellers bestand. Diese Ansicht entsprach jedoch weder der Intention des historischen Gesetzgebers noch dem Sinn und Zweck der pauschalen Zusatzzahlung.

Die Neuregelung möchte administrativen und ökonomischen Anliegen der Pflegekassen entgegenkommen und so zu einer Entlastung von Bürokratie beitragen, ohne das ursprüngliche gesetzgeberische Anliegen einer möglichst zügigen Auszahlung aufzugeben. Daher soll nach Fristablauf noch eine Zeit von 15 Arbeitstagen zur Verfügung stehen, innerhalb derer das Verwaltungsverfahren ohne Zwischenzahlungen abgeschlossen werden und den Gründen für die Verzögerung nachgegangen werden kann. Der Anspruch der Antragstellenden auf die pauschale Zusatzzahlung entsteht weiterhin unmittelbar mit Fristablauf, die Auszahlung hat allerdings erst innerhalb von 15 Arbeitstagen zu erfolgen.

Die dadurch bewirkte Entlastung bei den Pflegekassen kann erheblich sein, da ihnen ein zeitlicher Puffer eingeräumt wird und damit die Möglichkeit, ein erhöhtes Verwaltungsaufkommen durch wöchentliche oder unberechtigte Zahlungen (mit der möglichen Folge aufwändiger Rückerstattungsverfahren) zu verhindern. Nach Ablauf der 15 Arbeitstage sehen sich die Pflegekassen allerdings wiederum mit einer unverzüglichen Auszahlungspflicht wie nach bisheriger Rechtslage konfrontiert, was einen zusätzlichen Anreiz zu zügiger Fallbearbeitung liefern soll. Zusammen mit der Neuregelung des § 18c Absatz 5 Satz 5 ergibt sich eine beachtliche zeitliche und administrative Entlastung der Pflegekassen, die die Erfordernisse zügigen Verwaltungshandelns im Interesse der Pflegebedürftigen nicht aus dem Blick verliert.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom 19.06.2023 (BGBl. 2023 I Nr. 155) erfolgte Einfügung des Satzes 4 sollte klarstellen, dass ein Verzögerungsgrund, der nicht von der Pflegekasse zu vertreten ist, wie beispielsweise ein Aufenthalt der versicherten Person im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung, den Fristenlauf hemmt. Während der Zeit des Aufenthalts läuft die Frist nicht mit, sondern wird nach dessen Beendigung fortgesetzt; ein neuer Fristbeginn soll damit nicht verbunden sein. Eine neue Frist kann auch nicht aus anderen Vorschriften abgeleitet werden. Dies kann insbesondere zu Problemen in der Umsetzung führen, wenn nur noch wenige Tage verbleiben.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen vertrat diesbezüglich in seinem „Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Regelungen des SGB XI“ vom 14. November 2023 zusammen mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene die Ansicht, dass nach Wegfall eines von der Pflegekasse nicht zu vertretenden Verzögerungsgrundes spätestens innerhalb von 17 Arbeitstagen nach dem Ende einer Fristhemmung eine Begutachtung zu erfolgen habe (S. 98 ff. des Gemeinsamen Rundschreibens). Dieser Auslegungsversuch wird nunmehr durch eine verbindliche und einheitlich geltende rechtliche Regelung abgelöst.

Die Neufassung ergänzt die bestehende Regelung, indem sie für die Fälle, in denen eine erneute Terminierung der Begutachtung erforderlich wird, eine zusätzliche Fristenhemmung vorsieht, die für die Durchführung der noch ausstehenden Begutachtung genutzt werden kann. Dies ermöglicht den Medizinischen Diensten und den Pflegekassen innerhalb eines auch für die Antragstellenden vertretbaren Zeitraums die Begutachtung zu planen und durchzuführen.

Die Regelung ist auch vor dem Hintergrund der Zahlungspflicht des Absatzes 5 Satz 1 zu sehen. Um die Pflegekassen dazu anzuhalten, die Bescheide fristgerecht zu erteilen, werden die Pflegekassen bei nicht fristgerechter Bescheiderteilung hiernach verpflichtet, eine pauschale Zusatzzahlung zu leisten. Die Prüfung der Fristüberschreitung kann durch die Neuregelung rechtssicher auf gesetzlicher Grundlage erfolgen.

Zu Nummer 17 (§ 18e)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung, die es dem Medizinischen Dienst Bund und den Medizinischen Diensten ermöglicht, Durchführungsvereinbarungen zu Modellvorhaben, Studien und wissenschaftlichen

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Expertisen zur Weiterentwicklung der ihnen nach den §§ 18 bis 18b zugewiesenen Aufgaben rechtssicher auch mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen abschließen zu können.

Zu Buchstabe b

Der bisherige Absatz 6 enthält die Vorgabe an den Medizinischen Dienst Bund, eine wissenschaftliche Studie zu beauftragen, in der untersucht wird, ob und inwieweit ein Einsatz telefonischer und digitaler Kommunikationsmittel bei der Pflegebegutachtung geeignet ist. Die – nach dem durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom 19.06.2023 (BGBl. 2023 I Nr. 155) neu eingeführten § 142a – für die telefonische Begutachtung erforderliche pflegewissenschaftliche Studie liegt unter dem Titel „Analyse des Einsatzes des Telefoninterviews zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“ seit dem 4. Quartal 2023 vor. Darüber hinaus ist in § 142a Absatz 5 eine Evaluation telefonischer Begutachtungen für 2024 vorgesehen. Daneben wurde unabhängig und parallel zum Gesetzgebungsverfahren des bisherigen Absatz 6 ein entsprechendes Projekt zur videobasierten Pflegebegutachtung unter dem Projektnamen „ViBe-Pflege“ begonnen und wird über § 8 Absatz 3 gefördert. Die bisherige inhaltliche Zielsetzung des § 18e Absatz 6 ist damit erledigt.

Pflegefachpersonen tragen maßgeblich zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung bei. Sie haben eine große Nähe zu Patientinnen und Patienten oder pflegebedürftigen Personen. Innerhalb der Überwachung und Sicherstellung der Qualität der medizinischen, pflegerischen und betreuerischen Versorgung obliegen Pflegefachpersonen zahlreiche Aufgaben. Zu den Pflegefachpersonen nach § 4 des Pflegeberufegesetzes vorbehaltenen Aufgaben gehört die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs. Pflegefachpersonen führen bereits heute in der Versorgung entsprechende Aufgaben durch. Auch beim MD wird die Begutachtung vorrangig durch Pflegefachpersonen durchgeführt; sie treffen auch die Feststellungen und Empfehlungen nach § 18b. Daran anknüpfend wird in dem neu gefassten Absatz 6 ein Modellprojekt vorgesehen, in dem geprüft wird, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang anstelle der Gutachterinnen oder Gutachter des MD oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter auch unmittelbar (d. h. nicht im Auftrag des MD) in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen Aufgaben im Rahmen des Begutachtungsverfahrens nach den §§ 18a, 18b und § 142a übernehmen können. Pflegefachpersonen in diesem Sinne sind Personen, die über eine Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufegesetzes verfügen; in personeller Hinsicht erfasst sind demnach Personen mit einer abgeschlossenen Ausbildung als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann, Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Altenpflegerin oder Altenpfleger. Mit der Regelung soll untersucht werden, wie die Kompetenzen von in der Versorgung tätigen Pflegefachpersonen besser genutzt und Effizienzpotenziale in der Zusammenarbeit zwischen dem MD und den in der Versorgung tätigen Pflegefachpersonen erschlossen werden können. Für in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen entsteht im Verhältnis nur ein geringer Mehraufwand, da die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs Bestandteil einer qualitätsgerechten Versorgung sind. Zudem werden in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen entlastet, weil eine Begleitung der Begutachtung durch den MD entfällt. Zudem kann ggf. eine schnellere Anschlussversorgung erreicht werden, z. B. bei einer Begutachtung durch im Krankenhaus tätige Pflegefachpersonen.

Vor diesem Hintergrund soll der Medizinische Dienst Bund bis spätestens 30. Juni 2026 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige mit der Durchführung eines entsprechenden Modellprojekts beauftragen; bis spätestens 30. Juni 2028 soll der Abschlussbericht dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt werden. In dem Projekt sollen neben der Übernahme von Aufgaben im Rahmen des Pflegebegutachtungsverfahrens durch in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen und möglichen Formen der Zusammenarbeit von Pflegefachpersonen und Medizinischem Dienst ebenfalls geprüft werden, welche Voraussetzungen für eine solche Zusammenarbeit ggf. bestehen. Zu klären ist beispielsweise, welcher inhaltliche und zeitliche Schulungsbedarf für Pflegefachpersonen zusätzlich erforderlich ist und durch wen die Schulungen durchgeführt werden können. Zu betrachten sind auch der erforderliche Fortbildungsbedarf und der gegebenenfalls daraus resultierende Aufwand. Konkret geprüft werden soll zudem, ob die Ergebnisse von durch Pflegefachpersonen in der Versorgung durchgeführte Begutachtungen und den daraus resultierenden Feststellungen und Empfehlungen nach § 18b vergleichbar mit denen des MD oder beauftragter Gutachterinnen und Gutachter sind, insbesondere hinsichtlich des festzustellenden Pflegegrads. Abweichungen und deren Gründe (etwa Unterschiede bei Schulungen oder das Anstellungsverhältnis zu dem jeweiligen Leistungserbringer) sind herauszustellen. Es wird insbesondere auch zu untersuchen sein, ob und wie eine Sicherstellung der Unabhängigkeit und Neutralität der Begutachtung und sachgerechte Ergebnisse auch bei eigenverantwortlicher Durchführung durch bei einer Pflegeeinrichtung beschäftigte Pflegefachpersonen erzielt werden können, die die gewohnten Qualitätsstandards nicht unterschreiten. Zudem

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

sind im Rahmen des Modellprojekts verschiedene weitere Aspekte zu überprüfen (wie etwa Auswirkungen auf die in der Pflege verfügbaren Personalressourcen), die Hinweise auf die konkrete Ausgestaltung einer möglichen Umsetzung in der Regelversorgung geben können. Mit Blick auf die Versorgungsqualität und die Pflegeprozessverantwortung der Pflegefachpersonen in den Einrichtungen soll dabei neben Begutachtungen von Anträgen auf Höherstufungen ausdrücklich auch die Durchführung von Begutachtungen mit dem Ziel von Rückstufungen in einen niedrigeren Pflegegrad erfasst und hinsichtlich damit verbundener Herausforderungen und Möglichkeiten untersucht werden.

Unabhängig von der Art und dem Umfang der Durchführung von Aufgaben von in der Versorgung tätigen Pflegefachpersonen im Rahmen des Begutachtungsverfahrens nach den §§ 18a, 18b und § 142a ist im Rahmen des Modellprojekts jederzeit die Qualität der Pflegebegutachtung sicherzustellen. Zu untersuchen ist daher auch, wie bei einer Durchführung einer Begutachtung durch in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen die kontinuierliche Qualitätssicherung der Pflegebegutachtungen der Medizinischen Dienste sicherzustellen ist. Die abschließende Bewertung und Letztverantwortung für die der Pflegekasse gegenüber abzugebenden Empfehlungen verbleibt im Rahmen des Modellprojekts bei den Medizinischen Diensten. Es wird sich durch das Modellprojekt herausstellen müssen, ob eine solche Verantwortung bei den Medizinischen Diensten auch bei regelhafter und sachgerechter Durchführung von Feststellungen und Empfehlungen zur Pflegebedürftigkeit durch in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen zu verbleiben hat.

Ziele, Inhalte und Durchführung des zu beauftragenden Projekts sind im Einvernehmen mit dem BMG festzulegen. Die Medizinischen Dienste sind bei der Durchführung des Modellprojekts zu beteiligen. Hierbei ist auch der Begutachtungsdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. einzubeziehen. Der Projektbericht und etwaige Zwischenberichte sind dem Bundesministerium für Gesundheit jeweils innerhalb eines Monats nach Fertigstellung vorzulegen. Ebenfalls ist ein abschließender Bericht durch den Medizinischen Dienst Bund dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2028 vorzulegen.

Zu Nummer 18 (§ 28)

Zu Buchstabe a und Buchstabe b

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen.

Zu Buchstabe c

In Absatz 5 wird geregelt, dass Leistungen der medizinischen Behandlungspflege nach dem Elften Buch in stationären Pflegeeinrichtungen auch die Erbringung von Leistungen umfassen, die in § 15a Absatz 1 Nummer 1 und 3 des Fünften Buches genannt sind. Dies gilt, sofern die Leistungserbringung durch Pflegefachpersonen erfolgt, die die Voraussetzungen nach § 15a Absatz 1 des Fünften Buches erfüllen, und diese im Rahmen ihrer Beschäftigung bei einer nach dem Elften Buch zugelassenen stationären Pflegeeinrichtung tätig werden. Unter den Voraussetzungen des § 15a Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches in Verbindung mit § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches oder des § 15a Absatz 1 Nummer 3 des Fünften Buches in Verbindung mit dem Rahmenvertrag nach § 64d Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches können Pflegefachpersonen, die über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen verfügen, im jeweils dort geregelten Umfang Leistungen der ärztlichen Behandlung als Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen erbringen. Die Leistungen werden als Pflegesachleistungen nach dem Elften Buch erbracht, soweit die Pflegesachleistungen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege umfassen. Dies betrifft sowohl die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bei vollstationärer Pflege, auch bei Kurzzeitpflege, als auch die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, deren Erbringung in teilstationären Pflegeeinrichtungen der Tages- oder Nachtpflege notwendig ist.

Leistungen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung von Pflegefachpersonen unter den Voraussetzungen des § 15a Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 des Fünften Buches erbracht werden, unterfallen nicht den Leistungen der medizinischen Behandlungspflege nach dem Elften Buch gemäß § 28 Absatz 5 Satz 1. Ferner findet § 13 Absatz 2 insgesamt weiterhin Anwendung.

Die Ermöglichung der Ausübung von in § 15a Absatz 1 Nummer 1 und 3 des Fünften Buches genannten Befugnissen im Rahmen der Erbringung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen verbessert die Versorgungsqualität in der Langzeitpflege und nutzt die vorhandenen Kompetenzen von Pflegefachpersonen. Sie führt zu einer Reduktion bürokratischer Aufwände, die durch eine sonst erforderliche Einbeziehung

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

eines Arztes angefallen wären, so dass insgesamt keine personellen Mehraufwände erwartet werden. Durch ein optimiertes, unmittelbar vor Ort erfolgendes Krankheitsmanagement können sich zudem Aufwände der stationären Pflegeeinrichtungen verringern, die bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustands angefallen wären, zum Beispiel können sich psychische Problemlagen bei Pflegebedürftigen mit Demenz verringern und Pflegekräfte dadurch entlastet werden. Zudem können Notfalleinsätze und Krankenhauseinweisungen verringert werden, zum Beispiel aufgrund einer verringerten Häufigkeit von Wundinfektionen. Im Rahmen der Evaluation nach § 73d Absatz 4 des Fünften Buches soll auch geprüft werden, welche Auswirkungen die Ausübung der Befugnisse der Pflegefachpersonen im Sinne des § 15a Absatz 1 Nummer 1 und 3 des Fünften Buches in Pflegeeinrichtungen hat. Dabei sind sowohl die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität als auch auf den Personalaufwand sowie auf die Kosten zu prüfen, auch vor dem Hintergrund der grundsätzlichen Finanzierungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung für Leistungen der ärztlichen Behandlung.

Zu Nummer 19 (§ 28a)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen. Die bisher in § 28a enthaltene Bestimmung, dass § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 nicht erfüllt sein muss, damit der Anspruch auf zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a besteht, wird im Zuge der Überführung des § 38a als neuer § 45f in den Sechsten Abschnitt der Sache nach nunmehr in der Anspruchsnorm selbst geregelt.

Zu Nummer 20 (§ 34)

Zu Buchstabe a

Die Fristen in § 34 werden zur Entbürokratisierung auf jeweils acht Wochen vereinheitlicht. Somit werden Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr weitergewährt. Damit werden Anspruchsberechtigte, die sich regelmäßig vorübergehend im Ausland aufhalten, und Pflegekassen hinsichtlich der Entstehung von Prüfaufwand entlastet.

Zu Buchstabe b

Die Fristen in § 34 werden zur Entbürokratisierung auf jeweils acht Wochen vereinheitlicht. Somit werden Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 in den ersten acht Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Leistungen, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, oder einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches weitergezahlt. Zugleich bleibt es dabei, dass bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Absatz 6 Satz 1 des Zwölften Buches Anwendung findet, das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 auch über die ersten acht Wochen hinaus weitergezahlt wird. Durch die Regelung wird die häusliche Pflege gestärkt, der auch zum Beispiel während eines Krankenhausaufenthaltes fortbestehenden Pflegebereitschaft und des anhaltenden Einsatzes von pflegenden An- und Zugehörigen Rechnung getragen und die Anzahl der Fälle, in denen das Ruhen zu prüfen ist, wird deutlich gesenkt, sodass Pflegekassen von Prüfaufwand entlastet werden. Zugleich bildet der Zeitraum von acht Wochen eine geeignete Grenze ab, ab dem eine Änderung der Pflegesituation in die Betrachtung mit einbezogen werden kann.

Zu Buchstabe c

Die Fristen in § 34 werden zur Entbürokratisierung auf jeweils acht Wochen vereinheitlicht. Zudem wird die medizinische Vorsorge im Wortlaut des Absatzes 3 nun mit aufgeführt. Somit ruhen in Harmonisierung mit den übrigen Regelungen des § 34 die Leistungen zur sozialen Sicherung nach den §§ 44 und 44a nicht für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr, Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten acht Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation.

Zu Nummer 21 (§ 36)

Zu Buchstabe a

Die Anpassung erfolgt zur Klarstellung, um die Betragsanhebungen, die mit der „Bekanntmachung der ab dem 1. Januar 2025 geltenden benannten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung sowie weiterer Beträge nach dem

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Elften Buch Sozialgesetzbuch“ vom 14. November 2024 (BAnz AT 12.12.2024 B7) bekannt gegeben wurden, auch im Gesetz selbst wiederzugeben.

Zu Buchstabe b

In den von den Vereinbarungspartnern auf Bundesebene festgelegten Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011, zuletzt geändert am 24. Oktober 2023, ist bereits untergesetzlich verbindlich geregelt, dass zugelassene ambulante Pflegedienste mit anderen Leistungserbringern, die neben pflegerischen Leistungen Hilfen bei der Haushaltsführung erbringen, kooperieren können. Die Kooperation dient hierbei der Ergänzung und Erweiterung des Leistungsangebotes des ambulanten Pflegedienstes. Soweit ein ambulanter Pflegedienst die Leistungen durch Dritte erbringen lässt, verbleibt die Verantwortung für die Leistungen und die Qualität bei dem auftraggebenden ambulanten Pflegedienst. Mit der Ergänzung wird geregelt, dass auch allein den Bereich der Hilfen bei der Haushaltsführung betreffend eine Kooperation zwischen einer ambulanten Pflegeeinrichtung und einem Dienstleistungsunternehmen, das keine Zulassung nach § 72 besitzt, möglich ist. Für ambulante Betreuungsdienste gelten diese Bestimmungen ebenfalls. Die diesbezüglichen Maßgaben in den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität gemäß § 113 sind entsprechend anzupassen.

Zu Nummer 22 (§ 37)

Zu Buchstabe a

Die Anpassung erfolgt zur Klarstellung, um die Betragsanhebungen, die mit der „Bekanntmachung der ab dem 1. Januar 2025 geltenden benannten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung sowie weiterer Beträge nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch“ vom 14. November 2024 (BAnz AT 12.12.2024 B7) bekannt gegeben wurden, auch im Gesetz selbst wiederzugeben.

Zu Buchstabe b

Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, müssen in regelmäßigen Abständen eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abrufen. Pflegebedürftige, denen Pflegegrad 2 oder 3 zugesprochen wurde, müssen halbjährlich einmal eine Beratung abrufen, Pflegebedürftige mit Pflegegrad 4 oder 5 vierteljährlich einmal (§ 37 Absatz 3 Satz 1 in der geltenden Fassung). Zukünftig müssen alle Pflegebedürftigen, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, nur noch einmal pro Halbjahr eine Beratung abrufen, unabhängig davon, welcher Pflegegrad ihnen zugesprochen wurde. Dies entlastet die Pflegedienste, die die Beratung primär durchführen, und ermöglicht ihnen, sich auf die Erbringung der häuslichen Pflegehilfe gemäß § 36 Absatz 1 Satz 1 zu konzentrieren. Dies entlastet aber auch die sonstigen Einrichtungen und Personen, die die Beratung neben den Pflegediensten gemäß § 37 Absatz 3b und 8 durchführen. Entlastet werden auch die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 4 oder 5 und ihre pflegenden An- und Zugehörigen, die vortragen, dass sie eine vierteljährliche Beratung nicht benötigen. Da dies nicht bei allen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 4 oder 5 der Fall ist, haben sie jedoch die Möglichkeit und den Anspruch, die Beratung weiterhin vierteljährlich abzurufen. Die Neuregelung führt somit nicht zwangsläufig zu weniger Beratung für die Pflegebedürftigen und ihre pflegenden An- und Zugehörigen. Vielmehr stellt sie verstärkt auf den tatsächlichen Beratungsbedarf ab und stellt es in das Ermessen der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden An- und Zugehörigen, die Beratung bei Bedarf zu nutzen.

Zu Buchstabe c

Pflegebedürftige, insbesondere Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, bedürfen, abhängig von der konkreten Versorgungssituation, einer verstärkten Unterstützung, damit die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit langfristig sichergestellt werden kann. Denn es entspricht dem Wunsch der meisten Pflegebedürftigen, so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit bleiben und den Umzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung vermeiden oder zumindest zeitlich hinauszögern zu können.

Wird im Rahmen der Beratung nach Absatz 3 festgestellt, dass zur Stärkung der Selbständigkeit des Pflegebedürftigen, zur Sicherstellung seiner Versorgung oder zur Entlastung der häuslich Pflegenden aus pflegefachlicher Sicht weitere Maßnahmen erforderlich oder zweckdienlich sind, sind der Pflegebedürftige und die häuslich Pflegenden auf die bestehenden Beratungs- und Unterstützungsangebote hinzuweisen. Hierzu gehören beispielsweise pflegefachliche Schulungen und Beratungen von Pflegebedürftigen und an der Versorgung beteiligten An- und

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zugehörigen, aber auch eine individuelle Pflegeberatung einschließlich der Möglichkeit der Erstellung eines Versorgungsplans nach § 7a SGB XI.

Dies dient zum einen der planvollen Unterstützung des Pflegebedürftigen und der ihn häuslich Pflegenden. Zum anderen dient es der Vermeidung von schwierigen Pflegesituationen, beispielsweise im Hinblick auf Gewaltverdacht und Gewaltvorkommnisse. Unter Berücksichtigung des ASMK-Beschlusses aus dem Jahr 2022 „Verbesserung des Gewaltschutzes für pflegebedürftige Menschen“ erscheint es sachgerecht, das Bewusstsein hierfür zu schärfen.

Die Beratungsperson soll zudem der jeweiligen Pflegesituation entsprechende Empfehlungen zur Inanspruchnahme der Beratungs- und Unterstützungsangebote oder zu deren Kombination aussprechen und diese in den Nachweis über den Beratungsbesuch nach Absatz 4 aufnehmen, sofern die pflegebedürftige Person einwilligt. Eine Durchschrift des Nachweises über den Beratungsbesuch verbleibt sowohl bei der pflegebedürftigen Person als auch bei der Person, die die Beratung durchgeführt hat.

Die Pflegekassen sind verpflichtet, entsprechend der Empfehlung der Beratungsperson die Inanspruchnahme der Beratungs- und Unterstützungsangebote durch die Pflegebedürftigen und die sie häuslich Pflegenden zeitnah zu unterstützen.

Wird die nächste Beratung nach Absatz 3 von derselben Beratungsperson durchgeführt, hält sie die Umsetzung der Empfehlungen nach. Die Richtlinien nach Absatz 5a sind entsprechend zu ergänzen.

Durch die Regelung soll die Umsetzung bestehender Beratungs- und Unterstützungsangebote zugunsten der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden An- und Zugehörigen verbessert werden. Zugleich soll die Kompetenz der Beratungspersonen zur Beratung und Unterstützung von Pflegebedürftigen, insbesondere wenn diese ausschließlich Pflegegeld beziehen und ansonsten keine pflegefachliche Unterstützung haben, stärker als bisher genutzt werden.

Zu Buchstabe d

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

Zu Buchstabe e

Zu Doppelbuchstabe aa

Nach § 37 Absatz 3c Satz 1 ist die Vergütung für die Beratung von der für die pflegebedürftige Person zuständigen Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von dem zuständigen Beihilfeträger. Eine, wenn auch anteilige, Tragung durch die pflegebedürftige Person ist nicht vorgesehen.

Die Ergänzung in Satz 1 stellt klar, dass die Vergütung auch die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen umfasst. Dies entspricht der geltenden Rechtslage. Aufgrund von Nachfragen und zur Vermeidung von Unsicherheiten wird die gesetzliche Klarstellung vor-genommen.

Zu Doppelbuchstabe bb

In Absatz 3c Satz 2 wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflege-fachperson in § 11 Absatz 1 Satz 3 angepasst.

Zu Buchstabe f

Zu Doppelbuchstabe aa

In Absatz 4 Satz 1 wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 11 Absatz 1 Satz 3 angepasst.

Zu Doppelbuchstabe bb

Absatz 4 wird um einen neuen Satz 3 ergänzt. Dieser sieht vor, dass das Nachweisformular zukünftig im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt wird und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer das Nähere zum Verfahren regeln. Dies reduziert den Verwaltungsaufwand

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

insbesondere bei den Pflegediensten, aber auch bei den anerkannten Beratungsstellen und beauftragten Pflegefachkräften, und stellt einen Beitrag zum Bürokratieabbau dar.

Zu Buchstabe g

Nach § 37 Absatz 5a beschließt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse aus dem jeweiligen Beratungsbesuch durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen. Diese Richtlinien wurden am 18. Dezember 2019 beschlossen, so dass die Frist („bis zum 1. Januar 2020“) gestrichen werden kann. Durch die Neuregelung in Absatz 3a, insbesondere die Verpflichtung der Pflegekassen, die Pflegebedürftigen und die sie häuslich Pflegenden bei der Inanspruchnahme der empfohlenen Beratungs- und Unterstützungsangebote zeitnah zu unterstützen, sind die Richtlinien entsprechend anzupassen.

Zu Nummer 23 (§ 38a)

Der bisherige § 38a wird § 45f.

Zu Nummer 24 (§ 39a)

Die gesonderte Feststellung der Erforderlichkeit der ergänzenden Unterstützungsleistung soll entfallen, weil diese Prüfung nur dann notwendig erscheint, wenn sich das Erfordernis für die ergänzende Unterstützungsleistung aus der Funktionsweise einer digitalen Pflegeanwendung ergibt, die digitale Pflegeaufwendung also so konstruiert oder konfiguriert ist, dass sie nur funktioniert, wenn ein Dritter in die Nutzung eingebunden ist. Dies war in der ursprünglichen Regelungskonzeption so angelegt. Nach inzwischen erfolgten Anpassungen sind ergänzende Unterstützungsleistungen aber nicht nur funktions- oder konstruktionsbezogen zulässig, sondern generell. Daraus ergibt sich, dass sie etwa auch dann in Anspruch genommen werden können, wenn die pflegebedürftige Person eine Bedienungshilfe benötigt, unabhängig davon, ob die Konstruktion oder Konfiguration der digitalen Pflegeanwendung zwingend eine Einbindung Dritter erfordert.

Die Änderung führt zu einer Entlastung sowohl der Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen als auch für das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.

Zu Nummer 25 (§ 40)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

Die Anpassung erfolgt zur Rechtsbereinigung und Klarstellung, um die Betragsanhebung, die mit der „Bekanntmachung der ab dem 1. Januar 2025 geltenden benannten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung sowie weiterer Beträge nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch“ vom 14. November 2024 (BAnz AT 12.12.2024 B7) bekannt gegeben wurde, auch im Gesetz selbst wiederzugeben.

Zu Buchstabe c

Die Anpassung erfolgt zur Klarstellung, um die Betragsanhebungen, die mit der „Bekanntmachung der ab dem 1. Januar 2025 geltenden benannten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung sowie weiterer Beträge nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch“ vom 14. November 2024 (BAnz AT 12.12.2024 B7) bekannt gegeben wurden, auch im Gesetz selbst wiederzugeben.

Zu Buchstabe d

Durch die Änderung in Absatz 6 Satz 2 soll der Katalog der von einer Empfehlung durch Pflegefachpersonen umfassten Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung insbesondere auf für die pflegerische Versorgungspraxis notwendige und sinnvolle Hilfsmittel erweitert werden, bei denen Pflegefachpersonen aufgrund ihrer Nähe zu den Versicherten und ihrer fachlichen Expertise und Qualifikation den Bedarf feststellen können. Darunter fallen insbesondere Inkontinenz- und Adaptionshilfen sowie Hilfsmittel bei Tracheostoma und Dekubitus sowie Stomaartikel. Mit der Hilfsmittel- oder Pflegehilfsmittelversorgung, für die die Vermutungswirkung der Erforderlichkeit oder Notwendigkeit im Sinne der Richtlinien ausgelöst werden kann, dürfen weiterhin keine sich darauf beziehenden ärztlichen Maßnahmen oder Therapieentscheidungen verbunden sein.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die Änderung in Absatz 6 Satz 6 ist eine Folgeänderung zur Einfügung des neuen § 17a. Die bisher in Satz 6 festgelegten Richtlinien werden künftig in dem neuen § 17a geregelt.

Die Aufhebung der Sätze 7 bis 10 ist eine Folgeänderung zur Änderung des Satzes 6 sowie zur Einfügung des neuen § 17a. Durch die Änderung des Satzes 6 und das Verschieben der bisherigen Regelungsgegenstände der Sätze 7 bis 10 (Verfahren des Richtlinienerlasses und Evaluation durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen) in § 17a – neu – sind die Sätze 7 bis 10 ersatzlos zu streichen.

Zu Buchstabe e

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

Zu Nummer 26 (§ 40a)

Zu Buchstabe a

Der erste Halbsatz übernimmt die bisherige Regelung weitgehend und macht mithin auch weiterhin klar, dass eine digitale Pflegeanwendung auch dann gegeben sein kann, wenn sie auf die Unterstützung Angehöriger oder sonstiger ehrenamtlich Pflegender ausgerichtet ist. Neu ist, dass in diesem Fall die Verknüpfung mit den in § 14 Absatz 2 genannten Kriterien nicht mehr erforderlich ist. Nach der geltenden Regelung sind Anwendungen, die mit Wirkung für Pflegepersonen ausgestattet sind, als digitale Pflegeanwendung nur zulässig, wenn sie die pflegenden Angehörigen oder sonstigen ehrenamtlichen Pflegepersonen bei ihren pflegerischen Aufgaben oder Hilfen bezogen auf die in § 14 Absatz 2 genannten Bereiche oder bei der Haushaltsführung unterstützen. Digitale Pflegeanwendungen für die pflegenden Angehörigen oder sonstigen ehrenamtlichen Pflegepersonen sollen nunmehr auch zulässig sein, wenn sie entweder eine entlastende Wirkung für die Pflegepersonen oder einen stabilisierenden Effekt für die häusliche Versorgungssituation der pflegebedürftigen Person haben, ohne dass im Einzelnen noch eine Verknüpfung zu den Modulen nach § 14 Absatz 2 verlangt wird. Diese Anpassung ändert nichts an dem Umstand, dass weiterhin ein Pflegebedürftiger im Sinne des § 14 Absatz 1 SGB XI vorhanden sein muss. Dabei ist davon auszugehen, dass eine Entlastung der Pflegepersonen sich positiv auf die Pflegebedürftigen auswirkt und ihnen damit auch zugutekommt. Die Entlastung der Pflegepersonen stellt damit auch einen pflegerischen Nutzen dar.

Diese Änderung führt zu einer Entlastung der Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Nach geltendem Recht umfasst der Anspruch auf Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen nur solche, die im Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen gelistet sind. Die Vergütungsverhandlungen zwischen Herstellern und Kostenträgern finden erst nach diesem Zeitpunkt statt. Dies hat den Nachteil, dass der endgültige Preis der digitalen Pflegeanwendung erst mit Abschluss dieser Verhandlungen feststeht. Durch die Neuregelung in § 78 Absatz 1 Satz 2, auf die mit der hiesigen Anpassung als Folgeänderung verwiesen wird, werden diese Zeitpunkte parallelisiert.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung, die bei Einführung des Absatzes 1a unterblieben war.

Zu Nummer 27 (§ 40b)

Mit der Neuregelung wird der für digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen bislang einheitliche Leistungsbetrag aufgeteilt und für die beiden Leistungen jeweils ein eigenständiger Leistungsbetrag geschaffen. Zugleich wird mit der Umformulierung des Eingangssatzes verdeutlicht, dass Ansprüche auf die Leistungsbeträge nur einmalig je Kalendermonat bestehen und beim Einsatz von mehreren digitalen Pflegeanwendungen nicht mehrfach bestehen.

Ferner werden die Leistungsbeträge angepasst. Der für digitale Pflegeanwendungen zur Verfügung stehende Leistungsbetrag beläuft sich auf monatlich bis zu 40 Euro und der für ergänzende Unterstützungsleistungen zur Verfügung stehende Betrag beläuft sich auf monatlich bis zu 30 Euro.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Mit der Entzerrung des Anspruchs wird das Ziel verfolgt, die Vergütungsverhandlungen und insbesondere auch die Abrechnungsprozesse zu vereinfachen. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich die Kostenbelastung insgesamt unwesentlich ändert. Der insgesamt zur Verfügung stehende Leistungsbetrag für digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen beläuft sich nunmehr auf monatlich bis zu 70 Euro. Zu beachten ist aber, dass der für digitale Pflegeanwendungen bereitstehende Leistungsbetrag mit der Neuregelung abgesenkt wird. Im Hinblick auf die ergänzenden Unterstützungsleistungen ist zu beachten, dass diese als Unterstützungsleistungen in der Regel und vor allem zu Beginn des Einsatzes einer digitalen Pflegeanwendung benötigt werden (es sei denn, eine ergänzende Unterstützungsleistung ist von der Konfiguration der digitalen Pflegeanwendung her ausnahmsweise unerlässlich und mithin bei jedem Einsatz erforderlich). Das bedeutet, der für die ergänzende Unterstützungsleistung vorgesehene Leistungsbetrag wird meist nicht auf Dauer anfallen und in Anspruch genommen.

Zu Nummer 28 (§ 41)

Die Anpassung erfolgt zur Klarstellung, um die Betragsanhebungen, die mit der „Bekanntmachung der ab dem 1. Januar 2025 geltenden benannten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung sowie weiterer Beträge nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch“ vom 14. November 2024 (BAnz AT 12.12.2024 B7) bekannt gegeben wurden, auch im Gesetz selbst wiederzugeben.

Zu Nummer 29 (§ 43)

Zu Buchstabe a

Die Anpassung erfolgt zur Klarstellung, um die Betragsanhebungen, die mit der „Bekanntmachung der ab dem 1. Januar 2025 geltenden benannten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung sowie weiterer Beträge nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch“ vom 14. November 2024 (BAnz AT 12.12.2024 B7) bekannt gegeben wurden, auch im Gesetz selbst wiederzugeben.

Zu Buchstabe b

Die Anpassung erfolgt zur Klarstellung, um die Betragsanhebung, die mit der „Bekanntmachung der ab dem 1. Januar 2025 geltenden benannten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung sowie weiterer Beträge nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch“ vom 14. November 2024 (BAnz AT 12.12.2024 B7) bekannt gegeben wurde, auch im Gesetz selbst wiederzugeben.

Zu Nummer 30 (§ 43a)

Die Anpassung erfolgt zur Klarstellung, um die Betragsanhebung, die mit der „Bekanntmachung der ab dem 1. Januar 2025 geltenden benannten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung sowie weiterer Beträge nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch“ vom 14. November 2024 (BAnz AT 12.12.2024 B7) bekannt gegeben wurde, auch im Gesetz selbst wiederzugeben.

Zu Nummer 31 (§ 44a)

Zu Buchstabe a

Voraussetzung für die Gewährung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung ist, dass Beschäftigte nach § 3 des Pflegezeitgesetzes (PflegeZG) von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt werden oder dass ihre Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches wird, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Pflegezeit). Die Zuschussgewährung knüpft somit an die (Dauer der) Pflegezeit an. Beschäftigte können die Pflegezeit unter bestimmten Voraussetzungen für längstens sechs Monate in Anspruch nehmen.

Nach § 4 Absatz 2 Satz 1 PflegeZG endet die Pflegezeit, wenn der nahe Angehörige nicht mehr pflegebedürftig oder die häusliche Pflege des nahen Angehörigen unmöglich oder unzumutbar ist, vier Wochen nach Eintritt der veränderten Umstände. Verstirbt der Pflegebedürftige während der Pflegezeit, ist die häusliche Pflege nicht mehr möglich und die Pflegezeit endet nach § 4 Absatz 2 Satz 1 PflegeZG somit vier Wochen nach dem Tod des Pflegebedürftigen. Die Pflegezeit kann nur vorzeitig beendet werden, wenn der Arbeitgeber zustimmt (§ 4 Absatz 2 Satz 3 PflegeZG).

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Nach § 49 Absatz 1 Satz 2 endet die Mitgliedschaft des Pflegebedürftigen in der Pflegeversicherung mit seinem Tod. Damit erlöschen auch die Ansprüche auf Leistungen (§ 35 Satz 1). Dies hat grundsätzlich zur Folge, dass auch der Anspruch des Beschäftigten auf den Zuschuss nach § 44 Absatz 1 erlischt und der Beschäftigte, sofern der Arbeitgeber nicht einer vorzeitigen Rückkehr zustimmt, seinen Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung in den vier Wochen der weiterhin andauernden Pflegezeit in voller Höhe selbst zu tragen hat.

Im Wege der Auslegung zahlen dennoch bereits heute einige Pflegekassen die Zuschüsse bis zum Ende der Pflegezeit weiter. Denn zum einen knüpft der Anspruch an die Dauer der Pflegezeit an und diese endet nach § 4 Absatz 2 Satz 1 PflegeZG erst vier Wochen nach dem Tod des Pflegebedürftigen. Zum anderen ist der Zuschuss ein Anspruch des Beschäftigten, nicht des Pflegebedürftigen. Freigestellte Beschäftigte, die sich um einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen kümmern, stehen sich zudem bei einem Versterben des Pflegebedürftigen im Hinblick auf die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge schlechter, als wenn die Pflegezeit regulär zu Ende gegangen wäre, ohne dass sie auf diese Entwicklung Einfluss hätten. Die Weiterzahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung bis zum Ende der Pflegezeit ist daher sachgerecht und dient der Aufrechterhaltung der Pflegebereitschaft naher Angehöriger.

Mit dem neuen Satz 7 wird dieser Sachverhalt nunmehr ausdrücklich klargestellt, so dass die Pflegekassen zukünftig einheitlich verfahren werden und allen Beschäftigten ihre Ansprüche auf die Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung auch dann bis zum Ende der Pflegezeit erhalten bleiben, wenn der Pflegebedürftige verstirbt. Stimmt der Arbeitgeber hingegen einem vorzeitigen Ende der Pflegezeit zu, enden die Zuschüsse bereits zu diesem Zeitpunkt.

Zu Buchstabe b

Es handelt es sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 2 Absatz 2 Satz 2 Pflegezeitgesetz, nach der nunmehr auch Pflegefachpersonen Bescheinigungen über die Pflegebedürftigkeit oder die voraussichtliche Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der in § 2 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes genannten Maßnahmen ausstellen können.

Zu Nummer 32 (Überschrift Fünfter Abschnitt des Vierten Kapitels)

Die Überschrift des Fünften Abschnitts des Vierten Kapitels wird neu gefasst, um die Inhalte besser abzubilden. Zum einen wird hiermit verdeutlicht, dass der Fünfte Abschnitt mit dem Entlastungsbetrag und dem Umwandlungsanspruch weitere Leistungen bei häuslicher Pflege beinhaltet. Zum anderen werden die verschiedenen Gebiete, auf denen mit Mitteln der Pflegeversicherung nach diesem Abschnitt eine Förderung erfolgt, benannt. Hierbei wird auch der Überführung der Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken in einen eigenen Paragraphen Rechnung getragen.

Zu Nummer 33 (§ 45b)

Die Anpassung erfolgt zur Klarstellung, um die Betragsanhebung, die mit der „Bekanntmachung der ab dem 1. Januar 2025 geltenden benannten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung sowie weiterer Beträge nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch“ vom 14. November 2024 (BAnz AT 12.12.2024 B7) bekannt gegeben wurde, auch im Gesetz selbst wiederzugeben.

Zu Nummer 34 (§ 45c)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Da die bisher in § 45c Absatz 9 geregelte Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken in den neuen § 45e überführt wird, werden in § 45c Absatz 1 die Sätze 3 und 4 gestrichen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Im Rahmen der Förderung nach § 45c können bereits bisher auch digitale Anwendungen berücksichtigt werden, sofern diese den geltenden Anforderungen an den Datenschutz entsprechen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten. Hierbei kommt auch eine Förderung zur Herstellung oder Verbesserung der Barrierefreiheit der digitalen Anwendungen in Betracht; dies wird in den Wortlaut aufgenommen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe b

Die in § 45c Absatz 5 ausdrücklich aufgeführten Beispiele für Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige sowie andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf, werden ergänzt. In Satz 1 werden neben den Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der erforderlichen Hilfen auch die Möglichkeiten einer Weiterentwicklung der erforderlichen Hilfen für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige und andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf, benannt.

Mit dem neuen Satz 2 wird aufgenommen, dass im Rahmen der Modellförderung nach dieser Vorschrift insbesondere auch Möglichkeiten einer Weiterentwicklung und einer wirksamen Vernetzung der erforderlichen Hilfen für Pflegebedürftige an ihrem Lebensende in den Blick genommen werden sollen. Dies schließt insbesondere die Terminal- und Sterbephase, aber auch die vorausgehende letzte Lebensphase von Sterbenden mit ein. Aufgrund der sehr dynamischen Veränderungen unterschiedlicher Unterstützungsbedarfe mit oftmals zeitlich sehr kurzen Übergängen in die letzte Lebensphase gewinnt hier eine wirksame Vernetzung der erforderlichen Hilfen eine besondere Bedeutung. Gerade an den Schnittstellen, beispielsweise von Unterstützung und Begleitung gemäß dem SGB XI und dem SGB V, ist eine möglichst reibungslose Verzahnung sinnvoll und im Interesse der Betroffenen. Außerdem könnten Modellvorhaben dazu beitragen, dem Wunsch vieler Pflegebedürftiger nach einem Versterben in der gewohnten häuslichen Umgebung noch besser nachkommen zu können. Bei der Betrachtung von Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung, sind hierbei insbesondere auch die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen am Lebensende mit in den Blick zu nehmen.

Mit dem neuen Satz 3 werden jetzt zudem ausdrücklich auch die Weiterentwicklung und Erprobung von Möglichkeiten einer Versorgung von Pflegebedürftigen über Nacht benannt. Zwar gibt es in § 41 bereits einen Anspruch auf teilstationäre Leistungen der Nachtpflege. Obwohl dies ein sehr wichtiges Element der Versorgung sein kann – gerade auch zur längeren und besseren Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege von Menschen mit einer demenziellen Veränderung –, gibt es solche Angebote indes noch nicht flächendeckend. Mit der Aufnahme der ausdrücklichen Benennung als Beispiel für die modellhafte Förderung nach § 45c Absatz 5 soll hier ein Impuls gesetzt werden, neue Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen in diesem Bereich in den Blick zu nehmen und modellhafte, wissenschaftlich begleitete Erprobungen durchzuführen, sodass weitergehende Erkenntnisse zu Möglichkeiten der Versorgung Pflegebedürftiger über Nacht gewonnen werden können.

Sowohl die gute Versorgung von pflegebedürftigen Menschen jeden Alters an ihrem Lebensende als auch die Versorgung von Pflegebedürftigen über Nacht gewinnt nochmals besondere Bedeutung in infrastrukturschwachen Räumen.

Bei der Änderung im neuen Satz 4 handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung der neuen Sätze 2 und 3.

Zu Buchstabe c

In die Regelung wird aufgenommen, dass neben den Verbänden der Menschen mit Behinderungen und der Pflegebedürftigen auch die Verbände ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden auf Bundesebene anzuhören sind. Damit kann insbesondere der Sicht der familiären und vergleichbaren ehrenamtlichen Pflegepersonen noch besser Rechnung getragen werden.

Zu Buchstabe d

In Absatz 8 wird aufgenommen, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Bundesamt für Soziale Sicherung Festlegungen für das Verfahren zur Abwicklung der Förderung beschließen kann. Das betrifft insbesondere das Verfahren zur Erteilung der Förderzusagen, zur Aufhebung von Förderentscheidungen und zur Rückforderung von Fördermitteln zugunsten des Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung. Die Länder sind vor dem Beschluss anzuhören und ihr Vorbringen ist beim Beschluss der Festlegungen zu berücksichtigen. Soweit Belange von Fördermittelempfangenden betroffen sind, sind auch die Verbände der Menschen mit Behinderungen, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Nahestehenden auf Bundesebene vor dem Beschluss anzuhören, um deren Sichtweise ebenfalls in den Beschluss einbeziehen zu können.

Zu Buchstabe e

Die bisher in § 45c Absatz 9 geregelte Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken wird in den neuen § 45e überführt.

Zu Nummer 35 (§§ 45d und 45e)

Zu § 45d (Förderung der Selbsthilfe in der Pflege, Verordnungsermächtigung)

Die Vorschrift des § 45d zur Förderung der Selbsthilfe in der Pflege wird neu gegliedert, um die Regelungen übersichtlicher zu gestalten.

Zugleich werden die Regelungen zur Förderung in Form von Gründungszuschüssen, bei denen nicht die Kofinanzierung durch Länder oder kommunale Gebietskörperschaften erfolgt, und die Förderung von bundesweiten Tätigkeiten und Strukturen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die ebenfalls ohne Mitfinanzierung durch Länder oder kommunale Gebietskörperschaften erfolgt, vereinfacht und verstetigt. Bisher wurden von den nach § 45d Satz 1 bisheriger Fassung auf die Länder aufgeteilten Mitteln Fördermittel in Höhe von insgesamt je Kalenderjahr bis zu 0,01 Euro je Versicherten separiert. Aus diesen Fördermitteln konnte der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Gründungszuschüsse für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen finanzieren, ohne dass es für die Förderung einer Mitfinanzierung durch ein Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedurfte. Ferner wurden bei der Übertragung von auch im ersten Übertragungsjahr nicht genutzten Fördermitteln auf das Folgejahr Fördermittel in Höhe von 0,01 Euro je Versicherten von der Übertragung ausgenommen. Mit diesen Mittel konnte der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ebenfalls ohne Kofinanzierung bundesweite Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen fördern. Hierbei durfte die Förderung jeweils für einen Zeitraum von maximal fünf Jahren erfolgen. Diese neuen Fördermöglichkeiten sind in der Praxis schnell auf Interesse gestoßen. In der Bewilligungspraxis erfolgen Förderzusagen in der Regel dabei jeweils für ein Kalenderjahr. Viele Fördernehmende würden sich hier noch mehr Planungssicherheit wünschen. Daher werden die Fördermöglichkeiten an dieser Stelle verbessert.

Die Mittel, die zur Förderung in Form von Gründungszuschüssen für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen ohne Kofinanzierung verwendet werden können, und die Mittel, die ohne Kofinanzierung für bundesweite Tätigkeiten und Strukturen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen verwendet werden können, werden zu einem Mittelbestand zusammengefasst, der sich nicht mehr aus verteilten oder bei der Übertragung ausgenommenen Mitteln speist, sondern in § 45d Absatz 4 neuer Fassung gleich von Beginn an zur Förderung zur Verfügung steht. Dabei werden die Fördermittel von jeweils 0,01 Euro je Versicherten zugleich auf insgesamt 0,05 Euro je Versicherten und Kalenderjahr erhöht, die je nach eingehenden Anträgen für beide Zwecke verwendet werden können. Damit werden mehr Spielräume für die Förderung erschlossen. Hierbei ist eine volle Finanzierung insbesondere von Gründungsaufwendungen nicht ausgeschlossen. Zudem wird nun auch eine Förderung von Strukturen der Selbsthilfe, die bundesweit ausgelegt sind, ermöglicht.

Die Förderung soll für die Fördernehmenden außerdem mehr Planungssicherheit bieten. Daher wird geregelt, dass durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, bei dem die Förderung jeweils beantragt wird, eine Bewilligung der Fördermittel in der Regel jeweils für einen Zeitraum von fünf Jahren, mindestens aber für einen Zeitraum von drei Jahren erfolgen soll, es sei denn, dass sich aus dem Antrag oder den Besonderheiten des Einzelfalls ein kürzerer Förderzeitraum ergibt. Aus dem Antrag oder den Besonderheiten des Einzelfalls würde sich beispielsweise dann etwas anderes ergeben, wenn die Förderung einer bundesweiten Fach- oder Vernetzungstagung von Selbsthilfegruppen, -organisationen oder -kontaktstellen beantragt wird. Selbstverständlich sollen auch solche Förderzusagen in Zukunft weiterhin möglich sein. Ferner kann es sich namentlich bei Neugründungen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zeigen, dass die Zwecke eines Gründungszuschusses schon innerhalb von drei Jahren erreicht werden können, sodass auch ein Förderzeitraum von drei Jahren hinreichen würde, um die Neugründung zu fördern sowie nachhaltig und zukunftsorientiert abzusichern. Wie bisher gilt ferner, dass bei einer erneuten Antragstellung eine Förderung auch nach Ablauf der drei bis fünf Jahre erneut bewilligt werden kann. Hiervon ausgenommen sind Gründungszuschüsse, deren Zweck mit einer nachhaltig absichernden Gründungsförderung erreicht wird.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Um eine sachgerechte Verteilung der Fördermittel nach § 45d Absatz 4 auf Antragstellende zu erreichen und auch wechselnde oder verschiedenartige Antragstellende berücksichtigen zu können, kann der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. objektive Förderkriterien entwickeln und beschließen. Denkbar sind etwa Kriterien, die zwischen einer nachhaltig wirkenden Anschubförderung und einer der Größe von Organisationen angemessenen Basisförderung unterscheiden sowie konkretisieren, unter welchen Voraussetzungen welche fortlaufenden Bedarfe der Selbsthilfe in die Förderung einbezogen werden, die die Förderung praxisgerecht wirksam machen. Denkbar ist ebenfalls, dass innovative Konzepte und nachhaltig tragfähige Projekte eine objektiv nachvollziehbar besondere Gewichtung erfahren. Zudem kann eine Bestimmung von Antragsfristen, ggf. auch differenziert nach Förderzwecken, als Kriterium dienen. Bei einer bereits mehrfach bewilligten strukturellen Förderung kann ein Kriterium auch sein, ob nachhaltige Bemühungen um eine eigenständige Absicherung der mit der Förderung aufgebauten Strukturen erkennbar sind. Bereits im Prozess der Entwicklung objektiver Förderkriterien sind dabei auch Vertretungen der Selbsthilfe zu beteiligen. Daher wird eine entsprechende Einbeziehung der Verbände der Menschen mit Behinderungen, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden, soweit diese in der Selbsthilfe tätig sind, vorgesehen. Um Transparenz und Planungssicherheit zu schaffen, sollen entsprechende Kriterien zudem mit ausreichendem zeitlichen Vorlauf für die Zukunft angekündigt werden und für Antragstellende im Vorfeld erkennbar sein. Der Beschluss der Kriterien bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Abgesehen von den Kriterien für eine sachgerechte Verteilung der Fördermittel auf Antragstellende werden die Einzelheiten zu den Voraussetzungen, Zielen, Inhalten und der Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel wie bisher in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt.

Für die Förderung der Selbsthilfe in der Pflege nach § 45d finden im Übrigen weiterhin wie bisher die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren entsprechende Anwendung, soweit § 45d dem § 45c entspricht. So können – wie in § 45c Absatz 2 geregelt – Zuschüsse der kommunalen Gebietskörperschaften im Einvernehmen mit allen Fördergebern auch als Personal- oder Sachmittel eingebracht werden, sofern diese Mittel nachweislich ausschließlich und unmittelbar dazu dienen, den jeweiligen Förderzweck zu erreichen. Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt. Regelungen wie beispielsweise die in § 45c Absatz 6 Satz 2 bis 9 enthaltenen Bestimmungen finden ihre Entsprechung in § 45d freilich jeweils nur insoweit wie eine Förderung durch Länder oder kommunale Gebietskörperschaften vorgesehen ist. Das gleiche gilt auch für die entsprechend zu § 45c Absatz 7 Satz 5 geregelte Ermächtigung der Landesregierungen zum Verordnungserlass. Die in § 45d bisher enthaltene Regelung, dass § 45c Absatz 7 Satz 5 entsprechend gilt, wird in § 45d Absatz 5 neuer Fassung aus rechtsförmlichen Gründen ausformuliert, eine Inhaltsänderung ist hiermit jedoch nicht verbunden.

Auch im Übrigen werden die bisherigen Regelungen fortgeführt. So können im Rahmen der Förderung der Selbsthilfe in der Pflege bei einem Antrag durch Selbsthilfegruppen, -organisationen oder -kontaktstellen beispielsweise auch digitale Anwendungen berücksichtigt werden, sofern diese den geltenden Anforderungen an den Datenschutz entsprechen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten. Hierbei kommt ebenfalls eine Förderung zur Herstellung oder Verbesserung der Barrierefreiheit der digitalen Anwendungen in Betracht; dies wird in den Wortlaut aufgenommen.

Durch die neuen Regelungen werden die in den Ländern bestehenden Fördermöglichkeiten dabei nicht eingeschränkt. Im Gegenteil werden auch die Fördermittel der Pflegeversicherung zur Förderung der in § 45d Absatz 1 genannten Zwecke, die, um eine gerechte Verteilung auf die Länder zu gewährleisten, nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder aufgeteilt werden, von bisher je Kalenderjahr 0,15 Euro je Versicherten auf 0,16 Euro je Versicherten erhöht. Damit erhalten auch Länder und Kommunen einen noch stärkeren Anreiz, einen Förderanteil in die Förderung der Selbsthilfe in der Pflege einzubringen. Denn wie bislang bezuschusst die Pflegeversicherung eine kofinanzierte Förderung im Umfang von 75 Prozent der für die Förderung insgesamt geleisteten Fördermittel. Zudem wird ausdrücklich klargestellt, dass auch die Gewährung von Gründungszuschüssen für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen – neben der Fördermöglichkeit nach § 45d Absatz 4 neuer Fassung – weiterhin ebenfalls in Form einer Kofinanzierung durch Pflegeversicherung und Land und/oder kommunale Gebietskörperschaft nach § 45d Absatz 3 neuer Fassung möglich ist. Dies betrifft vornehmlich die Gewährung von Gründungszuschüssen an neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, deren Gründungsaufwendungen nicht nach Absatz 4 gefördert werden; eine Doppelförderung derselben Aufwendungen darf nicht erfolgen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Insgesamt werden für die Förderung der Selbsthilfe in der Pflege damit künftig je Kalenderjahr 0,21 Euro je Versicherten seitens der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung zur Verfügung gestellt. Damit können Pflegebedürftige und ebenso An- und Zugehörige wichtige Unterstützung erfahren, die auch dazu befähigen kann, häusliche Pflegearrangements länger aufrecht zu erhalten und den Belangen sowohl von Pflegebedürftigen als auch von Pflegepersonen in der Gestaltung des Pflegealltags noch besser gerecht werden zu können. Die private Pflege-Pflichtversicherung beteiligt sich aufgrund ihrer spezifischen Sachnähe entsprechend den bisherigen Regelungen auch an der Anpassung des Fördervolumens, da die Unterstützung durch die Strukturen der Selbsthilfe den Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung im gleichen Maße wie den Versicherten der sozialen Pflegeversicherung zu Gute kommt und die private Pflege-Pflichtversicherung und ihre Versicherten von der Förderung der Selbsthilfe in der Pflege damit im Rahmen der Durchführung der privaten Pflege-Pflichtversicherung in gleichem Maße profitieren. Die soziale Pflegeversicherung und die private Pflege-Pflichtversicherung sind zwei Zweige der gesetzlichen Pflegeversicherung. Die private Pflege-Pflichtversicherung ist im SGB XI in besonderer Weise geregelt und Teil der Versorgung im Pflegefall. § 23 SGB XI regelt, dass im Hinblick auf die private Pflege-Pflichtversicherung Vertragsleistungen vorzusehen sind, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels gleichwertig sind. Darüber hinaus existieren umfangreiche weitere Vorgaben wie die Zugrundelegung gleicher Maßstäbe bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Zuordnung zu einem Pflegegrad, der Anrechnung von Vorversicherungszeiten u. a., es bestehen bei der privaten Pflege-Pflichtversicherung eine Versicherungspflicht und ein Kontrahierungszwang (§ 110 SGB XI). Die Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, sind daher als abgrenzbare homogene Gruppe zu betrachten, die die Aufgabe haben, für ihre Versicherten eine Absicherung im Pflegefall vorzusehen, die nach Art und Ausmaß der sozialen Pflegeversicherung angeglichen ist. Die Strukturen, die die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten tragen, sind in vielen Fällen identisch, zumindest aber in ihrer Ausrichtung gleichgerichtet. Auch die Gruppe der Pflegebedürftigen und ihrer An- und Zugehörigen bildet eine homogene Gruppe, die sich durch die Bedarfe, die gerade mit einer Pflegebedürftigkeit und der Sicherstellung einer auf Dauer funktionierenden Versorgung einhergehen, in dieser Hinsicht von der Allgemeinheit unterscheidet. Die Förderung der Selbsthilfe in der Pflege hat eine wichtige Funktion, um Pflegebedürftige sowie pflegende An- und Zugehörige zu unterstützen, indem gemäß § 45d durch persönliche, wechselseitige Hilfen und zudem auch unter Zuhilfenahme von Angeboten ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen Unterstützung gerade in Bezug auf die Pflegesituation geleistet wird. Eine Förderung und bessere Vernetzung der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen trägt nachhaltig zur Entlastung von pflegenden An- und Zugehörigen und einer besseren Versorgung der Pflegebedürftigen bei. Die Möglichkeit des Zugangs zur Selbsthilfe ist wichtig, um funktionierende Versorgungssettings für Pflegebedürftige schaffen oder aufrechtzuerhalten zu können und An- und Zugehörige zu befähigen, ihre Sorgearbeit bedürfnisgerecht ausgestalten und auch auf Dauer bewältigen zu können. Sowohl Pflegebedürftige als auch ihre An- und Zugehörigen profitieren von den Aktivitäten der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen in vielfältiger Weise, die spezifisch zur Stabilisierung von Pflegesituationen beitragen. Die flächendeckende Förderung von Strukturen der Selbsthilfe auf allen Ebenen trägt damit auch zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung bei, da hierdurch eine einzigartige Unterstützung erfolgen kann, die insbesondere die häusliche Pflege auf längere Dauer fördert oder ermöglicht. Die Hilfen der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen kommen dabei Pflegebedürftigen und deren An- und Zugehörigen in gleichem Maße zugute, ohne dass nach der Zugehörigkeit zur sozialen Pflegeversicherung oder zur privaten Pflege-Pflichtversicherung unterschieden wird. Sie stützen damit strukturell auch die Sicherstellung der Pflege von Pflegebedürftigen, die privat pflege-pflichtversichert sind. Damit tragen sie auch dazu bei, dass die Leistungen, für die die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, zuständig sind, die gleiche Wirksamkeit erreichen können. Darin liegt ein spezifischer Nutzen für die Gruppe der privaten Versicherungsunternehmen und ihrer Versicherten. Die Beteiligung der privaten Pflege-Pflichtversicherung an der Förderung der Selbsthilfe in der Pflege nach § 45d ist daher sachgerecht. Sie entspricht der spezifischen Sachnähe der privaten Pflege-Pflichtversicherung und ihrer gesetzlich zugewiesenen Verantwortung für die Absicherung der Versicherten im Pflegefall. Dementsprechend sind die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, über den Verband der privaten Krankenversicherung e V. in die inhaltliche Ausgestaltung der Förderung auch eng eingebunden. So werden die Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. gemeinsam beschlossen. Ebenso beschließt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. gemeinsam über objektive Kriterien zur Vergabe

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

der Fördermittel. Sowohl die bestehenden als auch die mit dem vorliegenden Gesetz neu aufgenommenen Regelungen sehen damit eine enge Einbindung des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V. hinsichtlich der inhaltlichen Verwendung der Fördermittel vor.

Zu § 45e (Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken)

Die bisher in § 45c Absatz 9 geregelte Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken wird nunmehr in einem eigenständigen neuen § 45e geregelt, wodurch die Bedeutung der Netzwerkförderung noch besser hervorgehoben wird.

Zu Absatz 1

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen fördert nach § 45e – wie bislang in § 45c Absatz 1 Satz 3 in Verbindung mit Absatz 9 geregelt – aus Mitteln des Ausgleichsfonds die strukturierte Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken. Die Förderung erfolgt durch Antragstellung bei einer Pflegekasse, einem Landesverband der Pflegekassen (sofern in einem Bundesland vorgesehen) oder einem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt. Bei einer Förderzusage erteilen die Landesverbände der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und unter Beteiligung des Kreises, der kreisfreien Stadt oder des Bezirkes in den Stadtstaaten in der Regel binnen drei Monaten nach Eingang des Antrags die Zustimmung zur Auszahlung der entsprechenden Fördermittel aus dem Ausgleichsfonds. Die Auszahlung erfolgt durch das Bundesamt für Soziale Sicherung.

Nach der bislang geltenden Regelung in § 45c Absatz 1 Satz 4 erhöhten nicht genutzte Fördermittel im Folgejahr das Fördervolumen nach § 45c Absatz 1 Satz 1 für die dort genannten Zwecke; dadurch erhöhte sich auch das in § 45c Absatz 2 Satz 2 genannte Gesamtfördervolumen hierfür entsprechend. Dies wird im Rahmen der Überführung der Förderung regionaler Netzwerke in einen eigenständigen § 45e geändert. Nunmehr ist eine Übertragung der nicht genutzten Fördermittel eines Jahres in das Folgejahr für die Förderung von regionalen Netzwerken vorgesehen. In einem Kalenderjahr nicht beanspruchte Fördermittel stehen damit im Folgejahr zusätzlich ebenfalls für die Förderung von regionalen Netzwerken zur Verfügung.

Entsprechend der bisherigen Regelung des § 45c Absatz 9 SGB XI beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, mit 10 Prozent an den aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bereitgestellten Mitteln. Die Netzwerkförderung dient der strukturierten Zusammenarbeit von Akteuren, die an der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen beteiligt sind und die sich im Rahmen einer freiwilligen Vereinbarung vernetzen. Durch die Zusammenarbeit regionaler Akteure (insbesondere von Trägern und Selbsthilfegruppen), die an der Versorgung und der Unterstützung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie vergleichbar Nahestehenden beteiligt sind, soll der Versorgungs- und Unterstützungsbedarf sowohl von Pflegebedürftigen als auch deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen besser gedeckt werden. Die Unterstützung durch regionale Netzwerke kommt den Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung im gleichen Maße wie den Versicherten der sozialen Pflegeversicherung zu Gute, sodass die private Pflege-Pflichtversicherung und ihre Versicherten damit von den Ergebnissen der regionalen Netzwerkförderung in gleichem Maße profitieren.

Wie in der Begründung zu § 45d SGB XI bereits ausgeführt, sind die Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, als abgrenzbare homogene Gruppe zu betrachten, die die Aufgabe haben, für ihre Versicherten eine Absicherung im Pflegefall vorzusehen, die nach Art und Ausmaß der sozialen Pflegeversicherung angeglichen ist. Die Strukturen, die die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten tragen, sind in vielen Fällen identisch, zumindest aber in ihrer Ausrichtung gleichgerichtet. Vor diesem Hintergrund haben die privaten Versicherungsunternehmen eine besondere Finanzierungsverantwortung für die Förderung regionaler Pflegenetzwerke. Sie stützen damit strukturell auch die Sicherstellung der Pflege von Pflegebedürftigen, die privat pflege-pflichtversichert sind. Damit tragen sie auch dazu bei, dass die Leistungen, für die die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, zuständig sind, die gleiche Wirksamkeit erreichen können. Darin liegt ein spezifischer Nutzen für die Gruppe der privaten Versicherungsunternehmen.

Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, sind ferner durch die Beteiligung des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V. an der Erstellung und durch den gemeinsamen Beschluss der Empfehlungen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in die Ausgestaltung der Förderung der regionalen Netzwerke umfassend eingebunden. Denn der Verband der privaten

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Krankenversicherung e. V. und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließen gemäß § 45e Absatz 3 Satz 5 i.V.m. § 45c Absatz 7 Satz 1 gemeinsam die Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel. Gemäß den Empfehlungen kann die Förderung eines regionalen Netzwerkes auch bei einem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, beantragt werden (siehe Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. zur Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, von ehrenamtlichen Strukturen und von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen sowie zur Förderung der Selbsthilfe nach § 45c Abs. 7 SGB XI i. V. m. § 45d SGB XI und zur Förderung regionaler Netzwerke nach § 45c Abs. 9 SGB XI vom 24.07.20022 in der Fassung vom 20.12.2021). Die Landesverbände der Pflegekassen erteilen die Förderzusagen zudem im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. Dies begründet eine entsprechende Beteiligungsmöglichkeit an der Mittelverwendung und Ausgestaltung der Förderung. Die gemeinsamen Empfehlungen sollen nach Absatz 3 Satz 5 entsprechend aktualisiert werden. Das Ziel der Vorschrift geht somit über eine bloße Mittelbeschaffung hinaus. Der besondere Sachzweck liegt in der Mitwirkung der privaten Versicherungsunternehmen in der inhaltlichen und organisatorischen Gestaltung des Aufbaus und der Förderung der regionalen Netzwerke.

Zu Absatz 2

Die Förderung von regionalen Netzwerken erfolgt durch die strukturierte Zusammenarbeit von Akteuren, die an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt sind und die sich im Rahmen einer freiwilligen Vereinbarung vernetzen. Stellvertretend für das Netzwerk sind grundsätzlich alle an der Vernetzung beteiligten Akteure zur Stellung eines Antrags auf Förderung nach § 45e bei der jeweils zuständigen Stelle berechtigt. Ist eine kommunale Gebietskörperschaft an dem Netzwerk beteiligt, gilt das auch für diese.

Bereits bislang war geregelt, dass unter anderem den Kreisen und kreisfreien Städten in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet die Teilnahme an einer von der Pflegeversicherung geförderten strukturierten regionalen Zusammenarbeit zu ermöglichen ist. Dies wird nun erweitert. In den Stadtstaaten Berlin und Hamburg ist auch den Bezirken in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet die Teilnahme an einer von der Pflegeversicherung geförderten strukturierten regionalen Zusammenarbeit zu ermöglichen. Damit soll eine bedarfsorientierte und regionale Umsetzung sowie Vernetzung noch besser ermöglicht werden.

Zu Absatz 3

Der pro Netzwerk maximal zur Verfügung stehende Förderbetrag wird um 20 Prozent auf 30 000 Euro je Kalenderjahr erhöht. Mit dieser Verbesserung wird die Möglichkeit zur strukturierten Vernetzung bundesweit gestärkt. Die Fördermittel werden dem jeweiligen regionalen Netzwerk für mindestens ein Kalenderjahr, längstens drei Kalenderjahre bewilligt. Bei neu gegründeten Netzwerken soll die Förderung für drei Kalenderjahre bewilligt werden. Durch diese Verfahrensvereinfachung, mit der neu gegründete Netzwerke die Zusage einer Förderung in der Regel für drei Jahren erhalten, sollen die Netzwerke in der Aufbauphase ausreichend finanzielle Sicherheit erhalten. Zur Stärkung der Netzwerke sollen zudem weitere Verfahrensvereinfachungen im Rahmen von Aktualisierungen der Empfehlungen nach § 45c Absatz 7, auf die § 45e verweist, aufgegriffen werden, wie bspw. mehrjährige Förderzusagen auch in anderen Fällen. Die Empfehlungen hierzu sollen so zeitnah nach Inkrafttreten der Neuregelungen aktualisiert werden, dass sie im nächstmöglichen Förderzeitraum bereits zur Anwendung kommen.

Zu Absatz 4

Um eine Transparenz über die geförderten Netzwerke zu ermöglichen, erstellen die Landesverbände der Pflegekassen eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke, aktualisieren diese mindestens einmal jährlich bis zum 30. November für das Folgejahr und stellen diese der Geschäftsstelle nach Absatz 5 zur Verfügung. Die Geschäftsstelle veröffentlicht diese Übersichten der Landesverbände der Pflegekassen gebündelt. Durch eine einheitliche Internetseite mit Informationen über alle geförderten Netzwerke sollen das Wissen über die Netzwerke und der Austausch der Netzwerke untereinander verbessert werden. Die Landesverbände der Pflegekassen können die Übersicht der geförderten Netzwerke in ihrem Zuständigkeitsbereich zusätzlich auf ihrer eigenen Internetseite veröffentlichen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Absatz 5

Zur Unterstützung von Netzwerkgründungen und zur qualitativen Weiterentwicklung regionaler Netzwerke und der Organisation des überregionalen Austauschs wird eine Geschäftsstelle für die Jahre 2026 bis 2031 errichtet. Die Geschäftsstelle soll im Hinblick auf die Erreichung ihrer Ziele nach allgemeinen wissenschaftlichen Standards begleitet und evaluiert werden. Dafür steht insgesamt jährlich maximal eine halbe Million Euro zur Verfügung. Die Geschäftsstelle agiert bundesweit. An der Netzwerkgründung Interessierte erhalten Unterstützung durch die Geschäftsstelle. Dies kann auch durch die Vermittlung an weitere bestehende Netzwerke im Rahmen einer kollegialen Beratung erfolgen. Zudem sind (digitale) Austauschformate denkbar, in denen Fördermöglichkeiten und -verfahren und regionale Beispiele vorgestellt werden, die auch Impulse für die kommunale Alten- und Pflegeplanung geben können. Im Rahmen der qualitativen Weiterentwicklung regionaler Netzwerke ist die Ermittlung von Faktoren zu eruieren, die für die Gründung, Implementierung und Stabilisierung von Netzwerken förderlich oder hinderlich sind. Die Ergebnisse sollen dokumentiert und mit Vertretungen der Länder, Kommunen, Pflegekassen, privaten Pflege-Versicherungsunternehmen, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden diskutiert werden. Zudem sollen die Strukturen auf Landesebene nachhaltig gestärkt werden. Zur qualitativen Weiterentwicklung regionaler Netzwerke ist auch das Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu beteiligen. Der Austausch soll auf ein entbürokratisiertes und vereinfachtes Antragsverfahren und Förderungen hinwirken. Des Weiteren soll die Geschäftsstelle Informationen zentral bereitstellen.

Zu Nummer 36 (Sechsten Abschnitt 0 (Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen und in gemeinschaftlichen Wohnformen)

Da der bisher in § 38a verankerte Anspruch auf Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen neuer § 45f wird, die bisher in § 45e geregelte Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen neuer § 45g wird, der Sechste Abschnitt als § 45h die neue Regelung zu Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c aufnimmt und die bisher in § 45f enthaltene Regelung durch Zeitablauf überholt ist und wegfällt, wird der Sechste Abschnitt des Vierten Kapitels neu gefasst und die Überschrift dabei entsprechend angepasst.

Zu § 45f (Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen)

Es handelt sich um die Regelung des bisherigen § 38a, die nun § 45f wird. Die bisher in § 28a enthaltene Bestimmung, dass § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 nicht erfüllt sein muss, damit der Anspruch auf zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a besteht, wird im Zuge der Überführung des § 38a als neuer § 45f in den Sechsten Abschnitt der Sache nach nunmehr in der Anspruchsnorm selbst geregelt.

Zu § 45g (Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen)

Es handelt sich um die Regelung des bisherigen § 45e, die nun § 45g wird.

Zu § 45h (Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c)

§ 45h regelt, welche Ansprüche in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c zur Verfügung stehen. Da es sich um eine ambulante Versorgungsform handelt, können ausschließlich Leistungen bei ambulanter Pflege gewährt werden.

Zu Absatz 1

Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung erhalten einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 450 Euro je Kalendermonat zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege. Dies gilt für Pflegebedürftige aller Pflegegrade, die in einer gemeinschaftlichen Wohnform mit einem Vertrag zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c leben.

Mit der Auszahlung eines pauschalen Zuschusses trägt der Gesetzgeber dem Umstand Rechnung, dass es sich bei den gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen gemäß § 92c zwar um eine ambulante Versorgungsform handelt, jedoch nicht um die klassische ambulante Versorgung. Hintergrund ist die über das Basispaket gewährleistete partielle Versorgungssicherheit. Den Pflegebedürftigen stehen somit nicht alle Leistungen bei ambulanter Pflege

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

zur Verfügung, wie zum Beispiel der Wohngruppenzuschlag (§ 38a – alt, § 45f – neu) und der Entlastungsbetrag (§ 45b), wie sich aus Absatz 3 ergibt. Erforderlich ist jedoch eine Leistung, die dem besonderen Versorgungscharakter Rechnung trägt und die Pflegebedürftigen in die Lage versetzt, die Kosten für eine selbstbestimmte Pflege in der Wohnform zu tragen. Dies soll ohne einengende Voraussetzungen möglich sein. Der Zuschuss kann somit sowohl für pflegerische, betreuerische und hauswirtschaftliche Leistungen im Basispaket nach § 92c Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 als auch für die darüber hinausgehende pflegerische Versorgung im Sinne des § 92c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 verwendet werden. Der pauschale Zuschuss darf jedoch nicht für die in der gemeinschaftlichen Wohnform anfallenden Kosten, die nicht der Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege dienen, verwendet werden. Dies sind zum Beispiel die Kosten für Unterkunft und Verpflegung.

Zu Absatz 2

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben zudem je Kalendermonat Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung gemäß § 36. Zudem steht den Pflegebedürftigen für den nicht genutzten Teil des Sachleistungsanspruchs anteiliges Pflegegeld gemäß § 38 Satz 1 und 2 in Verbindung mit § 37 zu.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt, welche Leistungen Pflegebedürftigen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c und ehrenamtlichen Pflegepersonen, wie zum Beispiel pflegenden Angehörigen, des Weiteren zustehen. Dazu gehören

- die Pflegeberatung gemäß § 7a,
- Pflegehilfsmittel gemäß § 40 Absatz 1 und 2,
- digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen gemäß den §§ 39a, 40a und 40b,
- zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung gemäß § 44a,
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45.

Diese Leistungen gelten für Pflegebedürftige aller Pflegegrade.

Bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 besteht darüber hinaus ein Anspruch auf Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen gemäß § 44 sowie auf Kurzzeitpflege gemäß § 42 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen besteht im Kalenderjahr bis zu der Höhe des in § 42 Absatz 2 Satz 2 genannten Betrages. Dies entspricht dem Gemeinsamen Jahresbetrag nach § 42a, der häuslich versorgten Pflegebedürftigen im Kalenderjahr zusteht.

Bei der Leistung gemäß § 44 ist zu berücksichtigen, dass sich die Höhe der Rentenversicherungsbeiträge gemäß § 166 Absatz 2 Sechstes Buch nach dem Pflegegrad und den bezogenen Leistungen richtet. In Fällen gemeinschaftlicher Wohnformen kommen lediglich ambulante Pflegesachleistungen und Kombinationsleistungen in Betracht.

Insbesondere ein Anspruch auf Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Verhinderungspflege besteht nicht. Dies ergibt sich aus dem besonderen Charakter der Versorgungsform. Die ambulante Pflegeeinrichtung hat ein vertraglich vereinbartes Basispaket aus pflegerischen, betreuerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1) und aus Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3) zur Versorgung der Pflegebedürftigen vorzuhalten und die Erbringung dieser Leistungen durch ausreichend Personal sicherzustellen. Eine Abwahl einzelner Leistungen ist in diesem Paket nicht möglich. Der Pflegebedürftige hat somit in der gemeinschaftlichen Wohnform eine bestimmte Versorgungssicherheit, so dass in der Regel kein Bedarf an Leistungen der Tages- und Nachtpflege und der Verhinderungspflege besteht. Denn diese Bedarfslagen, die dann entstehen, wenn Pflegebedürftige zum Beispiel alleine zu Hause leben, dürften im Rahmen einer gemeinschaftlichen Wohnform mit einem festen Personalstamm nicht auftreten.

Aus den vorgenannten Gründen besteht auch kein Anspruch auf Kurzzeitpflege in sonstigen Krisensituationen (§ 42 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2) sowie auf Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen durch die Pflegeperson nach § 42a.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Absatz 4

Gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen gemäß § 92c dienen primär und ausschließlich der pflegerischen Versorgung. Deshalb wird mit Absatz 4 klargestellt, dass die Absätze 1 bis 3 keine Anwendung finden in Einrichtungen und Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4. Dies sind:

- stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Teilhabe an Bildung oder zur sozialen Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker Menschen oder von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen (§ 71 Absatz 4 Nummer 1),

- Krankenhäuser (§ 71 Absatz 4 Nummer 2) und

- Räumlichkeiten, in denen der Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderungen und der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe für diese im Vordergrund steht und bei denen die weiteren in § 71 Absatz 4 Nummer 3 geregelten Voraussetzungen erfüllt sind (§ 71 Absatz 4 Nummer 3).

Zu Nummer 37 (§ 47b)

Während in der gesetzlichen Krankenversicherung unter den Voraussetzungen des § 197b SGB V und unter Beachtung der Rechtsprechung eine Auslagerung von Aufgaben auf private Dritte im gesetzlich geregelten Rahmen zulässig ist, fehlt es an einer entsprechenden Regelung in der gesetzlichen Pflegeversicherung. Die Pflegekassen dürfen daher, soweit nicht eine spezialgesetzliche Regelung dies im Einzelfall ausdrücklich erlaubt, keine Aufgaben zum Beispiel auf private Dienstleister auslagern. Für Pflegekassen bestehen bereits andere Möglichkeiten, die sie bei einer Auslagerung von Aufgaben nutzen können – zum Beispiel kann nach § 88 SGB X ein Leistungsträger unter den Voraussetzungen dieser Vorschrift einen anderen Leistungsträger oder seinen Verband mit der Wahrnehmung einer ihm obliegenden Aufgabe beauftragen oder nach § 94 SGB X die Möglichkeit einer gemeinsamen Aufgabenwahrnehmung durch die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft (ARGE) nutzen, die dann unter den Voraussetzungen des § 88 Absatz 1 SGB X sehr weitreichende Aufgaben wahrnehmen kann. In dem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 30. August 2023 (Az.: B 3 A 1/23 R und B 1 A 1/22 R) wurde aber klargestellt, dass es Pflegekassen gänzlich untersagt ist, Aufgaben auf Dritte ohne gesetzliche Grundlage auszugliedern.

Dieser Entscheidung wird – unbeschadet der vorgenannten bereits bestehenden Berechtigungen – mit der Einführung des neuen § 47b Rechnung getragen, der im Wesentlichen eine Angleichung der Regelung an die des SGB V vornimmt. Zusätzlich wird mit der Ergänzung, dass neben Rechten auch Interessen der Versicherten durch die Aufgabenwahrnehmung nicht beeinträchtigt werden dürfen, § 97 Absatz 1 Satz 1 SGB X Rechnung getragen. Danach muss bei einer zugelassenen Wahrnehmung von Aufgaben durch Dritte sichergestellt sein, dass der Dritte die Gewähr für eine sachgerechte, die Rechte und Interessen des Betroffenen wahrende Erfüllung der Aufgaben bietet, und hierzu eine aufsichtsrechtliche Prüfung zu ermöglichen ist. Dementsprechend darf die Aufgabenübertragung nach § 47b auch die Rechte und Interessen der Versicherten nicht beeinträchtigen. Ein Interesse der Versicherten besteht hier insbesondere an einer zügigen, termingerechten Abwicklung der übertragenen Aufgaben.

Darüber hinaus ist generell zu betonen, dass durch die Wahrnehmung der Aufgabe durch Arbeitsgemeinschaften oder durch Dritte für Versicherte, Leistungserbringende oder andere Betroffene gegenüber einer Wahrnehmung der Aufgabe durch die Pflegekasse grundsätzlich kein bedeutsamer zusätzlicher Aufwand entstehen darf. Es dürfen somit keine zusätzlichen bürokratischen Hürden geschaffen werden oder die Stellung von Anträgen oder die Abrechnung von Leistungen durch eine Adressierung an andere oder an verschiedene Stellen verkompliziert oder verlangsamt werden oder sonstige deutliche Hemmnisse entstehen, die bei einer Wahrnehmung der Aufgabe durch die Pflegekasse nicht entstanden wären. Zudem darf durch die Wahrnehmung der Aufgabe durch Arbeitsgemeinschaften oder durch Dritte keine spürbare zeitliche Verzögerung hinsichtlich der Erledigung der Aufgabe zum Nachteil für Versicherte, Leistungserbringende oder andere Betroffene entstehen, die gegenüber einer Wahrnehmung der Aufgabe durch die Pflegekasse nennenswert ist.

Wesentliche Aufgaben zur Versorgung der Versicherten dürfen nicht in Auftrag gegeben werden. Hierbei ist die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu beachten.

Zu Nummer 38 (§ 53b)

Mit den Änderungen wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 39 (§ 55)

Mit der gesetzlichen Änderung wird ab dem 1. Januar 2026 die Wirkung des Nachweises der Elterneigenschaft sowie der Anzahl der Kinder unter 25 Jahren im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung nach Einführung des automatisierten Übermittlungsverfahrens nach § 55a in Absatz 3a geregelt. Bisher wurde die Wirkung des Nachweises von berücksichtigungsfähigen Kindern in Absatz 3b normiert. Dabei wurde zwischen verschiedenen Geburtszeiträumen der Kinder unterschieden.

Zu Buchstabe a

Die gesetzliche Änderung trägt dem Umstand Rechnung, dass der Nachweis über die Elterneigenschaft sowie über die Anzahl der Kinder unter 25 Jahren spätestens nach Ablauf des Übergangszeitraums nach Absatz 3d und nach den erfolgten Bestandsabfragen nach § 55a SGB XI, § 202a SGB V und § 124 SGB IV ab dem 1. Januar 2026 regelhaft über das automatisierte Übermittlungsverfahren erfolgen wird.

Die Sätze 1 und 2 entsprechen den bisherigen Sätzen 1 und 2.

Nach dem neuen Satz 3 sind Nachweise für Kinder, die über das automatisierte Übermittlungsverfahren erfolgen, im Falle der Geburt eines Kindes ab Beginn des Monats der Geburt, ansonsten ab dem Eintritt eines vergleichbaren Ereignisses, das eine beitragsrechtliche Zuordnung als Kind nach dieser Vorschrift begründet, zu berücksichtigen. Dies gilt unabhängig vom Zeitpunkt der Übermittlung, da eventuelle Verzögerungen im automatisierten Übermittlungsverfahren nicht in der Verantwortung der Mitglieder oder der abrufenden Stellen liegen. Ein vergleichbares Ereignis kann zum Beispiel die Aufnahme einer Beschäftigung, der Bezug einer Rente oder ein Kassenwechsel sein. Auch kann dies die Feststellung bzw. Anerkennung einer Vaterschaft oder die Adoption eines Kindes sein.

Kinder, die nicht über das automatisierte Übermittlungsverfahren gemeldet werden können, insbesondere weil sie steuerrechtlich nicht relevant sind, wie zum Beispiel bei Stief- und Pflegekindern möglich, kann das Mitglied selbst gegenüber der beitragsabführenden Stelle oder bei Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse nachweisen. Nähere Hinweise hierzu enthalten die Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach Satz 2.

Erfolgt der Nachweis durch das Mitglied innerhalb von sechs Monaten nach der Geburt des Kindes oder dem Eintritt eines vergleichbaren Ereignisses, das eine beitragsrechtliche Zuordnung als Kind nach dieser Vorschrift begründet, hat die beitragsabführende Stelle oder die Pflegekasse den Nachweis rückwirkend ab Eintritt des Ereignisses zu berücksichtigen; dies bedeutet bei Geburt eines Kindes ab Beginn des Monats der Geburt oder bei Eintritt eines vergleichbaren Ereignisses, zum Beispiel der Aufnahme einer Beschäftigung oder der Beginn eines Rentenbezuges, ab Eintritt des Ereignisses. Nachweise, die nach Ablauf der Sechs-Monats-Frist erfolgen, sind ab Beginn des Folgemonats, in dem sie erbracht wurden, zu berücksichtigen. Sechs Monate erscheinen auskömmlich, um entsprechende Nachweise vorzulegen.

Der Satz 6 entspricht dem bisherigen Satz 3, wonach den beitragsabführenden Stellen und den Pflegekassen in entsprechenden Fällen die datenschutzrechtliche Befugnis eingeräumt wird, einen Nachweis über die berücksichtigungsfähigen Kinder zu verlangen.

Zu Buchstabe b

Bei der Streichung des Absatzes 3b handelt es sich um eine Folgeänderung zur Neufassung von § 55 Absatz 3a. Die Absätze 3c und 3d sind wegen Zeitablauf entbehrlich und werden daher gestrichen.

Zu Nummer 40 (§ 69)

Im Zusammenhang mit der Einfügung der Aufgaben für die Pflegekassen in § 12 Absatz 2 und § 73a Absatz 1 wird im neuen Absatz 2 klargestellt, dass die hieraus stammenden Erkenntnisse sowie die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a von den Pflegekassen bei der Umsetzung des Sicherstellungauftrages zu berücksichtigen sind. Dabei sollen die Pflegekassen zudem die gesetzlich bereits vorgesehenen Möglichkeiten und Instrumente, um unterversorgte Regionen zu stärken, vermehrt nutzen. Als Beispiel ist für den ambulanten Bereich die in § 89 Absatz 3 vorgesehene Berücksichtigung der Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen zu nennen. Zudem erfolgt in Satz 2 die Klarstellung, dass zur Gewährleistung des Sicherstellungsauftrages auch Verträge mit Einzelpflegekräften gemäß § 77 einzubeziehen sind.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 41 (§ 71)

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

Zu Nummer 42 (§ 72)

Zu Buchstabe a

Nach § 8a Absatz 5 dieses Buches sind die Empfehlungen der Ausschüsse nach den Absätzen 1 bis 3 zur Weiterentwicklung der Versorgung von den Vertragsparteien nach dem Siebten Kapitel beim Abschluss der Versorgungs- und Rahmenverträge und von den Vertragsparteien nach dem Achten Kapitel beim Abschluss der Vergütungsverträge zu beachten. Über die neue Regelung in § 72 Absatz 1a wird dies stärker mit den Vorgaben zur Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag verzahnt, um die Mitwirkungsmöglichkeiten der Länder und Kommunen im Hinblick auf die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zu konkretisieren. Beabsichtigt ist, damit einen kooperativen Ansatz der Beteiligten bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe auf der regionalen Ebene gemeinsam zu fördern. Gleichzeitig soll die neue Regelung die Länder im Rahmen ihrer Infrastrukturverantwortung dazu anregen, landesrechtliche Vorgaben zu schaffen für effiziente Pflegestrukturplanungen, die zur Sicherstellung einer den spezifischen regionalen Bedarfen entsprechenden pflegerischen Versorgung beitragen. Davon unberührt bleibt die marktwirtschaftliche Orientierung des Vertragsrechts der sozialen Pflegeversicherung. Dieses zielt nach wie vor, auch unbeschadet kommunaler Mitwirkungsrechte, auf einen Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern, um in der pflegerischen Versorgung neuen und ggf. innovativen Ansätzen für entsprechende Angebote Raum zu bieten. So gilt auch nach der Neufassung, dass eine etwaige Verhinderungsplanung, die zu einer Marktabschottung führen könnte, den Kommunen durch die Vorschrift nicht ermöglicht wird.

Zu Buchstabe b

Mit der Regelung wird für Pflegeeinrichtungen, die hinsichtlich der ihren Pflege- und Betreuungskräften gezahlten Entlohnung § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1, 2 oder 3 anwenden (sog. „Tarifanlehner“), und parallel zu den Pflegeeinrichtungen, die hinsichtlich der den Pflege- und Betreuungskräften gezahlten Entlohnung § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 4 anwenden (sog. „Durchschnittsanwender“), eine Verlängerung des Zeitraums zwischen dem Vorliegen einer erhöhten „Bezugsentlohnung“ (hier aus kollektivvertraglichen Regelungen) ebenfalls von zwei auf drei Monate verlängert (siehe dazu auch die Begründung zu § 82c Absatz 5). Auf diese Weise wird weiterhin eine Gleichbehandlung von „Tarifanlehnern“ und „Durchschnittsanwendern“ beibehalten.

Zu Buchstabe c

Pflegeeinrichtungen und -dienste nach § 72 Absatz 3a sind nach § 72 Absatz 3e verpflichtet, zur Ermittlung des regional üblichen Entlohnungsniveaus jährlich zentrale Informationen aus kollektivvertraglichen Regelungen zu melden. Zur Erleichterung und zeitlichen Entzerrung des von den meldenden Pflegeeinrichtungen als zeitlich eng angesehenen Datenmeldezeitraums, wird der Meldezeitraum von einem Monat auf drei Monate ausgeweitet (Meldezeitraum vom 1. Mai bis 31. Juli für die jährliche Erhebung). Stichtag für die zu meldenden kollektivvertraglichen Regelungen ist einheitlich der 1. Juli eines Jahres. Stichtag und Beginn des Meldezeitraums sind damit nicht mehr deckungsgleich.

Die Verfahrensvereinfachungen, die zeitnah nach Inkrafttreten des Gesetzes realisiert werden können, basieren auf ersten Empfehlungen der extern beauftragten Institute im Rahmen der Evaluation nach § 72 Absatz 3f. Die Empfehlungen stützen sich unter anderem auf die Ergebnisse von Workshops, die im Jahr 2024 mit Tarif- und Branchenexpertinnen und -experten durchgeführt wurden.

Als Ergebnis der durchgeführten Workshops weisen die extern beauftragten Institute in ihren Empfehlungen darauf hin, dass in den Richtlinien nach § 72 Absatz 3c auch die Möglichkeit zur freiwilligen Meldung von regelmäßig wiederkehrenden und relevanten Informationen aus den kollektivvertraglichen Regelungen durch die Arbeit- und Dienstgeberverbände in Form eines Faktenblatts an die Geschäftsstelle Tarifliche Entlohnung beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 82c Absatz 6 enthalten sein sollte. Durch die freiwillige Meldung der Arbeit- und Dienstgeberverbände würde der Meldeaufwand der Mitgliedseinrichtungen dieser Arbeit- und Dienstgeberverbände maßgeblich, nämlich um die bereits vorliegenden Informationen, reduziert, das Plausibilisierungsverfahren würde vereinfacht und potenzielle Rückfragen Dritter zu vorliegenden kollektivvertraglichen Regelungen könnten durch Rückgriff auf die gelieferten Informationen seitens der Geschäftsstelle Tarifliche Entlohnung

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

valide beantwortet werden. Dies betrifft unter anderem Informationen zu den kollektivvertraglich geregelten pflegetypischen Zulagen und gegebenenfalls unterschiedliche Entgeltordnungen, die für das Grundgehalt maßgebend sind.

Zu Buchstabe d

Die Regelung stellt klar, dass Gegenstand der gesetzlichen Evaluation nach § 72 Absatz 3f SGB XI auch die Überprüfung und Validierung von Alternativmodellen zur Ermittlung von regional üblichen Entlohnungsniveaus durch eine möglichst aufwandsarme Datenerhebungs- und Berechnungsmethode sein soll. Das bisherige Verfahren zur Berechnung eines regional üblichen Entlohnungsniveaus erfordert umfangreiche Datenmeldungen von kollektivvertraglich gebundenen Pflegeeinrichtungen, die ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nach Tarifvertrag oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen entlohnen. Dies verursacht einen hohen zeitlichen und personellen Aufwand. Für die Berechnung der regional üblichen Entlohnungsniveaus nach der gegenwärtigen Methode ist diese umfangreiche, jährliche Erhebung erforderlich, um die Zulassungsoption der „Durchschnittsanwendung“ von nicht tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen. Denn nicht tarifgebundene Pflegeeinrichtungen, die sich für die Zulassungsoption der „Durchschnittsanwendung“ entscheiden, sind dazu verpflichtet, das für ihre Region veröffentlichte, regional übliche Entlohnungsniveau jeweils im Durchschnitt für die betreffende Beschäftigtengruppe nicht zu unterschreiten.

Im Rahmen des bestehenden Evaluationsauftrags wurden – gemeinsam mit externen tarif- und branchenspezifischen Expertinnen und Experten – mögliche alternative Datenerhebungs- und Berechnungsverfahren für ein regional übliches Entlohnungsniveau erörtert.

Diese Alternativmodelle sollen hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit weitergehend untersucht und möglichst validiert werden. Die hierfür erforderliche Erweiterung des Evaluationsauftrags trägt zum grundlegenden politischen Ziel der Entbürokratisierung im Gesundheits- und Pflegesektor bei.

Zu Nummer 43 (§ 73a (Beeinträchtigungen bei Versorgungsverträgen) Beeinträchtigungen bei Versorgungsverträgen)

Die auf die COVID-19-Pandemie konzentrierte und für deren Dauer befristete Regelung in § 150 Absatz 1 wird in generalisierter Form ins Dauerrecht übertragen. Diese beinhaltete eine Anzeigepflicht für zugelassene Pflegeeinrichtungen von wesentlichen Beeinträchtigungen der Leistungserbringung zur Umsetzung von Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung auch durch vorübergehende Abweichung von den gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben. Mit der neuen Regelung in § 73a soll in absehbaren oder bereits eingetroffenen Krisensituationen die Versorgung der Pflegebedürftigen besser gewährleistet werden können. Flankiert wird dies durch eine regelmäßige Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes an das Bundesministerium für Gesundheit zu den Entwicklungen in den pflegerischen Versorgungsstrukturen.

Zu Absatz 1

Sofern einer zugelassenen Pflegeeinrichtung eine absehbare wesentliche Beeinträchtigung der Leistungserbringung bevorsteht oder diese bereits eingetreten ist, ist der Träger umgehend dazu verpflichtet, diese gegenüber den Pflegekassen anzuzeigen. Dies gilt unabhängig von der Art und Ursache der Beeinträchtigung. Dabei kann es sich beispielsweise um Naturkatastrophen wie Hochwasser oder Extremwetterereignisse, schwerwiegende Ausbrüche von Infektionen wie beispielsweise bei der COVID-19-Pandemie, oder auch um interne Gegebenheiten beim Träger wie wirtschaftliche Schwierigkeiten handeln, die den weiteren Betrieb der Pflegeeinrichtung in der vertraglich vereinbarten Form gefährden. Die Anzeige ist an einen als Partei des Versorgungsvertrages beteiligten Pflegekassenverband zu richten. Im Sinne des Verbraucherschutzes sind die zum und ab dem Zeitpunkt der Anzeige von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen hierüber zu informieren.

Zu Absatz 2

Die Anzeige gemäß Absatz 1 ist Anlass für die Pflegekassen, zusammen mit der Pflegeeinrichtung und den ggf. weiteren Beteiligten an der pflegerischen Versorgung vor Ort, die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung für die Pflegebedürftigen zu prüfen. Dabei sind ebenfalls die weiteren zuständigen Stellen, insbesondere die nach Landesrecht bestimmten heimrechtlichen Aufsichtsbehörden, miteinzubeziehen. Im Rahmen des mit dieser Regelung eröffneten Handlungsspielraumes können auch Abweichungen von zulassungsrechtlichen Vorgaben sowie den vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmalen einschließlich der Personalausstattung und deren gesetzlichen Bestimmungen nach diesem Buch gewährt werden. Hierzu haben die

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Pflegekassen im Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe einen Bescheid zu erteilen. Bei nicht nur vorübergehenden Abweichungen und Beeinträchtigungen sind auch im Sinne des Verbraucherschutzes die vorhandenen Instrumente und Mittel des Vertragsrechts anzuwenden und die bestehenden Vereinbarungen somit entsprechend anzupassen, was auch für eine gewisse Übergangszeit erfolgen kann.

Zu Absatz 3

Mit Absatz 3 wird ein Monitoring der pflegerischen Versorgungsstrukturen durch den GKV-Spitzenverband einschließlich einer fortlaufenden Berichterstattung gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit gesetzlich verankert. Der Bericht soll Angaben zum Stichtag 1. September und 1. März eines jeden Jahres zur Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge in der vollstationären, teilstationären und ambulanten pflegerischen Versorgung sowie zur Anzahl der vertraglich vereinbarten Pflegeplätze in den einzelnen stationären Versorgungsbereichen enthalten. Dabei ist eine Differenzierung nach Bundesländern vorzusehen. Neben diesen quantitativen Angaben ist in dem Bericht zusätzlich ein Bewertungsteil zur Versorgungssituation in den einzelnen Ländern, auch bezogen auf Anzeigen gemäß Absatz 1 und die ergriffenen Maßnahmen nach Absatz 2, vorzusehen. Der Bericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales jeweils sechs Wochen nach dem Erhebungsstichtag vorzulegen; er ist zudem vom GKV-Spitzenverband zu veröffentlichen. Damit wird eine weitere Grundlage zur Überprüfung auf gesetzgeberischen Handlungsbedarf geschaffen.

Zu Nummer 44 (§ 74)

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

Zu Nummer 45 (§ 75)

Zu Buchstabe a

Die Regelung stellt eine Konkretisierung für Verhandlungen der Vereinbarungspartner dar. Die Sicherstellung einer wirksamen und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgung der Versicherten durch einheitliche Rahmenverträge beinhaltet auch, dass in den Verhandlungen immer zu prüfen ist, wie Versorgungsprozesse effizienter werden können, indem sie beschleunigt, digitalisiert, automatisiert sowie mögliche Doppelstrukturen vermieden werden. Eine Reduzierung unnötiger bürokratischer Anforderungen soll dabei auch Servicequalität für Versicherte verbessern.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Nummer 46 (§ 78)

Mit der Änderung wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Nummer 47 (§ 78a)

Zu Buchstabe a

Nach geltendem Recht umfasst der Anspruch auf Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen nur solche, die im Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen gelistet sind. Die Vergütungsverhandlungen zwischen Herstellern und Kostenträgern finden erst nach diesem Zeitpunkt statt. Dies hat den erheblichen Nachteil, dass der endgültige Preis der digitalen Pflegeanwendung erst mit Abschluss dieser Verhandlungen feststeht. Durch die Neuregelung in § 78 Absatz 1 Satz 2 in Verbindung mit der Änderung des § 40a Absatz 2 Satz 1 werden diese Zeitpunkte parallelisiert, indem die Vertragspartner den Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Vergütungsvereinbarung festlegen und die Entstehung des Anspruchs an diesen Zeitpunkt geknüpft wird. Diese Änderung fördert zugleich das Interesse der Vereinbarungspartner an einem zügigen Vertragsschluss.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Klarstellung des pflegerischen Nutzens.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung zu der Einfügung des neuen Absatzes 6a.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung zu § 39a aufgrund des Wegfalls der Erforderlichkeitsprüfung durch das BfArM.

Zu Buchstabe d

Bei der Änderung in Absatz 6 Nummer 2 handelt es sich um eine Klarstellung des Begriffs des pflegerischen Nutzens.

Die neue Nummer 7 in Absatz 6 erweitert die Ermächtigungsgrundlage für die Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung im Hinblick auf die Einführung der Erprobungsregelung nach dem neuen Absatz 6a. In der Verordnung können nähere Vorgaben gemacht werden über die nach Absatz 6a Satz 2 zu begründenden Erfordernisse des pflegerischen Nutzens sowie dem beizufügenden Evaluationskonzept.

Der neue Absatz 6a bildet ein wesentliches Element für die Vereinfachung des Aufnahmeverfahrens für digitale Pflegeanwendungen in das Verzeichnis. Er ist der entsprechenden Erprobungsvorschrift für digitale Gesundheitsanwendungen in § 139e Absatz 4 des Fünften Buches nachgebildet und soll den Herstellern die Möglichkeit bieten, digitale Pflegeanwendungen zur Erprobung beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte anzumelden und im Rahmen der Erprobung die erforderlichen Nachweise zu erbringen, statt allein durch vorab vorzulegende Nachweise.

Der Hersteller hat dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte spätestens nach Ablauf des Erprobungszeitraums die Nachweise für eine oder mehrere der in Satz 1 genannten Wirkungen der erprobten digitalen Pflegeanwendung vorzulegen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet über die endgültige Aufnahme der erprobten digitalen Pflegeanwendung innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Nachweise durch Bescheid. In der Zeit zwischen dem Ablauf des Erprobungszeitraums und der Bescheidung über die endgültige Aufnahme bleibt die digitale Pflegeanwendung in dem Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen weiterhin gelistet. Eine Streichung der digitalen Pflegeaufwendung aus dem Verzeichnis erfolgt erst dann, wenn das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eine endgültige Aufnahme in das Verzeichnis abgelehnt hat.

Die Preisfindung erfolgt auch für den Zeitraum der Erprobung durch Verhandlungen mit den Kostenträgern.

Die Regelungen des § 78a gelten im Übrigen entsprechend, soweit in diesem Absatz nichts anderes geregelt ist.

Zu Nummer 48 (§ 82c)

Zu Buchstabe a

Durch die Änderungen der Fristen in § 72 Absatz 3b und 3e werden folglich auch die Fristen in § 82c Absatz 5 angepasst. Durch eine Vorverlegung des Veröffentlichungszeitpunktes auf den 30. September eines Jahres, erhalten bei Änderungen des regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 oder der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 betroffene Pflegeeinrichtungen (sog. Durchschnittsanwender) drei statt bislang zwei Monate Zeit für deren Umsetzung. Damit wird den Pflegeeinrichtungen wie auch den Kostenträgern für den etwaigen Abschluss angepasster Vergütungsvereinbarungen eine angemessenere Zeitspanne eingeräumt.

Zu Buchstabe b

Zur weiteren Entbürokratisierung in der Pflege sollen durch die Geschäftsstelle Tarifliche Entlohnung beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen die technischen Voraussetzungen geprüft werden, wie meldende Pflegeeinrichtungen anstelle der bisher verpflichtenden Angabe der gezahlten Entlohnung ihrer beschäftigten Pflege- und Betreuungskräfte aus Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zukünftig die Entlohnungsdaten ihrer beschäftigten Pflege- und Betreuungskräfte unmittelbar auf Grundlage von Daten aus der Lohnbuchhaltung elektronisch übermitteln könnten. Bislang ist eine Datenvorberechnung durch die Pflegeeinrichtungen und -

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

dienste nötig. Es fehlen bislang die informationstechnischen Möglichkeiten, die Entlohnungsdaten direkt aus der Lohnbuchhaltungssoftware an die Geschäftsstelle zu übermitteln. Die Geschäftsstelle soll insbesondere prüfen, inwiefern das Datenübermittlungsverfahren aus Lohnbuchhaltungsdaten für alle Beteiligten perspektivisch technisch realisierbar ist und wie die Schnittstellen zur Datenübertragung hinsichtlich des informationstechnischen Unterstützungssystems der Geschäftsstelle und der Lohn-/Gehaltsabrechnungsprogramme der meldenden Pflegeeinrichtungen integriert werden können. Dies könnte gegenüber dem jetzigen Verfahren zu einer deutlichen personellen und zeitlichen Entlastung des Meldeverfahrens beitragen. Im Rahmen des Prüfberichts an das Bundesministerium für Gesundheit soll der Spitzenverband Bund der Pflegekassen auch Vorschläge hinsichtlich der Verfahrens- und Prüfgrundsätze zu seinen Richtlinien mit dem Ziel vorlegen, potenzielle Fehlerquellen im Hinblick auf das perspektivische Meldeverfahren zu identifizieren und dabei eine weiterhin hohe Datenqualität zu gewährleisten. Dabei sollten unter anderem auch mögliche Synergien zum Nachweisverfahren gemäß § 84 Absatz 7 geprüft werden.

Die potentiellen Verfahrensvereinfachungen basieren auf ersten Empfehlungen der extern beauftragten Institute im Rahmen der Evaluation nach § 72 Absatz 3f. Die Empfehlungen stützen sich unter anderem auf die Ergebnisse von Workshops, die im Jahr 2024 mit Tarif- und Branchenexpertinnen und -experten durchgeführt wurden. In diesem Rahmen wurde auch der Vorschlag unterbreitet, zur weiteren Entlastung von tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen bei der Meldung nach § 72 Absatz 3e Nr. 2 auf Daten aus der Lohnbuchhaltung, sofern möglich, einheitlich umzustellen.

Zu Nummer 49 (§ 84)

Mit der Ergänzung in Satz 7 wird klargestellt, dass die Gleichartigkeit der Pflegeeinrichtungen beim sogenannten externen Vergleich ebenfalls die angewandte Entlohnung der Mitarbeitenden, insbesondere zur Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen nach § 72 Absatz 3a und 3b, mitumfasst. Damit soll die Position derjenigen Pflegeeinrichtungen gestärkt werden, die aufgrund ihrer Personalaufwendungen höhere Gestehungskosten und damit insgesamt auch höhere Pflegesätze aufweisen. Es wird zudem die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aufgegriffen. In seinem Urteil vom 19. April 2023, Aktenzeichen B 3 P 6/22 R, hat es klargestellt, dass das Unternehmerrisiko für den konkreten Fall in Anbetracht der jeweiligen Gegebenheiten zu bestimmen und einrichtungsbezogen leistungsrecht zu bemessen ist. Weiterhin hat es darin ausgeführt, dass beim Vergleich der Pflegesätze mit anderen Pflegeeinrichtungen im Hinblick auf die Leistungen der Einrichtung und die Gründe für ihren höheren Kostenaufwand zu prüfen ist, ob diese (dennoch) als insgesamt angemessen anzusehen sind. Mit der Anfügung eines Halbsatzes an Satz 7 soll darüber hinaus die Transparenz beim Vergleich der gleichartigen Pflegeeinrichtungen erhöht werden, indem klargestellt wird, dass die entsprechenden Daten von den Kostenträgern gegenüber den Beteiligten nachvollziehbar darzulegen sind.

Zu Nummer 50 (§ 85)

Mit der Änderung wird den Vereinbarungsparteien ausdrücklich die Option eingeräumt, bereits frühzeitig gemeinsam die Schiedsstelle nach § 76 anzurufen, sofern diese übereinstimmend das Scheitern der Verhandlungen festgestellt haben. Damit soll die Konfliktlösung schneller greifen können und den Beteiligten frühzeitiger ermöglicht werden, diesen Weg einzuschlagen.

Zu Nummer 51 (§ 86a (Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen) Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen)

Die Pflegeselbstverwaltung sieht sich zuletzt mit der Einführung der Regelungen zur tariflichen Entlohnung im Pflegeversicherungsrecht und der jährlichen Anpassung des sog. Regional üblichen Entlohnungsniveaus mit der Herausforderung konfrontiert, aufgrund von kürzeren Laufzeiten häufiger die Vergütungsvereinbarungen anzupassen. Zudem bedingen die verschärften wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer immer mehr die Notwendigkeit nach einer effizienteren Verhandlungs- und Vereinbarungspraxis gemeinsam mit den Leistungs- bzw. Kostenträgern in der Pflegeversicherung.

Mit § 86a sind allgemein für den stationären und den ambulanten Pflegebereich Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen vorgesehen. Diese fügen sich in die etablierte und bewährte Systematik des Vergütungsrechts nach dem Achten Kapitel ein und greifen Vorschläge aus der Praxis auf. Damit werden den beteiligten Vereinbarungspartnern, den Pflegekassen und Sozialhilfeträgern zusammen mit den Einrichtungsträgern handlungsleitende und zielgerichtete Optionen an die Hand gegeben, um das Vereinbarungsverfahren insgesamt zu erleichtern und den Pflegeeinrichtungen eine zeitnahe Finanzierung ihrer Aufwendungen zu ermöglichen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Absatz 1

Mit den Verfahrensmaximen in Absatz 1 sollen vorkommende Fehlinterpretationen gesetzlich richtiggestellt und zudem bereits etablierte gute Vorgehensweisen in der Praxis als neue Handlungsleitlinien definiert werden. Es wird daher für den Beginn des Verhandlungsverfahrens klargestellt, dass Träger von Pflegeeinrichtungen frühzeitig vor dem angestrebten Laufzeitbeginn der Pflegesatzvereinbarung angehalten sind, entsprechende Pflegesatzanträge bei den zuständigen Kostenträgern einzureichen. Der Zeitpunkt sollte möglichst so gewählt werden, um ausreichend Zeit für die Durchführung der Verfahren zu ermöglichen und auch nicht zu weit vom Umsetzungsdatum entfernt sein, um eine verlässliche Kalkulationsgrundlage bieten zu können.

Nach Eingang des Pflegesatzantrages haben die Kostenträger gemeinsam nach den Verfahrensregelungen des § 81 eine Ansprechperson zu bestimmen und diese umgehend gegenüber dem Träger der Pflegeeinrichtung zu benennen. Dadurch sollen die Kostenträger untereinander zur Beschleunigung des Verfahrens auf eine klare Aufgabenverteilung hinwirken. Zugleich sind sie angehalten, etwaige Nachweisforderungen gemäß § 85 Absatz 3 zur Darlegung der prospektiven Aufwendungen zeitnah nach Antragseingang zu stellen. Der Träger der Pflegeeinrichtung hat diese ebenfalls zeitnah zu erfüllen.

Da aus der Praxis vielfach berichtet wird, dass das formale Unterschriftenverfahren der Pflegesatzvereinbarung zu Verzögerungen des Laufzeitbeginns und der Abrechnung der Vergütungen gegenüber den Pflegebedürftigen und ihren Kostenträgern führen kann, wird klargestellt, dass die bevollmächtigte Person der Kostenträger ebenfalls befugt werden kann, die schriftliche Vertragserklärung mit Wirkung für und gegen die beteiligten Kostenträger unverzüglich nach der Einigung abzugeben.

Zu Absatz 2

Die maßgeblichen Annahmen und Werte, die dem Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung nach § 85 zugrunde gelegt wurden, sollen von den Vereinbarungsparteien hinterlegt oder in der Vereinbarung ausgewiesen werden. Dazu eignet sich beispielsweise auch ein Protokoll. Inhaltlich betrifft dies insbesondere die prospektiv erwarteten Personal- und Sachaufwendungen sowie alle weiteren relevanten Positionen, wie die prospektive Bewohnerstruktur und entsprechende Personalstellen, die bei Abschluss einer Folgevereinbarung anzupassen sind. Damit sollen anschließende vereinfachte Verfahren ermöglicht werden können, bei denen die zentralen Rechengrößen verändert werden. Dies bietet den Vereinbarungsparteien eine geeignete Grundlage, bereits vor ersten Ergebnissen der Bundesempfehlungen nach Absatz 3 auch vereinfachte Anpassungsverfahren umzusetzen.

Um neben den Individualverhandlungen auf der Basis von Grundkalkulationen auch pauschalisierte Einzel- und Gruppenverfahren vorzusehen, können die Pflegesatzkommissionen gemäß § 86 oder vergleichbare Gremien im Land, wie beispielsweise Vertragskommissionen, sowie die Vertragsparteien nach § 85 Absatz 2 entsprechende Empfehlungen für pauschale Anpassungsverfahren für die Pflegevergütung beschließen.

Zu Absatz 3

Der Pflegeselbstverwaltung wird ein klarer gesetzlicher Auftrag zur Vereinbarung handlungsleitender Empfehlungen, auch für die Landesrahmenverträge, als Richtschnur für künftige Pflegesatzvereinbarungen erteilt, mit dem Ziel, die Verfahren zur Vereinbarung der Pflegesätze und Pflegevergütungen zu optimieren und die Verfahren und deren Inhalte für alle Beteiligten transparenter zu gestalten.

Die Empfehlungen sollen ausgehend von den Erfahrungen der Verhandlungsparteien und erprobten Praxisbeispielen und Verfahrensweisen insbesondere Aussagen zu folgenden Aspekten beinhalten:

1. Vorgaben zur Darlegung und Nachweisführung der voraussichtlichen Personal- und Sachaufwendungen. Mitumfasst sind hierbei auch entsprechende Formulare oder digitale Formate zur Aufbereitung der Daten, sowie die Anwendung von Kostenblättern.
2. Geeignete Formen der Hinterlegung oder zum Ausweis der der Pflegesatz- bzw. Vergütungsvereinbarung zugrunde gelegten Personal- und Sachaufwendungen und Ausgangswerte. Diese dienen dem Zweck, dass eine Anpassung bei Anschlussvereinbarungen erleichtert wird. Damit soll zudem ermöglicht werden, nicht nur die Aufwendungen und Ausgangswerte fortzuschreiben, sondern auch strukturelle Veränderungen abzubilden (z. B. bei der Bewohnerstruktur/ Auslastungsquote oder dem Personalaufwuchs (§ 113c Absatz 1)).

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

3. Die Methodik für relativ schnell einigungsfähige, vereinfachte Verfahren mit pauschalen Anpassungsinhalten, bezogen auf individuelle Vereinbarungen und Gruppenverfahren. Diese umfasst auch entsprechende geeignete Parameter und Orientierungswerte.
4. Hilfestellungen bei den Vereinbarungsverfahren für den Umgang mit aktuellen Herausforderungen insbesondere im Zusammenhang mit der Transformation in der Pflege. Dieser Prozess des Wandels und der damit verbundenen Anpassung betrifft beispielsweise die zunehmende Digitalisierung in der Pflege oder auch die Berücksichtigung des Aspekts der Nachhaltigkeit im Rahmen einer wirtschaftlichen Betriebsführung.

In den Empfehlungen ist zu berücksichtigen, dass vereinbarte Pauschalen in Einzel- und Gruppenverfahren für jede Pflegeeinrichtung in einem angemessenen Verhältnis zur tatsächlichen Höhe von Personal- und Sachaufwendungen sowie von weiteren relevanten Positionen stehen müssen. Die Vertragsparteien nach § 75 Absatz 1 in den Ländern können ihre Rahmenverträge auf Grundlage der Empfehlungen überprüfen und bei Bedarf auch von den Nummern 1 bis 4 abweichende Festlegungen in ihrem Land treffen, wenn es beispielsweise für die Besonderheiten im Land angezeigt erscheint. Im Übrigen sind die Bundesempfehlungen für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich, damit die entsprechenden Kriterien in den Pflegesatz- und Pflegevergütungsverhandlungen schnellstmöglich Anwendung finden.

Zu Absatz 4

Kommen die Empfehlungen nach Absatz 3 innerhalb der neunmonatigen Frist ganz oder teilweise nicht zu Stande, bestellen die in § 75 Absatz 6 genannten Parteien gemeinsam spätestens zum Fristablauf eine unabhängige Schiedsperson. Konnte keine Verständigung auf eine Schiedsperson bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen nach Feststellung der Nichteinigung erreicht werden, erfolgt deren Bestellung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Die Schiedsperson setzt den betreffenden Empfehlungsinhalt einschließlich der Kostentragung innerhalb von drei Monaten nach Bestellung fest.

Zu Absatz 5

Um ein möglichst effizientes Instrument auf Bundesebene für die Vergütungsverhandlungsverfahren zu etablieren, ist vorgesehen, dass die Empfehlungen nach Absatz 3 auch bereits teilweise abgegeben und angewendet werden können, ohne dass das Gesamtpaket zwischen den Beteiligten geeint sein muss. Angesichts immer kurzfristiger eintretender Veränderungen der Rahmenbedingungen sollen die Empfehlungen eine andauernde und damit auch dynamische Komponente enthalten, um insbesondere umfangreicheren Herausforderungen auch im Pflegesystem begegnen zu können. Sie sind deshalb anlassbezogen und in regelmäßigen Abständen von den Beteiligten auf Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf zu überprüfen.

Zu Nummer 52 (§ 87a)

Die Anpassung erfolgt zur Klarstellung, um die Betragsanhebung, die mit der „Bekanntmachung der ab dem 1. Januar 2025 geltenden benannten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung sowie weiterer Beträge nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch“ vom 14. November 2024 (BAnz AT 12.12.2024 B7) bekannt gegeben wurde, auch im Gesetz selbst wiederzugeben.

Zu Nummer 53 (§ 89)

Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund der Einfügung des § 86a, der auch für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen entsprechende Anwendung findet.

Zu Nummer 54 (Bezeichnung des Fünften Abschnitts des Achten Kapitels)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufnahme des neuen § 92c.

Zu Nummer 55 (§ 92c (Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen)

Im Fünften Abschnitt des Achten Kapitels wird mit der Regelung des § 92c eine Option für zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen ergänzt, Verträge für die Leistungserbringung in gemeinschaftlichen Wohnformen zu schließen. Dies gilt auch für ambulante Pflegedienste, die neben weiteren selbständig wirtschaftenden ambulanten oder stationären Einrichtungen über einen Gesamtversorgungsvertrag gemäß § 72 Absatz 2 Satz 1 eines gemeinsamen

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Trägers zugelassen sind. Auf reine vollstationäre Settings findet weiterhin unverändert das Leistungs- und Vertragsrecht für vollstationäre Pflege Anwendung.

Zu Absatz 1

Zu Satz 1

Absatz 1 regelt Inhalt und Umfang sowie die Voraussetzungen zum Abschluss solcher Verträge. Die Vertragsparteien sind die zugelassene ambulante Pflegeeinrichtung im Sinne des § 71 Absatz 1 und über den Verweis auf § 89 Absatz 2 Satz 1 als Leistungsträger die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger, die zuständigen Träger der Sozialhilfe sowie die Arbeitsgemeinschaften dieser Träger. Auch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sind Vertragsparteien und schließen die Verträge nach § 92c gemeinsam und einheitlich, damit für die Versicherten die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V erbracht werden. Gemeinschaftliche Wohnformen sind mithin als Haushalt der Versicherten, jedenfalls als sonstiger geeigneter Ort, Leistungsort der häuslichen Krankenpflege.

Ein Vertrag nach § 92c tritt ergänzend neben die bereits bestehende Vergütungsvereinbarung nach § 89 des zugelassenen Pflegedienstes für die pflegerische Versorgung in der gemeinschaftlichen Wohnform.

Zu Satz 2

Die Verträge zur Versorgung von Pflegebedürftigen in gemeinschaftlichen Wohnformen umfassen die in Satz 2 Nummer 1 bis 6 aufgeführten Inhalte; § 89 nach diesem Buch ist entsprechend anzuwenden.

Zu Nummer 1

Nummer 1 legt fest, dass ein Basispaket aus pflegerischen, betreuerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen gemäß § 36 SGB XI zur Versorgung der Pflegbedürftigen eigens von der ambulanten Pflegeeinrichtung zur gemeinsamen und individuellen Leistungsinanspruchnahme der Pflegebedürftigen organisiert und die Erbringung dieser Leistungen sichergestellt werden muss. Dieses Basispaket ist für alle Pflegebedürftigen einheitlich zu schnüren. Es legt die Inhalte und den Umfang derjenigen Leistungen fest, die die ambulante Pflegeeinrichtung für die Pflegebedürftigen selbst bzw. durch Dritte erbringen (lassen) muss und die die Pflegebedürftigen in Anspruch zu nehmen haben und entsprechend in Rechnung gestellt bekommen. Eine Abwahl einzelner Leistungen ist in diesem Paket nicht möglich, damit der Pflegebedürftige eine diesbezügliche Versorgungssicherheit hat. Der ambulanten Pflegeeinrichtung wird eine Planungssicherheit bezüglich der Vorhaltung und Erbringung dieser Leistungen ermöglicht.

Das Basispaket kann von den Versorgten gemeinsam in Anspruch zu nehmende Leistungen, wie beispielsweise die allgemeine hauswirtschaftliche Versorgung, und auch individuelle, personenbezogene Leistungen, wie beispielsweise die Hilfe bei der Körperpflege, beinhalten. Es umfasst neben Sachleistungen gemäß § 36 SGB XI auch solche, die zur Organisation und Gestaltung des Zusammenlebens der Pflegebedürftigen in der gemeinschaftlichen Wohnform erbracht werden. Dabei handelt es sich beispielsweise um eine Strukturierung und Gestaltung des Tagesablaufs, die Koordinierung der Aufgabenverteilung und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen an der Pflege beteiligten Akteurinnen und Akteuren einschließlich der Einbindung der Angehörigen sowie der Kontakt zu weiteren an der Versorgung beteiligten Gruppen wie ärztlichem und therapeutischem Personal. Daneben sind Aufgaben wie Beratung und Anleitung sowie die Pflegeplanung und -dokumentation mitumfasst.

Diese organisatorischen Leistungen sind von der ambulanten Pflegeeinrichtung als Vertragspartner selbst zu erbringen und können nicht durch Kooperationen oder in Zusammenarbeit mit Dritten erbracht werden, während dies bei den im Basispaket enthaltenen Einzelleistungen gemäß § 36 SGB XI im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben möglich ist.

Zu Nummer 2

Nummer 2 regelt, dass über das Basispaket hinausgehende, weitere Leistungen zur pflegerischen, betreuerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung gemäß § 36 SGB XI für die Versorgung der Pflegebedürftigen gewährleistet werden müssen. Diese können die Pflegebedürftigen nach Wunsch und Bedarf individuell zusätzlich zum Basispaket bei dem Pflegedienst in Anspruch nehmen. Diese Leistungen kann die ambulante Pflegeeinrichtung selbst oder durch eine Zusammenarbeit mit anderen zugelassenen Einrichtungen erbringen. Alternativ können diese Leistungen auch von Angehörigen, sonstigen Pflegepersonen und ehrenamtlich Tätigen oder sonstigen Dritten

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

erbracht werden. Sofern eine Leistungserbringung im Rahmen einer Kooperation durch einen nach dem SGB XI zugelassenen Pflege- oder Betreuungsdienst erfolgt, wird auch hinsichtlich dieser Leistungen an die vertragschließende ambulante Pflegeeinrichtung nach Absatz 1 Satz 1 als verantwortlicher Leistungserbringer angeknüpft.

Das Basispaket nach Nummer 1 in den Verträgen zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen hat den Charakter einer partiellen Versorgungsgarantie, vergleichbar der vollstationären Pflege, während die nach Nummer 2 darüber hinausgehenden ambulanten pflegerischen, betreuerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen der ambulanten Versorgung entsprechen. Dies wird auch durch die Möglichkeit der verstärkten Einbindung von Angehörigen, sonstigen Pflegepersonen und Ehrenamtlichen unterstrichen. Die Nummern 1 und 2 greifen somit den Wunsch vieler Pflegebedürftiger nach der Kombination einer klar abgesteckten Versorgungssicherheit auf der einen Seite und mehr Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen und Einbringung der Angehörigen auf der anderen Seite auf.

Zu Nummer 3

Nummer 3 regelt die Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches als Teil des Basispakets. Die im Basispaket vertraglich vereinbarten Leistungen bedürfen keiner ärztlichen Verordnung und sind von den Krankenkassen als Leistung nach § 37 des Fünften Buches zu vergüten.

Weiterhin ist für darüberhinausgehende Bedarfe eine Leistungserbringung entsprechend Nummer 2 zu gewährleisten. Auf diese über das Basispaket hinausgehenden Leistungen der häuslichen Krankenpflege, deren Erbringung und Abrechnung, finden die Vorgaben des § 132a des Fünften Buches weitergehend Anwendung, insbesondere sind die Rahmenempfehlungen zu beachten. Auch bleibt es beim regulären Erfordernis einer ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkasse.

Damit erfolgt die Leistungserbringung und Abrechnung der häuslichen Krankenpflege nach Nummer 3 insgesamt wie auch in anderen ambulanten Versorgungssettings ohne Mehrbelastung für die Pflegebedürftigen.

Zu Nummer 4

Nach Nummer 4 sind zentral die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der ambulanten Pflegeeinrichtung zur Erbringung der Leistungen nach Satz 2 Nummer 1 bis 3 umfasst. Es ist darzustellen, welche Leistungen des Basispaketes nach Nummer 1 und nach Nummer 3 zur gemeinsamen und welche zur individuellen Inanspruchnahme durch die Pflegebedürftigen vorgesehen werden. Die Leistungs- und Qualitätsmerkmale ermöglichen auch, je nach Versorgungskonzept, vergleichbar wie in stationärer Pflege die Hinterlegung der vereinbarten Leistungen mit Personalanhaltswerten für das in der Wohngemeinschaft einzusetzende Personal. Der ambulanten Pflegeeinrichtung ist hier mit ihren Vereinbarungspartnern Flexibilität in der Ausgestaltung gegeben.

Zu Nummer 5

Gemäß Nummer 5 müssen die Verträge auch Maßnahmen zur Qualitätssicherung einschließlich eines Qualitätsmanagements sowie der Verpflichtung zur Mitwirkung an Maßnahmen nach den §§ 114 und 114a beinhalten. Zur Sicherung der Qualität der Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen werden die Instrumente und Verfahren im Elften Kapitel entsprechend ergänzt, insbesondere §§ 113 (Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität), 114 (Qualitätsprüfungen) und 114a (Durchführung der Qualitätsprüfungen).

Zu Nummer 6

Die Verträge umfassen nach Nummer 6 auch die Vergütung und Abrechnung der Leistungen. Die Vergütung ist jeweils für die im konkreten Basispaket gebündelten Leistungen sowie darüberhinausgehende Leistungen zu vereinbaren. Daneben ist eine Anknüpfung an bereits bestehende Entgelt- und Vergütungsvereinbarungen herzustellen, insbesondere hinsichtlich der Leistungen nach Satz 2 Nummer 2, die von der ambulanten Pflegeeinrichtung gewährleistet und von den Pflegebedürftigen wahlweise in Anspruch genommen werden können. Gleiches gilt auch hinsichtlich der Leistungen häusliche Krankenpflege nach Satz 2 Nummer 3, bei der bestehende Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen gemäß § 132a Absatz 4 des Fünften Buches einzubeziehen sind.

Über die entsprechende Anwendung des § 87a Absatz 1 SGB XI auf die Vergütung für Leistungen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 und Nummer 3 soll den Besonderheiten zur Finanzierung der beiden Basispakete für die Fälle der kurzzeitigen Abwesenheit von Pflegebedürftigen Rechnung getragen werden. Hintergrund ist, dass anders als im Setting einer sonstigen rein ambulanten Pflege einzelner Pflegebedürftiger in ihrer Häuslichkeit, die im

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Basispaket umfassten Leistungen in der gemeinschaftlichen Wohnform vor Ort auch bei Abwesenheit einzelner dort regulär versorgter Pflegebedürftiger weiterhin für die Gemeinschaft zu erbringen sind.

Zu Absatz 2

Zudem sind die Voraussetzungen nach Absatz 2 einzuhalten:

Zu Satz 1

Zu Nummer 1

Nummer 1 definiert, ab welcher Anzahl an Pflegebedürftigen in der konkreten gemeinschaftlichen Wohnform Verträge zur pflegerischen Versorgung möglich sind. Voraussetzung ist, dass hierbei mindestens drei pflegebedürftige Personen gemeinschaftlich versorgt werden. Grundsätzlich erlaubt ein überschaubarer Kreis an Pflegebedürftigen es, besser und individualisierter auf deren Wünsche und Bedürfnisse einzugehen. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung für den Abschluss von Verträgen zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen. Auch das Raumkonzept bzw. die räumliche Gestaltung muss das Gemeinschaftsleben fördern und gleichzeitig darauf ausgerichtet sein, die Selbstbestimmung und Selbständigkeit der Pflegebedürftigen durch individuelle Gestaltungsmöglichkeiten zu wahren und zu fördern.

Zu Nummer 2

Mit Nummer 2 wird vorgegeben, dass als weitere Vertragsvoraussetzung eine qualitätsgesicherte pflegerische Versorgung für die Pflegebedürftigen in der gemeinschaftlichen Wohnform auf Grundlage eines Versorgungskonzeptes sichergestellt werden muss. Dieses muss darauf ausgerichtet sein, die Selbstbestimmung und Selbständigkeit der Pflegebedürftigen, auch unter Einbeziehung ihnen nahestehender Personen, durch individuelle Gestaltungsmöglichkeiten zu wahren und zu fördern. Das Versorgungskonzept hat auch Ausführungen dazu zu enthalten, wie durch einen aufgaben- und kompetenzorientierten Personaleinsatz sowie durch verringerte Wegezeiten eine Optimierung des Personaleinsatzes erreicht werden kann.

Zu Satz 2

Im Hinblick auf die Qualitätssicherung der Leistungserbringung in der gemeinschaftlichen Wohnform wird an den gemäß Vertrag nach Absatz 1 verantwortlichen Leistungserbringer angeknüpft. Mit Vertragsabschluss obliegt der ambulanten Pflegeeinrichtung nach Absatz 1 die Verantwortung für die Qualität der Leistungen in der gemeinschaftlichen Wohnform; dies gilt sowohl bezogen auf die Leistungen des Basispakets nach Satz 2 Nummer 1 als auch hinsichtlich der Leistungen nach Satz 2 Nummer 2 sowie der Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach Satz 2 Nummer 3, sofern diese von ihr selbst oder im Rahmen einer Kooperation erbracht wurde. Kooperationspartner des Pflegedienstes können nach der Intention des Gesetzgebers nur Dienste nach § 71 Absatz 1 oder 1a sein, weil diese aufgrund ihrer Zulassung eine gewisse Gewähr dafür bieten, qualitätsgerechte Versorgungsleistungen zu erbringen. Das Nähere wird in § 113 (Maßstäbe und Grundsätze zur Weiterentwicklung der Pflegequalität), § 114 (Qualitätsprüfungen) und § 114a (Durchführung der Qualitätsprüfungen) und den durch diese bestimmten untergesetzlichen Anforderungen geregelt, die durch die Pflege-Selbstverwaltung zu entwickeln und zu beschließen sind. Ein Vertragsschluss nach Absatz 1 ist für zugelassene Betreuungsdienste im Sinne des § 71 Absatz 1a nicht möglich, da sie nicht aus eigener Verantwortlichkeit insbesondere die Organisation der pflegerischen Leistungen der Basispakete sowie die Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V abdecken können. Auch ist ein Vertragsschluss beispielsweise für stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Absatz 2 ausgeschlossen.

Zu Absatz 3

Die Schiedsstelle nach § 76 wird künftig auch hinsichtlich der neuen Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen gemäß § 92c entscheiden. Da diese Verträge mit der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 des Fünften Buches auch einen SGB-V-Bestandteil haben, bedarf es für diese besondere Vertragsform einer Ergänzung der Schiedsstelle um die Vertragspartner der häuslichen Krankenpflege gemäß § 132a Absatz 4 des Fünften Buches. Der Schiedsstelle gehören daher für Schiedsverfahren gemäß § 92c Absatz 3 auch Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen an, die auf die Zahl der Vertreter der Pflegekassen angerechnet werden. Angesichts der Besonderheit der engen Verknüpfung der Leistungen der Basispakete ist es zielführend, dass hier ein gemeinsames Gremium aus den SGB-XI- und SGB-V-Bereichen zur Konfliktlösung beiträgt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Absatz 4

Bereits vor dem Inkrafttreten dieser Regelung geschlossene Verträge zur Umsetzung einer pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen auf Basis der Weiterentwicklungsmodelle neuer Wohnformen im Elften Buch können auf Verlangen des Einrichtungsträgers bis zum Vorliegen der Empfehlungen nach Absatz 5 sowie der Ergebnisse der Modellerprobung gemäß § 125d Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen verlängert werden und sind nach Vorliegen innerhalb von zwölf Monaten an deren Inhalte anzupassen. Insofern wird den betreffenden Pflegeeinrichtungen eine ausreichende Übergangszeit eingeräumt, die Fortführung unter den neuen gesetzlichen Vorgaben zu prüfen und vertraglich umzusetzen.

Zu Absatz 5

Die Vertragsinhalte zu den in Absatz 1 und 2 aufgestellten Voraussetzungen und Definitionen sollen spätestens bis zum … [neun Monate nach Inkrafttreten] durch Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene in Zusammenarbeit mit den weiteren in Satz 1 und 3 genannten Beteiligten näher ausgestaltet werden. Sie haben die Funktion, den Beteiligten beim Vertragsschluss vor Ort Leitlinie und Orientierung zu bieten. Gleichwohl haben sie keine abschließend verbindliche Wirkung, so dass Abweichungen von einzelnen Aspekten bei den Vereinbarungen nach Absatz 1 in begründeten Fällen möglich sind.

Den Beteiligten bereits vorliegende Erfahrungen und bewährte Ergebnisse auf Basis der durchgeführten Modelle zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach diesem Buch sind bei den Empfehlungen zu beachten. Zudem sind auch Kriterien zur Festlegung der Anzahl der zu versorgenden Pflegebedürftigen in der einzelnen gemeinschaftlichen Wohnform in die Empfehlungen aufzunehmen, weil davon auszugehen ist, dass eine selbstbestimmte Versorgung ab einer gewissen Anzahl nicht gewährleistet werden kann. Die Empfehlungen haben sich auch dazu zu verhalten, ob und zu welchen Zeiten Personal, gegebenenfalls mit welcher Qualifikation, in der gemeinschaftlichen Wohnform eingesetzt werden muss. Dabei ist insbesondere der Aspekt der Gewährleistung einer klar abgesteckten Versorgungssicherheit zu berücksichtigen. Daneben sind die Vorgaben des Elften Kapitels, in welchem die Vorschriften zur Sicherung und Entwicklung der Qualität in der Pflege enthalten sind, zu beachten. Die maßgeblichen Vorschriften zur Qualität im Elften Kapitel wurden im Hinblick auf das neue Versorgungssetting „gemeinschaftliche Wohnformen“ angepasst, auf diese Weise wird sichergestellt, dass die von den Pflegekassen und Leistungserbringern geforderte Qualität und Transparenz der pflegerischen Versorgung auch im Hinblick auf die gemeinschaftlichen Wohnformen zwingend gelten.

Kommen diese Empfehlungen innerhalb der neunmonatigen Frist ganz oder teilweise nicht zu Stande, bestellen die Parteien gemeinsam spätestens zum Fristablauf eine unabhängige Schiedsperson. Erfolgt die Verständigung auf eine Schiedsperson bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen nach Feststellung der Nichteinigung nicht, erfolgt deren Bestellung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Die Schiedsperson setzt den betreffenden Empfehlungsinhalt einschließlich der Kostentragung innerhalb von zwei Monaten nach Bestellung fest.

Zu Absatz 6

Absatz 6 regelt die Evaluationspflicht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen im Hinblick auf den Stand der abgeschlossenen Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen nach Absatz 1. Dabei hat sich die Evaluation einerseits auf die strukturelle Entwicklung zu den Verträgen zu beziehen (Anzahl, Standorte und Trägerschaft der abgeschlossenen Verträge sowie Vergütung der Leistungen, Leistungsausgaben, Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen) und andererseits auch auf alle Ebenen der Qualität der pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen im Vergleich zur Versorgung in sonstiger ambulanter und in vollstationärer Pflege.

Die Evaluation der Leistungsausgaben soll insbesondere den Kostenvergleich von SGB XI- und SGB V-Leistungen der bisherigen Settings mit dem bei Verträgen der pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen ermöglichen. Bei diesem Vergleich hat sich die Evaluation auch darauf zu beziehen, wie durch den Einbezug von Angehörigen, sonstiger Pflegepersonen und ehrenamtlich Tätigen Kosteneinsparungen erzielt werden. Dabei ist sowohl auf die Kosten- und Ertragssituation der Leistungserbringer als auch die Entwicklung der finanziellen Eigenanteile der Pflegebedürftigen, etwa durch die Realisierung von Synergien, einzugehen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

In qualitativer Hinsicht hat die Evaluation zu zeigen, ob sich die spezifischen Erwartungen an die Tagesabläufe der pflegerischen Versorgung im Setting der gemeinschaftlichen Wohnformen erfüllt haben, die mit der Arbeitsteilung und der Flexibilität des ambulanten Dienstes verbunden sind (mehr Spielräume für individuelle Lebensgestaltung), ob und welche Aussagen zu Aspekten der Versorgungsqualität unter besonderer Berücksichtigung von Faktoren der Ergebnisqualität getroffen werden können und zudem, ob die im Vergleich zu sonstiger ambulanter Pflege angestrebte größere Versorgungssicherheit hergestellt wurde.

Der Bericht ist unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellen und dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales zum … [vier Jahre nach Inkrafttreten] vorzulegen.

Zu Nummer 56 (§ 97)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 57 (§ 106a)

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

Zu Nummer 58 (§ 109)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

Eine statistische Geheimhaltung bei Sachverhalten zur Art und Organisation der Pflegeeinrichtungen sowie zur Vergütung der stationären Pflegeeinrichtungen erscheint aufgrund der gesetzlich vorgesehenen und bestehenden Informationsangebote der Pflegekassen über die Pflegeeinrichtungen nicht notwendig. Somit kann eine umfassendere Berichterstattung durch die Statistik ermöglicht und das statistikspezifische Geheimhaltungsverfahren vereinfacht werden. Für weitere Sachverhalte, die insbesondere die Leistungsfähigkeit und Personalausstattung einzelner Einrichtungen genau beschreiben und für Angaben zu einzelnen Pflegebedürftigen oder den tätigen Personen besteht weiterhin die Pflicht zur statistischen Geheimhaltung nach § 16 BstatG. Die Ziele der Statistik sind bei der Umsetzung der Geheimhaltung im Ermessen der statistischen Ämter der Länder und des Bundes angemessen einzubeziehen.

Die statistische Geheimhaltung ist auch beim Ausweis von Sachverhalten zu einzelnen Trägerverbänden weiterhin zu beachten. Durch eine zusammenfassende Darstellung nach übergreifenden Trägergruppen wie z. B. für die Träger der freien Wohlfahrtspflege oder die privaten Träger kann die Geheimhaltung erfüllt werden.

Zu Nummer 59 (§ 111)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Überführung der Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken in den neuen § 45e.

Zu Nummer 60 (§ 112a)

Mit der Änderung wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Nummer 61 (§ 113)

Mit der Änderung in Satz 1 wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Um die Pflegequalität in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c sicherzustellen, sollen die ambulanten Qualitätsinstrumente (insbesondere die regelmäßigen Qualitätsprüfungen, die auf den Maßstäben und Grundsätzen aufbauen) für diese neue Versorgungsform angepasst werden. Deshalb wird nunmehr in § 113 Absatz 1 Satz 2 (neu) als erster Schritt angeordnet, dass die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität auf der Grundlage der Bundesempfehlungen nach § 92c Absatz 2 innerhalb von sechs Monaten nach deren Vorliegen um Regelungen für die

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c anzupassen und zu ergänzen sind. Die Vereinbarungspartner verfügen in der Qualitätssicherung über langjährige Expertise aus verschiedenen Perspektiven. In absehbarer Zeit werden darüber hinaus spezifische wissenschaftliche Erkenntnisse zur Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung für dieses Setting vorliegen, da die Vertragsparteien nach § 113 durch die Neufassung des § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 6 gleichzeitig verpflichtet werden, wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige entsprechend zu beauftragen und von diesen bis zum … [Datum 2 Jahre nach Inkrafttreten von § 92c gemäß Artikel 14 Absatz 1] die Vorlage eines Abschlussberichts zu verlangen. Dabei ist von den Wissenschaftlern auch zu prüfen, ob ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in gemeinschaftlichen Wohnformen anwendbar ist und sofern dies der Fall ist, sind diesbezügliche Vorschläge zur Umsetzung vorzulegen.

Bereits jetzt sind die Vertragsparteien und der MD Bund als Richtliniengeber verpflichtet, die Regelungen an die medizinisch-pflegefachlichen Fortschritte anzupassen (vgl. § 113 Absatz 1 Satz 8 neu und § 114a Absatz 7 Satz 9 neu). Daraus ergibt sich, dass die Regelwerke umgehend an die neu generierten wissenschaftlichen Ergebnisse anzupassen sind.

Mit der Änderung im neuen Satz 3 wird gesetzlich klargestellt, dass eine fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung integraler Bestandteil der Pflegeleistungen des Elften Buches ist, die entsprechend im Rahmen einer qualitätsgesicherten Leistungserbringung umzusetzen ist. Die Konkretisierung der Voraussetzungen für die Wahrnehmung einer fachgerechten Pflegeprozessverantwortung erfolgt bundeseinheitlich in den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung in der ambulanten, teilstationären, vollstationären und Kurzzeitpflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist und flexible Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen umfasst, nach Satz 1. Die individuelle fachliche Autonomie der Pflegefachperson bei der Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung wird dadurch nicht beschränkt, sondern soll gerade ermöglicht und gestärkt werden. Diese ist auch insgesamt bei der Umsetzung der Landesrahmenverträge, konkret bei den Inhalten der Pflegeleistungen nach § 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1, von den zugelassenen Leistungserbringern zu berücksichtigen. Zu den vergütungsrelevanten Aufwänden im Rahmen der Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung können insbesondere Erst- und Folgegespräche sowie Aufwände für komplexe Fallsteuerungen, beispielsweise interdisziplinäre Fallbesprechungen, die auf Wunsch des Versicherten auch unter Einbeziehung von An- und Zugehörigen erfolgen können, gehören. Eine Doppelvergütung derselben Maßnahmen, die im Rahmen der Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung erfolgen, ist aus den Mitteln der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zulässig.

Zu Nummer 62 (§ 113b)

Zu Buchstabe a

Mit der Regelung wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Buchstabe b

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) vom 21. Dezember 2015 wurde die Pflegeselbstverwaltung beauftragt, aus der bisherigen Schiedsstelle Qualitätssicherung den Qualitätsausschuss Pflege zu bilden und zudem auch eine Geschäftsstelle Qualitätsausschuss einzurichten. Zu den Hauptaufgaben des Qualitätsausschusses gehörte die Entwicklung und Einführung neuer Qualitätssysteme für die stationäre und die ambulante Pflege mit Hilfe unabhängiger wissenschaftlicher Einrichtungen und Sachverständiger. Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vom 11. Dezember 2018 wurde die gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, dass der Qualitätsausschuss Pflege dauerhaft für die Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in der Pflege Verantwortung trägt: Zum einen wurde die vorherige Befristung für die Geschäftsstelle aufgehoben, zum anderen ein Auftrag zu stetigen Weiterentwicklung der Qualitätssysteme erteilt. Mit den Änderungen in Absatz 3 wird nun der großen Bedeutung des Qualitätsausschusses für die Qualitätsentwicklung in der Pflege Rechnung getragen und das Gremium institutionell weiterentwickelt, ohne dabei die bestehenden, gut funktionierenden Strukturen und Abläufe grundsätzlich in Frage zu stellen.

Die Ergänzungen in Absatz 3 stellen eine maßvolle institutionelle Weiterentwicklung des Qualitätsausschusses Pflege durch die Stärkung der Rolle des unparteiischen Vorsitzenden sowie der unparteiischen Mitglieder dar. Bisher hatte der erweiterte Qualitätsausschuss ausschließlich die Funktion, eine Konfliktlösung bei fehlendem

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Konsens zwischen den Vertragsparteien für einzelne Entscheidungen zu finden. Aufgrund der konstruktiven und fachlich orientierten Arbeit der Vertragsparteien im Qualitätsausschuss kam es seit 2016 erst zwei Mal zur Einberufung des erweiterten Qualitätsausschusses. Zukünftig soll die Expertise des unparteiischen Vorsitzenden und der unparteiischen Mitglieder unabhängig von der Konfliktlösung für die Qualitätsentwicklung nutzbar gemacht werden. Bis zu zwei Mal im Kalenderjahr kann der unparteiische Vorsitzende eine außerordentliche Sitzung des erweiterten Qualitätsausschusses einberufen. Diese Sitzungen können sich inhaltlich auch mit grundsätzlichen Fragestellungen zur Qualitätssicherung sowie mit Themen der Pflegequalität, die nicht in direktem Zusammenhang mit gesetzlichen Aufgaben stehen, befassen. Es gelten dabei die in Absatz 3 dargelegten Abstimmungsregeln.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

In diesem Zusammenhang wird zunächst auf die Ausführungen zum Aufbau eines Qualitätssicherungssystems für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c in der Begründung zu Nummer 57 (§ 113) verwiesen. Mit der Neufassung der Nummer 6 in § 113b Absatz 4 Satz 2 soll sichergestellt werden, dass die Qualitätssicherung in gemeinschaftlichen Wohnformen in absehbarer Zeit genauso wissenschaftlich basiert erfolgt, wie in anderen Settings (vgl. die Nummern 1 und 3). Konkret werden die Vertragsparteien verpflichtet, einen wissenschaftlichen Auftrag zu vergeben, der die Vorlage eines Abschlussberichts bis zum … [Datum 2 Jahre nach Inkrafttreten von § 92c gemäß Artikel 14 Absatz 1] umfasst, in dem dargelegt wird, wie spezifische Regelungen für die Prüfung der Qualität der Leistungen von ambulanten Pflegediensten und ihren Kooperationspartnern in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c und für die Qualitätsberichterstattung gestaltet werden können. Die Regelungen können gegebenenfalls auch durch Anpassung und Ergänzung der Instrumente nach Nummer 3 generiert werden. Dabei ist auch zu prüfen, ob ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in gemeinschaftlichen Wohnformen anwendbar ist und sofern dies der Fall ist, sind diesbezügliche Vorschläge zur Umsetzung vorzulegen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Der Qualitätsausschuss Pflege wird institutionell weiterentwickelt durch eine maßvolle Stärkung der Rolle des unparteiischen Vorsitzenden nach Absatz 3. Dieser wird ermächtigt, dem Qualitätsausschuss Pflege Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung vorzuschlagen. Bisher waren nur das Bundesministerium für Gesundheit sowie das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit dazu berechtigt. Damit erhält der unparteiische Vorsitzende die Möglichkeit, über die reine Ausgabe der Konfliktlösung im erweiterten Qualitätsausschuss nach Absatz 3 Satz 1 hinaus auch mit inhaltlichen Vorschlägen und fachlichen Impulsen einen aktiven Beitrag zur Qualitätsentwicklung in der Pflege zu leisten.

Das Recht aus Satz 3, Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung vorzuschlagen, wird ergänzt durch die Möglichkeit des Qualitätsausschusses Pflege, diese Vorschläge zu prüfen und gegebenenfalls auch abzulehnen. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass im konkreten Einzelfall fachliche Gründe gegen eine wissenschaftliche Bearbeitung sprechen können. Zur Gewährleistung der Transparenz in der Qualitätsentwicklung müssen diese Gründe jedoch in einer Stellungnahme dargelegt und auf der Internetseite des Qualitätsausschusses veröffentlicht werden. Damit wird der mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom 19. Juni 2023 eingeschlagene Weg konsequent fortgeführt. Zur Erhöhung der Transparenz wurde der Qualitätsausschuss mit dem PUEG dazu verpflichtet, die Sitzungen zukünftig öffentlich durchzuführen und im Internet zu übertragen.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Buchstabe a: Der Auftrag, wissenschaftlich entwickelte Qualitätssicherungssysteme dem medizinisch-pflegefachlichen und technischen Fortschritt entsprechend weiter zu entwickeln, bezieht sich auch auf das neu nach Nummer 6 zu entwickelnde Qualitätssicherungskonzept für gemeinschaftliche Wohnformen.

Zu Buchstabe e

Mit der Änderung wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 63 (§ 113c)

Zu Buchstabe a

Bisher ist hochschulisch qualifiziertes Pflegefachpersonal nur selten regelhaft in vollstationären Pflegeeinrichtungen beschäftigt. Daher konnte dieses Qualifikationsniveau auch in den empirisch fundierten Personalanhaltswerten nach § 113c Absatz 1 bisher noch keine Berücksichtigung finden. Da der Einsatz akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen jedoch zunehmend an fachlicher Relevanz gewinnt, sollen im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3b unter anderem auch Vorschläge zur möglichen Einbeziehung hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen in vollstationären Pflegeeinrichtungen unterbreitet werden.

Grundsätzlich haben vollstationäre Pflegeeinrichtungen zwar bereits jetzt die Möglichkeit auf den für Fachkräfte vereinbarten Stellen hochschulisch qualifiziertes Personal nach Teil 3 des Pflegeberufegesetzes einzustellen. Auch ist die Festlegung einer Entlohnung dieses Personals durch die Tarifpartner bzw. Arbeitgeber und ihre Vergütung nach den Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 82c Absatz 4 zum Verfahren nach § 82c Absatz 1 bis 3 und 5 (Pflegevergütungs-Richtlinien) möglich. Um darüber hinaus in einem ersten Schritt zusätzliche Beschäftigungsanreize für hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen zu schaffen, wird – mit Blick auf die gesetzlich vorgesehene Überprüfung nach Absatz 7 der seit dem 1. Juli 2023 geltenden Personalanhaltswerte – vorgesehen, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen über die geltenden Personalanhaltswerte für Pflegefachpersonen hinaus Stellen für Pflegefachpersonen mit hochschulischer Qualifikation nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes verhandeln können, wenn diese mit mindestens 50 Prozent der Arbeitszeit in der direkten Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen tätig sind. Denn nur mit der Bindung an eine überwiegende Tätigkeit in der direkten Bewohnerversorgung kann der Theorie-Praxis-Transfer evidenzbasierter Pflege gesichert werden.

Hierfür müssen jedoch auch klare Aufgabenbereiche von der Pflegeselbstverwaltung definiert werden (siehe Änderungen in Absatz 4), die die Aufgaben der ebenfalls hoch qualifizierten Fachkräfte mit beruflicher Ausbildung sinnvoll ergänzen. Hierbei sind insbesondere die Ausbildungsziele nach § 37 Absatz 3 des Pflegeberufegesetzes zu beachten. Zudem sind die Ergebnisse der wissenschaftlichen Expertisen nach § 8 Absatz 3c SGB XI bezüglich der Aufgaben hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen, die von der Geschäftsstelle nach § 113d SGB XI entwickelte Muster-Delegationskonzepte sowie die Empfehlungen der interdisziplinären Arbeitsgruppe der Ausbildungsoffensive Pflege zu Aufgabenprofilen akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen zu berücksichtigen. Sie geben Anregungen zur Klärung der Frage, welche fachlichen Aufgaben hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen in der direkten und indirekten Versorgung übernehmen sollen. Die Ausführungen der Arbeitsgruppe der Ausbildungsoffensive Pflege konzentrieren sich auf den primärqualifizierenden Bachelorstudiengang nach dem Pflegeberufegesetz und haben das Ziel, die akademische Kompetenz der Absolventinnen und Absolventen optimal für die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf zu nutzen.

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 3

In Absatz 3 werden folgende Änderungen vorgenommen:

- Die Klarstellung, dass die Pflegeeinrichtungen auch andere geeignete Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchgeführt werden können als die, die im Modellprojekt nach § 8 Absatz 3b entwickelt wurden,
- erweiterte Möglichkeiten für Pflegeeinrichtungen, Stellen oder Stellenanteile für Personal mit der Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung nach § 1 des Pflegefachassistenzgesetzes oberhalb der mindestens zu vereinbarenden personellen Ausstattung mit Personal anderer Qualifikationen zu besetzen.

Die wissenschaftlich gestützte Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben nach § 8 Absatz 3b SGB XI verfolgt das Ziel, die Personalsituation in den Einrichtungen nachhaltig zu verbessern.

Bereits vor dem Abschluss des Modellprojekts nach § 8 Absatz 3b SGB XI wurden durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen Informationen veröffentlicht, die der Vorbereitung von Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung dienen. Diese Nutzung dieser Informationen durch die Pflegeeinrichtungen ist

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

freiwillig. Die den Informationen zugrundliegenden Konzepte werden im Rahmen des Modellprojekts begleitend evaluiert. Sie sind daher weder für die Durchführung und Ahndung ordnungsrechtlicher Maßnahmen noch für die Durchführung von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen geeignet.

Neben einer Mehrpersonalisierung soll die Personalsituation flankierend durch Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen gestärkt werden, mit denen – unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Personzentrierung – ein kompetenzorientierter Personaleinsatz umgesetzt wird. Entsprechende Maßnahmen sollen umgesetzt werden, wenn eine Mehrpersonalisierung auf der Grundlage von § 113c Absatz 1 erfolgt.

Mit der Änderung wird klargestellt, dass hierfür nicht nur die im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3b bis zum Sommer 2025 zu entwickelnden und zu evaluierenden Maßnahmen, sondern auch Maßnahmen auf Grundlage trägereigener fachlicher Konzepte verwendet werden können, die die Ziele des § 113c in vergleichbarer Weise umsetzen. Diese trägereigenen Konzepte sollen sich an den Zielen und der Konzeption der Maßnahmen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, orientieren. Das bedeutet, dass sie sich an der Zielsetzung einer qualifikations- und kompetenzorientierten Bezugspflege orientieren sollen. Begründete Abweichungen sind konzeptabhängig möglich. Perspektivisch sind hierbei auch die Ergebnisse der wissenschaftlichen Expertisen nach § 8 Absatz 3c zu berücksichtigen. Der sog. Interventionskatalog des Modellprojekts nach § 8 Abs. 3b stellt hingegen keine isolierte, schematisch anzuwendende Grundlage für Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung dar.

Die konkrete Eignung der Konzepte beinhaltet, dass abhängig vom Umfang der Mehrpersonalisierung auch abgestufte Konzepte umgesetzt werden können. Dies ist auch ein Beitrag zur Entbürokratisierung, da nicht bereits bei einer nur geringen Mehrpersonalisierung ein umfassender Personal- und Organisationsentwicklungsprozess durchgeführt werden muss, sondern schrittweise abhängig vom Personalaufbau vorgegangen werden kann. Zudem werden durch die Regelung die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens und seiner Wirkungen auf die Arbeitsbedingungen der beruflich Pflegenden weiter beschleunigt.

Die aktuelle Arbeitsmarktlage stellt vollstationäre Pflegeeinrichtungen vor die Herausforderung, Personal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege zu gewinnen. Durch die neu eingefügte Nummer 2 in Absatz 3 wird daher die Möglichkeit zur Zuordnung von Personal zu den Personalanhaltswerten nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oberhalb der Mindestpersonalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen erweitert, sofern dieses Personal in der direkten Pflege und Betreuung und entsprechend seiner Qualifikation unterstützende Aufgaben zur Entlastung der Pflegefachpersonen übernimmt, z. B. als sogenannte Stationsassistentinnen und -assistenten. Diese Rolle konnte sich bereits in der akutpflegerischen Versorgung etablieren und bietet insbesondere auch die Möglichkeit zur Einstellung von Quereinsteigerinnen und -einsteigern. Es ist dabei sicherzustellen, dass diese Arbeitskräfte nur ergänzend zur professionellen Pflege zum Einsatz kommen und keine professionellen Pflegekräfte ersetzt werden. Zur Unterstützung des Fachkraftpersonals bietet sich insbesondere die Übernahme administrativer Tätigkeiten, wie die Unterstützung bei der Pflegedokumentation, an. Durch die Entlastung der Pflegefachpersonen können die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben nach § 4 des Pflegeberufegesetzes in den Fokus der täglichen Arbeit der Pflegefachpersonen gerückt und mit zusätzlichen Personalkapazitäten Umstrukturierungen der Arbeitsabläufe im Sinne einer Koordination auf der stationären Einrichtungsebene ermöglicht werden. Bei der Einbeziehung jenes Personals in die Arbeitsorganisation sind neben den Vorbehaltsaufgaben für Pflegefachpersonen auch die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 zu beachten. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass es sich ausschließlich um eine leistungsrechtliche, nicht um eine ordnungsrechtliche Anrechenbarkeit handelt. Die Stellenbesetzungsmöglichkeit wird bis zum voraussichtlichen Inkrafttreten des eigenständigen und bundeseinheitlichen Berufsprofils für die Pflegefachassistenz am 1. Januar 2027 befristet.

Der bisherige Wortlaut der Nummer 2 wird zu Nummer 3.

Um Personal, das nach § 113c Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 bis zum 31. Dezember 2026 eingestellt wurde, auch weiterhin beschäftigen zu können, wird über die Einfügung eines neuen Satzes 4 für diese Stellenanteile ein Bestandsschutz vorgesehen.

Zu Absatz 4

In Absatz 4 werden folgende Änderungen vorgenommen: Zur Unterstützung des Einsatzes hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 sollen von den Bundesempfehlungspartnern auch

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

entsprechende Aufgabenbereiche jenes Personals erarbeitet werden, um mögliche Anpassungen und Ergänzungen der Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 auf Landesebene zu den Inhalten nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 4 vorzubereiten und zu einer einheitlichen Umsetzung beizutragen. Die wissenschaftlichen Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c erarbeitet werden, sind perspektivisch einzubeziehen. Die Frist des erstmaligen Auftrages zur Erarbeitung der Bundesempfehlung wird gestrichen, um fortwährende Weiterentwicklungen und Ergänzungen der Empfehlungen zu ermöglichen. Zudem wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Buchstabe c

In Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 wird zum einen der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 11 Absatz 1 Satz 3 angepasst. Zum anderen ist nach den derzeit geltenden gesetzlichen Bestimmungen vorgesehen, dass die Qualifikationsanforderungen für Fachkräfte, die von der Pflegeeinrichtung nach Absatz 1 oder Absatz 2 vorgehalten werden, in den Landesrahmenverträgen zu regeln sind. Bei der personellen Ausstattung mit Fachkräften sollen dabei neben Pflegefachkräften auch andere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich vorgehalten werden können. Da die entsprechenden landesspezifischen Regelungen derzeit sehr heterogen ausgestaltet sind, zielt die Änderung in Absatz 5 auf eine Vereinheitlichung der Qualifikationsanforderungen im Sinne einer bundeseinheitlichen, bedarfsgerechten Personalausstattung ab. Hierzu werden mindestens dreijährige, bundeseinheitlich geregelte Ausbildungsberufe, deren Absolventinnen und Absolventen bereits jetzt in vollstationären Pflegeeinrichtungen tätig sein können, beispielhaft als Stellenbesetzungsmöglichkeiten ergänzt. Die Berücksichtigung weiterer Qualifikationen in den Landesrahmenverträgen ist weiterhin möglich.

Bei der Einbeziehung jenes Fachpersonals in die Arbeitsorganisation sind stets die Vorbehaltsaufgaben für Pflegefachpersonen nach § 4 des Pflegeberufegesetzes zu beachten. Es muss insofern sichergestellt sein, dass diese Berufsgruppen nicht als Ersatz für Pflegefachpersonen bei der Ausübung ihrer Vorbehaltsaufgaben im Rahmen der Pflegeprozessverantwortung, sondern ihrem berufsspezifischen Kompetenzprofil entsprechend in der Versorgung eingeplant werden. Damit wird der Stellenwert pflegerischer Vorbehaltsaufgaben gestärkt und werden Modelle der kollegialen Kooperation innerhalb des Pflegeteams gefördert.

Zu Nummer 64 (§ 113d)

Die Beratungen im Begleitgremium nach § 8 Absatz 3b SGB XI zur Einführung und Weiterentwicklung eines wissenschaftlich gestützten Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben gezeigt, dass viele Pflegeeinrichtungen sich eine bessere Unterstützung bei der Umsetzung einer personzentrierten und kompetenzorientierten Personalbemessung wünschen. Zwar werden im Rahmen des Projekts nach § 8 Absatz 3b SGB XI dazu schrittweise Handreichungen veröffentlicht, gleichzeitig besteht eine große Nachfrage nach Schulungen und fachlichem Austausch zu diesem Thema. Mit der Umsetzung des § 113c SGB XI haben die Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege, die die Möglichkeiten der Mehrpersonalisierung nutzen, zudem die gesetzliche Verpflichtung, personzentrierte und kompetenzorientierte Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen durchzuführen.

Die Herausforderungen für die Pflegeeinrichtungen bestehen nicht nur im vollstationären Bereich, auch in der ambulanten und teilstationären Pflege ist ein zielgerichteter, personzentrierter und kompetenzorientierter Personaleinsatz, der zudem Ressourcen im Umfeld des oder der Pflegebedürftigen mit einbezieht, sehr wichtig, um einerseits das Personal fachlich angemessen und zugleich effizient einzusetzen, dadurch die Zufriedenheit zu erhöhen und das Personal zu entlasten und im Ergebnis die Versorgung der Pflegebedürftigen zu verbessern und personell sicherzustellen. Ein solcher Personaleinsatz stellt auch neue Herausforderungen an die den Pflegeprozess verantwortende Pflegefachperson. Die Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung ist als Vorbehaltsaufgabe von Pflegefachpersonen in § 4 des Pflegeberufegesetzes verankert. Teilweise wird berichtet, dass sich Pflegefachpersonen mehr Unterstützung bei der Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung unter sich verändernden Rahmenbedingungen wünschen, gerade auch im Zusammenhang mit Veränderungen der Aufgabenverteilungen in der Versorgung. So ist davon auszugehen, dass es zukünftig im Verhältnis zu Pflegefachpersonen deutlich mehr Pflege(fach)assistenz- und -hilfskräfte geben wird, deren Aufgaben von der Pflegefachperson im Rahmen der fachgerechten Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung mit einbezogen werden müssen. In § 11 Absatz 1a werden die Pflegeeinrichtungen vor diesem Hintergrund dazu verpflichtet, bei der Entwicklung von einrichtungsspezifischen Delegationskonzepten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einzubeziehen. Zudem werden sich nach Erarbeitung von wissenschaftlichen Expertisen für eine systematische und umfassende Beschreibung der Aufgaben von Pflegefachpersonen (sog. Muster-Scope of Practice) ggf. neue Fragen der Aufgabenverteilung

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

innerhalb der Gruppe der beruflich Pflegenden, aber auch im Verhältnis zu anderen Berufsgruppen stellen, die für den Personaleinsatz relevant werden können. Personzentrierter und kompetenzorientierter Personaleinsatz, Organisationsentwicklung, Entwicklung von Delegationskonzepten und Pflegeprozessverantwortung sind Themen, die nicht nebeneinanderstehen, sondern ineinandergreifen und sich wechselseitig beeinflussen. Diese Entwicklungen erfolgen vor dem Hintergrund eines mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (§§ 14, 15 SGB XI) deutlich veränderten und sich weiterentwickelnden Pflegeverständnisses, das auf die Stärkung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person ausgerichtet ist und das zukünftig in allen Bereichen – von der Personal- und Organisationsentwicklung bis zur Pflegedokumentation – konsequent berücksichtigt werden soll. Mit der Verantwortung der Pflegefachperson für den Pflegeprozess eng verknüpft ist zudem die Frage einer zielgerichteten Dokumentation der Pflege, die Bestandteil des Pflegeprozesses ist und bei der sichergestellt bleiben soll, dass es durch die genannten Entwicklungen nicht (wieder) zu einer fachlich nicht notwendigen Erhöhung des Dokumentationsaufwands kommt.

Vor diesem Hintergrund werden in der nach § 113d SGB XI bis zum Jahr 2031 durch die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a gemeinsam mit den Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 Satz 1 SGB XI einzurichtende Geschäftsstelle verschiedene für eine qualitativ gute Versorgung mit effektivem und effizientem Personaleinsatz relevante Themenbereiche verknüpft und wird ein strukturelles Angebot für Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen geschaffen, um sie bei erforderlichen Entwicklungsprozessen zu unterstützen. Der Medizinische Dienst Bund und die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach Maßgabe von § 118 SGB XI sowie weitere geeignete Fachorganisationen sind zu beteiligen. Dazu gehören pflegewissenschaftliche Institutionen ebenso wie bezüglich der Gestaltung von Arbeitsbedingungen Gewerkschaften wie z. B. ver.di. Die Finanzierung der Geschäftsstelle erfolgt aus den Mitteln des Ausgleichsfonds.

Aufgabe der Geschäftsstelle ist es dabei, für Pflegefachpersonen sowie -einrichtungen als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen und insbesondere Schulungsmaßnahmen zu entwickeln und zu koordinieren. Um mit den verfügbaren Mitteln einen möglichst großen Kreis an Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen zu erreichen, sind dabei vorrangig Multiplikatorenschulungen zu nutzen. Zudem sollen beispielsweise digitale Angebote wie Assessment-Instrumente zur Selbsteinschätzung und digitale Selbstlernkonzepte zur Verfügung gestellt werden. Um Pflegeeinrichtungen bei einer möglichen Entwicklung und Umsetzung von Delegationskonzepten unter Einbeziehung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach § 11 Absatz 1a SGB XI zu unterstützen, soll die Geschäftsstelle auch Muster-Delegationskonzepte entwickeln und auf geeignete Weise verbreiten. Damit wird auch eine Forderung der Konzertierten Aktion Pflege umgesetzt. Flankierend haben die Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, für gezielte Maßnahmen in diesen Bereichen Fördermittel nach § 8 Absatz 7 zu nutzen. Auch in der ambulanten und teilstationären Versorgung können Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen sowie weitere der genannten Maßnahmen sinnvoll sein, um die Versorgung zu optimieren und auch zukünftig sicherzustellen. Daher kann die Geschäftsstelle beispielsweise Kriterien für geeignete Personal- und Organisationsentwicklungskonzepte erarbeiten, die eine abgestufte, personzentrierte und kompetenzorientierte Entwicklung, auch zur Umsetzung der Vorgaben von § 113c Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB XI, ermöglichen. Die Geschäftsstelle bezieht daher auch Erkenntnisse aus den Modellprojekten nach § 8 Absatz 3a, 3b und 3c SGB XI mit ein.

Zur Umsetzung der Maßnahmen in den Einrichtungen sollen die Vertragsparteien nach § 113 Absatz 1 Satz 1 SGB XI eine ausreichende Anzahl an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bereitstellen. Dabei ist die grundständige Qualifikation der Multiplikatorin oder des Multiplikators für die Geeignetheit der durchzuführenden Maßnahme zu berücksichtigen. Mit welcher Qualifikation welche Maßnahmen geschult werden können, ist zwischen den Vertragsparteien zu regeln. Die Geschäftsstelle hat durch Schulungsmaßnahmen („Train the trainer“) die Kompetenz der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in den jeweiligen Themengebieten zu gewährleisten und über die Gesamtdauer der Geschäftsstelle auch bei Weiterentwicklung einzelner Themenkomplexe sicherzustellen.

Zu Nummer 65 (§ 114)

Zu Buchstabe a

Ab dem 1. Januar 2028 müssen die Aufträge für Qualitätsprüfungen digital an die Prüfinstitutionen übermittelt werden. Aus diesem Grund wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, im Einvernehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 31. Oktober 2027 eine digitale Daten- und Kommunikationsplattform für die Planung, Beauftragung und Durchführung von

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Qualitätsprüfungen zu errichten. Die Plattform soll dazu beitragen, die Effizienz und Geschwindigkeit der Kommunikation zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen als Auftraggeber und den Medizinischen Diensten sowie dem Prüfdienst der PKV als Auftragnehmer zu verbessern. Darüber hinaus dient die Plattform dem Zweck, eine tagesaktuelle Transparenz über die Anzahl der in den Ländern und bundesweit durchgeführten Qualitätsprüfungen herzustellen. Die digitale Daten- und Kommunikationsplattform soll somit die Vorteile der Digitalisierung für die Planung, Beauftragung und Durchführung von Qualitätsprüfungen möglichst umfassend nutzbar machen; sie sollte möglichst barrierefrei sein.

Bei der Einrichtung der digitalen Daten- und Kommunikationsplattform sind bereits bestehende, bürokratiearme und gut funktionierende Strukturen der Kommunikation und des Informationsaustauschs im Bereich der Beauftragung, der Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen und der Qualitätstransparenz bei den Landesverbänden der Pflegekassen und den Medizinischen Diensten zu berücksichtigen. Durch ein Aufsetzen und ein Einbinden bereits eingesetzter digitaler Formate in die neue Daten- und Kommunikationsplattform wird das Entstehen von Doppelstrukturen vermieden.

Vor Erteilung der Prüfaufträge im vollstationären Bereich muss gemäß § 114c geprüft werden, ob die jeweilige Pflegeeinrichtung die Kriterien für eine angemeldete Prüfung sowie die Kriterien für den verlängerten Prüfrhythmus erfüllt. Die Ergebnisse dieser Prüfungen sollen zukünftig ohne Zeitverzug in der digitalen Daten- und Kommunikationsplattform abrufbar sein, ohne dass es dazu einer gesonderten Kommunikation zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Prüfdiensten bedarf. Auch die Anbindung der unabhängigen Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b an die Plattform kann zu Effizienzgewinnen führen, wenn beispielsweise die Stichprobe für die stationären Qualitätsprüfungen über die Plattform abrufbar ist und den Prüferinnen und Prüfern damit direkt vorliegt.

An den Kosten für den Aufbau und den Betrieb der Plattform beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, mit 10 Prozent. Mit der Regelung wird vor allem die gestaltende Einflussnahme auf den Sachbereich der Durchführung von Qualitätsprüfungen und deren statistischer Erfassung bezweckt; die hierzu errichtete Plattform soll auch von privaten Versicherungsunternehmen getragen und genutzt werden. Das Ziel der Vorschrift geht demnach über eine bloße Mittelbeschaffung hinaus. Der besondere Sachzweck liegt in der Ermöglichung der Digitalisierung von Planung, Auftragsvergabe und Durchführung von Qualitätsprüfungen und einer in der Folge vereinfachten statistischen Auswertung der so hinterlegten Daten. Neben diesem Regelungsgehalt werden zugleich auch die finanziellen Voraussetzungen für den bezweckten organisatorisch-gestaltenden Inhalt der Regelung geschaffen.

In die Finanzverantwortung genommen wird mit der Regelung neben dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen die in der Rechtsordnung vorzufindende Gruppe der Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Diese Gruppe grenzt sich von der Allgemeinheit dadurch ab, dass sie vergleichbar den gesetzlichen Pflegekassen Kostenträger für die Erbringung von Leistungen auf dem „Pflegemarkt“ sind, zu deren kontinuierlicher Qualitätsprüfung sie gesetzlich verpflichtet sind. Aus dieser besonderen gemeinsamen Gegebenheit und Interessenlage erwächst nicht nur die so beschriebene Homogenität, sondern auch die Sachnähe der Pflichtigen zu der zu finanzierenden Aufgabe. Die besondere Sachverantwortung zur Erteilung von Prüfaufträgen ergibt sich unmittelbar aus einer gesetzlich angeordneten, auf das Bundesgebiet bezogenen Prüfquote, bei deren Unterschreitung sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, anteilig bis zu einem Betrag von 10 Prozent an den Kosten der Qualitätsprüfungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu beteiligen haben. Einer Gesamtverantwortung der Allgemeinheit der Steuerzahler widerspräche diese besondere, gesetzlich statuierte Gruppenverantwortung. Es ist daher folgerichtig, dass die Lasten dieser öffentlichen Angelegenheit nicht pauschal die Allgemeinheit treffen dürfen: Gerade die Erbringung von Leistungen der Pflegeversicherung an privat Versicherte verursacht in gleicher Weise wie die Leistungserbringung an gesetzlich Versicherte ein Bedürfnis nach gesicherter Pflegequalität und einen Anspruch auf diesbezügliche Qualitätsprüfungen und deren zügige und digitale Planung, Auftragsvergabe und Durchführung. Darin liegt der besondere Zurechnungsgrund im Sinne einer Finanzierungsverantwortung der Gruppe der genannten Versicherungsunternehmen (Verursachungsgedanke). Darüber hinaus entsteht für die in Anspruch Genommenen über einen bloßen Gruppennutzen hinaus ein gewichtiger Gruppensondervorteil. Der gemäß § 114a Absatz 5 an den Prüfungen zu beteiligende Prüfdienst der PKV als Nutzer der Plattform profitiert durch sein Nutzungsrecht von der höheren Effizienz der Arbeitsprozesse bei gleicher Interessenlage qualitativ in gleichem Maße wie der Medizinische Dienst als Prüfdienst der SPV. Das wäre bei einer ausschließlichen Finanzierung und Nutzung durch die gesetzlichen Pflegekassen nicht der Fall. Zwischen der Belastung der Versicherungsunternehmen,

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, und der damit bewirkten Begünstigung besteht daher eine sachgerechte Verknüpfung. Das spezifische – Allgemeininteressen deutlich überwiegende – Gruppeninteresse der privaten Versicherungsunternehmen ergibt sich auch noch aus den folgenden Erwägungen: Deren für die Durchführung von Qualitätsprüfungen zuständiger Prüfdienst „Careproof“ arbeitet im Gegensatz zu den Medizinischen Diensten bundesweit. Eine bundesweite Daten- und Kommunikationsplattform entspricht dessen Bedürfnissen nach einem einheitlichen (digitalen) Verfahren daher in besonderer Weise. Die Prüfaufträge werden von den Landesverbänden der Pflegekassen an die MD und (anteilsmäßig) an Careproof erteilt. Das Prüfgeschehen wird mit der Einführung der genannten Plattform unabhängig von den maßgeblichen regionalen Verfahren mit zurzeit noch zum Teil unterschiedlichen Kommunikationswegen und formellen Vorgaben. Es besteht derzeit kein bundesweit einheitlicher verfahrensmäßiger – oder gar digitaler – Standard bei der Auftragsvergabe. Eine der Plattform vergleichbare Harmonisierung durch weniger aufwändige technische Mittel und Wege ist speziell für den Bereich der PKV nicht zeitnah absehbar und von regionalen Unwägbarkeiten abhängig. Die Heterogenität der regionalen Verfahren und deren belastende Wirkung für den Prüfdienst der PKV hat auch bereits zu Kritik durch den vorerwähnten privaten Prüfdienst selbst geführt. Der Nutzen der Verwendung der Mittel der genannten Versicherungsunternehmen wird demnach in besonderer Weise deutlich gemessen an deren eigenen Interessen. Bereits der rechtliche Ausgangspunkt, aus der diese Interessenlage resultiert, war auf Wunsch der privaten Versicherungsunternehmen geschaffen worden: Mit dem Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 28. Juli 2011 (BGBl. I 2011, S. 1622) wurde den Landesverbänden der Pflegekassen verbindlich vorgegeben, dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. Prüfaufträge im Umfang von zehn vom Hundert aller Prüfaufträge zuzuweisen. Der Prüfdienst „Careproof“ ist in der Folge mittlerweile – auch nach seinem Selbstverständnis – ein selbstbewusster und unverzichtbarer Teil der Prüflandschaft. Die gesetzliche Quote von 10 Prozent der Prüfungen wird verlässlich erfüllt. Der Gruppennützigkeitscharakter der Verwendung der durch die Kostenbeteiligung generierten Mittel wird nicht etwa dadurch aufgehoben, dass sekundär auch die Allgemeinheit Vorteile von der Optimierung des Prüfgeschehens hat.

Unabhängig von den vorstehenden rechtlichen Erwägungen würde aber das alternative Szenario eines Verzichts auf Regelungen zur finanziellen Beteiligung der PPV bei gleichzeitiger Einräumung eines Nutzungsrechtes dazu führen, dass der Finanzierungsteil der SPV steigt und damit die dort Versicherten Kosten tragen müssten, die eindeutig den Versicherten der PPV zuzurechnen sind. Das wäre mit dem Gerechtigkeits- und Gleichheitsgedanken nicht zu vereinbaren.

Die digitale Daten- und Kommunikationsplattform soll die Transparenz rund um Qualitätsprüfungen in der Pflege verbessern. Zukünftig wird es dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen möglich sein, mithilfe der Plattform zeitnah aktuelle Datenauswertungen zur Anzahl der erteilten Prüfaufträge und durchgeführten Qualitätsprüfungen in vollstationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie in gemeinschaftlichen Wohnformen, zur Prüfquote des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie zur Anzahl der Verlängerungen des Prüfrhythmus nach § 114c und der unangemeldeten Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3 zu erstellen. Bezugspunkt für die Errechnung der Prüfquoten soll anders als bisher nicht die Anzahl der Pflegeeinrichtungen laut Statistik des Bundes sein, sondern die genaue Zahl der tatsächlich am Versorgungsvertrag gemäß § 72 teilnehmenden zugelassenen Pflegeeinrichtungen im jeweiligen Land.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Nach § 114 Absatz 2 Satz 4 sind Gegenstand der Qualitätsprüfungen auch die Qualitätsanforderungen der auf der Basis des Elften Buch Sozialgesetzbuch abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen, also unter anderem auch die Qualitätsanforderungen in den Verträgen über gemeinschaftliche Wohnformen nach § 92c. Durch die Ergänzung in § 114 Absatz 2 Satz 7 wird dies ausdrücklich noch einmal hervorgehoben: Die Regelprüfung bezieht sich unter anderem auch auf die Qualität der Leistungen des Basispaketes des Pflegedienstes und seiner Kooperationspartner.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um die Korrektur eines redaktionellen Fehlers.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe c

Die Erfahrungen mit der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten pandemischen Lage haben gezeigt, wie wichtig es ist, dass auf Krisensituationen auch im Rahmen der Regelprüfung flexibel reagiert werden kann. Die bisherige ausschließlich auf die Coronavirus SARS-CoV-2-Pandemie bezogene Regelung soll jetzt generalisiert auf weitere Krisensituationen übertragen werden. Der Medizinische Dienst Bund hat daher im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. sowie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit auf der Basis wissenschaftlicher und krisenrelevanter Erkenntnisse verbindlich das Nähere zur Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen auch in Krisensituationen zu bestimmen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hatte in der Fassung vom 27. März 2023 bereits Regelungen zur Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen nach § 114 Absatz 2a a.F. SGB XI erstellt. Diese Regelungen verlieren ihre Gültigkeit, können aber als Grundlage für die Vorbereitung der Qualitätsprüfungen auf weitere längerfristige Krisenereignisse von nationaler oder regionaler Tragweite genutzt werden. Hierbei soll die Anwendbarkeit auf verschiedene potentielle Krisensituationen wie z. B. auf erneute pandemische Notlagen, extreme Naturereignisse mit katastrophalem Ausmaß oder auf Großschadenslagen ausgeweitet werden.

Der Schutz der pflegebedürftigen Personen sowie der Mitarbeitenden der Einrichtungen sowie der Prüfdienste ist bei Qualitätsprüfungen auch vor dem Hintergrund eines Krisenereignisses stets zu gewährleisten. Unter die wissenschaftlichen und krisenrelevanten Erkenntnisse, die bei der Festlegung von Maßnahmen berücksichtigt werden sollen, fallen insbesondere sicherheits- und gesundheitsbezogene Aspekte. Im Rahmen dieser Regelung ist ein Krisenereignis längerfristig, wenn seine Auswirkungen einen Normalbetrieb der Einrichtung oder der prüfenden Organisation mehrere Monate nicht ermöglichen. Für den Fall des Eintritts eines Krisenereignisses, ist die Anwendbarkeit der Regelungen in dieser konkreten Lage unverzüglich zu prüfen und diese sind gegebenenfalls entsprechend anzupassen.

Die Pflicht, einmal jährlich – oder bei guter Qualität alle zwei Jahre – Qualitätsprüfungen durchzuführen, ist so lange aufrechterhalten, soweit dies vor dem jeweiligen Szenario möglich ist. Einer krisenbezogenen Änderung der Rahmenbedingungen für Qualitätsprüfungen soll aber flexibel Rechnung getragen werden. Sollten in einer konkreten längerfristigen Krisensituation von nationaler oder regionaler Tragweite Qualitätsprüfungen auch unter veränderten Rahmenbedingungen nicht möglich sein und steht das der Einhaltung des Prüfrhythmus entgegen, kann die Zeit bis zur nächsten vorgesehenen Prüfung um höchstens ein Jahr verlängert werden.

Anlassprüfungen werden durch die Regelung nicht tangiert. Ob Anlassprüfungen in Form einer Begehung der Pflegeeinrichtung oder der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen stattfinden können, haben die Landesverbände der Pflegekassen und die Medizinischen Dienste in Absprache mit den lokalen Behörden, insbesondere den Gesundheitsämtern im Einzelfall zu entscheiden.

Zu Nummer 66 (§ 114a)

Zu Buchstabe a

Regelprüfungen in allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind grundsätzlich zwei Arbeitstage zuvor anzukündigen. Die Vorgängerregelung einer grundsätzlichen Ankündigung am Vortag beruhte bereits auf der Annahme, dass durch die (kurzfristige) Ankündigung eine bessere organisatorische Vorbereitung der Prüfung ermöglicht wird. Die Erfahrungen mit der wissenschaftlichen Erprobung von Prüfungen mit Bezug auf indikatorenbezogene Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen hatten dies gezeigt (vgl. BT-Drs. 19/5593, 133 f.).

Angesichts der Notwendigkeit einer grundsätzlichen Entbürokratisierung in der (Langzeit-) Pflege wird diese Erkenntnis erneut aufgegriffen und durch die Regelung der Anmeldung der Prüfung zwei Arbeitstage vorher eine weitergehende Entlastung von Einrichtungen bei der Prüfungsvorbereitung bezweckt. Dies entspricht auch der Empfehlung des wissenschaftlichen Abschlussberichtes zur Anpassung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege, der dem Qualitätsausschuss Pflege im Juli 2023 vorgelegt wurde. Bei etwas weniger kurzfristiger vorheriger Bekanntgabe des Prüftermins besteht die Aussicht auf einen besseren Organisationsablauf während der Prüfungen. Davon können alle an der Prüfung unmittelbar Beteiligten profitieren, aber auch die nicht in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen, deren Versorgung auf diese Weise besser sichergestellt werden kann.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Mit Blick auf die Bedeutung, die der Ergebnisqualität seit der Einführung des neuen Systems der internen Qualitätssicherung, der externen Qualitätsprüfung und der Qualitätsdarstellung für die stationäre Pflege seit dem Jahr 2019 zukommt und mit Blick auf die geringere Bedeutung der Pflegedokumentation bei den neuen Prüfungen wird die Gefahr von Manipulationen als gering eingeschätzt. Es überwiegen die Vorzüge einer besseren Planbarkeit des Personaleinsatzes mit dadurch verbesserten Prüfabläufen und optimierten Auskunftsmöglichkeiten. Das ist nicht zuletzt auch Ausdruck einer gesteigerten Vertrauenskultur und Wertschätzung gegenüber den beruflich Pflegenden.

Zu Buchstabe b

Mit der Regelung des § 92c wird eine Option für zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen ergänzt, Verträge für die Leistungserbringung in gemeinschaftlichen Wohnformen zu schließen. Mit den Änderungen in § 114a Absatz 2 wird sichergestellt, dass die Betretungsrechte der Prüfinstitutionen bei Prüfungen auch für das neu eingeführte Versorgungssetting der gemeinschaftlichen Wohnformen anzuwenden sind. Hierfür sind sprachliche Anpassungen und redaktionelle Umstellungen erforderlich, etwa die Verschiebung der Regelung bezüglich von Prüfungen zur Nachtzeit. Weitergehende Änderungen sind damit nicht verbunden. Insbesondere ermöglicht das Recht, zur Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung Wohnräume ohne Einwilligung zu betreten, den Schutz der bereits bislang anerkannten Güter. Umfasst ist die Verhütung von dringenden Gefahren für besonders wichtige Rechtsgüter, wie etwa die menschliche Gesundheit (gleichwertig auch die Freiheit). Zu denken ist beispielsweise an dringende Gefahren für die körperliche Unversehrtheit der Pflegebedürftigen, die aus Qualitätsmängeln resultieren können. Damit wird ein hierauf bezogenes präventives Einschreiten ermöglicht.

Zu Buchstabe c

Die Regelung konkretisiert den Umgang mit der nach § 114a Absatz 3 Satz 3 bei der Beurteilung der Pflegequalität zu berücksichtigenden Pflegedokumentation durch eine unmittelbare Bezugnahme auf die in den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 Absatz 1 Satz 2 festgelegten Anforderungen.

In § 113 Absatz 1 Satz 2 ist bestimmt, dass die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität insbesondere auch Anforderungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation regeln. § 113 Absatz 1 Satz 4 erläutert dies bereits dahingehend, dass die Anforderungen über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen dürfen und den Aufwand für Pflegedokumentation in ein angemessenes Verhältnis zu den Aufgaben der pflegerischen Versorgung setzen sollen.

Im Sinne der gesetzlichen Vorgabe konkretisieren die von den Vertragsparteien vereinbarten Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sowohl für die stationäre wie für die ambulante Pflege dies insbesondere wie folgt: Die Anforderungen an den Pflegeprozess und die Pflegedokumentation werden durch das „Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ erfüllt. Neben dem Strukturmodell sind weitere Verfahren zur Pflegedokumentation möglich (vgl. Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 23. November 2018, zuletzt geändert am 05. April 2023).

Zu Buchstabe d

Laut Bundesamt für Soziale Sicherung führt die bisherige Regelung zur Feststellung der Unterschreitung der Prüfquote des Prüfdienstes des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V. zu unnötigem Verwaltungsaufwand, da die private Krankenversicherung ihre gesetzliche Verpflichtung aus § 114 Absatz 1 Satz 1 bisher stets erfüllt hat. Die Änderung sieht vor, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesamt für Soziale Sicherung mitteilt, wenn es zu einer Unterschreitung der Prüfquoten des Prüfdienstes des PKV-Verbandes gekommen ist. Die entsprechenden Informationen liegen dem Spitzenverband durch die Einrichtung der digitalen Daten- und Kommunikationsplattform nach § 114 Absatz 1a ohnehin vor und sind ab 31. März 2027 Teil der jährlichen Berichterstattung nach § 114c Absatz 3 Satz 3 an das Bundesministerium für Gesundheit. Insofern entsteht dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen kein zusätzlicher Aufwand. Das Bundesamt für Soziale Sicherung muss zukünftig nur dann tätig werden, wenn der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Unterschreitung der Prüfquoten des Prüfdienstes des PKV-Verbandes festgestellt und übermittelt hat. Nur in diesem Fall muss die

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Höhe des zu überweisenden Finanzierungsanteils der PKV ermittelt werden. Die Regelung trägt damit maßgeblich zum Bürokratieabbau bei.

Durch die neuen Sätze 5 und 6 wird das Verfahren konkretisiert.

Zu Buchstabe e

Der Medizinische Dienst Bund wird verpflichtet, innerhalb von sechs Monaten nach der Ergänzung der Vereinbarungen gemäß § 113 Absatz 1 Satz 2 Richtlinien für die Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c zu beschließen und zwar auf der Grundlage der Bundesempfehlungen nach § 92c Absatz 2, der Regelungen für gemeinschaftliche Wohnformen in den Maßstäben und Grundsätze nach § 113 und auf der Basis seiner langjährigen Expertise in der Qualitätssicherung. Dies kann gegebenenfalls auch durch Anpassung und Ergänzung der Richtlinien für die ambulante Pflege erfolgen. Sobald die wissenschaftlichen Ergebnisse des Auftrags nach § 113b Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 vorliegen, hat der Medizinische Dienst Bund darüber hinaus die im Abschlussbericht vorgeschlagenen Anpassungen und Ergänzungen unverzüglich umzusetzen (vgl. Fortentwicklungsauftrag in § 114a Absatz 7 Satz 9 – neu).

Zudem wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Die Regelung des neuen Satzes neun ergänzt die bisherigen Vorschriften zur bürokratiearmen und zwischen Medizinischen Diensten (MD) und Heimaufsichten koordinierten Prüfpraxis, indem eine dahingehende regelhafte Überprüfung der einschlägigen Richtlinien des MD Bund eingeführt wird.

Schon jetzt wird durch § 114 Absatz 3 SGB XI bezweckt, Synergieeffekte von Prüfungen stärker zu nutzen und Einrichtungen vor belastenden Doppelprüfungen zu schützen. Danach haben die Landesverbände der Pflegekassen vor einer Regelprüfung insbesondere zu erfragen, ob Qualitätsanforderungen nach dem SGB XI und den auf seiner Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen in einer Prüfung der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde oder in einem nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren berücksichtigt worden sind. Hierzu können auch Vereinbarungen auf Landesebene mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden geschlossen werden.

§ 117 SGB XI normiert bereits flankierend einen differenzierten Auftrag an die Pflegekassen und die MD zur Zusammenarbeit mit den Heimaufsichten. Dies verweist darauf, dass Prüfaufträge von Heimaufsichten und die Prüfungen der Medizinischen Dienste (MD) unterschiedliche Ansätze verfolgen, sie basieren auf eigenständigen gesetzlichen Grundlagen mit eigenen Schwerpunkten und unterschiedlichen Sanktionsmöglichkeiten. Die Identifizierung von thematischen Überschneidungen zwischen heimaufsichtsrechtlichen Prüfungen und Prüfungen der MD und eine Bewertung hinsichtlich der Gleichwertigkeit kann hierbei nur auf Landesebene erfolgen. Die Änderung steht in Zusammenhang mit einer Ergänzung von § 117 Absatz 1, die den MD die vollständige Übernahme der Überprüfung nach heimrechtlichen Vorschriften im Auftrag der Heimaufsichtsbehörden nach Maßgabe von dazu getroffenen Vereinbarungen ermöglicht.

Zu Nummer 67 (§ 114c)

Zu Buchstabe a und Buchstabe b

Die durch Art. 11 des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes vom 11.12.2018 (BGBl. 2018 I S. 2394) geschaffene Möglichkeit, den Prüfrhythmus für Qualitätsprüfungen der Prüfdienste von einem auf höchstens zwei Jahre zu verlängern, soll auf ambulante und teilstationäre Pflegedienste erweitert werden, sofern diese ein hohes Qualitätsniveau aufweisen. Analog zu dem Verfahren für den vollstationären Bereich sollen vom Medizinischen Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und unter Beteiligung des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. in Richtlinien Kriterien zur Feststellung eines solchen Qualitätsniveaus auch für den ambulanten und teilstationären Bereich festgelegt werden. Die Feststellung, ob ein hohes Qualitätsniveau durch einen ambulanten Pflegedienst erreicht worden ist, soll von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Abschluss der Reform des Qualitätssystems für die ambulante Pflege auf der Grundlage der dann eingeführten Instrumente und Verfahren für die Qualitätsprüfung und Qualitätsdarstellung erfolgen. Für den teilstationären Bereich ist das bereits zum gegenwärtigen Zeitpunkt maßgebliche Qualitätssystem einschlägig.

Die Regelung verfolgt das Ziel einer Aufwandreduzierung für Prüfdienste und Pflegeeinrichtungen und soll ein erreichtes gutes Qualitätsniveau mit einem Vertrauensvorschuss für die Zukunft honorieren. Die daraus folgende

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Reduktion der Kontrolldichte führt zu Entbürokratisierung und setzt zugleich Anreize für weiterhin gute Qualität. Kurzzeitpflegeeinrichtungen sollen aufgrund der besonderen Anforderungen an dieses Setting von der Regelung weiterhin ausgenommen bleiben.

Mit der Bezugnahme auf die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a des Elften Buches einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Die bisherige Berichterstattung nach § 114c bezog sich ausschließlich auf Qualitätsprüfungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Zukünftig sollen mit Informationen über Prüfungen in teilstationären Einrichtungen, ambulanten Pflegediensten sowie in gemeinschaftlichen Wohnformen auch die anderen Versorgungssettings mit abgebildet werden. Damit ermöglicht der Bericht erstmals einen vollständigen jährlichen Überblick über das Prüfgeschehen in der Pflege. Aufgrund der föderalen Struktur der Medizinischen Dienste ist eine Aufschlüsselung nach Ländern sinnvoll. Durch die Einrichtung der digitalen Daten- und Kommunikationsplattform nach § 114 Absatz 1a Absatz können die entsprechenden aktuellen Statistiken zukünftig mit sehr geringem Verwaltungsaufwand effizient erstellt werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Erstmals zum 31. März 2028 und danach jährlich beinhaltet der Bericht des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen über die Erfahrungen der Pflegekassen auch die Prüfquote des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Anzahl der Verlängerungen des Prüfrhythmus nach § 114c und der unangemeldeten Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3. Die Erhebung dieser Daten ist durch die Nutzung der digitalen Daten- und Kommunikationsplattform nach § 114 Absatz 1a nur mit einem geringen Verwaltungsaufwand verbunden.

Zu Nummer 68 (§ 115)

Zu Buchstabe a

Mit den Ergänzungen in Absatz 1a wird bei gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c die Transparenz der Qualitätsdarstellung geregelt: Nachdem die Richtlinien zur Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7 vom Medizinischen Dienst Bund beschlossen worden sind, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 113 unverzüglich, welche Ergebnisse bei der Darstellung der Qualität für gemeinschaftliche Wohnformen nach § 92c zugrunde zu legen sind und inwieweit die Ergebnisse durch weitere Informationen ergänzt werden. Das Datum der letzten Prüfung durch die Prüfinstitution, eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik sowie eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse sind an gut sichtbarer Stelle in jeder gemeinschaftlichen Wohnform auszuhängen. In Satz 3 wurde lediglich eine Folgeänderung auf Grund der Änderung in § 113b Absatz 2 Satz 4 Nummer 6 vorgenommen. Mit der Änderung in Satz 10 wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Buchstabe b

Durch die Ergänzung wird sichergestellt, dass das Instrumentarium, das der Gesetzgeber der zuständigen Pflegekasse bei Mängeln in der ambulanten Pflege zur Verfügung stellt, auch dann anwendbar ist, wenn die Versorgung in einer gemeinschaftlichen Wohnform erfolgt. Ebenso besteht für die Pflegekasse die Verpflichtung, in diesen Fällen dem Pflegebedürftigen einen anderen geeigneten Pflegedienst zu vermitteln, der die Versorgung in einer gemeinschaftlichen Wohnform nahtlos übernimmt.

Zu Buchstabe c

Mit der Ergänzung wird die Haftung für die Vermittlung einer anderen gemeinschaftlichen Wohnform entsprechend der Haftung in den beiden anderen Versorgungssettings ambulant und stationär geregelt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 69 (§ 117)

Die Zusammenarbeit zwischen den heimrechtlichen Aufsichtsbehörden der Länder und dem Medizinischen Dienst wird um die Ermöglichung einer weiteren Option ergänzt, deren Inanspruchnahme im Ermessen der Landesbehörden steht. Diese sollen bei Bedarf den Medizinischen Dienst mit der Prüfung der in ihrem Zuständigkeitsbereich liegenden Sachfragen beauftragen dürfen, wenn zugleich eine Vereinbarung über die diesem dadurch entstehenden Kosten und das genaue Prozedere erreicht werden kann. Der Medizinische Dienst wird dadurch in die Lage versetzt, zeitgleich mit der Qualitätsprüfung in einem einzigen Termin alle durch die Heimaufsichtsbehörden in ihrem Prüfauftrag näher bezeichneten Fragen zu klären. Die gewonnenen Erkenntnisse können somit aus einer Hand und ohne Reibungsverluste durch ein arbeitsteiliges Zusammenwirken weitergegeben werden. Das Vorgehen ist für die Landesbehörden optional, für den Medizinischen Dienst ist im Falle der Einigung die Durchführung in einem gemeinsamen Termin obligatorisch, da nur so die bezweckten Synergien erreicht werden können. Die bereits bestehenden Abstimmungspflichten zur Vermeidung von Doppelprüfungen verdichten sich dann zu einer Vereinbarung über die genauen Bedingungen und Abläufe der beauftragen Prüfung. Doppelprüfungen können dadurch im Vorfeld wirksam ausgeschlossen werden. Bezweckt wird eine Entlastung der Leistungserbringer und der zu Pflegenden, die nunmehr nur noch einen einzigen Prüftermin zu bewältigen haben. Die beteiligten Akteure des Prüfgeschehens erhalten somit die Möglichkeit, das „Once-Only-Prinzip“ im Verhältnis von Qualitätsprüfung und heimaufsichtsrechtlicher Prüfung zu verwirklichen.

Zu Nummer 70 (§ 118)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zu der Regelung in § 92c Absatz 2 Satz 3.

Zu Nummer 71 (§ 118a (Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung)

Zu Absatz 1

Die Regelung vereinheitlicht die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe für die gesetzlich vorgesehenen Beteiligungen nach dem Fünften und Elften Buch Sozialgesetzbuch. Der Begriff der Organisationen umfasst auch Verbände, deren satzungsmäßiger Zweck die Vertretung der berufspolitischen Interessen der Pflegeberufe ist. Da es aktuell auf Bundesebene – anders als in anderen Berufen, die verkammert sind – für die Pflegeberufe noch keine Bundespflegekammer gibt, die durch flächendeckend eingerichtete Landespflegekammern gestützt wird, und es zudem derzeit eine große Zahl an Verbänden der Pflegeberufe gibt, die unterschiedliche viele Pflegefachpersonen und weitere Pflegekräfte als Mitglieder repräsentieren, ist eine umfassende und effektive Beteiligung der Pflegeberufe an den Aufgaben des Fünften und Elften Buches auf andere Art und Weise sicherzustellen.

Daher wird das Bundesministerium für Gesundheit insbesondere ermächtigt, im Hinblick auf die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene die Voraussetzungen ihrer Anerkennung, die anerkannten Organisationen sowie das Verfahren der Beteiligung durch eine Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu regeln. Die Regelung orientiert sich an der Regelung des § 118, der in vergleichbarer Art und Weise die Beteiligung der heterogenen Verbändelandschaft der Vertretung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen regelt.

Mit der Regelung soll die Rolle der Organisationen der Pflegeberufe und ihre Beteiligung gestärkt werden. Die Beteiligungsform ergibt sich weiterhin aus der jeweiligen Rechtsnorm, die die Beteiligung vorsieht und für die zu beteiligenden Organisationen auf § 118a verweist. Soweit Organisationen der Pflegeberufe auf Landesebene, zum Beispiel bestehende Landespflegekammern, nicht auf Bundesebene repräsentiert sind, sollen die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene weitere Organisationen der Pflegeberufe auf Landesebene beteiligen. Sie sollen darüber hinaus weitere Organisationen der Pflegeberufe beteiligen, insbesondere, wenn die konkrete Aufgabenstellung eine besondere Fachexpertise bei den Pflegeberufen erfordert, die von den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nicht umfänglich abgebildet wird, beispielsweise für die Frage der Gestaltung von Arbeitsbedingungen zuständige Gewerkschaften wie z. B. ver.di.

Zu Absatz 2

Organisationen der Pflegeberufe verfügen nur zu einem sehr geringen Anteil über hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Ein großer Teil der in und für die Verbände tätigen Vertreterinnen und Vertreter der Profession

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

der Pflege ist ehrenamtlich tätig. Um die fachliche Expertise der Profession der Pflege, die im Rahmen der Erfüllung der Aufgaben aus dem Fünften Buch und diesem Buch zur Sicherstellung der Qualität erforderlich und daher bereits in vielen Normen gesetzlich vorgesehen ist, tatsächlich wahrnehmen zu können, ist zu klären, unter welchen Voraussetzungen eine Erstattung der Reisekosten sowie der Ersatz des Verdienstausfalls gewährleistet werden können. Das Nähere zu den Fällen der gesetzlich vorgesehenen Beteiligung, bei denen ein solcher Anspruch besteht, wird in der Verordnung nach Absatz 3 festgelegt.

Zu Absatz 3

In Absatz 3 wird das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend ermächtigt, in einer Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates insbesondere zu regeln, welche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene als maßgeblich gelten und diese zu bestimmen. Bei der Regelung darüber sind unter anderem die Mitgliederzahl, regionale Verbreitung und Organisationsstruktur, satzungsmäßige Aufgaben einer Organisation sowie repräsentierte Bereiche in der Versorgung zu berücksichtigen. Zudem ist zu prüfen, wie eine angemessene Beteiligung auch landesrechtlich geregelter Organisationen erfolgen kann. Weiterhin wird dazu ermächtigt, die Voraussetzungen, den Umfang, die Finanzierung und das Verfahren der Erstattung von Reisekosten und des Ersatzes des Verdienstausfalls festzulegen. Soweit bereits eine Finanzierung aus anderen Quellen erfolgt, kommt eine Erstattung der Reisekosten und ein Ersatz des Verdienstausfalls nach dieser Norm nicht in Betracht.

Zu Nummer 72 (§ 122)

Zu § 122 (Kooperationsprojekt zu Erleichterungen in der Praxis bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung)

Zu Absatz 1

Die meisten Menschen befassen sich mit dem Thema Pflegebedürftigkeit erst, wenn sie unmittelbar oder mittelbar davon betroffen sind. Auf welche Leistungen Anspruch besteht und welche Voraussetzungen dabei gelten, ist oftmals nicht bekannt und nicht immer werden bei Fragen die bestehenden Beratungsmöglichkeiten genutzt. In dieser Situation sind viele Pflegebedürftige oder ihre Vertretungsberechtigten, aber auch andere An- und Zugehörige, die die Pflegebedürftigen unterstützen und ihnen bei der Antragstellung helfen möchten, mit dem Ausfüllen von Formularen oder der Einhaltung ähnlicher formaler Vorgaben überfordert. Der Hintergrund der Fragen erschließt sich den Antragstellenden oder Unterstützenden dabei vielfach nicht und sie können nicht einschätzen, welche Bedeutung ihre Angaben haben. Ebenso ist oftmals nicht bekannt, dass die Formulare in der Regel nur Hilfestellungen sein sollen, damit alle für die Antragsbearbeitung erforderlichen Angaben gemacht werden. Denn die Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung ist in aller Regel – von Ausnahmen abgesehen – formlos möglich. Und auch wo es formale Vorgaben gibt, sind diese in der Regel im Hinblick auf die Antragstellenden eher niedrigschwellig ausgestaltet.

Viele Pflegekassen sind bereits bemüht, formale Vorgaben – auch im Zuge der Digitalisierung – zu reduzieren oder vereinfachen und versichertenfreundlich auszugestalten. Jedoch werden vielfach eigenständig erstellte und „isoliert“ dastehende Lösungen genutzt, eine Verbreitung von „best practice“ findet nicht in systematischer Weise statt. Angesichts dessen gibt es aktuell eine Vielzahl verschiedener Formulare und formaler Vorgaben, die die Antragstellung für viele Anspruchsberechtigte als kompliziert und unverständlich erscheinen lassen. Damit werden auf der einen Seite eventuell Leistungen, die benötigt würden, um einer Verschlechterung der Pflegesituation vorzubeugen, nicht oder zu spät beantragt. Zum anderen werden teilweise nicht qualitätsgesicherte Informationsmöglichkeiten genutzt, die eine Antragstellung nahelegen, obwohl die Leistungsvoraussetzungen gar nicht vorliegen, und es wird für die Antragstellenden dann nicht verständlich, weswegen die Angaben, die sie zu machen haben, hierzu nicht passen. Dies kann bei den Versicherten unter anderem auch Frustration erzeugen. Zugleich bedeutet es ebenfalls für die Pflegekassen mehr Aufwand, wenn nicht oder falsch ausgefüllte Formulare eingereicht werden oder wenn es zu einer Vielzahl an Nachfragen kommt, weil die Versicherten Hilfe bei der Antragstellung benötigen. Zudem verzögert sich so die Antragsbearbeitung. Sowohl Frustration aufgrund fehlenden Verständnisses als auch Mehraufwand bei der Antragsbearbeitung können reduziert werden, wenn Formulare und andere formale Vorgaben aus Sicht der Versicherten verständlich formuliert sind, erkennbar ist, vor welchem Hintergrund die Angaben erforderlich sind, die Angaben, die gemacht werden müssen, so weit als möglich reduziert werden – so dass auch die Quote von Fehlangaben sinkt – und ggf. auch Hilfestellungen zur Verfügung stehen, die Versicherte durch die Antragstellung hindurchleiten können. Darüber hinaus sind viele Daten den

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Pflegekassen bereits bekannt – etwa Wohnort und Adresse der Versicherten oder ein bereits bewilligter Pflegegrad –, sodass eine erneute Angabe dieser Daten durch die Versicherten gegenüber der Pflegekasse nicht notwendig erscheint.

In Workshops zur Digitalisierung einer Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung hat sich zudem gezeigt, dass eine Vielzahl bestehender unterschiedlicher Formulare und formaler Abfragen bei den verschiedenen Pflegekassen auch als ein Hemmschuh wirken kann, wenn digitale Lösungen und digitale Antragsverarbeitungsprozesse entwickelt werden sollen (vgl. „Prozesstransformation im Gesundheitswesen und der Pflege – Impulse für die Umsetzung eines digital unterstützten Antragsprozesses für Leistungen der Kurzzeitpflege“ der gematik Nationale Agentur für Digitale Medizin, abrufbar unter: https://www.gematik.de/media/gematik/Medien/Newsroom/Publikationen/Informationsmaterialien/gematik_Impulspapier_Kurzzeitpflege.pdf). Eine stärkere Vereinheitlichung und Reduktion der zu machenden Angaben bei der Beantragung erleichtern die Entwicklung gemeinsamer digitaler Lösungen, die dann – ggf. unter eher geringfügiger individueller Anpassung – für eine Vielzahl an Prozessbeteiligten eingesetzt werden können. Die Automationsfähigkeit von Bearbeitungsschritten, die für die Entscheidung unkritisch sind, könnte zudem gesteigert werden, sodass vorhandene Ressourcen effizienter eingesetzt werden können und die Antragsbearbeitung auch schneller abgeschlossen werden kann. Dies wäre für alle Beteiligten vorteilhaft. – Dabei ist es nicht erforderlich, dass die Antragseinreichung selbst digital erfolgen muss. Auch für anderweitig gestellte Anträge können Lösungen entwickelt werden, die die genannten Vorteile bei der weiteren Bearbeitung nutzbar machen. So können auch Anträge, die die Pflegekassen auf nicht-digitalem Wege erreichen, bei Eingang bei der Pflegekasse in eine digitale weitere Bearbeitung überführt werden. Eine gute Digitalisierbarkeit der weiteren Bearbeitung kann und soll daher ab Eingang bei der Pflegekasse gerade auch in diesen Fällen mit betrachtet und bedacht werden.

Was es bedarf ist indes, dass sich die Beteiligten zusammenfinden und gemeinsam ihre jeweiligen Erfahrungen einbringen, Ideen entwickeln und im Interesse der Versicherten sowie aller Beteiligten Lösungen finden. Hierfür besteht derzeit keine entsprechende Plattform. Daher wird mit der vorliegenden Vorschrift eine neue Regelung in das Dreizehnte Kapitel des SGB XI aufgenommen, mit deren Hilfe diese Plattform geschaffen werden kann. Als Laufzeit wird dabei 1. April 2026 bis 31. Juli 2030 vorgesehen, sodass zum einen ausreichend Zeit für Analyse, Entwicklungen und Bewertung der Erkenntnisse sowie Entwicklung von Lösungen besteht, zum anderen aber auch ein klares Enddatum feststeht.

Im Rahmen dieses befristeten Projekts bildet der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsamen mit den Pflegekassen ein Gremium zur Kooperation, um sich im Hinblick auf eine Reduktion, Vereinfachung und Vereinheitlichung von Formularen oder anderen formalen Vorgaben, die von Pflegekassen im Rahmen der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung eingesetzt werden, auszutauschen, Ideen und Lösungen zu entwickeln und sich abzustimmen. Hierbei werden auch sinnvolle Hilfestellungen bei der Antragstellung in die Betrachtungen mit einbezogen. Die genaue Organisation, in welcher Form sich das Gremium bildet und zusammenarbeitet, unterliegt der Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Pflegekassen. In jedem Fall sind die Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene einzubeziehen. Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. kann ebenfalls in das Gremium einbezogen werden, wenn er dies wünscht.

Insgesamt setzt sich das Gremium im Rahmen der Selbstverwaltung für eine Vereinfachung und Vereinheitlichung bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung sowie für eine Reduktion formaler Vorgaben auf das erforderliche Maß ein. Dafür werden zunächst die bisher eingesetzten Formulare und formalen Vorgaben anzuschauen sein und ggf. Vorschläge zu deren Weiterentwicklung gefunden werden. Zudem wird ein Blick darauf gerichtet, welche Hilfestellungen bei der Antragstellung sinnvoll und adressatengerecht sein könnten. Sowohl bei der Antragstellung als auch bei den Hilfestellungen wird dabei auch auf barrierefreie Ausgestaltungen geachtet.

Die Überlegungen zur Weiterentwicklung sollen dabei in keinem Fall für Versicherte, Anspruchsberechtigte, deren Vertretungsberechtigte oder Pflegepersonen von Nachteil sein. In die Überlegungen sind unter anderem deshalb und auch, damit die Praktikabilität einer weitreichenden Umsetzung gesichert wird, gleichberechtigt sowohl digitale Möglichkeiten der Antragstellung als auch andere, nicht-digitale Arten und Zugangswege zu einer Antragstellung einzubeziehen. Es soll insbesondere kein Zwang zur digitalen Antragstellung eingeführt werden. Wie bisher ist vielmehr zu beachten, dass Anträge auf Leistungen der Pflegeversicherung in aller Regel auch formlos gestellt werden können.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Gerade bei den Hilfestellungen im Rahmen der Antragstellung werden aber sicherlich auch digitale Werkzeuge mit in den Blick genommen und mit einbezogen werden. Anhand der insgesamt angestellten Überlegungen erstellt das Gremium im weiteren Verlauf dann auch einen Leitfaden für ein versichertengerechtes Vorgehen und eine empfehlenswerte Gestaltung von Hilfestellungen bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung, sodass die Erkenntnisse dauerhaft festhalten werden und zugänglich bleiben.

Wenn es sich als sinnvoll erweist, können in die Beratungen auch formale Vorgaben mit einbezogen werden, die sich nicht auf die Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung beziehen.

Die Umsetzung der in dem Gremium erarbeiteten Ergebnisse durch die Pflegekassen im Rahmen der Selbstverwaltung erfolgt fortlaufend, soweit eine Umsetzung möglich und sinnvoll ist, nicht etwa erst nach Abschluss der Arbeit des Gremiums. Um Erleichterungen in der Praxis zeitnah zu verwirklichen, veranlasst das Gremium bei Vorliegen von umsetzungsreifen Ergebnissen jeweils die Weitergabe an die für die Umsetzung zuständigen Stellen, unterstützt diese bei Bedarf bezüglich der Umsetzung mit seiner Expertise und berichtet über die erfolgte Verwirklichung in der Praxis in den Berichten nach Absatz 5.

Zu Nummer 1

In dem Kooperationsprojekt werden die Formulare, Vorgaben und Abläufe generell mit dem Ziel der Reduktion des Aufwands auf das jeweils erforderliche Maß und einer aus Sicht der Versicherten möglichst verständlichen Gestaltung in den Blick genommen. Mit der Aufzählung in Absatz 1 Satz 2 wird dies in verschiedener Hinsicht noch konkreter beschrieben.

In Nummer 1 sind als Zielsetzungen genannt, dass der Einsatz von Vorgaben auf das für die Antragsbearbeitung notwendige Maß reduziert wird, dass die Abfrage von Informationen auf das für die Antragsbearbeitung notwendige Maß reduziert wird und dass Informationen, die der Pflegekasse bereits bekannt sind, möglichst nicht unnötig erneut abgefragt werden. Die Umsetzung dessen kann vielfältig sein, etwa die Reduktion von Angaben, die zu machen sind, oder digital in geschützten Mitgliederbereichen der Kassen bereits (teil-)vorausgefüllte Anträge oder weitere Maßnahmen. Hier kann insgesamt ein wichtiges Entbürokratisierungspotential gehoben werden. Dies ist der Kern des Kooperationsprojekts zu Erleichterungen durch Entbürokratisierung bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung.

Zu Nummer 2

In Nummer 2 sind als Zielsetzungen genannt, dass aus Sicht der Versicherten nachvollziehbare und verständliche Formulierungen verwendet werden, sowie dass der Einsatz von Formularen und anderen formalen Vorgaben darauf ausgerichtet wird, dass diese für die Antragstellenden als Hilfestellung dienen. Damit Antragstellende nicht mit dem Ausfüllen von Formularen oder durch andere formale Vorgaben belastet werden, die sie ggf. vor Schwierigkeiten stellen, wo auch eine formlose Antragstellung oder auch anderweitige Kontaktaufnahme möglich sind, soll auch deutlich erkennbar sein, wenn ein Formular nur als Hilfestellung zur Verfügung gestellt wird, eine rechtliche Pflicht zur Nutzung aber nicht besteht. Damit fällt es Anspruchsberechtigten leichter, den Zugangsweg zur Pflegekasse zu nutzen, der für sie am einfachsten ist und am ehesten ihren Fähigkeiten und Bedürfnissen entspricht, sodass eine praktische Entlastung erreicht wird.

Zu Nummer 3

In Nummer 3 sind als Zielsetzungen genannt, dass, wo dies sinnvoll erscheint, für die Antragstellenden auch Erläuterungen zur Verfügung gestellt werden, die den Antrag oder den Leistungsanspruch verständlicher machen. Hierbei ist zum Beispiel auch an eine flexible, dabei aber weiterhin barrierefreie Einbindung von Erläuterungen bei Online-Beantragungsmöglichkeiten zu denken. Mit Erläuterungen kann zudem nachvollziehbar gemacht werden, wofür die abgefragten Angaben benötigt werden oder welche Folgen es hat, wenn bestimmte Angaben nicht gemacht werden. Damit wird das ganze Antragsgeschehen für die Antragstellenden und ihre An- und Zugehörigen besser nachvollziehbar, sodass auch gezielt die richtigen Angaben gemacht werden können. Zudem ist denkbar, dass beispielsweise auch Erläuterungen oder Hilfestellungen in Leichter Sprache oder einfacher Sprache mitgedacht und implementiert werden. Ebenfalls sind aktivierbare „Übersetzungen“ in Leichte Sprache oder einfache Sprache denkbar. Hiermit können verschiedene Zielgruppen angesprochen werden, für die aus unterschiedlichen Gründen mit einfachen Formulierungen eine bessere Verständnismöglichkeit eröffnet wird. Das Angebot einer (Fremd-)Sprachenauswahl ist grundsätzlich ebenfalls denkbar.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 4

In Nummer 4 sind zum einen als Zielsetzungen genannt, dass im Rahmen der Antragstellung niedrigschwellig auch auf bestehende Möglichkeiten der Beratung zur Beantragung von Leistungen und Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen hingewiesen wird. Beispielsweise konkrete Kontaktdaten von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern, etwa eine für die Antragstellenden zuständige Pflegeberaterin oder ein für die Antragstellenden zuständiger Pflegeberater und deren Telefonnummer oder eine entsprechende E-Mail-Adresse. Oder es ist denkbar, dass konkret die Kontaktdaten des nächstgelegenen Pflegestützpunkts mitgeteilt werden. Außerdem kann zum Beispiel auf ein entsprechendes Beratungsangebot der Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) hingewiesen werden. Insgesamt zielt dies darauf ab, dass die Antragstellenden oder die Personen, die sie bei der Antragstellung unterstützen, ohne Weiteres sehen, an wen sie sich wie wenden können, wenn bei der Antragstellung eine Frage auftaucht, auf die sie nicht ohne Weiteres selbst eine Antwort finden.

In Nummer 4 ist zum anderen als Zielsetzung genannt, dass im Rahmen der Antragstellung auch auf weitere Unterstützungs- und Informationsmöglichkeiten hingewiesen wird. Denn mittels derer lassen sich viele Fragen ggf. bereits selbst beantworten. Hier sind insbesondere Hinweise auf Auskunftsansprüche – beispielsweise die Übermittlung einer Übersicht über die von den Versicherten bereits bezogenen Leistungen und deren Kosten gemäß § 108 SGB XI – oder auch digitale Hilfestellungen wie etwa Chat-Programme oder Leistungskombinationsrechner zu nennen. Im Blick sind hier die bereits vorhandenen, im jeweiligen Zusammenhang sinnvollen Möglichkeiten, die die Pflegekassen schon entwickelt haben. Zudem kann auch die jederzeitige Bereitstellung von Informationen zu der Bearbeitung eines Antrags und dessen aktuellem Status Transparenz schaffen und für die Versicherten hilfreich sein.

Zu Nummer 5

In Nummer 5 ist als Zielsetzung genannt, eine gute Digitalisierbarkeit der Bearbeitung von Anträgen, die bei den Pflegekassen eingehen, vorzubereiten. Denn eine Reduktion, Vereinfachung und Vereinheitlichung von Formularen und anderen formalen Vorgaben stellt ebenfalls einen wichtigen ersten Schritt dar, um digitale Prozesse zu entwickeln, die mittelfristig alle Beteiligten deutlich entlasten können. Die Einbindung in digitalisierte Prozesse sollte in diesem Zusammenhang auch bei den Überlegungen zu den vorstehend genannten Zielen jeweils mitgedacht werden.

Die Versicherten selbst und deren Vertretungsberechtigte sollen dabei weiterhin selbst wählen können, wie sie einen Antrag stellen oder eine Information hierzu einreichen, digital oder auf andere Weise. Für sie läuft die Bearbeitung der Zwischenschritte des dadurch angestoßenen Prozesses im Hintergrund ab, auch wenn dieser digitalisiert ist. Das Ergebnis des Prozesses sollte für die Beteiligten dann wieder in der Weise oder dem Medium übermittelt werden, das für sie nach ihrer Wahl am einfachsten zugänglich ist. Auch dies kann in Überlegungen zu einer guten Digitalisierbarkeit der Bearbeitung von Anträgen bei einem versichertenfreundlichen Vorgehen schon von vornherein mit einbezogen werden.

Zudem sollten sowohl im Hinblick auf die Möglichkeiten der Antragstellung, die Hilfestellungen bei der Antragstellung, die Übermittlung von Informationen zum Stand oder zum Ergebnis der Antragsbearbeitung als auch im Hinblick auf die Antragsbearbeitung selbst stets ebenfalls die Barrierefreiheit und die Übermittlung von Informationen an die Versicherten in einer für sie wahrnehmbaren Form in die Überlegungen mit einbezogen werden.

Zu Absatz 2

Zu Nummer 1

Damit die Ziele einer Vereinfachung und Vereinheitlichung bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung sowie einer Reduktion formaler Vorgaben auf das erforderliche Maß auch bei weiteren Entwicklungen nach Abschluss der Arbeiten des Gremiums im Blick bleiben, setzt sich das Gremium ebenfalls für eine sachgerechte Verankerung dieser Themen im Rahmen der Selbstverwaltung der Pflegekassen ein. Dies gilt ebenso hinsichtlich einer dauerhafte Betrachtung der Möglichkeiten einer für alle Beteiligten praxisgerechten Digitalisierbarkeit im Rahmen einer Antragsbearbeitung durch die Pflegekassen.

Zu Nummer 2

Damit die in dem Gremium unter Einbeziehung verschiedener Blickwinkel und Gruppen angestellten Überlegungen und gefundenen Ergebnisse dauerhaft festhalten werden, leicht zugänglich erschlossen werden und damit sie

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

in die Arbeit der Pflegekassen jeweils auch weiterhin dauerhaft einbezogen werden, erstellt das Gremium auch einen Leitfaden für ein versichertengerechtes Vorgehen und eine empfehlenswerte Gestaltung von Hilfestellungen bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung.

Zu Nummer 3

In die Beratungen soll ebenfalls mit einbezogen werden, wie schlanke und schnelle, zugleich aber auch die zweckgerechte Verwendung von Mitteln der Pflegeversicherung sicherstellende Verfahren zum Vorgehen bei Kostenerstattungsansprüchen nach diesem Buch gestaltet werden könnten. Denn bei Kostenerstattungsansprüchen sind in jedem Fall Belege einzureichen. Dies stellt eine formale Vorgabe dar, die erforderlich ist, um einen zweckgerechten Einsatz der Mittel aus den jeweiligen Ansprüchen sicherzustellen. Zudem muss im Rahmen der Datenauswertung erfassbar sein, wofür die Mittel der Pflegeversicherung verwendet werden. Auch die sehr niedrigschwellig ausgestalteten Ansprüche auf Kostenerstattung verursachen aber Antragsbearbeitungsaufwand, sodass es sinnvoll ist, dies als weiteres Thema mit zu betrachten. Dies gilt insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass aus der Praxis immer wieder berichtet wird, dass zwischen der Erbringung der Leistungen und der Auszahlung von Kostenerstattungen hierfür im Rahmen der Kostenerstattungsansprüche der Pflegeversicherung teilweise sehr lange Zeiträume liegen. Für die in Vorleistung Gehenden kann dies Schwierigkeiten bereiten. Gleichzeitig ist es zur Sicherstellung eines effizienten Einsatzes der Mittel der Pflegeversicherung aber unabdingbar, Missbrauch zu begegnen und möglichst zu vermeiden. Daher stellen sich an das Verfahren verschiedene Anforderungen, die gerade bei Kostenerstattungsansprüchen sachgerecht gelöst werden sollten. Hierbei ist zum einen ein bürokratiearmer Zugang zu Leistungen zu ermöglichen – gerade wenn diese unverzüglich gebraucht werden, zum anderen muss aber auch dafür Sorge getragen werden, dass ein nicht zweckgerechter Mitteleinsatz von vorneherein vermieden wird und dass keine Gestaltungen erfolgen, die diesen begünstigen oder wesentlich vereinfachen. Die Beratungen im Kooperationsgremium bieten die Gelegenheit, hierzu sinnvolle Vorgehensweisen zu entwickeln und Vorschläge für die Praxis vorzulegen. Dabei soll keine rechtliche Umgestaltung der bestehenden Ansprüche oder eine Änderung der geltenden Rechtslage etwa durch Ausweitung von Leistungen oder Leistungsgegenständen thematisiert werden. Vielmehr geht es um Erleichterungen in der praktischen Abwicklung bei gleichzeitiger Wahrung der genannten Ziele und Zwecke.

Günstig erschiene etwa, wenn hierbei eine elektronische Antragsbearbeitung sichergestellt werden könnte, die sowohl eine zeitnahe Auszahlung erreicht als auch geeignet ist, Maßnahmen zu einer effizienten Missbrauchskontrolle anwenden zu können. Bei bestimmten Ansprüchen könnte geprüft werden, ob Leistungserbringende, die eine wirksame, individuell getroffene und nicht vorfestgelegte Abtretung nachweisen können, auch direkte elektronische Abrechnungswege nutzen könnten. Dabei könnte auch die Option geprüft werden, ob Anbieter von nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag ausschließlich freiwillig ebenfalls eine Anbindung an ein elektronisches Abrechnungssystem oder vergleichbare Möglichkeiten erhalten könnten. Um Missbrauch von vorneherein auszuschließen und Transparenz und Sicherheit für die Versicherten herzustellen, kann ebenfalls geprüft werden, ob die Abtretung von Kostenerstattungsansprüchen durch die Anspruchsberechtigten (nur noch) gegenüber der Pflegekasse erklärt und von ihr entsprechend dokumentiert werden sollte. Das Verfahren sollte für die Versicherten dann bürokratiearm und rechtssicher genutzt werden können, auch wenn Abtretungen verändert werden sollen, und ihnen stets aktuell zeigen, in welcher Höhe welche Ansprüche von wem im Rahmen einer Abtretung geltend gemacht werden können sowie auch, wie sie vorgehen können, wenn sie dies ändern möchten. Ferner sollte dann ein eindeutiger Hinweis erfolgen, dass eine Abtretung in jedem Fall nur auf ausdrücklichen Wunsch des Anspruchsberechtigten und vollkommen freiwillig erfolgt und eine eigenständige Einreichung der Belege durch die Anspruchsberechtigten jederzeit möglich ist. Wichtig wäre ebenfalls, dass eine im Gesetz angelegte Nutzbarkeit von Ansprüchen für verschiedene Leistungsanbietende auch weiterhin möglich ist.

Zu Absatz 3

Die Reduktion, Vereinfachung und Vereinheitlichung von Formularen und anderen formalen Vorgaben und die versichertengerechte Gestaltung des Vorgehens bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung baut mittelfristig Aufwand bei den Pflegekassen ab und kann ein wichtiger erster Schritt zur späteren weiteren Digitalisierung von Antragsbearbeitungsprozessen sein. Im Fokus der Maßnahmen stehen gleichwohl die Interessen der Versicherten, der Anspruchsberechtigten und der für diese Vertretungsberechtigten und Pflegepersonen sowie sonstigen Unterstützenden. Daher sollen die Beratungen zur Entbürokratisierung und Vereinfachung bei der Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung – getreu dem Grundsatz „nicht über uns, ohne uns“ – nicht „an

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

diesen vorbei“ laufen, sondern sie sollen im Prozess der Weiterentwicklung von Vorgaben sowie Hilfestellungen ebenfalls beteiligt werden. Um zu überprüfen, ob die angestrebten Ziele erreicht werden, sind verschiedene Vertreterinnen und Vertreter der genannten Gruppen daher mit einzubeziehen.

Bei Anspruchsberechtigten ist an die Pflegebedürftigen oder sonstigen nach dem SGB XI im Einzelnen Anspruchsberechtigten gedacht. Bei den für die Anspruchsberechtigten Vertretungsberechtigten kann es sich um die Pflegepersonen handeln, aber auch um Angehörige oder Zugehörige, die eine Vertretungsvollmacht haben, ohne Pflegeperson zu sein, und ebenso beispielsweise um gerichtlich bestellte gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer. Zudem sind „Versicherte ohne oder mit geringen Vorerfahrungen“ mit Leistungen nach dem SGB XI ausdrücklich mit aufgezählt. Hiermit sind allgemein Versicherte gemeint, die mit dem Thema Pflege noch keine oder wenige Berührungspunkte gehabt haben und die damit beispielsweise beim Durchlesen eines Formulars oder einer Hilfestellung, die als Information gedacht ist, ohne besonderes Vorwissen beurteilen, ob sie verstehen, um was es geht und was von ihnen erwartet wird.

Deren Einbeziehung erfolgt zum einen durch eine Einbindung in dem Gremium selbst. Damit werden Vertreterinnen und Vertreter der genannten Gruppen in das Gremium für die Dauer des Projekts ebenfalls mit einbezogen und können dort an Beratungen teilnehmen oder Vorschläge einreichen. Zum anderen erfolgt des Weiteren eine wissenschaftlich gestützte Einbeziehung. Beispielsweise indem die entwickelten Vorschläge und Maßnahmen erprobt und wissenschaftlich begleitet werden oder in der Weise, dass die Versicherten allgemein sowie Anspruchsberechtigte, Vertretungsberechtigte und Pflegepersonen repräsentativ befragt werden, um zu erkennen, ob die Ziele, die das Kooperationsprojekt verfolgt, mit den entwickelten Ergebnissen (bereits) erreicht werden.

Das Gremium kann zudem eine Einbeziehung weiterer Beteiligter vorsehen. Diese können dauerhaft oder auch themenbezogen oder zeitweise hinzugezogen werden. So kann insbesondere die Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund im Hinblick auf Themen, die für ihn relevant sind, sinnvoll sein (unter anderem das Begutachtungsverfahren und diesbezüglicher digitaler Austausch von Informationen zwischen den MD und den Pflegekassen). Im Hinblick auf die Vorbereitung einer guten Digitalisierbarkeit der Bearbeitung von Anträgen kann ebenfalls eine frühzeitige Hinzuziehung der gematik GmbH oder von IT-Expertinnen und IT-Experten zu diesbezüglichen Themen sinnvoll sein. Auch eine Einbeziehung weiterer anderer Beteiligter ist möglich. Über die Einzelheiten der Einbeziehung entscheidet das Gremium nach § 122.

Zu Absatz 4

Für die Aufgaben nach § 122 Absatz 1 bis 3 kann der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen. Im Hinblick auf die Einbeziehung der Vertreterinnen und Vertreter der in Absatz 3 genannten Gruppen sowie ggf. weiterer Beteiligter in das Gremium können die Mittel ggf. auch für angemessene Aufwandsentschädigungen für die Mitarbeit in dem Gremium, etwa für Fahrtkosten u. a., verwendet werden. Die Maßnahmen, für die Finanzmittel eingesetzt werden, sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen. Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds für das Kooperationsprojekt nach § 122 zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung. Hierin wird auch beschrieben, wofür die Mittel nach § 8 Absatz 3 im Rahmen der Aufgabenwahrnehmung nach § 122 verwendet werden können. Soweit im Rahmen der Arbeit des Kooperationsprojekts bei Maßnahmen personenbezogene Daten benötigt werden sollten, können diese nur mit Einwilligung der Betroffenen erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Zu Absatz 5

Das Kooperationsprojekt nach § 122 stellt ein wichtiges Projekt zur Entbürokratisierung für Bürgerinnen und Bürger und alle Beteiligten sowie zur Vorbereitung einer guten Digitalisierbarkeit der Bearbeitung von Anträgen dar. Die Entwicklung dieses Projekts wird auch weiter begleitet. Daher berichtet der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich über den Fortschritt der Arbeit des Kooperationsgremiums. Hierzu gehört insbesondere auch der Bericht über die jeweils erfolgte Verwirklichung von Ergebnissen der Arbeit des Gremiums in der Praxis. Auf Verlangen des Bundesministeriums für Gesundheit – aber selbstverständlich auch auf Wunsch des Gremiums – kann das Bundesministerium für Gesundheit ebenfalls an den Sitzungen des Gremiums teilnehmen. Die Selbstverwaltung der Pflegekassen bleibt hierbei gewahrt.

Spätestens bis zum 31. Dezember 2030 – also fünf Monate, nachdem das Gremium seine Arbeit abgeschlossen hat – legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesministerium für Gesundheit zu dem Projekt

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

einen Abschlussbericht vor und berichtet darin auch über die erfolgten sowie absehbaren Umsetzungen und die im weiteren Verlauf geplanten Umsetzungen der in dem Projekt erarbeiteten Erkenntnisse durch die Pflegekassen.

Zu Nummer 73 (§ 123)

Die Umsetzung der innovativen „Gemeinsamen Modellvorhaben für die Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier“ soll unterstützt werden, auch wenn für ein Bundesland die Förderung nicht zum 1. Januar 2025 beginnen kann. Die maximale Laufzeit eines Modellvorhabens von vier Jahren bleibt davon unberührt. Eine solche Verschiebung ist wahrscheinlich, weil der gemeinsame Beschluss der Empfehlungen nach Absatz 3 als Grundlage für die Förderung verspätet zustande gekommen ist. Die Empfehlungen betreffen die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie das Verfahren zur Vergabe der Fördermittel. Mit der Änderung wird die Möglichkeit geschaffen, die Laufzeit von bis zu vier Jahren für ein Modellvorhaben in das Jahr 2029 auszudehnen, so dass die Förderzeit ausgeschöpft werden kann. Absatz 5 Satz 3, regelt bereits die Möglichkeit, dass Fördermittel, die in einem Land im jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, das Fördervolumen im Folgejahr des jeweiligen Landes erhöhen. Dadurch wird die Umsetzung der Modellvorhaben kostenneutral bis Ende 2029 verlängert, indem im Kalenderjahr 2028 nicht in Anspruch genommene Fördermittel in das Jahr 2029 übertragen werden können.

Zu Buchstabe b

Zu Nummer 74 (§ 125a Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege)

Telepflege im Sinne dieser Regelung ist der Austausch von Informationen im Rahmen des Pflegeprozesses unter Verwendung von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Überbrückung einer zeitlichen und räumlichen Distanz durch beruflich Pflegende mit

- pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen,
- anderen beruflich Pflegenden und
- weiteren professionellen Akteuren im Gesundheitssystem (zum Beispiel Ärztinnen und Ärzten, Ergo-, Logo- oder Physiotherapeutinnen und -therapeuten und Wundtherapeutinnen und -therapeuten etc.).

Der Schwerpunkt liegt dabei insbesondere auf Leistungen, die unter überwiegender Verantwortung beruflich Pflegender gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit anderen professionellen Akteuren (zum Beispiel Ärztinnen und Ärzten, Ergo-, Logo- oder Physiotherapeutinnen und -therapeuten und Wundtherapeutinnen und -therapeuten etc.) erbracht werden. Telepflegerische Ansätze verfügen über ein großes Potenzial, Pflegepersonal vor allem im ambulanten Bereich zu entlasten und in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen sowie deren An- und Zugehörige zu unterstützen.

Im Modellprogramm nach § 125a werden derzeit verschiedene Ansätze erprobt und evaluiert. Dafür sind bis Ende 2025 Mittel in Höhe von bis zu 5 Millionen Euro erforderlich. Die Höhe der verfügbaren Mittel des Modellprogramms wird daher angepasst, um die nicht verausgabten Mittel in Höhe von weiteren 5 Millionen Euro zur Weiterentwicklung der Leistungen der pflegerischen Versorgung im Rahmen des neu eingerichteten Modellprogramms nach § 8 Absatz 3c einzusetzen.

Unter Einbeziehung der Evaluationsergebnisse zur wissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege nach § 125a entwickelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, mit geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft sowie mit der Digitalagentur (ehemals Gesellschaft für Telematik) unter Beteiligung der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a, den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 und der oder des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege bis zum 31. Dezember 2027 Empfehlungen als Grundlage für bundesweite Vereinbarungen und Standards zum Einsatz von Telepflege in der pflegerischen Versorgung in der Langzeitpflege und legt diese dem Bundesministerium für Gesundheit vor. In den Empfehlungen sollen auch Vorschläge dazu gemacht werden, wie telepflegerische Leistungen in der ambulanten und stationären Langzeitpflege im Fünften und Elften Buch abgebildet werden können, dabei ist die Perspektive und die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen sowie deren An- und Zugehörigen verbindlich zu berücksichtigen. Im Rahmen der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege nach § 125a werden auch Anforderungen an die technische Ausstattung in den Pflegeeinrichtungen sowie Qualifikationsanforderungen an das Personal untersucht, die mit dem Einsatz

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

telepflegerischer Lösungen verbunden sind. Die Ergebnisse sind mit einzubeziehen. Die Digitalagentur soll insbesondere mit Blick auf mögliche, aber nicht notwendige Schnittstellen zur Telematikinfrastruktur beteiligt werden. Bei der Auswahl der geeigneten Verbände der Digitalwirtschaft sind insbesondere solche Verbände zu beteiligen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie im Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen gebildet wurden und die dabei vorrangig die Interessen von Unternehmen vertreten, die im Bereich der Telemedizin etwa als Videodienstanbieter tätig sind.

Zu Nummer 75 (§§ 125c und 125d)

Zu § 125c (Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung)

Die regelmäßigen Vergütungsverhandlungen nach dem achten Kapitel sind für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen mit den Leistungsträgern mit erheblichem Aufwand verbunden. Nicht zuletzt mit der Einführung der Regelungen zur tariflichen Bezahlung im Pflegevertrags- und -vergütungsrecht der Pflegeversicherung haben sich die Anforderungen für die Pflegeselbstverwaltung für zeitnahe Abschlüsse der Vereinbarungen neu sortiert.

Digitalisierung wird hier Abhilfe schaffen können: Daher wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit der Durchführung eines Modellvorhabens zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung beauftragt. Dabei ist die barrierefreie Gestaltung der digitalen Verfahren zu beachten. Die barrierefreie Gestaltung der digitalen Verfahren erfolgt gemäß der Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung in ihrer jeweils gültigen Fassung.

Die Finanzierung erfolgt aus den vorhandenen Mitteln nach § 8 Absatz 3, die für Modellvorhaben und Studien vorgesehen sind. Er legt die Einzelheiten des Modells im Rahmen der Ausschreibung fest. Dazu gehört auch die Auswahl der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen und Sozialhilfeträger, die möglichst heterogen die bestehende Versorgungslandschaft abbilden. Die Verwaltung und wissenschaftliche Begleitung des Modellvorhabens wird aus den Modellmitteln finanziert. Im Einzelfall ist auch die Gewährung von Mehraufwandsentschädigungen für die von der Durchführung des Vorhabens betroffenen Stellen möglich.

Die Auswirkungen einer digitalen Verhandlung unter Nutzung der technisch und digital verfügbaren Möglichkeiten im Hinblick auf einen zeitnahen und effizienten Abschluss sollen mittels einer Vielzahl von teilnehmenden Pflegeeinrichtungen in unterschiedlichen Versorgungsumgebungen wissenschaftlich erforscht werden, um eine belastbare Grundlage für die Entscheidung über Anpassungen zum Vereinbarungsverfahren im Achten Kapitel zu erhalten. Gleichzeitig können die Erkenntnisse aus dem Modell den Vereinbarungspartnern in der Selbstverwaltung unbeschadet der Entscheidung von gesetzlichen Anpassungen in der Praxis unmittelbar nutzen.

Zu § 125d (Modellvorhaben zur Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung stationärer Pflegeeinrichtungen)

Zu Absatz 1

Im Kontext der langfristigen Sicherstellung der pflegerischen Versorgung stellt sich perspektivisch die Frage, ob für den stationären Pflegebereich konzeptionelle Öffnungen verlässlich möglich sind. Hierzu sind Vorhaben zur modellhaften Erprobung der Flexibilisierung der Leistungserbringung durch voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen vorgesehen. Dadurch sollen Effizienzreserven erschlossen werden und dem Wunsch der Pflegebedürftigen nach einer selbststimmten und wohnortnahen Versorgung nachgekommen werden. Es sollen zentral zwei verschiedene Ansätze untersucht werden:

Zu Nummer 1

Es soll erprobt werden, unter welchen Rahmenbedingungen der anhaltende, nicht nur kurzfristige Einbezug von An- und Zugehörigen in die vollstationäre pflegerische Versorgung gelingen kann. Zentral soll untersucht werden, ob und wie durch die regelmäßige Übernahme von pflegerischen Leistungen durch An- und Zugehörige Personaleinsparungen für die Einrichtungen und entsprechende Kostenreduzierungen für die Pflegebedürftigen umsetzbar sind, und welche Auswirkungen sich dadurch für die bestehende Vollversorgungsgarantie der Pflegeeinrichtung ergeben. Damit verbunden sind insbesondere allgemeine haftungsrechtliche Fragestellungen zu berücksichtigen sowie die Auswirkungen auf die einzelnen Teilbereiche des Pflegeversicherungsrechts.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 2

Ebenfalls modellhaft erprobt werden soll, wie sich voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen besser zur ambulanten pflegerischen Versorgung von Versicherten „ins Quartier“, also außerhalb der unmittelbaren Sphäre und den Räumlichkeiten der Einrichtung, öffnen können. Sie sollen daher Leistungen im Sinne des § 36 dieses Buches sowie die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches außerhalb der Pflegeeinrichtung, in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen und Versicherten erbringen können. Der Fokus liegt hierbei auf den notwendigen gesetzlichen Voraussetzungen, abgesehen von der bereits vorhandenen Option als weitere Zulassung als ambulante Pflegeeinrichtung oder Betreuungseinrichtung mittels Gesamtversorgungsverträgen.

Zu Absatz 2

Die Auswirkungen der modellhaften Öffnung bei der Leistungserbringung auf die pflegerische Versorgung sollen mittels teilnehmenden zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen in unterschiedlichen Versorgungsumgebungen wissenschaftlich erforscht werden, um eine belastbare Grundlage für die Entscheidung über eine regelhafte Umsetzung zu erhalten. Besonderes Augenmerk bei der Erprobung soll auf die Wirkungen auf die pflegerische Versorgung gelegt werden, inwiefern sich die Öffnung mit der bestehenden Vollversorgungsgarantie im vollstationären Bereich verträgt und verlässlich für alle Beteiligten umsetzen lässt. Daher sind insbesondere die Planbarkeit, die Verlässlichkeit, die Qualität, die Wirtschaftlichkeit, der Inhalt der erbrachten Leistungen, die Kosteneffizienz und die Auswirkung auf den Personalbedarf in den Blick zu nehmen. Zugleich sind die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Kosten in den verschiedenen Bereichen (Pflegevergütung, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten) und die allgemeinen Kostenwirkungen im Rahmen von SGB XI und ggf. SGB V ein wichtiger Faktor. Insgesamt ist auch die Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen, den Pflegekräften und den pflegenden An- und Zugehörigen zu untersuchen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird mit der Durchführung der Modellvorhaben beauftragt und legt die Einzelheiten dazu im Rahmen der Ausschreibung fest. Dazu gehört auch die Auswahl einer begrenzten Zahl von teilnehmenden Pflegeeinrichtungen im gesamten Bundesgebiet, maximal drei Stück pro Bundesland. Die Verwaltung und wissenschaftliche Begleitung des Modellvorhabens wird aus den Modellmitteln nach § 8 Absatz 3 finanziert. Die Modellvorhaben sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit Bundesministerium für Arbeit und Soziales abzustimmen.

Zu Absatz 3

Für am Modell teilnehmende vollstationäre Pflegeeinrichtungen besteht die Möglichkeit, entweder alternativ nur einen Flexibilisierungsansatz gemäß Absatz 1 Satz 2 Nummern 1 oder 2 zu erproben, oder auch kumulativ beide. Für teilstationäre Pflegeeinrichtungen kommt nur die Variante gemäß Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 mit der Erprobung der externen ambulanten pflegerischen Versorgung außerhalb der Räumlichkeiten der Einrichtung in Frage.

Es sind jeweils die Vorschriften dieses Buches anzuwenden, im Einzelfall kann von den Regelungen des Siebten und Achten Kapitels abgewichen werden. Bei der Erprobung des Flexibilisierungsansatzes nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 sind für Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünftes Buches die Vorschriften des Fünften Buches, insbesondere des § 132a anzuwenden, im Einzelfall kann davon abgewichen werden. Das heißt, teilnehmende stationäre Pflegeeinrichtungen bedürfen eines Versorgungsvertrags nach § 132a Absatz 4 Fünftes Buch, der insbesondere die Vergütung der Leistungen festlegt.

Zu Nummer 76 (§ 146a (Übergangsregelung zur Versorgung von pflegebedürftigen Mitgliedern geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnlichen Personen in ordensinterner Pflege)

Die allgemeinen Vorschriften des Elften Buches messen der Selbstbestimmung von Pflegebedürftigen einen hohen Stellenwert bei. Ihnen soll trotz ihres Hilfebedarfs ermöglicht werden, ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht (vgl. § 2 Absatz 1 Satz 1). So ist hinsichtlich der Leistungen der Pflegeversicherung und deren Inanspruchnahme insbesondere auch auf die religiösen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen Rücksicht zu nehmen und bei stationären Leistungen dem Wunsch nach Betreuung durch Geistliche ihres Bekenntnisses nachzukommen (vgl. § 2 Absatz 3).

Das Leben in christlichen Ordensgemeinschaften ist dadurch gekennzeichnet, dass die dort lebenden Menschen nicht nur eine religiöse und weltanschauliche Glaubensgemeinschaft bilden, sondern auch eine, besonderen Regeln unterworfene, räumliche Lebensgemeinschaft. Der klösterliche Tagesablauf einschließlich der Gebetszeiten

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

ist wesentlicher Lebensbestandteil der Ordensmitglieder und Ausdruck der gemeinschaftlichen Lebensweise. Diese Lebensweise soll auch dann weiterhin möglich sein, wenn Pflegebedürftigkeit eintritt.

In dem Kontext regelt der mit Wirkung zum 1. Juli 2004 zwischen den Vorgängerorganisationen des Deutsche Ordensobernkonferenz e.V. (DOK) und des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) geschlossene „Rahmen-Versorgungsvertrag in analoger Anwendung des § 72 SGB XI (vollstationäre Pflege)“, häufig auch „Kleiner Versorgungsvertrag“ genannt, als eigenständiges Vertragswerk die Erbringung, Qualitätssicherung und Leistungsabrechnung der pflegerischen Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger christlicher Ordensgemeinschaften innerhalb des Klausurbereichs der jeweiligen Ordenseinrichtung. Danach verpflichten sich die Ordensgemeinschaften zur Versorgung ihrer pflegebedürftigen Ordensangehörigen in Form von Leistungen der vollstationären Pflege sowie der Unterkunft und Verpflegung. Die Abrechnung der Leistungen mit den Pflegekassen erfolgt in Höhe der stationären Sachleistungsbeträge gemäß § 43.

Die Versorgung obliegt dabei nach der bisherigen Praxis alleine den Orden. Angesichts der auch dort fortschreitenden Entwicklung mit Zunahme von pflegebedürftigen Ordensangehörigen einerseits und des Nachwuchsmangels an Ordensangehörigen andererseits wird deren Pflege perspektivisch nicht mehr ausschließlich intern in den Orden sichergestellt werden können, sodass die Notwendigkeit zunimmt, auch auf externe weltliche Pflegeangebote zurückzugreifen. Der vdek hat insbesondere deshalb die pflegerische Versorgung in den Ordensgemeinschaften auf Grundlage des sog. „Kleinen Versorgungsvertrages“ intern auf den Prüfstand gestellt und sich im Jahr 2023 entschlossen, einen Transformationsprozess zu initiieren. Dieser soll die Ordensgemeinschaften dabei unterstützen, die jeweilige Versorgung ihrer Ordensmitglieder individuell in eine, den Regelungen dieses Buches entsprechende Form zu überführen und damit verlässlich und nachhaltig auszugestalten. In dem Zusammenhang hat der vdek den genannten Vertrag zum 31. Dezember 2025 beendet.

Aufgrund der besonderen Gegebenheiten der klösterlichen Lebensweise und zum Schutz der pflegebedürftigen Ordensangehörigen ist es jedoch angezeigt, deren bisherige praktizierte Leistungserbringung rechtlich abzusichern und damit den Auftrag aus dem Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD für die 21. Legislaturperiode umzusetzen. Dies erfolgt durch die vorliegende Übergangsregelung. Damit erhalten die Ordensgemeinschaften zudem ausreichend Zeit für eine adäquate Umstellung der pflegerischen Versorgung zusammen mit den Pflegekassen, sodass gleichzeitig der bereits eingeleitete Umstellungsprozess unterstützt wird.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt zeitlich befristet die Option der Übernahme der pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege für pflegebedürftige satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen durch die Pflegekassen. Der Anspruch ist in Abhängigkeit vom jeweiligen Pflegegrad je Kalendermonat auf die Höhe der nach § 43 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 geregelten Beträge begrenzt. Dies gilt für alle pflegebedürftigen Angehörigen der Ordensgemeinschaften für einen Zeitraum von zehn Jahren, deren Versorgung bis zum 31. Dezember 2025 auf Grundlage eines eigenständigen Vertrages mit den Pflegekassenverbänden, insbesondere dem sog. „Kleinen Versorgungsvertrag“, erfolgte und die weiterhin im Klausurbereich einer Ordenseinrichtung versorgt werden. Die Regelung gilt aber auch für Pflegebedürftige, deren Pflegebedürftigkeit innerhalb der Übergangszeit festgestellt wird. Damit wird ein einheitlicher Umgang mit allen Pflegebedürftigen einer Ordensgemeinschaft ermöglicht und zu einer geregelten und verträglichen Umstellung der Versorgung beigetragen.

Solange und soweit die pflegerische Versorgung nach dieser Anspruchsnorm erfolgt, stehen den Pflegebedürftigen weitere Ansprüche auf Leistungen nach den §§ 36 bis 45h nicht zu.

Die vorgesehene Übergangsfrist bis zum 31. Dezember 2035 ist für die Beteiligten notwendig und auskömmlich, um den weiteren, mit der Umstellung der Versorgung ebenfalls verbundenen rechtlichen Fragestellungen ausreichend gerecht werden zu können. Diese können sich beispielweise im Ordnungsrecht der Länder ergeben, insbesondere im Landesheimrecht bezogen auf die Personalausstattung oder aufgrund der oftmals historischen klösterlichen Bauten in den entsprechenden baurechtlichen Landesvorschriften.

Zu Absatz 2

Absatz 2 normiert den Auftrag an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, zusammen mit den Vereinigungen der Ordensgemeinschaften den bereits eingeleiteten Transformationsprozess insgesamt in der nunmehr vorgesehenen Übergangszeit zu einem adäquaten Ergebnis zu führen. Dabei sollen u.a. auf Grundlage bereits erfolgreich

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

transformierter Ordensgemeinschaften mögliche Versorgungskonstellationen dargestellt und die jeweiligen Orden bei der individuellen Umstellung unterstützt werden. Ziel ist es, eine den Regelungen dieses Buches entsprechende pflegerische Versorgung der ordensangehörigen Pflegebedürftigen bis spätestens Ende 2035 umzusetzen und damit die pflegerische Versorgung in den Orden für die Zukunft verlässlich und nachhaltig zu sichern. Bei der Wahrnehmung dieses Auftrags sollen die Beteiligten eng mit den betroffenen Landesverbänden der Pflegekassen sowie mit den weiteren hierbei betroffenen Stellen, insbesondere den nach Landesrecht bestimmten heimrechtlichen Aufsichtsbehörden zusammenarbeiten.

Zu Nummer 77 (§ 150)

Zu Buchstabe a

Die zuletzt bis zum 30. April 2023 befristete pandemiebedingte Sonderregelung wird aufgrund der Einführung des § 73a Absatz 1 und 2 in generalisierter Form ins Dauerrecht aufgehoben.

Zu Buchstabe b

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

Zu Nummer 78 (§ 154)

Zu Buchstabe a und Buchstabe b

Um ökonomische Fehlanreize beim Einreichen der Jahresabrechnungen im Rahmen der Abwicklung der Ergänzungshilfen für stationäre Pflegeeinrichtungen zum Ausgleich steigender Preise für Erdgas, Wärme und Strom zu verhindern, wurde bisher gesetzlich eine Kürzung der an die Pflegeeinrichtungen ausgezahlten Ergänzungshilfen in Höhe von 20 Prozent für den betreffenden Zeitraum vorgesehen. Die praktische Umsetzung zeigt nunmehr, dass einige Pflegeeinrichtungen, deren abschlägige Vorauszahlungen durch diese selbst oder durch den Versorger augenscheinlich deutlich zu hoch angesetzt wurden, trotz der gesetzlich vorgesehenen Kürzung der ausgezahlten Ergänzungshilfen in Höhe von 20 Prozent keine Jahresabrechnung einreichen, weil sie mit dieser Vorgehensweise für den eigenen Betrieb ein wirtschaftlich besseres Ergebnis erreichen können. Um Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Pflegeeinrichtungen zu verhindern und eine missbräuchliche Inanspruchnahme der aus Steuermitteln finanzierten Ergänzungshilfen zu unterbinden, ist statt einer bisher nur geringfügigen Kürzung in Höhe von 20 Prozent eine vollständige Kürzung (100 Prozent) der an die Pflegeeinrichtungen ausgezahlten Ergänzungshilfen angemessen und aus den genannten Gründen auch dringend erforderlich. Die Anhebung des Prozentsatzes der Kürzung ist darüber hinaus verhältnismäßig, weil die Pflegeeinrichtungen auch noch nach Inkrafttreten der Neuregelung und durch eine nunmehr bis zum 30. Juni 2026 verlängerte Frist für die Einreichung der Jahresrechnung des Versorgers eine Kürzung vermeiden können.

Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

In Artikel 2 wird die bundesrechtliche Regelung der Pflegefachassistenzausbildung im Rahmen des Pflegefachassistenzgesetzes im Elften Buch Sozialgesetzbuch nachvollzogen. Pflegefachassistenzpersonal nach dem Pflegefachassistenzgesetz wird künftig bei der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen berücksichtigt.

Zu Nummer 1

Die bundesrechtliche Regelung der Pflegefachassistenzausbildung im Rahmen des Pflegefachassistenzgesetzes wird im Elften Buch Sozialgesetzbuch nachvollzogen. Pflegefachassistenzpersonal nach dem Pflegefachassistenzgesetz wird künftig bei der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen berücksichtigt. Das Pflegefachassistenzgesetz ersetzt den Verweis auf die landesrechtlichen Helfer- oder Assistenzausbildungen. Über die Übergangsregelung zur Fortgeltung der Berufsbezeichnungen in § 50 Pflegefachassistenzgesetz werden aber alle bisherigen Berufsbezeichnungen und gleichwertigen ausgestellten Abschlusszeugnisse, die nach landesrechtlichen Vorschriften erteilt wurden, mitumfasst. Voraussetzung ist, dass es sich um eine Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit der Dauer von mindestens einem Jahr handelt. Es handelt sich um eine Folgeänderung zum Pflegefachassistenzgesetz.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 2

Das Pflegefachassistenzgesetz ersetzt den Verweis auf die landesrechtlichen Helfer- oder Assistenzausbildungen. Über die Übergangsregelung zur Fortgeltung der Berufsbezeichnungen in § 50 des Pflegefachassistenzgesetzes werden aber alle bisherigen Berufsbezeichnungen und gleichwertigen ausgestellten Abschlusszeugnisse, die nach landesrechtlichen Vorschriften erteilt wurden, mit umfasst. Voraussetzung ist, dass es sich um eine Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit der Dauer von mindestens einem Jahr handelt. Es handelt sich um eine Folgeänderung zum Pflegefachassistenzgesetz.

Zu Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 15)

Mit der Änderung wird das Verhältnis zwischen den §§ 15 und 15a gesetzlich klargestellt. § 15 regeltet den Arztvorbehalt für die Erbringung ärztlicher Behandlung nach dem Fünften Buch. In § 15a Absatz 1 wird nunmehr grundsätzlich geregelt, dass die Erbringung bestimmter Leistungen der ärztlichen Behandlung auch durch Pflegefachpersonen, die über die erforderlichen Kompetenzen verfügen, erfolgen kann. Zudem wird gesetzlich klargestellt, dass die ärztliche Behandlung durch Ärzte nicht die Pflegeprozessverantwortung umfasst, die berufsrechtlich allein Pflegefachpersonen vorbehalten ist.

Zu Nummer 2 (§ 15a (Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung))

Zu Absatz 1

Der Pflegeberuf ist ein Heilberuf mit eigenen beruflichen Kompetenzen. In § 15a wird als komplementäre Vorschrift zu § 15 geregelt, dass Pflegefachpersonen neben Ärzten bestimmte Leistungen der Behandlung, die bisher Ärzten vorbehalten waren, erbringen dürfen und welche Voraussetzungen hierfür im Rahmen der bestehenden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bestehen. Die Regelung schafft keinen eigenen Leistungsanspruch der Versicherten, sondern konkretisiert bestehende Leistungsansprüche. Um welche Leistungen es geht, wird für Leistungen der ärztlichen Behandlung insbesondere in den Nummern 1 bis 3 insbesondere für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung und häuslichen Krankenpflege konkretisiert. Da § 15a eine Grundsatznorm mit Wirkung für das ganze SGB V darstellt, ist die Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen grundsätzlich auch in anderen Versorgungsbereichen möglich, z. B. im Bereich der Leistung der Krankenhausbehandlung. Zugleich laufen die bisherigen Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3b und 3c und § 64d aus. Die Leistungen, die Pflegefachpersonen nach den Vereinbarungen des bisherigen Rahmenvertrags nach § 64d in den Modellvorhaben erbringen durften, werden mit der Regelung unmittelbar in die Regelversorgung übernommen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich der bisher geschlossene Rahmenvertrag an den Vorgaben der „Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V“ des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 22. März 2012 (BAnz. Nr. 46 (S. 1128) vom 21. März 2012 und BAnz. Nr. 50 (S. 1228) vom 28. März 2012, „Heilkundeübertragungs-Richtlinie“) orientiert. Auch die Standardisierten Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben der Fachkommission nach § 53 des Pflegeberufegesetzes aus dem Jahr 2022 wurden mit Blick auf die in der Heilkundeübertragungs-Richtlinie geregelten Bereiche entwickelt. Diese Bereiche sind zwar nach wie vor für die Versorgung durch Pflegefachpersonen relevant, sind aber fachlich deutlich weiterzuentwickeln. Daher ist der bisherige Rahmenvertrag nach § 64d Absatz 1 Satz 4 nur als ein erster Schritt in Richtung der Weiterentwicklung der Befugnisse von Pflegefachpersonen im Rahmen der Leistungen nach diesem Buch zu sehen.

Zur Eigenverantwortlichkeit gehören die berufsrechtlich weisungsfreie Entscheidung über die Art, Dauer und Häufigkeit der Behandlung, die Verantwortung für die rechtzeitige fachlich indizierte Einbeziehung ärztlicher und weiterer Berufsgruppen im Gesundheitswesen sowie die haftungsrechtliche Verantwortung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (vgl. § 12). Eine eigenverantwortliche Erbringung von bestimmten Leistungen der ärztlichen Behandlung bedeutet, dass die Pflegefachperson auf Grundlage ihrer vorhandenen fachlichen Kompetenzen einen eigenen fachlichen Entscheidungsbereich hat, der nicht täglich oder im Einzelfall neu festgelegt wird, sondern grundsätzlich besteht. In dem definierten fachlichen Bereich und Umfang, in dem die Pflegefachperson eigenverantwortlich handelt, handelt es sich daher nicht mehr um eine (erweiterte) Delegation von Leistungen; vielmehr ist die Entscheidungsbefugnis der Pflegefachperson in diesem Bereich und Umfang hinsichtlich ihrer Eigenverantwortlichkeit mit der Eigenverantwortlichkeit von Ärzten vergleichbar (z. B. mit der

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Eigenverantwortlichkeit von in der vertragsärztlichen Versorgung angestellten Ärzten). § 15a gilt aufgrund seiner systematischen Stellung im Abschnitt „Gemeinsame Vorschriften“ des Kapitels „Leistungen der Krankenversicherung“ für alle Leistungen des Fünften Buches; es bedarf daher grundsätzlich keiner Wiederholung der Inhalte dieser Vorschrift in leistungsrechtlichen Regelungen, die die ärztliche Behandlung regeln. Vielmehr gilt die in § 15a Absatz 1 normierte Ausnahme vom Arztvorbehalt unter den dort genannten Voraussetzungen überall dort, wo die ärztliche Behandlung im Fünften Buch geregelt wird (z. B. in den §§ 27, 28). Gleiches gilt für die Berücksichtigung der Pflegeprozessverantwortung der Pflegefachpersonen, die nach § 4 des Pflegeberufegesetzes Pflegefachpersonen berufsrechtlich vorbehalten ist und die bei der Ausgestaltung aller Leistungen des Fünften Buches zu berücksichtigen ist.

Voraussetzung für eine eigenverantwortliche Erbringung von bestimmten Leistungen der ärztlichen Behandlung ist das Vorhandensein der erforderlichen fachlichen, das heißt entsprechenden heilkundlichen Kompetenzen, die den jeweiligen ärztlichen Kompetenzen entsprechen. Solche heilkundlichen Kompetenzen werden insbesondere im Rahmen der primärqualifizierenden hochschulischen Pflegeausbildung erworben. Dazu gehören nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes unter anderem die „erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen auf wissenschaftlicher Grundlage und Methodik in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz“; § 37 Absatz 3 Satz 2 Nummer 6 bis 9 des Pflegeberufegesetzes konkretisiert die in diesem Zusammenhang vermittelten Kompetenzen, die zu einer eigenverantwortlichen Ausübung der heilkundlichen Aufgaben befähigen.

Durch eine parallel erfolgende Anpassung von § 37 des Pflegeberufegesetzes und weiterer berufsrechtlicher Normen wird flankierend die bisher im Pflegeberufegesetz vorgenommene (implizite) Unterscheidung zwischen heilkundlichen Aufgaben, die von Pflegefachpersonen schon bisher aus pflegefachlicher Sicht erbracht wurden, die aber bisher nicht so bezeichnet wurden, und „erweiterten“ heilkundlichen Aufgaben aufgegeben. „Erweiterte“ heilkundliche Aufgaben waren nach bisherigem Verständnis gleichzusetzen mit bisher Ärzten vorbehaltenen Aufgaben. Da das vorangestellte Adjektiv „erweitert“ zu Unklarheiten führte, soll die Unterscheidung zwischen „heilkundlichen“ und „erweiterten heilkundlichen“ Aufgaben auch im Pflegeberufegesetz und im auf dessen Grundlage erlassenen Verordnungsrecht aufgegeben werden; dort soll allein der Begriff „heilkundlich“ verwendet werden.

Das pflegefachliche Verständnis des Heilkundebegriffs erfährt seit Jahrzehnten eine schrittweise Veränderung, so dass aus dieser Perspektive heute nicht mehr davon ausgegangen werden kann, dass allein Aufgaben, die von Ärztinnen und Ärzten wahrgenommen werden, als heilkundliche Aufgaben zu qualifizieren sind. Vielmehr werden auch Kompetenzen von Pflegefachpersonen, die im Rahmen der beruflichen und hochschulischen Ausbildung erworben werden, jedenfalls teilweise nach einem pflegefachlichen Verständnis als heilkundliche Kompetenzen angesehen, die jedoch dem beruflichen Kompetenzbereich der Pflege zugeordnet werden. Diesem Verständnis wurde gesetzlich bereits im Pflegestudiumstärkungsgesetz Rechnung getragen, nach dem zwischen der Pflege eigenen heilkundlichen und bisher allein Ärzten vorbehaltenen heilkundlichen (bisher als „erweitert“ bezeichneten) Aufgaben unterschieden wurde. Letztere werden in den Regelungen zu den Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c sowie § 64d sozialrechtlich bisher als „ärztliche Tätigkeiten“ bezeichnet. Mit der vorgesehenen Aufgabe der Unterscheidung zwischen „heilkundlichen“ und „erweiterten heilkundlichen“ Aufgaben und der gesetzlichen Regelung der Übertragung der Heilbefugnis im Berufsrecht wird anerkannt, dass neben ärztlicher Heilkunde auch andere Berufsgruppen in gewissem Umfang eigenverantwortlich Heilkunde ausüben, ohne dass dies notwendigerweise ärztliche Aufgaben berührt.

§ 4a des Pflegeberufegesetzes reicht inhaltlich daher über die vormals allein Ärzten vorbehaltenen Aufgaben hinaus. Er stellt gegenüber dem hergebrachten Heilkundebegriff in § 1 des Heilpraktikergesetzes eine diesen verdrängende Spezialregelung (Lex specialis) dar, da er sowohl der Pflege eigene heilkundliche Aufgaben als auch vormals allein Ärzten vorbehaltene heilkundliche Aufgaben umfasst. In § 15a Absatz 1 werden für das Sozialrecht jedoch nur solche Leistungen geregelt, die bisher allein Ärzten im Rahmen der ärztlichen Behandlung nach § 15 vorbehalten waren. Nur für diesen Teil erfolgt eine ausdrückliche sozialrechtliche Regelung, wonach auch Pflegefachpersonen bestimmte von der ärztlichen Behandlung umfasste Leistungen erbringen können, ohne dass sich am Anspruch auf die Leistungen etwas ändert. Eine ausdrückliche Regelung auch pflegerischer oder der Pflege eigener heilkundlicher Aufgaben im Rahmen des Sozialleistungsrechts ist angesichts bestehender leistungsrechtlicher Regelungen, beispielsweise in § 37, nicht erforderlich. Denn Aufgaben, die im Rahmen des Leistungsrechts des Fünften Buches schon bisher von Pflegefachpersonen erbracht werden können, ändern sich durch die Regelung des § 15a Absatz 1 inhaltlich nicht, auch wenn die Qualifizierung der Pflege eigener Aufgaben als

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

„heilkundlich“ im Pflegeberufegesetz eine für diesen Heilberuf wichtige pflegefachliche und begriffliche Klarstellung bedeutet. Mit der angepassten Systematik besteht zudem hinsichtlich des Begriffs der heilkundlichen Aufgaben, die eigenverantwortlich ausgeübt werden können, eine widerspruchsfreie Systematik auch im Verhältnis zu anderen Berufsgesetzen, die eine eigenverantwortliche Heilkundeausübung bezogen auf Leistungen, die bisher sowohl berufsrechtlich als auch leistungsrechtlich allein Ärzten vorbehalten waren, in bestimmtem Rahmen ermöglichen.

Absatz 1 regelt auch, dass bestimmte Leistungen der ärztlichen Behandlung auch durch Pflegefachpersonen mit einer gleichwertigen Qualifikation erbracht werden können. Als gleichwertig werden entsprechende Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Ausübung von heilkundlichen Aufgaben angesehen, die Pflegefachpersonen zusätzlich in einer von den Ländern staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung oder im Wege einer der Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung, die durch eine staatliche Kompetenzfeststellung der Länder nachwiesen wurde, erworben haben. Damit wird auch Pflegefachpersonen, die beispielsweise nicht über eine Erlaubnis nach § 1 Satz 1 i. V. m. Satz 2 des Pflegeberufegesetzes, aber über eine qualifizierte Weiterbildung oder eine qualifizierte Berufserfahrung, zum Beispiel durch mehrjährige Erfahrung in der Durchführung bestimmter Leistungen der (ärztlichen Behandlung) im Wege der Delegation, verfügen, im jeweiligen Kompetenzbereich unter den genannten Voraussetzungen die eigenverantwortliche Erbringung dieser Leistungen ermöglicht. Die staatliche Anerkennung dieser Weiterbildungen, auch mit Blick auf die daraus resultierende Erlaubnis zur Heilkundeausübung in bestimmten, begrenzten Aufgabenbereichen, hat durch die zuständigen Landesbehörden zu erfolgen. Die bundesweite Einheitlichkeit der Weiterbildung und der in ihr vermittelten heilkundlichen Kompetenzen ist aus Gründen des Patientenschutzes erforderlich, da mit den Regelungen bestimmte, bisher Ärztinnen und Ärzten vorbehaltene Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auch durch Pflegefachpersonen bundesweit erbracht werden können. Denn eine Anknüpfung der Möglichkeit zur Erbringung bestimmter Leistungen der (ärztlichen) Behandlung an unterschiedliche Weiterbildungsqualifikationen in den Ländern mit potenziell unterschiedlichen heilkundlichen Kompetenzprofilen und eine daraus resultierende unterschiedliche eigenverantwortliche Heilkundeausübung durch Pflegefachpersonen ist nicht für Leistungserbringer im Gesundheitswesen als Arbeitgeber und erst recht nicht für Patientinnen und Patienten zu überblicken. Die Umsetzung bundesweit einheitlicher, staatlich anerkannter Weiterbildungen ist eine Aufgabe, die ein Zusammenwirken aller Länder und des Bundes sinnvoll erscheinen lässt. Das Bundesministerium für Gesundheit wird daher nach Inkrafttreten des Gesetzes gemeinsam mit dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend auf die Länder zugehen und das Angebot einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe für diesen Bereich unterbreiten.

Die heilkundlichen Kompetenzen, die nicht im Rahmen der beruflichen (hochschulischen) Ausbildung, sondern in einer Weiterbildung erworben werden, können auch in anderen als den in § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes genannten Bereichen erworben werden (z. B. im Bereich der Intensivpflege). Neben Fachweiterbildungen können auch im Ausland erworbene Qualifikationen berücksichtigt werden, wenn die Länder für diese nach einem bundeseinheitlichen Verfahren die Bewertung und Anerkennung vornehmen. Die bisherigen Module der Fachkommission nach § 14 des Pflegeberufegesetzes sowie die nach § 14a des Pflegeberufegesetzes zukünftig zu entwickelnden, standardisierten Kompetenzbeschreibungen stellen für die Bewertung, welche Qualifikationen oder Kompetenzen in vergleichbarem Maße die Erbringung von bestimmten Aufgaben der (ärztlichen) Behandlung durch Pflegefachpersonen ermöglichen, einen fachlichen Referenzrahmen dar. Sie sind für die Länder nicht verbindlich. Soweit Weiterbildungen Kompetenzen vermitteln, die den Kompetenzen der Module nach § 14 des Pflegeberufegesetzes oder den in standardisierten Kompetenzbeschreibungen nach § 14a des Pflegeberufegesetzes beschriebenen Kompetenzen entsprechen, sind sie als bundeseinheitlich im Sinne der Norm anzusehen. Die standardisierten Module nach § 14 des Pflegeberufegesetzes wurden ursprünglich mit Blick auf die „Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V“ und vor Inkrafttreten der mit dem Pflegestudiumstärkungsgesetz im Pflegeberufegesetz vom 15.12.2023 (Bundesgesetzblatt I Nr. 359) eingeführten Regelungen entwickelt. Sie sind deshalb fachlich zu überprüfen, können jedoch einen Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung und Standardisierung erforderlicher heilkundlicher Kompetenzen in den genannten Bereichen bieten.

Zu Absatz 2

Absatz 2 stellt gesetzlich klar, dass zu den Pflegeleistungen nach diesem Buch auch die Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung einer Pflegefachperson gehört. Pflegeleistungen sind alle Leistungen, die durch Pflegefachpersonen selbst oder durch Pflegefachassistenz- oder andere Pflegekräfte nach den Vorschriften dieses

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Buches im fachlichen Aufgabenbereich der Pflege erbracht werden. Pflegeleistungen umfassen auch eigene heilkundliche Aufgaben der Pflege, die nicht zugleich ärztliche Aufgaben sind. Nicht umfasst von der Pflegeprozessverantwortung sind einfachste Maßnahmen der Behandlungspflege, die durch die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen finanziert werden.

Die Pflegeprozessverantwortung umfasst die in § 4 Absatz 2 des Pflegeberufegesetzes geregelten Vorbehaltsaufgaben der Fachpflege. Diese Vorbehaltsaufgaben sind die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und Planung der Pflege, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege. Die Vorbehaltsaufgaben nach § 4 des Pflegeberufegesetzes sind berufsrechtlich als absolute Vorbehaltsaufgaben ausgestaltet. Das bedeutet, dass andere Berufsgruppen diese Aufgaben nicht ausüben und auch entsprechende Leistungen nicht erbringen dürfen.

Die Verpflichtung zur Beachtung der Vorbehaltsaufgaben gilt auch für untergesetzliche Regelungen (z. B. den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses oder vertraglichen Regelungen und Vereinbarungen auf Grundlage dieses Buches) uneingeschränkt. Die Vorbehaltsaufgaben werden durch Pflegefachpersonen in eigener Verantwortung einschließlich der Haftung für fehlerhafte Entscheidungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) erbracht. Die Durchführung der Vorbehaltsaufgaben beinhaltet für Pflegefachpersonen die berufliche Verpflichtung, interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen fachlich zu kommunizieren und effektiv zusammenzuarbeiten und dabei individuelle, multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen zu ärztlichen Diagnosen und Indikationsstellungen sowie festgestellter Pflegebedürftigkeit zu entwickeln sowie teamorientiert umzusetzen. Pflege(fach)assistenz- und -hilfskräfte sowie weitere Berufsgruppen und Hilfskräfte können Pflegefachpersonen bei der Durchführung der Vorbehaltsaufgaben und der Erbringung pflegerischer Leistungen im Rahmen ihrer jeweiligen Qualifikationen unterstützen. Sie haben dabei je nach vorhandener Qualifikation eine Durchführungsverantwortung; insbesondere Pflegefachassistenzpersonen nach dem Pflegefachassistenzgesetz erwerben Kompetenzen, um in speziellen Bereichen selbständig medizinisch-pflegerische Aufgaben wahrzunehmen und durch die Wahrnehmung ihrer Durchführungsverantwortung unmittelbar Einfluss auf die Gesundheit und die Lebensqualität der zu pflegenden Menschen zu nehmen. Das zeigt sich besonders im Bereich der häuslichen Krankenpflege. Die Verantwortung für den Pflegeprozess verbleibt jedoch bei der Pflegefachperson.

Es wird zugleich gesetzlich klargestellt, dass – soweit Pflegefachpersonen bestimmte Leistungen der (ärztlichen) Behandlung nach Absatz 1 erbringen – sich die Pflegeprozessverantwortung auch auf diese Leistungen erstreckt. Dies stellt sicher, dass die Pflegefachperson einen umfassenden analytischen Blick einnimmt und ihre Leistungen ganzheitlich erbringt. Zugleich ist sie – soweit sie die Leistungen als Teil einer ärztlichen Behandlung übernimmt – zu einer kooperativen interprofessionellen Zusammenarbeit verpflichtet, insbesondere zur rechtzeitigen Information des Arztes, wenn dies für die ärztliche Behandlung erforderlich ist. Sie ist insofern bezüglich dieser Leistungen auch Teil des Teams, das den Therapieprozess gemeinsam gestaltet.

Zu Absatz 3

Absatz 3 enthält eine Legaldefinition des Begriffs der Pflegefachperson für die Zwecke dieses Buches. Damit wird die Bezeichnung für Personen, die über eine Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufegesetzes verfügen, im Sozialrecht modernisiert und dem Anliegen der Profession der Pflege entsprochen, den berufspolitisch oft kritisierten Begriff der Pflegefachkraft nicht mehr zu verwenden. Die Änderung wird in den betroffenen Regelungen des Fünften Buches umgesetzt.

Zu Nummer 3 (§ 20)

Nach § 5 Absatz 1a Satz 3 SGB XI (neu) sollen Pflegefachpersonen die Möglichkeit und Aufgabe erhalten, im Zusammenhang mit einer Beratung nach den §§ 7a und 7c SGB XI, einer Leistungserbringung nach § 36 SGB XI oder eines Beratungsbesuchs nach § 37 Absatz 3 SGB XI eine Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gemäß § 20 Absatz 5 auszusprechen. Damit werden die Rolle und Kompetenz der Pflegefachpersonen gestärkt und der Zugang von Pflegebedürftigen zu notwendigen und ihnen zustehenden Präventionsmaßnahmen vereinfacht und verbessert. Die Ergänzung setzt dies entsprechend um. Darüber hinaus soll die Krankenkasse bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention auch die Feststellungen zur Prävention nach § 18b Absatz 2 SGB XI im Rahmen der Pflegebegutachtung berücksichtigen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 4 (§ 24i)

Als Mutterschaftsgeld wird nach Absatz 2 Satz 1 das um die gesetzlichen Abzüge verminderte durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt der letzten drei abgerechneten Kalendermonate vor Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes gezahlt. Das um die gesetzlichen Abzüge verminderte durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt ist der Betrag, der nach Abzug der Steuern und der Beiträge zur Sozialversicherung verbleibt. In Sonderfällen, in denen Mitglieder ihren Wohnsitz im Ausland haben (Ansässigkeitsstaat) und das bezogene deutsche Mutterschaftsgeld auf Grund eines zwischen Deutschland und dem Ansässigkeitsstaat geschlossenen Doppelbesteuerungsabkommens im Ansässigkeitsstaat besteuert werden kann, kann es hier zu einer übermäßigen Belastung des mutterschaftsgeldbeziehenden Mitglieds kommen. Eine solche Situation entsteht dann, wenn zunächst in Deutschland die gewöhnlich anfallenden Steuern und Beträge rechnerisch bei der Ermittlung des Mutterschaftsgeldes abgesetzt werden und gleichzeitig der Ansässigkeitsstaat dieses netto berechnete deutsche Mutterschaftsgeld nach seinem nationalen Steuerrecht in die steuerliche Bemessungsgrundlage einbezieht. Zur Vermeidung einer solchen als doppelte Belastung wahrgenommenen Situation soll daher in diesen Sonderfällen die Berechnung des Mutterschaftsgeldes nicht auf Grundlage des Nettoarbeitsentgelts, sondern auf Grundlage des nur um die Sozialversicherungsbeiträge verminderten Bruttoarbeitsentgelts, erfolgen. Mit der Änderung wird das Freizügigkeitsrecht der Unionsbürger gestärkt. Wenn das durch Deutschland gezahlte Mutterschaftsgeld nach den maßgebenden Vorschriften des Ansässigkeitsstaates dort nicht der Steuer unterliegt, fehlt es hingegen an einer übermäßigen Belastung und es verbleibt bei der Berücksichtigung aller gesetzlichen Abzüge nach Absatz 2 Satz 1. Dies gilt unter anderem auch, wenn im Ansässigkeitsstaat das deutsche Mutterschaftsgeld von der Besteuerung vollständig nach dem zugrundeliegenden Doppelbesteuerungsabkommen freigestellt wird.

Zu Nummer 5 (§ 33)

Die Änderung dient der Harmonisierung mit der neu geschaffenen Verordnungsmöglichkeit von Hilfsmitteln durch Pflegefachpersonen nach § 15a Absatz 1 Nummer 2 in Verbindung mit § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2. In Fällen, in denen entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen die zur Ausübung von Tätigkeiten der häuslichen Krankenpflege erforderlichen Hilfsmittel, die im Katalog nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbart wurden, unter den Voraussetzungen des § 15a Absatz 1 Nummer 2 eigenverantwortlich verordnet haben, soll diese Verordnung für die Leistungserbringung und Abrechnung ausreichen und eine vertragsärztliche Verordnung nicht notwendig sein.

Zu Nummer 6 (§ 37)

Zu Buchstabe a

Es wird präzisiert, dass häusliche Krankenpflege zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung auch in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung nach § 92c des Elften Buches erbracht werden kann.

Zu Buchstabe b

Es wird klargestellt, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege auch Leistungen der ärztlichen Behandlung, die durch Pflegefachpersonen abhängig von den jeweils erworbenen Kompetenzen, nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung eigenverantwortlich erbracht werden, umfassen. Damit können im Rahmen der Erbringung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege auch diejenigen Leistungen erbracht werden, die in den Katalog nach § 73d Absatz 1 Nummer 1 aufgenommen worden sind. Hierdurch wird nicht die Erbringung der ärztlichen Behandlung durch eine Ärztin oder einen Arzt ausgeschlossen.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Übergangsregelung zur Versorgung von pflegebedürftigen Mitgliedern geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnlichen Personen in ordensinterner Pflege nach § 146a des Elften Buches. Mit der Neuregelung in Absatz 3a wird die Übergangsregelung in § 146a des Elften Buches im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung nachgezogen. Im Recht der sozialen Pflegeversicherung ist geregelt, dass solange und soweit die pflegerische Versorgung nach 146a SGB XI erfolgt, den Pflegebedürftigen weitere Leistungen nach den §§ 36 bis 45h des Elften Buches nicht zustehen. Entsprechendes wird auch für den Anspruch auf häusliche Krankenpflege bei pflegebedürftigen Personen nachvollzogen. Mögliche Leistungen nach § 37c bleiben hiervon unberührt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe d

Mit der Änderung wird der Begriff der Pflegefachkraft durch den in § 15a Absatz 3 legaldefinierten Begriff der Pflegefachperson ersetzt.

Zu Nummer 7 (§ 37c)

Mit den Änderungen wird der Begriff der Pflegefachkraft durch den in § 15a Absatz 3 legaldefinierten Begriff der Pflegefachperson ersetzt.

Zu Nummer 8 (§ 39a)

Mit den Änderungen werden die Begriffe der Krankenschwester, des Krankenpflegers und der Pflegefachkraft durch den in § 15a Absatz 3 legaldefinierten Begriff der Pflegefachperson ersetzt.

Zu Nummer 9 (§ 44a)

Durch die Ergänzung in Satz 4 wird geregelt, dass die Anpassung der Berechnungsmethode des Krankengelds für bestimmte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit Wohnsitz im Ausland nach § 47 Absatz 5 (neu) auch für das Krankengeld bei Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen nach § 44a entsprechend gilt.

Zu Nummer 10 (§ 45)

Zu Buchstabe a

Durch die Ergänzung in Absatz 2 Satz 5 SGB V wird geregelt, dass die Anpassung der Berechnungsmethode des Krankengelds für bestimmte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit Wohnsitz im Ausland nach § 47 Absatz 5 (neu) auch für das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nach § 45 entsprechend gilt.

Zu Buchstabe b

Für die Jahre 2024 und 2025 wurde mit Gesetz zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften vom 15. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) die Anspruchsdauer für Kinderkrankengeld für Versicherte jeweils auf 15 Arbeitstage pro Kind und Elternteil bzw. 30 Arbeitstage für Alleinerziehende festgelegt, längstens auf insgesamt 35 Arbeitstage pro Elternteil bzw. 70 Arbeitstage für Alleinerziehende. Die Regelung knüpfte an die vorherigen Sonderregelungen während der COVID-19-Pandemie an.

Auch für die Zeit nach der COVID-19-Pandemie zeigen die Daten des Robert Koch-Instituts (RKI) für die für § 45 SGB V relevanten Personengruppe der Kinder im Alter von bis zu vier Jahren bzw. von fünf bis 14 Jahren durchschnittlich deutlich erhöhte Inzidenzen von akuten respiratorischen Erkrankungen im Vergleich zu den vorpandemischen Jahren. In den Kalenderwochen 40 bis 20 des Folgejahres sind die durchschnittlichen Werte der Kalenderwochen für die Saisons der Jahre 2023/2024 und 2024/2025 jeweils höher als in den Saisons der Jahre 2015/2016 bis 2018/2019. Dies gilt für beide Altersgruppen. Darüber hinaus ergeben Auswertungen des RKI, dass in der Saison der Jahre 2023/2024 insgesamt eine höhere Krankheitslast von schweren akuten Atemwegserkrankungen (SARI) im Vergleich zu den vorpandemischen Saisons der Jahre 2015/2016 bis 2018/2019 bestand. Ausgenommen hiervon ist nur die Altersgruppe bis zum Abschluss des ersten Lebensjahres (Epidemiologischen Bulletin 41/2024 vom 10. Oktober 2024).

Mit der Anpassung in § 45 Absatz 2a wird der längere Anspruchszeitraum daher auch für das Jahr 2026 fortgeschrieben. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 21. Legislaturperiode sieht die Einrichtung einer Kommission unter Beteiligung von Expertinnen und Experten und Sozialpartnern vor, die Ansätze für eine Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung entwickeln und in diesem Rahmen auch die Leistungen der Krankenkassen auf ihre Zweckmäßigkeit untersuchen soll. Um der Bewertung dieser Kommission zum Umfang des Kinderkrankengeldes nicht vorzugreifen, ist eine zeitweise Verlängerung der Regelung sachgerecht.

Zu Nummer 11 (§ 47)

Das Krankengeld beträgt nach Absatz 1 Satz 1 70 von Hundert des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und darf 90 von Hundert des bei entsprechender Anwendung des Absatzes 2 berechneten Nettoarbeitsentgeltes nicht

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

übersteigen. Das Nettoarbeitsentgelt ist dabei der Betrag des Arbeitsentgelts, der nach Abzug der Steuern und des auf den Arbeitnehmer entfallenden gesetzlichen Anteils der Beiträge zur Sozialversicherung verbleibt. In Sonderfällen, in denen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ihren Wohnsitz im Ausland haben und das bezogene deutsche Krankengeld auf Grund eines zwischen Deutschland und dem Ansässigkeitsstaat geschlossenen Doppelbesteuerungsabkommens im Ansässigkeitsstaat besteuert werden kann, kann es hier zu einer übermäßigen Belastung der krankengeldbeziehenden Arbeitnehmerinnen bzw. Arbeitnehmer kommen. Eine solche Situation entsteht dann, wenn zunächst in Deutschland die gewöhnlich anfallenden Steuern und Beträge rechnerisch bei der Ermittlung des Leistungsentgelts abgesetzt werden und zusätzlich der Ansässigkeitsstaat dieses netto berechnete deutsche Krankengeld nach seinem nationalen Steuerrecht in die steuerliche Bemessungsgrundlage einbezieht. Zur Vermeidung einer solchen als doppelte Belastung wahrgenommenen Situation soll daher in diesen Sonderfällen die Berechnung des Krankengeldes nicht auf Grundlage des Nettoarbeitsentgelts, sondern auf Grundlage des um die auf die Arbeitnehmerin oder den Arbeitnehmer entfallenden gesetzlichen Anteils der Beiträge zur Sozialversicherung verminderten Bruttoarbeitsentgelts, erfolgen. Mit der Änderung wird die Freizügigkeit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Europäischen Union gestärkt. Wenn das aus Deutschland gezahlte Krankengeld nach den maßgebenden Vorschriften des Ansässigkeitsstaates dort nicht der Steuer unterliegt, fehlt es hingegen an einer übermäßigen Belastung und es verbleibt bei einer Berechnung auf Grundlage des Nettoarbeitsentgelts. Dies gilt unter anderem auch, wenn im Ansässigkeitsstaat das deutsche Krankengeld von der Besteuerung vollständig nach dem zugrundeliegenden Doppelbesteuerungsabkommen freigestellt wird. Die Regelung gilt entsprechend für das Krankengeld bei Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen, das Krankengeld für eine bei stationärer Behandlung mitaufgenommenen Begleitperson aus dem engsten persönlichen Umfeld und das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes.

Zu Nummer 12 (§ 63)

Sofern Modellvorhaben auf Basis des bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes geltenden Rechts begonnen wurden, können die Modellvorhaben weitergeführt werden.

Zu Nummer 13 (§ 64d)

Zu Buchstabe a

In Satz 1 wird zum einen eine Folgeänderung zur Übertragung der Modellvorhaben nach § 64d in die Regelversorgung vorgenommen und zum anderen wird der Begriff der Pflegefachkraft durch den in § 15a Absatz 3 legaldefinierten Begriff der Pflegefachperson ersetzt.

In Satz 4 werden die Partner des Rahmenvertrages in Entsprechung der in § 73d Absatz 1 Satz 1 gewählten Einzelaufzählung der Partner des Vertrages nach § 73d Absatz 1 Satz 1 nun ebenfalls konkret benannt.

Ergänzend wird als Folgeänderung zu § 73d Absatz 1 Satz 2 geregelt, dass der Rahmenvertrag unter Berücksichtigung des Ergebnisses der Prüfung nach § 73d Absatz 1 Satz 2 bis zum 31. März 2027 so anzupassen ist, dass die in Anlage 1 des Rahmenvertrags genannten Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen auch in der Regelversorgung erbracht werden können.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird der Begriff der Pflegefachkraft durch den in § 15a Absatz 3 legaldefinierten Begriff der Pflegefachperson ersetzt.

Zu Nummer 14 (§ 65d)

Mit der Änderung wird die Förderdauer der Modellvorhaben zur Förderung von Leistungserbringern, die Patienten mit pädophilen Sexualstörungen behandeln, um zwei Jahre verlängert.

Bei der Förderung besonderer Therapieeinrichtungen zur Behandlung von Patienten mit pädophilen Sexualstörungen handelt es sich um ein hochspezialisiertes Therapieangebot mit vergleichsweise geringen Patientenzahlen und spezifischen Anforderungen an Therapie, Qualitätsmanagement und begleitende Evaluierung. Der hohe Spezialisierungsgrad rechtfertigt eine ausnahmsweise Abweichung von der im Regelfall begrenzten Höchstdauer von acht Jahren für Modellvorhaben (§ 63 Absatz 5 Satz 1). Die Verlängerung der Förderdauer um zwei Jahre soll den Abschluss der laufenden Evaluierung der Modellvorhaben ermöglichen. Erste Zwischenergebnisse der Evaluierung deuten auf positive Effekte der Modellvorhaben hin, sind aber für eine fundierte Beurteilung noch nicht

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

ausreichend. Die abschließenden Evaluationsergebnisse werden benötigt, um auf einer validen Datengrundlage die Frage der Übernahme in die Regelversorgung zu diskutieren.

Zu Nummer 15 (§ 70)

Mit der Änderung wird klargestellt, dass die durch die Krankenkassen und die Leistungserbringer zu gewährleistende Versorgung der Versicherten neben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse auch dem allgemein anerkannten Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse zu entsprechen hat. Hierdurch erfährt die Profession der Pflege eine weitere Stärkung.

Zu Nummer 16 (§ 73d (Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation))

Zu Absatz 1

Die Vorgaben in § 63 Absatz 3c zu den Modellvorhaben zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachpersonen wurden trotz der durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) eingeführten gesetzlichen Konkretisierung in § 64d bisher nicht flächendeckend umgesetzt. Ein Grund hierfür ist, dass die berufsrechtlich zur selbständigen und eigenverantwortlichen Erbringung von nach dem Gesetzeswortlaut „erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten“ qualifizierten Pflegefachpersonen durch das lediglich modellhafte Erproben ihrer möglichen Aufgaben keine belastbare Perspektive für ein dauerhaftes Ausüben dieser Aufgaben hatten und deswegen das Interesse an der Teilnahme an den Modellvorhaben gering war. Um den Pflegefachpersonen diese Perspektive zu eröffnen, werden die Modelle in die Regelversorgung überführt.

Die Festlegung der konkreten Leistungen der ärztlichen Behandlung, die Pflegefachpersonen mit der erforderlichen fachlichen Qualifikation zukünftig im Rahmen der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen können, erfolgt in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 zu schließenden Vertrag. Mit diesem können nicht nur die Modellvorhaben in die Regelversorgung überführt, sondern auch zusätzliche Möglichkeiten zur Erbringung von bestimmten Leistungen der ärztlichen Behandlung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege und der Hilfsmittelversorgung geschaffen werden. Dabei ist der gesamte Bereich der ärztlichen Behandlung, einschließlich der ärztlichen rehabilitativen Leistungen zu berücksichtigen. Darüber hinaus wird die Möglichkeit geschaffen, über die Regelungen der Modellvorhaben hinaus weitere Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen auf der Grundlage der erforderlichen fachlichen Kompetenzen zu vereinbaren, die neben Ärztinnen und Ärzten auch von Pflegefachpersonen erbracht werden können. Damit ist ein wichtiger Schritt zur Entwicklung einer kompetenzorientierten, teambasierten Zusammenarbeit und zur Aufwertung der Kompetenzen entsprechend qualifizierter Pflegefachpersonen in der gesetzlichen Krankenversicherung getan.

Die Einzelheiten werden bis zum 31. Juli 2027 in einem Vertrag durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger von Pflegeheimen im Sinne des § 71 Absatz 2 des Elften Buches vereinbart. So kann eine bereits etablierte Struktur genutzt werden, da die vormaligen Vertragspartner das Thema unter dem Blickwinkel der Modellvorhaben schon einmal bearbeitet haben und somit auf den entsprechenden Rahmenvertrag nach § 64d Absatz 1 Satz 4 aufbauen können. Dabei sollen in den Vertrag nach § 73d Absatz 1 Satz 1 nur solche Leistungen aufgenommen werden, die nicht bereits heute regelhaft zu pflegerischen Aufgaben gehören und beispielsweise verpflichtend durch Pflegefachpersonen aufgrund von Qualitätssicherungsvorgaben im Elften Buch zu erbringen sind. Dafür sollte eine fachliche Auseinandersetzung insbesondere mit den nach dem Pflegeberufegesetz und der Pflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung vermittelten Kompetenzen, auch unter Einbeziehung des Rahmenlehrplans und der Mustercurricula der Fachkommission nach § 53 des Pflegeberufegesetzes, mit etablierten Qualitätssicherungsinstrumenten in der Pflege (beispielsweise den Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege), den pflegerelevanten Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und den Inhalten der externen Qualitätssicherung pflegerischer Leistungen und eine Identifikation der darin implizit enthaltenen Kompetenzanforderungen und bereits heute der Pflege zugeordneten Aufgaben erfolgen. Auf dieser Basis können darüberhinausgehende, weitergehende Leistungen, für die die erforderlichen fachlichen Kompetenzen bei Pflegefachpersonen bestehen und die bisher allein den Ärzten vorbehalten waren, identifiziert und vereinbart werden.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die Pflegefachpersonen erbringen die im Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 zu vereinbarenden Leistungen eigenverantwortlich und berufsrechtlich weisungsfrei. Voraussetzung hierfür ist, dass sie über die fachlich erforderlichen Kompetenzen verfügen. Dabei soll der Vertrag die Leistungen, die erbracht werden können, abhängig vom vorhandenen beruflichen Qualifikationsniveau oder abhängig von im Wege der Weiterbildung erworbenen fachlichen Kompetenzen, darstellen. Das in dem Vertrag enthaltene, berufliche Qualifikationsniveau kann Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 1 oder nach § 1 Absatz 2 des Pflegeberufegesetzes umfassen. Die in dem Vertrag zu regelnden Leistungen setzen eine ärztliche Diagnose und Indikationsstellung voraus. Bei den Katalogen ist mit abzubilden, dass die Pflegeprozessverantwortung der Pflegefachperson nach § 4 des Pflegeberufegesetzes bestehen bleibt und sich nach § 15a Absatz 2 im Fall der Erbringung der nach Absatz 1 vereinbarten Leistungen auch auf diese erstreckt, ohne die gleichzeitig bestehende Einbindung der Pflegefachpersonen in die teambasierte Ausgestaltung eines ärztlichen Therapieprozesses in Frage zu stellen.

Der Umfang der berufsrechtlichen Qualifikation ergibt sich für Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes aus den §§ 4, 4a und 5 des Pflegeberufegesetzes; für Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes darüber hinaus aus § 37 des Pflegeberufegesetzes. Erfasst sind damit ab dem 1. Januar 2025 auch die Bereiche diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz aus § 37 Absatz 2 Satz 2 i. V. m. Absatz 3 Satz 2 Nummer 6 bis 9 des Pflegeberufegesetzes. Soweit im Vertrag die Erbringung bestimmter Leistungen der ärztlichen Behandlung einschließlich der rehabilitativen ärztlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen auf der Grundlage von staatlich anerkannten Weiterbildungen vereinbart ist, können hierfür auch staatlich anerkannte Weiterbildungen, die die in den Modulen der Fachkommission nach § 14 des Pflegeberufegesetzes sowie in den standardisierten Kompetenzbeschreibungen nach § 14a des Pflegeberufegesetzes enthaltenen Kompetenzen vermitteln, berücksichtigt werden. Ebenso können staatliche anerkannte Fachweiterbildungen, z. B. im Bereich Diabetes mellitus oder Wundmanagement, gerontopsychiatrische Zusatzqualifikationen, aber auch Weiterbildungen in anderen Bereichen der Versorgung berücksichtigt werden.

Für Pflegefachpersonen mit einer beruflichen oder hochschulischen Pflegeausbildung (Erlaubnis nach § 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes) kommen als zu vereinbarende, eigenverantwortlich zu erbringende Leistungen, für die die berufliche oder hochschulische Ausbildung die erforderlichen fachlichen Kompetenzen vermittelt, beispielsweise die Entscheidung über die Anlage eines Venenverweilkatheters/einer subkutanen Kanüle, die Gabe einer physiologischen Infusionslösung bei Exsikkose, die Entscheidung über die Anlage eines transurethralen Blasenkatheters bei einem Harnverhalt sowie die Entscheidung über dessen Entfernung in Betracht. Für Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes, die im Rahmen ihrer hochschulischen Ausbildung die in § 37 Absatz 2 Satz 2 i. V. m. Absatz 3 Satz 2 Nummer 6 bis 9 des Pflegeberufegesetzes genannten Kompetenzen in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz erworben haben, werden in § 37 Absatz 3 Nummer 8 des Pflegeberufegesetzes bereits ausdrücklich die Verabreichung von Infusionstherapie und Injektionen sowie die Verordnung von und Versorgung mit Medizinprodukten und Hilfsmitteln in den drei genannten Bereichen als Aufgaben, für die diese qualifiziert sind, genannt. Darüber hinaus verfügen diese Pflegefachpersonen über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen, um beispielsweise in einem bestimmten Rahmen Insulindosen bei Blutzucker-Abweichungen anzupassen oder kapilläre und venöse Blutentnahmen oder eine Uringewinnung zur Routinediagnostik und Verlaufskontrolle bei Diabetes mellitus Typ 1 und 2 vorzunehmen; sie können zudem beispielsweise die Information, Beratung, und Schulung, zum Beispiel zur Ernährung – soweit nicht eine weitergehende Ernährungstherapie durch die dafür zuständigen Berufsgruppen indiziert ist – sowie zur Bewegung, Hautpflege und Risikominimierung bei Diabetes mellitus Typ 1 und 2 durchführen. Im Zusammenhang mit dem Management chronischer Wunden können sie zum Beispiel venöse Blutentnahmen/Wundabstriche durchführen und entsprechende Laborwerte (zum Beispiel zur Kontrolle von Entzündungsparametern) bewerten. Zudem können sie die Information, Schulung und Beratung zum Beispiel zu Themen wie Selbstpflege, Selbstmanagement, Ernährung, Druckentlastung, Prävention von Durchblutungsstörungen, Bewegungsförderung, Infektionsprävention, Körperbild, Hautschutz und Rezidivprophylaxe durchführen. Zu prüfen wäre zudem, ob entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen, auch mit einer geeigneten, qualifizierten Fachweiterbildung, zum Beispiel eigenverantwortliche Entscheidungen über den Einsatz von Wundpräparaten und speziellen Verbandsmaterialien treffen können.

Die eigenverantwortliche Erbringung entsprechender Aufgaben durch Pflegefachpersonen kann nach internationalen Erkenntnissen, gerade auch durch die Einbringung der pflegerischen Perspektive und spezifischen Kompetenzen von Pflegefachpersonen, zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgung, insbesondere beim Management chronischer Erkrankungen und bei Patientinnen und Patienten mit Demenz, führen. Zudem können

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Arbeitsprozesse durch Pflegefachpersonen ohne Abwarten ärztlicher Anordnungen oder Verordnungen erfolgen, was Aufwand und ggf. Wegezeiten, insbesondere für ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen, einsparen kann. Für die Ärztin oder den Arzt kann die eigenverantwortliche Übernahme dieser Leistungen durch Pflegefachpersonen eine Entlastung in der Praxistätigkeit und eine Verbesserung der Compliance, gerade bei der Betreuung chronisch kranker Patientinnen und Patienten, bedeuten, die wiederum die Häufigkeit von Arzt- und Praxiskontakten reduzieren kann.

Die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen wird über den Katalog in Satz 1 Nummer 1 hinaus in Nummer 2 auch dahingehend konkretisiert, dass die eigenverantwortliche Entscheidung über die (Folge-)Verordnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege und der für die Ausführung dieser Leistungen benötigten Hilfsmittel unter der Voraussetzung einer ärztlichen Erst-Verordnung ermöglicht wird. Daher ist im Vertrag auch ein Katalog dieser Leistungen einschließlich der hierfür benötigten Hilfsmittel zu vereinbaren. Die Möglichkeit zur Ausstellung von Folgeverordnungen soll ebenfalls nach der vorhandenen Qualifikation der Pflegefachperson gestaffelt werden. So können Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufegesetzes eigenverantwortlich Folgeverordnungen beispielsweise für Leistungen der Grundpflege, hauswirtschaftlichen Versorgung, Ausscheidungen, oralen Ernährung, für das Absaugen der oberen Luftwege, die Versorgung eines suprapubischen Katheters, zum Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung, zur Katheterisierung der Harnblase, zur Stomabehandlung, zur PEG/PEJ-Versorgung sowie zur Wundversorgung einer akuten Wunde auf der Grundlage der in der Pflegeausbildung vermittelten fachlichen Kompetenzen ausstellen. Diese Maßnahmen sind bereits Gegenstand der sog. Blanko-Verordnung nach § 37 Absatz 8. Darüber hinaus ist die Möglichkeit von Folgeverordnungen durch Pflegefachpersonen für Sondennahrung über eine Magensonde oder für die Blutzuckermessung zu prüfen. Pflegefachpersonen, die über eine Erlaubnis nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes und damit zusätzlich über die in § 37 Absatz 2 Satz 2 i. V. m. Absatz 3 Satz 2 Nummer 6 bis 9 des Pflegeberufegesetzes genannten Kompetenzen in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz oder vergleichbare Kompetenzen verfügen, können zudem beispielsweise Folge-Verordnungen für Hilfsmittel und Materialien zur Insulinbehandlung oder Folge-Verordnungen zur Versorgung von chronischen Wunden ausstellen. Da im Vertrag auch durch staatlich anerkannte Weiterbildungen erworbene Kompetenzen für eine eigenverantwortliche Erbringung dieser Leistung zugrunde gelegt werden können, sind auf Grundlage entsprechender Weiterbildungen grundsätzlich auch Folgeverordnungen in anderen Bereichen wie zum Beispiel bei Ernährungs- und Ausscheidungsproblemen, Tracheostoma, akuter oder chronischer Beeinträchtigung der Atmung, bei Vorliegen der fachlich erforderlichen Kompetenzen auch in der Intensivversorgung und der psychiatrischen Versorgung möglich.

Die Vertragspartner bestimmen darüber hinaus das Nähere zur formalen und inhaltlichen Ausgestaltung der Folgeverordnungen für Leistungen der häuslichen Krankenpflege und Hilfsmittelversorgung durch Pflegefachpersonen.

Besonders wichtig wird zukünftig eine teambasierte, interprofessionelle Zusammenarbeit der eigenverantwortlich Leistungen der ärztlichen Behandlung erbringenden Pflegefachpersonen mit Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Berufsgruppen sein. Dafür sind im Vertrag Festlegungen zu treffen. Diese können beispielsweise die Voraussetzungen für die Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes der Patientin oder des Patienten oder der Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch die Pflegefachperson über die als Folgeverordnung veranlassten Maßnahmen betreffen. Die für eine teambasierte, interprofessionelle Zusammenarbeit erforderlichen fachlichen Kompetenzen werden im Rahmen der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung allen Pflegefachpersonen vermittelt (vgl. § 5 Absatz 3 Nummer 3 des Pflegeberufegesetzes). Nach § 37 Absatz 3 Nummer 6 bis 9 des Pflegeberufegesetzes findet in der hochschulischen Pflegeausbildung, in der auch heilkundliche Kompetenzen in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz vermittelt werden, auch eine vertiefte Auseinandersetzung u. a. mit Fragen der interprofessionellen Zusammenarbeit und wirtschaftlichen Fragen statt. Grundsätzlich sind bei den Katalogen nach Absatz 1 zudem die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben (vgl. § 15a Absatz 2) mit abzubilden.

Sofern zur Umsetzung des bisherigen Rahmenvertrags in der Regelversorgung noch Anpassungen erforderlich sind, die sich daraus ergeben, dass die selbständige Erbringung heilkundlicher Leistungen bisher in einem Modellprogramm und nicht der Regelversorgung, erfolgt, zum Beispiel bezüglich der Abrechnung der Leistungen, sind diese bis zum 31. März 2027 nach § 64d Absatz 1 zu vereinbaren.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Absatz 2

In Satz 1 wird vorgesehen, dass die Vertragspartner nach Absatz 1 festlegen, auf der Grundlage welcher erforderlichen fachlichen Kompetenzen Pflegefachpersonen die Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 erbringen oder verordnen können. Dabei haben sie die Vorgaben nach § 15a Absatz 1 zu beachten.

In Satz 2 werden die Versorgungsbereiche, in denen die im Vertrag festgelegten Leistungen durch Pflegefachpersonen erbracht werden können, benannt. Die in dem Katalog vereinbarten Leistungen können Pflegefachpersonen gegenüber Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen, wenn sie bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer oder bei Leistungserbringern, die Verträge nach § 132a Absatz 4 SGB V abgeschlossen haben, angestellt sind. Im Rahmen einer Anstellung bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers können Pflegefachpersonen Leistungen des SGB V zudem im Bereich der stationären Langzeitpflege (stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2 SGB XI), etwa durch Hausbesuche oder im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung nach § 119b Absatz 1 Satz 1 erbringen. Pflegefachpersonen können die vereinbarten Leistungen darüber hinaus gegenüber pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen erbringen, die gemäß § 119b Absatz 1 Satz 3 vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind. In diesem Fall werden die Pflegefachpersonen in einem Anstellungsverhältnis mit der ermächtigten Pflegeeinrichtung tätig. Im Übrigen gilt für die Langzeitpflege § 28 Absatz 5 des Elften Buches.

Die Pflegefachpersonen werden im Fall einer Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung in der Regel im Angestelltenverhältnis bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer tätig. Sie erbringen an Stelle der Ärztin oder des Arztes Leistungen der ärztlichen Behandlung. Die Ärztin oder der Arzt kann entscheiden, ob sie oder er die Leistung weiter selbst erbringen will oder ob sie oder er die Leistung nach sachgerechter Auswahl und erster Diagnose und Indikationsstellung grundsätzlich auch durch eine hierfür qualifizierte Pflegefachperson im Wege der eigenverantwortlichen Ausübung erbringen lässt.

Die Sätze 3 bis 5 regeln Einzelheiten des Verfahrens der Vertragsvereinbarung. Um bei der Erarbeitung des Vertrags an die fachliche Kompetenz der beteiligten Berufsgruppen anzuknüpfen, ist den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene im Sinne des § 118a Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Bundesärztekammer vor Abschluss des Vertrags nach Absatz 1 Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Um die Stellungnahmemöglichkeit effektiv nutzen zu können und um die Zusammenarbeit und das gegenseitige fachliche Verständnis zwischen den Professionen zu befördern, haben diese zudem das Recht, an den Sitzungen der Vertragspartner zur Erarbeitung des Vertrags teilzunehmen. Zudem sind wissenschaftliche Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c Satz 1 des Elften Buches gefördert werden, ebenso wie weitere relevante pflegewissenschaftliche Erkenntnisse und pflegefachliche Grundlagen (siehe dazu die Ausführungen in der Begründung zu Absatz 1) einzubeziehen. Soweit die Vertragspartner von den Expertisen abweichen, die nach § 8 Absatz 3c Satz 1 des Elften Buches gefördert werden, insbesondere Einschränkungen von eigenverantwortlich auszuübenden Aufgaben im Vertrag vorsehen, ist dies qualifiziert zu begründen.

Der Vertrag nach § 73d unterscheidet sich hinsichtlich Regelungsauftrag und -inhalten von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege und mit Hilfsmitteln. Der G-BA beschließt entsprechend seinem gesetzlichen Auftrag zur Sicherung der ärztlichen Versorgung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege und von Hilfsmitteln. Die Festlegung von Inhalt und Umfang des Leistungsanspruchs der Versicherten bleibt unverändert in der Normsetzungskompetenz des G-BA. Insoweit darf in dem Vertrag nach § 73d Absatz 1 Satz 1 nichts Abweichendes festgelegt werden. Die Vertragspartner des Vertrags nach § 73d Absatz 1 Satz 1 erhalten den Auftrag festzulegen, welche dieser Leistungen von Pflegefachpersonen eigenverantwortlich erbracht bzw. verordnet werden können. Beide Regelwerke (der Vertrag und die Richtlinien des G-BA) regeln unterschiedliche Gegenstände und richten sich an unterschiedliche Normadressaten; sie stehen daher nebeneinander. Allgemein gilt, dass jeder Normgeber bei Regelungen im Rahmen seiner Normsetzungskompetenz jeweils geltendes Recht zu beachten hat.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt das Schiedsverfahren. Ebenso wie die Vertragspartner kann das Bundesministerium für Gesundheit im Fall einer Nichteinigung die Festsetzung der Inhalte des Vertrags durch eine Schiedsperson beantragen. Damit wird sichergestellt, dass es im Fall einer Nichteinigung nicht zu längeren Verzögerungen aufgrund der

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Nichtanrufung einer Schiedsperson kommt. Der Entfall der aufschiebenden Wirkung und das Entfallen des Vorverfahrens dienen der Beschleunigung des Schiedsverfahrens. Die vorläufige Weitergeltung beklagter Schiedssprüche dient der Verhinderung vertragsloser Zustände.

Zu Absatz 4

Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner werden verpflichtet, im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung und, soweit es sich um Leistungen handelt, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in der Langzeitpflege erbracht werden, die Auswirkungen der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung der Versicherten zu evaluieren und dem Bundesministerium für Gesundheit einen Bericht über das Ergebnis der Evaluation vorzulegen. Die Evaluation soll neben Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes und mit vorhandenen Weiterbildungen auch die Gruppe der hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen, die Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 Pflegeberufegesetz eigenverantwortlich wahrnehmen, einbeziehen. Die Frist berücksichtigt daher, dass Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes, die im Rahmen ihrer hochschulischen Ausbildung regelhaft Kompetenzen für die eigenverantwortliche Wahrnehmung von Aufgaben nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufegesetzes erworben haben, regelhaft und in größerer Zahl ab dem Jahr 2027 in die Versorgung eintreten werden. Die Festlegungen der Ziele und Inhalte der Evaluation erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend, um eine fachliche und methodische Abstimmung mit der durch das Bundesministerium für Gesundheit selbst durchgeführten Evaluation nach Absatz 5 herzustellen.

Zu Absatz 5

Das Bundesministerium für Gesundheit wird in Absatz 5 beauftragt unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Entwicklung und Umsetzung der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in der Versorgung, auch in Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitationsreinrichtungen sowie in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu evaluieren. Auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Evaluierung und der Evaluierungen nach Absatz 4 und § 112a prüft das Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend insbesondere, inwieweit die im Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 vereinbarten Leistungen mit den wissenschaftlichen Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c des Elften Buches gefördert wurden, übereinstimmen bzw. inwieweit davon abgewichen wurde und ob diese Abweichung fachlich begründet ist. Darüber hinaus prüft es, inwieweit inhaltliche oder Verfahrensvorgaben dieses Buches eine effektive Umsetzung der Regelungen und der Verträge nach Absatz 1 Satz 1 und § 112a Absatz 1 in der Versorgung befördern oder behindern. Neben den Erkenntnissen aus den Evaluationen sind auch Weiterentwicklungen in der Pflegewissenschaft und Medizin zu betrachten, die neue fachliche Bewertungen der Regelungen und der Inhalte der Verträge nach Absatz 1 Satz 1 und § 112a Absatz 1 erfordern können. Auf Grundlage dieser Prüfung empfiehlt das Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend, ob und ggf. welcher Anpassungsbedarf im Leistungsrecht diesen und ggf. auch des Elften Buches besteht, um den Zielen der Regelungen möglichst umfassend Rechnung zu tragen. Zu prüfen ist dabei auch, ob die Ausübung erweiterter Befugnisse in der Langzeitpflege im Vergütungsrecht angemessen abgebildet ist. Es legt den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes (Bundestag und Bundesrat) dazu einen Bericht vor. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen in zentralen Versorgungsbereichen entsprechend den Zielsetzungen und gesetzlichen Vorgaben umgesetzt wird.

Zu Nummer 17 (§ 81)

Gemäß § 75 Absatz 1b Satz 1 umfasst der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen auch die vertragsärztliche Versorgung im Notdienst. Schon nach aktueller Rechtslage ist es den Kassenärztlichen Vereinigungen möglich, den vertragsärztlichen Notdienst über einfaches Satzungsrecht auszugestalten. Von dieser Option haben auch zahlreiche Kassenärztliche Vereinigungen Gebrauch gemacht. Die explizite Ergänzung einer entsprechenden Regelung zum vertragsärztlichen Notdienst erfolgt insoweit klarstellend vor dem Hintergrund der gewachsenen Bedeutung des vertragsärztlichen Notdienstes.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Ebenfalls klarstellend erfolgt die Aufnahme der Regelungsbefugnis hinsichtlich sogenannter Sicherstellungspauschalen. Diese können in der Satzung bei Bedarf festgelegt werden, um beispielsweise in strukturschwachen Regionen eine flächendeckende und kontinuierliche Dienstbesetzung im vertragsärztlichen Notdienst sicherzustellen. Die Sicherstellungspauschale wird den Ärztinnen und Ärzten unabhängig von der Vergütung für die konkret geleisteten Dienste für einen bestimmten Zeitraum gewährt, in dem sich diese zur Teilnahme an der Sicherstellung des vertragsärztlichen Notdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen bereithalten.

Die Regelungen gelten sowohl im Hinblick auf die jeweiligen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte als auch für diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die entsprechend der Regelung des § 75 Abs. 1b Satz 5 freiwillig am Notdienst teilnehmen und somit wesentlich zu dessen Sicherstellung beitragen.

Zu Nummer 18 (§ 87)

Der Bewertungsausschuss erhält den Auftrag, den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) dahingehend zu überprüfen, welche Vergütung Vertragsärzte erhalten, wenn sie die delegationsfähigen Leistungen oder die Leistungen, die von Pflegefachpersonen eigenverantwortlich erbracht werden können, selbst erbringen und welche Vergütung Vertragsärzte erhalten, wenn die delegationsfähigen Leistungen durch andere Personen oder die nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Leistungen durch Pflegefachpersonen erbracht werden. Hierzu gehört auch die Delegationsfähigkeit der Folgeverordnung von häuslicher Krankenpflege entsprechend der Gebührenordnungspositionsnummer 01420 des EBMs. Dabei kann der Bewertungsausschuss Sachverständige aus dem Bereich der genannten Leistungen einbeziehen, wenn er dies für erforderlich hält.

Zu Nummer 19 (§ 95)

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind aufgrund ihrer Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang ihres aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrags verpflichtet. Diese Verpflichtung umfasst grundsätzlich auch die Teilnahme an dem von den Kassenärztlichen Vereinigungen organisierten vertragsärztlichen Notdienst. Die Regelung stellt entsprechend klar, dass die Tätigkeit im vertragsärztlichen Notdienst, zu denen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte aufgrund ihrer Zulassung verpflichtet sind, einen bloßen Annex zur selbständigen Haupttätigkeit in der Arztpraxis bzw. im medizinischen Versorgungszentrum darstellt und deshalb in ihrer sozialversicherungsrechtlichen Bewertung auch dieser Haupttätigkeit folgt. Tätigkeiten im vertragsärztlichen Notdienst, die von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten außerhalb der aus ihrer Zulassung folgenden Verpflichtung oder von anderen Ärztinnen und Ärzten erbracht werden, werden von der Regelung nicht erfasst.

Zu Nummer 20 (§ 105)

Zu Buchstabe a

Mit Änderungen des SGB V durch das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG), die am 1. März 2025 in Kraft getreten sind, wurden die erbrachten hausärztlichen Leistungen entbudgetiert. Hierzu ist es erforderlich, eine hausärztliche morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (sogenannte Hausarzt-MGV) festzulegen. Diese wird weiterhin bei der Berechnung der Höhe des Finanzierungsbetrags für den Strukturfonds berücksichtigt. Allerdings steht diese Vergütung nicht mehr zur Finanzierung des Strukturfonds zur Verfügung, da ansonsten die hausärztlichen Leistungen nicht in voller Höhe nach der Euro-Gebührenordnung vergütet werden würden. Um somit eine Unterfinanzierung des Strukturfonds zu verhindern, wird den Kassenärztlichen Vereinigungen künftig freigestellt, welche Honorare aus vertragsärztlicher Tätigkeit sie zur Finanzierung ihres Anteils heranziehen. Somit können auch die Honorare für extrabudgetär vergütete Leistungen zur Finanzierung des Strukturfonds herangezogen werden. Die Höhe der einzuzahlenden Beträge bleibt sowohl für die Kassenärztlichen Vereinigungen als auch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen identisch.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 21 (§ 112a)

Zu Absatz 1

Um eine eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung zu fördern, werden die Vertragsparteien auf Bundesebene im Sinne des § 9 Absatz 1 des

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Krankenhausentgeltgesetzes (Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung) verpflichtet, in einem Vertrag die Möglichkeiten der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen im Krankenhaus zu definieren. In dem Vertrag sollen zum einen in einem Katalog Leistungen der ärztlichen Behandlung definiert werden, die durch Pflegefachkräfte eigenverantwortlich erbracht werden können. Der Katalog kann auch Leistungen im Rahmen des Entlassmanagements umfassen.

Zum anderen sind in dem Vertrag Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Krankenhaus zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten bei der Erbringung der in dem Katalog definierten Leistungen festzulegen.

Die Regelung zur Festlegung der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen im Krankenhaus knüpft in ihrer Struktur an die Regelung des neuen § 73d an, in welchem eine vergleichbare Vertragsgrundlage für den ambulanten Bereich vorgesehen ist.

Der Vertrag ist bis zum 31. Juli 2028 abzuschließen. Dies soll den Vertragspartnern die Möglichkeit geben, die nach § 73d Absatz 2 Satz 1 bis zum 31. Juli 2027 festzulegenden Inhalte zu prüfen und zu berücksichtigen. Die maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft sind entsprechend § 73d Absatz 2 Satz 3 bis 5 einzubeziehen.

Zu Absatz 2

Um uneinheitliche Zuordnungen von Kompetenzen zu Leistungen über die Tätigkeitsbereiche der Pflegefachpersonen und Sektorengrenzen hinweg zu vermeiden, sollen die Vertragspartner in dem Vertrag nach Absatz 1 nur dann von den Festlegungen nach § 73d Absatz 2 Satz 1 abweichende Regelungen vereinbaren, wenn es hierfür sachliche Gründe gibt, die auf Besonderheiten im Krankenhausbereich beruhen. Ziel der Regelung ist, dass grundsätzlich unabhängig von dem jeweiligen Tätigkeitsbereich einer Pflegekraft klar ist, welche Qualifikation zur Erbringung welcher Leistungen befähigt.

Zu Absatz 3

Im Absatz 3 ist für den Fall, dass der Vertrag nicht innerhalb der im Absatz 1 Satz 1 vorgesehenen Frist zustande kommt, ein Schiedsverfahren vorgesehen. So kann auf Antrag eines der Vertragspartner oder des Bundesministeriums für Gesundheit die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG angerufen werden, um den Inhalt des Vertrags festzulegen.

Zu Absatz 4

Die Vertragspartner haben die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung im Hinblick auf die in Absatz 4 Nummer 1 bis 3 genannten Aspekte zu evaluieren. Bei der Evaluation ist der Einsatz von akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen (Bachelor- und Master-Abschluss) besonders zu berücksichtigen. Ein Bericht über das Ergebnis der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2030 vorzulegen. Der Bericht wird gemeinsam mit dem Bericht nach § 73d Absatz 4 sowie den wissenschaftlichen Expertisen, die nach § 8 Absatz 3c Satz 1 SGB XI gefördert wurden, in die Evaluation nach § 73d Absatz 5 Satz 1 und die Prüfung nach § 73d Absatz 5 Satz 3 einbezogen.

Zu Nummer 22 (§ 119b)

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird der Begriff der Pflegefachkraft durch den in § 15a Absatz 3 legaldefinierten Begriff der Pflegefachperson ersetzt.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a des Elften Buches einheitlich gestaltet und gestärkt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 23 (§ 132a)

Zu Buchstabe a

Die häusliche Krankenpflege umfasst grund- und behandlungspflegerische Maßnahmen sowie medizinische Behandlungspflege und ambulante Palliativversorgung im Rahmen der Leistungsansprüche nach § 37 Absatz 1, 1a, 2 und 2b. Die Erbringung dieser Leistungen durch Pflegefachpersonen, die als Leistungserbringer nach den Vorschriften dieses Buches tätig werden, muss nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und in der fachlich gebotenen Qualität erfolgen (§ 135a Absatz 1 Satz 2). Zur fachlich gebotenen Qualität dieser Leistungen gehört die fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung, die zu den Aufgaben gehört, die nach § 4 des Pflegeberufegesetzes beruflich nur von Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufsgesetzes durchgeführt werden dürfen, und in § 15a Absatz 2 auch sozialrechtlich abgebildet wird. Die Verantwortung für den Pflegeprozess umfasst die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Planung der Pflege, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege. Dies haben die Rahmenempfehlungspartner bei der Regelung der Voraussetzungen für eine fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung zu berücksichtigen. Die individuelle fachliche Autonomie der Pflegefachperson bei der fachgerechten Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung wird dadurch nicht beschränkt, sondern soll gerade ermöglicht und gestärkt werden. Es wird daher geregelt, dass in den von den Rahmenvereinbarungspartnern nach § 132a zu regelnden Empfehlungen zu Maßnahmen der Qualitätssicherung der Leistungserbringung auch Voraussetzungen für eine fachgerechte Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung durch eine Pflegefachperson enthalten sein müssen. Eine Doppelvergütung derselben Maßnahmen, die der fachgerechten Wahrnehmung der Pflegeprozessverantwortung dienen, aus den Mitteln der GKV und der sozialen Pflegeversicherung ist nicht zulässig.

In Nummer 7 wird der Begriff der Pflegefachkraft durch den in § 15a Absatz 3 legaldefinierten Begriff der Pflegefachperson ersetzt.

Die Rahmenempfehlungspartner nach § 132a Absatz 1 erhalten durch die Anfügung einer neuen Nummer 8 den Auftrag, Grundsätze der Vergütung von Verordnungen von in dem nach § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Katalog genannten Leistungen zu vereinbaren, soweit die Leistungen von Leistungserbringern erbracht werden, mit denen Verträge nach Absatz 4 Satz 1 abgeschlossen werden. Die Frist für die erstmalige Vereinbarung dieser Grundsätze endet mit Ablauf des 30. April 2028. Der Katalog an Leistungen, die Pflegefachpersonen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege eigenverantwortlich verordnen können, sowie das Nähere zum Verfahren und zu der Ausgestaltung der Verordnungen, ist gemäß § 73d Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis zum 31. Juli 2027 zu vereinbaren. Die Rahmenempfehlungspartner nach § 132a Absatz 1 erhalten aufbauend auf diesen Vertrag einen hinreichenden Zeitraum zur erstmaligen Regelung der Grundsätze der Vergütung für diese Verordnungen.

Zu Buchstabe b

In gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c des Elften Buches können neben Leistungen des Elften Buches auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 beansprucht werden.

Mit Absatz 5 wird vorgesehen, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die von den Verträgen nach § 92c Absatz 1 des Elften Buches umfasst sind, auf Grundlage dieser Verträge erbracht werden. Anspruchsnorm für diese Leistungen ist unverändert § 37. Einzelheiten zur Leistungserbringung sind auf Selbstverwaltungsebene, insbesondere in den Verträgen nach § 92c Absatz 1 und den Empfehlungen nach § 92c Absatz 5 des Elften Buches zu regeln.

Zu Nummer 24 (§ 132g)

Mit den Änderungen wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a des Elften Buches einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Nummer 25 (§ 137a)

Mit den Änderungen wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a des Elften Buches einheitlich gestaltet und gestärkt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 26 (§ 197b)

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung stellt bei der Aufgabenübertragung von Kranken- bzw. Pflegekassen auf Arbeitsgemeinschaften oder Dritte den Gleichklang mit der neu aufgenommenen Vorschrift des § 47b des Elften Buches her. Durch die Ergänzung wird verdeutlicht, dass auch Rechtsansprüchen vorgelagerte Interessen der Versicherten bei der Aufgabenübertragung auf Arbeitsgemeinschaften oder Dritte nicht beeinträchtigt werden dürfen. Ein solches Interesse der Versicherten besteht insbesondere an einer zügigen, termingerechten Abwicklung der übertragenen Aufgaben (zum Beispiel bei der Bezahlung von Leistungserbringern durch Abrechnungsdienste). Die Klarstellung trägt damit der Vorgabe des § 97 Absatz 1 Satz 1 des Zehnten Buches (SGB X) Rechnung, dass bei einer zugelassenen Wahrnehmung von Aufgaben durch Dritte sichergestellt sein muss, dass der Dritte die Gewähr für eine sachgerechte, die Rechte und Interessen der Betroffenen wahrende Erfüllung der Aufgaben bietet. Nach § 97 Absatz 1 Satz 2 SGB X ist der Dritte zu verpflichten, dem Auftraggeber auf Verlangen alle Unterlagen und Informationen zur Verfügung zu stellen, die für eine aufsichtsrechtliche Prüfung der sachgerechten Aufgabenerledigung beim Auftraggeber erforderlich sind.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine rechtsförmliche Korrektur des Verweises. Eine inhaltliche Änderung erfolgt nicht.

Zu Nummer 27 (§ 202)

Zu Buchstabe a

Zur Anbindung der Zahlstellen an das automatisierte Übermittlungsverfahren nach § 55a des Elften Buches ist es aus technischen Gründen erforderlich, die Meldung über die Datenstelle der Rentenversicherung nach § 145 Absatz 1 Satz 1 des Sechsten Buches und über die zentrale Stelle nach § 81 des Einkommensteuergesetzes an das Bundeszentralamt für Steuern zu richten. Die gesetzliche Änderung dient somit der technischen Umsetzbarkeit des vorgenannten Verfahrens.

Zu Buchstabe b

Entsprechendes gilt für die in Satz 7 geregelte Rückmeldung des Bundeszentralamtes für Steuern. Auch bei dieser ist es aus technischen Gründen erforderlich, den Meldeweg zusätzlich über die Datenstelle der Rentenversicherung nach § 145 Absatz 1 Satz 1 des Sechsten Buches zu richten.

Zu Nummer 28 (§ 273)

Die vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) nach den Anpassungen durch das Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) vom 22. März 2020 ab dem Berichtsjahr 2013 durchzuführenden Prüfungen der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich nach § 273 dauern seit dem Jahr 2021 an. Mit der Einfügung des neuen Satzes 2 wird dem BAS vorgegeben, dass die Prüfung der Datenmeldungen der Krankenkassen bis zum Ablauf des fünfzehnten Kalenderjahres, das auf das zu prüfende Berichtsjahr folgt, abzuschließen ist, um in den Prüfverfahren in einem angemessenen Zeitrahmen zu Ergebnissen zu kommen. Für die vom BAS im Jahr 2021 eingeleiteten Einzelfallprüfungen für das Berichtsjahr 2013 heißt das, dass diese Einzelfallprüfungen bis zum Ende des Jahres 2028 zum Abschluss zu bringen sind.

Zu Nummer 29 (§ 278)

Mit der Änderung wird der Begriff der Pflegefachkraft durch den in § 15a Absatz 3 legaldefinierten Begriff der Pflegefachperson ersetzt.

Zu Nummer 30 (§ 283)

Mit den Änderungen wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a des Elften Buches einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Nummer 31 (§ 291)

Zur Entlastung und zum Bürokratieabbau in den Praxen und Krankenkassen, aber auch zur vereinfachten Handhabung bei Versicherten ohne Krankenkassen-App oder Smartphone kann die Übermittlung der elektronischen Ersatzbescheinigung auch direkt durch die Praxen über die Anwendung der Telematikinfrastruktur

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Kommunikation im Medizinwesen (KIM) angefordert werden. Der Datenaustausch via KIM-Dienst läuft dann unmittelbar zwischen Praxis und Krankenkasse. In jedem Fall muss eine wirksame informierte Einwilligung des Versicherten vorliegen, die von dem jeweiligen Leistungserbringer zu protokollieren ist Das Verfahren soll nur im Ausnahmefall genutzt werden. Weitere Einzelheiten zu dem Verfahren regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Benehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer. Um einem etwaigen Missbrauch entgegenzuwirken, muss der Versicherte dem jeweiligen Leistungserbringer bereits bekannt sein.

Zu Nummer 32 (§ 317)

Mit den Änderungen wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a des Elften Buches einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Nummer 33 (§ 340)

Zukünftig wird für Hilfsmittelerbringer das Vorliegen eines Heilberufs- oder Berufsausweises nicht mehr Voraussetzung für die Ausgabe einer Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen sein. Grund hierfür ist, dass die Hilfsmittelerbringer zukünftig, keinen Berufsausweis mehr benötigen, denn sie haben lediglich Zugriff auf die elektronische Verordnung, für die der Heilberufs- bzw. Berufsausweis als weiteres Zugriffserfordernis entfällt. Die Regelung dient auch dem Bürokratieabbau.

Mit der Fristanpassung soll die technologisch konvergente Umsetzung zur 2024 neugefassten eIDAS-VO ermöglicht werden.

Die Fristanpassung ist sowohl hinsichtlich der digitalen Identität, die ergänzend zu den Heilberufs- und Berufsausweisen ausgegeben werden kann, als auch hinsichtlich derjenigen, die ergänzend zu den Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen ausgegeben werden kann, erforderlich, da beide Fristen bereits am 1. Januar 2025 abgelaufen sind. Gleichzeitig sollten beide Fristen harmonisiert bleiben.

Zu Nummer 34 (§ 340a)

Durch das Verbot der unbefugten Weitergabe und die Verpflichtung zur Sperrung der Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen soll Missbrauch verhindert werden, der dadurch entstehen kann, wenn diese in unbefugte Hände fällt.

Zu Nummer 35 (§ 342)

Die Fristen zur Forschungsdatenausleitung, dem elektronischen Medikationsplan und der Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden aufgrund erforderlicherer weiterer technischer Vorarbeiten angepasst.

Zu Nummer 36 (§ 347), Nummer 37 (§ 348), Nummer 38 (§ 349)

Eine Pflicht zur Übermittlung und Speicherung von Daten in die elektronische Patientenakte besteht im Gleichlauf mit § 630g Absatz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs nicht, soweit erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Eine weitere Ausnahme besteht zum Schutz der Patientinnen und Patienten, die noch nicht das 15. Lebensjahr vollendet haben, wenn gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung bestehen und eine mögliche Einsichtnahme bestimmter Informationen durch Sorgeberechtigte oder andere Zugriffsberechtigte den wirksamen Schutz der minderjährigen Patientinnen und Patienten in Frage stellen würde. Ab Vollendung des 15. Lebensjahres können Jugendliche ihre Rechte im Hinblick auf die elektronische Patientenakte selbst ausüben.

Die Gründe für die Ablehnung der Übermittlung und Speicherung von Daten in die elektronische Patientenakte sind in der Akte nach § 630f des Bürgerlichen Gesetzbuchs zu dokumentieren. Ohne dass für Leistungserbringer erheblicher zusätzlicher Aufwand erzeugt wird, kann hierdurch gewährleistet werden, dass von der Ausnahmeklausel nur in gut begründeten Einzelfällen Gebrauch gemacht wird.

In § 348 Absatz 4 Satz 1 wird zudem eine redaktionelle Korrektur vorgenommen.

Zu Nummer 39 (§ 360)

Zukünftig sollen neben den Krankenkassen nicht nur Unternehmen der privaten Krankenversicherung, sondern auch die übrigen in § 362 Absatz 1 genannten Kostenträger die E-Rezept-Funktionalität in der ePA-App anbieten dürfen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 40 (§ 361)

Als technische Zugriffsvoraussetzung auf die elektronische Verordnung soll zukünftig das Vorhandensein einer Komponente zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen oder einer entsprechenden digitalen Identität nach § 340 Absatz 7 ausreichend sein. Dies entspricht der aktuellen technischen Umsetzung des E-Rezeptes. Ein Heilberufs- oder Berufsausweis als weitere technische Zugriffsvoraussetzung ist dann nicht mehr für den Zugriff erforderlich. Wichtig ist allerdings, dass in der Leistungserbringerumgebung nachprüfbar elektronische protokolliert wird, wer auf die Daten zugegriffen hat. Die Pflicht zur Nutzung eines Heilberufs- oder Berufsausweises für die qualifizierte elektronische Signatur im Zusammenhang mit dem E-Rezept nach diesem Buch, weiteren Gesetzen (z. B. Arzneimittelverschreibungsverordnung) und Vereinbarungen der Selbstverwaltung bleiben unberührt.

Zu Nummer 41 (§ 362)

Zu Absatz 1

Bisher ist geregelt, dass auch Unternehmen der privaten Krankenversicherung, die ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte (ePA) anbieten, ihnen bis zum 15. Juli 2025 auch den Sofortnachrichtendienst TI-M zur Kommunikation mit Leistungserbringern anbieten müssen, analog der Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen.

Um insoweit den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der Industrie mehr Zeit einzuräumen, TI-M umzusetzen, soll die Frist zur Umsetzung auf den 1. Januar 2028 verschoben werden.

Zu Absatz 2

Durch die Änderung wird klargestellt, dass die von den Kostenträgern nach § 362 Absatz 2 vergebenen Krankenversichertennummern im Verzeichnis der Krankenversichertennummern nach § 290 Absatz 3 SGB V zu führen sind. Der Datenabgleich, um Mehrfachvergaben derselben Krankenversichertennummer auszuschließen oder zu korrigieren, erfolgt innerhalb des von der Vertrauensstelle nach § 290 Absatz 3 geführten Verzeichnis.

Zu Nummer 42 (§ 373)

Mit den Änderungen wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a des Elften Buches einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Nummer 43 (§ 374)

Mit den Änderungen wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a des Elften Buches einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Nummer 44 (§ 393)

Die Änderung stellt eine Sonderregelung für solche informationstechnischen Systeme dar, die erstmals nach dem Stichtag nach Satz 1 in Verkehr gebracht werden. Die Notwendigkeit der Regelung ergibt sich aus der Prüfungssystematik eines Typ2-Testats. Während bei einem Typ1-Testat der Auditor ein Prüfungsurteil darüber abgibt, ob die Kontrollen zum Zeitpunkt der Prüfung angemessen ausgestaltet und eingerichtet sind, um die Kriterien des C5 mit hinreichender Sicherheit zu erfüllen, umfasst bei einem Typ2-Testat das Prüfungsurteil neben der Aussage zur Angemessenheit vor allem auch eine Aussage über die Wirksamkeit der zuvor betrachteten Kontrollen. Hierbei wird ex post ein fester Betrachtungszeitraum, der typischerweise 6 oder 12 Monate beträgt, überprüft.

IT-Systeme, die erstmals in Verkehr gebracht werden, können zu diesem Zeitpunkt nicht darauf beurteilt werden, ob Kontrollen in der Vergangenheit wirksam zur Einhaltung eines definierten IT-Sicherheitsniveaus waren – dies ist stets erst nachträglich möglich. Vor diesem Hintergrund ist eine Regelung notwendig, die innovativen Produkten den Markteintritt ermöglicht. Die hier benannten Fristen spiegeln die bisherigen Erfahrungswerte zur Dauer der Durchführung eines C5-Typ1 bzw. C5-Typ2-Testats wieder.

Zu Nummer 45 (§ 399)

Mit der Regelung wird festgelegt, dass die Einrichtungsleitung (z.B. die Geschäftsführung) einer ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung dafür organisatorisch verantwortlich ist, dass die Institutionskarte (SMC-B) zur Authentifizierung der Leistungserbringerinstitution nicht an Dritte weitergegeben wird und somit keine

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

unberechtigten Personen einen Zugang zur Telematikinfrastruktur erhalten. Anders als das beispielsweise in Arztpraxen der Fall ist, fallen in Pflegeeinrichtungen die organisatorisch verantwortliche Person der Leistungserbringerinstitution und die versorgende Person mit einem abgeschlossenen Heilberuf auseinander.

Zudem sind die Einrichtungsleitungen verpflichtet dafür zu sorgen, dass die Pflegedienstleitung oder eine andere in der Pflegeeinrichtung beschäftigte Person über einen gültigen elektronischen Heilberufsausweis oder eine digitale Identität des Gesundheitswesens nach § 340 Absatz 6 SGB verfügt. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass jede ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtung über eine verantwortliche Person mit dem für die pflegerische Versorgung erforderlichen Heilberuf verfügt und nur mit dem Heilberufsausweis entsprechende Zugriffe auf die Anwendungen der Telematikinfrastruktur erfolgen. Dies ist im Bereich der Pflege angesichts von Personalfluktuationen besonders relevant.

Zu Artikel 4 (Änderung des Pflegezeitgesetzes)

Die Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der in § 1 des Pflegezeitgesetzes genannten Maßnahmen kann durch einen Arzt, eine Ärztin oder durch eine Pflegefachperson ausgestellt werden. Hierdurch erhalten Beschäftigte in einer akut aufgetretenen Pflegesituation mehr Flexibilität, indem sie sich für die vom Arbeitgeber verlangte Bescheinigung an einen Arzt, eine Ärztin oder an eine Pflegefachperson wenden können. Gleichzeitig wird das Aufgabenfeld von Pflegefachpersonen ausgeweitet und die Befugnisse von Pflegefachpersonen werden entsprechend ihrer Kompetenzen und gemäß der in § 4 Absatz 2 Nummer 1 Pflegeberufegesetz vorgesehenen vorbehaltenden Tätigkeiten gestärkt, ohne dass hierdurch eine zusätzliche Dokumentation notwendig wird. Die hier benannten Pflegefachpersonen sind Personen mit einer Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz oder einem gleichgestellten Abschluss.

Zu Artikel 5 (Änderung des Pflegeberufegesetzes)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Bei den Änderungen der Inhaltsübersicht des Pflegeberufegesetzes handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zu den Änderungen des Pflegeberufegesetzes, die mit dem vorliegenden Gesetz vorgenommen werden.

Zu Nummer 2

Mit der Änderung der Überschrift wird der Text der Überschrift inhaltlich an den Text der Norm angepasst.

Zu Nummer 3 (§ 4)

Zu Buchstabe a und Buchstabe b

Mit der Änderung der Überschrift wird der Text der Überschrift inhaltlich an den Text der Norm angepasst.

Gesetzlich wird klargestellt, dass Gegenstand der Vorbehaltsaufgaben die Pflegeprozessverantwortung der Pflegefachperson ist und diese die in § 4 genannten Aufgaben umfasst.

Zu Buchstabe c

Die Formulierung wird an § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe a angepasst.

Zu Nummer 4 (§ 4a)

Die Regelung macht deutlich, dass die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“, „Pflegefachmann“ oder „Pflegefachperson“ auch die Befugnis zur eigenverantwortlichen Heilkundeausübung im jeweiligen Umfang der in der beruflichen oder hochschulischen Pflegeausbildung nach den §§ 4, 5 und 37 erworbenen Kompetenzen umfasst. Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 2 in der ab dem 1. Januar 2025 geltenden Fassung verfügen dabei über mehr heilkundliche Kompetenzen als Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 1.

Die Regelung ist eine Spezialregelung (Lex specialis) gegenüber der Regelung des § 1 des Heilpraktikergesetzes. Sie geht von einem Heilkundeverständnis aus, nach dem zum einen ein Teil der Kompetenzen, die Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer beruflichen (und parallel hochschulischen) Ausbildung erwerben, bereits zur eigenverantwortlichen Ausübung von Aufgaben qualifiziert, die als heilkundlich zu bezeichnen sind, bisher aber als „pflegerisch“ bezeichnet wurden. Zum anderen umfasst der Heilkundebegriff in § 4a Aufgaben, die bisher allein Ärztinnen und Ärzten vorbehalten waren und für die in § 15a des Fünften Buches ausdrücklich für die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung normiert ist, dass bestimmte Aufgaben der ärztlichen Behandlung auch durch

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Pflegefachpersonen mit den erforderlichen fachlichen, also heilkundlichen Kompetenzen erbracht werden können. Die Frage, welche Aufgaben der Pflege zugeordnete heilkundliche Aufgaben sind und welche bisher ausschließlich den Ärztinnen und Ärzten zugeordnete heilkundliche Aufgaben sind, wird für die bisher ausschließlich Ärztinnen und Ärzten zugeordneten heilkundlichen Aufgaben sozialrechtlich in § 73d des Fünften Buches konkretisiert. Eine weitere, fachwissenschaftlich systematische Konkretisierung wird im Rahmen der wissenschaftlichen Expertise nach § 8 Absatz 3c des Elften Buches erfolgen.

Ausgehend von diesem Heilkundeverständnis in § 4a wird geregelt, dass es für die eigenverantwortliche Wahrnehmung von heilkundlichen Aufgaben durch Pflegefachpersonen allein auf die erforderlichen fachlichen Kompetenzen ankommt und weder auf die begriffliche Klassifizierung als „pflegerisch“ oder „heilkundlich“ noch auf die bisher in pflegefachlichen Kreisen etablierten Konzepte von „weiteren“ oder „erweiterten“ heilkundlichen Aufgaben (siehe auch die Begründung zu Artikel 2 Nummer 2). Dem entsprechend kann die Erlaubnis nach § 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes auf der Grundlage der in der beruflichen Ausbildung erworbenen, fachlichen Kompetenzen ebenfalls zur Ausübung solcher heilkundlicher Aufgaben befugen, die entweder bisher nicht den Ärztinnen und Ärzten vorbehalten waren, die ihnen vorbehalten waren oder bei denen die Zuordnung zum pflegerischen oder ärztlichen Aufgabenbereich bisher rechtlich unklar war. In der Folge erstreckt sich die korrespondierende Möglichkeit zur Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung nach § 15a Absatz 1 grundsätzlich auch auf Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 1, allerdings in einem deutlich geringeren Umfang als bei Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 2, die über zusätzliche (heilkundliche) Kompetenzen verfügen.

Zu Nummer 5 (§ 14a)

Die Entwicklung standardisierter Module war nach § 14 Absatz 4 auch bisher schon auch ohne entsprechende Modellvorhaben möglich. Dieses Angebot soll weitergeführt werden. Die neuen Standardisierten Kompetenzbeschreibungen sind insbesondere für die Länder nicht verbindlich, können aber als fachliche Grundlage zur Entwicklung von Lehrplänen und Curricula, auch für Weiterbildungen, genutzt werden. Von dieser Möglichkeit wurde in der Vergangenheit durch die Länder und Hochschulen bezüglich der standardisierten Module regelmäßig Gebrauch gemacht. Mit der Integration der drei Bereiche diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz in die hochschulische Ausbildung, die mit dem Pflegestudiumstärkungsgesetz erfolgt ist, der Ermöglichung der Heilkundeausübung durch Pflegefachpersonen auch in Bereichen, die bisher Ärztinnen und Ärzten vorbehalten waren, und der parallel geregelten Möglichkeit zur eigenverantwortlichen Erbringung entsprechender Leistungen der ärztlichen Behandlung im Rahmen des Fünften Buches besteht ein gewachsener Bedarf an fachlich aufbereiteten Kompetenzprofilen für die Ausübung entsprechender heilkundliche Aufgaben durch Pflegefachpersonen, der auch weiterhin durch die Fachkommission im Rahmen ihrer Kapazitäten unterstützt werden soll.

Zu Nummer 6 (§ 37)

Die Änderungen in Absatz 2 Satz 2 und Absatz 2 Nummer 6 und 9 dienen – wie die Änderung der Überschrift in § 4 – der Vereinheitlichung der Begriffe im Pflegeberufegesetz, das grundsätzlich auf Aufgaben, nicht auf Tätigkeiten abstellt und nur den Begriff der Selbständigkeit in Orientierung am Sprachgebrauch des Deutschen Qualifikationsrahmens verwendet.

Zu Nummer 7 (§ 48a)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung auf Grund der Änderung von § 4.

Zu Nummer 8 (§ 48b)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung auf Grund der Änderung von § 4.

Zu Nummer 9 (§ 66e)

Die Norm des § 66e wird aufgrund der Regelung des § 4a bereinigt, da nicht mehr zwischen pflegerischen Aufgaben, die als Heilkunde zu qualifizieren sind, und bisher Ärztinnen und Ärzten vorbehaltenen heilkundlichen Aufgaben unterschieden wird.

Zu Artikel 6 (Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Fortschreibung der Anzahl der Kindkranktage für das Jahr 2026 in § 45 Absatz 2a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Artikel 7 (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 47 SGB V. Bei der Berechnung des Verletztengeldes der gesetzlichen Unfallversicherung finden - von begünstigenden Maßgaben abgesehen - die Vorschriften für die Berechnung des Krankengeldes nach SGB V entsprechende Anwendung. Mit der Erweiterung des Verweises in § 47 Absatz 1 Satz 1 SGB VII auf den neuen § 47 Absatz 5 SGB V wird sichergestellt, dass für bestimmte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auch beim Verletztengeld eine übermäßige Belastung unterbleibt. Auch hierdurch wird die Grundfreiheit des Freizügigkeitsrechts von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in der Europäischen Union gestärkt.

Zu Artikel 8 (Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch)

Als Folgeänderung zur Anpassung von § 78a Absatz 5 Satz 6 SGB XI, auf den § 64k SGB XII verweist, ist § 64k SGB XII redaktionell anzupassen.

Zu Artikel 9 (Änderung der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 33)

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung der Einfügung von § 4a im Pflegeberufegesetz und der daraus resultierenden Änderungen in § 37 des Pflegeberufegesetzes.

Zu Nummer 2 (§ 37)

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung der Einfügung von § 4a im Pflegeberufegesetz und der daraus resultierenden Änderungen in § 37 des Pflegeberufegesetzes.

Zu Nummer 3 (§ 42)

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung der Einfügung von § 4a im Pflegeberufegesetz und der daraus resultierenden Änderungen in § 37 des Pflegeberufegesetzes.

Zu Nummer 4 (Anlage 5)

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung der Einfügung von § 4a im Pflegeberufegesetz und der daraus resultierenden Änderungen in § 37 des Pflegeberufegesetzes.

Zu Nummer 5 (Anlage 14)

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung der Einfügung von § 4a im Pflegeberufegesetz und der daraus resultierenden Änderungen in § 37 des Pflegeberufegesetzes.

Zu Artikel 10 (Änderung des Grundstoffüberwachungsgesetzes)

In § 19 wird der Verweis auf die Verordnung (EG) Nr. 273/2004 und die Verordnung (EG) Nr. 111/2005 an das zuletzt durch die Delegierte Verordnung (EU) 2025/1475 geänderte europäische Recht angepasst. Damit sind für die Strafvorschriften des § 19 die Verordnungen in der Fassung jeweils vom 21. Mai 2025 maßgeblich.

Mit der Delegierten Verordnung 2024/1331 wurde Natriumsalz von Isopropyliden (2-(3,4-methylenodioxiphenyl)acetyl)malonat (IMDPAM) als Stoff in die Kategorie 1 der Listen der erfassten Stoffe der Verordnungen in der Verordnung (EG) Nr. 273/2004 und der Verordnung (EG) Nr. 111/2005 aufgenommen. IMDPAM wird zur Herstellung von 3,4-Methylenodioxyphenylpropan-2-on verwendet, das wiederum ein Ausgangsstoff für 3,4-Methylenodioxymethamphetamin (MDMA), allgemein bekannt als „Ecstasy“, ist.

Ferner wurden sieben Ester von 2-Methyl-3-phenyl-2-oxirancarbonsäure (BMK-Glycidsäure) und sechs Ester von 3-(1,3-Benzodioxol-5-yl)-2-methyl-2-oxirancarbonsäure (PMK-Glycidsäure) jeweils als Stoff in die Kategorie 1 der Listen der erfassten Stoffe der Verordnungen aufgenommen. Diese Ester von BMK-Glycidsäure und PMK-Glycidsäure können als mögliche Ersatzstoffe für BMK-Glycidsäure und PMK-Glycidsäure bei der unerlaubten Herstellung von Drogen verwendet werden oder auch leicht in diese Stoffe umgewandelt werden. Diese Ester können leicht so konzipiert werden, dass die Kontroll- und Überwachungsmaßnahmen für BMK-Glycidsäure und PMK-Glycidsäure, die erfasste Stoffe der Kategorie 1 sind, vermieden werden.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Mit der Delegierten Verordnung (EU) 2025/1475 wurden die Stoffe 4-Piperidon und 1-Boc-4-piperidon in Anhang I der Verordnung (EG) Nr. 273/2004 und in den Anhang der Verordnung (EG) Nr. 111/2005 aufgenommen. Beide Stoffe sind geeignete Ausgangsstoffe für die unerlaubte Herstellung von Fentanyl und seiner Analoga.

Durch die Anpassung des Verweises werden die Strafvorschriften des § 19 auf den unerlaubten Umgang mit diesen Stoffen erstreckt. Mit der Änderung der Strafvorschriften im GÜG kann die missbräuchliche Abzweigung und Verwendung dieser Stoffe effektiver verhindert beziehungsweise verfolgt werden.

Zu Artikel 11 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

§ 14b sieht bereits Messungen der digitalen Reife der Krankenhäuser zum 30. Juni 2021 und zum 30. Juni 2024 vor. Um den Fortschritt der Modernisierungsbemühungen in den Krankenhäusern – auch und gerade im Kontext des Krankenhauszukunftsfonds – zu evaluieren, soll die dritte Messung der digitalen Reife auf den Stichtag des 1. März 2026 festgelegt werden. Hierdurch wird zudem sichergestellt, dass messbare Steigerungen der digitalen Reife im Rahmen des Deutschen Aufbau- und Resilienzplans sichtbar werden und für den Nachweis der Zielerreichung genutzt werden können. Die Festlegung eines weiteren Stichtags auf gesetzlicher Ebene macht die bisher in Satz 4 enthaltene Ermächtigung zur Festsetzung eines solchen Stichtags im Rahmen der Rechtsverordnung nach § 12 Absatz 3 entbehrlich; Satz 4 ist daher zu streichen.

Zu Artikel 12 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der dem Bundesamt für Soziale Sicherung in § 273 Absatz 7 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgegebenen Frist, bis zu der die Prüfungen nach § 273 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zum Abschluss zu bringen sind.

Durch die Neufassung des Satzes wird ausschließlich der Teilsatz nach dem Semikolon an die Vorgabe des § 273 Absatz 7 Satz 2 SGB V angepasst.

Zu Artikel 13 (Änderung des Mutterschutzgesetzes)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 2 Nummer 4, die die zum § 24i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgenommene Ergänzung auch in Bezug auf den Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld umsetzt.

Als Zuschuss zum Mutterschaftsgeld wird nach Absatz 1 Satz 2 der Unterschiedsbetrag zwischen 13 Euro und dem um die gesetzlichen Abzüge verminderten durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitsentgelt der letzten drei abgerechneten Kalendermonate vor Beginn der Schutzfrist vor der Entbindung gezahlt. Das um die gesetzlichen Abzüge verminderte durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt ist der Betrag, der nach Abzug der Steuern und der Beiträge zur Sozialversicherung verbleibt. In Sonderfällen, in denen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ihren Wohnsitz im Ausland haben und der von einem deutschen Arbeitgeber zu zahlende Zuschuss zum Mutterschaftsgeld auf Grund eines zwischen Deutschland und dem Ansässigkeitsstaat geschlossenen Doppelbesteuerungsabkommens im Ansässigkeitsstaat besteuert werden kann, kann es hier zu einer übermäßigen Belastung der den Arbeitgeberzuschuss erhaltenden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern kommen. Eine solche Situation entsteht dann, wenn zunächst in Deutschland die gewöhnlich anfallenden Steuern und Beträge rechnerisch bei der Ermittlung des Zuschusses zum Mutterschaftsgeld abgesetzt werden und zusätzlich der Ansässigkeitsstaat diesen netto berechneten deutschen Zuschuss zum Mutterschaftsgeld nach seinem nationalen Steuerrecht in die steuerliche Bemessungsgrundlage einbezieht. Zur Vermeidung einer solchen als doppelte Belastung wahrgenommenen Situation soll daher in diesen Sonderfällen die Berechnung des Zuschusses zum Mutterschaftsgeld nicht auf Grundlage des Nettoarbeitsentgelts, sondern auf Grundlage des nur um die Sozialversicherungsbeiträge verminderten Bruttoarbeitsentgelts, erfolgen. Mit der Änderung wird die Freizügigkeit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Europäischen Union gestärkt. Wenn der aus Deutschland gezahlte Zuschuss zum Mutterschaftsgeld nach den maßgebenden Vorschriften des Ansässigkeitsstaates dort nicht der Steuer unterliegt, fehlt es hingegen an einer übermäßigen Belastung und es verbleibt bei der Berücksichtigung aller gesetzlichen Abzüge nach Absatz 1 Satz 2. Dies gilt unter anderem auch, wenn im Ansässigkeitsstaat der deutsche Zuschuss zum Mutterschaftsgeld von der Besteuerung vollständig nach dem zugrundeliegenden Doppelbesteuerungsabkommen freigestellt wird.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Artikel 14 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2026 in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts anderes bestimmt ist.

Zu Absatz 2

Artikel 2 tritt am 1. Januar 2027 in Kraft. Damit wird die bundesrechtliche Regelung der Pflegefachassistenzausbildung im Rahmen des Pflegefachassistenzgesetzes im Elften Buch Sozialgesetzbuch nachvollzogen.

Zu Absatz 3

Die Teilnahme am automatisierten Übermittlungsverfahren nach § 55a des Elften Buches Sozialgesetzbuch zur Beitragssatzdifferenzierung in der sozialen Pflegeversicherung ist seit dem 1. Juli 2025 für alle beitragsabführenden Stellen und die Pflegekassen verpflichtend. Zahlstellen von Versorgungsbezügen nutzen seit Beginn des Verfahrens die Schnittstelle zur Datenstelle der Rentenversicherung. Dies wird mit dem Inkrafttreten der Änderung zu § 202 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch insofern klar gestellt.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Anlage 2

Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates (NKR) gem. § 6 Abs. 1 NKRG

Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (NKR-Nr. 7663, BMG)

Der Nationale Normenkontrollrat hat den Regelungsentwurf mit folgendem Ergebnis geprüft:

I Zusammenfassung

Bürgerinnen und Bürger	
Jährlicher Zeitaufwand (Entlastung):	rund -680 000 Stunden (rund -17 Mio. Euro)
Jährliche Sachkosten (Entlastung):	rund -1,4 Mio. Euro
Wirtschaft	
Jährlicher Erfüllungsaufwand (Entlastung):	rund -98,1 Mio. Euro
davon aus Bürokratiekosten:	*rund -58 Mio. Euro*
Einmaliger Erfüllungsaufwand:	rund 170 000 Euro
Verwaltung	
Bund	
Jährlicher Erfüllungsaufwand (Entlastung):	rund -39,9 Mio. Euro
Einmaliger Erfüllungsaufwand:	rund 240 000 Euro
Länder	
Jährlicher Erfüllungsaufwand (Entlastung):	rund -490 000 Euro
„One in, one out"-Regel	Im Sinne der „One in, one out"-Regel der Bundesregierung stellt der jährliche Erfüllungsaufwand der Wirtschaft in diesem Regelungsvorhaben ein „**Out**" von rund -98,1 Mio. Euro dar.
Weitere Kosten (Entlastung)	Den privaten Pflegeversicherungen entstehen jährliche Minderausgaben in Höhe von rund -11,5 Mio. Euro.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Digitaltauglichkeit (Digitalcheck)	Das Ressort hat Möglichkeiten zum digitalen Vollzug der Neuregelung (Digitaltauglichkeit) geprüft und hierzu insgesamt 19 Digitalchecks mit nachvollziehbarem Ergebnis durchgeführt.
Evaluierung	Das Vorhaben enthält gesetzliche Vorgaben zu Evaluierungen einzelner Regelungskomplexe.
Nutzen des Vorhabens	Das Ressort hat den Nutzen des Vorhabens im Vorblatt des Regelungsentwurfs wie folgt beschrieben: • Verbesserung der Rahmenbedingungen für die professionell Pflegenden sowie die pflegerische Versorgung der Bevölkerung • Verbesserung der Einbeziehung pflegender An- und Zugehöriger • Förderung von gemeinschaftlichen Wohnformen • Förderung von Ehrenamt und Selbsthilfestrukturen im Bereich der Pflege • Entlastung von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachpersonen • Bewältigung des Fachkräfteengpasses in der Pflege • Sicherung der Liquidität für Pflegeeinrichtungen

Regelungsfolgen

Der NKR begrüßt die mit dem Vorhaben beabsichtigte Entlastung der Normadressaten und die damit einhergehende Verringerung bei den Bürokratiekosten.

Die Darstellung der Regelungsfolgen ist nachvollziehbar und methodengerecht.

Digitaltauglichkeit

Positiv hervorzuheben ist die beabsichtigte Realisierung einer Digitaldividende in nicht unerheblichem Umfang.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

II Regelungsvorhaben

Mit dem Regelungsvorhaben soll den demografiebedingten Herausforderungen in der Pflege begegnet werden. U. a. sind folgende Maßnahmen vorgesehen:

Die Zahl der Pflichtberatungen von Pflegebedürftigen der Pflegestufen 4 und 5, die zu Hause gepflegt werden, wird von zwei auf eine Beratung pro Halbjahr reduziert.

Die vorgeschriebene Übermittlung der Dokumentation von Pflegeberatungen an die Pflegekassen, die privaten Pflegeversicherungsunternehmen und die Beihilfestellen soll zukünftig ausschließlich über ein elektronisches Portal (Online-Formular) erfolgen.

Vereinbarungsprozesse zwischen Leistungserbringern (ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) und Kostenträgern (Pflegeversicherungen) sollen erleichtert werden, indem Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen festgelegt werden.

Darüber hinaus wird das Regelungsvorhaben als Trägergesetz (Omnibus) für weitere Anpassungen aus dem Geschäftsbereich des Ressorts genutzt: U. a. wird die Versendung einer elektronischen Ersatzbescheinigung (Nachweis der Versicherteneigenschaft im Fall, dass Versicherte ihre elektronische Gesundheitskarte in einer Praxis nicht vorlegen können) direkt vom Versicherer an die Arztpraxis ermöglicht und das Vorliegen eines Heilberufs- bzw. Berufsausweises als Zugriffsvoraussetzung für das E-Rezept gestrichen.

III Bewertung

III.1 Erfüllungsaufwand

Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entstehen insgesamt eine **jährliche Zeitersparnis** in Höhe von rund **-680 000 Stunden** (**rund –17 Mio. Euro**[1]) sowie eine Einsparung bei den **jährlichen Sachkosten** in Höhe von rund **-1,4 Mio. Euro**.

[1] Für den Zeitaufwand der Bürgerinnen und Bürger nimmt der NKR einen Stundensatz von 25 Euro an.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zukünftig müssen Pflegebedürftige der Pflegestufen 4 und 5, die zu Hause gepflegt werden, nur noch einmal pro Halbjahr – statt wie bisher zweimal – eine Beratung abrufen. Das Ressort geht von 487 000 betroffenen Pflegeversicherten aus. Unter der Annahme, dass eine Beratung durchschnittlich eine halbe Stunde dauert und zwei Beratungen pro Jahr (eine pro Halbjahr) entfallen, geht das Ressort nachvollziehbar von einer jährlichen Einsparung von rund -487 000 Stunden aus.

Für die Antragstellung auf Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen (pro Jahr rund 41 000 Anträge mit einem Aufwand von jeweils zehn Minuten und Sachkosten von 1,30 Euro) entstehen insgesamt jährliche Sachkosten in Höhe von rund 50 000 Euro und ein Zeitaufwand im Umfang von rund 6 900 Stunden.

Gesetzlich Versicherte müssen in der Arztpraxis ihre elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis vorlegen. Können Sie das vor Ort nicht, werden sie ggf. nicht behandelt und müssen wiederkommen. Arztpraxen konnten bisher fakultativ telefonisch oder per Fax eine Ersatzbescheinigung bei den gesetzlichen Krankenkassen anfordern, um die geplante Behandlung trotz fehlender elektronischer Gesundheitskarte durchführen zu können. In geschätzt 600 000 Fällen jährlich haben Arztpraxen bisher von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht, in geschätzt 600 000 Fällen jährlich mussten Bürgerinnen und Bürger sich mit der elektronischen Gesundheitskarte wiedervorstellen. Durch die Einführung der Möglichkeit einer elektronischen Ersatzbescheinigung, die die Arztpraxen elektronisch anfordern können und die sofort automatisiert ohne weiteren Personalaufwand auf Seiten der Kassen versandt werden kann, entfallen für die Bürgerinnen und Bürger Wegekosten in Höhe von insgesamt rund 1,5 Mio. Euro (2,50 Euro in 600 000 Fällen jährlich) und Zeitaufwände von rund 200 000 (20 Minuten in 600 000 Fällen jährlich).

Wirtschaft

Das Ressort stellt für die Wirtschaft methodengerecht und nachvollziehbar eine **jährliche Entlastung** von im Saldo rund **-98,1 Mio. Euro** sowie **einmaligen Erfüllungsaufwand** in Höhe von rund **170 000 Euro** dar.

- Änderung der Beratungsintervalle für Pflegebedürftige

Zukünftig sind nur noch zwei Beratungstermine durchzuführen, zwei weitere Termine werden fakultativ gestellt. Dadurch werden spiegelbildlich Beratungspersonen beim Erfüllungsaufwand entlastet. Nach Angaben des Ressorts werden pro Beratung Fahrtkosten von durchschnittlich 3,10 Euro sowie Wegezeiten von durchschnittlich 20 Minuten eingespart. Ebenso entfällt der zeitliche Aufwand von durchschnittlich 30 Minuten für die Beratung selbst. Das Ressort geht von rund 487 000

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Pflegebedürftigen pro Jahr aus, die beraten werden müssen, und legt für die Beratungspersonen methodengerecht einen durchschnittlichen Stundensatz von 34,20 Euro Lohnkosten zugrunde. In der Summe ergibt sich eine jährliche Ersparnis von rund -30,8 Mio. Euro (487 000 betroffene Pflegebedürftige mit zwei Beratungen pro Jahr, die jeweils eine halbe Stunde dauern, wobei die Beratungsperson mit einem Stundensatz von 34,20 Euro eine Wegezeit von durchschnittlich 20 Minuten hat und Wegesachkosten von jeweils 3,10 Euro pro Beratung entstehen).

Das Ressort geht davon aus, dass die Beratungspersonen zukünftig die erforderlichen Angaben bereits während der Beratung im Online-Formular erfassen. Damit entfallen für die Beratungspersonen die Notwendigkeit der Nachbereitung zweier Beratungsgespräche (durchschnittlich 10 Minuten Zeitaufwand) sowie die Kosten, die bisher für die Versendung der Beratungsdokumentation an die gesetzlichen und privaten Pflegekassen und Beihilfestellen angefallen sind (durchschnittlich ein Euro pro Beratung für Porto und Papier). Die Einsparungen betragen rund -6,5 Mio. Euro jährlich (487 000 betroffene Pflegebedürftige mit zwei Beratungen pro Jahr, -10 Minuten Zeitaufwand für die Beratungsperson mit einem Stundensatz von 34,20 Euro, Porto und Papier ein Euro pro Beratung). Hierbei handelt es sich um eine Informationspflicht und damit um Bürokratiekosten, die sich verringern.

Auch die privaten Pflegeversicherungsunternehmen sollen durch das Regelungsvorhaben entlastet werden. Bisher mussten sie viermal im Jahr prüfen, ob die Beratungspflicht erfüllt worden ist. Zukünftig ist das nur noch zweimal im Jahr notwendig. Das Ressort geht von einer jährlichen Kostenersparnis von rund -620 000 Euro aus. .

- Elektronische Übermittlung der Beratungsdokumentation

Der Entwurf sieht die verpflichtende elektronische Übermittlung der Beratungsdokumentation durch die Beratungspersonen mittels eines Online-Formulars an die anerkannten Beratungsstellen der Pflegekassen, die privaten Versicherungsunternehmen und an die Beihilfestellen vor. Das Ressort geht davon aus, dass bisher für Nachbereitung (Anfertigung der Dokumentation und Versand) 10 Minuten aufgewendet werden mussten und Sachkosten (Papier und Porto) in Höhe von rund einem Euro anfielen. Durch das Online-Formular kann die Dokumentation der Beratung und der anschließende Versand bereits während bzw. am Ende des Beratungsgesprächs bei den Pflegebedürftigen stattfinden, so dass die Nachbereitungszeit entfällt. Laut Ressort werden jährlich rund 6,2 Mio. Beratungsgespräche durchgeführt. Durch die Neuregelung können damit geschätzt rund -37,3 Mio. Euro an Einsparungen von Bürokratiekosten realisiert werden (7,5 Mio. Beratungen mal -10 Minuten mal 34,20 Euro Lohnkosten je Stunde plus 7,5 Mio. Beratungen mal -1 Euro Portkosten).

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Auch die privaten Versicherungsunternehmen, die wie bisher Empfänger der künftig elektronisch übermittelten Beratungsdokumentation sind, sparen Kosten, da die bisherige Papierpost nicht mehr gescannt und verarbeitet werden muss. Ausgehend von einem entfallenden Zeitaufwand von 5 Minuten pro Fall und 195 000 Fällen pro Jahr nimmt das Ressort nachvollziehbar eine jährliche Entlastung von Bürokratiekosten in Höhe von rund 1 Mio. Euro an.

- Verfahrensleitlinien für Vergütungsverhandlungen

Die Einführung von Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen zwischen den Pflegeeinrichtungen und den Pflegeversicherungen führt zu Entlastungen in Höhe von rund -3,6 Mio. Euro. Für die Erarbeitung der Verfahrensleitlinien entsteht Einmalaufwand in Höhe von rund 15 000 Euro.

- Streichung des elektronischen Heilberufs- oder Berufsausweises als Zugriffsvoraussetzung für das E-Rezept

Zukünftig ist die Nutzung eines elektronischen Heilberufs- oder Berufsausweises nicht mehr Voraussetzung für einen Zugriff auf das E-Rezept. Dies war bisher für Leistungserbringende im Hilfsmittelbereich der einzige zwingende Grund dafür, sich mit einem solchen elektronischen Ausweis auszustatten. Bisher fielen für rund 71 000 Leistungserbringende im Hilfsmittelbereich jährliche Kosten in Höhe von 100 Euro an, die von den betroffenen Leistungserbringenden zur Hälfte selbst getragen werden mussten. Durch die Neuregelung sparen die Leistungserbringenden damit jährlich rund 3,6 Mio. Euro.

- Regelungen zur elektronischen Ersatzbescheinigung

Arztpraxen konnten bisher fakultativ telefonisch oder per Fax eine Ersatzbescheinigung bei den gesetzlichen Krankenkassen anfordern, um eine Behandlung trotz fehlender elektronischer Gesundheitskarte durchführen zu können. Durch die Einführung der Möglichkeit einer elektronischen Ersatzbescheinigung, die elektronisch angefordert und sofort automatisiert versandt werden kann, entfallen für die Arztpraxen Kosten in Höhe von rund 1,7 Mio. Euro.

- Sonstige Vorgaben

Aus weiteren Vorgaben für die Wirtschaft ergibt sich weiterer Erfüllungsaufwand von insgesamt jährlich rund 100 000 Euro und einmalig rund 160 000 Euro.

Verwaltung

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die Verwaltung wird nach Darstellung des Ressorts auf **Bundesebene (inklusive Sozialversicherung)** im Saldo um **jährlich** rund **-39,9 Mio. Euro entlastet,** auf **Landesebene** um **jährlich rund – 490 000**. Gleichzeitig entsteht auf Bundesebene **einmaliger Erfüllungsaufwand** in Höhe von **rund 240 000 Euro**.

Bund

- Änderung der Beratungsintervalle für Pflegebedürftige

Für die Beihilfestellen des Bundes ergeben sich spiegelbildliche Entlastungen durch die Verringerung der Anzahl der jährlichen Pflichtberatungen. So müssen die Beihilfestellen zukünftig nur noch zweimal im Jahr prüfen, ob die vorgeschriebenen Beratungen durchgeführt wurden, und die entsprechende Beratungsdokumentation verarbeiten. Das Ressort geht nachvollziehbar von einer Entlastung in Höhe von rund -100 000 Euro jährlich aus.

Auch die Pflegekassen (Sozialversicherung) werden durch das Regelungsvorhaben entlastet. Das Ressort geht nachvollziehbar von Einsparungen an Lohnkosten in Höhe von rund -4,6 Mio. Euro aus.

- Elektronische Übermittlung der Beratungsdokumentation

Die Beihilfestellen des Bundes mussten bisher für rund 54 000 ambulant betreute beihilfeberechtigte Personen jährlich zweimal die übermittelten Beratungsdokumentationen verarbeiten. Durch die elektronische Übermittlung bzw. Verarbeitung entfällt ein Zeitaufwand von 5 Minuten pro Fall, sodass das Ressort von einer jährlichen Entlastung von rund 250 000 Euro ausgeht.

Die Sozialversicherung profitiert ebenfalls von der zukünftig ausschließlich elektronischen Übersendung der Beratungsdokumentation. Bei rund 3,6 Mio. gesetzlich versicherten Pflegegeldbeziehenden, die zweimal jährlich zu beraten sind, fallen rund 7,2 Mio. Beratungsdokumentationen jährlich an. Ausgehend von einem entfallenden Zeitaufwand von 5 Minuten pro Fall nimmt das Ressort Einsparungen in Höhe von rund – 18 Mio. Euro an.

- Verfahrensleitlinien für Vergütungsverhandlungen

Weitere Entlastungen ergeben sich aus der Einführung von Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen zwischen den Pflegeeinrichtungen und den Pflegeversicherungen. Dadurch entsteht für die Sozialversicherung eine Entlastung in Höhe von rund – 12,9 Mio. Euro (Anwendung des zukünftig vereinfachten Vereinbarungsverfahrens in rund 23 000 Fällen jährlich mit einer Zeitersparnis von 12 Stunden auf Seiten der Sozialversicherung). Für die Erarbeitung von

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Verfahrensleitlinien für die Pflegesatzvereinbarungen nimmt das Res-sort einen einmaligen Erfüllungsaufwand von rund 30 000 Euro an.

- Anträge auf Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen

Für neue Leistungsanträge entsteht jährlicher Erfüllungsaufwand bei den Pflegekassen in Höhe von rund 720 000 Euro.

- Evaluierung von Daten zur pflegerischen Versorgung auf regionaler Ebene

Den Pflegekassen entsteht für die regelmäßige Evaluierung und Veröffentlichung von Daten ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 320 000 Euro.

- Streichung des elektronischen Heilberufs- oder Berufsausweises als Zugriffsvoraussetzung für das E-Rezept

Zukünftig ist die Nutzung eines elektronischen Heilberufs- oder Berufsausweises nicht mehr Voraussetzung für den Zugriff auf das E-Rezept. Spiegelbildlich spart die Sozialversicherung durch die Neuregelung jährlich rund 3,6 Mio. Euro.

- Elektronische Ersatzbescheinigung

Durch die Einführung der Möglichkeit einer elektronischen Ersatzbescheinigung entfallen spiegelbildlich für die Sozialversicherung Kosten in Höhe von rund 1,5 Mio. Euro jährlich.

- Sonstige Vorgaben

Durch weitere Vorgaben entsteht der Bundesverwaltung insgesamt einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 160 000 Euro und es ergibt sich eine jährliche Entlastung von -10 000 Euro.

Länder

Die zwei zukünftig entfallenden Pflichtberatungen bedingen Einsparungen bei den Beihilfestellen der Länder in Höhe von rund -120 000 Euro jährlich.

Die zukünftig elektronische Übermittlung der Beratungsdokumentation an die Beihilfestellen der Länder ergibt Einsparungen in Höhe von rund – 370 000 Euro.

III.2 Weitere Kosten

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Durch verschiedene im Entwurf vorgesehene Maßnahmen ergeben sich Minderausgaben für die Sozialversicherung, insbesondere bei den Neuregelungen zu gemeinschaftlichen Wohnformen[2]. Die Höhe dieser Einsparungen beträgt nach Schätzungen des Ressorts im Saldo - 328 Mio. Euro. Das Ressort geht nachvollziehbar davon aus, dass davon rund **-11,5 Mio. Euro an Entlastungen auf die privaten Pflegeversicherungen** entfallen. Die übrigen Entlastungen verortet das Ressort methodengerecht bei den Haushaltsausgaben.

III.3 Digitaltauglichkeit

Das Ressort hat Möglichkeiten zum digitalen Vollzug der Neuregelung (Digitaltauglichkeit) geprüft und hierzu 19 Digitalchecks für die einzelnen Regelungen mit nachvollziehbarem Ergebnis durchgeführt.

III.4 Evaluierung

Die gesetzlichen Regelungen enthalten Vorgaben zu Evaluierungen einzelner Regelungskomplexe. U.a. soll ermittelt werden, wie sich die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sowie in der ambulanten und stationären Pflege auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung auswirkt.

IV Ergebnis

Der NKR begrüßt die mit dem Vorhaben beabsichtigte Entlastung der Normadressaten und die damit einhergehende Verringerung bei den Bürokratiekosten. Positiv hervorzuheben ist die beabsichtigte Realisierung einer Digitaldividende in nicht unerheblichem Umfang.

Die Darstellung der Regelungsfolgen ist nachvollziehbar und methodengerecht.

2 Das Ressort geht u. a. davon aus, dass bei den gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung jährlich rund 7 200 Euro pro betroffener pflegebedürftiger Person gegenüber einer vollstationärer Unterbringung und rund 14 400 Euro pro betroffener Person gegenüber einer Betreuung in ambulanten Wohngruppen mit Sachleistungsbezug, Wohngruppenzuschlag, Entlastungsbetrag etc. eingespart werden können.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

1. August 2025

Lutz Goebel
Vorsitzender

Andrea Wicklein
Berichterstatterin für das Bundesministerium für Gesundheit

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.