

Arbeitsentwurf Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeversicherung (Pflegerreformgesetz)

A. Problem und Ziel

Auf der Basis der im Koalitionsvertrag für diese Legislaturperiode vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in der Pflege sowie der gesellschaftspolitischen Diskussion über die dafür notwendigen Schritte, sollen die Strukturen in der Pflege angepasst werden.

Gut ausgebildete, motivierte und engagierte Pflegekräfte sind das Rückgrat der beruflichen Pflege. Die pflegenden Angehörigen sind es in der Betreuung ihrer Pflegebedürftigen. Gerade auch mit Blick auf die demografische Entwicklung mit einer steigenden Zahl von zu Pflegenden sind mehr Menschen notwendig, um Pflegebedürftige beruflich und in der Familie pflegen und betreuen zu können.

Die von der Bundesregierung initiierte Konzentrierte Aktion Pflege (KAP) hat im Juni 2019 zahlreiche Maßnahmen und Aktivitäten beschlossen, um den Pflegeberuf attraktiv auszugestalten und Pflegekräfte gewinnen und halten zu können. Dazu gehören unter anderem die Möglichkeit, in der stationären Pflege mehr Stellen besetzen zu können sowie eine bessere Bezahlung der Pflegekräfte zu erreichen. Für Pflegeeinrichtungen soll eine Bezahlung nach Tarif Voraussetzung für die Zulassung durch einen Versorgungsvertrag werden.

Der bereits begonnene Prozess hin zu einem bundesweit einheitlichen Personalbeschungsverfahren in der vollstationären Pflege soll zudem konsequent fortgesetzt und ein Zeitplan für die schrittweise Umsetzung dieses wichtigen Instruments festgeschrieben werden. Darüber hinaus bedarf es der Schaffung der Voraussetzungen dafür, dass die Fachkompetenz der Pflegekräfte im Rahmen der pflegerischen Versorgung optimal eingesetzt werden kann und hier Wertschätzung und berufliche Motivation der in der Pflege Beschäftigten befördert werden können.

Um zu verhindern, dass die gesellschaftlich als notwendig angesehenen Maßnahmen bei immer mehr Pflegebedürftigen zu einer finanziellen Überforderung führen, ist es erforderlich neben einer Erhöhung und kontinuierlichen Anpassung der Leistungsbeträge, die pflegebedingten Eigenanteile in der stationären Versorgung zeitlich gestaffelt zu begrenzen. Die hierdurch ebenfalls bewirkte bessere Planbarkeit erleichtert es zudem, maßgeschneiderte Angebote der privaten Pflege und betrieblichen Pflegevorsorge wahrnehmen zu können.

Auch im ambulanten Bereich brauchen Pflegebedürftige und pflegende Angehörige mehr Unterstützung durch flexibel nutzbare Leistungen der Pflegeversicherung und eine verlässliche, jährliche Anhebung der Leistungsbeträge. Die Situation für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen soll deshalb erleichtert werden durch einen Gesamtbetrag für Kurzzeit- und Verhinderungspflege, die Sicherstellung, dass sie sich auf Wunsch neben der Abrechnung von Leistungskomplexen auch für eine Zeitvergütung entscheiden können sowie für die Möglichkeit einer finanziellen Unterstützung beim Einsatz von im Haushalt lebenden Betreuungspersonen.

Pflegebedürftige bedürfen vielfach in akuten gesundheitlichen Krisensituationen oder nach einer Krankenhausbehandlung einer besonders verlässlichen Unterstützung, die zu Hause nicht immer sofort sichergestellt werden kann. Die Kurzzeitpflege soll daher gestärkt und

durch eine Übergangspflege als Anschlussversorgung nach einem Krankenhausaufenthalt ergänzt werden.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollen künftig bei der Suche nach einer geeigneten Versorgung und nach freien Plätzen über eine digitale Plattform schnell und effizient unterstützt werden.

Für Pflegebedürftige, die nicht mehr zu Hause betreut werden können, die aber nicht in eine stationäre Pflegeeinrichtung gehen möchten, soll den Pflegekassen ermöglicht werden, mit Anbietern gemeinschaftlicher Wohnformen Verträge schließen zu können.

Die Umsetzung der Maßnahmen zur Entlastung der Situation der Pflegebedürftigen erfordert eine verlässliche Finanzierung sowie die Hebung von Effizienzreserven in der pflegerischen Versorgung. Deshalb sollen gesellschaftspolitische Aufgaben der Pflegeversicherung künftig aus allgemeinen Steuermitteln getragen werden. Gleichzeitig soll durch den gezielten Einsatz der geriatrischen Rehabilitation die Vermeidung oder die Verminderung von Pflegebedürftigkeit unterstützt werden. Durch weitere strukturelle Maßnahmen sollen Fehlentwicklungen beseitigt und die Versorgung effizienter gestaltet werden.

Die Finanzierung der Investitionskosten durch die hierfür zuständigen Länder soll verstetigt werden. Darüber hinaus soll bei Kinderlosen die im Jahr 2005 beabsichtigte Relation ihres Finanzierungsbeitrags zu dem allgemeinen Beitragssatz wiederhergestellt werden.

B. Lösung

Damit die Pflegeversicherung der Aufgabe auch weiterhin nachkommen kann, die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen angemessen zu unterstützen, angemessen entlohnte Pflegekräfte in dem benötigten Umfang und mit der erforderlichen Qualifikation die Pflegebedürftigen gut pflegen und betreuen zu können und die Pflegebedürftigen vor finanzieller Überforderung geschützt werden, sieht dieser Gesetzentwurf zahlreiche Maßnahmen vor:

Zur Stärkung der Attraktivität des Pflegeberufs und der Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege, müssen beruflich Pflegende künftig mindestens nach Tarif entlohnt werden. Gleichzeitig wird die Einführung eines bundesweit einheitlichen Personalbemessungsverfahrens für die vollstationäre Pflege gesetzlich verankert. Über die bereits eingeführte Finanzierung von zusätzlichen 13 000 Pflegefachkraftstellen (PpSG) und 20 000 Pflegehilfskraftstellen (GPVG) hinaus können zur schrittweisen Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens ab dem Jahr 2023 weitere Fach- und Hilfskraftstellen in der vollstationären Pflege vereinbart werden. Pflegefachpersonen wird die Übernahme von erweiterten Aufgaben in der Versorgung ermöglicht, um die Versorgung effizienter zu gestalten und die interprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern.

In der stationären Pflege erfolgt eine in Abhängigkeit von der Dauer der Pflege gestaffelte Reduzierung der pflegebedingten Eigenanteile. Das entlastet die Pflegebedürftigen und erleichtert darüber hinaus die Planbarkeit der im Pflegefall zu erwartenden Kosten und damit passgenaue Formen der privaten und betrieblichen Pflegevorsorge, die beide zudem gestärkt werden.

Eine zusätzliche Entlastung der Pflegebedürftigen erfolgt über eine verlässliche Finanzierung von Investitionskosten durch die dafür zuständigen Länder in Höhe von monatlich bis zu 100 Euro.

Darüber hinaus werden die Leistungsbeträge im Bereich der häuslichen Versorgung angehoben und sowohl in der stationären als auch der ambulanten Pflege ab 2023 regelhaft eine jährliche Anpassung vorgesehen.

Die häusliche Pflege wird ebenfalls gestärkt und pflegende Angehörige werden noch besser unterstützt. Für Kurzzeit- und Verhinderungspflege gibt es zukünftig einen gemeinsamen Jahresbetrag, der flexibel eingesetzt werden kann. Beim Anspruch auf Verhinderungspflege entfällt die sechsmonatige Vorpflegezeit. Der gemeinsame Jahresbetrag kann in vollem Umfang für längerfristige Verhinderungen eingesetzt werden. Bei teilstationärer Pflege wird der Kritik an den sogenannten „Stapelleistungen“ durch die Wiedereinführung von Anrechnungsregeln Rechnung getragen.

Um eine bessere Verfügbarkeit von Kurzzeitpflegeplätzen zu erreichen, werden verlässliche gesetzliche Rahmenbedingungen zur Sicherstellung wirtschaftlich tragfähiger Vergütungsvereinbarungen vorgegeben. Zudem wird eine Übergangspflegeleistung nach Krankenhausaufenthalt in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Das trägt zur Ausweitung des Angebots an temporärer vollstationärer Versorgung in Pflegeheimen und Krankenhäusern bei.

Sichergestellt wird, dass Pflegebedürftige über ihren Anspruch informiert werden, statt zum Beispiel einer Komplexleistungsvergütung eine Zeitvergütung mit dem Pflegedienst vereinbaren zu können. Im Rahmen des Zeitkontingents ist dann eine flexible Absprache über die jeweils erforderlichen Pflege- und Betreuungsleistungen möglich.

Geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen können eine wesentliche Rolle bei der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit oder ihrer Verminderung spielen. Zukünftig beteiligt sich die Pflegeversicherung an den der Gesetzlichen Krankenversicherung hierfür entstehenden Kosten für Versicherte ab dem 70. Lebensjahr.

Es hat sich gezeigt, dass pflegebedürftige Menschen zunehmend nach Alternativen zur klassischen häuslichen oder vollstationären Versorgung suchen. Über die bereits gesetzlich verankerten Maßnahmen hinaus wird deshalb für gemeinschaftliche Wohnformen erstmals der Abschluss von entsprechenden vertraglichen Vereinbarungen durch die Pflegekassen ermöglicht und durch die Einführung eines eigenen Leistungstatbestands, der auch einen gesonderten Zuschlag vorsieht, dafür gesorgt, dass diesen zukunftsweisenden Versorgungsformen besser als bisher Rechnung getragen wird.

Für den Einsatz von im Haushalt lebenden Betreuungspersonen erhalten die Länder die Möglichkeit, durch Rechtsverordnung die Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung in der häuslichen Betreuung zu regeln.

Die Instrumente der Qualitätssicherung werden weiterentwickelt, um aktuellen Entwicklungen in der Versorgung, etwa in der Kurzzeitpflege und bei den gemeinschaftlichen Wohnformen, gerecht zu werden und die Vorsorge für Krisensituationen wie eine pandemische Notlage zu stärken.

Ergänzend zu bereits in anderen Gesetzen verankerten diversen Maßnahmen zur Nutzung digitaler Technik in der Pflege wird klargestellt, dass Pflegekurse auch digital durchgeführt werden können und auch die Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts und der Selbsthilfe digitaler Maßnahmen offen steht.

Zur Unterstützung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen bei der Suche nach geeigneten Pflegeangeboten und Leistungen werden die Landesverbände der Pflegekassen verpflichtet, eine digitale Informationsplattform aufzubauen und zu betreiben.

Weitere Änderungen betreffen die Regelung zum Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Deren Inhalte werden neu strukturiert und systematisiert, verfahrens- und leistungsrechtlich voneinander getrennt sowie übersichtlicher und adressatengerechter aufbereitet. Zudem werden aus Gründen der Rechtssicherheit Anpassungen vorgenommen und die Regelung um weitere Vorgaben ergänzt.

Durch den Ausbau intergenerativer Elemente sowie die Stärkung der privaten und betrieblichen Vorsorge wird die Nachhaltigkeit und Demografiefestigkeit der Pflegeversicherung gesichert. Dazu wird die Ansparphase des Pflegevorsorgefonds bis zum Jahr 2050 zeitlich deutlich verlängert, der Beitragszuschlag für Kinderlose angehoben, die staatliche Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge deutlich erhöht und ergänzend neue Vorsorgeprodukte gefördert, die auf die Deckung der verbleibenden Eigenanteile insbesondere bei stationärer Pflege zielen. Die Möglichkeiten zur Kooperation von Kranken- und Pflegekassen

mit Angeboten privater Kranken- und Pflegezusatzversicherungen werden ausgebaut. Der Ansatz der betrieblichen Pflegevorsorge wird erweitert, indem entsprechende betriebliche Lösungen künftig ähnlich staatlich gefördert werden wie die betriebliche Altersvorsorge.

Mit der Pflegereform werden Maßnahmen kombiniert, die die Effizienz der Versorgung erhöhen, Fehlentwicklungen zum Beispiel bei der Tagespflege und bei der stundenweisen Inanspruchnahme der Verhinderungspflege beseitigen sowie die Generationengerechtigkeit und die private Vorsorge stärken.

Die Pflegeversicherung leistet im Rahmen der sozialen Absicherung elementarer Lebensrisiken einen wichtigen Beitrag. Wie andere Sozialversicherungszweige erbringt sie Leistungen, deren Finanzierung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. Deshalb übernimmt der Bund, wie für Zeiten der Kindererziehung, künftig die Beitragszahlungen an die Rentenversicherung für die Menschen, die ihre Angehörigen pflegen. Ein pauschaler Bundeszuschuss trägt zur Finanzierung weiterer gesamtgesellschaftlicher Aufgaben wie der Vermeidung von Überforderung durch zu hohe Eigenanteile als notwendige Begleitmaßnahme zur Grundabsicherung im Alter, der beitragsfreien Versicherung von Kindern und nicht erwerbstätigen Partnern sowie dem Pflegeunterstützungsgeld bei.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Gemeinden

Für den Bund ergeben sich aus der Erstattung der Aufwendungen für die Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen und dem pauschalen Beitrag zur Beteiligung an weiteren gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 2021 Mehrausgaben von 1,3 Milliarden Euro und ab dem Jahr 2022 Mehrausgaben in der Größenordnung von rund 5,1 Milliarden Euro. Zusätzlich ergeben sich für die erhöhte Pflegevorsorgezulage bei unterstellten 0,5 Millionen zusätzlichen Versicherungsverträgen und einer durchschnittlichen Förderung von monatlich 9 Euro für Alt und Neuverträge Mehrausgaben von rund 90 Millionen Euro. Es ist zu vermuten, dass sich diese Mehrausgaben erst allmählich aufbauen. Zusätzlich ergeben sich steuerliche Mindereinnahmen aus Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Pflegevorsorge von 0,5 Milliarden Euro.

Für die Länder ergeben sich aus dem Zuschuss zu den Investitionskosten vollstationär versorgter Pflegebedürftiger jährliche Mehrausgaben von 0,94 Milliarden Euro.

Für die Sozialhilfeträger ergeben sich aus der Begrenzung der Eigenanteile im vollstationären Bereich entsprechend dem Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege an der Zahl der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen von knapp 30 Prozent unter Berücksichtigung der anteiligen Kosten für die Tariflohnzahlung und den zweiten Schritt der Umsetzung des Personalbemessungskonzepts jährliche Minderausgaben in der Größenordnung von 0,36 Milliarden Euro.

Für Bund, Länder und Gemeinden ergeben sich im Bereich der Beihilfe jährliche Mehrausgaben von rund 0,18 Milliarden Euro.

2. Gesetzliche Krankenversicherung

Für die gesetzliche Krankenversicherung ergeben sich aufgrund der hälftigen Erstattung von Aufwendungen durch die soziale Pflegeversicherung für Leistungen der geriatrischen Rehabilitation bei ab 70-Jährigen jährliche Minderausgaben von rund 0,14 Milliarden Euro

und aus der verpflichtenden Entlohnung der Pflegekräfte in tarif vertraglicher Höhe im Bereich der häuslichen Krankenpflege jährliche Mehrausgaben von rund 0,2 Milliarden Euro. Zusätzlich ergeben sich Mindereinnahmen aus der Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Pflegevorsorge von 0,26 Milliarden Euro.

3. Soziale Pflegeversicherung

Für die soziale Pflegeversicherung ergeben sich aus den Leistungsverbesserungen dieses Gesetzes mittelfristig jährliche Mehrausgaben von 6,3 Milliarden Euro, denen Minderausgaben aus kostensenkenden Maßnahmen in Höhe von 3,9 Milliarden Euro gegenüberstehen. Hinzu kommen Mindereinnahmen aus der Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Pflegevorsorge von 0,05 Milliarden Euro. Wegen des unterschiedlichen Inkrafttretens der einzelnen Maßnahmen fallen sowohl die Mehrausgaben als auch die Minderausgaben im Jahr 2021 und teilweise auch im Jahr 2022 geringer aus. Aus dem pauschalen Beitrag des Bundes zur Beteiligung an den gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der sozialen Pflegeversicherung ergeben sich ab dem Jahr 2022 Mehreinnahmen von 2,5 Milliarden Euro. Langfristig steigen die Finanzwirkungen der Maßnahmen mit der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen beziehungsweise der Preisentwicklung im Pflegesektor. Aus der Anhebung des Kinderlosenzuschlags erhält der Pflegevorsorgefonds jährliche Mehreinnahmen von rund 0,4 Milliarden Euro.

4. Gesetzliche Rentenversicherung

Es ergeben sich Mindereinnahmen aus der Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Pflegevorsorge von 0,31 Milliarden Euro.

5. Arbeitslosenversicherung

Es ergeben sich Mindereinnahmen aus der Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Pflegevorsorge von 0,04 Milliarden Euro.

E. Erfüllungsaufwand

Die Bürgerinnen und Bürger werden um etwa 0,3 Milliarden Euro entlastet; der Betrag über trifft die Belastungen um ein Vielfaches. Die Wirtschaft wird jährlich um etwa 1,8 Millionen Euro belastet, die einmalige Belastung beträgt 33,6 Millionen Euro. Dem stehen Entlastungen in Höhe von 34 000 Euro gegenüber. Der jährliche Erfüllungsaufwand für die Verwaltung beträgt etwa 30 Millionen Euro; der einmalige Erfüllungsaufwand liegt bei etwa 1 Million Euro. Die Entlastung für die Verwaltung beläuft sich auf 11 000 Euro.

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Die Bürgerinnen und Bürger werden durch die höheren Leistungen im Rahmen der Regelung für im Haushalt lebende Betreuungspersonen um 325 Millionen Euro entlastet. Diese Regelung bringt auch Belastungen in Höhe von etwa 200 000 Euro und einen jährlichen

Zeitaufwand von etwa 100 000 Stunden mit sich. Aus der Absenkung des Leistungsbetrages für teilstationäre Pflege (§ 41 SGB XI) um 50 Prozent bei Zusammentreffen mit ambulanten Leistungen ergibt sich für die Bürger zusätzlicher Zeitaufwand von 27 500 Stunden aus der Änderung von Daueraufträgen.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Die Wirtschaft wird jährlich um etwa 1,8 Millionen Euro belastet, davon 740 000 Euro für die Übergangspflege nach einem Krankenhausaufenthalt, etwa 450 000 Euro für die Schaffung des Informationsportals zu freien Plätzen und Angeboten in der Pflege und etwa 278 000 Euro für die Erhöhung der ambulanten Leistungsbeträge. Die einmalige Belastung beträgt 33,6 Millionen

Euro, davon knapp 20 Millionen Euro im Zusammenhang mit dem Gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege und etwa 10,6 Millionen Euro für die Entwicklung eines Krisenkonzeptes. Dem stehen Entlastungen in Höhe von 558 000 Euro gegenüber, überwiegend durch den Wegfall des jährlich durchgeführten Nachweisverfahrens für die Bezahlung von Gehältern in der Pflege.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

[...]

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Der jährliche Erfüllungsaufwand für die Verwaltung beträgt etwa 33 Millionen Euro; der einmalige Erfüllungsaufwand liegt bei etwa 1 Million Euro. Die Entlastung für die Verwaltung beläuft sich auf 701 000 Euro, überwiegend durch den Wegfall des jährlich durchgeführten Nachweisverfahrens für die Bezahlung von Gehältern in der Pflege.

F. Weitere Kosten

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich entsprechend ihrem Anteil an den Pflegebedürftigen unter Berücksichtigung der Beihilfetarife jährliche Mehrausgaben von rund 0,18 Milliarden Euro.

Aus den Maßnahmen des Gesetzes ergeben sich keine Auswirkungen auf das Preisniveau und auch keine nennenswerten Auswirkungen auf Einzelpreise im Pflegebereich.

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeversicherung (xxx –
xxx)

Vom ...

Der Bundestag hat **mit Zustimmung des Bundesrates** das folgende Gesetz beschlossen:

Inhaltsübersicht

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Artikel 2 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Artikel 3 Änderung des Einkommensteuergesetzes

Artikel 4 Änderung der Sozialversicherungsentgeltverordnung

Artikel 5 Inkrafttreten

Artikel 1

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**

311 der Verordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328)/ Änderung durch Art. 1 G v. 14.10.2020 I 2115 (Nr. 46) textlich nachgewiesen, dokumentarisch noch nicht abschließend bearbeitet geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) Nach der Angabe zu § 39c wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 39d Übergangspflege im Krankenhaus“.

b) Nach der Angabe zu § 64c wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 64d Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um die selbständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachpersonen“.

c) Nach der Angabe zu § 132l wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 132m Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus“.

2. § 33 Absatz 5a Satz 3 wird wie folgt geändert:

a) Die Angabe „§ 18 Absatz 6a“ wird durch die Angabe „§§ 18 Absatz 6a und 40 Absatz 6“ ersetzt.

b) Das Wort „ist“ wird durch das Wort „sind“ ersetzt.

3. § 37 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2a wird Satz 1 durch folgende Sätze ersetzt:

„Die gesetzliche Krankenversicherung beteiligt sich an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem jährlichen Pauschalbetrag in Höhe von 640 Millionen Euro, der an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung zu leisten ist. Die Zahlung erfolgt anteilig quartalsweise.“

b) Nach Absatz 7 werden folgende Absätze 8 bis 10 angefügt:

„(8) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 Rahmenvorgaben zur Dauer und Häufigkeit der einzelnen nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 verordnungsfähigen Maßnahmen, über deren Durchführung entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen in der Regel selbst bestimmen können, sowie Vorgaben zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch den Leistungserbringer über die erbrachten Maßnahmen sowie zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes.“

(9) Zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens für die im Rahmen einer Versorgung nach Absatz 8 erbrachten Leistungen erheben die Krankenkassen die Ausgaben arztbezogen sowie versichertenbezogen in pseudonymisierter Form. Sie übermitteln diese Angaben nach Durchführung der Abrechnungsprüfung dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der diese Daten für den Zweck der nach Absatz 10 durchzuführenden Evaluierung kassenartenübergreifend zusammenführt und diese Daten dem für den Zweck der Durchführung dieser Evaluierung nach Absatz 10 Satz 2 beauftragten unabhängigen Dritten übermittelt. Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren der Pseudonymisierung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

(10) Drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen nach Absatz 8 evaluieren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer unter Berücksichtigung der nach Absatz 9 erhobenen Daten insbesondere die mit der

Versorgung nach Absatz 8 verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der häuslichen Krankenpflege, die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung nach Absatz 8 sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität. Die Evaluierung hat durch einen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer gemeinsam zu beauftragenden unabhängigen Dritten zu erfolgen.“

4. Nach § 39c wird folgender § 39d eingefügt:

Übergangspflege im Krankenhaus

Können im unmittelbaren Anschluss an eine Behandlung im Krankenhaus erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch nicht oder nur unter unzumutbarem Aufwand erbracht werden, erbringt die Krankenkasse Leistungen der Übergangspflege im dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist. Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung, Leistungen zur Frührehabilitation, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, pflegerische Versorgung, ein Entlassmanagement sowie Unterkunft und Verpflegung. Ein Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus besteht für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung. Das Vorliegen der Voraussetzungen einer Übergangspflege ist vom Krankenhaus im Einzelnen nachprüfbar zu dokumentieren. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren bis zum [Einsetzen: letzter Tag des dritten Monats nach dem Inkrafttreten] das Nähere zur Dokumentation nach Satz 4. Kommt die Vereinbarung nach Satz 5 nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen den Inhalt der Vereinbarung fest.“

5. Nach § 64c wird folgender § 64d eingefügt:

„§ 64d

Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um die selbständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachpersonen

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen führen gemeinsam in jedem Bundesland jeweils ein Modellvorhaben nach § 63 zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachpersonen nach dem Pflegeberufegesetz 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. Die Spitzenorganisationen nach § 132a Absatz 1 Satz 1 und die Kassenärztliche Bundesvereinigung legen in einem Rahmenvertrag die Einzelheiten fest. Der Bundespflegekammer und den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(2) In dem Rahmenvertrag nach Absatz 1 Satz 4 ist insbesondere folgendes festzulegen:

1. ein Katalog der ärztlichen Tätigkeiten, die von Pflegefachpersonen nach Absatz Satz 1 unter Berücksichtigung der von der Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz entwickelten, standardisierten Module nach § 14 Absatz 4 Pflegeberufegesetz selbständig durchgeführt werden können,

2. Anforderungen an die hierfür erforderliche Qualifikation der Pflegefachpersonen unter Berücksichtigung der von der Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz entwickelten, standardisierten Module nach § 14 Absatz 4 Pflegeberufegesetz,
3. einheitliche Vorgaben zur Abrechnung und Maßnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit,
4. Rahmenvorgaben für die interprofessionelle Zusammenarbeit.

Im Fall der Nichteinigung wird der Inhalt des Rahmenvertrages durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten auf Antrag einer der Vertragspartner oder des Bundesministeriums für Gesundheit festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

(3) Die Modellvorhaben sind längstens auf vier Jahre zu befristen. § 65 gilt mit der Maßgabe, dass der Evaluationsbericht einen Vorschlag zur Übernahme in die Regelversorgung enthalten muss. Nach Ablauf der Befristung und bis zur Vorlage des Evaluationsberichts können die Beteiligten nach Absatz 1 Satz 1 das Modell auf Grundlage eines Vertrages nach § 140a fortführen. Enthält der Bericht einen Vorschlag, der die Übernahme empfiehlt, können die Beteiligten nach Absatz 1 Satz 1 das Modell im Rahmen eines Vertrages nach § 140a fortführen.“

6. § 87 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 5 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die für eine Verordnung nach § 37 Absatz 8 zu verwendenden Vordrucke und Nachweise so zu gestalten, dass sie von den übrigen Verordnungen nach § 37 zu unterscheiden sind.“

b) Der neue Satz 8 wird aufgehoben.

7. In § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 wird das Wort „und“ durch ein Komma und in Nummer 6 der Punkt durch das Wort „und“ ersetzt und wird folgende Nummer 7 angefügt:

„7. Maßnahmen zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit der im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 erbrachten Leistungen.“

8. Nach § 132l wird folgender § 132m eingefügt:

„§ 132m

Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land Verträge über die Erbringung von Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39d. Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartner innerhalb von drei Monaten festgelegt.“

Artikel 2

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 5 des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) Die Angabe zu § 7b wird wie folgt gefasst:

„§ 7b Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine“.

b) Nach der Angabe zu § 7c wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 7d Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten“.

c) Die Angabe zum Zweiten Kapitel wird wie folgt gefasst:

„Zweites Kapitel

Leistungsberechtigter Personenkreis, Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, Berichtspflichten

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

§ 16 Verordnungsermächtigung

§ 17 Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen § 18

Beauftragung der Begutachtung

§ 18a Begutachtungsverfahren

§ 18b Gutachten

§ 18c Entscheidung der Pflegekasse

§ 18d Berichtspflichten

§ 19 Begriff der Pflegepersonen“

d) Die Angabe zu § 30 wird wie folgt gefasst:

„§ 30 Dynamisierung“.

e) Die Angabe zu § 39 wird wie folgt gefasst:

„§ 39 Ersatzpflege bei Verhinderung der Pflegeperson“.

f) Nach der Angabe zu § 42 werden folgende Angaben eingefügt:

„Dritter Titel

Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege

§ 42a Gemeinsamer Jahresbetrag“.

g) Folgende Angaben des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels werden neu gefasst:

aa) Im bisherigen Dritten Titel wird das Wort „Dritter“ durch das Wort „Vierter“ ersetzt.

bb) Im bisherigen Vierten Titel wird das Wort „Vierter“ durch das Wort „Fünfter“ ersetzt.

cc) Im bisherigen Vierten Titel wird das Wort „Fünfter“ durch das Wort „Sechster“ ersetzt.

h) Nach der Angabe zu § 43b werden folgende Angaben eingefügt:

„Siebter Titel
Pflegebedingter Eigenanteil

§ 43c Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils“.

i) Die Angaben zum Fünften Abschnitt des Vierten Kapitels werden wie folgt geändert:

aa) Die Angabe zum Fünften Abschnitt wird wie folgt gefasst:

„Fünfter Abschnitt

Angebote zur Unterstützung im Alltag, Förderung des Ehrenamtes und niedrigschwelliger Unterstützungsstrukturen in der Pflege sowie weitere Leistungen bei häuslicher Pflege“.

bb) Nach der Angabe zum Fünften Abschnitt wird folgende Angabe eingefügt: „Erster

Unterabschnitt

Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlungsanspruch und Entlastungsbetrag“.

cc) Nach der Angabe zu § 45b wird folgende Angabe eingefügt:

„Zweiter Unterabschnitt

Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, des Ehrenamtes und der Selbsthilfe in der Pflege sowie der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken“.

dd) Nach der Angabe zu § 45d werden folgende Angaben eingefügt: „§ 45e

Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken

Dritter Unterabschnitt

Unterstützung in der häuslichen Betreuung und andere Leistungen bei häuslicher Pflege

§ 45f Unterstützung in der häuslichen Betreuung, Verordnungsermächtigung

§ 45g Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen“.

j) Die Angabe zum Sechsten Abschnitt des Vierten Kapitels wird wie folgt gefasst: „Sechster

Abschnitt

Gemeinschaftliche Wohnformen zur pflegerischen Versorgung“.

k) Die Angaben zu den bisherigen §§ 45e und 45f werden wie folgt gefasst: „§ 45h

Verträge zu gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung

§ 45i Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung

§ 45j Evaluation gemeinschaftlicher Wohnformen zur pflegerischen Versorgung“.

l) Die Angabe zum Dritten Abschnitt des Sechsten Kapitels wird wie folgt gefasst: „Dritter

Abschnitt

Bundesmittel“.

m) Nach der Angabe zum Dritten Abschnitt des Sechsten Kapitels werden folgende Angaben eingefügt:

„§ 61a Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

§ 61b Erstattung der Aufwendungen für Rentenversicherungsbeiträge“.

n) Die Angaben zum bisherigen Dritten und bisherigen Vierten Abschnitt des Sechsten Kapitels werden die Angaben zum Vierten und Fünften Abschnitt des Sechsten Kapitels.

o) Nach der Angabe zu § 82b wird die folgende Angabe zu § 82c eingefügt: „§ 82c

Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen“.

p) Nach der Angabe zu § 88 wird folgende Angabe zu § 88a eingefügt: „§ 88a

Wirtschaftlich tragfähige Vergütung für Kurzzeitpflege“.

q) Die Angabe zu § 113a wird wie folgt gefasst:

„§ 113a Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“.

r) Die Angabe zu § 122 wird gestrichen.

s) Nach der Angabe zu § 125 wird folgende Angabe zu § 125a eingefügt: „§ 125a

Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege“.

t) Die Überschrift des vierzehnten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Vierzehntes Kapitel Pflegevorsorge“.

u) Nach der Überschrift wird die Angabe eingefügt:

„Erster Abschnitt Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge“.

v) Nach § 130 werden folgende Angaben eingefügt:

„Zweiter Abschnitt Förderung der betrieblichen Pflegevorsorge

§ 130a Betriebliche Pflegevorsorge“.

w) Die Angabe zu § 142 wird gestrichen.

x) Die Angabe zu § 147 wird wie folgt gefasst:

„§ 147 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach §§ 18 bis 18c“.

y) Nach der Angabe zu § 150a wird folgende Angabe zu § 150b eingefügt: „§ 150b

Beteiligung an den Aufwendungen des Bundes für Schutzausrüstung“.

2. § 7 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 nach Satz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Pflegekassen haben die Versicherten frühzeitig und regelmäßig über die Möglichkeit des Abschlusses privater Pflegezusatzversicherungen zu informieren; dies schließt die Information über das Angebot einer Vermittlung ein, wenn die Satzung eine Bestimmung gemäß § 47 Absatz 2 enthält.“

b) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 wird die Angabe „§ 18a Absatz 1“ durch die Angabe „§ 18c Absatz 4“ ersetzt.

3. § 7b wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 7b

Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine“.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Pflegekasse hat dem Versicherten unmittelbar nach Eingang eines erst maligen Antrags auf Leistungen nach diesem Buch oder des erklärten Bedarfs einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder weiterer Anträge auf Leistungen nach den §§ 36 bis 38, 40 Absatz 1 und Absatz 3 bis 5, §§ 41, 43, 44a, 45, 45g, 87a Absatz 2 Satz 1 und § 115 Absatz 4 entweder

1. unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, oder

2. einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten der Pflegekasse innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann; § 7a Absatz 4 Satz 5 ist entsprechend anzuwenden.“

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Bei der erstmaligen Beantragung von Leistungen nach §§ 38a, 40 Absatz 2, §§ 39 sowie 42 in Verbindung mit § 42a, nach § 45a Absatz 4, § 45b und § 45f finden die Sätze 1 bis 3 mit der Maßgabe Anwendung, dass außerdem ausdrücklich auf die Möglichkeiten des individuellen Versorgungsplans nach § 7a hinzuweisen und über dessen Nutzen aufzuklären ist.“

4. Nach § 7c wird folgender § 7d angefügt:

„§ 7d

Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsleistungsangeboten

(1) Zur Unterstützung von pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen haben die Landesverbände der Pflegekassen ab dem 1. Januar 2023 für ihr jeweiliges Land ein barrierefreies elektronisches Informationsportal zu pflegen, zu betreiben und für die Nutzung im Internet öffentlich zur Verfügung zu stellen. In dem Informationsportal sind verständlich und übersichtlich allgemeine Informationen zur Pflegeversicherung für pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen sowie

1. tagesaktuelle Informationen zu frei verfügbaren Angeboten von allen nach § 72 Absatz 1 zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen so wie ambulanten Betreuungsdiensten nach § 71 Absatz 1a,

2. Informationen über Beratungs- und Schulungsangebote nach §§ 7c und 45 sowie

3. auf Antrag der jeweiligen Stellen Informationen über Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a, zu weiteren Angeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind, insbesondere für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen in Betracht kommende gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative und sonstige medizinische sowie pflegerische und soziale Hilfs- und Unterstützungsangebote, Angebote der für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe sowie Angebote von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen im Sinne von § 45c Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 aufzunehmen.

Die Landesverbände der Pflegekassen sind verpflichtet, die Stellen nach Satz 2 Nummer 3 über die Möglichkeit zur Aufnahme in das Informationsportal zu informieren. Die Stellen nach Satz 2 Nummer 3 können bei den jeweiligen Landesverbänden der Pflegekassen die Aufnahme in das Informationsportal beantragen. Über die Aufnahme entscheiden die jeweiligen Landesverbände der Pflegekassen; der Aufnahme ist zuzustimmen, wenn es sich um qualitätsgesicherte Angebote handelt. Über die Aufnahme von Angeboten, die im Zuständigkeitsbereich mehrerer Landesverbände

der Pflegekassen oder die ausschließlich im Internet angeboten werden, entscheidet der Landesverband der Pflegekassen des Sitzlandes.

(2) Das Informationsportal enthält Name, postalische Adresse, Internetadresse, Zeiten der Erreichbarkeit und Telefonnummer der in Absatz 1 genannten Einrichtungen; bei den Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 auch die Information zu frei verfügbaren Angeboten. Das Informationsportal soll eine Umkreissuche nach Wohnort und Postleitzahl mit einem individuell einstellbaren Radius ermöglichen.

(3) Die Landesverbände der Pflegekassen können zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 gemeinsame Informationsportale oder ein gemeinsames Informationsportal für alle Länder bestimmen. Das Informationsportal oder die Informationsportale sind so zu gestalten, dass darüber auch die weiteren Informationen, zu deren Veröffentlichung im Internet die Landesverbände der Pflegekassen gemäß diesem Gesetz verpflichtet sind, zugänglich gemacht werden können.

(4) Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Einrichtungen sind nach Aufnahme in das Informationsportal verpflichtet, Änderungen ihrer dort veröffentlichten Informationen unverzüglich an das Informationsportal zu übermitteln. Die in Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 genannten Einrichtungen sind verpflichtet, dem Informationsportal ab dem 1. Januar 2023 tagesaktuell die Angaben zu den bei ihnen frei verfügbaren Angeboten zu übermitteln.

(5) Für die Übermittlung der Daten nach Absatz 4 Satz 2 sind ausschließlich elektronische Verfahren zu nutzen. Die Landesverbände der Pflegekassen legen Einzelheiten zum Meldeverfahren und zum Aufbau des Informationsportals im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Landesebene bis zum 31. Mai 2022 fest; bestimmen die Landesverbände gemäß Absatz 3 ein gemeinsames Informationsportal für alle Länder, erfolgt die Festlegung im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene.

(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit alle zwei Jahre, erstmals zum 30. Juni 2023, einen Bericht vor. Der Bericht enthält

Informationen über den Aufbau des oder der Informationsportale, Anwendungserfahrungen und Vorschläge zur Weiterentwicklung der Informationsportale oder des Informationsportals. Das Bundesministerium für Gesundheit leitet den Bericht an den Deutschen Bundestag weiter.“

5. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „nach Absatz 3“ durch die Wörter „des Ausgleichs fonds der Pflegeversicherung“ und wird die Angabe „§ 113b Absatz 4“ durch die Angabe „§ 113b Absatz 4 und 4a“ ersetzt.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Absatz 5 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“

b) Absatz 6 wird aufgehoben.

c) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Förderfähig sind

1. individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind,

2. die Entwicklung von Konzepten für mitarbeiterorientierte und lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung,

3. die Entwicklung von Konzepten zur Rückgewinnung von Pflege- und Betreuungspersonal und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung so wie

4. Schulungen und Weiterbildungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf sowie zu den unter Ziffer 2 und Ziffer 3 genannten Themen.“

bb) In Satz 10 wird nach dem Wort „Bundesebene“ ein Komma und das Wort „erst mals“ eingefügt und nach der Datumsangabe „31. März 2019“ ein Komma eingefügt.

d) In Absatz 8 Satz 1 wird die Angabe „2021“ durch die Angabe „2023“ ersetzt. e) In

Absatz 9 wird Satz 2 aufgehoben.

6. § 9 wird wie folgt gefasst:

„§ 9

Aufgaben der Länder

(1) Die Länder sind verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur.

(2) Zur Unterstützung der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen bei der Tragung der ihnen von den Pflegeeinrichtungen berechneten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen nach § 82 Absatz 3 und 4 gewähren die Länder für jede vollstationär

versorgte pflegebedürftige Person einen monatlichen Zuschuss zu den Investitionskosten in Höhe von 100 Euro. Dazu zahlen die Länder auf der Basis der in der Pflegestatistik nach § 109 für jedes Land ausgewiesenen Zahl der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflegeversicherung den Gesamtbetrag der Zuschüsse in vierteljährlichen Raten zum 15. Februar, 15. Mai, 15. August und 15. November des Jahres an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung. Sieben Prozent dieser von den Ländern gezahlten Gesamtbeträge werden aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung innerhalb von zehn Werktagen nach Eingang der Zahlungen aller Länder an den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. überwiesen. Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. regelt, wie die aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung erhaltenen Mittel an die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, weitergeleitet werden. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen zahlen ab 1. Juli 2021 jeden Monat bis zu 100 Euro pro vollstationär versorgter pflegebedürftiger Person an die Pflegeeinrichtungen. Die vollstationären Pflegeeinrichtungen fordern den Zuschuss von bis zu 100 Euro monatlich je pflegebedürftiger Person, maximal aber in der Höhe der selbst zu tragenden Investitionskosten von den Pflegekassen oder den privaten Versicherungsunternehmen an. Ist für den Kalendermonat nicht der volle Investitionskostenbetrag zu zahlen, so reduziert sich anteilig entsprechend auch der Zuschuss. Pro pflegebedürftiger Person und pro vorhandenem vollstationären Pflegeplatz (bei Wechsel innerhalb eines Monats) sind somit maximal bis zu 100 Euro Zuschuss möglich. Die Pflegeeinrichtungen geben diese Ersparnis gegenüber den Pflegebedürftigen erkennbar auf der Abrechnung der monatlich zu zahlenden Eigenanteile weiter. Nach Veröffentlichung der nächsten Pflegestatistik nach § 109 wird die Abführung der Länder mit Wirkung für das zweite Kalenderjahr nach dem Erhebungsstichtag angepasst.

(3) Durch Landesrecht wird Weiteres zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen bestimmt, auch ob und in welchem Umfang eine im Landesrecht vorgesehene und an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen orientierte finanzielle Unterstützung

1. der Pflegebedürftigen bei der Tragung der ihnen von den Pflegeeinrichtungen berechneten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen oder

2. der Pflegeeinrichtungen bei der Tragung ihrer betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen

als Förderung der Pflegeeinrichtungen gilt. Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstanden sind und auch weiterhin entstehen.“

7. Dem § 13 wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) Die Pflegekassen erstatten den Krankenkassen, bei denen sie nach § 46 Absatz 1 Satz 2 errichtet sind, die Hälfte der Aufwendungen für Leistungen für Maßnahmen der geriatrischen Rehabilitation, die die Krankenkassen für Versicherte erbringen, die 70 Jahre oder älter sind.“

8. Die Überschrift des Zweiten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Zweites Kapitel

Leistungsberechtigter Personenkreis, Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, Berichtspflichten“.

9. In §§ 16 Satz 1 und 17 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 18“ durch die Angabe „§§ 18 bis 18c“ jeweils ersetzt.

10. § 17 wird wie folgt geändert:

a) Folgender Absatz 1c wird angefügt:

„(1c) Der Medizinische Dienst Bund erlässt mit dem Ziel, die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu stärken, unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste verbindliche Richtlinien. Die für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen sind zu beteiligen. Die Richtlinien regeln insbesondere

1. allgemeine Verhaltensgrundsätze für alle unter der Verantwortung der Medizinischen Dienste am Begutachtungsverfahren Beteiligten,

2. die Pflicht der Medizinischen Dienste zur individuellen und umfassenden Information des Versicherten über das Begutachtungsverfahren, insbesondere über den Ablauf, die Rechtsgrundlagen und Beschwerdemöglichkeiten,

3. die regelhafte Durchführung von Versichertenbefragungen und

4. ein einheitliches Verfahren zum Umgang mit Beschwerden, die das Verhalten der Mitarbeiter der Medizinischen Dienste oder das Verfahren bei der Begutachtung betreffen.“

b) In Absatz 2 Satz 1 werden das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach der Angabe „1b“ die Angabe „und 1c“ eingefügt.

11. § 17a wird aufgehoben.

12. Die §§ 18 bis 18c werden durch die folgenden §§ 18 bis 18d ersetzt:

„§ 18

Beauftragung der Begutachtung

(1) Die Pflegekassen beauftragen den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. Sie leiten die Aufträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit innerhalb von drei Arbeitstagen ab Eingang des Antrags auf Pflegeleistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 in gesicherter elektronischer Form an den Medizinischen Dienst oder die von ihnen beauftragten Gutachterinnen und Gutachter; eine davon abweichende Form der Auftragsübermittlung ist bis einschließlich 31. Dezember 2021 möglich. Der Medizinische Dienst Bund regelt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 bis spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes, welche Unterlagen zwingend zur Beauftragung der Begutachtung erforderlich sind.

(2) Die Pflegekassen können den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit der Prüfung beauftragen, für welchen Zeiteanteil die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches oder die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat.

Von den Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 sind nur Maßnahmen der körperbezogenen Pflege zu berücksichtigen. Bei der Prüfung des Zeitanteils sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1b zu beachten.

(3) Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter zur Auswahl zu benennen,

1. soweit nach Absatz 1 unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen oder

2. wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

Auf die Qualifikation und Unabhängigkeit der Gutachterin beziehungsweise des Gutachters ist der Versicherte hinzuweisen. Hat sich der Antragsteller für eine benannte Gutachterin oder einen benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch Rechnung getragen. Der Antragsteller hat der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche ab Kenntnis der Namen der Gutachterinnen und Gutachter mitzuteilen, ansonsten kann die Pflegekasse eine Gutachterin oder einen Gutachter aus der übersandten Liste beauftragen. Nummer 2 gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat.

(4) Die Pflege- und Krankenkassen sowie die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachtern die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Die Pflegekassen haben die Unterlagen in gesicherter elektronischer Form weiterzuleiten; eine davon abweichende Form der Weiterleitung der Unterlagen ist bis einschließlich 31. Dezember 2021 möglich. § 276 Absatz 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(5) Erteilt der Versicherte nicht sein Einverständnis, vom Medizinischen Dienst oder von den von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachtern in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Hinsichtlich der Grenzen der Mitwirkung des Versicherten und der Folgen fehlender Mitwirkung gelten die §§ 65, 66 des Ersten Buches.

§ 18a

Begutachtungsverfahren

(1) Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter haben den Versicherten in seinem Wohnbereich zu untersuchen. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen. Die Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Abweichend von Satz 1 kann die Begutachtung ausnahmsweise auch ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich erfolgen, wenn der Antrag auf Pflegeleistungen während einer festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 Infektionsschutzgesetz einschließlich bis zu sechs Wochen nach deren Aufhebung gestellt wird und wenn dies zur Verhinderung des Risikos einer Ansteckung des Versicherten oder des Gutachters mit der bedrohlichen übertragbaren Krankheit zwingend erforderlich ist. Grundlage für die Begutachtung nach Satz 3 bilden die zum Versicherten zur Verfügung stehenden Unterlagen sowie die Angaben und Auskünfte, die beim Versicherten, seinen Angehörigen und sonstigen zur Auskunft fähigen Personen einzuholen sind. Die inhaltlichen und organisatorischen Einzelheiten sowie Maßgaben dafür, unter welchen Schutz- und Hygieneanforderungen eine Begutachtung mit Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich stattfindet und in welchen Fällen, insbesondere bei welchen Personengruppen, eine Begutachtung ohne Untersuchung des Versicherten zwingend in seinem Wohnbereich erforderlich ist, konkretisiert der Medizinische Dienst Bund im

Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1.

(2) Durch eine Untersuchung des Antragstellers werden die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bei den in § 14 Absatz 2 genannten Kriterien nach Maßgabe des § 15 sowie die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit ermittelt.

(3) Bei der Begutachtung sind darüber hinaus die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung festzustellen. Beide Bereiche werden bei der rechnerischen Ermittlung des Pflegegrades nicht gesondert berücksichtigt; § 14 Absatz 3 bleibt unberührt. Mit diesen Informationen sollen eine umfassende Beratung und das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches und eine individuelle Pflegeplanung sowie eine sachgerechte Erbringung von Hilfen bei der Haushaltsführung ermöglicht werden. Hier bei ist im Einzelnen auf die nachfolgenden Kriterien abzustellen:

1. außerhäusliche Aktivitäten: Verlassen des Bereichs der Wohnung oder der Einrichtung, Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder der Einrichtung, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr, Mitfahren in einem Kraftfahrzeug, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch von
Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, einer Werkstatt für behinderte Menschen oder Besuch einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege oder eines Tagesbetreuungsangebotes, Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen;

2. Haushaltsführung: Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten, aufwändige Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten.

Der Medizinische Dienst Bund wird ermächtigt, in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die in Absatz 3 genannten Kriterien im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen pflegefachlich unter Berücksichtigung der Ziele nach Satz 2 zu konkretisieren.

(4) Im Übrigen erstreckt sich die Untersuchung auf die im Gutachten gemäß § 18b darzulegenden Feststellungen und Empfehlungen.

(5) Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und

1. liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder

2. wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder

3. wurde mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart,

ist die Begutachtung unverzüglich, spätestens innerhalb von fünf Arbeitstagen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

(6) Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit

dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart, ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter spätestens innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und der Antragsteller seitens des Medizinischen Dienstes oder

den von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter an die Pflegekasse weiterleiten.

(7) In den Fällen der Absätze 5 und 6 muss die Empfehlung nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 vorliegt und ob die Voraussetzungen mindestens des Pflegegrades 2 erfüllt sind. Die abschließende Begutachtung des Versicherten ist unverzüglich nachzuholen. Nimmt der Versicherte unmittelbar im Anschluss an den Aufenthalt in einem Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 in Anspruch, hat die abschließende Begutachtung spätestens innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Beginn der Kurzzeitpflege in dieser Einrichtung zu erfolgen. Gleiches gilt für den Fall, dass unmittelbar vor Beginn der Kurzzeitpflege Übergangspflege nach § 39d des Fünften Buches in Anspruch genommen wird.

(8) Der Antragsteller ist bei der Begutachtung auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens insbesondere für eine umfassende Beratung, das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches und für die Pflegeplanung hinzuweisen. Die Zustimmung des Versicherten nach § 18b Absatz 4 Satz 1 erfolgt gegenüber dem Gutachter im Rahmen der Begutachtung und wird im Begutachtungsformular schriftlich oder elektronisch dokumentiert. Gleiches gilt spätestens ab dem 1. Oktober 2021 **erster Tag des vierten Monats nach dem Inkrafttreten** für die Zustimmung des Versicherten nach § 18c Absatz 3 Satz 3. Über die Möglichkeiten nach § 18c Absatz 4 Sätze 3 und 4 und das Erfordernis der Einwilligung ist der Antragsteller bei der Begutachtung ebenfalls zu informieren. Die Einwilligung ist schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren.

(9) Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter sollen, soweit der Versicherte einwilligt, die behandelnden Ärzte des Versicherten, insbesondere die Hausärzte, in die Begutachtung einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen. Mit Einverständnis des Versicherten sollen auch pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, befragt werden.

(10) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Pflegefachpersonen oder Ärztinnen und Ärzte in enger Zusammenarbeit mit anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachterinnen und Gutachter mit einer Qualifikation als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann, als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderärztin oder Kinderarzt vorzunehmen. Der Medizinische Dienst ist befugt, den Pflegefachpersonen oder sonstigen geeigneten Fachkräften, die nicht dem Medizinischen Dienst angehören, die für deren jeweilige Beteiligung erforderlichen personenbezogenen Daten zu übermitteln.

(11) Für andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter gilt Absatz 10 entsprechend. Die unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter sind bei der Wahrnehmung ihrer fachlichen Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen. Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung und pflegerische Versorgung der Versicherten einzugreifen.

(12) Für durch private Kranken- oder ein anderes die Pflegeversicherung betreibendes Versicherungsunternehmen beauftragte Gutachterinnen und Gutachter ist § 23 Absatz 6 Nummer 1 zu beachten.

§ 18b

Gutachten

(1) Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter haben der Pflegekasse das Ergebnis ihrer Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch Übersendung des vollständigen Gutachtens in gesicherter elektronischer Form unverzüglich mitzuteilen; eine davon abweichende Form der Übermittlung ist bis einschließlich 31. Dezember 2021 möglich.

(2) Das Gutachten beinhaltet die im Rahmen der Begutachtung nach § 18a vorzunehmenden Feststellungen, insbesondere das Ergebnis der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt, sowie die nach den Absätzen 3 bis 5 darzulegenden Feststellungen und Empfehlungen.

(3) Im Gutachten sind auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Vermeidung, Überwindung, Minderung oder Verhinderung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit geeignet, notwendig und zumutbar sind. Dies sind insbesondere konkrete Empfehlungen zu Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation, der Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung, zu Heilmitteln und anderen therapeutischen Maßnahmen, zu Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds, zu edukativen Maßnahmen oder zum Beratungsbedarf zu Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches. Die Feststellungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation sind auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zu treffen und in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Hinsichtlich der nach Satz 1 getroffenen Feststellungen zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf diese Leistungen.

(4) Die Empfehlungen gelten hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen von § 40 dienen, jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherte zustimmt. Bezüglich der empfohlenen Pflegehilfsmittel wird die Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 vermutet. Bezüglich der empfohlenen Hilfsmittel, die den Zielen nach § 40 dienen, wird die Erforderlichkeit nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet; insofern bedarf es keiner ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches. Welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel im Sinne von Satz 2 den Zielen von § 40 dienen, wird in den Begutachtungs-Richtlinien nach § 17 konkretisiert. Dabei ist auch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 des Fünften Buches über die Verordnung von Hilfsmitteln zu berücksichtigen.

(5) Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.

§ 18c

Entscheidung der Pflegekasse

(1) Dem Antragsteller ist spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags nach § 33 Absatz 1 Satz 1 bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. In den Fällen einer verkürzten Begutachtungsfrist nach § 18a Absatz 5 und 6 hat die schriftliche Entscheidung der Pflegekasse dem Antragsteller gegenüber unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen

Dienstes oder der beauftragten Gutachterinnen und Gutachter bei der Pflegekasse zu erfolgen.

(2) Dem Antragsteller wird zusammen mit dem Bescheid das Gutachten übersandt, sofern er der Übersendung nicht widerspricht. Mit dem Bescheid ist zugleich das Ergebnis des Gutachtens transparent darzustellen und dem Antragsteller verständlich zu erläutern. Der Medizinische Dienst Bund konkretisiert im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens. Die Pflegekasse hat den Antragsteller ebenfalls auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens im Sinne des § 18a Absatz 8 Satz 1 hinzuweisen. Der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen. Die Pflegekasse hat den Antragsteller auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich an die Ombudsperson nach § 278 Absatz 3 des Fünften Buches zu wenden.

(3) Die Pflegekasse übermittelt dem Antragsteller unverzüglich die Entscheidung über die in dem Gutachten empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel und weist zugleich auf die zur Auswahl stehenden Leistungserbringer hin. Spätestens mit der Mitteilung der Entscheidung nach Satz 1 informiert die Pflegekasse den Antragsteller über die Bedeutung der Empfehlungen hinsichtlich Heilmitteln sowie über die Voraussetzungen der Kostenübernahme der empfohlenen Heilmittel durch die Krankenkasse. Mit Einwilligung des Versicherten leitet die Pflegekasse die Heilmittelpfehlungen der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt schriftlich oder elektronisch zu.

(4) Spätestens mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit leitet die Pflegekasse dem Antragsteller die gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter zu und nimmt umfassend und begründet dazu Stellung, inwieweit auf der Grundlage der Empfehlung die Durchführung einer Maßnahme zur Prävention oder zur medizinischen Rehabilitation angezeigt ist. Die Pflegekasse hat den Antragsteller zusätzlich darüber zu informieren, dass mit der Zuleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend den Vorschriften des Neunten Buches ausgelöst wird, sofern der Antragsteller in dieses Verfahren einwilligt. Mit Einwilligung des Antragstellers leitet die Pflegekasse die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung und die Informationen nach Satz 2 auch seinen Angehörigen, Personen seines Vertrauens, Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die den Antragsteller versorgen, oder der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt schriftlich oder elektronisch zu. Sobald der Pflegekasse die Information über die Leistungsentscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers nach § 31 Absatz 3 Satz 4 vorliegt, leitet sie diese Information unverzüglich dem Medizinischen Dienst sowie mit Einwilligung des Antragstellers auch an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt sowie an Angehörige des Antragstellers, Personen seines Vertrauens oder an Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die den Antragsteller versorgen, schriftlich oder elektronisch weiter.

(5) 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 für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 80 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in vollstationärer Pflege befindet und bereits bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt sind. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen. Liegt ein Verzögerungsgrund nach Satz 2 Alternative

1 vor, ist der Lauf der Frist bis zur Beendigung der Verzögerung unterbrochen; der Zeitraum der Unterbrechung wird in die Frist nicht eingerechnet. Die Frist nach Satz 1 beginnt mit

Antragstellung gemäß § 33 Absatz 1. Der Lauf der Frist nach Satz 1 Alter native 1 bleibt von einer Entscheidung nach Absatz 1 Satz 2 unberührt.

(6) Wird der Antragsteller von der Pflegekasse aufgefordert, zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit noch zwingend erforderliche Unterlagen im Sinne des § 18 Absatz 1 Satz 3 einzureichen, werden die Fristen nach Absatz 1 und Absatz 5 Satz 1 bis zur Einreichung der Unterlagen unterbrochen; der Zeitraum der Unterbrechung wird in die Frist nicht eingerechnet. Die Unterbrechung beginnt mit dem Tag, an dem dem Antragsteller die Aufforderung zur Einreichung der noch fehlenden Unterlagen nach Satz 1 zugeht.

§ 18d

Berichtspflichten

(1) Die Pflegekassen berichten jährlich über die Anwendung eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung und die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste oder der beauftragten Gutachterinnen und Gutachter zur medizinischen Rehabilitation. Hierzu wird insbesondere Folgendes gemeldet:

1. die Anzahl der Empfehlungen der Medizinischen Dienste und der beauftragten Gutachter für Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit,
2. die Anzahl der Anträge an den zuständigen Rehabilitationsträger gemäß § 31 Absatz 3 in Verbindung mit § 14 des Neunten Buches,
3. die Anzahl der genehmigten und die Anzahl der abgelehnten Leistungsentscheidungen der zuständigen Rehabilitationsträger einschließlich der Gründe für Ablehnung sowie die Anzahl der Widersprüche,
4. die Anzahl der durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen,
5. die Gründe, warum Versicherte nicht in die Weiterleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den Rehabilitationsträger nach § 31 Absatz 3 Satz 1 einwilligen, soweit diese der Pflegekasse bekannt sind, und inwiefern die zuständige Pflegekasse hier tätig geworden ist und
6. die Maßnahmen, die die Pflegekassen im jeweiligen Einzelfall regelmäßig durchführen, um ihren Aufgaben nach § 18c Absatz 4 und § 31 Absatz 3 nachzukommen.

Die Meldung durch die Pflegekassen erfolgt bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Näheres über das Meldeverfahren und die Inhalte regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Die für die Aufsicht über die Pflegekasse zuständige Stelle erhält von der jeweiligen Pflegekasse ebenfalls den Bericht.

(2) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bereitet die Daten auf und leitet die aufbereiteten und auf Plausibilität geprüften Daten bis zum 30. Juni des dem Berichtsjahr folgenden Jahres dem Bundesministerium für Gesundheit zu. Er hat die auf-

bereiteten Daten der landesunmittelbaren Versicherungsträger auch den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder den von diesen bestimmten Stellen auf Verlangen zuzuleiten. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen

veröffentlicht auf Basis der gemeldeten Daten sowie sonstiger Erkenntnisse jährlich einen Bericht bis zum 1. September des dem Berichtsjahr folgenden Jahres.

(3) Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen veröffentlichen jährlich jeweils bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres eine Statistik über die Einhaltung der Fristen nach § 18a Absätze 5 und 6 und § 18c Absatz 1 Satz 1.

(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit für die Geschäftsjahre ab 2021 jährlich bis zum 30. Juni des Folgejahres über die Höhe der den Pflegekassen nach § 13 Absatz 7 entstandenen Aufwendungen und über die Durchführung der Maßnahmen der geriatrischen Rehabilitation, insbesondere über die Anzahl der in Anspruch genommenen Rehabilitationsmaßnahmen insgesamt sowie über die Anzahl und den Aufwendungen für die einzelnen Versorgungsformen. Absatz 1 Satz 3 und 4 findet Anwendung.

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit für die Geschäftsjahre ab 2021 jährlich bis zum 30. Juni des Folgejahres über Daten und Erkenntnisse, die im Zusammenhang mit den Anträgen auf Pflegeleistungen und dem weiteren Verfahren bei den Pflegekassen stehen, insbesondere über Zahlen zu den Anträgen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 sowie zu den Entscheidungen der Pflegekassen nach § 18c Absatz 1, zu den Widersprüchen der Versicherten gegen diese Entscheidungen sowie den Widerspruchsründen und über die zu leistende Zusatzleistungen nach § 18c Absatz 5. Er bestimmt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statistischen Informationen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die Daten aufzubereiten und auf Plausibilität zu prüfen.“

13. In § 25 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 werden das Semikolon nach dem Wort berücksichtigt und die Wörter „für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Absatz 1 Nummer 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro“ gestrichen.

14. § 28 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

„4. Ersatzpflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 in Verbindung mit § 42a)“.

bb) In Nummer 7 wird die Angabe „(§ 42)“ durch die Wörter „(§ 42 in Verbindung mit § 42a)“ ersetzt.

cc) In Nummer 14 wird nach dem Wort „Buches“ die Angabe „gemäß § 35a“ eingefügt.

dd) Nach Nummer 15 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und werden folgende Nummern 16 und 17 angefügt:

„16. Unterstützung in der häuslichen Betreuung (§ 45f),

17. Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung (§ 45i).“

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

15. Nach § 28a Absatz 1 Nummer 8 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und werden folgende Nummern 9, 10 und 11 angefügt:

„9. Unterstützung in der häuslichen Betreuung gemäß § 45f,

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

11. Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 45i.“

16. § 30 wird wie folgt gefasst:

„§ 30

Dynamisierung

Die Leistungsbeträge nach den §§ 36, 37, 38a, 40 Absatz 4, 41, 42a, 43 und 45b steigen, beginnend mit dem 1. Januar 2023, jährlich zum 1. Januar um 1,5 Prozent; für den Zuschlag nach § 45i Absatz 1 Satz 2 und den Zuschuss nach § 45i Absatz 1 Satz 3 gilt dies ab dem 1. Januar 2024. Die neuen Leistungsbeträge werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Bundesanzeiger bekannt gemacht.“

17. In § 31 Absatz 3 Satz 1 werden nach den Wörtern „Medizinischen Dienstes“ die Wörter „oder anderer von ihr beauftragter unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter“ ein gefügt und wird die Angabe „§ 18 Abs. 6“ durch die Angabe „§ 18b Absatz 3“ ersetzt.

18. In § 34 Absatz 1 Nummer 1 Satz 2 werden nach dem Wort „gewähren“ ein Semikolon und die Wörter „bei Aufhalten in der Republik Türkei verlängert sich die Frist auf bis zu zwölf Wochen“ eingefügt.

19. In § 36 Absatz 3 wird in Nummer 1 die Angabe „689“ durch die Angabe „724“, in Nummer 2 die Angabe „1 298“ durch die Angabe „1 363“, in Nummer 3 die Angabe „1 612“ durch die Angabe „1 693“ und in Nummer 4 die Angabe „1 995“ durch die Angabe „2 096“ ersetzt.

20. § 37 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 3 wird in Nummer 1 die Angabe „316“ durch die Angabe „332“, in Nummer 2 die Angabe „545“ durch die Angabe „573“, in Nummer 3 die Angabe „728“ durch die Angabe „765“ und in Nummer 4 die Angabe „901“ durch die Angabe „948“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „für bis zu acht Wochen“ gestrichen und die Wörter „für bis zu sechs Wochen“ durch die Wörter „jeweils für bis zu zwei Monate“ ersetzt.

21. In § 38 Satz 4 werden die Wörter „für bis zu acht Wochen“ gestrichen und die Wörter „für bis zu sechs Wochen“ durch die Wörter „jeweils für bis zu zwei Monate“ ersetzt.

22. § 39 wird wie folgt gefasst:

„§ 39

Ersatzpflege bei Verhinderung der Pflegeperson

(1) Ist eine Pflegeperson, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 in seiner häuslichen Umgebung pflegt, wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die nach gewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für den Pflegebedürftigen für längstens zwei Monate je Kalenderjahr (Verhinderungspflege); § 34 Absatz 2 Satz 1 gilt nicht. Eine vorherige Antragstellung ist nicht erforderlich. Die notwendige Ersatzpflege kann auch stundenweise erbracht werden, wenn dies aufgrund der Verhinderung der Pflegeperson erforderlich ist; dafür können bis zu 40 Prozent des gemeinsamen Jahresbetrages nach § 42a eingesetzt werden.

(2) Wird die Ersatzpflege durch andere Personen sichergestellt als solche, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen sich die Aufwendungen der Pflegekasse für die Ersatzpflegekosten je Kalenderjahr bis auf die Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a belaufen.

(3) Wird die Ersatzpflege durch Ersatzpflegepersonen sichergestellt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen sich die Aufwendungen der Pflegekasse je Kalenderjahr bis auf die Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a belaufen, wenn die Ersatzpflege von diesen Personen erwerbsmäßig ausgeübt wird. Ansonsten dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse bei einer Ersatzpflege durch die in Satz 1 genannten Personen im Kalenderjahr regelmäßig den für den Pflegegrad des Pflegebedürftigen geltenden Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu zwei Monate nicht überschreiten. Auf Nachweis können von der Pflegekasse für eine Ersatzpflege durch die in Satz 1 genannten Personen notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, auch über diesen Betrag hinaus übernommen werden. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 2 und 3 zusammen dürfen im Kalenderjahr den Gemeinsamen Jahresbetrag nach § 42a nicht übersteigen.“

23. § 40 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „40“ durch die Angabe „60“ ersetzt. b)

Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 eingefügt:

„(6) Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36, nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Wird ein Pflegehilfsmittel nach Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 5 oder ein Hilfsmittel nach Absatz 5, das den Zielen von Absatz 1 Satz 1 dient, von einer Pflegefachkraft bei der Antragstellung empfohlen, werden in fachlich geeigneten Fällen die Notwendigkeit der Versorgung nach Absatz 1 Satz 2 und die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet. Einer ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches bedarf es insofern nicht. Satz 2 setzt voraus, dass die Pflegefachkraft über die für diese Entscheidung erforderliche Qualifikation verfügt. Die Empfehlung der Pflegefachkraft für ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen des Absatzes 1 Satz 1 dient, ist der Kranken- oder Pflegekasse zusammen mit dem Antrag des Versicherten in Textform zu übermitteln. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, zugleich handelnd als Spitzenverband Bund der Krankenkassen, legt bis zum 31. Dezem-

ber 2021 in Richtlinien fest, in welchen Fällen und für welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 2 die Erforderlichkeit oder Notwendigkeit der Versorgung regelmäßig vermutet wird; dabei ist auch festzulegen, über welche Qualifikation die empfehlende Pflegefachkraft hierfür verfügen soll. In den Richtlinien wird auch das Nähere zum Verfahren der Empfehlung durch die versorgende Pflegefachkraft bei Antragstellung festgelegt. Die Bundespflegekammer und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind an den Richtlinien zu beteiligen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, zugleich handelnd als Spitzenverband Bund der Krankenkassen, wird beauftragt, die in den Richtlinien festgelegten Verfahren in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, der Bundespflegekammer und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu evaluieren. Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Januar 2025 vorzulegen.“

c) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 7 und wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Für einen Antrag auf Pflegehilfsmittel nach Absatz 6 Satz 2 gilt Satz 1, 1. Halbsatz entsprechend.“

bb) Im neuen Satz 3 werden nach der Angabe „Satz 1“ die Wörter „oder Satz 2“ eingefügt.

24. § 41 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 2 wird in Nummer 1 die Angabe „689“ durch die Angabe „724“, in Nummer 2 die Angabe „1 298“ durch die Angabe „1 363“, in Nummer 3 die Angabe „1 612“ durch die Angabe „1 693“ und in Nummer 4 die Angabe „1 995“ durch die Angabe „2 096“ ersetzt.

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Der Anspruch auf teilstationäre Pflege nach Absatz 2 Satz 2 mindert sich um 50 Prozent, wenn teilstationäre Pflege zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen nach § 36 oder zur Kombinationsleistung nach § 38 in Anspruch genommen wird. Bei Inanspruchnahme der Kombinationsleistung nach § 38 tritt die Minderung nur ein, wenn der Sachleistungsbetrag nach § 36 zu mindestens 50 Prozent in Anspruch genommen wird. In den Fällen des § 45a Absatz 4 Satz 5 kommt dieser Absatz nicht zur Anwendung.“

25. § 42 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 werden in Nummer 2 nach dem Wort „Krisensituationen“ die Wörter „oder anderen Situationen“ eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „acht Wochen“ durch die Wörter „zwei Monate“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „bis zu dem Gesamtbetrag von 1 612 Euro im Kalenderjahr“ durch die Wörter „pro Kalenderjahr höchstens bis zu einem Betrag in Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a“ ersetzt.

cc) Die Sätze 3 und 4 werden aufgehoben.

6. Nach § 42 wird folgender Dritter Titel eingefügt:

„Dritter Titel

Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege

§ 42a

Gemeinsamer Jahresbetrag

(1) Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 haben Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege nach Maßgabe des § 39 sowie Leistungen der Kurzzeitpflege nach Maßgabe des § 42 in Höhe eines Gesamtleistungsbetrages von insgesamt bis zu 3 300 Euro je Kalenderjahr (Gemeinsamer Jahresbetrag).

(2) Werden Leistungen der Verhinderungspflege durch Pflegeeinrichtungen erbracht, haben diese der Pflegekasse des Pflegebedürftigen die Leistungserbringung binnen eines Monats

anzuzeigen. Nach Erbringung von Leistungen der Verhinderung oder Kurzzeitpflege durch Pflegeeinrichtungen haben diese den Pflegebedürftigen unverzüglich eine schriftliche Übersicht über die dafür angefallenen Aufwendungen zu übermitteln oder auszuhändigen und auf der Übersicht deutlich erkennbar auszuweisen, welcher Betrag davon zur Abrechnung über den Gemeinsamen Jahresbetrag vorgesehen ist. Die Übersicht kann mit Zustimmung des Pflegebedürftigen auch in Textform übermittelt werden.

(3) Von dem Gemeinsamen Jahresbetrag nach Absatz 1 können bis zu 40 Prozent für Leistungen der stundenweisen Verhinderungspflege eingesetzt werden.“

27. In der Überschrift des bisherigen Dritten Titels des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird das Wort „Dritter“ durch das Wort „Vierter“ ersetzt.

28. In § 43 Absatz 2 Satz 2 wird in Nummer 1 die Angabe „770“ durch die Angabe „809“, in Nummer 2 die Angabe „1 262“ durch die Angabe „1 326“, in Nummer 3 die Angabe „1 775“ durch die Angabe „1 864“ und in Nummer 4 die Angabe „2 005“ durch die Angabe „2 106“ ersetzt.

29. In der Überschrift des bisherigen Vierten Titels des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird das Wort „Vierter“ durch das Wort „Fünfter“ ersetzt.

30. In der Überschrift des bisherigen Fünften Titels des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird das Wort „Fünfter“ durch das Wort „Sechster“ ersetzt.

31. Nach § 43b wird dem Dritten Abschnitt des Vierten Kapitels folgender neuer Siebter Titel angefügt:

„Siebter Titel

Pflegebedingter Eigenanteil

§ 43c

Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils

Pflegebedürftige, die seit mehr als 12 Monaten vollstationäre Leistungen beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 25 Prozent ihres zu zahlenden pflegebedingten Eigenanteils. Pflegebedürftige, die seit mehr als 24 Monaten vollstationäre Leistungen beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 50 Prozent ihres zu zahlenden pflegebedingten Eigenanteils. Pflegebedürftige, die seit mehr als 36 Monaten vollstationäre Leistungen beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 75 Prozent ihres zu zahlenden pflegebedingten Eigenanteils. Die Pflegeeinrichtung, die die Pflegebedürftigen versorgt, stellt der Pflegekasse neben dem Leistungsbetrag den Leistungszuschlag in Rechnung und den Pflegebedürftigen den verbleibenden Eigenanteil. Damit die Pflegeeinrichtung über die notwendigen Informationen zur Gesamtdauer des Bezugs vollstationärer Leistungen verfügt, übermittelt ihr die Pflegekasse für jeden Pflegebedürftigen beim Einzug in die Pflegeeinrichtung sowie zum 1. Juli 2021 für alle vollstationär versorgten Pflegebedürftigen die bisherige Dauer des Bezugs vollstationärer Leistungen.“

32. Dem § 44 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„§ 47a Absatz 2 des Fünften Buches gilt für die Pflegekassen entsprechend.“ 33. Dem

§ 44a Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„§ 47a Absatz 2 des Fünften Buches gilt für die Pflegekassen, die Beiträge an berufständische Versorgungseinrichtungen entrichten, entsprechend.“

34. In § 45 Absatz 1 wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:

„Die Pflegekassen können begleitend zu Pflegekursen nach Satz 1 auch digitale Pflegekurse anbieten; die Pflicht zur Gewährleistung eines flächendeckenden Pflegekursangebotes vor Ort bleibt davon unberührt.“

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

„Fünfter Abschnitt

Angebote zur Unterstützung im Alltag, Förderung des Ehrenamtes und niedrigschwelliger Unterstützungsstrukturen in der Pflege sowie weitere Leistungen bei häuslicher Pflege“.

36. Nach der Überschrift zum Fünften Abschnitt des Vierten Kapitels wird folgende Überschrift eingefügt:

„Erster Unterabschnitt

Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlungsanspruch und Entlastungsbeitrag“.

37. § 45a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:

„Bei Angeboten, die sich an alle Pflegebedürftigen richten und die im Schwerpunkt dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung der Haushaltsführung zu unterstützen, bezieht sich die zielgruppen- und tätigkeitsgerechte Qualifikation auf die sachgerechte Unterstützung bei der Haushaltsführung in einem Pflegeheim.“

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „können“ die Wörter „ohne vorherige Antragstellung“ eingefügt.

bb) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Ist vor der Auszahlung der Kostenerstattung nach Satz 1 für den entsprechenden Kalendermonat bereits mehr Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld an den Pflegebedürftigen ausgezahlt worden, als dieser nach Berücksichtigung des umgewandelten Betrages beanspruchen kann, wird der Kostenerstattungsanspruch nach Satz 1 insoweit mit dem bereits ausgezahlten Pflegegeldbetrag verrechnet.“

cc) Im bisherigen Satz 6 wird die Angabe „5, 7 und 8“ durch die Wörter „5a und 7 bis 9“ ersetzt.

dd) Der bisherige Satz 7 wird aufgehoben.

38. In § 45b Absatz 1 Satz 4 werden die Wörter „für die“ durch das Wort „eine“ ersetzt und werden die Wörter „Mittel der Verhinderungspflege gemäß § 39 eingesetzt werden“ durch die Wörter „aus den Mitteln für eine Verhinderungspflege im Sinne des § 39 ersetzt“ ersetzt.

39. Nach § 45b wird folgende Überschrift eingefügt:

„Zweiter Unterabschnitt

Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, des Ehrenamtes und der Selbsthilfe in der Pflege sowie der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken“.

40. § 45c wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Im Rahmen der Förderung der in Satz 1 genannten Zwecke können jeweils auch digitale Anwendungen berücksichtigt werden, sofern diese den geltenden Anforderungen an den Datenschutz entsprechen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten.“

bb) Satz 4 wird aufgehoben.

b) Absatz 9 wird aufgehoben.

41. § 45d wird wie folgt gefasst:

„§ 45d

Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung

(1) Je Kalenderjahr werden 0,15 Euro pro Versichertem der Pflegeversicherung verwendet zur Förderung und zum Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zum Ziel gesetzt haben. Im Rahmen der Förderung der Selbsthilfe können auch digitale Anwendungen berücksichtigt werden, sofern diese den geltenden Anforderungen an den Datenschutz entsprechen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten.

(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) Um eine gerechte Verteilung der in Absatz 1 Satz 1 genannten Fördermittel auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Der Zuschuss aus den Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach Absatz 1 Satz 1 ergänzt eine Förderung durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft und wird jeweils in Höhe von 75 Prozent des Zuschusses gewährt, der für die einzelne Fördermaßnahme insgesamt geleistet wird. Davon abweichend können von den nach Satz 1 auf die Länder aufgeteilten Mitteln Fördermittel in Höhe von insgesamt je Kalenderjahr bis zu 0,01 Euro pro Versichertem als Gründungszuschüsse für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen verwendet werden, ohne dass es für die Förderung einer Mitfinanzierung durch das Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf. Die Gründungszuschüsse sind von den Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beantragen; das Nähere zur Durchführung der Förderung und zum Verfahren wird in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt.

(4) § 45c Absatz 6 Satz 3 bis 9 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass von den in das Folgejahr übertragenen Mitteln nach Absatz 1 Satz 1, die am Ende des Folgejahres nicht in Anspruch genommen worden sind, Fördermittel in

Höhe von 0,01 Euro pro Versichertem in dem auf das Folgejahr folgenden Jahr von einer Übertragung auf die Länder ausgenommen sind. Die von der Übertragung ausgenommenen Mittel werden zur Förderung von bundesweiten Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen verwendet; Absatz 1 Satz 2 findet Anwendung. Die Förderung der bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten erfolgt durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, ohne dass es einer Mitfinanzierung durch das Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf; die Förderung ist von den Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beantragen. Durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen darf die Bewilligung der Fördermittel, die gemäß den Sätzen 1 und 2 zur Förderung der bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten zur Verfügung stehen, jeweils für einen Zeitraum von maximal fünf Jahren erfolgen. Nach erneuter Antragstellung kann eine Förderung erneut bewilligt werden. Die Einzelheiten zu den Voraussetzungen, Zielen, Inhalten und der Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel nach Satz 2 werden in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt.

(5) Im Übrigen werden für die Förderung der Selbsthilfe die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren, einschließlich § 45c Absatz 2 Satz 3 und 4, Absatz 6 Satz 2 und Absatz 7 Satz 1 bis 4, entsprechend angewendet. § 45c Absatz 7 Satz 5 gilt entsprechend.

(6) Eine Förderung der Selbsthilfe nach dieser Vorschrift ist ausgeschlossen, so weit für dieselbe Zweckbestimmung eine Förderung nach § 20h des Fünften Buches erfolgt.“

42. Nach § 45d wird folgender § 45e eingefügt:

„§ 45e

Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken

(1) Zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 20 Millionen Euro je Kalenderjahr die strukturierte Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken nach Absatz 2. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 Prozent des in Satz 1 genannten Fördervolumens.

(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. Je Kreis oder kreisfreier Stadt sowie pro Bezirk in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg können zwei regionale Netzwerke und je Großstadt ab 500 000 Einwohnern können bis zu vier regionale Netzwerke gefördert werden. Der Förderbeitrag pro Netzwerk darf dabei 25 000 Euro je Kalenderjahr nicht überschreiten. Bei der erstmaligen Förderung eines regionalen Netzwerks soll die Bewilligung der Fördermittel für einen Zeitraum von zwei Kalenderjahren erfolgen. Bei erneuter Antragstellung kann eine Förderung erneut bewilligt werden. Die Fördermittel werden dem jeweiligen regionalen Netzwerk mindestens für ein Kalenderjahr bewilligt. Den Kreisen und kreisfreien Städten und den Bezirken der Stadtstaaten Berlin und Hamburg, den Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen im Sinne des § 45d sowie organisierten Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen

Engagement bei reiferen 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 8 entsprechend. § 45c Absatz 8 findet entsprechende Anwendung.

(3) Fördermittel nach Absatz 1 Satz 1, die in dem jeweiligen Kalenderjahr nicht (durch eine Bewilligung) in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr das Fördervolumen nach § 45c Absatz 1 Satz 1; dadurch erhöht sich auch das in § 45c Absatz 2 Satz 2 genannte Gesamtfördervolumen entsprechend.

(4) Die Landesverbände der Pflegekassen haben eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke im Internet zu veröffentlichen. Hierbei sind der Name des Netzwerkes, der Landkreis oder die kreisfreie Stadt, in der das Netzwerk tätig ist, der Förderzeitraum sowie Name, postalische Adresse, Internetadresse, Zeiten der Erreichbarkeit und Telefonnummer des Koordinators des Netzwerkes anzugeben. Ab dem 1. Januar 2023 erfolgt die Veröffentlichung im Informationsportal nach § 7d.

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene bis zum 31. Dezember 2021 Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die in Absatz 1 Satz 1 genannten Zwecke. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Soweit Belange des Ehrenamts betroffen sind, erteilt das Bundesministerium für Gesundheit seine Zustimmung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.“

43. Nach § 45e wird folgender Dritter Unterabschnitt eingefügt:

„Dritter Unterabschnitt

Unterstützung in der häuslichen Betreuung und andere Leistungen bei häuslicher Pflege

§ 45f

Unterstützung in der häuslichen Betreuung, Verordnungsermächtigung

(1) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für die Betreuung in deren Haushalt durch eine in diesem Haushalt lebende Betreuungsperson, die Hilfestellungen insbesondere bei der Haushaltsführung und Bewältigung des Alltags übernimmt und Angehörige entlasten kann (Unterstützung in der häuslichen Betreuung), erhalten. Die Kostenerstattung erfolgt unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistung nach § 36, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag nach § 36 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des nach § 36 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nicht überschreiten. Der Anspruch auf Erhalt eines anteiligen Pflegegeldes nach § 38 bleibt bestehen. Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sind nicht kostenerstattungsfähig. Die Angebote der Leistung bedürfen einer Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des gemäß Absatz 4 erlassenen Landesrechts.

(2) Pflegebedürftige, die Unterstützung in der häuslichen Betreuung nach Absatz 1 beziehen, sowie Pflegebedürftige des Pflegegrades 1, können den Entlastungsbeitrags nach § 45b auch für die Erstattung von Aufwendungen einsetzen, die ihnen für die Unterstützung in der häuslichen Betreuung entstehen, wenn das Angebot der Unterstützung in der häuslichen Betreuung nach Landesrecht anerkannt worden ist.

(3) Sofern die Landesregierung die Anerkennungsvoraussetzungen nach Absatz 4 geregelt hat, erhalten Pflegebedürftige eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote der Unterstützung in der häuslichen Betreuung nach Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 2 auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen gegen Vorlage entsprechender Belege. Nimmt der Pflegebedürftige auch ambulante Pflegesachleistungen oder andere Leistungen, die auf den Leistungsbetrag nach § 36 angerechnet werden, in Anspruch, informiert die Pflegekasse oder das zuständige private Versicherungsunternehmen ihn über noch zur Verfügung stehende Leistungsbeträge.

(4) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote von Leistungen der Unterstützung in der häuslichen Betreuung im Sinne des Absatz 1 zu regeln einschließlich der Vorgaben zu Mindeststandards der Vermittlung von häuslicher Betreuung im Privathaushalt der Pflegebedürftigen nach Absatz 1 Satz 1, zu Mindestanforderungen für die Qualifikation von im Haushalt von Pflegebedürftigen lebenden Betreuungspersonen, zum Nachweis der Aufwendungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie zu Anforderungen an die Haushalte der Pflegebedürftigen zu bestimmen.

§ 45g

Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

(1) Zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen wird Pflegebedürftigen, die Anspruch auf Leistungen nach § 38a haben und die an der gemeinsamen Gründung beteiligt sind, für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung zusätzlich zu dem Betrag nach § 40 Absatz 4 einmalig ein Betrag von bis zu 2 500 Euro gewährt. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10 000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen 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.“

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

„Sechster Abschnitt

Gemeinschaftliche Wohnformen zur pflegerischen Versorgung

§ 45h

Verträge zu gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen, zugleich handelnd als Landesverbände der Krankenkassen, können mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Einvernehmen mit den zuständigen Trägern der Sozialhilfe im Land Verträge zu gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung auf der Grundlage eines entsprechenden Versorgungskonzeptes schließen; § 81 Absatz 1 und 2 gilt entsprechend. Voraussetzung ist, dass in der gemeinschaftlichen Wohnform

1. eine pflegerische, betreuerische und hauswirtschaftliche Basisversorgung der Pflegebedürftigen und die häusliche Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches sowie Unterkunft und Verpflegung gewährleistet sind,
2. auf Wunsch des Pflegebedürftigen über die Basisversorgung hinausgehende Leistungen, auch unter Hinzuziehung Angehöriger, ehrenamtlich Tätiger oder sonstiger Dritter, angeboten werden,
3. nicht mehr als 15 Pflegebedürftige versorgt werden,
4. das Versorgungskonzept darauf ausgerichtet ist, die Selbstbestimmung und Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen, auch unter Einbeziehung ihnen nahestehender Personen, durch individuelle Gestaltungsmöglichkeiten zu wahren und zu fördern,
5. Pflegebedürftige unabhängig vom Pflegegrad und von der Entwicklung des Pflegebedarfs versorgt werden,
6. Personal vorgehalten wird, welches nach Zahl und Qualifikation dieser besonderen Versorgungsform Rechnung trägt,
7. die räumliche Gestaltung einer selbstbestimmten Versorgung entspricht.

(2) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren 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 spätestens bis zum 30. Juni 2022 Empfehlungen zu den Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 in der ab dem 1. Januar 2023 geltenden Fassung; die Vorgaben des Elften Kapitels zur Qualitätssicherung gemeinschaftlicher Wohnformen im Sinne des § 45h sind zu berücksichtigen. Sie arbeiten dabei mit den Verbänden der Pflegeberufe sowie den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 eng zusammen. Die Empfehlungen sind durch das Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Kommen die Empfehlungen ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit den Inhalt der Empfehlungen festsetzen.

(3) In den auf der Grundlage der Empfehlungen nach Absatz 2 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2 zu schließenden Verträgen nach Absatz 1 Satz 1 ist das Nähere über die in gemeinschaftlichen Wohnformen sicherzustellende Versorgung zu regeln. Die Verträge haben insbesondere Regelungen zu enthalten über

1. Art, Inhalt und Umfang der Leistungen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, die durch die Einrichtung vorgehalten werden müssen,

2. Art und Inhalt der Leistungen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2, die von den Pflegebedürftigen zusätzlich wählbar sind,
3. die Personalausstattung nach Zahl und Qualifikation nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6,
4. die Vergütung und die Abrechnung der Leistungen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 und 2,
5. Maßnahmen zur Qualitätssicherung, insbesondere die Verpflichtung zur Mitwirkung an Maßnahmen nach den §§ 114 und 114a, sowie
6. die Möglichkeit der Einbeziehung pflegender Angehöriger und sonstiger Pflegepersonen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2.

Die Verträge dürfen den jeweils maßgeblichen heimrechtlichen Vorschriften nicht entgegenstehen.

§ 45i

Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung

- (1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben in gemeinschaftlichen Wohnformen im Sinne des § 45h je Kalendermonat Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung bis zur Höhe der in § 36 Absatz 3 genannten Beträge. Zudem haben sie Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 300 Euro je Kalendermonat. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 erhalten einen Zuschuss in Höhe von 300 Euro je Kalendermonat.
- (2) Soweit der Sachleistungsanspruch nach Absatz 1 Satz 1 nur teilweise in Anspruch genommen wird, gilt § 38 Satz 1 und 2 entsprechend.
- (3) Neben den Ansprüchen nach Absatz 1 können Leistungen entsprechend der §§ 7a, 40 Absatz 1 und 2 sowie §§ 44a und 45 in Anspruch genommen werden; bei Pflegegrad 2 bis 5 besteht auch Anspruch auf Leistungen entsprechend § 44. Ebenso können Leistungen nach § 37 des Fünften Buches in Anspruch genommen werden.
- (4) Die Absätze 1 bis 4 gelten nicht in stationären Einrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 1 sowie in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3.

§ 45j

Evaluation gemeinschaftlicher Wohnformen zur pflegerischen Versorgung

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit zum 31. Dezember 2025 einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht über den Stand der Entwicklung gemeinschaftlicher Wohnformen zur pflegerischen Versorgung im Sinne des § 45h vor. Der Bericht hat eine Evaluation gemeinschaftlicher Wohnformen mit Bezug auf Zahl, Standorte und Trägerschaft sowie Vergütung, Kosten und Qualität der Versorgung im Vergleich zur Versorgung in ambulanter und vollstationärer Pflege zu beinhalten.“

45. In § 46 Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „§ 18 Absatz 3b“ durch die Angabe „§ 18c Absatz 5“ ersetzt.

46. § 53c Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 werden nach dem Wort „Fassung“ die Wörter „unter Beachtung des Satzes 3“ eingefügt.

b) Nach Satz 2 wird folgender neuer Satz 3 eingefügt:

„Hinsichtlich der Prüfung des Vorliegens der Voraussetzungen von Pflegebe dürftigkeit und der Feststellung des Pflegegrades sowie der weiteren gutachterli chen Empfehlungen gelten für die Medizinischen Dienste der Krankenversiche rung die §§ 18 bis 18d in der jeweils geltenden Fassung.“

c) Der bisherige Satz 3 wird Satz 4 und nach dem Wort „Fassung“ werden die Wörter „unter Beachtung des Satzes 5“ eingefügt.

d) Nach Satz 4 wird folgender neuer Satz 5 eingefügt:

„Unter der Voraussetzung, dass der Medizinische Dienst Bund im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes noch nicht konstituiert ist, regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 bis spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes, welche Unterla gen zwingend zur Beauftragung der Begutachtung erforderlich sind.“

e) Der bisherige Satz 4 wird Satz 6 und wie folgt gefasst:

„Die nach Satz 4 und Satz 5 durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlassenen und noch zu erlassenen Richtlinien gelten bis zu ihrer Änderung oder Aufhebung durch den Medizinischen Dienst Bund gemäß § 53d Absatz 2 und 3 fort.“

47. § 53d Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 wird die Angabe „§ 18b“ durch die Angabe „§ 17 Absatz 1c“ ersetzt.

bb) In Nummer 2 werden nach dem Wort „mit“ die Wörter „für alle Medizinischen Dienste einheitlichen“ eingefügt.

b) Nach Satz 1 werden folgende neue Sätze 2 bis 4 eingefügt:

„Die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 2 sind bis spätestens 31. Dezember 2021 zu erlassen. In den Richtlinien ist eine bundeseinheitliche Methodik und Vorgehensweise nach angemessenen und anerkannten Methoden der Personalbedarfsermittlung nach § 69 Absatz 6 des Vierten Buches vorzugeben und eine Unterteilung in die Aufgabenbereiche Begutachtungen, Qualitätsprüfungen und Qualitätssicherung vorzunehmen. Die für den Erlass der Richtlinien nach Satz 1 Nummer 2 erforderlichen Daten sind in allen Medizinischen Diensten unter Koordination des Medizinischen Dienstes Bund nach der bundeseinheitlichen Methodik und Vorgehensweise nach Satz 3 spätestens ab dem 1. März 2021 zu erheben und für alle Medizinischen Dienste einheitlich durch den Medizinischen Dienst Bund unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste auszuwerten.“

c) Der bisherige Satz 2 wird Satz 5 und nach dem Wort „Richtlinien“ werden die Wörter „nach Satz 1“ eingefügt.

d) Der bisherige Satz 3 wird Satz 6.

48. In § 55 Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „0,25“ durch die Angabe „0,35“ ersetzt. 49.

Nach § 61 wird folgender neuer Dritter Abschnitt des Sechsten Kapitels eingefügt:

„Dritter Abschnitt

Bundesmittel

§ 61a

Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

Zum Ausgleich der von der sozialen Pflegeversicherung übernommenen gesamtgesellschaftlichen Aufgaben zahlt der Bund an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ab dem Jahr 2022 jährlich einen Betrag von 2,5 Milliarden Euro. Die Zahlung erfolgt anteilig vierteljährlich zum 1. Februar, 1. Mai, 1. August und 1. November des Jahres. Der Betrag ändert sich ab dem Jahr 2023 jährlich in Höhe der Anpassung der Bezugsgröße der Sozialversicherung im Sinne des § 18 Absatz 1 des Vierten Buches.

§ 61b

Erstattung der Aufwendungen für Rentenversicherungsbeiträge

Die nach § 44 geleisteten Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen werden dieser vom Bund erstattet. Die Erstattung erfolgt durch vierteljährliche Abschlagszahlungen in Höhe der im Vorjahres quartal verausgabten Beträge sowie eine Schlussabrechnung nach Vorlage der Finanzstatistik für das vorangegangene Kalenderjahr. Die Abschlagszahlungen an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung sind jeweils zum 15. Februar, 15. Mai, 15. August und 15. November fällig.“

50. Der bisherige Dritte Abschnitt wird zum Vierten Abschnitt des Sechsten Kapitels und der bisherige Vierte Abschnitt wird zum Fünften Abschnitt des Sechsten Kapitels.

51. In § 71 Absatz 3 Satz 7 wird die Angabe „1. Juni 2021“ durch die Angabe „1. Januar 2023“ ersetzt.

52. § 72 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten,“.

bb) In Satz 1 wird in Nummer 3 das Komma am Ende durch ein Semikolon ersetzt und Nummer 4 gestrichen.

cc) In Satz 3 werden nach den Wörtern „die Leistungen“ die Wörter „ressourcenschonend und effizient“ eingefügt.

b) Nach Absatz 3 werden folgende Absätze 3a bis 3c eingefügt:

„(3a) Ab dem 1. Juli 2022 dürfen Versorgungsverträge nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen sein, die ihren als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Beschäftigten im Pflege- und Betreuungsbereich eine Entlohnung zahlen, die in Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, an die die Pflegeeinrichtungen gebunden sind, vereinbart ist. Mit Pflegeeinrichtungen, die nicht an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, dürfen Versorgungsverträge abgeschlossen werden, wenn sie ihren Beschäftigten im Pflege und Betreuungsbereich eine Entlohnung

zahlen, die die Höhe der Entlohnung eines räumlich, zeitlich, fachlich und persönlich anwendbaren Tarifvertrags nicht unterschreitet. Für kirchliche Pflegeeinrichtungen ist im Falle von Satz 2 auch die Zahlung einer Entlohnung, die die Höhe anwendbarer kirchlicher Arbeitsrechtsregelungen nicht unterschreitet, zulässig. Im Falle des Fehlens anwendbarer Tarifverträge oder soweit diese nicht auf alle Beschäftigten im Pflege- und Betreuungsbereich einer Pflegeeinrichtung anwendbar sind, ist eine ortsübliche Entlohnung zu zahlen.

(3b) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt in Richtlinien bis zum 1. Oktober 2021 das Nähere insbesondere zu den Verfahrens- und Prüfgrundsätzen für die Einhaltung der Zulassungsvoraussetzung nach § 72 Absatz 3a fest. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

(3c) Vor Abschluss des Versorgungsvertrages sind die Ausschüsse nach § 8a Absatz 1 und, soweit diese in den Ländern bestehen, die Ausschüsse nach § 8a Absatz 2 und 3 anzuhören, insbesondere zur Einbeziehung der Empfehlungen dieser Ausschüsse nach § 8a Absatz 5.“

53. § 75 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 3 werden nach den Wörtern „Bei Rahmenverträgen über ambulante Pflege sind die Arbeitsgemeinschaften der Träger der Sozialhilfe“ die Wörter „oder anderer nach Landesrecht für die Sozialhilfe zuständigen Träger“ eingefügt.

b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 10 wird aufgehoben.

bb) Nummer 11 wird Nummer 10.

54. Nach § 82b wird folgender § 82c eingefügt:

„§ 82c

Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen

(1) Ab dem 1. Juli 2022 darf

1. bei tarifgebundenen oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen eine Entlohnung der Beschäftigten bis zur Höhe der aus dieser Bindung resultierenden Vorgaben oder

2. bei allen anderen Pflegeeinrichtungen eine Entlohnung der Beschäftigten bis zur Höhe der Entlohnung eines räumlich, zeitlich, fachlich und persönlich anwendbaren Tarifvertrags

nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, wenn der Tarifvertrag oder die kirchliche Arbeitsrechtsregelung, nach der oder nach dem entlohnt wird, eine nach ortsüblichen Maßstäben wirtschaftliche Entlohnungsstruktur vorsieht. Für eine darüber hinausgehende Entlohnung der Beschäftigten bedarf es eines sachlichen Grundes.

(2) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum 1. Oktober 2021 in Richtlinien Kriterien für eine nach ortsüblichen Maßstäben wirtschaftliche Entlohnungsstruktur nach Absatz 1 fest. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. § 72 Absatz 3b Sätze 3 und 4 gelten entsprechend.

(3) Die Landesverbände der Pflegekassen stellen unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Land und der Träger der Sozialhilfe auf Landesebene für die Pflegeeinrichtungen nach Anhörung der Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen im Land auf Grundlage der Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach Absatz 2, erstmals bis zum 15. Februar 2022, für das jeweilige Land fest, welche anwendbaren Tarifverträge und kirchenarbeitsrechtlichen Regelungen eine nach ortsüblichen Maßstäben wirtschaftliche Entlohnungsstruktur haben. Sie stellen dabei sicher, dass eine Übersicht über die Tarifverträge und kirchenarbeitsrechtlichen Regelungen nach Satz 1 übersichtlich, vergleichbar und nach Postleitzahlen gegliedert in geeigneter Form den Pflegeeinrichtungen kostenfrei zur Verfügung gestellt werden.“

55. § 84 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 werden die Sätze 5 und 6 aufgehoben.
- b) Absatz 7 wird aufgehoben.
- c) Absatz 9 wird aufgehoben.

56. § 85 Absatz 9 bis 11 wird aufgehoben.

57. In § 87a Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Leistungsbeträge“ die Wörter „einschließlich des Leistungszuschlags nach § 43c“ eingefügt.

58. Nach § 88 wird folgender § 88a eingefügt:

„§ 88a

Wirtschaftlich tragfähige Vergütung für Kurzzeitpflege

(1) Zur Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung in der Kurzzeitpflege geben der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene gemeinsam mit den weiteren Beteiligten nach dem Verfahren von § 75 Absatz 6 bis zum [Einzusetzen: 6 Monate nach Inkrafttreten der Regelung] Empfehlungen zum Inhalt der Verträge nach § 75 Absatz 1 für die Kurzzeitpflege ab. Diese umfassen insbesondere die verschiedenen Formen der Kurzzeitpflege sowie die spezifischen Besonderheiten hinsichtlich der kurzen Verweildauer der Pflegebedürftigen und der damit regelmäßig verbundenen Auslastungsquote. Auf Grundlage dieser Empfehlungen haben die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern ihre Rahmenverträge für die Kurzzeitpflege zu überprüfen und anzupassen; in der Zwischenzeit sind die Empfehlungen für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Inland unmittelbar verbindlich.

(2) Kommen die Empfehlungen nach Absatz 1 innerhalb dieser Frist ganz oder teilweise nicht zustande, bestellen die Empfehlungspartner nach § 75 Absatz 6 gemeinsam eine unabhängige Schiedsperson. Kommt eine Einigung bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen nicht zustande, erfolgt eine Bestellung der Schiedsperson durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die Schiedsperson setzt den betreffenden Empfehlungsinhalt einschließlich der Kostentragung des Verfahrens innerhalb von zwei Monaten nach Bestellung fest.

(3) Den zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen, die eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung nach § 85 abgeschlossen haben, werden übergangsweise bis zum Zeitpunkt des Abschlusses einer Pflegesatzvereinbarung auf Basis der überarbeiteten Rahmenverträge nach Absatz 1 Satz 3, spätestens bis [Einzusetzen: 24 Monate nach Inkrafttreten der Regelung], die ihnen infolge der Nichtauslastung ihrer vertraglich vereinbarten, fest verfügbaren Kurzzeitpflegeplätze entstandenen Mindererlöse erstattet (Ausfallgeld), soweit diese nicht bereits nach anderen Vorschriften finanziert werden. Maßgeblich ist die im Versorgungsvertrag nach § 72 vereinbarte Anzahl der dauerhaft, ausschließlich zur Kurzzeitpflege zur Verfügung stehenden Plätze; bei

eingestreuter Kurzzeitpflege sind als Obergrenze maximal 5 Prozent der Gesamt platzzahl der vollstationären Pflegeeinrichtung berücksichtigungsfähig. Der Erstat tungsanspruch wird von den Pflegeeinrichtungen quartalsweise geltend gemacht und umfasst 75 Prozent des Tagessatzes der Pflegevergütung inklusive Ausbildungsver gütung sowie der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und maximal 100 Euro je nichtbelegtem Tag, soweit in dem betreffenden Quartal die der Vergütungsvereinba rung zugrunde gelegte Auslastungsquote unterschritten wird. Der Anspruch auf Erstat tung kann bei einer Pflegekasse regelmäßig im Folgemonat des Quartals geltend ge macht werden. Die Auszahlung hat innerhalb von 15 Werktagen zu erfolgen. Die Pfl egeeinrichtungen verpflichten sich zugleich, freie Kurzzeitpflegeplätze dem Informati onsportal nach § 7d zu melden und interessierten Pflegebedürftigen zur Verfügung zu stellen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bun desvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen unverzüglich das Nähere für das Erstattungsverfahren und die erforderlichen Nachweise zum Zwecke einer un bürokratischen Umsetzung fest. Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bun desministeriums für Gesundheit.“

59. § 89 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Sätze 4 und 5 aufgehoben.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Nach dem Wort „Vergütungen“ wird das Wort „können“ durch das Wort „sind“ ersetzt.

bbb) Vor dem Wort „unabhängig“ wird das Wort „oder“ durch das Wort „und“ ersetzt.

ccc) Nach dem Wort „Einzelleistungen“ werden die Wörter „bemessen wer den“ durch die Wörter „zu bemessen“ ersetzt.

bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 des Fünften Buches geregelten Grundsätze sind bei der Vereinbarung der Vergütung hinsichtlich der voraussichtlichen Personalkosten gemäß § 85 Absatz 3 Satz 5 sowie bei der Bemessung der Vergütung von längeren Wege zeiten, insbesondere in ländlichen Räumen, zu berücksichtigen.“

cc) In Satz 4 wird nach der Angabe „§ 84 Absatz 4 Satz 2“ die Angabe „und Absatz 7“ aufgehoben.

60. In § 94 Absatz 1 Nummer 4 und Absatz 2 Satz 2, § 97 Absatz 1 Satz 1 und § 97d Absatz 1 Satz 1 letzter Halbsatz und § 97d Absatz 2 Satz 1 werden die Angabe „§ 18“ durch die Angabe „§ 18 bis § 18c“ jeweils ersetzt.

61. In § 111 Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „§ 45c“ die Angabe „bis 45e“ eingefügt. 62.

In § 112 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 werden nach den Wörtern „Leistungsfähigkeit einer Pflegeein richtung“ die Wörter „oder einer gemeinschaftlichen Wohnform nach § 45h“ einge fügt und wird die in der Klammer stehende Angabe „§ 84 Absatz 5“ durch die An gabe „§ 84 Absatz 5, § 45h Absatz 3“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „durchzuführen“ das Komma und die Wörter „Expertenstandards nach § 113a anzuwenden sowie“ durch das Wort „und“ ersetzt und werden vor dem Punkt ein Semikolon und die Wörter „dies gilt auch im Hinblick auf gemeinschaftliche Wohnformen nach § 45h“ eingefügt.

c) In Absatz 3 werden nach den Wörtern „beraten die Pflegeeinrichtungen“ ein Komma und die Wörter „auch im Hinblick auf gemeinschaftliche Wohnformen nach § 45h,“ eingefügt.

63. Nach § 112a Absatz 2 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„In den Richtlinien festgelegte Qualifikationen können auch berufsbegleitend erworben werden.“

64. § 113 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „ambulanten und stationären Pflege“ durch die Wörter „ambulanten, stationären und Kurzzeitpflege und in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h“ ersetzt und werden vor dem Punkt die Wörter „und flexible Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen umfasst“ eingefügt.

bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Darüber hinaus ist in den Vereinbarungen zu regeln, dass die Mitarbeitenden von ambulanten Pflegediensten, die Betreuungsmaßnahmen erbringen (Betreuungskräfte), entsprechend den Richtlinien nach § 112a zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste qualifiziert sein müssen.“

cc) Nach Satz 4 wird ein neuer Satz 5 eingefügt:

„Die Maßstäbe und Grundsätze für die gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h sind bis zum 31. August 2022 zu vereinbaren.“

dd) Der bisherige Satz 5 wird Satz 6 und das Wort „Sie“ wird durch die Wörter „Alle Maßstäbe und Grundsätze“ ersetzt.

ee) Der bisherige Satz 6 wird Satz 7 und nach den Wörtern „in den Pflegeeinrichtungen“ die Wörter „und in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h“ eingefügt.

b) In Absatz 1b wird Satz 2 gestrichen.

65. § 113a wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift zu § 113a wird wie folgt gefasst:

„§ 113a Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“. b) Absatz

1 wird wie folgt gefasst:

„Die Vertragsparteien nach § 113 stellen die Aktualisierung des wissenschaftlich fundierten und fachlich abgestimmten Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ sicher. Die Aufgabe ist bis zum 31. Dezember 2022 befristet. Expertenstandards tragen für ihren Themenbereich zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bei. Dabei ist das Ziel, auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit Leistungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation einzusetzen, zu berücksichtigen. Der Medizinische Dienst Bund, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie unabhängige Sachverständige sind zu beteiligen. Der Auftrag zur Aktualisierung und die Einführung des Expertenstandards erfolgen jeweils durch einen Beschluss der Vertragsparteien.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Expertenstandard ist unentgeltlich im Internet zu veröffentlichen.“ bb) Satz 2 wird gestrichen.

cc) In dem neuen Satz 2 wird das Wort „der“ durch das Wort „des“ ersetzt.

d) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „Entwicklung und“ gestrichen und die Wörter „von Expertenstandards“ durch die Wörter „des Expertenstandards“ ersetzt.

66. § 113b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 Satz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 5 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt.

bb) In Nummer 6 wird der Punkt am Ende durch das Wort „sowie“ ersetzt. cc)

Nach Nummer 6 wird folgende Nummer 7 angefügt:

„7. bis zum 30. Juni 2023 zu prüfen, ob ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h anwendbar ist, und sofern dies der Fall ist, diesbezügliche Vorschläge zur Umsetzung vorzulegen.“

b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Die Vertragsparteien nach § 113 stellen sicher, dass die nach Absatz 4 Satz 2 Nummern 1 bis 3 entwickelten Qualitätssysteme dem medizinisch pflegewissenschaftlichen und technischen Fortschritt entsprechend weiterentwickelt werden. Sie haben darauf hinzuwirken, dass die Evaluationsergebnisse nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 5 umgesetzt und die Berichte des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 114c Absatz 3 berücksichtigt werden. Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Weiterentwicklung beauftragen die Vertragsparteien fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige. Bei der Erteilung und Bearbeitung der Aufträge sind die Anforderungen nach Absatz 5 Sätze 2 bis 5 entsprechend zu beachten. Die Vertragsparteien legen dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen einen konkreten Zeitplan für die Bearbeitung ihrer Aufgaben und Vorhaben vor, aus dem die einzelnen Umsetzungsschritte erkennbar sind. Es besteht ein Genehmigungsvorbehalt, eine Informationspflicht und ein Ersatzvornahmerecht entsprechend Absatz 8 Sätze 3 bis 5.“

c) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „nach Absatz 4“ gestrichen und die Wörter „und Vorhaben nach den Absätzen 4 und 4a“ eingefügt.

d) Folgender Absatz 10 wird angefügt:

„(10) Gegen eine Entscheidung des Qualitätsausschusses nach Absatz 1 und gegen Anordnungen und Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 9 Sätze 2 bis 6 ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.“

67. § 113c wird wie folgt gefasst:

„§ 113c

Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

(1) Auf Grundlage des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben werden für eine fachlich angemessene personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen folgende Personalanhaltswerte vorgesehen:

1. für Hilfskraftpersonal ohne landesrechtlich geregelte Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr

a) 0,0872 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1, b)

0,1202 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2, c) 0,1449

Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3, d) 0,1627

Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4, e) 0,1758

Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5,

2. für Hilfskraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr

a) 0,0564 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1, b) 0,0675

Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2, c) 0,1074

Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3, d) 0,1413

Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4, e) 0,1102

Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5, 3. für

Fachkraftpersonal

a) 0,0770 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1, b)

0,1037 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2, c) 0,1551

Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3, d) 0,2463

Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4, e) 0,3842

Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5.

(2) Ab 1. Juli 2023 kann in den Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 für vollstationäre Pflegeeinrichtungen höchstens die sich aus den Personalanhaltswerten nach Absatz 1 ergebende Personalausstattung im Bereich Pflege und Betreuung vereinbart werden. Sieht die bestehende Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 bereits eine darüber hinausgehende Personalausstattung vor und wird diese entsprechend von der Pflegeeinrichtung vorgehalten, können die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 überschritten werden. Dasselbe gilt, wenn im Vertrag nach § 75 Absatz 1 eine höhere personelle Ausstattung als nach Absatz 1 Nummer 3 geregelt ist. Ebenso ist eine Überschreitung möglich, wenn die Pflegeeinrichtung sachliche Gründe hierfür darlegen kann. Sofern Pflegeeinrichtungen eine personelle Ausstattung im Bereich Pflege und Betreuung

vereinbaren, die über die zu vereinbarende personelle Ausstattung nach Absatz 4 Nummer 1 hinausgeht,

1. sollen sie Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, durchführen und

2. können sie für die vereinbarten Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 und 3, die über die personelle Ausstattung nach Absatz 4 Nummer 1 hinausgehen, auch Pflegehilfskraftpersonal vorhalten, das folgende Ausbildungen berufsbegleitend absolviert:

a) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 Ausbildungen, die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BAnz AT 17.02.2016 B3) erfüllen

b) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 3 eine Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz.

Finanziert werden kann auch die Differenz zwischen dem Gehalt der Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung sofern die Pflegehilfskraft mindestens ein Jahr beruflich tätig war. Ausbildungsaufwendungen, die von anderer Stelle finanziert werden, sind abzuziehen. sofern die Pflegehilfskraft mindestens ein Jahr beruflich tätig war. Ausbildungsaufwendungen, die von anderer Stelle finanziert werden, sind abzuziehen.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene geben bis zum 30. Juni 2022 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 gemeinsame Empfehlungen zu den Inhalten der Verträge nach Absatz 4 ab. Sie arbeiten dabei mit den Verbänden 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 Empfehlungen nach Satz 1 nicht rechtzeitig zustande, wird ein Schiedsgremium aus drei unparteiischen und unabhängigen Schiedspersonen 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. Das Schiedsgremium setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder spätestens bis zum Ablauf von zwei Monaten nach seiner Bestellung die Empfehlungen fest. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu gleichen Teilen.

(4) Abweichend von § 75 Absatz 3 Satz 1 regeln die Verträge nach § 75 Absatz 1 ab 1. Juli 2023 für die vollstationäre Pflege die Anwendung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 unter Berücksichtigung

1. der sich aus den bisherigen Vorgaben nach § 75 Absatz 1 in Verbindung mit landesrechtlichen Vorgaben ergebenden Personalanhaltswerte, die die Pflegeeinrichtungen zu vereinbaren haben, einschließlich des Anteils der ausgebildeten Fachkräfte für den Bereich Pflege und Betreuung; dabei sind auch die Pflegesituation in der Nacht sowie Besonderheiten in Bezug auf Einrichtungsgrößen und -konzeption einzubeziehen;

2. besonderer Personalbedarfe beispielsweise für die Pflegedienstleitung, Qualitätsbeauftragte, Praxisanleitung;

3. der Zuordnung der erforderlichen Qualifikationen für das Pflege- und Betreuungspersonal nach Absatz 1 Nummer 1 bis 3 einschließlich anderer Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich;

4. einer möglichen weiteren Differenzierung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 Nummer 1 nach Qualifikationen.

§ 75 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend. Ab dem 1. Juli 2023 gelten die Empfehlungen nach Absatz 3 unmittelbar verbindlich, sofern noch keine Prüfung und Anpassung nach Satz 1 erfolgt ist.

(5) Ab dem 1. Juli 2023 können Anträge auf Vergütungszuschläge zur Finanzierung von zusätzlichen Fachkräften nach § 8 Absatz 6 und von zusätzlichen Pflegehilfskräften nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 jeweils nicht mehr gestellt werden. Vor dem 1. Juli 2023 beschiedene oder vereinbarte Vergütungszuschläge werden in dem ersten nach dem 1. Juli 2023 stattfindenden Pflegesatzverfahren nach § 85 in die Pflegesätze nach § 84 Absatz 1 und die Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Absatz 5 übertragen. Die Übertragung hat spätestens bis zum 31. Dezember 2025 zu erfolgen.

(6) Das Bundesministerium für Gesundheit prüft zum 1. Januar 2025, ob eine Erhöhung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 in Bezug auf die Verträge nach Absatz 4 im Bereich Pflege und Betreuung möglich und notwendig ist. Die Prüfung erfolgt insbesondere im Hinblick auf

1. die Ergebnisse der Weiterentwicklung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach § 8 Absatz 3b;

2. die in den Ländern durchschnittlich nach Absatz 2 vereinbarte personelle Ausstattung im Bereich Pflege und Betreuung, die über Personalausstattung der Verträge nach Absatz 4 im Bereich Pflege und Betreuung hinausgeht, und

3. die Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation im Pflegebereich.

Die erforderlichen Entscheidungsgrundlagen nach Satz 2 werden für den ersten Bericht über eine begleitende Evaluation und Modellprojekte ermittelt, die nach § 8 Absatz 3b vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen finanziert und dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens zur Frist nach Satz 1 zur Verfügung gestellt werden.

Die Bundesregierung legt den gesetzgebenden Körperschaften innerhalb von drei Monaten nach der Frist in Satz 1 einen Bericht über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe vor.

Die Bundesregierung wird ermächtigt, nach Vorlage des Berichts und unter Berücksichtigung etwaiger Stellungnahmen die Werte nach Satz 1 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates im Berichtsjahr anzupassen. Die Rechtsverordnung soll frühestens zwei Monate nach Vorlage des Berichts erlassen werden, um den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

68. § 114 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 4 werden nach den Wörtern „Durchführung der Prüfung“ ein Komma und die Wörter „auch in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h,“ eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „bis zum 31. Dezember 2010 mindestens einmal und ab dem Jahre 2011“ durch die Wörter „und ab dem 1. April 2023 in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h“ ersetzt.

bb) Nach Satz 13 wird folgender Satz angefügt:

„Wenn sich mehrere durch dieselbe Pflegeeinrichtung betriebene gemeinschaftliche Wohnformen nach § 45h in einem Gebäude oder in unmittelbarer räumlicher Nähe zueinander befinden, werden sie gemeinsam geprüft und im Rahmen der Qualitätsprüfung wie eine gemeinschaftliche Wohnform nach § 45h behandelt.“

69. § 114a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 4 werden nach den Wörtern „die Pflegeeinrichtungen“ ein Komma und die Wörter „auch im Hinblick auf gemeinschaftliche Wohnformen nach § 45h,“ eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „bei vollstationärer Pflege“ die Wörter „so wie bei Pflege in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h“ und werden nach den Wörtern „für das Pflegeheim“ die Wörter „oder die gemeinschaftliche Wohnform“ eingefügt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „der Heimbewohner“ gestrichen.

c) In Absatz 5a werden die Wörter „bis zum 31. Oktober 2011“ gestrichen und werden nach den Wörtern „zu prüfenden Pflegeeinrichtungen“ die Wörter „und gemeinschaftliche Wohnformen nach § 45h“ eingefügt.

d) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und für die gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h“ eingefügt.

bb) In Satz 3 werden nach der Angabe „31. Oktober 2018“ die Wörter „und die Richtlinien für die gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h bis zum 31. Oktober 2022“ eingefügt.

70. § 114b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „31. Dezember 2020“ durch die Angabe „30. Juni 2021“ und die Angabe „1. Januar 2021“ durch die Angabe „1. Juli 2021“ ersetzt.

b) In Absatz 2 wird die Angabe „31. Dezember 2020“ durch die Angabe „30. Juni 2021“ ersetzt.

71. § 114c wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „1. Juli 2021“ durch die Angabe „1. Juli 2022“ und werden die Wörter „sichergestellt ist“ durch die Wörter „erreicht worden ist“ ersetzt.

bb) In Satz 4 werden die Wörter „sichergestellt ist“ durch die Wörter „erreicht worden ist“ ersetzt.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 in dem Satzteil vor Nummer 1 wird die Angabe „31. März 2021“ durch die Angabe „31. Dezember 2021“ und wird die Angabe „30. September 2021“ durch die Angabe „30. September 2022“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird die Angabe „30. September 2021“ durch die Angabe „30. September 2022“ ersetzt.

72. § 115 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Wenn sich mehrere durch dieselbe Pflegeeinrichtung betriebene gemeinschaftliche Wohnformen nach § 45h in einem Gebäude oder in unmittelbarer räumlicher Nähe zueinander befinden, soll eine gemeinsame, zusammenfassende Qualitätsdarstellung für diese Wohnformen erfolgen.“

b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „von Pflegeeinrichtungen“ ein Komma und die Wörter auch in ein Komma und die Wörter auch in „gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h,“ eingefügt.

bb) In Satz 9 werden nach den Wörtern „in jeder Pflegeeinrichtung“ die Wörter „oder gemeinschaftliche Wohnform nach § 45h“ eingefügt.

cc) In Satz 10 wird nach der Angabe „31. Dezember 2017“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach der Angabe „31. Dezember 2018“ die Wörter „und für die gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h bis zum 31. Dezember 2022“ eingefügt.

c) In Absatz 3a Satz 2 wird die Angabe „§ 84 Absatz 2 Satz 5 beziehungsweise nach § 89 Absatz 1 Satz 4“ durch die Angabe „§ 82c Absatz 1“ ersetzt.

73. § 117 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „Überprüfung der Pflegeeinrichtungen“ die Wörter „sowie der Überprüfung der gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h“ eingefügt.

b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach den Wörtern „von Pflegeeinrichtungen“ die Wörter „oder gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h“ eingefügt.

c) In Absatz 4 Satz 1 werden nach den Wörtern „von Pflegeeinrichtungen“ die Wörter „oder gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h“ eingefügt.

74. In § 118 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird die Angabe „§ 18b“ durch die Angabe „§ 17 Absatz 1c“ ersetzt.

75. In § 120 Absatz 3 werden Satz 1 und 2 durch folgende Sätze ersetzt:

„In dem Pflegevertrag sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 vereinbarten Zeitvergütungen und der vom Zeitaufwand unabhängigen vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jeden Leistungskomplex gesondert zu beschreiben. Der Pflegebedürftige hat den Pflegebedürftigen vor Vertragsschluss und bei jeder wesentlichen Veränderung in der Regel schriftlich über die voraussichtlichen Kosten zu unterrichten, wie sich die vom Zeitaufwand unabhängige Vergütung im Vergleich zu einer rein zeitbezogenen Vergütung darstellt und ihn auf seine Wahlmöglichkeiten bei der Zusammenstellung dieser Vergütungsformen hinzuweisen. Auf dieser Grundlage entscheidet der Pflegebedürftige über die Vergütungsform. In dem Pflegevertrag ist die Entscheidung zu dokumentieren.“

76. Nach § 125 wird folgender § 125a eingefügt:

„§ 125a

Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege

Für eine wissenschaftlich gestützte Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zusätzlich 10 Millionen Euro im Zeitraum von 2022 bis 2024 zur Verfügung gestellt. Für die Förderung gilt § 8 Absatz 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Planung des Modellvorhabens in Abstimmung mit der Gesellschaft für Geriatrie, den Verbänden der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft erfolgt.“

77. Die Überschrift des vierzehnten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Vierzehntes Kapitel

Pflegevorsorge“.

78. Nach der Überschrift des vierzehnten Kapitels wird folgende Angabe eingefügt:

„Erster Abschnitt

Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge“.

79. § 127 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Angabe „10“ durch die Angabe „20“ und die Angabe „5“ durch die Angabe „10“ ersetzt.

bb) Nach Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„Liegt der von der zulagenberechtigten Person zu leistende Beitrag ohne Zulage zwischen 10 Euro und 15 Euro, beträgt die Zulage monatlich 5 Euro, bei einem zu leistenden Beitrag zwischen 15,01 Euro und 19,99 Euro beträgt die Zulage monatlich 7,50 Euro.“

b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

„4. bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 einen vertraglichen Anspruch auf Auszahlung von

a) Geldleistungen für jeden der in § 15 Absatz 3 und 7 aufgeführten Pflegegrade, dabei in Höhe von mindestens 600 Euro für Pflegegrad

5, vorsieht; die tariflich vorgesehenen Geldleistungen dürfen dabei die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses jeweils geltende Höhe der Leistungen dieses Buches nicht überschreiten, eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist jedoch zulässig; weitere Leistungen darf der förderfähige Tarif nicht vorsehen, oder

b) Geldleistungen lediglich in Höhe des pflegebedingten Eigenanteils nach § 84 im Falle der vollstationären Dauerpflege in den Pflegegraden 2 bis 5 vorsieht, oder

c) Geldleistungen entsprechend Buchstabe a sowie im Fall der vollstationären Dauerpflege in den Pflegegraden 2 bis 5 eine Erhöhung auf den pflegebedingten Eigenanteil nach § 84 vorsieht,“.

bb) In Nummer 5 wird die Angabe „18“ durch die Angabe „§ 18 bis 18c“ ersetzt. 80. Nach § 130 werden folgende Angaben eingefügt:

„Zweiter Abschnitt

Förderung der betrieblichen Pflegevorsorge

§ 130a

Betriebliche Pflegevorsorge

Zur Förderung betrieblicher Pflegezusatzversicherungen ist eine Entgeltumwandlung nach den Vorschriften des § 3 Nummer 72 Einkommensteuergesetz bei Vorliegen der folgenden Voraussetzungen zulässig:

1. Die Versicherung muss für alle Beschäftigten des den Vertrag abschließenden Arbeitgebers mit Ausnahme derjenigen, die schon bei einem früheren Arbeitgeber eine entsprechende Versicherung abgeschlossen und fortgeführt haben, verpflichtend abgeschlossen werden.
2. Die versicherte Leistung muss bei häuslicher Pflege mindestens 25 Prozent der Höhe der Sachleistungsbeträge nach § 36 entsprechen und bei vollstationärer Pflege mindestens den Eigenanteil der Pflegebedürftigen an den pflegebedingten Kosten abdecken.
3. Die Versicherung muss die Voraussetzungen nach § 127 Absatz 2 Nummer 1, 3, 5, und 6 erfüllen.
4. Bei Ausscheiden aus dem Betrieb muss eine private Weiterversicherungsmöglichkeit im Gruppentarif möglich sein.
5. In Tarifen der betrieblichen Pflegeversicherung dürfen die eingerechneten unmittelbaren Abschlusskosten gemäß § 8 Absatz 1 Nummer 1 der Kalkulationsverordnung das Zweifache der auf den ersten Monat entfallenden Bruttoprämie insgesamt nicht übersteigen. Mittelbare Abschlusskosten, Schadenregulierungskosten und sonstige Verwaltungskosten gemäß § 8 Absatz 1 Nummer 2 bis 4 der Kalkulationsverordnung dürfen bis zu einer Höhe von 10 Prozent der Bruttoprämie insgesamt eingerechnet werden.“

81. In § 134 Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „2035“ durch die Angabe „2050“ ersetzt. 82. § 135 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „0,1“ durch die Angabe „0,125“ ersetzt. b)

Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Zuführung nach Absatz 1 endet mit der Zahlung für Dezember 2049.“

83. In § 136 werden in Satz 2 der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und die Wörter „und ab dem Jahr 2050 der 20. Teil des Realwertes des zum 31. Dezember 2049 vorhandenen Mittelbestandes des Sondervermögens“ angefügt.

84. § 142 wird aufgehoben.

85. In § 143 Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „§12b Absatz 1 und 1a“ durch die Angabe „§ 155 Absatz 1 und 2“ ersetzt.

86. § 147 wird wie folgt geändert:

a) In § 147 werden folgende Angaben ersetzt:

aa) In der Angabe zu § 147 die Angabe „§ 18“ durch die Angabe „§ 18 bis § 18c“,

bb) in Absatz 1 die Angabe „§ 18 Absatz 2 Satz 1“ durch die Angabe „§ 18a Absatz 1 Satz 1“,

cc) in Absatz 2 die Angabe „§ 18 Absatz 2 Satz 5“ durch die Angabe „§ 18a Absatz 1 Satz 3“,

b) Die Absätze 3 bis 5 werden gestrichen.

c) Der bisherige Absatz 6 wird der neue Absatz 3.

87. Nach § 150a wird folgender § 150b eingefügt:

„§ 150b

Beteiligung an den Aufwendungen des Bundes für Schutzausrüstung

Als Beteiligung an den Aufwendungen des Bundes für Schutzausrüstung, die den nach diesem Buch zugelassenen Pflegeeinrichtungen kostenlos überlassen worden sind, zahlt der Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung zum 1. August 2021 einmalig einen Betrag von 75 Millionen Euro an den Bund.“

Artikel 3

Änderung des Einkommensteuergesetzes

Das Einkommensteuergesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 8. Oktober 2009 (BGBl. I S. 3366, 3863); das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 21. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3096) geändert worden ist, wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt geändert:

a) in Nummer 71 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt. b) nach

Nummer 71 wird folgende Nummer 72 eingefügt:

„72. Beiträge des Arbeitgebers und des Arbeitnehmers aus dem ersten Dienstverhältnis für eine betriebliche Pflegeversicherung, die den Anforderungen des § 130a Elften Buches Sozialgesetzbuch entspricht, bis zur Höhe von 0,5 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung im Kalenderjahr.“

2. In § 10 Absatz 1 Nummer 3a werden nach den Wörtern „zu berücksichtigen sind“ die Wörter „und nicht durch Entgeltumwandlung nach § 3 Nummer 72 gefördert wurde“ eingefügt.

Artikel 4

Änderung der Sozialversicherungsentgeltverordnung

Der § 1 der Sozialversicherungsentgeltverordnung vom 21. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3385), die zuletzt durch die Siebte Verordnung zur Änderung der Sozialversicherungsentgeltverordnung vom 24. November 2014 (BGBl. I S. 1799) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. in Absatz 1 Satz 1 Nummer 16 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt. 2. nach § 1 Absatz 1 Satz 1 Nummer 16 wird folgende Nummer 17 eingefügt:

„17. steuerfreie Beträge für eine betriebliche Pflegeversicherung nach § 3 Nr. 72 des Einkommensteuergesetzes im Kalenderjahr bis zur Höhe von 0,5 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung.“

Artikel 5

Inkrafttreten

- (1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze xxx am xxx Tag nach der Verkündung in Kraft.
- (2) Artikel 1 Nummer 3 (§ 37 Absatz 2a Satz 1 und Satz 2 des Fünften Buches) tritt am 1. Januar 2022 in Kraft.
- (3) Artikel 2 Nummer 13 (§ 25 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 des Elften Buches) tritt rückwirkend zum 1. Januar 2020 in Kraft.
- (4) Artikel 2 Nummer 22 (§ 39 Absatz 1 Satz 3, letzter Halbsatz des Elften Buches), Nummer 24 Buchstabe b (§ 41 Absatz 3 des Elften Buches) und Nummer 26 (§ 42a Absatz 3 des Elften Buches) tritt am 1. Juli 2022 in Kraft.
- (5) Artikel 2 Nummer 44 tritt mit Ausnahme von § 45h Absatz 2 des Elften Buches am 1. Januar 2023 in Kraft.
- (6) Artikel 2 Nummer 52 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa (§ 72 Absatz 3 Satz 1 des Elften Buches), Nummer 53 Buchstabe b (§ 75 Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches), Nummer 55 Buchstabe a und b (§ 84 Absatz 2 Satz 5 und 6 und Absatz 7 des Elften Buches), Nummer 59 Buchstabe a (§ 89 Absatz 1 Sätze 4 und 5 des Elften Buches) und b Doppelbuchstabe cc (§ 89 Absatz 3 Satz 4 des Elften Buches) und Nummer 56 Buchstabe c (§ 115 Absatz 3a Satz 2 des Elften Buches) treten zum 1. Juli 2022 in Kraft.
- (7) Artikel 2 Nummer 48 (§ 55 des Elften Buches), 81 (§ 134 des Elften Buches), 82 (§ 135 des Elften Buches) und 83 (§ 136 des Elften Buches) treten am 1. Januar 2022 in Kraft.
- (8) Artikel 2 Nummer 5 Buchstabe b und e (§ 8 Absatz 6 und Absatz 9 des Elften Buches), Nummer 55 Buchstabe c (§ 84 Absatz 9 des Elften Buches) und Nummer 56 (§ 85 des Elften Buches) treten am 1. Januar 2026 in Kraft.
- (9) Artikel 2 Nummer 80 (§ 130a des Elften Buches) und Artikel 3 (Änderung des Einkommensteuergesetzes) und Artikel 4 (Änderung der Sozialversicherungsentgeltverordnung) treten am 1. Januar 2022 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Auf der Basis der im Koalitionsvertrag für diese Legislaturperiode vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in der Pflege sowie der gesellschaftspolitischen Diskussion über die dafür notwendigen Schritte, sollen die Strukturen in der Pflege angepasst werden. Dabei gilt es vor allem die folgenden Entwicklungen zu berücksichtigen:

- Demografisch bedingt steigt die Zahl der Menschen, die Pflege benötigen, auch in den nächsten Jahren weiter an. Damit steigt auch der Bedarf an informeller und professioneller Unterstützung und Pflege.
- Die Corona-Pandemie hat deutlich gemacht, wie wichtig es ist, den mit der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) begonnenen Weg der besseren Unterstützung der beruflich Pflegenden konsequent weiter zu beschreiten und die Arbeitsbedingungen in der Pflege weiter zu verbessern.
- Angehörige leisten einen bedeutsamen Anteil der Pflege. Um die Fähigkeit und Bereitschaft der Pflege durch Angehörige weiter zu stärken, braucht es neben der Anerkennung dieses großartigen Einsatzes eine angemessene Unterstützung durch höhere Leistungen der Pflegeversicherung sowie mehr Möglichkeiten, diese Leistungen flexibler in Anspruch zu nehmen.
- Bessere Pflege kostet Geld. Das darf aber nicht dazu führen, dass immer mehr Pflegebedürftige durch steigende Eigenanteile in der stationären Pflege finanziell überfordert werden.

Mit dem Gesetzentwurf werden diese aktuellen gesellschaftlichen Themen im Recht der sozialen Pflegeversicherung aufgegriffen und die im für die laufende Legislaturperiode geschlossenen Koalitionsvertrag getroffenen Vereinbarungen umgesetzt. Die entsprechen den Zielsetzungen umfassen neun Bereiche:

1. Die stationäre Pflege verbessern: Pflegebedürftige und Angehörige spürbar entlasten, verbleibende Kosten transparenter und planbarer machen, bei der Suche nach Pflegeplätzen helfen,
2. Die Pflege zu Hause stärken: Leistungen erhöhen und bedarfsgerechter nutzbar machen, Fehlentwicklungen beseitigen und Versorgung effizienter gestalten,
3. Pflegebedürftigkeit vermeiden: Rehabilitation Älterer spürbar stärken, Kurzzeitpflege ausbauen und wirtschaftlich tragfähig gestalten,
4. Beruflich Pflegenden stärken: Bessere Bezahlung, mehr Stellen und mehr Verantwortung - Umsetzung der Maßnahmen der Konzentrierten Aktion Pflege,
5. Nachhaltigkeit und Demografiefestigkeit fördern: Ausbau intergenerativer Elemente, Stärkung der privaten und betrieblichen Vorsorge,
6. Systemgerechte Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben im Bereich der Pflege,
7. Alternativen zur klassischen häuslichen oder vollstationären Versorgung fördern: Schaffung einer rechtlichen Grundlage zur Stärkung des Ausbaus von gemeinschaftlichen Wohnformen,

8. Noch stärkere Nutzung der Potentiale der Digitalisierung auch im Bereich der Schulung pflegender Angehöriger, der Förderung der Selbsthilfe und durch ein Modellprogramm in der Telepflege,

9. Weiterentwicklung der Instrumente der Qualitätssicherung in der Pflege und Neustrukturierung der Verfahrensregelungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

1. Die stationäre Pflege verbessern - Pflegebedürftige und Angehörige spürbar entlasten:

Der Eigenanteil, der für die Pflege in stationären Einrichtungen von den Betroffenen aufgebracht werden muss, wird in der Höhe und mit längerem Verbleib stärker begrenzt. Das führt zu spürbaren Entlastungen und sorgt für mehr Planbarkeit und Transparenz für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen.

Durch eine verbindliche Finanzierung der Investitionskosten in Höhe von 100 Euro für jeden vollstationär versorgten Pflegebedürftigen tragen die Länder zur Entlastung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bei.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen werden zudem künftig bei der Suche nach freien Plätzen und Unterstützungsangeboten in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen durch eine Internetplattform unterstützt, an die die Pflegeeinrichtungen ihre freien Kapazitäten und Angebote tagesaktuell melden.

2. Die Pflege zu Hause stärken:

Die häusliche Pflege wird durch höhere Leistungsbeiträge der Pflegeversicherung, flexibler kombinierbare Leistungen durch einen gemeinsamen Jahresbetrag für Kurzzeit- und Verhinderungspflege, durch eine finanzielle Unterstützung bei der Pflege durch im Haushalt lebende Betreuungspersonen und durch die Förderung eines ressourcenschonenden und effizienten Einsatzes von ambulanten Diensten gestärkt. Damit wird auch die Rolle kommunaler Akteure in der Pflege gestärkt. Gleichzeitig sollen bestehende Fehlentwicklungen in der ambulanten Versorgung beseitigt werden.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollen sich künftig flexibler gemeinsam mit den ambulanten Pflegeeinrichtungen auf eine individuelle Gestaltung und Zusammenstellung von Leistungen der häuslichen Pflegehilfe verständigen können. Es soll in ihrer Entscheidung liegen, ob sie zum Beispiel Leistungskomplexe oder Zeitkontingente für die Leistungserbringung wählen. Die ambulanten Pflegeeinrichtungen haben sie entsprechend bei Abschluss des Pflegevertrages zu beraten.

Um insbesondere die pflegenden Angehörigen zu entlasten, wird ein flexibel einsetzbarer Gemeinsamer Jahresbetrag aus den Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege geschaffen. Bereits nach geltendem Recht können die Leistungsbeträge dieser beiden Leistungsarten in bestimmten Grenzen für die jeweils andere Leistungsart eingesetzt werden. Diese Begrenzungen werden jetzt auf- und der insgesamt einsetzbare Leistungsbetrag erheblich angehoben. Außerdem wird der Gemeinsame Jahresbetrag künftig regelhaft dynamisiert. Dabei werden die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Leistungen angeglichen. So wird künftig keine sechsmonatige Vorpflegezeit mehr für die Inanspruchnahme von Verhinderungspflege vorausgesetzt. Ferner wird für die Dauer des Anspruchs einheitlich ein Zeitraum von bis zu zwei Monaten im Jahr festgesetzt. Der Gemeinsame Jahresbetrag kann auch für stundenweise Verhinderungspflege eingesetzt werden. Ohne Minderung des Leistungsbetrages kann er für Fälle längerfristiger Verhinderungen genutzt werden.

Nach geltendem Recht kann teilstationäre Pflege ohne Anrechnung parallel zu ambulanten Leistungen in Anspruch genommen werden. Dies hat vielfach zu Kombinationen

geführt, die in der Fachdebatte als so genannte „Stapelleistungen“ in der Kritik stehen. Der vorliegende Gesetzentwurf greift die Kritik auf durch die Wiedereinführung einer Anrechnungsergelung.

Um den Kostenentwicklungen der letzten Jahre Rechnung zu tragen, werden die Leistungsbeträge nach den §§ 36 (ambulante Sachleistung), 37 (Pflegegeld), 40 Absatz 2 (zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel), 41 (teilstationäre Pflege) und 43 (vollstationäre Pflege) spürbar angehoben. Zudem wird die Vorschrift zur Dynamisierung der Leistungen mit dem Ziel einer regelhaften, jährlich erfolgenden Anpassung umgestaltet, die die künftige Preisentwicklung berücksichtigt.

Im Zusammenhang mit der Bewältigung der SARS-CoV-2-Pandemie wurden verschiedene Sonderregelungen geschaffen, deren Verlängerung oder Übernahme in das Dauerrecht der Pflegeversicherung angemahnt wird. Dies betrifft u.a. die Anhebung des Pauschalbetrages für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, die jetzt aufgegriffen wird. Weil der Leistungs-

betrag mit einer Anhebung um die Hälfte (von bis zu 40 Euro auf bis zu 60 Euro im Monat) ohnehin dauerhaft erheblich ausgeweitet wird, werden die zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel von der Dynamisierung ausgenommen.

3. Pflegebedürftigkeit vermeiden:

Geriatrische Rehabilitation kann helfen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu verzögern, sie kann weitere Verschlimmerungen verhindern und gesellschaftliche Teilhabe sichern. Das nützt den betroffenen Menschen, und es trägt zur Nachhaltigkeit der Pflegeversicherung bei. Die Kosten für Maßnahmen der geriatrischen Rehabilitation für gesetzlich Versicherte ab 70 Jahre sollen in Zukunft zur Hälfte von der sozialen Pflegeversicherung getragen werden. Damit werden wesentliche Impulse für die Krankenkassen gesetzt, ihren älteren Versicherten mehr Rehabilitationsmaßnahmen anzubieten.

Bei bereits eingetretener Pflegebedürftigkeit sollen die Betroffenen nach einem Krankenhausaufenthalt, in einer akuten häuslichen Krisensituation oder zur Entlastung der pflegenden Angehörigen zudem einen qualifizierten Kurzzeitpflegeplatz nutzen können. Die Pflege selbstverwaltung wird deshalb verpflichtet, bessere Rahmenbedingungen für die Auszahlung wirtschaftlich tragfähiger Vergütungen und qualitätsgesicherter Leistungserbringung zu schaffen. Die Pflegeversicherung wird die Stärkung der Kurzzeitpflege unterstützen, um eine finanzielle Überforderung der Betroffenen zu verhindern. Darüber hinaus wird eine neue Leistung „Übergangspflege nach Krankenhausbehandlung“ in der GKV eingeführt.

4. Beruflich Pflegende stärken – Umsetzung der Konzierten Aktion Pflege:

Um die pflegerische Versorgung bei einem demografiebedingt wachsenden Bedarf an professioneller Pflege auch in Zukunft sicherstellen zu können, bedarf es einer ausreichenden Zahl von Pflege- und Betreuungskräften. Die von der Bundesregierung in dieser Legislaturperiode initiierte Konzierte Aktion Pflege (KAP) hat sich vor diesem Hintergrund zum Ziel gesetzt, die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen und die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern. Mit diesem Gesetz sollen wesentliche Vorschläge der KAP umgesetzt werden. Dazu wird die weitere Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens in der vollstationären Altenpflege gesetzlich verankert. Ziel ist ein bundesweit einheitliches Verfahren, in das perspektivisch auch die bestehenden Vergütungszuschläge für zusätzliches Pflegepersonal integriert werden. Darüber hinaus soll Pflegefachpersonen künftig die Übernahme von erweiterten Aufgaben in der Versorgung ermöglicht werden, um ihre Fachlichkeit zu stärken, die Versorgung effizienter zu gestalten und die interprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern. Zudem soll die Zahlung von Löhnen nach Tarif weiter gestärkt werden. Um dies zu erreichen, wird die bisherige Regelung der Zahlung einer ortsüblichen Arbeitsvergütung im Zulassungsrecht in der Form konkretisiert, dass für Beschäftigte im Pflege- und Betreuungsbereich ab dem 1. Juli 2022 nur eine Entlohnung nach Tarif (oder nach kirchenarbeitsrechtlichen Regelungen) – mindestens der Höhe nach – als Zulas

sungsvoraussetzung gilt.

5. Nachhaltigkeit und Demografiefestigkeit fördern:

Durch den Ausbau intergenerativer Elemente sowie die Stärkung der privaten und betrieblichen Vorsorge wird die Nachhaltigkeit und Demografiefestigkeit der Pflegeversicherung gesichert. Dazu wird die Ansparphase des Pflegevorsorgefonds bis zum Jahr 2050 zeitlich deutlich verlängert, der Beitragszuschlag für Kinderlose angehoben, die staatliche Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge deutlich erhöht und ergänzend neue Vorsorgeprodukte gefördert, die auf die Deckung der verbleibenden Eigenanteile insbesondere bei stationärer Pflege zielen. Die Möglichkeiten zur Kooperation von Kranken- und Pflegekassen mit Angeboten privater Kranken- und Pflegezusatzversicherungen werden ausgebaut. Der Ansatz der betrieblichen Pflegevorsorge wird erweitert, indem entsprechende betriebliche Lösungen künftig ähnlich staatlich gefördert werden wie die betriebliche Altersvorsorge.

6. Systemgerechte Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben

Mit der Pflegereform wird die Finanzierung der Pflegeversicherung auf eine breitere Grundlage gestellt. Dies wird mit Maßnahmen kombiniert, die die Effizienz der Versorgung erhöhen, Fehlentwicklungen beseitigen, die Generationengerechtigkeit erhöhen und die private Vorsorge stärken. Die Pflegeversicherung leistet im Rahmen der sozialen Absicherung elementarer Lebensrisiken einen wichtigen Beitrag. Wie andere Sozialversicherungszweige erbringt sie Leistungen, deren Finanzierung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. Deshalb übernimmt der Bund wie für die Zeiten der Kindererziehung künftig die Beitragszahlungen an die Rentenversicherung für die Menschen, die ihre Angehörigen pflegen. Ein pauschaler Bundeszuschuss trägt zur Finanzierung weiterer gesamtgesellschaftlicher Aufgaben wie der Vermeidung einer finanziellen Überforderung durch zu hohe Eigenanteile als notwendige Begleitmaßnahme zur Grundabsicherung im Alter, der beitragsfreien Versicherung von Kindern und nicht erwerbstätigen Partnern sowie des Pflegeunterstützungsgeldes bei.

7. Alternativen zur klassischen häuslichen oder vollstationären Versorgung fördern: Schaffung einer rechtlichen Grundlage zur Stärkung des Ausbaus von Gemeinschaftlichen Wohnformen

Mit einer neuen Regelung wird die vielfach vorgetragene Forderung umgesetzt, für gemeinschaftliche Wohnformen, die rechtlich in diesem Buch bislang nur rudimentär vor allem durch den Wohngruppenzuschlag nach § 38a Berücksichtigung gefunden haben, eine rechtliche Grundlage zu schaffen. Dabei wird dem Wunsch nach Versorgungssicherheit einerseits und andererseits der Wahrung größtmöglicher Selbstbestimmung Rechnung getragen. Die Regelung ist ein wichtiger Schritt zur Fortentwicklung der pflegerischen Versorgung und Grundlage für die Verwirklichung zukunftsweisender Versorgungskonzepte unter den Bedingungen des demografischen Wandels.

8. Nutzung der Potentiale der Digitalisierung in der Pflege:

In der Fachwelt besteht Einigkeit, dass die Nutzung digitaler Technik im Bereich der pflegerischen Versorgung ausgebaut werden sollte, um sowohl Verwaltungsabläufe zu vereinfachen und effizienter zu gestalten als auch die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen zu verbessern und Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen einen erleichterten Zugang zu Information, Beratung und Schulung zu schaffen. In dieser Legislaturperiode wurden daher bereits zahlreiche Maßnahmen zur Digitalisierung in der Pflege gesetzgeberisch eingeleitet und weiterentwickelt. Dies soll im Rahmen der Pflegereform fortgeführt werden.

Zur weiteren Verbreitung digitaler Technik in der Pflege wird klargestellt, dass Pflegekurse auch digital durchgeführt werden können. Auch bei der Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts sowie der Selbsthilfe wird hervorgehoben, dass digitale Maßnahmen einbezogen werden können. Die Maßnahmen im Bereich der Digitalisierung sind Bestandteil einer Digitalisierungsoffensive im Bereich der pflegerischen Versorgung und stehen im Zusammenhang mit anderen Neuregelungen, wie etwa

dem mit dem GPVG umgesetzten Vorhaben, digitalisierten Pflegehilfsmitteln weitere Verbreitung zu verschaffen, oder den digitalen Pflegeanwendungen, die mit dem DVPMG eingeführt wurden. Die Möglichkeiten der Telepflege sollen nun zudem in einem Modellprogramm gefördert und weiterentwickelt werden, um das Potential zur Entlastung von Pflegepersonal, pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen nutzen zu können.

9. Weiterentwicklung der Instrumente der Qualitätssicherung in der Pflege und Neustrukturierung der Verfahrensregelungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit

Die Instrumente der Qualitätssicherung werden weiterentwickelt, um der Entwicklung der Versorgungsformen, etwa in der Kurzzeitpflege und bei den gemeinschaftlichen Wohnformen, gerecht zu werden und die Vorsorge für Krisensituationen wie eine pandemische Notlage zu stärken.

Mit den Änderungen in § 18 SGB XI wird das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit neu strukturiert und systematisiert, verfahrens- und leistungsrechtlich voneinander getrennt sowie übersichtlicher und adressatengerechter aufbereitet. Zudem werden aus Gründen der Rechtssicherheit inhaltliche Anpassungen und Klarstellungen vorgenommen und die Regelung um weitere Vorgaben ergänzt. So hat die Pflegekasse mit Zustimmung des Versicherten Heilmittelempfehlungen an dessen behandelnde Ärztin oder dessen behandelnden Arzt weiterzuleiten mit dem Ziel, das Ausstellen einer Heilmittelverordnung zu befördern. Darüber hinaus sind gesetzliche Klarstellungen, die für die Antragsteller den Zugang zu Leistungen einfacher machen sollen, im Hinblick auf den zusatzzahlungsrelevanten Fristbeginn sowie beim Fristenlauf als eine bessere Grundlage für eine zügige Bescheiderteilung vorgesehen.

III. Alternativen

Keine.

IV. 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). Die Voraussetzungen der Erforderlichkeitsklausel nach Artikel 72 Absatz 2 Grundgesetz in Verbindung mit Artikel 74 Absatz 1 Nr. 11 Grundgesetz sind erfüllt.

Eine bundeseinheitliche Regelung zur Wahrung der Rechtseinheit ist im gesamtstaatlichen Interesse erforderlich (Artikel 72 Absatz 2 GG). 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 Finanzen 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). Zudem werden bereits bestehende bundesgesetzliche Regelungen neu strukturiert und inhaltlich erweitert.

V. 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.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Der Gesetzentwurf trägt zur Rechts- und Verwaltungsvereinfachung bei, indem die Regelungen zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit einerseits adressatengerecht aufbereitet und andererseits in bestimmten Punkten ergänzt werden, um in der Praxis bestehende Auslegungsfragen klarzustellen. Die künftig bestehende Pflicht für Pflegekassen und Medizinische Dienste, Begutachtungsaufträge, Gutachten und sonstige für die Begutachtung notwendige Unterlagen in gesicherter elektronischer Form zu übermitteln, verringert ebenfalls den Verwaltungsaufwand und unterstützt die Einhaltung der gesetzlich vorgesehenen Bearbeitungs- bzw. Begutachtungsfristen.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Der Gesetzentwurf steht im Einklang mit der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie, insbesondere mit dem Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich der Gesundheit und sozialer Verantwortung. Durch die Regelungen im Gesetzentwurf werden die bestehenden Strukturen der Pflege verbessert und insoweit die Sicherstellung der pflegerischen sowie medizinischen Versorgung befördert. Es dient in besonderem Maße dem Prinzip 4 „Nachhaltiges Wirtschaften stärken“ sowie dem Prinzip 5 „Sozialen Zusammenhalt in einer offenen Gesellschaft wahren und verbessern“. Mit dem Gesetzentwurf wird insbesondere mit der Maßnahme zur Verlängerung der Ansparphase des Pflegevorsorgefonds durch weitere Einzahlungen auch nach dem beizubehaltenden Auszahlungsbeginn ab dem Jahr 2035 bis zum Jahr 2050 eine Stärkung der Demografiefestigkeit erreicht. Auch die Erhöhung des Beitragszuschlags für Kinderlose um 0,1 Prozentpunkte sowie die Regelung zur staatlichen Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge tragen zu Demografiefestigkeit bei.

Unter der Annahme unveränderter altersspezifischer Pflegewahrscheinlichkeit wird die Zahl der Pflegebedürftigen allein in der sozialen Pflegeversicherung bis zum Jahr 2050 von derzeit etwa 4,0 Millionen auf etwa 6,1 Millionen ansteigen. Diese Entwicklung vollzieht sich in ähnlicher Weise auch in der privaten Pflegeversicherung. Dies macht es notwendig, die Strukturen im Bereich der Pflege weiter zu verbessern und Angebote für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen stärker als bisher zu verzahnen.

Direkte und unmittelbare Auswirkungen auf die demografische Entwicklung in Deutschland, etwa auf die künftige Geburtenentwicklung, Zuwanderung oder die regionale Verteilung der Bevölkerung und das Generationenverhältnis, sind durch das Gesetzgebungsvorhaben nicht gegeben. Seit ihrer Einführung tragen die Leistungen der Pflegeversicherung in ihrer Gesamtheit jedoch in hohem Maße dem Alterungsprozess der Bevölkerung, den zunehmenden Single-Haushalten sowie der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf Rechnung. Dieser Ansatz wird mit dem aktuellen Gesetzgebungsvorhaben weiter verfolgt, indem pflegende Angehörige stärkere Unterstützung bei Suche nach einer geeigneten pflegerischen Versorgung über die dafür vorgesehene Internetplattform finden, Beiträge an die Rentenversicherung bei Pflegezeiten vom Bund übernommen werden und auch eine flexiblere Ausgestaltung der Pflege durch die Wahl von Leistungen nach Leistungskomplexen und/oder Zeitkontingenten ermöglicht wird.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

a) Bund, Länder, Gemeinden

Für den Bund ergeben sich aus der Erstattung der Aufwendungen für die Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen und dem pauschalen Beitrag zu Beteiligung an weiteren gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 2021 Mehrausgaben von 1,3 Milliarden Euro und ab dem Jahr 2022 Mehrausgaben in der Größenordnung von rund 5,1 Milliarden Euro. Zusätzlich ergeben sich für die erhöhte Pflegevorsorgezulage bei unterstellten 0,5 Millionen zusätzlichen Versicherungsverträgen und einer durchschnittlichen Förderung von monatlich 9 Euro für Alt- und Neuverträge Mehrausgaben von rund 90 Millionen

Euro jährlich. Es ist zu vermuten, dass sich diese Mehrausgaben erst allmählich aufbauen. Zusätzlich ergeben sich steuerliche Mindereinnahmen aus der Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Pflegevorsorge von 0,5 Milliarden Euro.

Für die Länder ergeben sich aus dem Zuschuss zu den Investitionskosten vollstationär versorgter Pflegebedürftiger von 100 Euro monatlich jährliche Mehrausgaben von 0,94 Milliarden Euro.

Für die Sozialhilfeträger ergeben sich aus der Begrenzung der Eigenanteile im vollstationären Bereich entsprechend dem Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege an der Zahl der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen von knapp 30 Prozent unter Berücksichtigung der anteiligen Kosten für die Tariflohnzahlung und den zweiten Schritt der Umsetzung des Personalbemessungskonzeptes jährliche Minderausgaben in der Größenordnung von 0,36 Milliarden Euro.

Für Bund, Länder und Gemeinden ergeben sich im Bereich der Beihilfe entsprechend dem Anteil der beihilfeberechtigten Pflegebedürftigen jährliche Mehrausgaben von rund 0,18 Milliarden Euro.

b) Gesetzliche Krankenversicherung

Für die gesetzliche Krankenversicherung ergeben sich aufgrund der Tragung der Kosten der geriatrischen Rehabilitation bei ab 70-Jährigen durch die soziale Pflegeversicherung jährliche Minderausgaben von rund 0,14 Milliarden Euro und aus der verpflichtenden Entlohnung der Pflegekräfte in tarifvertraglicher Höhe im Bereich der häuslichen Krankenpflege jährliche Mehrausgaben von rund 0,2 Milliarden Euro. Zusätzlich ergeben sich Mindereinnahmen aus der Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Pflegevorsorge von 0,26 Milliarden Euro.

c) Soziale Pflegeversicherung

Für die soziale Pflegeversicherung ergeben sich aus den Leistungsverbesserungen dieses Gesetzes mittelfristig jährliche Mehrausgaben von 6,3 Milliarden Euro, denen Minderausgaben aus kostensenkenden Maßnahmen in Höhe von 3,9 Milliarden Euro gegenüberstehen. Hinzu kommen Mindereinnahmen aus der Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Pflegevorsorge von 0,05 Milliarden Euro.

Die jährlichen Mehrausgaben beruhen auf folgenden Maßnahmen:

Aus der Begrenzung der vollstationären Eigenanteile ergeben sich auf Basis der derzeitigen durchschnittlichen monatlichen Eigenanteilshöhe von 786 Euro zuzüglich etwa 80 Euro Ausbildungszuschläge und der zeitlichen Staffelung der Verweildauer der Heimbewohner Mehrausgaben von rund 2,5 Milliarden Euro.

Über den gleichen Mechanismus wirkt auch die Verpflichtung zur Entlohnung der Pflegekräfte in tarifvertraglicher Höhe. Hier ergeben sich in der vollstationären Pflege aus der Differenz zwischen den derzeitigen Personalkosten und einer generellen Bezahlung in tarifvertraglicher Höhe etwa 0,34 Milliarden Euro Mehrkosten für die soziale Pflegeversicherung aus der Begrenzung der Eigenanteile.

Die einmalige Anhebung der Geld- und Sachleistungsbeträge führt zu Mehrausgaben von 1,8 Milliarden Euro.

Die Schaffung eines gemeinsamen Jahresbetrags für Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege führt unter Berücksichtigung der Abschaffung der Vorpflegezeit bei der Verhinderungspflege zu Mehrausgaben von 0,7 Milliarden Euro.

Der 2023 vorgesehene nächste Schritt der Einführung eines Personalbemessungsverfahrens in der vollstationären Pflege mit über 20 000 zusätzlichen Stellen führt bei vollständiger Umsetzung für die soziale Pflegeversicherung zu Mehrausgaben von 0,22 Milliarden Euro.

Weitere Maßnahmen sind die bessere Geltendmachung der Aufwendungen für im Haushalt lebende Betreuungspersonen (0,36 Milliarden Euro), die Stärkung der Kurzzeitpflege (0,1 Milliarden Euro), die Tragung der Kosten der geriatrischen Rehabilitation bei ab 70- Jährigen (0,14 Milliarden Euro), die Stärkung gemeinschaftlicher Wohnformen (0,08 Milliarden Euro), die Anhebung der Pauschale für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (0,03 Milliarden Euro), und sonstige Maßnahmen mit einem geringfügigen Mehraufwand von rund 0,01 Milliarden Euro.

Die jährlichen Minderausgaben ergeben sich aus der Übernahme der Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen durch den Bund (2,6 Milliarden Euro), der Umstellung der Leistungsdynamisierung auf einen jährlichen Rhythmus (Minderausgaben von 0,7 Milliarden Euro im ersten Dynamisierungsjahr 2023) sowie der Kürzung der teilstationären Leistungen beim Zusammentreffen mit Sachleistungen auf 50 Prozent (0,1 Milliarden Euro) und der Begrenzung der stundenweisen Verhinderungspflege (0,5 Milliarden Euro).

Wegen unterschiedlicher Inkrafttretenstermine der einzelnen Maßnahmen fallen sowohl die Mehrausgaben als auch die Minderausgaben im Jahr 2021 und teilweise auch im Jahr 2022 geringer aus. Aus dem pauschalen Beitrag des Bundes zur Beteiligung an den gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der sozialen Pflegeversicherung ergeben sich ab dem Jahr 2022 Mehreinnahmen von 2,5 Milliarden Euro. Langfristig steigen die Finanzwirkungen der Maßnahmen mit der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen und der Preisentwicklung im Pflegesektor.

d) Gesetzliche Rentenversicherung

Es ergeben sich Mindereinnahmen aus der Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Pflegevorsorge von 0,31 Milliarden Euro.

e) Arbeitslosenversicherung

Es ergeben sich Mindereinnahmen aus der Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Pflegevorsorge von 0,04 Milliarden Euro.

4. Erfüllungsaufwand

4.1. Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Im Zusammenhang mit der Einführung einer Informationsplattform zu freien Plätzen und Angeboten in der Pflege (§ 7d SGB XI) entsteht den Bürgerinnen und Bürgern kein Erfüllungsaufwand, da zielgerichtet verfügbare Einrichtungen kontaktiert und weitere Unterstützungsangebote schnell gefunden werden können, werden die Bürgerinnen und Bürger wesentlich entlastet.

Aus der Absenkung des Leistungsbetrages für teilstationäre Pflege (§ 41 SGB XI) um 50 Prozent bei Zusammentreffen mit ambulanten Leistungen ergibt sich für die Bürgerinnen und Bürger zusätzlicher Zeitaufwand von 27 500 Stunden aus der Änderung von Daueraufträgen.

Durch die Unterstützung in der häuslichen Betreuung durch im Haushalt lebende Betreuungspersonen (§ 45f SGB XI) entsteht den Bürgerinnen und Bürgern ein Erfüllungsaufwand von jährlich 100 000 Stunden sowie ein einmaliger Sachaufwand in Höhe von 200 000 Euro. Bürgerinnen und Bürger werden durch diese Regelung finanziell im Umfang von rund 0,3 Milliarden Euro entlastet.

4.2. Erfüllungsaufwand der Wirtschaft

Für die Wirtschaft entstehen durch neue Vorgaben oder die Änderung bestehender Vorgaben einmalige Belastungen in Höhe von etwa 33,5 Millionen Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 1,75 Millionen Euro. Durch die Streichung von Vorgaben reduziert sich der Erfüllungsaufwand um 33 726 Euro jährlich.

Für die Informationsplattform nach § 7d SGB XI ergibt sich für die Wirtschaft eine Änderung des jährlichen Erfüllungsaufwands in Höhe von rund 465 000 Euro durch Bürokratiekosten aus Informationspflichten. Insgesamt entsteht einmaliger Aufwand von rund 106 000 Euro, die der Kategorie Einmalige Informationspflicht zuzuordnen sind. Dem stehen Einsparungen gegenüber, die sich insbesondere daraus ergeben, dass die Einrichtungen gezielt entsprechend ihrer Verfügbarkeit kontaktiert und Aufwände zur Gewinnung von Kunden reduziert werden können.

Durch die Vereinbarung einer Bundesempfehlung zur Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens in den Landesrahmenverträgen und die Anpassung der Landesrahmenverträge für die vollstationäre Pflege entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft in Höhe von insgesamt rund 115 000 Euro. Durch die Aufhebung der Regelungen in § 8 Absatz 6 SGB XI und § 84 Absatz 9 SGB XI in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 SGB XI zum 1. Januar 2026 auf Grund der ab 1. Juli 2023 stattfindenden Integration der Stellenanteile in das Pflegesatzverfahren wird mittelfristig der laufende Erfüllungsaufwand reduziert.

Durch das – bei Zustimmung der versicherten Person – notwendige Weiterleiten der aus der Pflegebegutachtung hervorgehenden Heilmittelempfehlungen an den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin entsteht für die Wirtschaft ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von 165 000 Euro. Eine jährliche Entlastung in Höhe von 9 000 Euro entsteht für die Wirtschaft dadurch, dass der derzeit geltende § 18c SGB XI durch einen neuen Regelungsinhalt ersetzt wird. Das Begleitgremium „Beirat zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ entfällt.

Die Anhebung der Leistungsbeträge im Rahmen der Dynamisierung (§ 30 SGB XI) löst jährlich Programmieraufwand bei PKV-Unternehmen, Pflegediensten und teil- und vollstationären Einrichtungen sowie gemeinschaftlichen Wohnformen in Höhe von 546 753 Euro aus. Die Verlängerung der Bezugsdauer von Pflegegeld bei Aufenthalt in der Türkei (§ 34 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den PKV-Unternehmen in Höhe von 1 181 Euro aus.

Die einmalige Anhebung der Sachleistungsbeträge im ambulanten Bereich (§ 36 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den PKV-Unternehmen und den zugelassenen Pflegediensten in Höhe von 219 731 Euro aus.

Die einmalige Anhebung der Geldleistungsbeträge und Anpassung der Leistungsdauer bei Kurzzeit- und Verhinderungspflege (§ 37 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den PKV-Unternehmen in Höhe von 1 181 Euro aus.

Die Absenkung des für stundenweise Verhinderungspflege nutzbaren Leistungsbetrages (§ 39 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den PKV-Unternehmen in Höhe von 4 726 Euro aus.

Die Anpassung der Leistungsdauer für anteiliges Pflegegeld bei Kombinationsleistung bei Kurzzeit- und Verhinderungspflege (§ 38 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den PKV-Unternehmen in Höhe von 1 181 Euro aus.

Die Absenkung des für stundenweise Verhinderungspflege nutzbaren Leistungsbetrages (§ 39 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den PKV-Unternehmen in Höhe von 4 726 Euro aus.

Die einmalige Anhebung des Leistungsbetrages für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel von 40 Euro auf 60 Euro (§ 40 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den PKV-Unternehmen in Höhe von 1 181 Euro aus.

Die einmalige Anhebung der Sachleistungsbeträge im ambulanten Bereich sowie die Absenkung des Leistungsbetrages für teilstationäre Pflege um 50 Prozent bei Zusammenreffen mit ambulanten Leistungen (§ 41 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den zugelassenen teilstationären Einrichtungen sowie den PKV-Unternehmen in Höhe von 393 407 Euro aus.

Die Einführung eines Gemeinsamen Jahresbetrages (§ 42a SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den PKV-Unternehmen in Höhe von 4 726 Euro aus sowie die damit verbundenen Melde- und Anzeigepflichten einen jährlichen Erfüllungsaufwand in Höhe von 19 975 600 Euro bei PKV-Unternehmen und Pflegeeinrichtungen aus.

Die Verrechnung mit überzahlten Leistungen (§ 45a Absatz 4 SGB XI) löst Bearbeitungsaufwand bei den PKV-Unternehmen in Höhe von 2 014 Euro aus.

Die einmalige Anhebung der Sachleistungsbeträge im vollstationären Bereich (§ 43 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den PKV-Unternehmen und den zugelassenen Pflegeheimen in Höhe von 239 571 Euro aus.

Die Einführung des Sachleistungsanspruchs sowie 300 Euro-Zuschlags für Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung (§ 45i SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei PKV-Unternehmen und Bearbeitungsaufwand bei Pflegeeinrichtungen in Höhe von 79 863 Euro aus.

Angesichts der Neuausrichtung der dauerhaft einzuhaltenden Zulassungsvoraussetzung in § 72 Absatz 3a SGB XI, die von den Pflegekassen bei den Pflegeeinrichtungen nach den Richtlinien gemäß § 72 Absatz 3b SGB XI zu überprüfen ist, wird das bisherige Nachweisverfahren der Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen (AVR) nach § 84 Absatz 7 SGB XI zur Entbürokratisierung und Entlastung aller Beteiligten in das Zulassungsverfahren verlagert. Die Entlastungswirkung rein auf den Wegfall eines jährlich durchgeführten Nachweisverfahrens bezogen, beläuft sich jährlich insgesamt auf rund 524 000 Euro für die Wirtschaft.

Für die Prüfung und gegebenenfalls Anpassung von Lohnstrukturen in den Pflegeeinrichtungen entsteht den Pflegeeinrichtungen ein einmaliger Erfüllungsaufwand von 1 326 645 Euro. Die Vorlage von Belegen auf Anforderung der Pflegekassenverbände zur Darlegung der Lohnstrukturen zur Erfüllung der neuen Zulassungsvoraussetzungen sowie diesbezüglicher Schriftwechsel zum Erhalt einer Ergänzung zum Versorgungsvertrag löst einen einmaligen Erfüllungsaufwand von 2 653 290 Euro aus. Dieser wird durch die Aufhebung der Regelung zum Nachweisverfahren in § 84 Absatz 7 SGB XI kompensiert. Für die Neuverhandlung der Vergütungsvereinbarungen aufgrund der Anpassung der Lohnstrukturen zur Erfüllung der neuen Zulassungsvoraussetzung ergibt sich für die betroffenen Pflegeeinrichtungen ein einmaliger Erfüllungsaufwand von 1 768 860 Euro.

Durch den Auftrag an die Pflegeselbstverwaltung zur Vereinbarung einer Bundesempfehlung für Kurzzeitpflege und zur Anpassung der Landesrahmenverträge für Kurzzeitpflege entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von insgesamt rund 85 000 Euro für die Wirtschaft. Im Zusammenhang mit dem Antrags- und Auszahlungsverfahren für das temporäre Ausfallgeld für nicht belegte Kurzzeitpflegeplätze entstehen einmalig ein Erfüllungsaufwand von 1 000 Euro und ein laufender Erfüllungsaufwand von rund 32 000 Euro.

Durch die Verpflichtung, künftig neben vom Zeitaufwand unabhängigen Vergütungen auch Vergütungen nach Zeitaufwand zu vereinbaren und die Pflegebedürftigen bei Abschluss des Pflegevertrages entsprechend zu beraten, entstehen den ambulanten Pflegeeinrichtungen bundesweit keine nennenswerten jährlichen Mehraufwendungen, da für die prospektiven Verhandlungen mit den Kostenträgern keine zusätzlichen Verhandlungsgrundlagen geschaffen werden müssen. Bereits nach geltendem Recht ist eine Abrechnung häuslicher Pflegehilfe nach Zeiteinheiten durch nach SGB XI zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen gegenüber den Pflegebedürftigen möglich. Auf Landesebene der Wirtschaft ergibt sich durch die Rechtsänderungen ein einmaliger Umstellungsaufwand in Höhe von 1,8 Millionen Euro, sofern nur Einzelverhandlungen geführt werden; darauf entfallende Bürokratiekosten aus mit der Rechtsänderung verbundener, neuer Informations- und Beratungspflichten gegenüber den vertraglich zu betreuenden Pflegebedürftigen sind nicht quantifizierbar.

Das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen für eine Übergangspflege im Krankenhaus muss von den Krankenhäusern im Einzelnen nachprüfbar dargelegt und dokumentiert werden. Den Krankenhäusern entsteht ein Erfüllungsaufwand in Höhe von je 740 000 Euro unter der Annahme, dass auf Basis der Kurzzeitpflegefälle im Jahr 2018 je 10 Prozent der nach einer Krankenhausbehandlung kurzzeitpflegebedürftigen Patientinnen und Patienten eine Übergangspflege in Anspruch nehmen.

Dem Verband der privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft entsteht bei der zu treffenden Vereinbarung zur Dokumentation und zum Verfahren ein Erfüllungsaufwand in Höhe von 2 000 Euro.

Den Landeskrankenhausesellschaften entsteht unter der Annahme, dass für jedes Bundesland ein Vertrag (in Nordrhein-Westfalen zwei Verträge) über die Erbringung von Übergangspflege im Krankenhaus geschlossen wird, ein Gesamterfüllungsaufwand von einmalig rund 11 000 Euro.

Die Vereinbarung von Maßstäben und Grundsätzen gemäß § 113 SGB XI für gemeinschaftliche Wohnformen sowie die Anpassung aller Maßstäbe und Grundsätze um Angaben zur Qualitätssicherung in Krisensituationen durch die Selbstverwaltung führen zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft in Höhe von voraussichtlich insgesamt rund 15 000 Euro. Die Anforderung an die zugelassenen Pflegeeinrichtungen zur Erarbeitung eines Konzepts zur pflegerischen Versorgung in Krisensituationen führt zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand der Wirtschaft in Höhe von rund 10,6 Millionen Euro.

Die Verpflichtung des Qualitätsausschusses Pflege, die Prüfung einer indikatorengestützten Qualitätssicherung für gemeinschaftliche Wohnformen zu beauftragen, führt zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand der Wirtschaft in Höhe von rund 10 000 Euro. Durch die Streichung der bisher bestehenden Verpflichtung der Vertragsparteien, Expertenstandards zu entwickeln und einzuführen (§ 113a SGB XI), entsteht eine jährliche Entlastung der Wirtschaft in Höhe von rund 20 000 Euro.

4.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Verwaltung entstehen durch neue Vorgaben oder durch die Änderung bestehender Vorgaben einmalige Belastungen in Höhe von etwa 1,1 Millionen Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 30,1 Millionen Euro. Durch die Streichung von Vorgaben ergibt sich eine Entlastung des Erfüllungsaufwands um rund 11 000 Euro jährlich.

a) Bund

Der auf den Bundeshaushalt entfallende Erfüllungsaufwand wird mit den vorhandenen Personal- und Sachmitteln innerhalb der jeweiligen Einzelpläne abgedeckt.

b) Länder und Kommunen

Für die Länder ergibt sich ein zusätzlicher jährlicher Erfüllungsaufwand von 1 152 Euro (§ 9 SGB XI).

c) Sozialversicherung

Für die Umsetzung der Informationsplattform (§ 7d SGB XI) ergibt sich ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von 10 000 Euro. Der einmalige Erfüllungsaufwand zur Umsetzung von § 7d SGB XI beträgt rund 80 000 Euro.

Die Anhebung der Leistungsbeträge im Rahmen der Dynamisierung (§ 30 SGB XI) löst bei den Pflegekassen Programmieraufwand in Höhe von 12 369 Euro jährlich aus.

Die Verlängerung der Bezugsdauer von Pflegegeld bei Aufenthalt in der Türkei (§ 34 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den Pflegekassen in Höhe von 2 062 Euro aus.

Die einmalige Anhebung der Sachleistungsbeträge im ambulanten Bereich (§ 36 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den Pflegekassen in Höhe von 2 062 Euro aus.

Die einmalige Anhebung der Geldleistungsbeträge und Anpassung der Leistungsdauer bei Kurzzeit- und Verhinderungspflege (§ 37 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den Pflegekassen in Höhe von 2 062 Euro aus.

Die Anpassung der Leistungsdauer für anteiliges Pflegegeld bei Kombinationsleistung bei Kurzzeit- und Verhinderungspflege (§ 38 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den Pflegekassen in Höhe von 2 062 Euro aus.

Die Absenkung des für stundenweise Verhinderungspflege nutzbaren Leistungsbetrages (§ 39 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den Pflegekassen in Höhe von 8 246 Euro aus. Die einmalige Anhebung des Leistungsbetrages für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel von 40 Euro auf 60 Euro (§ 40 SGB XI) löst einen einmaligen Programmieraufwand bei den Pflegekassen in Höhe von 2 062 Euro aus.

Für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der, da die Regelung auch Hilfsmittel be trifft, zugleich als Spitzenverband Bund der Krankenkassen handelt, ergibt sich für die Er arbeitung von Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pfl e gefachkräfte, die sich für das Verfahren nach § 40 Absatz 6 SGB XI eignen, ein einmaliger Aufwand 1 502 Euro. Parallel sind bei den Medizinischen Diensten jährliche Einsparungen von 203 194 Euro für Begutachtungen von Pflegehilfsmittelanträgen zu erwarten.

Die einmalige Anhebung der Sachleistungsbeträge im ambulanten Bereich sowie die Ab senkung des Leistungsbetrages für teilstationäre Pflege um 50 Prozent bei Zusammentref fen mit ambulanten Leistungen (§ 41 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den Pflegekassen in Höhe von 10 308 Euro aus.

Die Einführung eines Gesamtjahresbetrags (§ 42a SGB XI) löst einmaligen Programmier aufwand bei den Pflegekassen in Höhe von 8 246 Euro aus. Die zugleich vorgesehene An zeigepflicht von ambulanten Pflegeeinrichtungen gegenüber den Pflegekassen löst bei die sen jährlichen Erfüllungsaufwand in Höhe von 10 806 600 Euro aus.

Elektronische Meldungen der Pflegekassen an berufsständische Versorgungseinrichtun gen (§ 44a SGB XI) löst einmaligen Aufwand zur Umprogrammierung von 2 062 Euro aus.

Die Verrechnung mit überzahlten Leistungen (§ 45a Absatz 4 SGB XI) löst Bearbeitungs aufwand bei den Pflegekassen in Höhe von 16 275 Euro aus.

Für die Bearbeitung der Anträge auf Kostenerstattung von Aufwendungen für häusliche Betreuung gemäß § 45f Absatz 1 und 2 SGB XI entsteht für die Verwaltung ein jährlicher Mehraufwand um rund 4 692 000 Euro.

Die Einführung des 300 Euro-Zuschlags für Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohn formen zur pflegerischen Versorgung (§ 45i SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den Pflegekassen in Höhe von 4 123 Euro aus.

Die Evaluation gemeinschaftlicher Wohnformen zur pflegerischen Versorgung (§ 45j SGB XI) löst nicht quantifizierbaren Erfüllungsaufwand beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus.

Die Pflegekassen haben aufgrund der Rechtsänderung in § 71 Absatz 3a SGB XI künftig vor Abschluss von Versorgungsverträgen, die regionalen Ausschüsse in den Bundeslän dern zu beteiligen und anzuhören. Durch die Rechtsänderung entsteht bei angenommenen durchschnittlich 638 Neugründungen im Jahr für die Pflegekassen ein zusätzlicher jährli cher Erfüllungsaufwand in Höhe von circa 25 000 Euro.

Angesichts der Neuausrichtung der dauerhaft einzuhaltenden Zulassungsvoraussetzung in § 72 Absatz 3a SGB XI, die von den Pflegekassen bei den Pflegeeinrichtungen nach den Richtlinien gemäß § 72 Absatz 3b SGB XI zu überprüfen ist, wird das bisherige Nachweisverfahren der Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen (AVR) nach § 84 Absatz 7 SGB XI zur Entbürokratisierung und Entlastung aller Beteiligten in das Zulassungsverfahren verlagert. Die Entlastungswirkung rein auf den Wegfall eines jährlich durchgeführten Nachweisverfahrens bezogen, beläuft sich jährlich insgesamt auf rund 690 000 Euro für die Verwaltung.

Durch den Auftrag an die Pflegeselbstverwaltung zur Vereinbarung einer Bundesempfehlung für Kurzzeitpflege und zur Anpassung der Landesrahmenverträge für Kurzzeitpflege

entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von insgesamt rund 202 000 Euro für die Verwaltung. Im Zusammenhang mit dem Antrags- und Auszahlungsverfahren für das temporäre Ausfallgeld für nicht belegte Kurzzeitpflegeplätze entstehen einmalig ein Erfüllungsaufwand von 8 000 Euro und ein laufender Erfüllungsaufwand von rund 41 000 Euro.

Durch die Vereinbarung einer Bundesempfehlung zur Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens in den Landesrahmenverträgen und die Anpassung der Landesrahmenverträge für die vollstationäre Pflege entsteht für die Verbände der Kostenträger auf Bundes- und auf Landesebene ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von insgesamt rund 270 000 Euro. Durch die Aufhebung der Regelungen in § 8 Absatz 6 SGB XI und § 84 Absatz 9 SGB XI in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 SGB XI zum 1. Januar 2026 auf Grund der ab 1. Juli 2023 stattfindenden Integration der Stellenanteile in das Pflegesatzverfahren wird mittelfristig der laufende Erfüllungsaufwand reduziert.

Für die Erarbeitung der Richtlinien zu den Verfahrens- und Prüfgrundsätzen einer Entlohnung nach Tarif sowie zu Kriterien für eine nach ortsüblichen Maßstäben wirtschaftliche Entlohnungsstruktur durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen ergibt sich ein einmaliger Erfüllungsaufwand von 2 190 Euro. Für die Landesverbände der Pflegekassen ergibt sich durch die Ermittlung und Feststellung, welche anwendbaren Tarifverträge und kirchenarbeitsrechtlichen Regelungen eine nach ortsüblichen Maßstäben wirtschaftliche Entlohnungsstruktur haben, ein einmaliger Erfüllungsaufwand von 35 040 Euro. Darüber hinaus ergibt sich für die Landesverbände der Pflegekassen durch die Überprüfung, ob alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen die neue Zulassungsvoraussetzung der nach ortsüblichen Maßstäben wirtschaftlichen Entlohnungsstruktur einhalten sowie die Ausfertigung einer diesbezüglichen Ergänzung zum bestehenden Versorgungsvertrag ein einmaliger Erfüllungsaufwand von 6 490 575 Euro. Dieser wird durch die Aufhebung der Regelung zum Nachweisverfahren in § 84 Absatz 7 SGB XI kompensiert. Für die Neuverhandlung der Vergütungsvereinbarungen aufgrund der einrichtungsseitigen Anpassung der Lohnstrukturen zur Erfüllung der neuen Zulassungsvoraussetzung ergibt sich für die Pflegekassenverbände und Sozialhilfeträger ein einmaliger Erfüllungsaufwand von 6 399 279 Euro.

Es ist von einem einmaligen Umstellungsaufwand durch die Rechtsänderungen zur Zeitvergütung auf Landesebene der Verwaltung (Pflegekassen, Sozialhilfeträger) von rund 338 000 Euro auszugehen, dabei bleibt unberücksichtigt, dass in der Praxis im ambulanten Bereich verstärkt anstelle von Einzelverhandlungen kollektive Verhandlungen mit Trägervereinigungen geführt werden und sich dadurch auch der damit verbundene zeitliche Aufwand stark reduziert.

Die gesetzliche Vorgabe für Pflegekassen und Medizinische Dienste, sich Begutachtungsaufträge und Gutachten sowie sonstige Unterlagen ab 1. Januar 2022 gegenseitig nur noch in gesicherter elektronischer Form zu übermitteln, erfordert die Vorhaltung einer entsprechenden elektronischen Infrastruktur. Da nicht beurteilt werden kann, wie viele Pflegekassen und Medizinischen Dienste mit einer solchen Struktur bereits arbeiten bzw. eine solche erst noch aufbauen müssen, ist eine Quantifizierung der dadurch entstehenden Kosten nicht möglich. In jedem Fall sind dadurch Effizienzgewinne zu erwarten.

Eine jährliche Entlastung in Höhe von etwa 11 000 Euro entsteht im Bereich der Sozialversicherung dadurch, dass der derzeit geltende § 18c SGB XI durch einen neuen Regelungsinhalt ersetzt wird. Das Begleitgremium „Beirat zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ entfällt.

Die – bei Zustimmung der versicherten Person – verpflichtende Weitergabe von Heilmittelempfehlungen an den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin führt zu einem jährlichen Erfüllungsaufwand für die Pflegekassen in Höhe von rund 1 148 000 Euro.

Infolge der erweiterten Berichtspflichten des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zu Maßnahmen der geriatrischen Rehabilitation (§ 18d Absatz 4 SGB XI) und zu Daten und Erkenntnissen im Zusammenhang mit Anträgen auf Pflegeleistungen (§ 18d Absatz 5 SGB XI) entsteht für diesen ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von circa 302 000 Euro. Zudem entsteht dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen durch die Konkretisierung der Richtlinien nach § 17 Absatz 1 SGB XI (gemäß § 53c Absatz 3 Satz 5 SGB XI) ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von ungefähr 3 000 Euro.

Die Vereinbarung von Maßstäben und Grundsätzen gemäß § 113 SGB XI für gemeinschaftliche Wohnformen sowie die Anpassung aller Maßstäbe und Grundsätze um Angaben zur Qualitätssicherung in Krisensituationen durch die Selbstverwaltung führen zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Pflegekassen in Höhe von voraussichtlich insgesamt rund 20 000 Euro.

Die Verpflichtung des Qualitätsausschusses Pflege, die Prüfung einer indikatorengestützten Qualitätssicherung für gemeinschaftliche Wohnformen zu beauftragen, führt zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Pflegekassen in Höhe von rund 14 000 Euro.

Die Beauftragung und Durchführung von Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen werden ab 1. April 2023 zu einem jährlichen Erfüllungsaufwand bei den Landesverbänden der Pflegekassen sowie den Medizinischen Diensten in Höhe von insgesamt rund 573 000 Euro führen.

Durch die Erarbeitung von Qualitätsprüfungsrichtlinien für gemeinschaftliche Wohnformen entsteht beim Medizinischen Dienst Bund ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 9 300 Euro.

Die Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen für gemeinschaftliche Wohnformen führt bei den Landesverbänden der Pflegekassen zu einem jährlichen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 8 000 Euro.

Den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen entsteht unter der Annahme, dass für jedes Bundesland ein Vertrag (in Nordrhein-Westfalen zwei Verträge) über die Erbringung von Übergangspflege im Krankenhaus geschlossen wird, ein Gesamterfüllungsaufwand von einmalig rund 39 000 Euro.

5. Weitere Kosten

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich entsprechend ihrem Anteil an den Pflegebedürftigen unter Berücksichtigung der Beihilfetarife jährliche Mehrausgaben von rund 0,18 Milliarden Euro.

Aus den Maßnahmen des Gesetzes ergeben sich keine Auswirkungen auf das Preisniveau und auch keine nennenswerten Auswirkungen auf Einzelpreise im Pflegebereich.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Das Gesetz hat Auswirkungen auf Verbraucherinnen und Verbraucher. Dies betrifft im Wesentlichen die Entlastung der Verbraucherinnen und Verbraucher durch die Begrenzung der

Eigenanteile für Pflegebedürftige in Pflegeheimen, die weitere Reduzierung der Kosten für einen Platz im Pflegeheim durch die Änderung von § 9 SGB XI sowie die Auswirkungen durch einen Abschluss von zusätzlichen privaten Pflege-Zusatzversicherungen.

Darüber hinaus werden durch das Gesetz zum 1. Juli 2022 die durchschnittlichen Löhne der Beschäftigten im Pflege- und Betreuungsbereich von zugelassenen Pflegeeinrichtungen an das durchschnittliche Niveau von für diesen Bereich anwendbaren Tariflöhnen angehoben. Eine Entlohnung nach Tarif ist ein wesentlicher Baustein dafür, die Attraktivität des Berufsbilds so zu steigern, dass die pflegerische Versorgung auch in Zukunft sichergestellt ist.

VII. Befristung; Evaluierung

a) Befristungen:

Die Regelung in § 88a Absatz 3 SGB XI zum Ausfallgeld für nicht belegte feste Kurzzeitpflegeplätze ist bis **[24 Monate nach Inkrafttreten der Regelung]** befristet. Die Aktualisierung des wissenschaftlich fundierten und fachlich abgestimmten Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ ist bis zum 31. Dezember 2022 befristet (§ 113a SGB XI). Die Verlängerung der Investitionskostenförderung gemäß § 8 Absatz 8 SGB XI ist bis 2023 befristet. Die Regelungen in § 8 Absatz 6 SGB XI und § 84 Absatz 9 SGB XI in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 SGB XI werden zum 1. Januar 2025 auf Grund der ab 1. Juli 2023 stattfindenden Integration der Stellenanteile in das Pflegeverfahren aufgehoben. Die Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten sind auf längstens vier Jahre befristet. Eine Fortführung der Modellvorhaben ist nach Ablauf der Befristung und bis zur Vorlage des Evaluationsberichts möglich (§ 64d SGB XI). Das Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege ist befristet für die Jahre von 2021 bis 2024 (§ 125a SGB XI).

Die neuen Modellvorhaben nach § 64d des Fünften Buches sind längstens auf vier Jahre zu befristen.

b) Evaluierung/Berichte:

Eine Evaluierung von § 37 Absatz 7 des Fünften Buches soll nach Absatz 10 drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelung zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens für die im Rahmen einer Versorgung nach Absatz 8 erbrachten Leistung erfolgen, um ihre Auswirkungen auf die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege feststellen zu können. Ebenfalls soll der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, zugleich handelnd als Spitzenverband Bund der Krankenkassen, in den nach § 40 Absatz 6 des Elften Buches in Richtlinien festgelegten Verfahren zur Vermutung der Erforderlichkeit bzw. Notwendigkeit von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln nach Empfehlung durch eine Pflegefachperson in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, der Bundespflegekammer und den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene evaluieren. Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Januar 2025 vorzulegen. Auch die neuen Modellvorhaben nach § 64d des Fünften Buches sind nach § 65 des Fünften Buches zu evaluieren.

Eine Berichtspflicht gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen besteht über den Aufbau des oder der Informationsportale, Anwendungserfahrungen und Vorschläge zur Weiterentwicklung der Informationsportale oder des Informationsportals (§ 7d SGB XI).

Die bisherigen Berichtspflichten des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen gemäß § 18a Absatz 2, 3 SGB XI und § 18 Absatz 3b Satz 4 SGB XI wurden beibehalten und in den neuen § 18d SGB XI überführt. Zugleich wurde eine Erweiterung der Berichtspflichten vorgenommen (§ 18d Absatz 4, 5 SGB XI). Die Evaluation gemeinschaftlicher Wohnformen zur pflegerischen Versorgung seitens des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit hat bis zum 31. Dezember 2025 zu erfolgen.

Wie bereits bei den größeren Reformgesetzen in der Pflege der letzten Jahre beabsichtigt das Bundesministerium für Gesundheit, auch dieses Gesetz insgesamt zu gegebener Zeit einer Wirkungsevaluation zu unterziehen.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Bei den Änderungen des Inhaltsverzeichnisses des Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung - handelt sich um redaktionelle Folgeänderung zu den Änderungen des Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung -, die mit dem vorliegenden Gesetz vorgenommen werden.

Zu Nummer 2

Die Änderung ist eine Folgenänderung zum neuen § 40 Absatz 6 des Elften Buches. Da nach wird die Erforderlichkeit für bestimmte, durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Richtlinien festzulegende Hilfsmittel, die den Zielen des § 40 Absatz 1 des Elften Buches dienen, vermutet, wenn eine entsprechende Empfehlung einer Pflegefachkraft vorliegt, die den antragstellenden Versicherten pflegerisch betreut. Um die mit dieser Regelung bezweckte Beschleunigung der Versorgung von Pflegebedürftigen mit benötigten (Pflege-)Hilfsmitteln zu erreichen, wird klargestellt, dass es in diesen Fällen auch keiner vertragsärztlichen Verordnung bedarf.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Mit den Neuregelungen zur Personalbemessung ist vorgesehen, die Vergütungszuschläge nach § 8 Absatz 6 des Elften Buches auslaufen zu lassen und die Kosten in die Kalkulation der Pflegesätze einzubeziehen. Durch die vorrangige Zwecksetzung der Unterstützung der Erbringung der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen leistet die gesetzliche Krankenversicherung derzeit indirekt einen Beitrag zur Mitfinanzierung der Kosten der medizinischen Behandlungspflege. Mit dem Auslaufen dieser Sonderregelung wird dieser Finanzierungsbeitrag in unveränderter Höhe als direkte teilweise Mitfinanzierung der Behandlungspflegekosten festgeschrieben. Im Zusammenhang mit der vorgesehenen Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile trägt er damit weiter zur finanziellen Entlastung der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen bei.

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 8

Im Einklang mit dem als ein Ergebnis der Konzentrierten Aktion Pflege begonnenen Strategieprozess zur interprofessionellen Zusammenarbeit sollen gut ausgebildete Pflegefachpersonen in der interprofessionellen Zusammenarbeit mit anderen Berufen des Gesundheitswesens gestärkt werden und mehr Verantwortung in der Versorgung übernehmen. Hierfür wird die im allgemeinen Sprachgebrauch mit dem Begriff „Blankverordnung“ bezeichnete Versorgung für geeignete Leistungsbereiche der häuslichen Krankenpflege in die Regelversorgung überführt.

Nach dieser Regelung können entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen innerhalb ihres vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens für Leistungen der häuslichen Krankenpflege selbst über die Durchführung der nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 ordnungsfähigen Maßnahmen bestimmen. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird in diesem Zusammenhang beauftragt, Rahmenvorgaben zur Dauer und Häufigkeit der nach Bestimmung durch die

Pflegefachpersonen durchzuführenden Maßnahmen sowie Vorgaben zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes und zum Arztkontakt zu regeln. Eine „Blankverordnung“ häuslicher

Krankenpflege ist insbesondere bei folgenden Leistungen geeignet: Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung sowie An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen, Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes.

Bei diesen Leistungen ist weiterhin eine Verordnung zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege von einer Vertragsärztin bzw. einem Vertragsarzt auszustellen, wobei die nähere inhaltliche Ausgestaltung hinsichtlich Häufigkeit, Dauer und Ausgestaltung der verordnungsfähigen Maßnahmen durch eine entsprechend qualifizierte Pflegefachperson in eigener Verantwortung, aber in Rückkopplung zur Vertragsärztin bzw. zum Vertragsarzt vorgenommen werden kann.

Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinienregelungen erhalten nach § 92 Absatz 7 insbesondere die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

Zu Absatz 9

Die Neuregelung umfasst die für die in Absatz 10 vorgesehene Evaluierung erforderlichen Vorschriften zur Erhebung und Übermittlung der notwendigen Daten. Es handelt sich um Angaben, die für die Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens für die im Rahmen einer Versorgung nach Absatz 8 erbrachten Leistungen sowie für die Auswertung des Verordnungsgeschehens erforderlich sind.

Die Daten sind von den Krankenkassen nach Durchführung einer Abrechnungsprüfung an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln, weil nur auf diese Weise die für die Evaluierung nach Absatz 10 notwendige Datenvalidität und -vollständigkeit zu erreichen ist.

Der Arztbezug ist für die Evaluierung im Hinblick auf eine Analyse und Auswertung des Verordnungsgeschehens bezogen auf die Versorgung nach Absatz 8 notwendig. Da bei dieser Versorgung die Verordnungen keine Angaben zu den gewählten Maßnahmen enthalten, ist die Zusammenführung dieser Daten je Versicherten erforderlich. Dies ist nur möglich, wenn versichertenbezogene Daten zusammengeführt werden können. Des Weiteren können für die Auswertung des Verordnungsgeschehens die Altersstruktur der Patientinnen und Patienten sowie weitere in der Person der Versicherten liegende Besonderheiten relevant sein.

Für die vorgesehene Evaluierung ist es sowohl für den Arztbezug als auch für den Versichertenbezug ausreichend, die Datenübermittlung in pseudonymisierter Form vorzugeben.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhält die Aufgabe, die ihm übermittelten Daten kassenartenübergreifend zusammenzuführen und dem nach Absatz 10 Satz 2 beauftragten Dritten diese Daten für die nach Absatz 10 Satz 1 vorzunehmende Evaluierung zu übermitteln.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren zur Pseudonymisierung zu regeln.

Zu Absatz 10

Die Versorgung nach Absatz 8 ist nach Absatz 10 zu evaluieren, um ihre Auswirkungen auf die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege feststellen zu können. Von besonderer Bedeutung ist dabei, wie sich die Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege verändert. Damit gehen die Fragen nach der Behandlungs- und Ergebnisqualität, der Wirtschaftlichkeit dieser Versorgung sowie den entsprechenden finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen einher. Die Evaluierung ist bis zum Ablauf von drei Jahren nach Inkrafttreten der

Regelungen nach Absatz 8 vorzunehmen. Für die Evaluierung haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer gemeinsam einen externen Dritten zu beauftragen.

Zu Nummer 4

Zu § 39d (Übergangspflege im Krankenhaus)

Es wird ein neuer Anspruch auf eine Übergangspflege im Krankenhaus eingeführt. Voraussetzung ist, dass im unmittelbaren Anschluss an eine Behandlung im Krankenhaus erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch nicht oder nur unter unzumutbarem Aufwand erbracht werden können. Die Leistung kann nur in dem Krankenhaus erbracht werden, in dem die oder der Versicherte zuvor behandelt worden ist. Die Leistung ist unabhängig davon, ob eine Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch besteht. Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst sektorenübergreifend im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung, Leistungen zur Frührehabilitation, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, pflegerische Versorgung, ein Entlassmanagement sowie Unterkunft und Verpflegung. Ein Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus besteht für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung. Die Zumutbarkeitsklausel stellt sicher, dass die Patienten nicht unzumutbaren Aufwand betreiben müssen zur anderweitigen Sicherstellung der Versorgung und zu deren Darlegung. So steht dem Anspruch nicht entgegen, dass in erheblicher Entfernung ein Kurzzeitpflegeplatz zur Verfügung steht.

Das Vorliegen der Voraussetzungen für die Übergangspflege muss von den Krankenhäusern im Einzelnen nachprüfbar dokumentiert werden. Im Rahmen des Entlassmanagements ist zu prüfen und zu dokumentieren, dass bestimmter Nachsorgebedarf besteht und kein entsprechender Leistungserbringer zur Verfügung steht oder die Versorgung anderweitig nicht gesichert werden kann. Um die Einheitlichkeit und Nachprüfbarkeit der Dokumentation sicherzustellen, erhalten die Vertragsparteien auf Bundesebene den Auftrag, das Nähere zur Dokumentation innerhalb von drei Monaten nach dem Inkrafttreten zu vereinbaren. Kommt eine entsprechende Vereinbarung in dieser Zeit nicht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei den Inhalt der Vereinbarung innerhalb von sechs Wochen fest.

Zu Nummer 5

Zu § 64d (Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um die selbständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachpersonen)

In der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) wurde vereinbart, dass das Bundesministerium für Gesundheit in den von ihm initiierten Strategieprozess zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheits- und Pflegebereich unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und unter Einbeziehung insbesondere von Pflegeberufsverbänden, Pflegekammern, der Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung, aller weiteren relevanten Akteure sowie der Fachwissenschaft auch die Möglichkeiten der Übertragung von Heilkunde auf Pflegefachpersonen einbezieht. Ziel der Regelung ist die modellhafte Erprobung der Wahrnehmung von bisher ärztlichen Tätigkeiten, die eine selbständige, d.h. eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde beinhalten, durch Pflegefachpersonen. Dabei soll auch überprüft werden, ob und wie diese Möglichkeiten für eine gute und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten in der gesetzlichen Krankversicherung nutzbar gemacht werden können. Bei der selbständigen Ausübung von ärztlichen Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen ist die Kooperation mit weiteren an der Versorgung

Beteiligten – insbesondere den Ärztinnen und Ärzten - wichtig. Daher sollen in den Modellvorhaben auch für die interprofessionelle Zusammenarbeit Erkenntnisse gewonnen und Standards entwickelt werden.

Da die auf Freiwilligkeit basierende Regelung des § 63 Absatz 3c, die bereits nach gelten dem Recht die Möglichkeit der Erprobung der Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen vorsieht, trotz der Unterstützung durch verschiedene Vereinbarungen der KAP bisher kaum genutzt wurde, werden die Verbände der Kassen auf Landesebene verpflichtet, zeitnah in jedem Bundesland ein entsprechendes Modellvorhaben durchzuführen. Vorrangig sollen Modellvorhaben durchgeführt werden, zu denen die Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz für die zusätzliche Ausbildung standardisierte Module nach § 14 Absatz 4 Pflegeberufegesetz entwickelt hat. Erste Ergebnisse der Fachkommission sollen im Frühjahr 2021 vorliegen. Das den Strategieprozess der KAP begleitende Expertengremium hat dabei insbesondere den Bereich der Wundversorgung durch Pflegefachpersonen als ein vorrangig für eine Erprobung geeignetes Themenfeld identifiziert.

Die Bezugnahme der Regelung auf § 63 bewirkt, dass die allgemein geltenden Regelungen zu Abweichungsbefugnissen von gesetzlichen Vorschriften bei Modellvorhaben auch bei dem hier geregelten Modellvorhaben gelten. Die Vorschrift gilt für die im Pflegeberufegesetz geregelten Berufe. Sie schließt damit Personen mit Abschlüssen nach dem bisherigen Krankenpflegegesetz und dem bisherigen Altenpflegegesetz ein, da deren Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 64 Pflegeberufegesetz fortgilt. Die Vorgaben, die bei der Durchführung eines Modellvorhabens zu berücksichtigen sind, werden in einem Rahmenvertrag zwischen den auf Bundesebene für die Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständigen Organisationen – dem Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen, den weiteren Spitzenorganisationen nach § 132a Absatz 1 Satz 1 sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – festgelegt. Den für die Vertretung der jeweiligen beruflichen Interessen zuständigen Verbänden der Ärzteschaft und der Pflegefachpersonen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Bei der Festlegung der Tätigkeiten nach Absatz 2 Nummer 1 und der erforderlichen Qualifikationsanforderungen nach Absatz 2 Nummer 2 sind insbesondere die standardisierten Module der Fachkommission nach § 14 Absatz 4 Pflegeberufegesetz zu berücksichtigen. Diese Module dienen der Vermittlung erweiterter Kompetenzen, die zur selbstständigen Ausübung bestimmter heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegekräfte erforderlich sind. Die Anknüpfung des Rahmenvertrages an die standardisierten Module ermöglicht die zeitnahe Durchführung von Modellvorhaben. Weiter sind Vorgaben für eine wirtschaftliche Leistungserbringung einschließlich von Vorgaben zu Mengenbegrenzung sowie Anforderungen an die interprofessionelle Zusammenarbeit zu vereinbaren. Ein Schiedsverfahren stellt sicher, dass ein Rahmenvertrag zu Stande kommt.

Um möglichst schnell zu tragfähigen Ergebnissen zu kommen, wird die Dauer der Modellvorhaben abweichend von den bisher üblichen acht Jahren (§ 63 Absatz 5 Satz 1) auf vier Jahre begrenzt. Befürworten die Sachverständigen nach der Evaluation die Aufnahme in die Regelversorgung, können die Vereinbarungspartner nach Absatz 1 Satz 1 das Vorhaben im Rahmen eines Vertrages über eine besondere Versorgung nach § 140a dauerhaft weiterführen. Dies ersetzt nicht die Übernahme in die Regelversorgung, die in der Regel durch ein Gesetz zu erfolgen hat, bietet aber insbesondere für die Pflegefachpersonen eine Perspektive für die weitere Ausübung der Tätigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Geregelt wird auch eine übergangsweise Fortführung nach Ablauf der Befristung für die Fälle, in denen noch kein Evaluationsbericht vorliegt.

Zu Nummer 6

Zu Buchstabe a

Um die nach § 37 Absatz 9 und 10 vorgesehene Datenerhebung und -übermittlung sowie Evaluierung zu ermöglichen, erhalten die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den Auftrag, die für eine Verordnung nach §

37 Absatz 8 zu verwendenden Vordrucke und Nachweise so zu gestalten, dass sie von den übrigen Verordnungen nach § 37 zu unterscheiden sind und insoweit differenzierbar aus gewertet werden können.

Zu Buchstabe b

Der Auftrag wurde erfüllt. Der Satz ist daher zu streichen.

Zu Nummer 7

Um die Wirtschaftlichkeit der im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 erbrachten Leistungen zu gewährleisten, erhalten die Rahmenempfehlungspartner den Auftrag, entsprechende Maßnahmen zu vereinbaren.

Zu Nummer 8

Zu § 132m (Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus)

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land Verträge über die Erbringung von Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39d. Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten festgelegt.

Zu Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Bei den Änderungen des Inhaltsverzeichnisses des Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung - handelt es sich um redaktionelle Folgeänderung zu den Änderungen des Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung -, die mit dem vorliegenden Gesetz vorgenommen werden.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Zur Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung im Alter und zur Stärkung der Eigenvorsorge soll die staatliche Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge deutlich erhöht und ergänzend neue Vorsorgeprodukte gefördert werden, die auf die Deckung der verbleibenden Eigenanteile insbesondere bei stationärer Pflege zielen. Eine zu nutzende Grundlage dafür sind die in § 47 Absatz 2 vorgesehenen Möglichkeiten zur Kooperation von Kranken- und Pflegekassen. Die Information über die Möglichkeit des Abschlusses privater Pflegezusatzversicherung soll frühzeitig erfolgen; dazu bietet sich der Eintritt in die erste eigene Kranken- und Pflegeversicherung an. Da eine einmalige Information am Beginn des Berufslebens oftmals nicht direkt zum Abschluss führen wird, hat die Information zudem regelmäßig zu erfolgen, damit die Versicherten in unterschiedlichen Lebensabschnitten zu geeigneten Zeitpunkten zum Abschluss einer privaten Pflegezusatzversicherung motiviert werden.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen infolge der Neustrukturierung der Regelungen der §§ 18a bis 18d.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Zu § 7b (Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Umstrukturierung und Systematisierung der §§ 18 und 18a.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Im Hinblick auf die gegebenenfalls immer wiederkehrenden Kostenerstattungsansprüche im SGB XI wird in § 7b Absatz 1 in einem neuen Satz eine neue, einheitliche Regelung zur Beratungsangebotspflicht getroffen, die ebenso auch auf den Wohngruppenzuschlag, eine Verhinderungspflege und eine Kurzzeitpflege Anwendung findet. Daher wird die Aufzählung in § 7b Absatz 1 Satz 1 angepasst. Außerdem werden in § 7b Absatz 1 Satz 1 nun auch die Beantragung von technischen Pflegehilfsmitteln sowie Zuschüssen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds nach § 40 Absatz 1 und Absatz 3 bis 5 und einer Anschubfinanzierung zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach § 45g aufgenommen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Hinsichtlich der Pflicht zum Angebot einer Beratung sind die Kostenerstattungsansprüche im Rahmen des Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung - sowie der Wohngruppenzuschlag bislang in § 7b Absatz 1 Satz 1 nicht mit aufgeführt. Dies hat den Hintergrund, dass es sich hierbei oftmals um monatlich wiederkehrend bezogene Leistungen handelt, bei denen regelmäßig Anträge auf Erstattung der jeweiligen Kosten gestellt werden, diese Anträge in der Mehrzahl der Fälle allerdings der reinen finanziellen Abwicklung dienen, ohne dass neue Fragen zu dem Anspruch oder seinen Besonderheiten aufgetreten sind. Insofern dient die bisherige Herausnahme dieser Kostenerstattungsansprüche und des Wohngruppenzuschlags aus der Regelung der Entlastung von Bürokratie. Anders zu beurteilen sind jedoch Erstanträge auf diese Leistungen. Gerade bei den Ansprüchen auf Kostenerstattung im Rahmen des SGB XI oder dem Anspruch nach § 40 Absatz 2, der sowohl in Form einer Kostenerstattung als auch als Sachleistung erbracht werden kann, treten zu Beginn häufig Fragen auf, wofür der Anspruch genutzt werden kann, wie die Abwicklung funktioniert und gegebenenfalls, welche Besonderheiten zu beachten sind. Darüber hinaus handelt es sich gerade bei diesen Ansprüchen um Leistungen, die regelmäßig neben anderen Leistungen der Pflegeversicherung bezogen werden. Daher ist es relevant, wie der Anspruch in die Gesamtversorgung eingebunden wird. Bei einem Anspruch auf Kostenerstattung gilt zudem grundsätzlich, dass der Anspruchsberechtigte in Vorleistung geht und nachfolgend eine Erstattung erhält. Bei verschiedenen Ansprüchen wird häufig aber auch von den zivilrechtlichen Möglichkeiten der Abtretung, Stellvertretung oder Stundung Gebrauch gemacht oder es gibt in bestimmten Fällen verwaltungspraktische Vereinfachungen. Je nachdem, von welchen Möglichkeiten hier Gebrauch gemacht wird, gibt es dabei Vorteile und Nachteile, zu denen die Anspruchsberechtigten gegebenenfalls Informationen erhalten sollten. Vor diesem Hintergrund kann sich insbesondere die Möglichkeit eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a als nützlich erweisen.

Ähnliches gilt für den Anspruch auf Verhinderungspflege und für den Anspruch auf Kurzzeitpflege. Diese Leistungen werden zwar zum Teil nicht regelmäßig monatlich in Anspruch genommen, sondern adressieren bestimmte punktuelle Anlässe. Auch hier stellen sich die Fragen aber zumeist beim erstmaligen Leistungsbezug und werden die Ansprüche in der Folge in Kenntnis der hierbei zu beachtenden Besonderheiten gehandhabt.

Vorliegend wird daher normiert, dass die in § 7b getroffenen Regelungen ebenfalls Geltung erhalten für die jeweils erstmalige Beantragung der im neuen Satz 4 aufgeführten Leistungen (Wohngruppenzuschlag, Anspruch auf zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege, Umwandlungsanspruch, Entlastungsbetrag und der neue Anspruch auf Leistungen zur Unterstützung in der häuslichen Betreuung) und dass die entsprechenden Personen dabei ausdrücklich auch auf die Möglichkeiten des individuellen Versorgungsplans nach § 7a hinzuweisen und über dessen

Nutzen in nachvollziehbarer und leicht verständlicher Weise aufzuklären sind. Hiermit erhalten die Anspruchsberechtigten mehr Unterstützung bei der Klärung ihrer individuellen Fragen und der Einbindung der Leistungen in ihre individuelle Versorgung.

Zu Nummer 4

Zu § 7d (Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsleistungsangeboten) Zu Absatz

1

Pflegebedürftige benötigen oft kurzfristig Unterstützung durch Angebote, mit denen entweder die Pflege und Betreuung in der eigenen Häuslichkeit des Pflegebedürftigen sichergestellt werden kann oder durch Angebote für eine teil- oder vollstationäre Versorgung. Um Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Information und Suche nach entsprechenden Angeboten zu unterstützen, soll ein internetbasiertes Informationsportal geschaffen werden, mit dem sich die Betroffenen tagesaktuell über verfügbare Angebote von ambulanten Diensten und verfügbaren Plätzen in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege und in vollstationären Pflegeeinrichtungen in ihrer Region sowie über flankierende Unterstützungsangebote einschließlich der Beratungs- und Schulungsangebote informieren können. Die flankierenden Unterstützungsangebote sollen dazu beitragen, eine passgenauere Gestaltung der Versorgung in der eigenen Häuslichkeit, bei der Pflegebedürftige und ihre Angehörigen aus einem Spektrum von Angeboten aus dem Bereich der Pflegeversicherung, Krankenversicherung und der Kommunen sowie weiterer wohnortnaher Initiativen (zum Beispiel des bürgerschaftlichen Engagements oder der Nachbarschaftshilfe) wählen können, zu unterstützen und pflegende Angehörige zu entlasten. Die Inanspruchnahme weiterer Angebote über die Leistungserbringer dieses und Fünften Buches hinaus entlastet zu dem die beruflich Pflegenden. Das Informationsportal soll zudem eine gute Informationsgrundlage für die Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a und die Arbeit der Pflegestützpunkte nach § 7c sowie für die Beratung im Rahmen des Versorgungsmanagements insbesondere nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches liefern.

Da die Pflegekassen für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich sind, werden die Landesverbände der Pflegekassen zum Aufbau und Betrieb des Informationsportals verpflichtet. Die durch Versorgungsvertrag zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, den Versicherten die Leistungen entsprechend des Vertrags anzubieten.

Damit Pflegebedürftige, ihre Angehörigen sowie beratende Einrichtungen jederzeit die Möglichkeit haben, sich über frei verfügbare Angebotskapazitäten zu informieren, sollen im Informationsportal tagesaktuelle Informationen zu den frei verfügbaren Angeboten von allen nach § 72 Absatz 1 zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie ambulanten Betreuungsdiensten nach § 71 Absatz 1a aufgenommen werden. Ebenfalls verpflichtend sollen Informationen über die von den Pflegekassen angebotenen Beratungs-

und Schulungsangebote nach den §§ 7c und 45 aufgenommen werden. Die in Satz 2 Buchstabe c aufgeführten Angebote sollen auf Antrag aufgenommen werden. Um die Aufnahme dieser Einrichtungen und Strukturen zu fördern, werden die Landesverbände der Pflegekassen verpflichtet, diese entsprechend zu informieren.

Zu Absatz 2

Die Angaben zum Namen, zur postalischen Adresse, zur Internetadresse, zur zeitlichen Erreichbarkeit und die Telefonnummer sind erforderlich, damit im Interesse der Pflegebedürftigen die Einrichtungen schnell gefunden und schnell Kontakt mit den Einrichtungen aufgenommen werden kann. Bei den in Absatz 1 Satz 2 Buchstabe a aufgeführten Einrichtungen

tungen sind zudem die frei verfügbaren Angebote aufzuführen. Ebenso wichtig ist die Möglichkeit, durch Wohnort- und Postleitzahlensuche mit Umkreissuche eine Übersicht über die wohnortnahen Angebote bzw. Angebote in der Region zu erhalten. Im Rahmen der Festlegungen zum Aufbau des Informationsportals nach Absatz 5 haben die Landesverbände der Pflegekassen auch die Einzelheiten zur Darstellung der Pflege- und Betreuungsleistungsangebote im Informationsportal vorzugeben. Die Darstellung der Angebote soll die vertraglich vereinbarten Leistungsangebote der Einrichtungen wiedergeben.

Zu Absatz 3

Um Synergieeffekte zu nutzen und die Suche über die Landesgrenzen zu erleichtern, können die Landesverbände der Pflegekassen zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 ein gemeinsames Informationsportal für mehrere Länder oder ein Informationsportal für alle Länder bestimmen. Das Informationsportal oder die Informationsportale sind so zu gestalten, dass darüber auch die weiteren Informationen, zu deren Veröffentlichung im Internet die Landesverbände der Pflegekassen gemäß diesem Gesetz bereits verpflichtet sind, zu gänglich gemacht werden. Damit soll erreicht werden, dass Informationssuchende alle Informationen auf einer Plattform finden können. Die Landesverbände der Pflegekassen können die Aufgaben auch durch bereits vorhandene Plattformen wahrnehmen lassen.

Zu Absatz 4

Damit das Informationsportal über aktuelle Informationen verfügt, sind alle aufgenommenen Einrichtungen verpflichtet, Änderungen ihrer dort veröffentlichten Informationen unverzüglich an das Informationsportal zu übermitteln. Bei den in Absatz 1 Satz 2 Buchstabe a genannten Einrichtungen ist es erforderlich, dem Informationsportal ab dem 1. Januar 2023 tagesaktuell die Angaben zu den bei ihnen frei verfügbaren Angeboten zu übermitteln.

Zu Absatz 5

Die sichere und effektive Zurverfügungstellung und Verarbeitung der tagesaktuellen Informationen erfordert, dass diese Informationen ausschließlich mit elektronischen Verfahren übermittelt werden. Hierzu haben die Landesverbände der Pflegekassen Einzelheiten zum Meldeverfahren und zum Aufbau des Informationsportals im Benehmen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Träger der zugelassenen Pflege- und Betreuungseinrichtungen auf Landesebene bzw. Bundesebene bis zum 31. Mai 2022 festzulegen. Der Aufbau des Informationsportals soll auch die Einzelheiten der Leistungsangebote der zugelassenen Einrichtungen umfassen. Diese Informationen sollen grundsätzlich die Leistungsangebote umfassen, zu denen sich die Einrichtungen in den Versorgungsverträgen verpflichtet haben. Die Landesverbände der Pflegekassen können hinsichtlich der Differenzierung der angebotenen Leistungen ein zeitlich gestaffeltes stufenweises Vorgehen für den Grad der Detaillierung festlegen.