

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz

(Pflegekompetenzgesetz – PKG)

A. Problem und Ziel

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

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

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

stärker in den Fokus zu rücken, um so die Pflege auch künftig sicherstellen und den Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen dämpfen zu können.

B. Lösung

Vor diesem Hintergrund verfolgt der Gesetzentwurf folgende Zielrichtungen:

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

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

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

auch ein Beitrag zur Liquiditätssicherung und besseren Planbarkeit für die Einrichtungen geleistet werden.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Gemeinden

Für die Träger der Beihilfe ergeben sich aus den Leistungsanpassungen insgesamt mittelfristig Minderausgaben in Höhe von rund 5,4 Millionen Euro jährlich.

2. Soziale Pflegeversicherung

Für die soziale Pflegeversicherung ergeben sich aus den Änderungen bei den Vorschriften zum Ruhen der Leistungen, zu den Angeboten zur Unterstützung im Alltag, zur Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts sowie der Selbsthilfe, zu den Ansprüchen auf Umwandlung des ambulanten und des teilstationären Sachleistungsbetrags sowie zu neuen gemeinschaftlichen Wohnformen mittelfristig insgesamt Minderausgaben von rund 154 Millionen Euro jährlich.

3. Gesetzliche Krankenversicherung

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

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Der jährliche Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger beträgt etwa 49 000 Euro sowie rund 6 900 Stunden. Demgegenüber entstehen durch mehrere Regelungen Entlastungen für Bürgerinnen und Bürger, die aktuell noch nicht beziffert werden können.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Der Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft beträgt jährlich etwa 205 200 Euro, der einmalige Erfüllungsaufwand etwa 161 100 Euro. Dem stehen jährliche Entlastungen in Höhe von etwa 3,4 Millionen Euro gegenüber, die als Entlastung im Sinne der „One in, One out“-Regel zu berücksichtigen sind.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Ungefähr 2 400 Euro des zusätzlichen jährlichen Erfüllungsaufwands der Wirtschaft gehen auf Informationspflichten zurück.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

a) Bund

Für den Bund entsteht voraussichtlich eine geringfügige jährliche Entlastung von rund 2 300 Euro.

b) Länder und Kommunen

Für die Länder ergibt sich kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Den Kommunalen Spitzenverbänden entsteht geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von ca. 3 600 Euro.

c) Sozialversicherung

Der jährliche Erfüllungsaufwand für die Sozialversicherung beträgt etwa 2,6 Millionen Euro, der einmalige Erfüllungsaufwand etwa 0,25 Millionen Euro. Dem stehen zu erwartende jährliche Entlastungen in Höhe von rund 13,2 Millionen Euro gegenüber.

F. Weitere Kosten

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen von rund sieben Prozent respektive zehn Prozent bei einigen Regelungen unter Berücksichtigung des Anteils der Beihilfeberechtigten aus den Regelungen mittelfristig Minderausgaben von rund 5,4 Millionen Euro jährlich.

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

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz

(Pflegekompetenzgesetz – PKG)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 408) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - a) In der Angabe zu § 5 werden nach dem Wort „**Pflegeeinrichtungen**“ die Wörter „**und in der häuslichen Pflege**“ eingefügt.
 - b) Nach der Angabe zu § 10 wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 10a Amt der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege“.
 - c) Nach der Angabe zu § 17 wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 17a Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6“.
 - d) Die Angabe zu § 38a wird gestrichen.
 - e) Die Angabe zum Fünften Abschnitt des Vierten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Fünfter Abschnitt

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

- f) In der Angabe zu § 45d werden nach dem Wort „**Selbsthilfe**“ die Wörter „**in der Pflege**“ eingefügt.
- g) Nach der Angabe zu § 45d werden die folgenden Angaben eingefügt:

„§ 45e Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken

§ 45f Anspruch auf Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags

§ 45g Anspruch auf Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags“.

- h) Die Angaben zum Sechsten Abschnitt des Vierten Kapitels werden wie folgt gefasst:

„Sechster Abschnitt

Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen und in gemeinschaftlichen Wohnformen

§ 45h Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

§ 45i Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

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

- i) Nach der Angabe zu § 47a wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 47b Aufgabenerledigung durch Dritte“.

- j) Nach der Angabe zu § 73 wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 73a Sicherstellung der pflegerischen Versorgung“.

- k) Nach der Angabe zu § 86 wird folgende Angabe eingefügt:

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

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

„Fünfter Abschnitt

Integrierte Versorgung und Verträge zu gemeinschaftlichen Wohnformen“.

- m) Die Überschrift des Sechsten Abschnitts des Achten Kapitels wird gestrichen und die Angaben zu den §§ 92c bis 92f werden durch die folgende Angabe ersetzt:

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

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

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

- o) Nach der Angabe zu § 125b wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 125c Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung“.

2. § 5 wird wie folgt geändert:

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

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

„(1a)Die Pflegekassen sollen den Zugang zu Leistungen der Krankenkassen zur Prävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches für in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Pflegebedürftige in häuslicher Pflege unterstützen, indem sie unter Beteiligung der Pflegebedürftigen sowie, falls diese im Einzelfall an der Versorgung beteiligt sind, unter Beteiligung von ambulanten Pflegeeinrichtungen

Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. Dies umfasst neben einer Bedarfserhebung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen und der fachlichen Beratung zur Information und Sensibilisierung der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie Pflegepersonen bezüglich der Möglichkeiten, die mittels Gesundheitsförderung und Prävention zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten bestehen, auch eine Präventionsempfehlung durch Pflegefachpersonen. Pflegefachpersonen können im Zusammenhang einer Beratung nach den §§ 7a und 7c, einer Leistungserbringung nach § 36 oder eines Beratungsbesuchs nach § 37 Absatz 3 eine Empfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches aussprechen. Bedarfserhebung, Beratung und Empfehlung sollen frühestmöglich nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 18b und auch während fortbestehender Pflegebedürftigkeit erfolgen. Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1 bleiben unberührt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen die Kriterien für die Verfahren nach Satz 1 bis 3 fest, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele.“

- c) In Absatz 2 Satz 1, in Absatz 3 Satz 1 und in Absatz 4 Satz 1 wird jeweils die Angabe „Absatz 1“ durch die Angabe „den Absätzen 1 und 1a“ ersetzt.
 - d) In Absatz 5 wird das Wort „und“ durch das Wort „bis“ ersetzt.
3. § 7a wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 wird Satz 8 aufgehoben.
 - b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 2 wird das Wort „Pflegefachkräfte“ durch das Wort „Pflegefachpersonen“ ersetzt.
 - bb) Folgender Satz wird angefügt:

„§ 15a Absatz 1 des Fünften Buches bleibt unberührt.“
 - c) In Absatz 7 wird Satz 4 aufgehoben.
 - d) Absatz 8 wird wie folgt gefasst:

„(8) Die Pflegekassen stellen eine angemessene Beratung ihrer Versicherten sicher. Die Pflegekassen im Land können hierfür einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen zur kassenartenübergreifenden Organisation der Pflegeberatung im Land und zur Abstimmung und Zuordnung der Beratungsstrukturen zu bestimmten räumlichen Einzugsbereichen treffen; sie können diese Aufgabe auch an die Landesverbände der Pflegekassen übertragen. Die Pflegekassen können sich zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben nach diesem Buch aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsaufgaben anderer Träger beteiligen; die Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung sind zu gewährleisten. Die Pflegekassen können ihre Beratungsaufgaben nach diesem Buch auch ganz oder teilweise auf Dritte übertragen; § 80 des Zehnten Buches bleibt unberührt.“
4. § 7b Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird die Angabe „38a“ durch die Angabe „38“ und wird die Angabe „45e“ durch die Angabe „45h bis 45j“ ersetzt.
 - b) In Satz 5 werden die Wörter „§ 45a Absatz 4 und § 45b“ durch die Angabe „§§ 45b, 45f und § 45g“ ersetzt.
5. § 8 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 3b wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung beinhaltet die Erhebung der derzeitigen und zukünftigen Rahmenbedingungen der ambulant-häuslichen Versorgung und vor diesem Hintergrund die Erarbeitung von Szenarien für die zukünftige Sicherstellung der ambulant-häuslichen Versorgung.“
 - bb) Im neuen Satz 6 wird die Angabe „2026“ durch die Angabe „2028“ ersetzt.
 - b) Nach Absatz 3b wird folgender Absatz 3c eingefügt:

„(3c) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen fördert gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wissenschaftliche Expertisen zur konkreten Ausgestaltung der Inhalte von pflegerischen und heilkundlichen Leistungen des Fünften und Elften Buches, die durch Pflegefachpersonen gestaffelt nach Qualifikationsniveau nach Maßgabe von § 15a des Fünften Buches erbracht werden können. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend nach Anhörung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a die Dauer, Inhalte und Durchführung von Maßnahmen nach Satz 1. Die Beauftragung der Erstellung wissenschaftlicher Expertisen erfolgt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bei der Beauftragung der Erstellung wissenschaftlicher Expertisen sowie ihrer Durchführung ist sicherzustellen, dass die Auftragnehmer die fachliche Expertise der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a in geeigneter Art und Weise einbeziehen. Weitere geeignete Fachorganisationen können an der Erstellung der Expertisen beteiligt werden. Für die Umsetzung der Aufgaben nach Satz 1 bis 4 werden dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für die Jahre 2025 bis 2030 Fördermittel von insgesamt zehn Millionen Euro bereitgestellt. Die gesetzlichen Krankenkassen tragen an den Ausgaben für die Fördermittel einen Anteil von 50 Prozent; § 150 Absatz 4 Satz 3 und 4 gelten entsprechend. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.“
 - c) In Absatz 6 wird in Satz 3 das Wort „Pflegefachkräfte“ durch das Wort „Pflegefachpersonen“ und in Satz 4 das Wort „Pflegefachkraft“ durch das Wort „Pflegefachperson“ ersetzt.
 - d) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 3 werden nach der Angabe „§ 123“ die Wörter „sowie die für die Geschäftsstelle nach § 113c Absatz 9“ eingefügt.

- bb) In Satz 4 Nummer 7 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 8 angefügt:
- „8. Maßnahmen zur betrieblichen Integration von Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland.“
- cc) Satz 5 wird wie folgt geändert:
- aaa) In Nummer 1 werden die Wörter „in der Pflege tätigen“ gestrichen und nach dem Wort „Mitarbeitern“ werden ein Komma und die Angabe „die Leistungen in der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen,“ eingefügt.
- bbb) In Nummer 2 werden die die Wörter „in der Pflege tätigen“ gestrichen und nach dem Wort „Mitarbeiter“ werden ein Komma und die Angabe „die Leistungen in der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen,“ eingefügt.
6. In § 8a Absatz 5 werden das Wort „sollen“ durch das Wort „sind“ und die Wörter „einbezogen werden“ durch die Wörter „zu beachten“ ersetzt.
7. § 9 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 2 wird das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und der folgende Satz angefügt:
- „Die Länder können durch Landesrecht bestimmen, ob eine kommunale Pflegestrukturplanung vorzusehen ist und inwieweit die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a Absatz 3, soweit diese bestehen, als Bestandteil der kommunalen Pflegestrukturplanung anzusehen sind.“
- b) Im neuen Satz 4 wird das Wort „durch“ durch das Wort „Durch“ ersetzt.
8. In § 10 Absatz 1 wird die Angabe „ab 2016“ durch die Angabe „ab 2029“ ersetzt.
9. Nach § 10 wird folgender § 10a eingefügt:

„§ 10a

Amt der oder des Beauftragten der Bundesregierung für Pflege

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

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

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

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

10. § 11 wird wie folgt geändert:

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

„Dies schließt die Steuerung des Pflegeprozesses durch eine Pflegefachperson mit ein.“

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

„(1a) Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, für die Delegation von Aufgaben von Pflegefachpersonen auf Pflegeassistenzpersonen sowie auf Pflegehilfskräfte Delegationskonzepte zu entwickeln und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Verfügung zu stellen.“

11. § 12 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 3 wird das Wort „sollen“ durch das Wort „bilden“ ersetzt und am Satzende das Wort „bilden“ gestrichen.

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Die Pflegekassen evaluieren regelmäßig auf Basis der ihnen zur Verfügung stehenden Versorgungsdaten die Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation und informieren die an der Versorgung Beteiligten über ihre Erkenntnisse. Sie stellen den regionalen Gebietskörperschaften auf Anfrage zum Zwecke der kommunalen Pflegestrukturplanung regionale Versorgungsdaten zur Verfügung; die hierfür anfallenden Kosten sind ihnen zu erstatten. Die Aufgabe kann auch auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene vereinbaren Empfehlungen zu Umfang, Struktur, Turnus und möglichen Indikatoren der entsprechenden Datensätze. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Sie sind dem Bundesministerium für Gesundheit bis [...] [9 Monate nach Inkrafttreten] vorzulegen.“

c) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.

12. Dem § 15 wird folgender Absatz 8 angefügt:

„(8) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2025 einen unter unabhängiger wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht zu den Erfahrungen der Pflegekassen und der Medizinischen Dienste mit dem Begutachtungsinstrument nach den Absätzen 1 bis 7 einschließlich der Wirkungsweisen zur Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit hinterlegten Bewertungssystematik und zu möglichen Weiterentwicklungen vor. In dem Bericht ist auch die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen seit 2017 unter Berücksichtigung insbesondere von medizinisch-pflegerischen Aspekten, demographischen Faktoren und sozioökonomischen Einflüssen auf wissenschaftlicher Grundlage zu

untersuchen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann hierfür Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen.“

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

„§ 17a

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

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

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

Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung über die Inhalte der Richtlinien Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

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

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen evaluiert die in den Richtlinien festgelegten Verfahren in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht, insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen auf die Qualität und Sicherheit der Versorgung und Wirtschaftlichkeitsaspekte, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund sowie der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a. Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2027 vorzulegen.“

14. § 18e wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „Pflegekassen“ die Wörter „oder dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen für seine Mitgliedskassen“ eingefügt.
- b) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

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

und in welchem Umfang Pflegefachpersonen, die in der Versorgung nach dem Fünften oder Elften Buch tätig sind, hinsichtlich der von ihnen versorgten Personen nach § 18 mit der Übernahme von Aufgaben im Rahmen des Begutachtungsverfahrens nach den §§ 18a, 18b und 142a beauftragt werden können. Pflegefachpersonen sind Personen, die über eine Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufgesetzes verfügen.

Im Rahmen des Modellprojektes ist ebenfalls zu prüfen,

1. ob und inwieweit sich die Feststellungen und Empfehlungen der in der Versorgung tätigen Pflegefachpersonen bezogen auf vergleichbare Gruppen von Pflegebedürftigen von den gutachterlichen Feststellungen und Empfehlungen des Medizinischen Dienstes, insbesondere hinsichtlich des festzustellenden Pflegegrads, unterscheiden und
2. ob die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Empfehlung eines Pflegegrads sowie weitere Feststellungen und Empfehlungen durch Pflegefachpersonen zukünftig regelhaft erfolgen sollen und wie die regelhafte Durchführung von Feststellungen und Empfehlungen zur Pflegebedürftigkeit durch in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen zukünftig umgesetzt werden kann; insbesondere dazu,
 - a) für welche Antrags- und Versorgungssituationen ein Verfahren nach Satz 1 in Betracht käme,
 - b) welche nach § 18b zu treffenden Feststellungen und Empfehlungen für welche Gruppen von Pflegebedürftigen durch in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen getroffen werden können,
 - c) welche Veränderungen im Verfahren der Begutachtung dafür erforderlich wären.

Medizinische Dienste nach § 278 des Fünften Buches sind bei der Durchführung des Modellprojekts zu beteiligen. Der Projektbericht und etwaige Zwischenberichte sind dem Bundesministerium für Gesundheit jeweils innerhalb eines Monats nach Fertigstellung, ein Abschlussbericht des Medizinischen Dienstes Bund ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2027 vorzulegen.“

15. § 28 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 3a wird aufgehoben.

bb) Nummer 12a wird Nummer 13a und in der neuen Nummer 13a wird die Angabe „(§ 45a)“ durch die Angabe „(§ 45f)“ ersetzt.

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

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

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

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

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

16. § 28a wird wie folgt geändert:

a) Nummer 3 wird aufgehoben.

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

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

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

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

e) Folgende Nummer 14 wird angefügt:

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

17. § 37 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3a wird wie folgt gefasst:

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

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

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

b) In Absatz 3b Nummer 3 und Absatz 3c Satz 2 wird jeweils das Wort „Pflegefachkraft“ durch das Wort „Pflegefachperson“ und in Absatz 4 Satz 1 wird das Wort „Pflegefachkräfte“ durch das Wort „Pflegefachpersonen“ ersetzt.

- c) In Absatz 5a Satz 1 werden nach dem Wort „Erkenntnisse“ die Wörter „sowie der Umsetzung der Empfehlungen nach Absatz 3a Satz 3 und 4“ eingefügt

18. § 38a wird aufgehoben.

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

20. § 40 wird wie folgt geändert:

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

b) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

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

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

21. § 40a wird wie folgt geändert:

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

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

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „sind“ ein Komma und die Wörter „und wird ab dem von den Vertragsparteien nach § 78a Absatz 1 Satz 2 vereinbarten Zeitpunkt für die Geltung der Vergütungsvereinbarung wirksam“ eingefügt.

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

22. § 40b Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

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

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

23. § 44a wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

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

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

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

„Fünfter Abschnitt

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

25. § 45a wird wie folgt geändert:

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

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

c) In Absatz 2 werden die Sätze 2 bis 4 durch die folgenden Sätze ersetzt:

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

1. eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten,
2. Angaben zur Verfügbarkeit des Angebots und zu der Zielgruppe oder den Zielgruppen, an die sich das Angebot richtet,
3. Angaben dazu, dass der Anbietende die Gewähr für eine dauerhaft ordnungsgemäße Durchführung des Angebots bietet und keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass Pflegebedürftige, Pflegepersonen oder Helfende im Rahmen der Durchführung des Angebots gefährdet werden,
4. Angaben

- a) zu einer jeweils dem Angebot entsprechend zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden sowie
 - b) zu einem dem Angebot angemessenen Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen bei den Helfenden,
5. Angaben dazu, wie eine angemessene Schulung zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie erforderlichenfalls Fortbildung der Helfenden im Hinblick auf die jeweiligen Tätigkeiten der Helfenden und die Zielgruppen des Angebots gewährleistet werden, sofern diese erforderlich sind, und
6. Angaben dazu, ob und wie die Möglichkeit einer bedarfsgerechten fachlichen Begleitung und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gewährleistet wird.

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

- d) Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 3 bis 5 eingefügt:

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

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

1. von den Einzelhelfenden anstelle der Einreichung eines Konzepts nach Absatz 2 Satz 2 gegenüber der für die Anerkennung dieser Angebote zuständigen Behörde ausschließlich Angaben nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 gemacht werden sowie, sofern das nach Absatz 6 erlassene Landesrecht dies vorsieht, dazu, dass keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass Pflegebedürftige oder Pflegepersonen im Rahmen der Durchführung des Angebots gefährdet werden,
2. von einer dafür vorgesehenen Stelle geprüft wird, ob die oder der Einzelhelfende grundsätzlich fähig und geeignet ist, die angebotenen Tätigkeiten zu erbringen, und ein angemessener Umgang mit den persönlich benannten Pflegebedürftigen von der oder dem Einzelhelfenden zu erwarten ist; hierfür kann ein persönliches Gespräch mit der oder dem eine Anerkennung nachsuchenden Einzelhelfenden vorgesehen werden, das nach Maßgabe des gemäß Absatz 6 erlassenen Landesrechts auch videogestützt oder telefonisch durchgeführt werden kann,
3. von den Einzelhelfenden in Textform eine Erklärung abgegeben wird, dass sie darüber informiert worden sind,
 - a) an welche konkrete seitens des Landes oder der jeweils zuständigen kommunalen Gebietskörperschaft benannte niedrigschwellige Anlaufstelle sie sich bei Fragen oder Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Unterstützung von Pflegebedürftigen wenden können sowie
 - b) welche vorhandenen seitens des Landes oder der jeweils zuständigen kommunalen Gebietskörperschaft vorgehaltenen oder benannten Unterstützungsstrukturen es gibt, die für Helfende Unterstützung in den in Absatz 2 Satz 2 Nummer 5 und 6 genannten Bereichen sowie, soweit vorhanden, weiteren Bereichen wie etwa einer Vernetzung mit anderen Helfenden oder einer Beratung zur Gestaltung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag bieten, und
4. nachweisbar ist, dass die persönlich benannten Pflegebedürftigen jeweils in Textform darüber informiert worden sind, an welche konkrete seitens des Landes oder der jeweils zuständigen kommunalen Gebietskörperschaft benannte Stelle sie sich bei Fragen oder Schwierigkeiten hinsichtlich des anerkannten Angebots der Einzelhelferin oder des Einzelhelfers wenden können.

Die Information der Pflegebedürftigen nach Satz 1 Nummer 4 kann auch durch die Pflegekassen oder privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, oder durch Stellen des Landes oder der kommunalen Gebietskörperschaften oder andere seitens des Landes oder der kommunalen Gebietskörperschaften hierzu vorgesehene Stellen erfolgen. Bei den persönlich benannten Pflegebedürftigen darf es sich nicht um Personen handeln, mit denen die Einzelhelferin oder der Einzelhelfer bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder mit denen die Einzelhelferin oder der Einzelhelfer in häuslicher Gemeinschaft lebt. Eine Anerkennung nach Satz 1 kann höchstens in Bezug auf bis zu vier persönlich benannte Pflegebedürftige im gleichen Zeitraum erfolgen.

(5) Eine Veröffentlichung von Angaben zu Angeboten von personenbezogenen anerkannten Einzelhelfenden in einer Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 ist freiwillig und darf nur mit Zustimmung der Einzelhelferin oder des Einzelhelfers erfolgen; eine Veröffentlichung von persönlichen Angaben zu den jeweils konkret benannten Pflegebedürftigen ist ausgeschlossen. Es erfolgt jedoch die Vergabe einer eindeutigen Kennung für das Angebot der oder des personenbezogenen anerkannten Einzelhelfenden; diese Kennung wird nicht veröffentlicht, sondern dient

zu Prüf- und Abrechnungszwecken. Die Kennung und dazugehörigen Daten über die Anerkennung der oder des Einzelhelfenden sind den Pflegekassen sowie den privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben durch elektronische Datenübertragung zur Verfügung zu stellen. § 7 Absatz 4 Satz 1, 4 und 5 findet in Bezug auf die Vergabe der Kennung und Übermittlung der Angaben im Wege der elektronischen Datenübertragung entsprechende Anwendung.“

e) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 6 und wie folgt gefasst:

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

1. über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag einschließlich der Vorgaben zu deren Qualitätssicherung sowie einschließlich der Vorgaben für die Anerkennung von Angeboten personenbezogen anerkannter Einzelhelfender,
2. zur regelmäßigen Übermittlung einer Übersicht über die aktuell angebotenen Leistungen und die Höhe der hierfür erhobenen Kosten durch die anerkannten Angebote und
3. zu Maßnahmen zu einer regelmäßigen Überprüfung der weiterhin bestehenden Erfüllung der Anerkennungsvoraussetzungen bei anerkannten Angeboten, für deren Leistungen die Nutzung eines Anspruchs nach § 45f oder § 45g erfolgt,

zu bestimmen. Hierbei ist der Niedrigschwelligkeit der Angebote zur Unterstützung im Alltag Rechnung zu tragen. Beim Erlass der Rechtsverordnung sollen die Landesregierungen die gemäß Absatz 3 beschlossenen Empfehlungen beachten und die gemäß § 45c Absatz 7 beschlossenen Empfehlungen berücksichtigen. Die Landesregierungen können die Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen nach diesem Absatz durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen.“

f) Der bisherige Absatz 4 wird aufgehoben.

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

27. § 45c wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „25“ durch die Angabe „60“ ersetzt und wird Nummer 1 wie folgt gefasst:

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

bb) Die Sätze 3 und 4 werden aufgehoben.

b) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Zuschuss wird in Höhe von 60 Prozent der Fördermittel gewährt, die für die einzelne Fördermaßnahme insgesamt geleistet werden, sodass gemeinsam mit

dem vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleisteten Zuschuss in Höhe von zusammen 40 Prozent ein Fördervolumen von insgesamt 100 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht wird.“

c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die Förderung des Auf- und Ausbaus und der Unterstützung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a und von Strukturen zur Unterstützung dieser Angebote nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erfolgt als Projektförderung oder dauerhafte Förderung. Dies schließt auch Angebote der Tagesbetreuung mit ein. Die Förderung dient insbesondere dazu, Aufwandsentschädigungen sowie Fahrkosten für die ehrenamtlich tätigen Helfenden zu finanzieren sowie notwendige Personal- und Sachkosten, die mit der Koordination und Organisation der Hilfen und einer fachlichen Anleitung, Begleitung oder Supervision der Helfenden, mit einer Schulung oder Fortbildung der Helfenden, mit Aufwendungen für einen angemessenen Versicherungsschutz und mit einer Vernetzung mit Pflegebedürftigen, Pflegepersonen oder mit anderen Helfenden verbunden sind. Ebenso förderfähig sind die notwendigen Personal- und Sachkosten für die Gestaltung des Gruppenbetreuungsangebotes, das Anbieten eines Fahrdienstes und das Vorhalten angemessener Räume bei Angeboten der Tagesbetreuung. Dem Antrag auf Förderung ist ein Konzept zur Qualitätssicherung des Angebots beizufügen. Aus dem Konzept muss sich ergeben, ob und wie eine angemessene Schulung und erforderlichenfalls Fortbildung der Helfenden sowie bei Bedarf die Möglichkeit einer fachlichen Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit oder eine Supervision für diese gewährleistet werden.“

d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

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

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Ebenso sollen insbesondere Möglichkeiten einer Versorgung von Pflegebedürftigen über Nacht weiter entwickelt und erprobt werden.“

cc) In dem neuen Satz 3 wird nach dem Wort „können“ das Wort „jeweils“ eingefügt.

e) Dem Absatz 7 wird folgender Satz angefügt:

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

f) Absatz 9 wird aufgehoben.

28. § 45d wird wie folgt gefasst:

„§ 45d

Förderung der Selbsthilfe in der Pflege, Verordnungsermächtigung

(1) Je Kalenderjahr werden Fördermittel im Umfang von 0,20 Euro pro Versichertem zur Verfügung gestellt zum Auf- und Ausbau und zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von

Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zum Ziel gesetzt haben. Im Rahmen der Förderung der Selbsthilfe können auch digitale Anwendungen berücksichtigt werden, sofern diese den geltenden Anforderungen an den Datenschutz entsprechen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten.

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

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

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

(5) Für die Förderung der Selbsthilfe werden die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren, einschließlich § 45c Absatz 2 Satz 3 und 4, Absatz 6 Satz 2 bis 9 und Absatz 7 Satz 1 bis 4, entsprechend angewendet. § 45c Absatz 7 Satz 5 und 6 gilt entsprechend.

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

29. Nach § 45d werden die folgenden §§ 45e bis 45g eingefügt:

„§ 45e

Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken

(1) Zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen werden aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung je Kalenderjahr 20 Millionen Euro bereitgestellt, um die strukturierte Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken nach Absatz 2 zu fördern. § 45c Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Fördermittel, die in dem jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr das Fördervolumen nach Satz 1. Im Jahr 2025 können bis zu 100 000 Euro, 2026 bis zu 350 000 Euro und darauf aufbauend bis 2030 jährlich jeweils bis zu 100 000 Euro mehr als im Vorjahr an Fördermitteln für die Finanzierung einer Geschäftsstelle sowie die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung nach Absatz 5 verwendet werden.

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

(3) Je Kreis oder kreisfreier Stadt können bis zu zwei regionale Netzwerke, je Kreis oder kreisfreier Stadt ab 500 000 Einwohnern bis zu vier regionale Netzwerke gefördert werden. Abweichend davon können in den Stadtstaaten, die nur aus einer kreisfreien Stadt bestehen, pro Bezirk bis zu zwei regionale Netzwerke gefördert werden. Der Förderbetrag pro Netzwerk darf jeweils 30 000 Euro je Kalenderjahr nicht überschreiten. Die Fördermittel werden dem jeweiligen regionalen Netzwerk für mindestens ein Kalenderjahr, längstens drei Kalenderjahre bewilligt; bei neu gegründeten Netzwerken soll die Förderung für drei Kalenderjahre bewilligt werden. Bei erneuter Antragstellung kann eine Förderung erneut bewilligt werden. § 45c Absatz 7 Satz 1 und 3 und Absatz 8 findet entsprechende Anwendung.

(4) Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen jährlich bis zum 30. November für das Folgejahr eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke.

(5) Die in Absatz 1 Satz 4 genannten Mittel werden in den Jahren 2025 bis 2030 für die Finanzierung einer Geschäftsstelle zur Unterstützung von Netzwerkgründungen, der flächendeckenden Etablierung von Netzwerken, der qualitativen Weiterentwicklung regionaler Netzwerke sowie für eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Geschäftsstelle verwendet. Die Übersichten nach Absatz 4 sind durch die Geschäftsstelle auf einer eigenen Internetseite gebündelt zu veröffentlichen. Die Geschäftsstelle wird vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum [zu ergänzen: neun Monate nach dem Inkrafttreten] errichtet. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat zudem eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Geschäftsstelle nach allgemeinen

wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Näheres über das Verfahren zur Durchführung und Abwicklung der Förderung und zur Auszahlung der Fördermittel regeln das Bundesamt für Soziale Sicherung, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. durch Vereinbarung.

§ 45f

Anspruch auf Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags

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

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

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

§ 45g

Anspruch auf Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags

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

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

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

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

„Sechster Abschnitt

Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen und in gemeinschaftlichen Wohnformen

§ 45h

Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

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

1. sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig im Sinne der §§ 14, 15 sind,
2. sie Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 45b oder § 45f beziehen, sofern es sich um Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 handelt,
3. eine Person durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen, und
4. keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen; der Anbieter einer ambulant betreuten Wohngruppe hat die Pflegebedürftigen vor deren Einzug in die Wohngruppe in geeigneter Weise darauf hinzuweisen, dass dieser Leistungsumfang von ihm oder einem Dritten nicht erbracht wird, sondern die Versorgung in der Wohngruppe auch durch die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfelds sichergestellt werden kann.

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

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

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

§ 45i

Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

(1) Zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen wird Pflegebedürftigen, die in der neuen Wohngruppe Anspruch auf Leistungen nach § 45h haben und die an der gemeinsamen Gründung beteiligt sind, für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung zusätzlich zu dem Betrag

nach § 40 Absatz 4 einmalig ein Betrag von bis zu 2 500 Euro gewährt. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10 000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen 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 Bundesversicherungsamt den Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist. Einzelheiten zu den Voraussetzungen und dem Verfahren der Förderung regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

§ 45j

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

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

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

(3) Neben den Ansprüchen nach Absatz 1 und 2 können Leistungen entsprechend der §§ 7a, 39a, 40 Absatz 1 und 2, §§ 40a und 40b sowie §§ 44a und 45 in Anspruch genommen werden. Bei Pflegegrad 2 bis 5 besteht auch Anspruch auf Leistungen entsprechend § 44 sowie auf Kurzzeitpflege entsprechend § 42 in den Fällen des § 42 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis zu einem Gesamtbetrag in Höhe von 3 539 Euro im Kalenderjahr. Ebenso können Pflegebedürftige Leistungen nach § 37 des Fünften Buches in Anspruch nehmen.

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

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

„§ 47b

Aufgabenerledigung durch Dritte

Pflegekassen können die ihnen obliegenden Aufgaben durch Arbeitsgemeinschaften oder durch Dritte mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen, wenn die Aufgabewahrnehmung durch die Arbeitsgemeinschaften oder den Dritten wirtschaftlicher ist, es im wohlverstandenen Interesse der Betroffenen liegt und Rechte und Interessen der Versicherten nicht beeinträchtigt werden. Wesentliche Aufgaben zur Versorgung der

Versicherten dürfen nicht in Auftrag gegeben werden. § 88 Absatz 3 und 4 und die §§ 89, 90 bis 92 und 97 des Zehnten Buches gelten entsprechend.“

32. § 69 wird wie folgt geändert:

- a) Der Wortlaut wird Absatz 1.
- b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

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

33. § 72 wird wie folgt geändert:

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

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

- b) Absatz 3b wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 6 wird das Wort „zwei“ durch das Wort „drei“ ersetzt.

bb) In Satz 7 wird das Wort „Januar“ durch das Wort „Februar“ ersetzt.

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

„§ 73a

Sicherstellung der pflegerischen Versorgung

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

(2) Bei Anzeigen gemäß Absatz 1 haben die Pflegekassen zusammen mit der Pflegeeinrichtung und den weiteren Beteiligten an der pflegerischen Versorgung vor Ort Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung für die Pflegebedürftigen zu prüfen. Diese sind in Abstimmung mit den weiteren zuständigen Stellen, insbesondere den nach Landesrecht bestimmten heimrechtlichen Aufsichtsbehörden, umzusetzen. Dabei können auch kurzfristige Abweichungen von zulassungsrechtlichen Vorgaben sowie den vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmalen einschließlich

der Personalausstattung und deren gesetzlichen Bestimmungen nach diesem Buch durch die Pflegekassen im Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe gewährt werden. Bei längerfristigen Beeinträchtigungen sind die bestehenden Instrumente und Mittel des Vertragsrechts anzuwenden.

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

35. § 78a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Vereinbarungen gelten ab dem darin vereinbarten Zeitpunkt.“

b) In Absatz 4 Satz 3 werden der Nummer 3 folgende Wörter angefügt:

„oder geeignet ist, als digitale Pflegeanwendung, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende unterstützt, die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen zu stabilisieren oder pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende zu entlasten.“

c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

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

bb) Satz 6 wird aufgehoben.

d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 werden nach dem Wort „Datensicherheit“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach den Wörtern „pflegerischen Nutzen“ die Wörter „und für digitale Pflegeanwendungen, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende unterstützen, der Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation des Pflegebedürftigen oder der Entlastung für pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende“ angefügt.

bb) Nach Nummer 6 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 7 angefügt:

„7. den nach Absatz 6a Satz 2 zu begründenden Erfordernissen des pflegerischen Nutzens und für digitale Pflegeanwendungen, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende unterstützen, der Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation des Pflegebedürftigen oder der Entlastung pflegender Angehöriger oder sonstiger ehrenamtlich Pflegender sowie dem beizufügenden Evaluationskonzept.“

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

„(6a) Ist dem Hersteller der Nachweis

1. eines pflegerischen Nutzens oder

2. für digitale Pflegeanwendungen, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende unterstützen, der Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation des Pflegebedürftigen oder der Entlastung pflegender Angehöriger oder sonstiger ehrenamtlich Pflegender

noch nicht möglich, kann er nach Absatz 4 auch beantragen, dass die digitale Pflegeanwendung ab dem in Absatz 1 Satz 2 zwischen den Vereinbarungspartnern vereinbarten Zeitpunkt für bis zu zwölf Monate in das Verzeichnis nach Absatz 3 zur Erprobung aufgenommen wird. Der Hersteller hat dem Antrag neben den Nachweisen nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 1 und 2 eine plausible Begründung für eine oder mehrere der in Satz 1 genannten Wirkungen und ein von einer herstellerunabhängigen Institution erstelltes wissenschaftliches Evaluationskonzept zum Nachweis dieser Wirkungen beizufügen. Im Bescheid nach Absatz 5 Satz 1 hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte den Hersteller zum Nachweis einer oder mehrerer dieser Wirkungen zu verpflichten und das Nähere zu den entsprechenden erforderlichen Nachweisen, einschließlich den zur Erprobung erforderlichen Leistungen zu bestimmen. Die Erprobung und deren Dauer sind im Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen kenntlich zu machen. Der Hersteller hat dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte spätestens nach Ablauf des Erprobungszeitraums die Nachweise für eine oder mehrere der in Satz 1 genannten Wirkungen der erprobten digitalen Pflegeanwendung vorzulegen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet über die endgültige Aufnahme der erprobten digitalen Pflegeanwendung innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Nachweise durch Bescheid. Sind Wirkungen nach Satz 1 nicht hinreichend belegt, besteht aber aufgrund der vorgelegten Erprobungsergebnisse eine überwiegende Wahrscheinlichkeit einer späteren Nachweisführung, kann das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte den Zeitraum der vorläufigen Aufnahme in das Verzeichnis zur Erprobung um bis zu zwölf Monate verlängern. Lehnt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eine endgültige Aufnahme in das Verzeichnis ab, so hat es die zur Erprobung vorläufig aufgenommene digitale Pflegeanwendung aus dem Verzeichnis zu streichen. Eine erneute Antragstellung nach Absatz 4 ist frühestens zwölf Monate nach dem ablehnenden Bescheid des Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und auch nur dann zulässig, wenn neue Nachweise für eine oder mehrere der in Satz 1 genannten Wirkungen vorgelegt werden. Eine wiederholte vorläufige Aufnahme in das Verzeichnis zur Erprobung ist nicht zulässig. Soweit in diesem Absatz nichts anderes bestimmt wird, gelten die Absätze 1 bis 6 und die Absätze 7 bis 9 entsprechend.“

36. § 85 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 5 Satz 1 werden nach dem Wort „fest“ ein Semikolon und die Wörter „der Antrag kann auch gemeinsam von den Vertragsparteien vor Ablauf der sechs Wochen gestellt werden“ eingefügt.
- b) In Absatz 6 wird Satz 2 mit folgenden Sätzen ersetzt:

„Festsetzungen der Schiedsstelle werden, soweit keine Festlegung erfolgt ist, rückwirkend mit dem Tag wirksam, an dem der Antrag bei der Schiedsstelle eingegangen ist. Soweit in den Fällen des Satzes 2 während des Schiedsstellenverfahrens der Antrag geändert wurde, ist auf den Tag abzustellen, an dem der geänderte Antrag bei der Schiedsstelle eingegangen ist. Ein jeweils vor diesem Zeitpunkt zurückwirkendes Vereinbaren oder Festsetzen von Vergütungen ist nicht zulässig.“

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

„§ 86a

Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen

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

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

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

1. die Anforderungen an die nach § 85 Absatz 3 geeigneten Nachweise zur Darlegung der prospektiven Sach- und Personalaufwendungen einschließlich entsprechender Formulare zur Aufbereitung der Daten,
2. geeignete Formen zur Hinterlegung oder zum Ausweis der der Pflegesatz- beziehungsweise Vergütungsvereinbarung zugrunde gelegten Personal- und Sachaufwendungen und Ausgangswerte, die bei Anschlussvereinbarungen einer Anpassung leichter zugänglich sind,
3. Methoden für vereinfachte Pauschalverfahren bezogen auf individuelle Vereinbarungen und Kollektivverfahren einschließlich geeigneter Parameter und Orientierungswerte und
4. Handreichungen zum Umgang mit aktuellen Herausforderungen bei den Vereinbarungsverfahren.

Die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern können davon abweichende Vorgaben in ihren Rahmenverträgen vereinbaren, im Übrigen sind die Empfehlungen unmittelbar verbindlich.

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

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

38. In § 89 Absatz 3 Satz 4 wird die Angabe „und § 86“ durch ein Komma und die Angabe „§§ 86 und 86a“ ersetzt.
39. In der Bezeichnung des Fünften Abschnitts des Achten Kapitels wird die Angabe „Integrierte Versorgung“ wird durch die Angabe „Integrierte Versorgung und Verträge zu gemeinschaftlichen Wohnformen“ ersetzt.
40. Nach § 92b wird folgender § 92c eingefügt:

„§ 92c

Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen

(1) Ambulante Pflegeeinrichtungen können Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen mit den

1. Vertragsparteien nach § 89 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 bis 3 und
2. Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich

schließen. Die Verträge regeln auf der Grundlage der Empfehlungen nach Absatz 2 und unter entsprechender Anwendung von § 89 sowie § 132a Absatz 4 des Fünften Buches

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

Voraussetzung für den Vertragsabschluss ist, dass

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

Mit Vertragsabschluss obliegt der ambulanten Pflegeeinrichtung nach Satz 1 die Verantwortung für die Qualität der Leistungen nach Absatz 1 Satz 2 in der gemeinschaftlichen Wohnform, die von ihr selbst oder im Rahmen einer Kooperation von einem Pflegedienst im Sinne des § 71 Absatz 1 oder von einem Betreuungsdienst im Sinne des § 71 Absatz 1a erbracht werden. Bereits bestehende Verträge auf Basis der Weiterentwicklungsmodelle neuer Wohnformen nach diesem Buch können auf Verlangen des Einrichtungsträgers bis zum Vorliegen der Empfehlungen nach Absatz 2 verlängert werden und sind nach Vorliegen unverzüglich anzupassen. Betreuungsdienste im Sinne des § 71 Absatz 1a können keine Verträge nach Satz 1 schließen.

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

1. beinhalten auch Aussagen über die erforderliche Anwesenheit und Erreichbarkeit von Personal in den gemeinschaftlichen Wohnformen und
2. legen fest, welche Ziffern der Anlage zur Häusliche-Krankenpflege-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Absatz 7 des Fünften Buches von dem Basispaket nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 umfasst sein können.

Die die Empfehlungen beschließenden Partner arbeiten mit den Verbänden der Pflegeberufe eng zusammen, die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Kommen die Empfehlungen nach Satz 1 innerhalb der genannten Frist ganz oder teilweise nicht zustande, bestellen die Parteien gemeinsam eine unabhängige Schiedsperson. Kommt eine Einigung auf eine Schiedsperson bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen ab der Feststellung der Nichteinigung auf die Empfehlungen nicht zustande, erfolgt eine Bestellung der Schiedsperson durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die Schiedsperson setzt den betreffenden Empfehlungsinhalt einschließlich der Kostentragung des Verfahrens innerhalb von zwei Monaten nach Bestellung fest.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit zum **[zu ergänzen: drei Jahre nach Inkrafttreten]** einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht über den Stand der abgeschlossenen Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen nach Absatz 1 vor. Der Schwerpunkt liegt insbesondere auf Zahl, Standort und Trägerschaft, Personalstruktur und Ausstattung sowie Vergütung, Leistungsausgaben und Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen sowie Qualität der Versorgung im Vergleich zur

Versorgung in sonstiger ambulanter und in vollstationärer Pflege. Bei der Evaluation ist auch die Einbeziehung Angehöriger, sonstiger Pflegepersonen und ehrenamtlich Tätiger in die Versorgung zu berücksichtigen.“

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

42. § 109 wird wie folgt geändert:

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

b) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Von der statistischen Geheimhaltungspflicht ausgenommen sind Angaben zur Art und zu den organisatorischen Einheiten der Pflegeeinrichtungen sowie zu den Entgelten der stationären Pflegeeinrichtungen. Die Pflicht zur Geheimhaltung besteht jedoch, wenn Träger der Pflegeeinrichtungen auf Ebene einzelner Verbände ausgewiesen werden. Die Rechtsverordnung nach Absatz 1 Satz 1 kann weitere Ausnahmen von der Pflicht zur Wahrung der statistischen Geheimhaltung beinhalten.“

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

44. § 113 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Wörter „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a“ ersetzt.

b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

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

c) In Satz 3 werden vor dem Wort „eine“ die Wörter „die Pflegeprozesssteuerung und an“ eingefügt.

45. § 113b wird wie folgt geändert:

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

„Dem Qualitätsausschuss soll auch ein Vertreter der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a angehören; die Entscheidung hierüber obliegt den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a. Sofern die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a ein Mitglied entsenden, wird dieses Mitglied auf die Zahl der Leistungserbringer angerechnet.“

b) Dem Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Der erweiterte Qualitätsausschuss kann sich bis zu zweimal pro Kalenderjahr auf Initiative des unparteiischen Vorsitzenden auch mit Themen befassen, die über die konkreten gesetzlichen Aufträge hinausgehen und hierzu Entscheidungen treffen. Mit einfacher Mehrheit kann der erweiterte Qualitätsausschuss auch darüber

entscheiden, ob eine Arbeitsgruppe gemäß Absatz 7 Satz 1 Nummer 8 eingerichtet und vom unparteiischen Vorsitzende mit Unterstützung der Geschäftsstelle nach Absatz 6 geleitet wird.“

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

„bis zum [...] [zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes] spezifische Regelungen für die Prüfung der Qualität der Leistungen von ambulanten Pflegediensten und ihren Kooperationspartnern in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c und für die Qualitätsberichterstattung zu entwickeln und einen Abschlussbericht vorzulegen. Dabei ist auch zu prüfen, ob ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in gemeinschaftlichen Wohnformen anwendbar ist. Sofern dies der Fall ist, sind diesbezügliche Vorschläge zur Umsetzung vorzulegen.“

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

cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:

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

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

e) In Absatz 7 Satz 1 werden die Wörter „Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Wörter „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a“ ersetzt.

46. § 113c wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 2 wird der Punkt am Satzende durch ein Komma und das Wort „oder“ ersetzt und folgende Nummer 3 wird angefügt:

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

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. soll die Pflegeeinrichtung geeignete Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die einen bewohner- und kompetenzorientierten Personaleinsatz im Sinne der Ziele des § 113c gewährleisten; dazu gehören auch solche Maßnahmen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, und“.

bb) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 2 eingefügt:

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

cc) Die bisherige Nummer 2 wird Nummer 3.

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „bis zum 30. Juni 2022“ gestrichen.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Wörter „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a“ ersetzt.

cc) In Satz 3 werden die Wörter „innerhalb der dort genannten Frist“ gestrichen und nach dem Wort „wird“ die Wörter „auf Antrag einer Partei nach Satz 1“ eingefügt.

d) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 3 wird wie folgt geändert:

aaa) Das Wort „Pflegefachkräften“ wird durch „Pflegefachpersonen“ ersetzt.

bbb) Nach dem Wort „können“ werden nach dem Semikolon die Wörter „dazu gehören insbesondere Altentherapeuten, Ergotherapeuten, Erzieher, Fachhauswirtschaftler, Familienpfleger, Dorfhelfer, Heilerzieher, Heilerziehungspfleger, Heilpädagogen, Logopäden, medizinische Fachangestellte, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und Sozialtherapeuten;“ eingefügt.

ccc) Der Punkt am Ende der Nummer wird durch ein Komma ersetzt.

bb) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer 4 eingefügt:

„4. Aufgabenbereiche für Personal mit Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes.“

e) Es wird folgender Absatz 9 angefügt:

„(9) Die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a beauftragen gemeinsam mit den Vertragsparteien nach § 113 bis zum 31. Juli 2025 eine unabhängige qualifizierte Institution zur Begleitung und Unterstützung einer fachlich fundierten Personal- und Organisationsentwicklung. Die beauftragte Institution soll insbesondere die folgenden Zielgruppen und Maßnahmen unterstützen

1. Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung der Wahrnehmung der Vorbehaltsaufgaben nach § 4 des Pflegeberufgesetzes,

2. Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von Pflegedokumentationskonzepten, die den Anforderungen des § 113 Absatz 1 Satz 2 bis 4 entsprechen,
3. vollstationäre Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von bewohner- und kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen nach § 113c Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 sowie
4. ambulante und teilstationäre Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung von bewohner- und kompetenzorientierten Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen.

Die Unterstützung soll insbesondere erfolgen durch:

1. die Entwicklung und Durchführung von Schulungsmaßnahmen zu den Nummern 1 bis 4, insbesondere für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, um entsprechende Schulungsmaßnahmen bundesweit in geeigneter Dichte und Häufigkeit anbieten zu können,
2. die Entwicklung und Bewertung fachlicher Informationen, Assessmentinstrumente und Konzepte zum Kompetenzerwerb für Pflegefachpersonen und Leitungskräfte in der Pflege zu den Nummern 1 bis 4 zu sowie ihre öffentliche Bereitstellung im Internet.

Dem Medizinischen Dienst Bund und den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach Maßgabe von § 118 ist vor dem Abschluss der Umsetzung der Maßnahmen nach den Punkten eins bis drei Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Näheres zur Zusammensetzung und Arbeitsweise der qualifizierten Geschäftsstelle, insbesondere zur Auswahl und Qualifikation der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, regeln die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a und die Vertragsparteien nach § 113 in einer Geschäftsordnung. Die Geschäftsstelle ist bis zum 31. Dezember 2030 befristet. Die Finanzierung der Geschäftsstelle erfolgt aus den Mitteln nach § 8 Absatz 7.“

47. § 114 wird wie folgt geändert:

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

„(1a)Die Prüfaufträge nach Absatz 1 werden ab dem 1. Januar 2026 auf digitalem Wege erteilt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen errichtet im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Planung, zur Auftragsvergabe und zur Durchführung von Qualitätsprüfungen bis zum 31. Oktober 2025 eine Daten- und Kommunikationsplattform. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit zehn Prozent an den Kosten für den Aufbau und den Betrieb der Daten- und Kommunikationsplattform. Die Plattform enthält aktuelle einrichtungsbezogene Daten und Informationen, insbesondere zu Anzahl und Art der durchgeführten Prüfungen sowie für den vollstationären Bereich zu unangemeldeten Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3 und zu Verlängerungen des Prüfrhythmus nach § 114c. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erstellt auf Grundlage der Daten- und Kommunikationsplattform statistische Datenauswertungen zur Anzahl der erteilten Prüfaufträge und durchgeführten Qualitätsprüfungen in vollstationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie in gemeinschaftlichen Wohnformen, zur Prüfquote des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie zur Anzahl

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

- b) In Absatz 2 Satz 7 wird nach der Angabe „(§ 87)“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und es werden nach der Angabe „(§ 88)“ die Wörter „und der Leistungen des Basispaketes bei gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung (§ 92c)“ eingefügt.
- c) In Absatz 2 Satz 10 wird die Angabe „Satz 10“ durch die Angabe „Satz 9“ ersetzt.

48. § 114a wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 Sätze 2 bis 4 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

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

- b) Absatz 5 Sätze 2 und 3 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Stellt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen auf Grundlage der Berichterstattung nach § 114c Absatz 3 Satz 3 eine Unterschreitung der Prüfquote des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. fest, übermittelt er die entsprechenden Daten an das Bundesamt für Soziale Sicherung. In diesem Fall stellt das Bundesamt für Soziale Sicherung die Höhe der Unterschreitung sowie die Höhe der durchschnittlichen Kosten von Prüfungen im Wege einer Schätzung nach Anhörung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen fest; der Finanzierungsanteil ergibt sich aus der Multiplikation der Durchschnittskosten mit der Differenz zwischen der Anzahl der vom Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. durchgeführten Prüfungen und der in § 114 Absatz 1 Satz 1 genannten Prüfquote.“

- c) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

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

- bb) Nach Satz 3 wird folgender Satz 4 eingefügt:

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

- cc) Im neuen Satz 7 werden die Wörter „Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Wörter „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a“ ersetzt.

49. § 114c wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 7 werden die Wörter „Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Wörter „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a“ ersetzt.
- b) Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:
 - „2. Qualitätsprüfungen, die nach § 114 in vollstationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c durchgeführt werden; die entsprechenden Daten sollen nach Ländern aufgeschlüsselt werden.“
- c) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
 - „Erstmals zum 31. März 2027 und danach jährlich enthält der Bericht nach Satz 1 jeweils eine statistische Datenaufstellung gemäß § 114 Absatz 1a Satz 5 aufgeschlüsselt nach Ländern zum Stichtag 31. Dezember.“

50. § 115 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „Bereich“ die Wörter „sowie für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c“ eingefügt.
 - bb) In Satz 3 werden die Wörter „§ 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 bis 4“ durch die Wörter „§ 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1, 2, 3 und 6“ ersetzt.
 - cc) In Satz 9 werden nach dem Wort „Pflegeeinrichtung“ die Wörter „sowie jeder gemeinschaftlichen Wohnform mit einem Vertrag zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c“ eingefügt.
 - dd) In Satz 10 werden die Wörter „Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Wörter „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a“ ersetzt.
 - ee) Nach Satz 11 wird folgender Satz 12 eingefügt:
 - „Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c sind von den Vereinbarungspartnern unverzüglich nach Inkrafttreten der Richtlinien zu Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnräumen nach § 114a Absatz 7 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu schließen.“
- b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Pflege“ die Wörter „oder in der Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c“ eingefügt.
 - bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Pflege“ die Wörter „oder die Versorgung in einer gemeinschaftlichen Wohnform mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c“ eingefügt.

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

51. § 118 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 1 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt.
b) Der Nummer 2 wird das Wort „sowie“ angefügt.
c) Folgende Nummer 3 wird angefügt:

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

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

„§ 118a

Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung

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

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

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Anerkennung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, die Voraussetzungen ihrer Anerkennung, das Verfahren der Beteiligung sowie den Fällen und zum Umfang der Erstattung von Reisekosten und des Ersatzes des Verdienstausfalls festzulegen.“

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

54. § 125a wird wie folgt gefasst:

„§ 125a

Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege

(1) Für eine wissenschaftlich gestützte Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen werden aus Mitteln des

Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung fünf Millionen Euro im Zeitraum von 2022 bis 2025 zur Verfügung gestellt.

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

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erarbeitet im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft sowie der Digitalagentur und unter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a bis zum 31. Dezember 2026 Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in der ambulanten und stationären Langzeitpflege.“

55. Nach § 125b wird folgender § 125c eingefügt:

„§ 125c

Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung

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

56. § 150 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird aufgehoben.
- b) In Absatz 5 Satz 2 wird das Wort „Pflegeschäfte“ durch das Wort „Pflegefachpersonen“ ersetzt.

57. Es werden ersetzt:

- a) In § 7c Absatz 2 Satz 6 Nummer 1, § 18a Absatz 10 Satz 1 und § 106a Satz 1 jeweils das Wort „Pflegeschäfte“ sowie in § 18a Absatz 10 Satz 3 das Wort „Pflegeschäften“ durch das Wort „Pflegefachpersonen“.
- b) In § 17 Absatz 1 Satz 2, § 53b Satz 2 und § 112a Absatz 3 Satz 1 jeweils die Wörter „Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ sowie in § 17 Absatz 1a Satz 3 und § 75 Absatz 6 Satz 2 jeweils die Wörter „Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Wörter „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a“.

- c) In § 71 Absatz 1, Absatz 2 Nummer 1, Absatz 3 Satz 1 bis 5 und § 74 Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 jeweils das Wort „Pflegefachkraft“ durch das Wort „Pflegefachperson“.
- d) In § 71 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 die Wörter „Pflegefachmann oder Pflegefachfrau“ durch die Wörter „Pflegefachmann, Pflegefachfrau oder Pflegefachperson“.
- e) In § 78 Absatz 2 Satz 8 die Wörter „Verbände der Pflegeberufe und der“ durch die Wörter „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a und die Verbände der“.

Artikel 2

Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. § 34 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Nummer 1 Satz 2 wird das Wort „sechs“ durch das Wort „acht“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 Satz 2 wird das Wort „vier“ jeweils durch das Wort „acht“ ersetzt.
 - c) In Absatz 3 wird das Wort „sechs“ durch das Wort „acht“ und wird das Wort „vier“ durch das Wort „acht“ ersetzt und werden nach dem Wort „medizinischen“ die Wörter „Vorsorge oder“ eingefügt.
2. In § 45j Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „bis zu einem Gesamtbetrag in Höhe von 3 539 Euro im Kalenderjahr“ durch die Wörter „in Höhe des Leistungsbetrags gemäß § 42 Absatz 2 Satz 2“ ersetzt.
3. § 55 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 3a wird wie folgt gefasst:

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

Artikel 3

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 5b des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 408) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 15 Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „erbracht“ das Komma und die Wörter „soweit nicht in Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c etwas anderes bestimmt ist“ gestrichen.
2. Nach § 15 wird folgender § 15a eingefügt:

„§ 15a

Pflegerische Leistungen und heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen

(1) Pflegerische und heilkundliche Leistungen nach diesem und dem Elften Buch Sozialgesetzbuch werden durch Pflegefachpersonen erbracht. Pflegerische Leistungen dürfen nur unter Beachtung der Pflegeprozessverantwortung von Pflegefachpersonen nach § 4 des Pflegeberufgesetzes erbracht werden. Erweiterte heilkundliche Leistungen können im Rahmen der jeweils erworbenen Kompetenzen auch von Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes in der Fassung vom 1. Januar 2025 oder von Pflegefachpersonen mit einer anderen, hinsichtlich der Erbringung von erweiterten heilkundlichen Leistungen gleichwertigen Qualifikation erbracht werden. Die Qualifikation kann sich dabei auch auf andere als die in § 37 Absatz 1 Nummer 6 bis 8 des Pflegeberufgesetzes benannten erweiterten heilkundlichen Aufgaben beziehen.

(2) Pflegefachpersonen im Sinne dieses und des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind Personen, die über eine Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufgesetzes verfügen.“

3. In § 20 Absatz 5 Satz 2 wird der Punkt durch die Wörter „; die Krankenkasse berücksichtigt auch eine Präventionsempfehlung nach § 5 Absatz 1a des Elften Buches oder nach § 18b Absatz 2 des Elften Buches.“ ersetzt.
4. Dem § 33 Absatz 5a wird folgender Satz angefügt:
„Einer vertragsärztlichen Verordnung steht eine Verordnung einer Pflegefachperson nach den Voraussetzungen des Rahmenvertrages nach § 73d gleich.“
5. In § 39 Absatz 1 Satz 3 nach dem Wort „Krankenpflege“ die Wörter „einschließlich der pflegerischen, heilkundlichen und erweiterten heilkundlichen Leistungen nach § 15a“ eingefügt.
6. § 63 wird wie folgt geändert:
 - a) Die Absätze 3b und 3c werden durch folgenden Absatz 3b ersetzt:

„(3b)Modellvorhaben, die auf Grundlage des § 63 Absatz 3b oder Absatz 3c in der zum [Tag vor dem Inkrafttreten des Gesetzes] geltenden Fassung bis zu diesem Zeitpunkt begonnen wurden, können auf dieser Grundlage weitergeführt

werden. Neue Modellvorhaben können ab dem [...] (Tag des Inkrafttretens des Gesetzes) nicht mehr begonnen werden.“

b) Der bisherige Absatz 3d wird zu Absatz 3c.

7. § 64d wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

bb) Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a des Elften Buches und der Bundesärztekammer sind vor Abschluss des Rahmenvertrages Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

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

c) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Modellvorhaben, die auf Grundlage des § 64d in der zum (Tag vor dem Inkrafttreten des Gesetzes) geltenden Fassung bis zu diesem Zeitpunkt begonnen wurden, können auf dieser Grundlage weitergeführt werden. Neue Modellvorhaben können ab dem [...] (Tag des Inkrafttretens des Gesetzes) nicht mehr begonnen werden.“

8. § 73d wird wie folgt gefasst:

„§ 73d

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

(1) Die Spitzenorganisationen nach § 132a Absatz 1 Satz 1 und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren unter Beteiligung der Vereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 des Elften Buches in einem Rahmenvertrag bis zum 31. Dezember 2025

1. einen Katalog an erweiterten heilkundlichen Leistungen, die Pflegefachpersonen, abhängig von den erworbenen Kompetenzen, nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung selbständig erbringen können,
2. einen Katalog an Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37, die Pflegefachpersonen, abhängig von den erworbenen Kompetenzen, selbständig als Folgeverordnung veranlassen können, einschließlich der für diese Maßnahmen benötigten Hilfsmittel gemäß § 33, sowie das Nähere zu den Voraussetzungen, zum Verfahren und der Ausgestaltung der Folgeverordnungen,
3. Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zu den Nummern 1 und 2.

Beim Katalog nach Satz 1 Nummer 1 und 2 sind auch die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben im Sinne des § 15a zu berücksichtigen. Zudem ist festzulegen, auf der Grundlage welcher beruferechtlich geregelten oder im Sinne des § 15a vergleichbaren, bundeseinheitlichen Qualifikationen Pflegefachpersonen entsprechende Leistungen selbstständig erbringen können. Dabei sind Weiterbildungen, die auf bundeseinheitlichen Weiterbildungsstandards der Länder beruhen, verbindlich zu berücksichtigen. Die Partner des Rahmenvertrags können zudem festlegen, ob und unter welchen Voraussetzungen eine einschlägige Berufserfahrung als vergleichbare Qualifikation berücksichtigt werden kann. Die von Pflegefachpersonen erbrachten Leistungen nach Satz 1 Nummer 1 und 2 können bei zugelassenen Ärzten, in medizinischen Versorgungszentren, im Rahmen der Leistungserbringung bei zugelassenen Pflegediensten nach § 132a Absatz 4 und in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 71 Absatz 2 des Elften Buches erbracht werden. Den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a des Elften Buches und der Bundesärztekammer sind vor Abschluss des Rahmenvertrags Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Fachliche Empfehlungen, die nach § 8 Absatz 3c des Elften Buches entwickelt wurden, sind einzubeziehen. Die Regelungen des Rahmenvertrags sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu beachten. Die erweiterten heilkundlichen Leistungen, die in dem auf der Grundlage von § 64d in der bis zum [...] (Inkrafttreten des Gesetzes) geltenden Fassung geschlossenen Rahmenvertrag für die Zwecke des Modellprogramms nach § 64d vereinbart wurden, gelten bereits ab dem [...] (Inkrafttreten des Gesetzes) als vereinbart. Für diese ist bis zum 31. Juli 2025 zu prüfen, ob Anpassungen für eine Umsetzung in der Regelversorgung erforderlich sind; die Anpassungen haben bis zum 31. September 2025 zu erfolgen.

(2) Kommt der Rahmenvertrag nach Absatz 1 nicht innerhalb der Frist nach Absatz 1 Satz 1 zustande, wird der Inhalt des Rahmenvertrags auf Antrag eines der Vertragspartner oder des Bundesministeriums für Gesundheit durch eine von den Vertragspartnern innerhalb eines Monats zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht fristgerecht auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien evaluieren die Auswirkungen der selbständigen Erbringung erweiterter heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung und in der Langzeitpflege auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung und legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2027 einen Bericht über das Ergebnis der Evaluation vor.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bis zum 31. Dezember 2027 die Entwicklung und Umsetzung der selbständigen Erbringung erweiterter heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen in anderen Versorgungsbereichen, insbesondere im Bereich der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationsrichtungen. Innerhalb von sechs Monaten nach Vorlage der Evaluationen nach den Sätzen 4 und 5 prüft das Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, ob und inwieweit die erweiterten heilkundlichen Leistungen umgesetzt wurden und ob die bestehenden Regelungen dazu angepasst werden müssen oder erweitert werden können. Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unverzüglich über das Ergebnis dieser Prüfung.

(4) Der Vertragsarzt kann einer Pflegefachperson, die über die entsprechende Qualifikation verfügt, die selbständige Ausübung der in dem Vertrag nach Absatz 1 vereinbarten erweiterten heilkundlichen Leistungen übertragen.“

9. In § 87 Absatz 2a Satz 9 werden nach den Wörtern „28 Absatz 1 Satz 2“ die Wörter „sowie übertragbare Leistungen durch Personen nach § 73d Absatz 2“ eingefügt und die Wörter „bis zum 23. Januar 2016“ gestrichen.
10. § 132a wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach Nummer 2 wird als neue Nummer 2a eingefügt:

„2a. Anforderungen an eine fachgerechte Pflegeprozessessteuerung,“.
 - bb) In Nummer 6 wird nach dem Wort „Daten“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
 - cc) In Nummer 7 wird das Wort „Pflegefachkräfte“ durch das Wort „Pflegefachpersonen“ ersetzt und der Punkt wird durch das Wort „und“ ersetzt.
 - dd) Folgende Nummer 8 wird angefügt:

„8. Grundsätze der Vergütung erweiterter heilkundlicher Leistungen nach § 73d Absatz 1 erstmals bis zum [...] [zwölf Monate nach Inkrafttreten].“
 - b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Die Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege in gemeinschaftlichen Wohnformen, die von dem Basispaket nach § 92c Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 des Elften Buches erfasst sind, erfolgt nach Maßgabe der Verträge gemäß § 92c Absatz 1 des Elften Buches.“
11. In § 197b Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Rechte“ die Wörter „und Interessen“ eingefügt.
12. § 202 Absatz 1a wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Buches“ die Wörter „über die Datenstelle der Rentenversicherung nach § 145 Absatz 1 Satz 1 des Sechsten Buches und“ eingefügt.
 - b) In Satz 6 werden nach dem Wort „Einkommensteuergesetzes“ die Wörter „und über die Datenstelle der Rentenversicherung nach § 145 Absatz 1 Satz 1 des Sechsten Buches“ eingefügt.
13. Es werden ersetzt:
 - a) In § 37 Absatz 8 das Wort „Pflegefachkräfte“ und in § 278 Absatz 2 Satz 1 und Satz 2 jeweils das Wort „Pflegefachkräften“ durch das Wort „Pflegefachpersonen“.
 - b) In § 37c Absatz 1 Satz 2, Absatz 4 Satz 1 und § 119b Absatz 1 Satz 7 jeweils das Wort „Pflegefachkraft“ und in § 39a Absatz 2 Nummer 2 die Wörter „Krankenschwester, eines Krankenpflegers“ sowie das Wort „Pflegefachkraft“ durch das Wort „Pflegefachperson“.
 - c) In § 119b Absatz 2, § 132g Absatz 3 Satz 2, § 283 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 und § 373 Absatz 3 jeweils die Wörter „Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene“, in § 137a Absatz 7 Nummer 6 die Wörter „Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe“ sowie in § 317 Absatz 1 Satz 3 Nummer 7 die Wörter „Verbände

der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Wörter „maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a des Elften Buches“.

- d) In § 374 Satz 1 und Satz 2 die Wörter „der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene“ durch die Wörter „die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a des Elften Buches“.

Artikel 4

Änderung des Pflegezeitgesetzes

In § 2 Absatz 2 Satz 2 des Gesetzes über die Pflegezeit vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874, 896), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 19. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2510) geändert worden ist, werden nach dem Wort „Bescheinigung“ die Wörter „oder eine Bescheinigung einer Pflegefachperson“ eingefügt.

Artikel 5

Änderung des Pflegeberufegesetzes

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

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

- a) Die Angabe zu § 4 wird wie folgt gefasst:

„§ 4 Vorbehaltene Aufgaben“.

- b) Nach der Angabe zu § 4 wird die folgende Angabe eingefügt:

„§ 4a Selbständige Heilkundeausübung“.

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

„§ 14a Standardisierte Module für erweiterte heilkundliche Aufgaben“.

2. § 4 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 4

Vorbehaltene Aufgaben“.

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

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

„§ 4a

Selbständige Heilkundeausübung

Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 sind zur selbständigen Heilkundeausübung im Rahmen der nach diesem Gesetz erworbenen Kompetenzen befugt. Ruht die Erlaubnis nach § 3 Absatz 3 Satz 1, ruht auch die Befugnis zur selbständigen Heilkundeausübung.“

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

„§ 14a

Standardisierte Module für erweiterte heilkundliche Aufgaben

Die Fachkommission nach § 53 kann mit empfehlender Wirkung standardisierte Module für die zur selbständigen Ausübung von erweiterten heilkundlichen Aufgaben erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen entwickeln, die gemeinsam vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt werden können. Die Genehmigung der standardisierten Module erfolgt einmalig; Änderungen bedürfen einer erneuten Genehmigung. Die standardisierten Module sollen in geeigneten Abständen an den medizinischen und pflegewissenschaftlichen Fortschritt angepasst werden.“

5. In § 37 wird in Absatz 2 Satz 2 sowie in Absatz 3 Satz 2 Nummer 6 und Nummer 8 jeweils das Wort „Tätigkeiten“ durch das Wort „Aufgaben“ ersetzt.

Artikel 6

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 4 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe d bis h, Nummer 4, 15 bis 19, 21, 22, 24 bis 30, 35, 41, 43 und 53 tritt am ersten Tag des zweiten auf den Tag der Verkündung folgenden Kalendermonats in Kraft.

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

(4) Artikel 2 Nummer 1 und 3 tritt am 1. Januar 2026 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

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

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

Über diese Maßnahmen hinausgehend sieht der Koalitionsvertrag von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP Maßnahmen für strukturelle Verbesserungen im Pflegebereich vor, die mit dem Gesetz zur Stärkung der Pflegekompetenz umgesetzt werden.

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

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

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

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

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

Die Pflegeselbstverwaltung steht seit der Einführung der Regelungen zur tariflichen Entlohnung im Pflegeversicherungsrecht und den dadurch bedingten jährlichen Anpassungen zunehmend vor besonderen Herausforderungen, um zeitnahe Abschlüsse von Vergütungsvereinbarungen für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen umzusetzen. Bedingt durch die verschiedenen Krisen der letzten Jahre hat sich deren Lage weiter zugespitzt, so dass sich die Beteiligten in weiter verschärften Rahmenbedingungen befinden, um zeitnah ihre Leistungen auf der Grundlage einer leistungsgerechten Pflegevergütung erbringen zu können. Um dem entgegenzuwirken und den Pflegeeinrichtungen schnellere Vereinbarungen zu ermöglichen, sind Anpassungen des bestehenden Vergütungsvereinbarungsverfahrens vorgesehen.

Bereits seit 2021 enthält das Recht der Pflegeversicherung Regelungen zur Einführung von digitalen Pflegeanwendungen (BGBl. I S. 1309), die durch die Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung vom 29. September 2022 (BGBl. I S. 1568) konkretisiert worden sind. Gleichwohl werden diese digitalen Pflegeanwendungen in der Praxis der pflegerischen

Versorgung bislang noch nicht eingesetzt. Um hier Abhilfe zu schaffen, sollen verschiedene Vorgaben für digitale Pflegeanwendungen und die eng damit verknüpften ergänzenden Unterstützungsleistungen vereinfacht werden.

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

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Befugnis zur (erweiterten) Heilkundeausübung durch Pflegefachpersonen; sozialrechtliche Geltung der Vorbehaltsaufgaben

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

Zugleich wird für die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung in einem neuen § 15a SGB V für die Zwecke der beiden Sozialversicherungen festgelegt, dass Pflegefachpersonen heilkundliche und erweiterte heilkundliche Leistungen im Rahmen der leistungsrechtlichen Vorschriften erbringen dürfen. Ergänzend wird für die beiden Sozialversicherungen grundsätzlich geklärt, dass die berufsrechtlich geregelten Vorbehaltsaufgaben von Pflegefachpersonen nach § 4 des Pflegeberufegesetzes (Pflegeprozessessteuerung) ebenfalls im Rahmen der leistungsrechtlichen Vorschriften gelten. Anknüpfend an die Vorbehaltsaufgaben, zu denen auch die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs gehören, wird zudem in einem neuen § 18e Absatz 6 ein Modellprojekt beim Medizinischen Dienst vorgesehen, in dem geprüft wird, inwieweit, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang Pflegefachpersonen, die in der Versorgung nach SGB V und XI tätig sind, hinsichtlich der von ihnen versorgten Personen mit der Übernahme von Aufgaben im Rahmen des Begutachtungsverfahrens beauftragt werden können.

Rahmenvertrag über heilkundliche und erweiterte heilkundliche Leistungen; Übertragung der Modellvorhaben nach § 64d SGB V in die Regelversorgung

In einem neuen § 73d SGB V können zukünftig – anknüpfend an den bisherigen Rahmenvertrag nach § 64d SGB V – (erweiterte) heilkundliche Leistungen, die von Pflegefachpersonen im Rahmen der ärztlichen Versorgung oder der häuslichen Krankenpflege, hier insbesondere zur Möglichkeit für Folge-Verordnungen, erbracht werden können, vereinbart. Damit wird ein gesetzliches Instrument geschaffen, das eine erweiterte Leistungserbringung durch Pflegefachpersonen für die genannten Leistungsbereiche perspektivisch umfassend regeln kann. Umfasst sind zum einen heilkundliche Leistungen durch

Pflegefachpersonen, die nicht über erweiterte heilkundliche Kompetenzen verfügen, sowie erweiterte heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen mit erweiterten heilkundlichen Kompetenzen. Letztere können entweder im Rahmen der hochschulischen Pflegeausbildung (auf Grundlage der ab dem 1. Januar 2025 geltenden Regelungen) oder im Rahmen von qualifizierten Weiterbildungen erworben worden sein. In dem Rahmenvertrag besteht auch die grundsätzliche Möglichkeit, Berufserfahrungen mit anschließender Kenntnisprüfung als Qualifikationsvoraussetzung zu vereinbaren. Der bisherige Rahmenvertrag nach § 64d SGB V wird dabei in einem ersten Schritt gesetzlich für zügig anwendbar erklärt, die Rahmenvertragspartner sind daher verpflichtet, kurzfristig zu prüfen, ob für die Anwendung in der Regelversorgung noch technische Anpassungen, z.B. zur Abrechnung, erforderlich sind. So wird sichergestellt, dass jedenfalls die bisher geeinten Inhalte unverzüglich in der Praxis umgesetzt werden können.

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

Für die weiteren Versorgungsbereiche in SGB V und XI, z.B. Krankenhäuser, gilt, dass auf der Grundlage von § 15a SGB V Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der berufsrechtlich erworbenen oder vergleichbaren Kompetenzen erbracht werden können. Die Regelungen des Rahmenvertrags nach § 73d SGB V bieten hierfür Anhaltspunkte. Sie sind für andere Versorgungsbereiche aber nicht unmittelbar verbindlich; insbesondere können in anderen Versorgungsbereichen Aufgaben relevant sein, die in der ambulanten ärztlichen Versorgung typischer Weise nicht vorkommen, z.B. im Rahmen der Notfall- und Intensivversorgung.

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

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

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

wird. In dem Modellprogramm beauftragt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen wissenschaftliche Expertisen zu den genannten Themen; die Einbeziehung der Vertretung der Pflegeberufe auf Bundesebene ist dabei sicherzustellen.

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

Zur Vereinheitlichung der Bezeichnungen im SGB V und SGB XI und zur Anpassung an berufsrechtliche Bezeichnungen wird in § 15a SGB V zudem festgelegt, dass Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufegesetzes im SGB V und SGB XI als Pflegefachpersonen bezeichnet werden. Damit wird der häufig kritisierte Begriff der Pflegefachkräfte abgelöst.

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

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

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

In den letzten Jahren ist zu beobachten, dass die tatsächliche Zahl der Pflegebedürftigen über die prognostizierte demographische Entwicklung hinaus angestiegen ist. Es soll daher untersucht werden, welche Gründe und Ursachen zu diesem seit 2017, dem Jahr der Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments, zu beobachtenden Anstieg beigetragen haben. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit einen auf unabhängiger wissenschaftlicher Grundlage zu erstellenden Bericht zu Faktoren dieser Entwicklung wie zum Beispiel den Wirkungsweisen des Begutachtungsinstruments, der Prävalenz von bestimmten pflegebegründenden Erkrankungen, demographischen Faktoren und sozioökonomischen Einflüssen vorzulegen.

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

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

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

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

Verfahrensoptimierungen für die Vergütungsverhandlungen bei nach dem SGB XI zugelassenen Pflegeeinrichtungen

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

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

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

Niedrigschwellige Unterstützung von Pflegebedürftigen und Entlastung von Pflegepersonen

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

Erleichterungen im Rahmen der Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag

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

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

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

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

Bessere Unterstützung der Versorgung von Pflegebedürftigen durch Gruppenbetreuungsangebote

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

Neben dem unverändert weiterhin bestehenden Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tagespflege oder Nachtpflege wird nunmehr ein Umwandlungsanspruch geschaffen, der für niedrigschwellige Tagesbetreuungsgruppen eingesetzt werden kann. Hierbei handelt es sich um nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag, die – insoweit vergleichbar einer Tagespflege – regelmäßig für mehrere Stunden die Betreuung von Pflegebedürftigen übernehmen und so für pflegende An- und Zugehörige Möglichkeiten schaffen, berufstätig zu sein, notwendige Besorgungen zu erledigen oder auch notwendige Auszeiten zu nehmen, um die häusliche Pflege längerfristig übernehmen zu können. Hierfür wird die Möglichkeit geschaffen, den Leistungsbetrag nach § 41 SGB XI in Höhe von bis zu 50 Prozent für eine solche niedrigschwellige Tagesbetreuung einzusetzen. Zugleich wird der ambulante Umwandlungsanspruch von bisher 40 Prozent auf bis zu

50 Prozent des Leistungsbetrags nach § 36 SGB XI erweitert, sodass ebenfalls die niedrigschwellige Betreuung im häuslichen Umfeld verbessert wird. Damit erhalten Pflegebedürftige neue Möglichkeiten, je nach ihrem Bedarf niedrigschwellige Unterstützungsleistungen zu beziehen, die zudem eine andere Kostenstruktur aufweisen, mehr Menschen ein Engagementfeld im Bereich Pflege bieten und einen Beitrag zur Entlastung der erforderlichen Pflegeeinrichtungen leisten.

Weiterentwicklung der Fördermöglichkeiten

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

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

Prävention im Rahmen des SGB XI ausbauen

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

Pflegerische Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen

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

Zum einen wurde der so genannte Wohngruppenzuschlag gemäß § 38a als zusätzliche Leistung für pflegebedürftige Menschen in ambulant betreuten Wohngruppen eingeführt. Zum anderen wurde mit § 45e eine Regelung geschaffen, die die Gründung von ambulant

betreuten Wohngruppen im Blick hat. Im Rahmen einer Anschubfinanzierung werden Pflegebedürftige, die Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag nach § 38a haben und an der gemeinsamen Gründung der Wohngruppe beteiligt sind, dabei unterstützt, die gemeinsame Wohnung altersgerecht oder barrierearm umzugestalten. Schließlich wurden mit § 45f in der bisherigen Fassung zehn Millionen Euro zur wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen zur Verfügung gestellt.

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

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

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

Nachweis über die Elterneigenschaft im automatisierten Übermittlungsverfahren

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

Anbindung der Zahlstellen an das automatisierte Übermittlungsverfahren

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

Digitale Pflegeanwendungen

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

Weiterentwicklungen im Bereich Qualitätssicherung in der Pflege

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

Wahrnehmung von Aufgaben der Pflegekassen durch Dritte

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

[Merkposten Aktualisierung: Platzhalter für „Exekutiven Fußabdruck“: Der Gesetzentwurf ist nicht wesentlich durch Interessenvertreterinnen und Interessenvertreter oder beauftragte Dritte beeinflusst worden.]

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

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

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

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

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Das Gesetz entspricht den Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung im Sinne der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie (DNS), die der Umsetzung der UN-Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung dient. Das Gesetz unterstützt insbesondere das Nachhaltigkeitsziel 3 der DNS „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters

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

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Gemeinden

Für die Träger der Beihilfe ergeben sich aus den Leistungsanpassungen insgesamt mittelfristig Minderausgaben in Höhe von rund 5,4 Millionen Euro jährlich.

2. Soziale Pflegeversicherung

Kostenwirkungen in der sozialen Pflegeversicherung:

Förderung wissenschaftlicher Expertisen zur konkreten Ausgestaltung der Inhalte von pflegerischen und heilkundlichen Leistungen des Fünften und Elften Buches

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

Durch die Umsetzung einer Geschäftsstelle nach § 113c Absatz 9 fallen finanzielle Aufwendungen in Höhe von insgesamt rund 275 000 Euro pro Jahr für die Einrichtung und den Betrieb mit zwei Referentenstellen (je eine im gehobenen und im höheren Dienst) sowie einer Stelle im mittleren Dienst bei der Erfüllung der Aufgaben nach § 113c Absatz 9 SGB

XI an. Davon entfallen rund 35 000 Euro auf jährliche Sachaufwendungen (inklusive Verwaltungs- und Fortbildungskosten). Die Finanzierung erfolgt unter Anrechnung auf die Mittel nach § 8 Absatz 7 SGB XI aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung und damit ausgabenneutral.

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

Gemeinschaftliche Wohnformen

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

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

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

Ruhensregelung

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

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

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

Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts

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

Förderung der Selbsthilfe

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

Anspruch auf Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags

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

Zuschüsse bis zum Ende der Pflegezeit

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

Insgesamt ergeben sich für die Soziale Pflegeversicherung aus den genannten Regelungen mittelfristig jährliche Minderausgaben von rund 154 Millionen Euro. Die übrigen Regelungen sind kostenneutral.

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

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

Förderung der Selbsthilfe	3,5	3,5	3,5	3,5
Anspruch auf Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags	10	10	10	10
Gesamtsaldo aus Mehr- und Minderungen	-18,5	-43,5	-98,5	-153,5

3. Gesetzliche Krankenversicherung:

Kostenwirkungen in der gesetzlichen Krankenversicherung:

Förderung wissenschaftlicher Expertisen zur konkreten Ausgestaltung der Inhalte von pflegerischen und heilkundlichen Leistungen des Fünften und Elften Buches

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

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

4. Erfüllungsaufwand

4.1 Bürgerinnen und Bürger

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

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

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

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

4.2 Wirtschaft

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

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

Niedrigschwellige Unterstützung von Pflegebedürftigen und Entlastung von Pflegepersonen – Bessere Unterstützung der Versorgung von Pflegebedürftigen durch Gruppenbetreuungsangebote (§ 45g SGB XI): Durch die Einführung des Anspruchs auf Umwandlung für

Tagesbetreuung wird ein neuer Leistungsanspruch eingeführt, sodass hierfür erstmals Leistungsanträge gestellt werden können. Hierfür fällt bei den privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, zum einen einmaliger Programmieraufwand in Höhe von ca. 3 100 Euro an (Rechenweg: 42 PKV-Unternehmen x 1,25 Stunden Arbeitsaufwand x 59,70 Euro Stundenlohnkosten). Zum anderen fällt für die Bearbeitung der Beantragung der Kostenerstattungen jährlicher Bearbeitungsaufwand in Höhe von ca. 93 850 Euro an (Rechenweg: 11 872 bei den PKV-Unternehmen eingehende Anträge x 0,17 Stunden Arbeitsaufwand x 46,50 Euro Stundenlohnkosten). Hierbei wird entsprechend des Anteils der privat pflege-pflichtversicherten Leistungsbeziehenden von sechs Prozent der Leistungsbeziehenden insgesamt abgeleitet von der Höhe des bei den Pflegekassen dargestellten Antragsaufkommens von einem Antragsaufkommen von 11 872 Anträgen im Jahr ausgegangen.

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

Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen (§ 45j SGB XI): Von den 41 100 Anträgen auf Leistungen nach § 45j SGB XI pro Kalenderjahr müssen ca. 4 100 Anträge bei den privaten Versicherungsunternehmen bearbeitet und bescheidet werden. Es ist pro Antrag von einer Bearbeiterin bzw. einem Bearbeiter mittleren Qualifikationsniveaus mit einem Stundenlohn in Höhe von 51,30 Euro auszugehen. In zeitlicher Hinsicht dürften 30 Minuten insbesondere für die Prüfung der Voraussetzungen und die Bescheidung ausreichend sein. Dies führt bei den privaten Versicherungsunternehmen zu Personalkosten in Höhe von 25,65 Euro pro Antrag. Hinzukommen als Sachkosten Portokosten für den Bescheid in Höhe von 0,85 Euro pro Antrag (Standardbrief bis 20g) sowie sonstige Sachkosten in Höhe von 0,10 Euro. Der Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft (private Versicherungsunternehmen) beträgt jährlich im Saldo etwa 109 000 Euro.

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

für die Wirtschaft (und 13 124 621 Euro für die Verwaltung, also insgesamt jährlich 16,5 Millionen Euro).

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

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

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

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

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

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

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

der Wirtschaft von rund 2 700 Euro (Rechenweg: 8 Personen für den Prüfdienst der PKV, jeweils 8 Stunden mit Stundenlohnkosten in Höhe von 33,90 Euro).

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

Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (§ 132a SGB V): Den für die Wahrnehmung der Interessen von ambulanten Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene als Rahmenempfehlungspartner nach § 132a Absatz 1 entsteht für die Beratung und Vereinbarung von Grundsätzen zur Vergütung erweiterter heilkundlicher Aufgaben nach § 73d Absatz 1 zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege ein geringer einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 7 500 Euro (Rechenweg: 14 Personen zur Vertretung der Interessen ambulanter Pflegedienste x 3 Sitzungen mit einer Dauer von jeweils 3 Stunden x 59,10 Euro Stundenlohnkosten). Die nach § 132a SGB V zu regelnden Empfehlungen zu Maßnahmen der Qualitätssicherung der Leistungserbringung sollen sich auch auf die Pflegeprozesssteuerung beziehen.

4.3 Verwaltung

a) Bund

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

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

b) Länder und Kommunen

Für die Länder ergibt sich kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

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

c) Sozialversicherung

Dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen entsteht durch die Festlegung der Kriterien für die Empfehlung einer konkreten Maßnahme zur Prävention durch Pflegefachpersonen unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständes einschließlich einer Erweiterung des „Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ um Aspekte im Bereich der ambulanten Pflege ein geschätzter einmaliger Gesamtaufwand von rund 8 300 Euro (Rechenweg: 110 Arbeitsstunden zu einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 45,10 Euro sowie 50 Arbeitsstunden zu einem durchschnittlichen Stundensatz in Höhe von 66,10 Euro). Förderung wissenschaftlicher Expertisen nach § 8 Absatz 3c SGB XI: Zur Konkretisierung und Ausgestaltung des Förderprogramms nach § 8 Absatz 3c SGB XI für wissenschaftliche Expertisen (insbesondere hinsichtlich der Ausschreibungskriterien) entsteht dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen beziehungsweise dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von insgesamt rund 2 600 Euro (Rechenweg: 5 Personentage à 8 Stunden bei einem Standardstundenlohnsatz von 32,10 Euro = 1 284 Euro; gesamt für Spitzenverbände Bund der Pflegekassen und Bund der Krankenkassen: 2 568 Euro). Für die Beauftragung der wissenschaftlichen Expertisen entsteht dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen beziehungsweise dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ein Erfüllungsaufwand in Höhe von etwa 1 500 Euro (Rechenweg: 3 Personentage à 8 Stunden bei einem Standardstundenlohnsatz von 32,10 Euro = 770,40 Euro; insgesamt: 1 540,80 Euro).

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

Für die Durchführung des Berichtsauftrags nach § 15 Absatz 8 SGB XI entsteht dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen für das Erstellen einer Leistungsbeschreibung, die Vergabe, die Projektbegleitung, und die Erstellung des Berichts ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 26 035 Euro (Rechenweg: 2 Personen mit jeweils 45,20 Euro Stundenlohnkosten an insgesamt 36 Tagen (Leistungsbeschreibung: 5 Tage; Vergabe: 3 Tage; Projektbegleitung: 8 Tage; Erstellung des Berichts: 20 Tage)).

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

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

aufzubringen. Ggf. kann beteiligten Pflegeeinrichtungen ein geringfügiger Mehraufwand durch die Teilnahme an dem Modellprojekt entstehen.

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

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

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

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

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

Anträge auf Förderung eingereicht werden. Deshalb kann nicht genau beziffert werden, in welcher Höhe im Saldo eine Entlastung erfolgt.

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

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

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

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

Sicherstellung der pflegerischen Versorgung (§ 73a SGB XI): Dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen entsteht ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von 6 837 Euro für die halbjährliche Berichterstattung nach § 73a Absatz 3 (Jeweils zwei Mal jährlich: Einholen und Verarbeiten von Daten für 16 Länder á vier Stunden bei Stundenlohnkosten in Höhe von 47,20 Euro sowie Berichtserstellung á sechs Stunden bei Stundenlohnkosten in Höhe von 66,20 Euro).

Rückwirkung von Festsetzungen der Schiedsstelle (§ 85 Absatz 6 Satz 2 bis 4 SGB XI): Diese gesetzliche Klarstellung ist mit keinem nennenswerten Erfüllungsaufwand verbunden, da bereits nach geltender Rechtslage das Verbot der rückwirkenden Vereinbarung der Pflegesätze nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht für die Schiedsstelle gilt.

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

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

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

Standardaktivität	Zeitaufwand	Kosten (ca. 10 Verbände)
Inhaltliche Prüfung	Mittel (60 Min.)	2 x 66,20 x 10 = 1 324 Euro

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

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

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

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

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

Landesverbände der Pflegekassen (32 Personen, je 6 Std., 45,20 Euro/Std.)			x	8.678
Medizinische Dienste (60 Personen, je 6 Std., 45,20 Euro/Std.)			x	16.272

Berichtspflicht nach § 114c Absatz 3 SGB XI-neu: Die Anforderung an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die bereits bestehende Berichtspflicht nach § 114c über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Erhebung und Übermittlung von Indikatorenbezogenen Daten sowie mit den Qualitätsprüfungen um weitere Informationen zu ergänzen, führt zu einem geringfügig erhöhten jährlichen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 760 Euro (Rechenweg: 2 Personen, jeweils 8 Stunden, 47,20 Euro Stundenlohnkosten). Dem entgegen steht eine jährliche Entlastung in Höhe von rund 940 Euro durch die Nutzung der digitalen Daten- und Kommunikationsplattform nach § 114 Absatz 1a-neu, mit der die Datenbeschaffung und -auswertung zukünftig effizienter gestaltet werden kann. Rechenweg: 2 Personen, jeweils 10 Stunden, 47,20 Euro Stundenlohnkosten. Im Ergebnis führt dies zu einer geringfügigen jährlichen Entlastung von rund 200 Euro.

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

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

Selbständige Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; selbständige Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen; Evaluation (§ 73d SGB V): Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entstehen bei den Verhandlungen mit den Spitzenorganisationen für die Wahrnehmung von Interessen der ambulanten Pflegedienste unter Beteiligung der Vereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen zum Rahmenvertrag zur selbstständigen Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73d SGB V ein Gesamterfüllungsaufwand von einmalig jeweils rund 2 380 Euro. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entstehen bei den Verhandlungen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Spitzenorganisationen für die Wahrnehmung von Interessen der ambulanten Pflegedienste unter Beteiligung der Vereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen zum Rahmenvertrag zur selbstständigen Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73d SGB V ein Gesamterfüllungsaufwand von einmalig jeweils rund 2 380 Euro. Insgesamt ergibt sich dadurch ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 5000 Euro.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (§ 87 SGB V): Dem Bewertungsausschuss (gebildet durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung) entsteht ein geringfügiger, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand für die Erweiterung der in bestimmten Zeitabständen vorzunehmenden Überprüfung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) um übertragbare Leistungen an Pflegefachpersonen (bzw. Personen nach § 73d Absatz 2) und deren angemessene Vergütung.

Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (§ 132a SGB V): Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Rahmenempfehlungspartner nach § 132a Absatz 1 SGB V entsteht für die Beratung und Vereinbarung von Grundsätzen zur Vergütung erweiterter heilkundlicher Aufgaben nach § 73d Absatz 1 SGB V zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege ein Erfüllungsaufwand in Höhe von ca. 1 200 Euro (Rechenweg: 2 Personen als Vertretung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen x 3 Sitzungen mit einer Dauer von jeweils 3 Stunden x 66,20 Euro Stundenlohnkosten). Die nach § 132a SGB V zu regelnden Empfehlungen zu Maßnahmen der Qualitätssicherung der Leistungserbringung sollen sich auch auf die Pflegeprozesssteuerung beziehen.

5. Weitere Kosten

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen von rund sieben Prozent respektive zehn Prozent bei einigen Regelungen unter Berücksichtigung des Anteils der Beihilfeberechtigten aus den Regelungen mittelfristig Minderausgaben von rund 5,4 Millionen Euro jährlich.

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

6. Weitere Gesetzesfolgen

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

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

VII. Befristung; Evaluierung

Das Regelungsvorhaben ist nicht befristet.

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

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

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

Zu Nummer 2 (§ 5)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

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

Die Pflegekassen sollten dabei im Zusammenwirken mit den für die Leistungserbringung und Kostentragung wie bisher zuständigen Krankenkassen auch darauf hinwirken, dass die Angebotsentwicklung im Bereich der Präventionsmaßnahmen auf die Personengruppe der älteren und der pflegebedürftigen Menschen in ausreichendem Maße zugeschnitten ist. Wie aus einer im Jahr 2023 im Auftrag des BMG durchgeführten Literaturanalyse hervorgeht, haben Studien gezeigt, dass insbesondere durch Präventionsmaßnahmen im Bereich der

Mobilitätsförderung und der Ernährung Erfolge erzielt werden konnten. Hierfür sind folgende Studien exemplarisch zu nennen: POWER - hier wurde eine Verbesserung der physischen Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität von gefährdeten älteren Personen in Pflegeeinrichtungen durch begleitetes Spazierengehen erreicht; EU-Projekt SPRINTT - hier konnten positive Effekte durch moderat intensive körperliche Aktivitäten mit technologischer Unterstützung und Ernährungsberatung erreicht werden.

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

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

Es ist folgerichtig und notwendig, in diesem Zusammenhang auch die Rolle und Kompetenz der Pflegefachpersonen zu stärken. In Satz 3 erhalten sie daher die Möglichkeit und Aufgabe, im Zusammenhang einer Beratung nach den §§ 7a und 7c, einer Leistungserbringung nach § 36 oder eines Beratungsbesuchs nach § 37 Absatz 3 eine Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gemäß § 20 Absatz 5 des Fünften Buches auszusprechen.

Zu Buchstabe c

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

Zu Buchstabe d

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

Zu Nummer 3 (§ 7a)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

In Absatz 3 Satz 2 wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 15a Absatz 2 des Fünften Buches angepasst.

Zu Doppelbuchstabe bb

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

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe d

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

Zu Nummer 4 (§ 7b)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen.

Zu Nummer 5 (§ 8)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa und Doppelbuchstabe bb

Absatz 3b Satz 1 verpflichtet den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, durch die Finanzierung von Studien, Modellprojekten und wissenschaftlichen Expertisen neben der wissenschaftlich gestützten Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben, das nach § 113c Satz 1 in der am 1. Januar 2016 geltenden Fassung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen entwickelt und erprobt wurde, auch die wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung sicherzustellen. Während für den vollstationären Bereich zu Beginn des Förderzeitraums bereits umfangreiche Arbeiten aus einem Vorprojekt vorlagen, sind im ambulanten Bereich zunächst verschiedene Vorarbeiten durchzuführen, die bisher noch nicht abgeschlossen werden konnten. Zudem wurde im Rahmen der Beratungen des Begleitgremiums deutlich, dass der Fokus des Modellprogramms in der ambulanten Versorgung nicht allein auf einen effizienten, kompetenzorientierten Personaleinsatz und eine guten Organisationsentwicklung auf betrieblicher Ebene ausgerichtet sein sollte. Vielmehr besteht absehbar demografisch bedingt die Herausforderung, genügend Pflegefach- und -assistenzpersonen zu finden und die Versorgung unter Einbeziehung aller verfügbaren Akteure, auch der Kommunen, kurz- und mittelfristig sicherzustellen. Daher wird das Modellprogramm kostenneutral bis Ende 2028 verlängert, um im ambulanten-häuslichen Bereich fundierte Entscheidungsgrundlagen für eine systematische Weiterentwicklung und Sicherstellung der Versorgung unter diesen Rahmenbedingungen zu schaffen. Im Rahmen des Modellprogramms sollen insbesondere Szenarien für die zukünftige Sicherstellung der ambulanten-häuslichen Versorgung entwickelt und soweit möglich empirisch hinterlegt werden. Das bereits laufende Modellprogramm zur Einführung und Weiterentwicklung des wissenschaftlich

gestützten Personalbemessungsverfahrens in der vollstationären Versorgung bleibt unberührt.

Zu Buchstabe b

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

Mit dem Pflegekompetenzgesetz werden bereits wesentliche Schritte in Richtung der Klärung und Erweiterung der Aufgaben von Pflegefachpersonen in der Versorgung im Rahmen der leistungsrechtlichen Regelungen des Fünften und Elften Buches, insbesondere auch mit Blick auf erweiterte heilkundliche Kompetenzen, gegangen. Auf der Grundlage einer umfassenderen fachlichen Klärung der Aufgaben von Pflegefachpersonen in der Versorgung soll geprüft werden, ob über die Regelungen des Pflegekompetenzgesetzes hinaus perspektivisch weitergehende gesetzliche Änderungen zur Klarstellung und ggf. Erweiterung der Aufgaben von Pflegefachpersonen in der Versorgung sinnvoll und möglich sind. Dafür bedarf es einer fachwissenschaftlich fundierten, umfassenden und systematischen Beschreibung pflegerischer Aufgaben, die Pflegefachpersonen auf der Grundlage berufsrechtlich verankerter Qualifikationen oder vergleichbarer Qualifikationen, z. B. qualifizierter Weiterbildungen, in der Versorgung erbringen können. Eine solche Beschreibung pflegerischer Aufgaben ist sektorenübergreifend zu entwickeln und soll sämtliche Aufgabenbereiche von Pflegefachpersonen auf der Grundlage ihrer jeweiligen Qualifikation beinhalten. Dazu gehören sowohl Pflegefachpersonen mit einer beruflichen Ausbildung, mit einer hochschulischen Ausbildung sowie mit einer hochschulischen Ausbildung, die über erweiterte heilkundliche Kompetenzen nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes in der ab 1. Januar 2025 geltenden Fassung in den Bereichen diabetische Stoffwechselerkrankung, chronische Wunden und Demenz verfügen. Darüber hinaus gehören hierzu Pflegefachpersonen mit qualifizierten (Fach-) Weiterbildungen, beispielsweise auf Grundlage der Weiterbildungsordnungen der Landespflegekammern oder der Länder, Weiterbildungen von Fachgesellschaften (z.B. zur/zum Diabetesberater/in DDG der Deutschen Diabetes-Gesellschaft), Weiterbildungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, und Pflegefachpersonen mit versorgungsbezogenen Master-Abschlüssen in der Pflege, z.B. Community Health Nursing bzw. Advanced Practice Nursing.

Dabei ist wichtig, dass die Beschreibung der Aufgaben von Pflegefachpersonen einerseits hinreichend konkret ist. Gleichzeitig soll diese Beschreibung aber nicht nur aus einer Zusammenstellung von einzelnen Handlungen oder Tätigkeiten bestehen, denn pflegerisches Handeln erfolgt in einem fachlichen Kontext, den es mit abzubilden gilt, und im Rahmen der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben. Die Beschreibung pflegerischer Aufgaben ist gleichsam eine „Übersetzungshilfe“ für Kranken- und Pflegekassen, Leistungserbringer in der

gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftige, um zu verdeutlichen, welche Leistungen auf der Grundlage von den im Rahmen von Ausbildung, Studium oder qualifizierter Weiterbildung vermittelten Kompetenzen von Pflegefachpersonen in der Versorgung erbracht werden können. Zudem kann eine solche Beschreibung als fachliche Orientierungshilfe für Landesgesetzgeber und Landespflegekammern bei der weiteren Ausgestaltung von Regelungen im Bereich der beruflichen und hochschulischen Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie der Berufsausübung dienen.

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

Bei der Entwicklung der Beschreibung der Aufgaben von Pflegefachpersonen sollen bereits vorhandene fachliche Beschreibungen der Aufgaben von Pflegefachpersonen in die Überlegungen einbezogen werden. Hierzu zählen bspw. im nationalen Bereich die „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ (Wingenfeld/Büscher 2017), die Beschreibung von „Vorbehaltsaufgaben in der Pflege – pflegewissenschaftliche und pflegerechtliche Grundlegung und Einordnung“ des Think Tanks Vorbehaltsaufgaben (TT VA) und der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP), die Ergebnisse von „VAPIK – Vorbehaltsaufgaben in der Pflege im Krankenhaus“ des Katholischen Krankenhausverbands Deutschland e.V. und des Deutschen Instituts für Pflegeforschung e. V. (DIP), die Empfehlungen der Arbeitsgruppe der Ausbildungsoffensive Pflege für „Aufgabenprofile akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen“ der Arbeitsgruppe 1 der Konzentrierten Aktion Pflege unter Moderation der Diakonie Deutschland e.V., die „Aufgaben und Tätigkeiten im Rahmen von CHN“ in Community Health Nursing – Wegweiser für die Etablierung in Deutschland der Robert-Bosch-Stiftung, aber auch aus dem internationalen Bereich z.B. „Nursing: Scope and Standards of Practice“ der American Nursing Association (ANA). Bei der Entwicklung soll zudem geprüft werden, ob eine Darstellung von Aufgaben entsprechend bestehender Pflegeklassifikationsmodelle z.B. anhand von Pflegediagnosen erfolgen kann – auch als Grundlage für die perspektivische Entwicklung einer gemeinsamen Fachsprache. Ergänzend können Empfehlungen für fachliche Standards (sog. Standards of Practice – SOP) für geeignete Themenfelder entwickelt werden.

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

- Bereiche der bisher entwickelten Module der Fachkommission nach § 53 des Pflegeberufegesetzes (Entwicklung eines professionellen Berufs- und Rollenverständnisses – Grundlagenmodul, diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden,

Demenz, Hypertonus, Schmerz, Ernährungs- und Ausscheidungsprobleme, Tracheostoma, akute oder chronische Beeinträchtigung der Atmung),

- bestehende Weiterbildungen,
- weitere relevante Versorgungsbereiche, für die zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung möglicherweise ein Bedarf an Weiterbildungsstandards besteht (z. B. psychische Problemlagen, intensivmedizinische Problemlagen, muskulo-skeletale Problemlagen, pädiatrische Problemlagen, neonatologische Problemlagen, Prävention und Gesundheitsförderung, Beratung und Anleitung/Eduktion, Pflegehandeln in Krisen und Katastrophen) sowie
- Weiterbildungen für Führungskräfte in der Pflege (vgl. die Ergebnisse aus der Studie des Bundesinstituts für Berufsbildung [BIBB] zu gegenwärtigen und zukünftigen Anforderungen und Qualifikationsangebote für Führungspersonen in der Pflege, <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/19203>, die auf Grundlage der Vereinbarungen der Konzertierte(n) Aktion Pflege beauftragt wurde).

Um eine hohe fachliche Qualität der Entwicklungsarbeiten sicherzustellen, sollen themenbezogen auch weitere fachwissenschaftliche und fachlich relevante Organisationen einbezogen werden.

Zu Buchstabe c

Mit der Änderung wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 15a Absatz 2 des Fünften Buchs angepasst.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Die über den Ausgleichsfonds in § 8 Absatz 7 zur Verfügung stehenden Mittel können derzeit bereits dazu genutzt werden, um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zu fördern, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, insbesondere für ihre in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, zu verbessern, zu fördern. Dazu gehören, jeweils einschließlich aller erforderlichen Maßnahmen zur betrieblichen Umsetzung, insbesondere die Bedarfsanalyse, Konzeptentwicklung, Personal- und Organisationsentwicklung, Schulung und Weiterbildung der Führungskräfte und Beschäftigten sowie die Begleitung bei der Umsetzung, auch beispielsweise bei Maßnahmen zur kompetenzorientierten Personalentwicklung, Personalqualifizierung und Führung. Mit der in § 113c Absatz 9 geregelten Geschäftsstelle werden die Einrichtungen bei der Umsetzung entsprechender Maßnahmen flankierend auch strukturell unterstützt, insbesondere durch Multiplikatorenschulungen. So können unter anderem auch solche Pflegeeinrichtungen erreicht werden, die nicht am Förderprogramm nach § 8 Absatz 7 teilnehmen.

Zu Doppelbuchstabe bb

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

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

ausgebildeten Mitarbeitenden, die in Pflege- und Betreuungsbereichen der Langzeitpflege arbeiten.

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

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

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

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

Zu Doppelbuchstabe cc

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

Zu Nummer 6 (§ 8a)

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

Zu Nummer 7 (§ 9)

Um die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in Zukunft zu erleichtern, werden die Aufgaben der Länder mit Blick auf die Infrastrukturverantwortung konkretisiert. Durch die

vorliegende Änderung werden bereits bestehende Vorgaben zur kommunalen Pflegestrukturplanung in zahlreichen Ländern in den bundesgesetzlichen Vorgaben aufgegriffen. Damit können kommunalen Pflegestrukturplanungen vor Abschluss eines Versorgungsvertrages verbindlicher verzahnt werden (siehe Ziffer [Platzhalter]). Um die aktuelle Versorgungssituation (ambulant, teilstationär und vollstationär) sowie die voraussichtliche Bedarfsentwicklung hinreichend beschreiben, bewerten und darauf aufbauend entsprechende Ziele und Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele ableiten zu können, sollten die landesrechtlichen Vorgaben zur kommunalen Pflegestrukturplanung die dafür notwendigen zielgruppenspezifischen Bevölkerungsdaten und Kennzahlen zu Bestand und etwaigen Bedarfen der pflegerischen Versorgungsstruktur umfassen. Ferner ist über das Landesrecht eine Verzahnung der Pflegeplanung mit den Bereichen der Prävention, Rehabilitation, medizinischen Versorgung sowie im Rahmen eines integrierten Ansatzes mit weiteren angrenzenden kommunalen Handlungsfeldern (Sozialhilfe und Altenhilfe nach den Vorgaben des Zwölften Buchs, kommunale Sozialraumplanung, andere komplementäre Hilfsstrukturen) und eine Abstimmung der Planung mit angrenzenden Regionen zu ermöglichen. Bei den Vorgaben zur Pflegestrukturplanung ebenfalls zu berücksichtigen sind die gemeinsamen Modellvorhaben nach § 123 dieses Buchs, soweit sie darauf zielen, „eine bedarfsgerechte integrierte Sozialplanung zur Entwicklung des Sozialraumes zu unterstützen“.

Zu Nummer 8 (§ 10)

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

Zu Nummer 9 (§ 10a)

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

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Aufgabe der oder des Beauftragten. Die beauftragte Person soll in unabhängiger Funktion auf die Beachtung der Belange der Menschen mit Pflegebedarf, ihrer An- und Zugehörigen und der beruflich Pflegenden in allen relevanten Bereichen hinwirken. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedarf. Die beauftragte Person setzt sich für die Sicherung der Qualität der pflegerischen Versorgung ein. Dies umfasst unter anderem die Unterstützung bei der Implementierung aktueller pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in die Versorgung.

Zu Absatz 3

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

Zu Absatz 4

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

Zu Nummer 10 (§ 11)

Zu Buchstabe a

Im neuen Absatz 1 Satz 2 wird im Sinne einer objektiven Rechtsverpflichtung klargestellt, dass zur Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Pflege, Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen auch die Gewährleistung einer fachlich angemessenen Steuerung der Pflegeprozesse durch die jeweiligen Pflegefachpersonen gehört.

Zu Buchstabe b

In der Konzertierte Aktion Pflege (2019) wurde in der Arbeitsgruppe 3, Handlungsfeld I, Ziffer 1.1. unter Nummer 5 folgendes vereinbart: „Die Pflegeeinrichtungen und die Krankenhäuser setzen in ihren Einrichtungen einrichtungsspezifische Delegationskonzepte unter Beteiligung der betrieblichen Interessenvertretungen um, um die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, insbesondere auch aus der Pflege, für diese verbindlich zu klären.“ Zur Unterstützung der Einrichtungen wurde unter Nummer 3 u.a. die Entwicklung gemeinsamer Delegationsleitlinien und unter Nummer 4 die Entwicklung von Muster-Delegationskonzepten gefordert.

Im Zuge sich verändernder Qualifikationen und Aufgabenzuordnungen bei den beruflich Pflegenden ist für die Sicherstellung der Qualität der Versorgung und für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen, die in den Bereichen Pflege und Betreuung tätig sind, eine Klarheit über ihre Aufgaben und Befugnisse von großer Bedeutung. Daher werden die Pflegeeinrichtungen verpflichtet, für die Delegation von Aufgaben von Pflegefachpersonen auf Pflegeassistenzpersonen sowie auf Pflegehilfskräfte Delegationskonzepte zu entwickeln und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Verfügung zu stellen. Die betrieblichen Interessenvertretungen sind dabei zu beteiligen.

Zu Nummer 11 (§ 12)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

Um ihren Sicherstellungsauftrag besser auszufüllen, evaluieren die Pflegekassen bzw. ihre Landesverbände zukünftig regelmäßig auf Basis der ihnen zur Verfügung stehenden Versorgungsdaten die Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation und informieren die an der Versorgung Beteiligten über ihre Erkenntnisse. Hierfür sollen auf regionaler Ebene strukturierte Daten zur bestehenden Versorgungssituation sowie zur voraussichtlichen Bedarfsentwicklung erhoben und bewertet werden. Die Daten werden auf Anfrage und gegen Erstattung des Aufwands auch den Kommunen für ihre kommunalen Pflegestrukturplanungen zur Verfügung gestellt. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene vereinbaren Empfehlungen zu Umfang, Struktur, Turnus und möglichen Indikatoren der entsprechenden Datensätze, damit die Zielsetzung der regelmäßigen Evaluation der Entwicklung der regionalen pflegerischen Versorgungssituation erreicht werden kann. Zur Nutzung bestehender Synergien sollen für die Evaluation der Daten auch gegebenenfalls bereits bestehende Abläufe, Kennzahlen und sonstige Vorgaben berücksichtigt werden, die auf regionaler Ebene etabliert wurden.

Zu Buchstabe c

Es handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 12 (§ 15)

Mit dem neuen Absatz 8 wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit zum 31. Dezember 2025 einen Bericht zu Erfahrungen und Wirkungsweisen des Begutachtungsinstruments (§ 15) nach dem geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff (§ 14) sowie zu Gründen und Ursachen des seit 2017 zu beobachtenden Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen vorzulegen. Die Erstellung des Berichts soll auf unabhängiger wissenschaftlicher Grundlage erfolgen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann hierfür Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen.

In dem Bericht sollen einerseits Aussagen zu Erfahrungen und Wirkungsweisen zu dem geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff und Begutachtungsinstrument getroffen werden (insbes. Handhabbarkeit, Zielerreichung, Zufriedenheit). In der begleitend zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017-2019 durchgeführten Evaluation wurden die Handhabbarkeit des Begutachtungsinstruments und die Zielerreichung (gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung) positiv bewertet sowie eine hohe Zufriedenheit der Versicherten konstatiert (siehe Zusammenfassender Bericht der

Untersuchungsergebnisse des Bundesministeriums für Gesundheit vom 30. Dezember 2019; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Evaluationsbericht_18c_SGB_XI.pdf).

Seit Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsinstruments sind mehr als sieben Jahre vergangen. Es ist daher angezeigt, die zwischenzeitlich gemachten Erfahrungen zusammenzufassen und auch die Möglichkeit und Erfordernis von Weiterentwicklungen zu prüfen. Der Bericht soll daher auch dazu dienen, sowohl etwaige Probleme oder Mängel des Begutachtungsinstruments selbst und in seiner Anwendung aufzudecken als auch gesetzliche und/oder untergesetzliche Handlungsnotwendigkeiten oder Handlungsmöglichkeiten hinsichtlich der Effizienz des Instruments und seiner Anwendung aufzuzeigen. Dies betrifft etwa die Fragestellung, ob die Gewichtungen und Schwellenwerte der Module und Pflegegrade angemessen sind oder inwieweit und aus welchen Gründen jeweils eine Anpassung empfohlen werden kann. Ferner sollte die Fragestellung aufgegriffen werden, ob sich die bei der Begutachtung festzustellenden Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung als Bestandteil des Begutachtungsinstruments bewährt haben.

In dem Bericht soll zudem in einer über das Begutachtungsinstrument hinausgehenden Perspektive auf unabhängiger wissenschaftlicher Grundlage untersucht werden, welche Gründe und Ursachen dem seit 2017 zu beobachtenden Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen zugrunde liegen. Dabei sind medizinisch-pflegerische Aspekte (etwa die Entwicklung der Prävalenz von bestimmten pflegebegründenden Erkrankungen), demographischen Faktoren und sozioökonomischen Einflüsse (z.B. die Möglichkeit des Einsatzes eigener personeller und finanzieller Ressourcen bei Pflegebedürftigkeit) auf wissenschaftlicher Grundlage zu untersuchen.

Hintergrund ist der anhaltende überproportionale Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen; dieser betrug im Jahr 2023 insgesamt rd. 360 000 Personen (nach rd. 270 000 in 2022). Rein demografisch bedingt wäre in den Jahren 2020-2022 durchschnittlich ein Anstieg um 47 000 Personen erwartbar gewesen; 2024 ist laut Bevölkerungsmodell ein Anstieg von nur 64 000 Pflegebedürftigen zu erwarten. Dieser Anstieg ist die zentrale Ursache der die Pflegeversicherung belastenden Ausgabenentwicklung und insofern auch einer ungünstigen Einschätzung der zukünftigen Ausgaben, da aufgrund dieser Entwicklungen auch in der Projektion für die nächsten zehn Jahre derzeit von einem überproportionalen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen – ggf. mit einem degressiven Aufbaupfad – auszugehen ist. Die bisher auf Expertenebene dazu geführten Gespräche (z.B. mit dem MD Bund) haben hier zu keiner eindeutigen Erklärung im Hinblick auf die Ursachen dieses Anstiegs geführt. Insofern ist ein Beitrag zur Klärung der Ursachen für den anhaltend überproportionalen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen in einer wissenschaftlichen Studie angezeigt.

Zu Nummer 13 (§ 17a)

In dem neuen § 17a werden die Vorgaben zu Inhalt und Verfahren zum Erlass der Richtlinien des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln durch Pflegefachpersonen nach § 40 Absatz 6 geregelt. Der Auftrag zur Erarbeitung der Richtlinien war bisher in § 40 Absatz 6 Satz 6 verankert.

Zu § 17a (Richtlinien zur Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln nach § 40 Absatz 6)

Zu Absatz 1

In Umsetzung der Änderung in § 40 Absatz 6 Satz 2 wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beauftragt, seine Richtlinien nach § 17a (bisher § 40 Absatz 6 Satz 6) bis zum 30. November 2025 inhaltlich zu überarbeiten. Bei der Prüfung des Katalogs an Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln, die von einer Empfehlung durch Pflegefachpersonen

umfasst sein können, sollen zukünftig insbesondere die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus der empfehlenden Pflegefachpersonen Berücksichtigung finden.

In diesem Zusammenhang wird das Beteiligungsrecht der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a gestärkt und ein verbindliches Stellungnahmerecht etabliert. Diese Stellungnahmen hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in seine Entscheidung über die Inhalte der Richtlinien einzubeziehen.

Zu Absatz 2

Daneben unterliegen die Richtlinien zukünftig der Genehmigungspflicht des Bundesministeriums für Gesundheit. Dieses Vorgehen entspricht der gängigen Systematik und Praxis im Rahmen des Erlasses von Richtlinien im Elften Buch. Die Genehmigung gilt nach Ablauf von einem Monat nach Vorlage der Richtlinien beim Bundesministerium für Gesundheit als erteilt, wenn bis dahin keine Beanstandung von dort erfolgt ist. Sollten Beanstandungen vorgenommen werden, sind diese durch eine Überarbeitung der Richtlinien durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beheben. Dabei sind die mit der Beanstandung gesetzten Fristen zu beachten. Um eine dynamische Weiterentwicklung nach aktuellen medizinischen und pflegerischen Standards zu gewährleisten, sind die Richtlinien außerdem alle drei Jahre auf ihre Aktualität zu prüfen und bei Bedarf anzupassen. Der Bedarf kann sich dabei unter anderem aus einer Erweiterung der Befugnisse von Pflegefachpersonen aufgrund ihrer fachlichen Kompetenzen, auch auf Grundlage der Ergebnisse nach § 8 Absatz 3c, ergeben. Für die Verfahren der Überprüfung und Anpassung gelten die Beteiligungsrechte des Absatz 1 Satz 2 entsprechend.

Zu Absatz 3

Um zukünftig aussagekräftige Ergebnisse zu generieren, die eine umfassende Bewertung des festgelegten Verfahrens, der finanziellen Auswirkungen und Folgen für die Versorgung ermöglichen, werden der Umfang und die Zielrichtung der Evaluation konkretisiert. Dabei sind die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a im Verfahren zusätzlich zu beteiligen. Der damit gleichermaßen verlängerte Evaluationszeitraum soll insbesondere der notwendigen Überarbeitung der Richtlinie und der inhaltlichen Konkretisierung des Evaluationsverfahrens Rechnung tragen.

Zu Nummer 14 (§ 18e)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung, die es dem Medizinischen Dienst Bund und den Medizinischen Diensten ermöglicht, Durchführungsvereinbarungen zu Modellvorhaben, Studien und wissenschaftlichen Expertisen zur Weiterentwicklung der ihnen nach den §§ 18 bis 18b zugewiesenen Aufgaben rechtssicher auch mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen abschließen zu können.

Zu Buchstabe b

Der bisherige Absatz 6 enthält die Vorgabe an den Medizinischen Dienst Bund, eine wissenschaftliche Studie zu beauftragen, in der untersucht wird, ob und inwieweit ein Einsatz telefonischer und digitaler Kommunikationsmittel bei der Pflegebegutachtung geeignet ist. Die – nach dem durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom 19.06.2023 (BGBl. 2023 I Nr. 155) neu eingeführten § 142a – für die telefonische Begutachtung erforderliche pflegewissenschaftliche Studie liegt unter dem Titel „Analyse des Einsatzes des Telefoninterviews zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“ seit dem 4. Quartal 2023 vor. Darüber hinaus ist in § 142a Absatz 5 eine Evaluation telefonischer Begutachtungen für 2024 vorgesehen. Daneben wurde unabhängig und parallel zum Gesetzgebungsverfahren des bisherigen Absatz 6 ein entsprechendes Projekt zur

videobasierten Pflegebegutachtung unter dem Projektnamen „ViBe-Pflege“ begonnen und wird über § 8 Absatz 3 gefördert. Die bisherige inhaltliche Zielsetzung des § 18e Absatz 6 ist damit erledigt.

Pflegefachpersonen tragen maßgeblich zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung bei. Sie haben eine große Nähe zu Patientinnen und Patienten oder pflegebedürftigen Personen. Innerhalb der Überwachung und Sicherstellung der Qualität der medizinischen, pflegerischen und betreuenden Versorgung obliegen Pflegefachpersonen zahlreiche Aufgaben. Zu den Pflegefachpersonen nach § 4 des Pflegeberufgesetzes vorbehaltenen Aufgaben gehört die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs. Pflegefachpersonen führen bereits heute in der Versorgung entsprechende Aufgaben durch. Auch beim MD wird die Begutachtung vorrangig durch Pflegefachpersonen durchgeführt; sie treffen auch die Feststellungen und Empfehlungen nach § 18b. Daran anknüpfend wird dem neu gefassten Absatz 6 ein Modellprojekt vorgesehen, in dem geprüft wird, inwieweit, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang anstelle der Gutachterinnen oder Gutachter des MD oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter auch der Versorgung tätige Pflegefachpersonen Aufgaben im Rahmen des Begutachtungsverfahrens nach den §§ 18a, 18b und § 142a übernehmen können. Pflegefachpersonen in diesem Sinne sind Personen, die über eine Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufgesetzes verfügen; erfasst sind demnach Personen mit einer abgeschlossenen Ausbildung als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann, Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Altenpflegerin oder Altenpfleger. Mit der Regelung soll untersucht werden, wie die Kompetenzen von in der Versorgung tätigen Pflegefachpersonen besser genutzt und Effizienzpotentiale in der Zusammenarbeit zwischen dem MD und den in der Versorgung tätigen Pflegefachpersonen erschlossen werden können. Für in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen entsteht im Verhältnis nur ein geringer Mehraufwand, da die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs Bestandteil einer qualitätsgerechten Versorgung sind. Zudem werden in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen entlastet, weil eine Begleitung der Begutachtung durch den MD entfällt. Zudem kann ggf. eine schnellere Anschlussversorgung erreicht werden, z. B. bei einer Begutachtung durch im Krankenhaus tätige Pflegefachpersonen.

Vor diesem Hintergrund soll der Medizinische Dienst Bund bis spätestens 31. Dezember 2025 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige mit der Durchführung eines entsprechenden Modellprojekts beauftragen; bis spätestens 31. Dezember 2027 soll der Abschlussbericht dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt werden. In dem Projekt sollen neben der Übernahme von Aufgaben im Rahmen des Pflegebegutachtungsverfahrens durch in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen und möglichen Formen der Zusammenarbeit von Pflegefachpersonen und Medizinischem Dienst ebenfalls geprüft werden, welche Voraussetzungen für eine solche Zusammenarbeit ggf. bestehen. Zu klären ist beispielsweise, welcher inhaltliche und zeitliche Schulungsbedarf für Pflegefachpersonen zusätzlich erforderlich ist und durch wen die Schulungen durchgeführt werden können. Zu betrachten ist auch der erforderliche Fortbildungsbedarf. Konkret geprüft werden soll zudem, ob die Ergebnisse von durch Pflegefachpersonen in der Versorgung durchgeführte Begutachtungen und den daraus resultierenden Feststellungen und Empfehlungen nach § 18b vergleichbar mit denen des MD oder beauftragter Gutachterinnen und Gutachter sind, insbesondere hinsichtlich des festzustellenden Pflegegrads. Zudem sind im Rahmen des Modellprojekts verschiedene weitere Aspekte zu überprüfen, die Hinweise auf die konkrete Ausgestaltung einer möglichen Umsetzung in der Regelversorgung geben können.

Unabhängig von der Art und dem Umfang der Durchführung von Aufgaben von in der Versorgung tätigen Pflegefachpersonen im Rahmen des Begutachtungsverfahrens nach den §§ 18a, 18b und § 142a ist im Rahmen des Modellprojekts jederzeit die Qualität der Pflegebegutachtung sicherzustellen. Zu untersuchen ist daher auch, wie bei einer Durchführung einer Begutachtung durch in der Versorgung tätige Pflegefachpersonen die kontinuierliche

Qualitätssicherung der Pflegebegutachtungen der Medizinischen Dienste sicherzustellen ist. Die abschließende Bewertung und Letztverantwortung für die der Pflegekasse gegenüber abzugebenden Empfehlungen verbleibt im Rahmen des Modellprojekts bei den Medizinischen Diensten. Ziele, Inhalte und Durchführung des zu beauftragenden Projekts sind im Einvernehmen mit dem BMG festzulegen. Der Projektbericht und etwaige Zwischenberichte sind dem Bundesministerium für Gesundheit jeweils innerhalb eines Monats nach Fertigstellung vorzulegen. Ebenfalls ist ein abschließender Bericht durch den Medizinischen Dienst Bund dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2027 vorzulegen.

Zu Nummer 15 (§ 28)

Zu Buchstabe a und Buchstabe b

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen.

Zu Nummer 16 (§ 28a)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen. Die bisher in § 28a enthaltene Bestimmung, dass § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 nicht erfüllt sein muss, damit der Anspruch auf zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a besteht, wird im Zuge der Überführung des § 38a als neuer § 45h in den Sechsten Abschnitt der Sache nach nunmehr in der Anspruchsnorm selbst geregelt.

Zu Nummer 17 (§ 37)

Zu Buchstabe a

Pflegebedürftige, insbesondere Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, bedürfen, abhängig von der konkreten Versorgungssituation, einer verstärkten Unterstützung, damit die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit langfristig sichergestellt werden kann. Denn es entspricht dem Wunsch der meisten Pflegebedürftigen, so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit bleiben und den Umzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung vermeiden oder zumindest zeitlich hinauszögern zu können.

Wird im Rahmen der Beratung nach Absatz 3 festgestellt, dass zur Stärkung der Selbständigkeit des Pflegebedürftigen, zur Sicherstellung der Versorgung oder zur Entlastung der häuslich Pflegenden aus pflegefachlicher Sicht weitere Maßnahmen erforderlich oder zweckdienlich sind, sind der Pflegebedürftige und die häuslich Pflegenden auf die bestehenden Beratungs- und Unterstützungsangebote hinzuweisen. Hierzu gehören beispielsweise pflegefachliche Schulungen und Beratungen von Pflegebedürftigen und an der Versorgung beteiligten An- und Zugehörigen, aber auch eine individuelle Pflegeberatung einschließlich der Erstellung eines Versorgungsplans nach § 7a SGB XI.

Die Beratungsperson soll zudem der jeweiligen Pflegesituation entsprechende Empfehlungen zur Inanspruchnahme der Beratungs- und Unterstützungsangebote oder zu deren Kombination aussprechen und diese in den Nachweis über den Beratungsbesuch nach Absatz 3 aufnehmen, sofern die pflegebedürftige Person einwilligt. Eine Durchschrift des Nachweises über den Beratungsbesuch verbleibt sowohl bei der pflegebedürftigen Person als auch bei der Person, die die Beratung durchgeführt hat.

Die Pflegekassen sind verpflichtet, entsprechend der Empfehlung der Beratungsperson die Inanspruchnahme der Beratungs- und Unterstützungsangebote durch die Pflegebedürftigen und die sie häuslich Pflegenden zeitnah zu unterstützen.

Wird die nächste Beratung nach Absatz 3 von derselben Beratungsperson durchgeführt, hält sie die Umsetzung der Empfehlungen nach. Die Richtlinien nach Absatz 5a sind entsprechend zu ergänzen.

Durch die Regelung soll die Umsetzung bestehender Beratungs- und Unterstützungsangebote zugunsten der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden An- und Zugehörigen verbessert werden. Zugleich soll die Kompetenz der Beratungspersonen zur Beratung und Unterstützung von Pflegebedürftigen, insbesondere wenn diese ausschließlich Pflegegeld beziehen und ansonsten keine pflegefachliche Unterstützung haben, stärker als bisher genutzt werden.

Zu Buchstabe b

In Absatz 3b Nummer 3 und Absatz 3c Satz 2 sowie in Absatz 4 Satz 1 wird der Begriff der Pflegefachkraft jeweils an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 15a Absatz 2 des Fünften Buches angepasst.

Zu Buchstabe c

Nach § 37 Absatz 5a beschließt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse aus dem jeweiligen Beratungsbesuch durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen. Diese Richtlinien wurden am 18. Dezember 2019 beschlossen. Durch die Neuregelung in Absatz 3a, insbesondere die Verpflichtung der Pflegekassen, die Pflegebedürftigen und die sie häuslich Pflegenden bei der Inanspruchnahme der empfohlenen Beratungs- und Unterstützungsangebote zeitnah zu unterstützen, sind die Richtlinien entsprechend anzupassen.

Zu Nummer 18 (§ 38a)

Der bisherige § 38a wird § 45h.

Zu Nummer 19 (§ 39a)

Die gesonderte Feststellung der Erforderlichkeit der ergänzenden Unterstützungsleistung soll entfallen, weil diese Prüfung nur dann notwendig erscheint, wenn sich das Erfordernis für die ergänzenden Unterstützungsleistung aus der Funktionsweise einer digitalen Pflegeanwendung ergibt, die digitale Pflegeaufwendung also so konstruiert oder konfiguriert ist, dass sie nur funktioniert, wenn ein Dritter in die Nutzung eingebunden ist. Dies war in der ursprünglichen Regelungskonzeption so angelegt. Nach inzwischen erfolgten Anpassungen sind ergänzende Unterstützungsleistungen aber nicht nur funktions- oder konstruktionsbezogen zulässig, sondern generell. Daraus ergibt sich, dass sie etwa auch dann in Anspruch genommen werden können, wenn die pflegebedürftige Person eine Bedienungshilfe benötigt, unabhängig davon, ob die Konstruktion oder Konfiguration der digitalen Pflegeanwendung zwingend eine Einbindung Dritter erfordert.

Die Änderung führt zu einer Entlastung sowohl der Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen als auch für das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.

Zu Nummer 20 (§ 40)

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 15a Absatz 2 des Fünften Buches angepasst.

Zu Buchstabe b

Durch die Änderung in Satz 2 soll der Katalog der von einer Empfehlung durch Pflegefachpersonen umfassten Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung insbesondere auf für die pflegerische Versorgungspraxis notwendige und sinnvolle Hilfsmittel erweitert werden, bei denen Pflegefachpersonen aufgrund ihrer Nähe zu den Versicherten und ihrer fachlichen Expertise und Qualifikation den Bedarf feststellen können. Darunter fallen insbesondere Inkontinenz- und Adaptionshilfen sowie Hilfsmittel bei Tracheostoma und Dekubitus sowie Stomaartikel. Mit der Hilfsmittel- oder Pflegehilfsmittelversorgung, für die die Vermutungswirkung der Erforderlichkeit oder Notwendigkeit im Sinne der Richtlinien ausgelöst werden kann, dürfen weiterhin keine sich darauf beziehenden ärztlichen Maßnahmen oder Therapieentscheidungen verbunden sein.

Die Änderung in Satz 6 ist eine Folgeänderung zur Einfügung des neuen § 17a. Die bisher in Satz 6 festgelegten Richtlinien werden künftig in dem neuen § 17a geregelt.

Die Aufhebung der Sätze 7 bis 10 ist eine Folgeänderung zur Änderung des Satzes 6 sowie zur Einfügung des neuen § 17a. Durch die Änderung des Satzes 6 und das Verschieben der bisherigen Regelungsgegenstände der Sätze 7 bis 10 (Verfahren des Richtlinienerlasses und Evaluation durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen) in § 17a-neu sind die Sätze 7 bis 10 ersatzlos aufzuheben.

Zu Buchstabe c

Mit der Änderung wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 15a Absatz 2 des Fünften Buches angepasst.

Zu Nummer 21 (§ 40a)

Zu Buchstabe a

Der erste Halbsatz übernimmt die bisherige Regelung weitgehend und macht mithin auch weiterhin klar, dass eine digitale Pflegeanwendung auch dann gegeben sein kann, wenn sie auf die Unterstützung Angehöriger oder sonstiger ehrenamtlich Pflegenden ausgerichtet ist. Neu ist, dass in diesem Fall die Verknüpfung mit den Kriterien für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit nicht mehr erforderlich ist. Nach der geltenden Regelung sind Anwendungen, die mit Wirkung für Pflegepersonen ausgestattet sind, als digitale Pflegeanwendung nur zulässig, wenn sie die pflegenden Angehörigen oder sonstigen ehrenamtlichen Pflegepersonen bei ihren pflegerischen Aufgaben oder Hilfen bezogen auf die in § 14 Absatz 2 genannten Bereiche oder bei der Haushaltsführung unterstützen. Digitale Pflegeanwendungen für die pflegenden Angehörigen oder sonstigen ehrenamtlichen Pflegepersonen sollen nunmehr auch zulässig sein, wenn sie sich auf eine entlastende Wirkung für die Pflegepersonen oder einen stabilisierenden Effekt für die häusliche Versorgungssituation der pflegebedürftigen Person beschränken, ohne dass im Einzelnen noch eine Verknüpfung zu den Modulen nach § 14 Absatz 2 verlangt wird.

Diese Änderung führt zu einer Entlastung sowohl der Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen als auch für das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Nach geltendem Recht entsteht der Anspruch auf eine digitale Pflegeanwendung mit deren Listung im Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen. Die Vergütungsverhandlungen zwischen Herstellern und Kostenträgern finden erst nach diesem Zeitpunkt statt. Dies hat den erheblichen Nachteil, dass der endgültige Preis der digitalen Pflegeanwendung erst mit

Abschluss dieser Verhandlungen feststeht. Durch die Neuregelung in § 78 Absatz 1 Satz 2, auf die mit der hiesigen Anpassung als Folgeänderung verwiesen wird, werden diese Zeitpunkte parallelisiert.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung, die bei Einführung des Absatzes 1a unterblieben war.

Zu Nummer 22 (§ 40b)

Mit der Neuregelung wird der für digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen bislang einheitliche Leistungsbetrag aufgeteilt und für die beiden Leistungen jeweils ein eigenständiger Leistungsbetrag geschaffen. Zugleich wird mit der Umformulierung des Eingangssatzes verdeutlicht, dass Ansprüche auf die Leistungsbeträge nur einmalig je Kalendermonat bestehen und beim Einsatz von mehreren digitalen Pflegeanwendungen nicht mehrfach bestehen.

Ferner werden die Leistungsbeträge angepasst. Der für digitale Pflegeanwendungen zur Verfügung stehende Leistungsbetrag beläuft sich auf monatlich bis zu 40 Euro und der für ergänzende Unterstützungsleistungen zur Verfügung stehende Betrag beläuft sich auf monatlich bis zu 30 Euro.

Mit der Entzerrung des Anspruchs wird das Ziel verfolgt, die Vergütungsverhandlungen und insbesondere auch die Abrechnungsprozesse zu vereinfachen. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich die Kostenbelastung insgesamt unwesentlich ändert. Der insgesamt zur Verfügung stehende Leistungsbetrag für digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen beläuft sich nunmehr auf monatlich bis zu 70 Euro. Zu beachten ist aber, dass der für digitale Pflegeanwendungen bereitstehende Leistungsbetrag mit der Neuregelung abgesenkt wird. Im Hinblick auf die ergänzenden Unterstützungsleistungen ist zu beachten, dass diese als Unterstützungsleistungen in der Regel und vor allem zu Beginn des Einsatzes einer digitalen Pflegeanwendung benötigt werden (es sei denn, eine ergänzende Unterstützungsleistung ist von der Konfiguration der digitalen Pflegeanwendung her ausnahmsweise unerlässlich und mithin bei jedem Einsatz erforderlich). Das bedeutet, der für die ergänzende Unterstützungsleistung vorgesehene Leistungsbetrag wird meist nicht auf Dauer anfallen und in Anspruch genommen.

Zu Nummer 23 (§ 44a)

Zu Buchstabe a

Voraussetzung für die Gewährung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung ist, dass Beschäftigte nach § 3 des Pflegezeitgesetzes (PflegeZG) von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt werden oder dass ihre Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches wird, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Pflegezeit). Die Zuschussgewährung knüpft somit an die (Dauer der) Pflegezeit an. Beschäftigte können die Pflegezeit unter bestimmten Voraussetzungen für längstens sechs Monate in Anspruch nehmen.

Nach § 4 Absatz 2 Satz 1 PflegeZG endet die Pflegezeit, wenn der nahe Angehörige nicht mehr pflegebedürftig oder die häusliche Pflege des nahen Angehörigen unmöglich oder unzumutbar ist, vier Wochen nach Eintritt der veränderten Umstände. Verstirbt der Pflegebedürftige während der Pflegezeit, ist die häusliche Pflege nicht mehr möglich und die Pflegezeit endet nach § 4 Absatz 2 Satz 1 PflegeZG somit vier Wochen nach dem Tod des Pflegebedürftigen. Die Pflegezeit kann nur vorzeitig beendet werden, wenn der Arbeitgeber zustimmt (§ 4 Absatz 2 Satz 3 PflegeZG).

Nach § 49 Absatz 1 Satz 2 endet die Mitgliedschaft des Pflegebedürftigen in der Pflegeversicherung mit seinem Tod. Damit erlöschen auch die Ansprüche auf Leistungen (§ 35 Satz 1). Dies hat grundsätzlich zur Folge, dass auch der Anspruch des Beschäftigten auf den Zuschuss nach § 44 Absatz 1 erlischt und der Beschäftigte, sofern der Arbeitgeber nicht einer vorzeitigen Rückkehr zustimmt, seinen Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung in den vier Wochen der weiterhin andauernden Pflegezeit in voller Höhe selbst zu tragen hat.

Im Wege der Auslegung zahlen dennoch bereits heute einige Pflegekassen die Zuschüsse bis zum Ende der Pflegezeit weiter. Denn zum einen knüpft der Anspruch an die Dauer der Pflegezeit an und diese endet nach § 4 Absatz 2 Satz 1 PflegeZG erst vier Wochen nach dem Tod des Pflegebedürftigen. Zum anderen ist der Zuschuss ein Anspruch des Beschäftigten, nicht des Pflegebedürftigen. Freigestellte Beschäftigte, die sich um einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen kümmern, stehen sich zudem bei einem Versterben des Pflegebedürftigen im Hinblick auf die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge schlechter, als wenn die Pflegezeit regulär zu Ende gegangen wäre, ohne dass sie auf diese Entwicklung Einfluss hätten. Die Weiterzahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung bis zum Ende der Pflegezeit ist daher sachgerecht und dient der Aufrechterhaltung der Pflegebereitschaft naher Angehöriger.

Mit dem neuen Satz 7 wird dieser Sachverhalt nunmehr ausdrücklich klargestellt, so dass die Pflegekassen zukünftig einheitlich verfahren werden und allen Beschäftigten ihre Ansprüche auf die Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung auch dann bis zum Ende der Pflegezeit erhalten bleiben, wenn der Pflegebedürftige verstirbt. Stimmt der Arbeitgeber hingegen einem vorzeitigen Ende der Pflegezeit zu, enden die Zuschüsse bereits zu diesem Zeitpunkt.

Zu Buchstabe b

Es handelt es sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 2 Absatz 2 Satz 2 Pflegezeitgesetz, nach der nunmehr auch Pflegefachpersonen Bescheinigungen über die Pflegebedürftigkeit oder die voraussichtliche Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der in § 2 Absatz 1 Pflegezeitgesetz genannten Maßnahmen ausstellen können.

Zu Nummer 24 (Überschrift Fünfter Abschnitt des Vierten Kapitels)

Die Überschrift des Fünften Abschnitts des Vierten Kapitels wird neu gefasst, um die Inhalte besser abzubilden. Zum einen wird hiermit verdeutlicht, dass der Fünfte Abschnitt sowohl den Entlastungsbetrag als auch weitere Leistungen bei häuslicher Pflege beinhaltet. Zum anderen werden die verschiedenen Gebiete, auf denen mit Mitteln der Pflegeversicherung nach diesem Abschnitt eine Förderung erfolgt, benannt. Hierbei wird auch der Überführung der Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken in einen eigenen Paragraphen Rechnung getragen.

Zu Nummer 25 (§ 45a)

Zu Buchstabe a

Da der bisher in § 45a Absatz 4 geregelte Umwandlungsanspruch in den neuen § 45f überführt wird, ist die Überschrift des § 45a entsprechend anzupassen.

Zu Buchstabe b

In der Definition der Betreuungsangebote als Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 war bisher aufgeführt, dass die Helfenden die Betreuung unter pflegefachlicher Anleitung übernehmen. Dies hat zu

Auslegungsschwierigkeiten dahingehend geführt, wie eng diese Anleitung sein soll, und kann dazu führen, dass die Anerkennungsmöglichkeiten von Betreuungsangeboten hierdurch als eingeschränkt wahrgenommen werden. Um mehr Flexibilität zu erreichen und die Anerkennungsvoraussetzungen für Betreuungsangebote sachgerecht ausgestalten zu können, wird in der Definition der Betreuungsangebote nunmehr formuliert, dass die Helfenden bei Bedarf mit einer pflegefachlichen Begleitung oder mit Supervision tätig werden. Dies trägt ebenfalls einem modernen Verständnis des Engagements von Helfenden, insbesondere auch im Ehrenamt, Rechnung. Dabei kann eine pflegefachliche Begleitung im Einzelfall auch als pflegefachliche Anleitung ausgestaltet sein. Es sind jedoch vielfältige Formen, insbesondere eine Begleitung auf Augenhöhe oder die Beantwortung von konkreten Fragen bei Bedarf oder noch andere niedrigschwellige Gestaltungen denkbar. Ebenso kommt die Möglichkeit einer Supervision und gemeinsamen Beratung des Erlebten und Erfahrenen in Betracht, insbesondere im Bereich von ehrenamtlich Helfenden. Je nachdem, wie niedrigschwellig das Angebot ausgestaltet ist, ob beispielsweise Einzelhelfende im häuslichen Bereich tätig werden, und an welche Zielgruppe sich das Angebot richtet, kann es auch sein, dass im Bereich der niedrigschwelligen Angebote kein Bedarf nach einer pflegefachlichen Begleitung besteht oder dass das Benennen einer Anlaufstelle für Fragen bereits ausreicht. Hierbei ist auch zu bedenken, dass bei einem fortschreitenden Fachkräftemangel immer weniger Pflegefachpersonen oder vergleichbare Fachkräfte zur Verfügung stehen werden. Damit würde das Erfordernis einer zwingenden Fachkraftbegleitung zu einem limitierenden Faktor hinsichtlich des Auf- und Ausbaus der ja gerade niedrigschwellig bedeutsamen Angebote zur Unterstützung im Alltag. Um für die Entwicklung der Angebote angemessene Spielräume zu eröffnen, wird die Definition somit fortentwickelt.

Zu Buchstabe c

Die bereits bislang in § 45c Absatz 2 Satz 2 bis 4 enthaltenen Bestimmungen werden zur besseren Übersichtlichkeit nunmehr in Nummern gegliedert. Ergänzt wird, dass in dem Konzept auch Angaben zur Verfügbarkeit des Angebots und zu der Zielgruppe oder den Zielgruppen, an die sich das Angebot richtet, gemacht werden. Dies war bisher in § 45c Absatz 2 nicht ausdrücklich aufgeführt, war aber in der Sache vorauszusetzen, da von der oder den Zielgruppen des Angebots auch die Prüfung der hierfür erforderlichen Voraussetzungen, beispielsweise der zielgruppengerechten Qualifikation, abhängen. Informationen über die Verfügbarkeit des Angebots sind insbesondere auch für die Pflegebedürftigen relevant, damit diese sich darauf einstellen können, insbesondere in welchem Umfang oder welchem Turnus das Angebot zur Verfügung steht, wenn sie sich für eine Nutzung entscheiden.

Als Teil der Qualitätssicherung konkretisiert wird, dass im Rahmen der Anerkennung Angaben dazu gemacht werden, dass der Anbietende die Gewähr für eine dauerhaft ordnungsgemäße Durchführung des Angebots bietet und dass keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass Pflegebedürftige sowie Pflegepersonen oder Helfende im Rahmen der Durchführung des Angebots gefährdet werden. Der Anbietende soll also so aufgestellt sein, dass jedenfalls für eine gewisse Dauer eine Durchführung des Angebots zu erwarten ist, und er soll die notwendige Zuverlässigkeit besitzen, um das Angebot ordnungsgemäß durchzuführen. Es sollen somit weder Leistungsbeziehende noch andere Betroffene erwartbar auftretenden Missständen ausgesetzt werden. Verschiedene Länder sehen zudem bereits vor, dass insbesondere wenn Kinder und Jugendliche oder auch andere besonders vulnerable Personen zu den Zielgruppen des Angebots zählen, im Rahmen der Anerkennung auch ein Führungszeugnis bzw. ein erweitertes Führungszeugnis vorzulegen ist. Entsprechende Vorgaben knüpfen daran an, einer Gefährdung Pflegebedürftiger vorzubeugen. Im Rahmen der Anerkennung ein Augenmerk darauf zu richten, dass keine konkreten Anhaltspunkte dafür bestehen, dass im Rahmen der Durchführung des Angebots für die Pflegebedürftigen oder Pflegepersonen und auch für die Helfenden Gefährdungen zu befürchten sind, ist sinnvoll. Daher wird dieser Anknüpfungspunkt nun in § 45a ausdrücklich mit aufgeführt.

Im Hinblick auf die weiteren Angaben, die in § 45a Absatz 2 aufgeführt sind, wird noch besser verdeutlicht, dass diese sich auf das jeweilige Angebot beziehen. Dies gilt zum Beispiel für eine jeweils dem Angebot entsprechend zielgruppen- und tätigkeitsgerechte Qualifikation der Helfenden sowie zu einem dem Angebot angemessenen Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen bei den Helfenden. Im Rahmen des Konzepts erfolgt eine Auseinandersetzung damit, was im Rahmen des konkreten Angebots an Unterstützung geleistet werden soll und für welche Zielgruppen die Helfenden dabei tätig werden. Hierbei kommt es darauf an, dass die Durchführung des Angebots im Hinblick auf die Tätigkeiten, die das Angebot umfassen soll, sowie im Hinblick auf die Zielgruppen, die das Angebot nutzen, jeweils sachgerecht erfolgt. Die hierfür erforderliche Qualifikation und auch persönliche Eignung soll vorliegen, es müssen aber keine Qualifikationen nachgewiesen werden, die für die Durchführung des konkreten Angebots nicht erforderlich sind. Je nach Intensität des Kontakts und je nach Kontext des Zusammentreffens mit den Pflegebedürftigen und mit Pflegepersonen sind hier unterschiedlich hohe Anforderungen im Blick. Helfende, die sich bei der Betreuung von Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich engagieren, befinden sich zum Beispiel in einer anderen Situation als Betreuungsangebote, die eine regelmäßige Betreuung in Gruppen anbieten. Auch, ob sich das Angebot vorwiegend zum Beispiel auf eine praktische Unterstützung Pflegebedürftiger aller Pflegegrade im Haushalt bezieht oder ob eine Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen und Pflegebedarf angeboten wird, macht einen Unterschied im Hinblick darauf, welche Qualifikation erforderlich ist, um das Angebot sachgerecht durchführen zu können und für die Pflegebedürftigen eine echte Hilfe zu sein. In dieser Weise ist bei den Anforderungen an die Qualifikation also den jeweiligen Gegebenheiten des konkreten Angebots Rechnung zu tragen.

Auch in Bezug auf das Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen ist zu beachten, dass es sich um niedrigschwellige Angebote handelt. Das hier geforderte Wissen bezieht sich also vornehmlich darauf, mit Pflegebedürftigen – auch mit solchen, die beispielsweise demenziell erkrankt sind – sachgerecht umgehen, fremdes und eigenes Verhalten einordnen und in angemessener Weise kommunizieren zu können sowie zu wissen, wie man in einem Notfall reagieren kann und muss.

Mit Blick auf das konkrete Angebot sind ebenfalls die Angaben dazu, wie eine angemessene Schulung zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen gewährleistet werden, zu machen, sofern diese erforderlich sind. Bringen die Anbieter und die Helfenden die Qualifikationen, die für die Tätigkeiten und die für den Umgang mit der Zielgruppe erforderlich sind, um das Angebot sachgerecht durchzuführen, schon mit, dann müssen nicht zusätzliche Schulungen durchlaufen werden, weil diese formal vorgeschrieben werden. Die Vorgaben sollen nicht zu unnötigem bürokratischem Aufwand führen. Gefordert ist vielmehr, dass der Anbieter sich bewusst ist und weiß, welche Anforderungen bei den angebotenen Tätigkeiten und in Bezug auf die Zielgruppen des Angebots sich stellen, ob hierfür noch Schulungen der Helfenden erforderlich sind und wie diese gewährleistet werden. Das gleiche gilt für die Fortbildung der Helfenden. Im Rahmen der Fortbildungen kann allerdings auch die Auffrischung vorhandenen Wissens oder eine Auseinandersetzung mit aktuellen Erkenntnissen ein weiterer Aspekt sein.

Neu in § 45a aufgenommen wird, dass eine dem Angebot entsprechende zielgruppen- und tätigkeitsgerechte Qualifikation und der Erwerb von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen bei den Helfenden auch modular erfolgen kann oder dies innerhalb eines Zeitraums von höchstens zwölf Monaten auch tätigkeitsbegleitend erfolgen kann. Damit wird es Helfenden erleichtert, zunächst in die Praxis einzusteigen und sich hierbei beispielsweise bereits mit anderen Helfenden auszutauschen oder auch praktisch zu erleben, welche Anforderungen im Umgang mit Pflegebedürftigen sich stellen können. Damit wird es zum einen leichter, das erworbene Wissen in Gedächtnis und Verhalten zu verankern, und zum anderen lassen sich beispielsweise im Rahmen von Schulungen oder Fortbildungen besser bereits konkrete Fragen klären, auf die die oder der Helfende eine Antwort

braucht. Zum Schutz von Pflegebedürftigen können die Landesregierung in den nach Absatz 6 erlassenen Landesrechtsverordnungen hierzu aber auch abweichende Regelungen treffen. Dies kann zum Beispiel besonders vulnerable Zielgruppen betreffen, etwa schwerstmehrfach behinderte Menschen, oder besonders gefahrgeneigte Tätigkeiten, beispielsweise bei Elementen einer sportlichen Betätigung. Ebenso ist denkbar, dass das dem Angebot angemessene Notfallwissen vom tätigkeitsbegleitenden Erwerben ausgenommen wird, damit es bereits von Anfang an vorliegt. Da diese Regelungserfordernisse stark von der Angebotsstruktur abhängen, die sich vor Ort zeigt, ist es sachgerecht, dass Abweichungen hier durch Landesrecht geregelt werden können. Dieses kann auch besonders schnell auf sich verändernde Gegebenheiten oder neue Angebotsformen, die sich in der Praxis zeigen, reagieren.

Im Hinblick auf die Angaben zur fachlichen Begleitung und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden wird der Blick ebenfalls darauf gerichtet, was bei dem Angebot bedarfsgerecht ist. Angaben sind dazu zu machen, ob und wie die Möglichkeit einer bedarfsgerechten fachlichen Begleitung und Unterstützung der Helfenden in ihrer Arbeit gewährleistet wird. Je nach Tätigkeitsbereich und Professionalität des Anbieters bzw. der Helfenden ist eine fachliche Begleitung ggf. gar nicht erforderlich oder diese wird über die Organisation des Anbieters schon gewährleistet. Hieran ist zum Beispiel bei professionellen Serviceangeboten für haushaltsnahe Dienstleistungen zu denken, die eine Anerkennung als Angebot zur Entlastung im Alltag anstreben. Ebenso, wenn die Helfenden, die tätig werden, selbst Fachkräfte sind. Es erfolgt hier also eine Auseinandersetzung damit, ob und in welchem Umfang sich der Bedarf nach einer fachlichen Begleitung und Unterstützung zeigt und, wenn dieser normativ bejaht wird, welche Möglichkeiten der Begleitung und Unterstützung hierfür gewährleistet werden. Dabei ist durchaus denkbar, dass die Helfenden diese Möglichkeiten jeweils dann nutzen, wenn sie einen konkreten Unterstützungsbedarf haben. Denkbar ist, insbesondere bei ehrenamtlich Helfenden, ebenfalls, dass eine Supervision mit einem Austausch in einer Gruppe Helfer angeboten wird, die regelmäßig stattfindet. Wie bisher kann indes auch eine Begleitung durch eine professionelle (Pflege-)Fachkraft stattfinden. Im Vordergrund steht zunächst der Bedarf der Helfenden, der für die Begleitung oder Unterstützung entscheidend ist. Daneben kann in die Betrachtungen auch mit aufgenommen werden, ob im Hinblick auf das jeweilige Angebot ein Bedarf der Pflegebedürftigen oder Pflegepersonen bestehen kann, dass die Helfenden fachlich begleitet sind.

Als wichtiges neues Element wird in § 45a nun aufgenommen, dass die Gewährleistung von angemessenen Schulungen zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie erforderlichenfalls Fortbildung bei den Helfenden und von Möglichkeiten einer bedarfsgerechten fachlichen Begleitung und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit auch erfüllt werden können, indem auf eine bedarfsweise Inanspruchnahme entsprechender Unterstützungsstrukturen Bezug genommen wird, die seitens des Landes oder einer kommunalen Gebietskörperschaft hierfür vorgesehen werden. Dabei ist sowohl denkbar, dass das Land oder die kommunale Gebietskörperschaft solche Unterstützungsstrukturen selbst vorhalten, als auch, dass sie entsprechende Strukturen kennen oder organisieren und bestimmen, dass diese geeignet sind, um für diese Zwecke genutzt zu werden. In diesem Zusammenhang können auch die bestehenden und mit dem vorliegenden Gesetz verbesserten Fördermöglichkeiten – einschließlich bereits bestehender Fördermöglichkeiten wie beispielsweise nach § 45c Absatz 2 Satz 3 – genutzt werden. Die neue Bestimmung in § 45a knüpft hier zudem an die sehr dynamische Entwicklung an, die in den vergangenen Jahren durch das Engagement der Länder im Bereich der Angebote zur Unterstützung im Alltag erreicht werden konnte. In vielen Ländern wurden im Zuge dessen auch Unterstützungsstrukturen für diesen Bereich neu aufgebaut oder ausgebaut und weiterentwickelt. Diese Entwicklung ist weiterhin dynamisch und kann durch die neue Regelung in § 45a auch im Rahmen der Anerkennung bereits zu Vereinfachungen und Entlastungen für die Angebote zur Unterstützung im Alltag beitragen.

Abschließend wird in § 45a Absatz 2 weiterhin wie bisher bestimmt, dass bei wesentlichen Änderungen hinsichtlich der angebotenen Leistungen das Konzept des Angebots entsprechend fortzuschreiben ist und bei Änderung der hierfür in Rechnung gestellten Kosten die entsprechenden Angaben zu aktualisieren sind.

Zu Buchstabe d

Neu aufgenommen in § 45a werden die Bestimmungen in den neuen Absätzen 3, 4 und 5.

Zu Absatz 3

Bei Angeboten zur Entlastung im Alltag steht die praktische Unterstützung von Pflegebedürftigen im Alltag im Vordergrund. Sie sind in § 45a Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 definiert als Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen. Bei den Hilfen, die diese Angebote leisten, kommt es im Wesentlichen darauf an, dass eine verlässliche und sachgerechte Ausführung der angebotenen Leistungen sichergestellt wird. Ist dies gewährleistet, kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass die Angebote bereits über ein qualitatives Konzept verfügen, dass eine tätigkeitgerechte Qualifikation der Helfenden erfolgt bzw. erfolgt ist und dass den angebotenen Leistungen entsprechend eine angemessene Schulung und erforderlichenfalls Fortbildung der Helfenden gewährleistet wird. Daher wird die Anerkennung von Angeboten zur Entlastung im Alltag in dem neuen Absatz 3 vereinfacht.

Die Voraussetzungen nach § 45a Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 Buchstabe a und § 45a Absatz 2 Satz 2 Nummer 5 sind demnach als erfüllt anzusehen, wenn im Rahmen der Anerkennung dargelegt wird, dass eine verlässliche und sachgerechte Ausführung der angebotenen Leistungen sichergestellt ist. Insbesondere Anbieter, die ihre Tätigkeit bereits langjährig ausüben und ggf. bereits bewährt am Markt angeboten haben – beispielsweise bereits bestehende Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen oder jetzt im Ruhestand befindliche Handwerker – werden somit von Darlegungs- und Nachweisaufwand entlastet. Hierdurch können die Anerkennungsverfahren deutlich schlanker ausgestaltet und entbürokratisiert werden. Das Durchlaufen von Schulungsanforderungen, die in Anbetracht bereits ersichtlich bestehender Verlässlichkeit und Sachkunde in Bezug auf die Tätigkeiten, die angeboten werden, als Formalismus anzusehen wären, fällt damit weg. Soweit es sich um professionelle Anbieter bzw. Helfende handelt, ist auch das Erfordernis, dass eine auf das konkrete Angebot bezogene bedarfsgerechte fachliche Begleitung und Unterstützung der Helfenden in ihrer Arbeit ermöglicht wird, als erfüllt anzusehen, wenn die Sicherstellung einer verlässlichen und sachgerechten Ausführung dargelegt wird. Zum Schutz von ehrenamtlich Tätigen wird diese Vermutung allerdings nicht auf die entsprechende Begleitung und Unterstützung ehrenamtlich Helfender angewendet. Hierzu sind im Einzelfall die Angaben nach § 45a Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 in dem oben zu Absatz 2 beschriebenen Sinne zu machen, damit die Überlegungen, die in Bezug auf die ehrenamtlich Helfenden ange stellt worden sind, weiterhin überprüft werden können.

Ferner gilt die Regelung, dass die Vorgaben nach § 45a Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 Buchstabe a, Nummer 5 und – außer bei ehrenamtlich Helfenden – Nummer 6 als erfüllt anzusehen sind, nur bei Angeboten, die sich generell an alle Pflegebedürftigen richten und damit in der Regel Leistungen anbieten, die nicht auf eine bestimmte Zielgruppe ausgerichtet sind. Richten sich die Angebote an eine bestimmte Zielgruppe, so kann hinsichtlich der praktischen Qualifikation grundsätzlich ebenfalls unterstellt werden, dass ein qualitätsgesichertes Angebot vorliegt, das eine tätigkeitgerechte Qualifikation der Helfenden und eine bezüglich der Tätigkeiten angemessene Schulung und Fortbildung gewährleistet, wenn dargelegt wird, dass die Leistungen verlässlich und sachgerecht ausgeführt werden. Die zielgruppengerechte Qualifikation der Helfenden und die diesbezüglichen Schulungen und Fortbildungen sind dann aber im Hinblick auf die jeweilige Zielgruppe im Einzelfall

darzulegen. Dabei werden die Darlegungen ggf. nicht trennscharf zwischen der Zielgruppengerechtigkeit und der Tätigkeitsgerechtigkeit unterscheiden, wenn beides bei der Ausführung ineinanderfließt. Daher wird die Vermutung, dass die genannten Voraussetzungen als erfüllt anzusehen sind, auf diese Fälle aktuell nicht erstreckt. Nichtsdestotrotz sollten jedenfalls im Hinblick auf die tätigkeitsbezogenen Anforderungen aber auch in diesen Fällen die Anerkennungsverfahren möglichst schlank ausgestaltet werden.

Dadurch, dass in den Fällen des Absatz 3 die Prüfung der Darlegung, ob eine verlässliche und sachgerechte Ausführung der angebotenen Leistungen sichergestellt ist, im Rahmen der Anerkennung an die Stelle der aufwändigeren Prüfung des Konzepts in Bezug auf die in der Regelung genannten Kriterien tritt, wird auch der Prüfaufwand für die Anerkennungsstellen reduziert. Insbesondere für Angebote zur Entlastung im Alltag, die im Schwerpunkt hauswirtschaftliche Leistungen anbieten und die außerhalb des Rahmens der Pflegeversicherung bereits unter Beweis gestellt haben, dass sie diese Leistungen verlässlich und sachgerecht erbringen, entfällt damit die Verpflichtung, die genannten Voraussetzungen eigens noch einmal in einem Konzept darzulegen und umfangreiche Einzel-Nachweise beizubringen. Hierdurch kann der weitere Auf- und Ausbau dieser Angebote – die im Rahmen der Pflegeversicherung zum einen Pflegebedürftigen, gerade auch Alleinstehenden, den Verbleib in der häuslichen Umgebung erleichtern und die zum anderen auch als „Türöffner“ in die Pflegehaushalte aufzufassen sind – wesentlich vereinfacht werden.

In Bezug auf Angebote zur Entlastung im Alltag, die im Schwerpunkt praktische Unterstützung im Haushalt anbieten, wird vor diesem Hintergrund noch eine weitere Regelung in Absatz 3 getroffen, die dazu geeignet ist, die Anforderungen zu vereinfachen und zu vereinheitlichen.

Denn auch bei Angeboten zur Entlastung im Alltag – für deren Leistungen die Pflegeversicherung eine Kostenerstattung im Rahmen der bestehenden Ansprüche leistet – ist vorauszusetzen, dass bei den Helfenden ein dem Angebot angemessenes Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen vorhanden ist. Allerdings sind gerade bei Angeboten, deren Schwerpunkt die Unterstützung im Haushalt bzw. die praktische Unterstützung im unmittelbaren häuslichen Umfeld darstellt, keine überzogenen Anforderungen zu stellen, die die an sich praktische Tätigkeitsausrichtung in eine stärker pflegfachliche Ausrichtung bringen würden. Dem praktischen Tätigkeitsprofil der Angebote und der Helfenden ist vielmehr Rechnung zu tragen.

Gleichzeitig soll die „Türöffner“-Funktion gerade dieser Angebote aber weiterhin aufrecht erhalten bleiben. Daher ist sicherzustellen, dass die Helfenden über ausreichendes Wissen verfügen, um auf hierfür bestehende weitere Beratungs- und Unterstützungsstrukturen im Bereich Pflege hinweisen zu können, wenn sie bei Pflegebedürftigen oder Pflegepersonen weitergehende Hilfebedarfe erkennen. Hiermit sind sie in der Lage, in den Pflegehaushalten auch als „Lotsen“ in die Beratungs- und Unterstützungsstrukturen der Pflegeversicherung zu fungieren, wo dies gebracht wird.

Neben den Kenntnissen darüber, welche Beratungs- und Unterstützungsleistungen und -strukturen bestehen und an welche Stellen die Helfenden die Pflegebedürftigen und Pflegepersonen bei entsprechenden Unterstützungsbedarfen verweisen können, dürfte sich das Grundwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen im Wesentlichen hier auf eine angemessene Kommunikation mit Pflegebedürftigen und Pflegepersonen sowie Kenntnisse zum Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen, mit denen die Helfenden bei ihrer Tätigkeit konfrontiert werden können, konzentrieren.

Um diese Balance festzuhalten und auszuformulieren, wird in Absatz 3 aufgenommen, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Empfehlungen dazu beschließt, wann die Voraussetzungen nach § 45a Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 Buchstabe b bei den entsprechenden Angeboten zur Unterstützung im Alltag als erfüllt anzusehen sind. Wenn auf diese Weise die Voraussetzungen

transparent werden und eher einheitlich sind, kann das – gerade professionellen Anbietern – auch die Vorbereitung eines Antrags auf Anerkennung erleichtern. Hierfür kann dann auch einfacher ein einheitlicherer Vordruck oder eine digitalisierte Maske entworfen werden, der oder die alle erforderlichen Angaben beinhaltet. Auf das Verfahren zum Beschluss der Empfehlungen findet hierbei § 45c Absatz 7 entsprechende Anwendung. Das bedeutet, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen vor dem Beschluss die Verbände der Menschen mit Behinderungen und der Pflegebedürftigen auf Bundesebene anhört und deren Stellungnahmen auswertet. Die Empfehlungen bedürfen dann der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Soweit Belange des Ehrenamts betroffen sind, erteilt das Bundesministerium für Gesundheit seine Zustimmung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Die in den Empfehlungen festgehaltenen Inhalte zum Grund- und Notfallwissen können nachfolgend selbstverständlich auch über die Regelungen in § 45a Absatz 3 und 6 hinaus in die Landesrechtsverordnungen einfließen.

Die Aufnahme der Neuregelungen in § 45a Absatz 3 neuer Fassung greift der Sache nach zugleich einen mehrfach gefassten Beschluss der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) zur Stärkung niedrigschwelliger Hilfen auf.

Zu Absatz 4

Es ist bereits nach geltendem Recht möglich, auch Angebote von Einzelhelfenden als Angebote zur Unterstützung im Alltag anzuerkennen. Hier hat in den Ländern in den vergangenen Jahren eine dynamische Entwicklung stattgefunden. In nahezu allen Ländern gibt es inzwischen Regelungen zur Anerkennung von Einzelhelfenden. In § 45a werden die Einzelhelfenden bislang indes allein in der beispielhaften Aufzählung der anererkennungsfähigen Angebote in Absatz 1 Satz 5 genannt („In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere ... Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer ...“).

Mit der vorliegenden Regelung wird ein bestimmter Bereich der Einzelhelfenden in § 45a besser hervorgehoben, der sich durch einige Besonderheiten auszeichnet. Während sich die Angebote zur Unterstützung im Alltag – auch solche von Einzelhelfenden – in der Regel an einen offenen Adressatenkreis richten, der die Angebote in Anspruch nehmen kann, gibt es bei den Einzelhelfenden auch Angebote, die sich jeweils an bestimmte, persönlich benennbare Pflegebedürftige richten. Oftmals wird hierbei von „Nachbarschaftshilfe“ gesprochen. Die Helfenden müssen aber nicht zwingend tatsächlich „Nachbarn“ der Pflegebedürftigen sein. Auch ist nicht unbedingt erforderlich, dass die helfende Person und die pflegebedürftige Person sich bereits kennen, bevor die helfende Person für die pflegebedürftige Person Unterstützung leistet. Das besondere Näheverhältnis, dass diese Konstellationen kennzeichnet, kann sich auch erst im Laufe der Zeit herausbilden. Stets ist es aber so, dass sich das Angebot im gleichen Zeitraum entweder nur an eine persönlich benannte pflegebedürftige Person oder eine sehr eng begrenzte Anzahl jeweils persönlich benannter pflegebedürftiger Personen richtet.

Diese Form der Angebote zur Unterstützung im Alltag durch Einzelhelfende, die im selben Zeitraum nur eine eng begrenzte Anzahl jeweils persönlich benannter Pflegebedürftiger unterstützen, wird in dem neuen Absatz 4 nun als personenbezogen anerkannte Einzelhelfende bezeichnet und gesondert geregelt. Wenn sich Personen auf diese Weise im Bereich der Pflege engagieren, ist das begrüßenswert. In der Regel handelt es sich hierbei auch um besonders niedrigschwellige Angebote. Die Bemühungen darum, diese Form der Unterstützung entsprechend unbürokratisch und niedrigschwellig anzuerkennen und zu fördern, wird vorliegend aufgegriffen. Das bedeutet jedoch zum einen nicht, dass nur noch diese Form der Einzelhelfenden anererkennungsfähig sein soll. Die bisherigen Anerkennungsmöglichkeiten sollen in keiner Weise eingeschränkt werden. Wie bisher können auch andere Angebote Einzelhelfender nach § 45a allgemein als Angebote zur Unterstützung im Alltag anerkannt werden. Zum anderen bedeutet die gesonderte Regelung in Absatz 4 für

diese Form der Einzelhelfenden nicht, dass die hier geregelten vereinfachten Anerkennungsbedingungen nicht auch auf andere Angebote zur Unterstützung im Alltag übertragen werden könnten und dort, wo dies sinnvoll ist, in die landesrechtlichen Regelungen einfließen können. Hierfür bieten die konkret auf die jeweiligen Angebote ausgerichteten und flexibilisierten Formulierungen in § 45a Absatz 2 neuer Fassung vielmehr ebenfalls Raum.

In § 45a Absatz 4 wird dabei zum einen geregelt, dass es sich bei den persönlich benannten Pflegebedürftigen nicht um Personen handeln darf, mit denen die Einzelhelferin oder der Einzelhelfer bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder mit denen die Einzelhelferin oder der Einzelhelfer in häuslicher Gemeinschaft lebt. Denn bei der Unterstützung, die im Rahmen dieser Form der Angebote zur Unterstützung im Alltag geleistet wird, handelt es sich nicht um eine innerfamiliäre Unterstützung, sondern um Hilfeleistungen aus dem Umfeld der Pflegehaushalte. Die Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen vielmehr unter anderem dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten. Im Hinblick auf eine innerfamiliäre Unterstützung können die Pflegebedürftigen ab dem Pflegegrad 2 sich zudem dafür entscheiden, als Anerkennung für die geleistete Hilfe das Pflegegeld oder einen Teil dessen weiterzugeben. Bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 ist davon auszugehen, dass die in diesem Pflegegrad noch überschaubaren alltäglichen Hilfen innerfamiliär auch ohne das Zukommenlassen einer finanziellen Anerkennung geleistet werden. Die Leistungen der Pflegeversicherung, die für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag genutzt werden können, sind nicht zur innerfamiliären Weitergabe im engeren Sinne oder zur Weitergabe innerhalb der häuslichen Gemeinschaft gedacht, sondern bieten Pflegebedürftigen, die Unterstützung in Anspruch nehmen, die Möglichkeit, in moderatem Umfang finanzielle Mittel zu erhalten, die sie für die von außenstehenden Engagierten geleisteten Hilfen einsetzen können.

Zum anderen wird in § 45a Absatz 4 geregelt, dass eine Anerkennung als personenbezogen anerkannte Einzelhelfende oder anerkannter Einzelhelfender im gleichen, aktuell laufenden Zeitraum höchstens in Bezug auf bis zu vier persönlich benannte Pflegebedürftige erfolgen darf. Damit besteht zum einen eine Obergrenze, die die Anerkennung insbesondere für bundesweit tätige Pflegekassen und private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, einfacher überschaubar machen kann, sofern diese Stellen nach Maßgabe des nach Absatz 6 erlassenen Landesrechts die für die Anerkennung zuständigen Stellen sind. Zum anderen ist davon auszugehen, dass sich das Angebot ab einer gewissen Anzahl im gleichen Zeitraum unterstützter Pflegebedürftiger doch eher allgemein an Pflegebedürftige richtet. In diesen Fällen handelt es sich nicht um die hier beschriebenen personenbezogen anerkannten Einzelhelfenden. Das Angebot der oder des Einzelhelfenden kann in diesen Fällen dann ggf. aber allgemein als Angebot zur Unterstützung im Alltag nach § 45a anerkannt werden. Im Einzelnen ergibt sich das Nähere, auch zu einer abweichenden niedrigeren Höchstzahl im gleichen Zeitraum unterstützter Pflegebedürftiger, aus dem gemäß Absatz 6 erlassenen Landesrecht.

Insgesamt ist dabei darauf hinzuweisen, dass im Recht der Pflegeversicherung die Rahmenvoraussetzungen für die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag geregelt werden und hierbei die Interessen der Pflegebedürftigen und der Helfenden sowie die Sicherung einer sachgerechten Versorgung im Mittelpunkt stehen. Die Einhaltung des geltenden Rechts außerhalb des Rechts der Pflegeversicherung ist grundsätzlich eigenverantwortlich sicherzustellen und nicht Regelungsgegenstand des SGB XI. Damit, dass die hiermit näher bestimmte Form der Einzelhelfenden in § 45a Absatz 4 nun eigenständig definiert wird, könnte sich aber ggf. nunmehr ein Anknüpfungspunkt auch für Folgeregelungen finden, die das Engagement in dieser Form auch in anderen Bereichen erleichtern oder unterstützen.

Die Aufnahme der Neuregelungen in § 45a Absatz 4 neuer Fassung greift der Sache nach zugleich einen mehrfach gefassten Beschluss der ASMK zur Stärkung niedrigschwelliger Hilfen auf.

Zu Nummer 1

In § 45a Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 wird geregelt, dass von den Einzelhelfenden anstelle der Einreichung eines Konzepts nach § 45a Absatz 2 Satz 2 gegenüber der für die Anerkennung dieser Angebote zuständigen Behörde Angaben nach § 45a Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 zu machen sind, also eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten zu geben ist. Denn das Aufstellen eines Konzeptes passt zu dieser besonders niedrighschwelligen Form der Unterstützung nicht. Auch richtet sich das Angebot nicht an eine bestimmte Zielgruppe oder ist allgemein für Pflegebedürftige verfügbar, sondern die Anerkennung erfolgt hier jeweils in Bezug auf die persönlich benannten Pflegebedürftigen. Für eine Konkretisierung in Bezug darauf, dass keine Anhaltspunkte für eine Gefährdung der Pflegebedürftigen sowie Pflegepersonen bestehen, bietet Nummer 1 den landesrechtlichen Regelungen jedoch einen Anknüpfungspunkt. Das nach § 45a Absatz 6 erlassene Landesrecht kann hiernach vorsehen, dass Angaben dazu gemacht werden, dass keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass Pflegebedürftige oder Pflegepersonen im Rahmen der Durchführung des Angebots gefährdet werden. Auf diese Weise kann auch bei den personenbezogen anerkannten Einzelhelfenden, wenn das Landesrecht dies bestimmt, beispielsweise die Vorlage eines Führungszeugnisses bzw. erweiterten Führungszeugnisses vorgeschrieben werden, soweit dies geboten erscheint.

Zu Nummer 2

Im Übrigen bezieht sich die Prüfung im Rahmen der Anerkennung darauf, ob die oder der Einzelhelfende grundsätzlich fähig und geeignet ist, die angebotenen Tätigkeiten zu erbringen, und ob zu erwarten ist, dass sie oder er mit der jeweiligen pflegebedürftigen Person angemessen umgehen wird. Hierbei wird ex ante betrachtet, ob die oder der Einzelhelfende den Eindruck vermittelt, dass sie oder er die Tätigkeiten, die angeboten werden, sachgerecht ausführen kann und wird und sie oder er angemessen mit der jeweiligen pflegebedürftigen Person umgehen wird. Hierfür kann ein persönliches Gespräch einer dafür vorgesehenen Stelle mit der oder dem eine Anerkennung nachsuchenden Einzelhelfenden vorgesehen werden. Dies kann die Anerkennungsbehörde sein oder auch eine andere, hierfür geeignete Stelle. Nach Maßgabe des gemäß § 45a Absatz 6 erlassenen Landesrechts, das auch regelt, welche Stelle hierfür ggf. vorgesehen ist, kann dieses persönliche Gespräch, wenn es vorgesehen wird, ebenfalls videogestützt oder telefonisch durchgeführt werden. Hierdurch kann sich ein persönlicher Eindruck vermitteln und es können ggf. auch konkrete Nachfragen unmittelbar gestellt werden. Zudem besteht bei einem persönlichen Gespräch bereits ein Erstkontakt zwischen der Kontaktstelle und der oder dem Einzelhelfenden, so dass auch in der Folge eine eventuelle Kontaktaufnahme leichter fallen kann. Das Landesrecht kann hier aber auch andere Möglichkeiten vorsehen. Es sind zum einen auch andere Konstellationen denkbar, insbesondere ein Kontakt mit einer bereits bestehenden Fach- und Koordinierungsstelle oder einer Stelle in der Kommune vor Ort oder beispielsweise das Anknüpfen an einen Servicepunkt oder eine Servicestelle für Nachbarschaftshilfe. Zum anderen sind auch andere Ansätze denkbar, mit denen festgestellt werden kann, ob Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die oder der eine Anerkennung nachsuchende Einzelhelfende zur Erbringung der angebotenen Tätigkeiten nicht fähig oder geeignet ist oder kein angemessener Umgang mit den Pflegebedürftigen zu erwarten ist.

Zu Nummer 3

Wesentliches Element der Anerkennung nach § 45a Absatz 4 ist, dass beide Seiten – die oder der Helfende ebenso wie die oder der Pflegebedürftige – eine informierte Entscheidung treffen und dass beiden Seiten bekannt ist, an wen sie sich wenden können, falls im Rahmen der Durchführung des Angebots doch Schwierigkeiten auftreten sollten. Welche Stellen hierfür in Betracht kommen, wird seitens des Landes oder der jeweils zuständigen kommunalen Gebietskörperschaft benannt, da diese die im Land bzw. vor Ort bestehenden Strukturen am besten kennen und sachgerecht einschätzen können, welche Stelle geeignet

ist, um bei Fragen oder Schwierigkeiten weiterhelfen oder ggf. weitervermitteln zu können. Hierfür müssen keine neuen Strukturen aufgebaut, aufrechterhalten oder vorgehalten werden. In Betracht kommen vielfältige Möglichkeiten, beispielsweise die in Ländern bereits bestehenden Fach- und Koordinierungsstellen, Pflegestützpunkte, Pflegekassen oder auch die für die Anerkennung des Angebots nach Landesrecht zuständige Stelle. Es sind – entsprechend der Vielfalt, die sich in den Ländern und Kommunen entwickelt hat und weiter entwickelt – aber auch andere Stellen denkbar. Es geht darum, dass sich Helfende und Pflegebedürftige an jemand Außenstehenden wenden können, falls doch Schwierigkeiten auftreten, sie also im Akutfall nicht „allein gelassen“ sind, sodass eventuellen negativen Entwicklungen ggf. rechtzeitig begegnet werden kann bzw. diesen bereits vorgebeugt werden kann. Für den Fall, dass eine Förderung von entsprechenden Strukturen gewünscht ist, ist ebenfalls auf die bereits bestehenden und mit diesem Gesetz verbesserten Fördermöglichkeiten nach § 45c hinzuweisen.

Von den Einzelhelfenden ist hier zum einen in Textform eine Erklärung abzugeben, dass sie darüber informiert worden sind, an welche konkrete seitens des Landes oder der jeweils zuständigen kommunalen Gebietskörperschaft benannte niedrigschwellige Anlaufstelle sie sich bei Fragen oder Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Unterstützung von Pflegebedürftigen wenden können. Zum anderen ist von den Einzelhelfenden in Textform zu erklären, dass sie darüber informiert worden sind, welche vorhandenen seitens des Landes oder der jeweils zuständigen kommunalen Gebietskörperschaft vorgehaltenen oder benannten Unterstützungsstrukturen es gibt, die für Helfende Unterstützung bereit halten. Dies beinhaltet keine Verpflichtung für Länder oder kommunale Gebietskörperschaften, entsprechende Unterstützungsstrukturen aufzubauen, aufrechtzuerhalten oder vorzuhalten. Es geht hier ausschließlich darum, dass die Helfenden über die Stellen, die bereits vorhanden sind, informiert sind. Das bezieht sich insbesondere auf Strukturen, die Unterstützung bieten bei einer angemessenen Schulung zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden, zum Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen bei den Helfenden sowie erforderlichenfalls entsprechende Fortbildungen im Hinblick auf die jeweiligen Tätigkeiten der Helfenden oder die Gruppen Pflegebedürftiger, zu denen die persönlich benannten Pflegebedürftigen gehören. Außerdem auf Stellen, die die Möglichkeit einer bedarfsgerechten fachlichen Begleitung und Unterstützung, insbesondere von ehrenamtlich Helfenden, bieten. Soweit diese vorhanden sind, sind auch Hinweise auf Unterstützungsstrukturen in weiteren Bereichen wie etwa einer Vernetzung der personenbezogen anerkannten Helfenden mit anderen Helfenden oder Stellen, die Beratung zur Gestaltung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag bieten, denkbar. Dies hängt von den jeweiligen Gegebenheiten vor Ort ab. Im Hinblick auf den Auf- und Ausbau von Unterstützungsstrukturen für Angebote zur Unterstützung im Alltag ist ebenfalls auf die bereits bestehenden und mit diesem Gesetz verbesserten Fördermöglichkeiten nach § 45c hinzuweisen.

Zu Nummer 4

Auch die Pflegebedürftigen sollen wissen, an wen sie sich wenden können, falls im Rahmen der Durchführung des Angebots doch Schwierigkeiten auftreten sollten. Damit dies sichergestellt ist, soll nachweisbar sein, dass die persönlich benannten Pflegebedürftigen jeweils in Textform darüber informiert worden sind, an welche konkrete seitens des Landes oder der jeweils zuständigen kommunalen Gebietskörperschaft benannte Stelle sie sich bei Fragen oder Schwierigkeiten hinsichtlich des anerkannten Angebots der Einzelhelferin oder des Einzelhelfers wenden können.

Die Information der Pflegebedürftigen darüber, welche konkrete seitens des Landes oder der jeweils zuständigen kommunalen Gebietskörperschaft vorgesehene Stelle es gibt, an die die Pflegebedürftigen sich bei Fragen oder Schwierigkeiten hinsichtlich des anerkannten Angebots der oder des Einzelhelfenden wenden können, kann auch durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, erfolgen. Das macht insbesondere dann Sinn, wenn die Pflegekassen oder privaten

Versicherungsunternehmen nach Maßgabe des gemäß Absatz 6 erlassenen Landesrechts die für die Anerkennung von personenbezogen anerkannten Einzelhelfenden zuständigen Stellen sind.

Die entsprechende Information der Pflegebedürftigen kann aber ebenso durch Stellen des Landes oder der kommunalen Gebietskörperschaften oder andere seitens des Landes oder der kommunalen Gebietskörperschaften hierzu vorgesehene Stellen erfolgen.

Zu Absatz 5

In Bezug auf die personenbezogen anerkannten Einzelhelfenden im Sinne des neuen § 45a Absatz 4 wird geregelt, dass eine Veröffentlichung von Angaben zu den Angeboten dieser Einzelhelfenden in einer Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 ist freiwillig ist und diese Veröffentlichung nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Einzelhelferin oder des Einzelhelfers erfolgen darf. Eine Veröffentlichung von persönlichen Angaben zu den jeweils konkret benannten Pflegebedürftigen ist ausgeschlossen. Die Abweichung zur Veröffentlichung der Angaben zu diesen Angeboten zur Unterstützung im Alltag ist geboten und sachgerecht, da die Angebote der Einzelhelfenden im Sinne des neuen § 45a Absatz 4 sich nicht an einen offenen Adressatenkreis richten, sondern im gleichen Zeitraum jeweils nur die Pflegebedürftigen unterstützt werden, die bei der für die Anerkennung zuständigen Stelle persönlich benannt worden sind. Eine Veröffentlichung in den Leistungs- und Preisvergleichslisten entspricht somit zu einen nicht den Interessen der Einzelhelfenden und wäre zum anderen auch für Pflegebedürftige, die Angebote zur Unterstützung im Alltag suchen, verwirrend, weil diese Angebote ja nicht allgemein zur Verfügung stehen.

Eine Veröffentlichung von Angaben zu Angeboten von personenbezogen anerkannten Einzelhelfenden in einer Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 darf aber freiwillig erfolgen, wenn die Einzelhelfenden dies ausdrücklich wünschen. Möchte eine Einzelhelferin oder ein Einzelhelfer vorübergehend in einer Leistungs- und Preisvergleichsliste aufgeführt werden – beispielsweise um neue Pflegebedürftige zu unterstützen –, kann dies mit ihrer oder seiner Zustimmung und auf ihren oder seinen Wunsch hin erfolgen. Sobald die Einzelhelferin oder der Einzelhelfer die Löschung ihrer oder seiner Daten in Bezug auf die Veröffentlichung in den Leistungs- und Preisvergleichslisten verlangt, ist dem aber wiederum so bald als möglich nachzukommen.

Das gemäß § 7 Absatz 4 bereits etablierte Verfahren des Datenaustauschs zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen bzw. der Datenclearingstelle Pflege und den nach Landesrecht für die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag zuständigen Stellen kann und soll aber auch für die personenbezogen anerkannten Einzelhelfenden genutzt werden. Die diese betreffenden Daten werden indes nicht veröffentlicht, sondern dienen ausschließlich zu Prüf- und Abrechnungszwecken. Die Pflegekassen sowie die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, erhalten diese Daten im Wege elektronischer Datenübermittlung, damit sie die ihnen übertragenen Aufgaben wahrnehmen können. Das bedeutet insbesondere, dass sie prüfen können, ob die Angebote der Einzelhelfenden nach Landesrecht anerkannt worden sind, so dass Pflegebedürftige die Ansprüche auf Kostenerstattung für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag für deren Unterstützungsleistungen nutzen können. Dies entspricht auch der Berechtigung der Pflegekassen zur Verarbeitung personenbezogener Daten nach §§ 93 ff. In den Fällen, in denen die Pflegekassen oder privaten Versicherungsunternehmen selbst die gemäß dem nach § 45a Absatz 6 erlassenen Landesrecht für die Anerkennung dieser Angebote zuständigen Stellen sind, müssen sie auf dieser Grundlage, wenn eine weitere Anerkennung in Bezug auf einen persönlich benannten Pflegebedürftigen beantragt wird, auch prüfen können, für wie viele Personen die oder der Einzelhelfende im aktuell laufenden Zeitraum bereits anerkannt worden ist und dementsprechend eine Anerkennung zugunsten des weiteren konkret benannten Pflegebedürftigen noch möglich ist. Daher ist sicherzustellen, dass anhand der Kennung und der in entsprechender Anwendung des § 7 Absatz 4 übermittelten Daten überprüft werden kann, in Bezug auf wie viele

Pflegebedürftige eine Anerkennung der oder des Einzelhelfenden im aktuellen Zeitraum insgesamt erfolgt ist. Besteht im Einzelfall Anlass zur Überprüfung, ob die oder der Einzelhelfende auch tatsächlich in Bezug auf die oder den Pflegebedürftigen anerkannt worden ist, die oder der eine Kostenerstattung nach dem SGB XI begehrt, soll die Möglichkeit bestehen, dass mit Hilfe der Kennung auch überprüft werden kann, auf welche Pflegebedürftigen sich die Anerkennung der personenbezogen anerkannten Einzelhelfenden bezieht. Das Nähere hierzu kann in der Vereinbarung der Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam mit den nach Landesrecht zuständigen Stellen für die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag im Einvernehmen mit den zuständigen obersten Landesbehörden nach § 7 Absatz 4 Satz 1 bestimmt werden bzw. in den Empfehlungen, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit Zustimmung der Länder gemäß § 7 Absatz 4 Satz 4 und 5 abgibt. § 7 Absatz 4 Satz 1, 4 und 5 findet in Bezug auf Vergabe und Übermittlung der Kennung und der dazugehörigen Daten daher entsprechende Anwendung. Sofern außerdem eine Zustimmung des konkret benannten Pflegebedürftigen datenschutzrechtlich erforderlich sein sollte, ist denkbar, dass diese zum Beispiel jeweils im Rahmen der Anerkennung des Angebots durch die für die Anerkennung zuständige Behörde eingeholt wird. Dies kann erforderlichenfalls auch Regelungsgegenstand der gemäß § 45a Absatz 6 erlassenen Landesrechtsverordnung sein, da die Ermächtigung nach § 45a Absatz 6 neuer Fassung sich ebenfalls auf Vorgaben für die Anerkennung von Angeboten personenbezogen anerkannter Einzelhelfender erstreckt.

Zu Buchstabe e

Die Ermächtigung der Landesregierungen zum Erlass von Rechtsverordnungen nach § 45a, die bisher in § 45a Absatz 3 geregelt war, wird nun in § 45a Absatz 6 neuer Fassung geregelt.

Wie bisher werden die Landesregierungen ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag einschließlich der Vorgaben zu deren Qualitätssicherung sowie zur regelmäßigen Übermittlung einer Übersicht über die durch die anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag aktuell angebotenen Leistungen und die Höhe der hierfür erhobenen Kosten zu bestimmen. Ergänzt wird die Ermächtigung um die nähere Bestimmung der Vorgaben für die Anerkennung von Angeboten personenbezogen anerkannter Einzelhelfender als Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des neuen § 45a Absatz 4.

Außerdem wird die Ermächtigung erstreckt auf die Bestimmung von Näherem zu Maßnahmen zu einer regelmäßigen Überprüfung der weiterhin bestehenden Erfüllung der Anerkennungsvoraussetzungen bei anerkannten Angeboten, für deren Leistungen die Nutzung eines Anspruchs nach § 45f oder § 45g erfolgt. Werden für Leistungen eines nach Landesrecht anerkannten Angebots zur Unterstützung im Alltag der Umwandlungsanspruch nach § 45f oder der Anspruch auf Umwandlung für Tagesbetreuung nach § 45g genutzt, kann sich – je nach Pflegegrad – hierdurch ein bedeutender Beitrag zur Unterstützung der häuslichen Versorgung ergeben. Dies lässt es angebracht erscheinen, dass Maßnahmen vorgesehen werden können, um die entsprechenden Angebote in sinnvollen zeitlichen Abständen überprüfen und feststellen zu können, ob die Anerkennungsvoraussetzungen weiterhin erfüllt werden. Ob für das Angebot zur Unterstützung im Alltag einer der Ansprüche nach § 45f oder § 45g genutzt worden ist, kann beispielsweise im Wege einer Selbstauskunft in den regelmäßigen Berichten abgefragt werden, die Länder in ihre landesrechtlichen Regelungen aufgenommen haben. Auch die Darlegung, dass die Anerkennungsvoraussetzungen weiterhin erfüllt werden, könnte in Form einer entsprechenden regelmäßigen Berichtspflicht erfolgen. Damit die Landesregierungen auf die jeweiligen Strukturen der Angebote zur Unterstützung im Alltag in dem Land passende Maßnahmen wählen können, ist die Ermächtigung aber so formuliert, dass auch andere angemessene Maßnahmen ermöglicht werden.

Ferner wird in Absatz 6 aufgenommen, dass der Niedrigschwelligkeit der Angebote zur Unterstützung im Alltag Rechnung zu tragen ist. Das Recht sollte so gestaltet sein, dass ein sachgerechter, möglichst flächendeckender Auf- und Ausbau der Angebote gefördert wird. Wünschenswert sind ebenfalls eine Erleichterung und Förderung von ehrenamtlichem Engagement in der Pflege. Die Niedrigschwelligkeit der Angebote zur Unterstützung im Alltag ist damit auch erneut im Wortlaut der Regelung verankert.

Wie bisher sollen die Landesregierungen beim Erlass der Rechtsverordnungen die gemäß § 45c Absatz 7 beschlossenen Empfehlungen berücksichtigen, soweit dies passend ist. Ergänzt wird, dass die Landesregierungen beim Erlass der Rechtsverordnungen zudem die gemäß dem neuen § 45a Absatz 3 beschlossenen Empfehlungen beachten sollen.

Außerdem werden die Landesregierungen ermächtigt, die Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen nach § 45a Absatz 6 durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden zu übertragen. Damit wird ein Beschluss des Bundesrates aufgegriffen, der im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) die Einführung einer entsprechenden Subdelegationsbefugnis gefordert hatte, um Anpassungen der entsprechenden Rechtsverordnungen leichter und schneller durchführen zu können.

Zu Buchstabe f

Der bisher in § 45a Absatz 4 geregelte Umwandlungsanspruch wird in den neuen § 45f überführt.

Zu Nummer 26 (§ 45b)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 45a, der die Ermächtigung der Landesregierungen zum Erlass von Rechtsverordnungen nunmehr in Absatz 6 regelt. Die in § 45a Absatz 6 einer Forderung des Bundesrates entsprechende Einführung einer Subdelegationsbefugnis für den Erlass der Rechtsverordnungen bezieht sich auch auf den Regelungsgegenstand des § 45b Absatz 4 Satz 2.

Zu Nummer 27 (§ 45c)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Bereits bisher war in § 45c Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 aufgeführt, dass gemäß § 45c auch die Förderung ehrenamtlicher Strukturen möglich ist. Mit der Neufassung von § 45c Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird in die Fördervorschrift aufgenommen, dass neben dem Auf- und Ausbau auch die beständige Unterstützung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a und ebenfalls die Förderung von Strukturen zur Unterstützung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a möglich ist. Damit werden die Möglichkeiten einer auch dauerhaften oder/und strukturellen Förderung im Bereich der Angebote zur Unterstützung im Alltag verbessert und eindeutiger als bisher geregelt.

Dies korrespondiert mit den neuen Regelungen in § 45a, in denen – entsprechend der in den Ländern in den vergangenen Jahren stattgefunden habenden Entwicklungen – nun auch ausdrücklich auf Unterstützungsstrukturen eingegangen wird, die vom Land oder von einer kommunalen Gebietskörperschaft im Hinblick auf die Angebote zur Unterstützung im Alltag vorgehalten oder vorgesehen werden. Solche Unterstützungsstrukturen helfen beim – immer noch erforderlichen – weiteren Auf- und Ausbau der niedrigschwelligen Hilfen im Alltag und tragen gleichzeitig auch zur Qualitätssicherung, zur Vernetzung und zum Erfahrungsaustausch in diesem Bereich bei.

Vor dem Hintergrund der Bedeutung, die die Förderzwecke des § 45c für die Versorgung von Pflegebedürftigen, aber auch für die Unterstützung von Pflegepersonen haben, werden die Fördermittel nach § 45c, die die soziale Pflegeversicherung und die private Pflegepflichtversicherung zur Verfügung stellen, auf insgesamt 60 Millionen Euro je Kalenderjahr erhöht. Damit kann auch ein wichtiger Beitrag geleistet werden, um die häusliche Versorgung von Pflegebedürftigen, die die meisten Menschen sich wünschen, möglichst lange aufrecht zu erhalten. Zum Teil wird mit der Erhöhung der Fördermittel nach § 45c Absatz 1 Satz 1 auch der Wegfall der Regelung des § 45c Absatz 1 Satz 4, nach der bisher nicht genutzte Fördermittel für die Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken im Folgejahr die Fördermittel nach § 45c Absatz 1 Satz 1 erhöht haben, aufgefangen. Denn künftig werden die in einem Jahr nicht genutzten Fördermittel für die Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken im Folgejahr die Fördermittel nach § 45e erhöhen, also diesem Förderzweck gewidmet bleiben.

Zu Doppelbuchstabe bb

Da die bisher in § 45c Absatz 9 geregelte Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken in den neuen § 45e überführt wird, entfallen in § 45c Absatz 1 die Sätze 3 und 4.

Zu Buchstabe b

Der Förderanteil der Pflegeversicherung bei den nach § 45c geförderten Förderzwecken wird von bisher 50 Prozent auf 60 Prozent der für die jeweilige Fördermaßnahme insgesamt geleisteten Fördermittel erhöht. Damit wird es insbesondere auch kommunalen Gebietskörperschaften erleichtert, sich an der Förderung zu beteiligen. Zu beachten sind hierbei zudem die bereits bisher bestehenden Regelungen des § 45c Absatz 2 Satz 3 und 4: Im Einvernehmen mit allen Fördergebern können Zuschüsse der kommunalen Gebietskörperschaften auch als Personal- oder Sachmittel eingebracht werden – beispielsweise, indem eine Pflegekraft finanziert wird, die Angebote zur Unterstützung im Alltag fachlich berät und begleitet –, sofern diese Mittel nachweislich ausschließlich und unmittelbar dazu dienen, den jeweiligen Förderzweck zu erreichen. Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese ferner einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt.

Dass der Förderanteil der Pflegeversicherung auf 60 Prozent erhöht wird, bedeutet, dass der Förderanteil vom Land und/oder der kommunalen Gebietskörperschaft sich zusammen auf 40 Prozent der insgesamt für die jeweilige Fördermaßnahme geleisteten Fördermittel beläuft. Insgesamt steht damit in Zukunft ein Fördervolumen von bis zu 100 Millionen Euro im Kalenderjahr zur Verfügung. Dies ist ein wichtiger Beitrag zur Sicherung der Versorgung Pflegebedürftiger auch in der Zukunft unter sich stetig wandelnden Bedingungen.

Zu Buchstabe c

Die nähere Konkretisierung der Förderung nach § 45c Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in § 45c Absatz 3 wird zum einen an den neuen Wortlaut und Inhalt der Nummer 1 angepasst. Dabei wird neben der Projektförderung nun auch eine dauerhafte Förderung als Möglichkeit aufgeführt. Zum anderen wird die beispielhafte Aufzählung, was in diesem Bereich gefördert werden kann, ergänzt. So werden nun auch ausdrücklich Kosten benannt, die verbunden sind mit einer Begleitung oder Supervision der Helfenden, mit einer Schulung oder Fortbildung der Helfenden, mit Aufwendungen für einen angemessenen Versicherungsschutz oder mit einer Vernetzung mit Pflegebedürftigen, Pflegepersonen oder mit anderen Helfenden. Des Weiteren wird die Tagesbetreuung gesondert erwähnt, die durch die Betreuung in Gruppen einen wichtigen Beitrag zur Versorgung Pflegebedürftiger, zur Unterstützung von pflegenden An- und Zugehörigen und auch zur Aufrechterhaltung oder Neubildung sozialer Kontakte leisten kann. Förderfähig sind beispielsweise die notwendigen Personal- und Sachkosten, die hier für die Gestaltung des Gruppenbetreuungsangebots, das Anbieten

eines Fahrdienstes und das Vorhalten angemessener Räume bei Angeboten der Tagesbetreuung anfallen können. Im Übrigen erfolgt eine Anpassung von Formulierungen in § 45c Absatz 3 an neue Formulierungen des § 45a, soweit dies hier nachzuvollziehen ist.

Entsprechend den vorgenommenen Änderungen in § 45c sind auch die Empfehlungen gemäß § 45c Absatz 7 zu aktualisieren. Diese Aktualisierung soll so zeitnah nach Inkrafttreten der Neuregelungen erfolgen, dass sie im nächstmöglichen Förderzeitraum bereits zur Anwendung kommen kann.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Die in § 45c Absatz 5 ausdrücklich aufgeführten Beispiele für Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige sowie andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf, werden ergänzt. In Satz 1 werden neben den Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der erforderlichen Hilfen auch die Möglichkeiten einer Weiterentwicklung der erforderlichen Hilfen für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige und andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf, benannt.

Zu Doppelbuchstabe bb

In dem neuen Satz 2 werden jetzt ausdrücklich auch die Weiterentwicklung und Erprobung von Möglichkeiten einer Versorgung von Pflegebedürftigen über Nacht benannt. Zwar gibt es in § 41 bereits einen Anspruch auf teilstationäre Leistungen der Nachtpflege. Obwohl dies ein sehr wichtiges Element der Versorgung sein kann – gerade auch zur längeren und besseren Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege von Menschen mit einer demenziellen Veränderung –, gibt es solche Angebote indes noch nicht flächendeckend. Mit der Aufnahme der ausdrücklichen Benennung als Beispiel für die modellhafte Förderung nach § 45c Absatz 5 soll hier ein Impuls gesetzt werden, neue Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen in diesem Bereich in den Blick zu nehmen und modellhafte, wissenschaftlich begleitete Erprobungen durchzuführen, sodass weitergehende Erkenntnisse zu Möglichkeiten der Versorgung Pflegebedürftiger über Nacht gewonnen werden können.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung des neuen Satz 2.

Zu Buchstabe e

Die Landesregierungen werden ermächtigt, die Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen nach § 45c Absatz 7 durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden zu übertragen. Damit wird ein Beschluss des Bundesrates aufgegriffen, der im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) die Einführung einer entsprechenden Subdelegationsbefugnis gefordert hatte, um Anpassungen der entsprechenden Rechtsverordnungen leichter und schneller durchführen zu können.

Zu Buchstabe f

Die bisher in § 45c Absatz 9 geregelte Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken wird in den neuen § 45e überführt.

Zu Nummer 28 (§ 45d)

Zu § 45d (Förderung der Selbsthilfe in der Pflege, Verordnungsermächtigung)

Die Vorschrift des § 45d zur Förderung der Selbsthilfe in der Pflege wird neu gegliedert, um die Regelungen übersichtlicher zu gestalten.

Zugleich werden die Regelungen zur Förderung in Form von Gründungszuschüssen, bei denen nicht die Ko-Finanzierung durch Länder oder kommunale Gebietskörperschaften erfolgt, und die Förderung von bundesweiten Tätigkeiten und Strukturen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die ebenfalls ohne Mitfinanzierung durch Länder oder kommunale Gebietskörperschaften erfolgt, vereinfacht und verstetigt. Bisher wurden von den nach § 45d Satz 1 bisheriger Fassung auf die Länder aufgeteilten Mitteln Fördermittel in Höhe von insgesamt je Kalenderjahr bis zu 0,01 Euro je Versicherten separiert. Aus diesen Fördermitteln konnte der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Gründungszuschüsse für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen finanzieren, ohne dass es für die Förderung einer Mitfinanzierung durch ein Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedurfte. Ferner wurden bei der Übertragung von auch im ersten Übertragungsjahr nicht genutzten Fördermitteln auf das Folgejahr Fördermittel in Höhe von 0,01 Euro je Versicherten von der Übertragung ausgenommen. Mit diesen Mitteln konnte der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ebenfalls ohne Ko-Finanzierung bundesweite Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen fördern. Hierbei durfte die Förderung jeweils für einen Zeitraum von maximal fünf Jahren erfolgen. Diese neuen Fördermöglichkeiten sind in der Praxis schnell auf Interesse gestoßen. In der Bewilligungspraxis erfolgen Förderzusagen in der Regel dabei jeweils für ein Kalenderjahr. Viele Fördernehmende würden sich hier noch mehr Planungssicherheit wünschen. Daher werden die Fördermöglichkeiten an dieser Stelle verbessert.

Die Mittel, die zur Förderung in Form von Gründungszuschüssen für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen ohne Ko-Finanzierung verwendet werden können, und die Mittel, die ohne Ko-Finanzierung für bundesweite Tätigkeiten und Strukturen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen verwendet werden können, werden zu einem Mittelbestand zusammengefasst, der sich nicht mehr aus verteilten oder bei der Übertragung ausgenommenen Mitteln speist, sondern in § 45d Absatz 4 neuer Fassung gleich von Beginn an zur Förderung zur Verfügung steht. Dabei werden die Fördermittel von jeweils 0,01 Euro je Versicherten zugleich auf insgesamt 0,04 Euro je Versicherten und Kalenderjahr erhöht, die je nach eingehenden Anträgen für beide Zwecke verwendet werden können. Damit werden mehr Spielräume für die Förderung erschlossen. Hierbei ist eine volle Finanzierung insbesondere von Gründungsaufwendungen nicht ausgeschlossen. Die Förderung soll zudem für die Fördernehmenden mehr Planungssicherheit bieten. Daher wird geregelt, dass durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, bei dem die Förderung jeweils beantragt wird, eine Bewilligung der Fördermittel in der Regel jeweils für einen Zeitraum von fünf Jahren, mindestens aber für einen Zeitraum von drei Jahren erfolgen soll, es sei denn, dass sich aus dem Antrag oder den Besonderheiten des Einzelfalls ein kürzerer Förderzeitraum ergibt. Aus dem Antrag oder den Besonderheiten des Einzelfalls würde sich beispielsweise dann etwas anderes ergeben, wenn die Förderung einer bundesweiten Fach- oder Vernetzungstagung von Selbsthilfegruppen, -organisationen oder -kontaktstellen beantragt wird. Selbstverständlich sollen auch solche Förderzusagen in Zukunft weiterhin möglich sein. Zudem wird nun auch eine strukturelle Förderung ermöglicht. Wie bisher gilt ferner, dass bei einer erneuten Antragstellung eine Förderung auch nach Ablauf der fünf oder drei Jahre erneut bewilligt werden kann. Die Einzelheiten zu den Voraussetzungen, Zielen, Inhalten und der Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel werden wie bisher in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt.

Auch im Übrigen finden für die Förderung der Selbsthilfe wie bisher die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren entsprechende Anwendung, soweit § 45d dem § 45c entspricht. So können – wie in § 45c Absatz 2 geregelt – Zuschüsse der kommunalen

Gebietskörperschaften im Einvernehmen mit allen Fördergebern auch als Personal- oder Sachmittel eingebracht werden, sofern diese Mittel nachweislich ausschließlich und unmittelbar dazu dienen, den jeweiligen Förderzweck zu erreichen. Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt. Regelungen wie die in § 45c Absatz 6 Satz 2 bis 9 und die entsprechende Anwendung des § 45c Absatz 7 Satz 5 und 6 finden ihre Entsprechung in § 45d freilich jeweils nur insoweit wie eine Förderung durch Länder oder kommunale Gebietskörperschaften vorgesehen ist.

Im Übrigen werden die bisherigen Regelungen fortgeführt.

Durch die neuen Regelungen werden die in den Ländern bestehenden Fördermöglichkeiten dabei nicht eingeschränkt. Im Gegenteil werden auch die Fördermittel der Pflegeversicherung, die, um eine gerechte Verteilung auf die Länder zu gewährleisten, nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder aufgeteilt werden, von bisher je Kalenderjahr 0,15 Euro je Versicherten auf 0,16 Euro je Versicherten erhöht. Damit erhalten auch Länder und Kommunen einen noch stärkeren Anreiz, einen Förderanteil in die Förderung der Selbsthilfe in der Pflege einzubringen. Denn wie bislang bezuschusst die Pflegeversicherung eine kofinanzierte Förderung im Umfang von 75 Prozent der für die Förderung insgesamt geleisteten Fördermittel. Zudem wird ausdrücklich klargestellt, dass auch die Gewährung von Gründungszuschüssen für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen – neben der Fördermöglichkeit nach § 45d Absatz 4 neuer Fassung – weiterhin ebenfalls in Form einer Ko-Finanzierung durch Pflegeversicherung und Land und/oder kommunale Gebietskörperschaft nach § 45d Absatz 3 neuer Fassung möglich ist.

Insgesamt werden für die Förderung der Selbsthilfe in der Pflege damit künftig je Kalenderjahr 0,20 Euro je Versicherten seitens der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung zur Verfügung gestellt. Damit können Pflegebedürftige und ebenso An- und Zugehörige wichtige Unterstützung erfahren, die auch dazu befähigen kann, häusliche Pflegearrangements länger aufrecht zu erhalten und den Belangen sowohl von Pflegebedürftigen als auch von Pflegepersonen in der Gestaltung des Pflegealltags noch besser gerecht werden zu können.

Zu Nummer 29 (§ 45e, § 45f, § 45g)

Zu § 45e (Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken)

Die bisher in § 45c Absatz 9 geregelte Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken wird nunmehr in einem eigenständigen neuen § 45e geregelt, wodurch die Bedeutung der Netzwerkförderung noch besser hervorgehoben wird.

Zu Absatz 1

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen fördert nach § 45e – wie bislang in § 45c Absatz 1 Satz 3 in Verbindung mit Absatz 9 geregelt – aus Mitteln des Ausgleichsfonds die strukturierte Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken. Die Förderung erfolgt durch Antragstellung bei einer Pflegekasse, einem Landesverband der Pflegekassen (sofern in einem Bundesland vorgesehen) oder einem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt. Bei einer Förderzusage erteilen die Landesverbände der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und unter Beteiligung des Kreises, der kreisfreien Stadt oder des Bezirkes in den Stadtstaaten in der Regel binnen drei Monaten nach Eingang des Antrags die Zustimmung zur Auszahlung der entsprechenden Fördermittel aus dem Ausgleichsfonds. Die Auszahlung erfolgt durch das Bundesamt für Soziale Sicherung.

Nach der bislang geltenden Regelung in § 45c Absatz 1 Satz 4 erhöhten nicht genutzte Fördermittel im Folgejahr das Fördervolumen nach § 45c Absatz 1 Satz 1 für die dort

genannten Zwecke; dadurch erhöhte sich auch das in § 45c Absatz 2 Satz 2 genannte Gesamtfördervolumen hierfür entsprechend. Dies wird im Rahmen der Überführung der Förderung regionaler Netzwerke in einen eigenständigen § 45e geändert. Nunmehr ist eine Übertragung der nicht genutzten Fördermittel eines Jahres in das Folgejahr für die Förderung von regionalen Netzwerken vorgesehen. In einem Kalenderjahr nicht beanspruchte Fördermittel stehen damit im Folgejahr zusätzlich ebenfalls für die Förderung von regionalen Netzwerken zur Verfügung.

Um das Ziel einer flächendeckenden Etablierung von Netzwerken und der qualitativen Weiterentwicklung regionaler Netzwerke zu erreichen, wird ferner eine Geschäftsstelle errichtet. Im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Geschäftsstelle soll zudem eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung erfolgen. Dafür sollen aus den bereitgestellten Mitteln in Höhe von je Kalenderjahr 20 Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds im Jahr 2025 bis zu 100 000 Euro, 2026 bis zu 350 000 Euro und darauf aufbauend bis 2030 jährlich jeweils bis zu 100 000 Euro mehr als im Vorjahr zur Verfügung stehen. Durch die geplante Ausweitung wird ein Anstieg der regionalen Netzwerke erwartet, was einen Ausbau der Geschäftsstelle sowie der finanziellen Ausstattung erforderlich machen wird. Eine Übertragung von nicht genutzten Fördermitteln im Rahmen der Geschäftsstelle ist nicht vorgesehen.

Zu Absatz 2

Die Förderung von regionalen Netzwerken erfolgt durch die strukturierte Zusammenarbeit von Akteuren, die an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt sind und die sich im Rahmen einer freiwilligen Vereinbarung vernetzen. Stellvertretend für das Netzwerk sind grundsätzlich alle an der Vernetzung beteiligten Akteure zur Stellung eines Antrags auf Förderung nach § 45e bei der jeweils zuständigen Stelle berechtigt. Ist eine kommunale Gebietskörperschaft an dem Netzwerk beteiligt, gilt das auch für diese.

Bereits bislang war geregelt, dass unter anderem den Kreisen und kreisfreien Städten in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet die Teilnahme an einer von der Pflegeversicherung geförderten strukturierten regionalen Zusammenarbeit zu ermöglichen ist. Dies wird nun erweitert. In den Stadtstaaten Berlin und Hamburg ist auch den Bezirken in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet die Teilnahme an einer von der Pflegeversicherung geförderten strukturierten regionalen Zusammenarbeit zu ermöglichen. Damit soll eine bedarfsorientierte und regionale Umsetzung sowie Vernetzung noch besser ermöglicht werden.

Zu Absatz 3

Der pro Netzwerk maximal zur Verfügung stehende Förderbetrag wird um 20 Prozent auf 30 000 Euro je Kalenderjahr erhöht. Mit dieser Verbesserung wird die Möglichkeit zur strukturierten Vernetzung bundesweit gestärkt. Die Fördermittel werden dem jeweiligen regionalen Netzwerk für mindestens ein Kalenderjahr, längstens drei Kalenderjahre bewilligt. Bei neu gegründeten Netzwerken soll die Förderung für drei Kalenderjahre bewilligt werden. Durch diese Verfahrensvereinfachung, mit der neu gegründete Netzwerke die Zusage einer Förderung in der Regel für drei Jahren erhalten, sollen die Netzwerke in der Aufbauphase ausreichend finanzielle Sicherheit erhalten. Zur Stärkung der Netzwerke sollen zudem weitere Verfahrensvereinfachungen im Rahmen von Aktualisierungen der Empfehlungen nach § 45c Absatz 7, auf die § 45e verweist, aufgegriffen werden, wie bspw. mehrjährige Förderzusagen auch in anderen Fällen. Die Empfehlungen hierzu sollen so zeitnah nach Inkrafttreten der Neuregelungen aktualisiert werden, dass sie im nächstmöglichen Förderzeitraum bereits zur Anwendung kommen.

Zu Absatz 4

Um eine Transparenz über die geförderten Netzwerke zu ermöglichen, erstellen die Landesverbände der Pflegekassen eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich

geförderten regionalen Netzwerke, aktualisieren diese mindestens einmal jährlich bis zum 30. November für das Folgejahr und stellen diese der Geschäftsstelle nach Absatz 5 zur Verfügung. Durch eine einheitliche Internetseite mit Informationen über alle geförderten Netzwerke sollen das Wissen über die Netzwerke und der Austausch der Netzwerke untereinander verbessert werden. Die Landesverbände der Pflegekassen können die Übersicht der geförderten Netzwerke in ihrem Zuständigkeitsbereich zusätzlich auf ihrer eigenen Internetseite veröffentlichen.

Zu Absatz 5

Zur Unterstützung von Netzwerkgründungen und zur qualitativen Weiterentwicklung regionaler Netzwerke wird eine Geschäftsstelle für die Dauer von fünf Jahren errichtet. Die Geschäftsstelle soll im Hinblick auf die Erreichung ihrer Ziele nach allgemeinen wissenschaftlichen Standards begleitet und evaluiert werden. Dafür steht insgesamt jährlich maximal eine Million Euro zur Verfügung. Die Geschäftsstelle agiert bundesweit. An der Netzwerkgründung Interessierte erhalten Unterstützung durch die Geschäftsstelle. Dies kann auch durch die Vermittlung an weitere bestehende Netzwerke im Rahmen einer kollegialen Beratung erfolgen. Zudem sind (digitale) Austauschformate denkbar, in denen Fördermöglichkeiten und -verfahren und regionale Beispiele vorgestellt werden, die auch Impulse für die kommunale Alten- und Pflegeplanung geben können. Im Rahmen der qualitativen Weiterentwicklung regionaler Netzwerke ist die Ermittlung von Faktoren zu eruieren, die für die Gründung, Implementierung und Stabilisierung von Netzwerken förderlich oder hinderlich sind. Die Ergebnisse sollen dokumentiert und mit Vertretungen der Länder, Kommunen, Pflegekassen, privaten Pflege-Versicherungsunternehmen, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden diskutiert werden. Der Austausch soll auf ein entbürokratisiertes und vereinfachtes Antragsverfahren und Förderungen hinwirken. Des Weiteren soll die Geschäftsstelle Informationen zentral bereitstellen und auch die Übersichten der Landesverbände der Pflegekassen zu den geförderten Netzwerken gebündelt veröffentlichen.

Zu § 45f (Anspruch auf Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags)

Zu Absatz 1

Der bisher in § 45a Absatz 4 geregelte Umwandlungsanspruch wird nun in dem neuen § 45f geregelt. Wie bisher kann im Rahmen des Umwandlungsanspruchs ein Teil des Leistungsbetrags, der für den jeweiligen Pflegegrad in § 36 für den Bezug von ambulanten Pflegesachleistungen vorgesehen ist, in einen Kostenerstattungsanspruch zugunsten von Leistungen von nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag umgewandelt werden. Da es sich bei dem Anspruch nach § 36 um einen kalendermonatsbezogenen Anspruch handelt, erfolgt auch die Umwandlung wie bisher in Bezug auf die in dem jeweiligen Monat bezogenen Leistungen des Angebots zur Unterstützung im Alltag. Um die Regelung zu vereinfachen und die Möglichkeiten zum zielgerichteten Bezug niedrigschwelliger Unterstützungsleistungen im Alltag auszubauen, wird der maximale Betrag, der monatlich umgewandelt werden kann, von bisher 40 Prozent auf 50 Prozent des jeweiligen Höchstleistungsbetrags nach § 36 erhöht. Damit erhalten die Pflegebedürftigen noch mehr Flexibilität bei der Zusammenstellung der Leistungen. Im Übrigen werden die bisherigen Regelungen weitergeführt.

Zu Absatz 2

Wie bisher bedarf es zur Nutzung der Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag im Rahmen des Umwandlungsanspruchs keiner vorherigen Antragstellung. Ausreichend ist eine Beantragung der finanziellen Mittel mittels Einreichung von Belegen, aus denen sich der Bezug der Leistungen des nach Landesrecht anerkannten Angebots ergibt und der Monat, in dem diese Leistungen tatsächlich bezogen wurden, sowie, dass und in welchem Umfang eine Kostenerstattung im Rahmen des Umwandlungsanspruchs gewünscht ist.

Wie bisher muss ein bereits zuvor ausgezahltes Pflegegeld, das in Anbetracht der Nutzung des Umwandlungsanspruchs unter Anwendung der Kombinationsleistung nach § 38 den Anspruch auf anteiliges Pflegegeld übersteigt, nicht zurückgezahlt werden, sondern der überzahlte Betrag wird – wie bisher – gemäß der in Absatz 1 enthaltenen Regelung verrechnet.

Aus der Praxis wurde mehrfach berichtet, dass Pflegebedürftige sowie Träger von Angeboten zur Unterstützung im Alltag bei der Nutzung des Umwandlungsanspruchs Schwierigkeiten haben zu erfahren, in welcher Höhe der Leistungsbetrag nach § 36 bereits durch ambulante Sachleistungen verbraucht ist, wenn auch eine ambulante Pflegeeinrichtung für den Pflegebedürftigen Leistungen erbringt. Daher wird geregelt, dass Pflegebedürftige gegenüber Pflegeeinrichtungen, die in Bezug auf sie Leistungen nach § 36 abrechnen, den Wunsch nach einer Information über die jeweils zur Abrechnung eingereichten Leistungen äußern können. In dem Fall haben die Pflegeeinrichtungen den Pflegebedürftigen unverzüglich nach Erstellung der Abrechnung eine Mitteilung in Textform über die Höhe der zur Abrechnung eingereichten Leistungen und den Monat, auf den sich die Abrechnung bezieht, auszuhändigen oder zu übermitteln. Das gilt, bis die Pflegebedürftigen den Wunsch nach Mitteilung der Informationen widerrufen. Damit werden den Pflegebedürftigen die Informationen an die Hand gegeben, die sie brauchen, um über den für sie passenden Unterstützungs-Mix entscheiden zu können und einen Überblick über die dafür zur Verfügung stehenden Beträge zu erhalten. Die Pflegebedürftigen können diese Informationen ebenfalls an die Träger der Angebote zur Unterstützung im Alltag weitergeben, die für die Pflegebedürftigen Leistungen erbringen, sodass auch diese eine bessere Planungssicherheit und einen Überblick über die im Rahmen des Umwandlungsanspruchs noch verfügbaren Leistungsbeträge erhalten. Zugleich wird geregelt, dass eine Nutzung des Umwandlungsanspruchs zugunsten von Pflegeeinrichtungen, die entsprechende Leistungen auch als Sachleistungen erbringen oder erbringen könnten, nicht erfolgen kann, sondern die Pflegeeinrichtungen weiterhin an die Vorgaben, die in Bezug auf die Sachleistungserbringung geregelt sind, gebunden sind.

Zu Absatz 3

Wie bisher wird klargestellt, dass die Inanspruchnahme des Umwandlungsanspruchs und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b vollkommen unabhängig voneinander erfolgen können. Zudem wird das Verhältnis zum neuen Anspruch auf Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags nach dem neuen § 45g geregelt: Der Umwandlungsanspruch und der Anspruch auf Umwandlung für Tagesbetreuung können beide parallel nebeneinander genutzt werden, ohne dass sie aufeinander angerechnet werden. Eine Nutzung des Umwandlungsanspruchs und des Anspruchs auf Umwandlung für Tagesbetreuung für dasselbe Angebot zur Unterstützung im Alltag – also eine Kumulation beider Ansprüche für den Bezug von Leistungen desselben Angebots zur Unterstützung im Alltag – wird jedoch ausgeschlossen. Somit ist eine gleichzeitige Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags des § 36 und des teilstationären Sachleistungsbetrags des § 41 jeweils nur in Bezug auf unterschiedliche nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag vorgesehen.

Zu § 45g (Anspruch auf Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags)

Zu Absatz 1

Als neuer § 45g wird ein neuer Anspruch auf Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags eingeführt. Gemäß dem Anspruch auf Umwandlung für Tagesbetreuung kann der Anspruch auf teilstationäre Tages- und Nachtpflege nach § 41 danach in einen Kostenerstattungsanspruch für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, die eine regelmäßige mehrstündige Betreuung in Gruppen anbieten, genutzt werden. Die Betreuung über Tag ist dabei die häufigste und typische Form der Betreuung. Durch die Bezeichnung als Tagesbetreuung sollen

aber nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag, die eine Betreuung in Tagesrandzeiten oder sogar über Nacht anbieten, keinesfalls ausgeschlossen werden. Auch für solche Angebote kann eine Inanspruchnahme der Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags gemäß § 45g erfolgen. Zudem ist die Bezeichnung als Betreuung in Gruppen nicht so zu verstehen, dass ausschließlich Gruppen Pflegebedürftiger einbezogen werden können. Es ist auch denkbar, dass sich gemischte Gruppen bilden, an denen Pflegebedürftige und Nicht-Pflegebedürftige gemeinsam teilnehmen, in denen die angemessene Betreuung der Pflegebedürftigen aber sichergestellt wird. Es ist auch denkbar, dass eine Aufnahme in einen Familienhaushalt erfolgt und mehrere Pflegebedürftige dort – im Rahmen eines nach Landesrecht anerkannten Angebots zur Unterstützung im Alltag – betreut werden. Für die Anerkennung als Angebot zur Unterstützung im Alltag gilt hier das gemäß § 45a Absatz 6 erlassene Landesrecht, das die Einzelheiten zur Anerkennung regelt.

Eine teilweise Umwandlung des Leistungsbetrags nach § 41 erfolgt hierbei für Betreuungsangebote, die eine regelmäßige mehrstündige Betreuung in Gruppen anbieten. Sie sollen damit für pflegende An- und Zugehörige im Alltag eine ähnliche zeitliche Entlastungswirkung entfalten wie dies bei einem regelmäßigen Besuch eines Tagespflege-Angebots erreicht werden kann. Zudem können sie damit für die Pflegebedürftigen in ähnlicher Weise die Möglichkeit bieten, soziale Kontakte außerhalb des Pflegehaushalts erfahren und pflegen zu können. Durch die Regelmäßigkeit sind sie dabei für die Anspruchsberechtigten und ebenso für die pflegenden An- und Zugehörigen verlässlich einplanbar.

Eine nur vereinzelte oder eine nur stundenweise Betreuung bieten diese Wirkungen nicht in vergleichbarer Weise wie die Angebote, für die der Leistungsbetrag nach § 41 regulär eingesetzt werden kann. Für nach Landesrecht anerkannte Betreuungsangebote, die keine in vergleichbarer Weise regelmäßige und mehrstündige Betreuung außerhalb des Haushalts, in dem die oder der Pflegebedürftige sonst gepflegt wird, anbieten, kann daher ggf. der Umwandlungsanspruch nach § 45f genutzt werden, nicht aber der Anspruch auf Umwandlung für Tagesbetreuung nach § 45g, der auf in den Wirkungen eher der Tages- oder Nachtpflege vergleichbare, wenngleich nicht pflegerisch ausgestaltete niedrighschwellige Betreuungsangebote ausgerichtet ist.

Gemäß § 45g dürfen maximal 50 Prozent des in § 41 Absatz 2 Satz 2 für den jeweiligen Pflegegrad festgelegten Höchstleistungsbetrags zugunsten der niedrighschwelligen Leistungen umgewandelt werden. Wie auch beim Umwandlungsanspruch sowie bei § 41 ist der Anspruch auf Umwandlung für Tagesbetreuung auf den jeweiligen Kalendermonat bezogen, in dem die Leistungen erbracht werden. Auch im Übrigen folgen die Regelungen zum Anspruch auf Umwandlung für Tagesbetreuung weitestgehend den zum Umwandlungsanspruch bestehenden Regelungen. Allerdings gibt es keinen Verweis auf die Anwendbarkeit der Kombinationsleistung nach § 38 und dementsprechend auch keine Regelungen zur Verrechnung mit einem etwaig überzahlten Pflegegeld. Denn gemäß § 41 Absatz 3 können Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die Leistungen der teilstationäre Tages- und Nachtpflege zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung nach § 38 in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt. Ebenso erfolgt auch bei Nutzung des Anspruchs auf Umwandlung des teilstationären Sachleistungsbetrags keine Anrechnung auf ambulante Pflegesachleistungen, Pflegegeld, eine Anwendung der Kombinationsleistung oder auch die Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags im Rahmen des Umwandlungsanspruchs, sondern es ist ein anrechnungsfreier Bezug der Leistungen nebeneinander möglich. In § 45g erfolgen ferner keine Bezugnahmen auf § 37 Absatz 3 ff.

Zu Absatz 2

So wie beim Umwandlungsanspruch bedarf es zur Nutzung der Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag auch im Rahmen des Anspruchs auf Umwandlung für Tagesbetreuung keiner vorherigen Antragstellung. Ausreichend ist eine Beantragung der

finanziellen Mittel mittels Einreichung von Belegen, aus denen sich der Bezug der Leistungen eines nach Landesrecht anerkannten Angebots ergibt, das eine Betreuung in Gruppen im oben beschriebenen Sinne anbietet, sowie der Monat, in dem diese Leistungen tatsächlich bezogen wurden, und, dass und in welchem Umfang eine Kostenerstattung im Rahmen der Umwandlung für Tagesbetreuung gewünscht ist.

Zur besseren Orientierung für die Pflegebedürftigen und zur Erleichterung für die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, erscheint es prüfenswert, in die Datensätze über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag, die gemäß § 7 Absatz 4 im Hinblick auf die Leistungs- und Preisvergleichslisten übermittelt werden, auch eine Kennung aufzunehmen, ob es sich um ein anerkanntes Angebot handelt, das eine entsprechende Betreuung in Gruppen im oben beschriebenen Sinne anbietet – sodass dafür die Umwandlung für Tagesbetreuung genutzt werden könnte.

Entsprechend der Regelung zum Umwandlungsanspruch können Pflegebedürftige auch gegenüber Pflegeeinrichtungen, die in Bezug auf sie Leistungen nach § 41 abrechnen, den Wunsch nach einer Information über die jeweils zur Abrechnung eingereichten Leistungen äußern. In dem Fall haben die Pflegeeinrichtungen den Pflegebedürftigen unverzüglich nach Erstellung der Abrechnung eine Mitteilung in Textform über die Höhe der zur Abrechnung eingereichten Leistungen und den Monat, auf den sich die Abrechnung bezieht, auszuhändigen oder zu übermitteln. Das gilt, bis die Pflegebedürftigen den Wunsch nach Mitteilung der Informationen widerrufen. Damit werden den Pflegebedürftigen auch hier die Informationen an die Hand gegeben, die sie brauchen, um über den für sie passenden Unterstützungs-Mix entscheiden zu können und einen Überblick über die dafür zur Verfügung stehenden Beträge zu erhalten. Die Pflegebedürftigen können diese Informationen ebenfalls an die Träger der Angebote zur Unterstützung im Alltag weitergeben, sodass auch diese eine bessere Planungssicherheit und einen Überblick über im Rahmen der Umwandlung für Tagesbetreuung noch verfügbaren Leistungsbeträge erhalten. Wie beim Umwandlungsanspruch wird zudem geregelt, dass eine Umwandlung für Tagesbetreuung für Pflegeeinrichtungen, die entsprechende Leistungen auch als Sachleistungen erbringen oder erbringen könnten, nicht erfolgen kann, sondern die Pflegeeinrichtungen weiterhin an die Vorgaben, die in Bezug auf die Sachleistungserbringung geregelt sind, gebunden sind. Dies gilt auch für ambulante Pflegeeinrichtungen, denn für diese gelten die Regelungen zum Poolen von Sachleistungen (siehe insbesondere auch § 89 Absatz 3 Satz 2).

Zu Absatz 3

Es wird klargestellt, dass § 45f Absatz 3 Satz 1 Anwendung findet, also das dort geregelte Verhältnis des Umwandlungsanspruchs und des Anspruchs auf Umwandlung für Tagesbetreuung gilt. Zudem wird klargestellt, dass die Inanspruchnahme des Anspruchs auf Umwandlung für Tagesbetreuung und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b vollkommen unabhängig voneinander erfolgen können.

Zu Nummer 30 (Sechster Abschnitt des Vierten Kapitels)

Zu Abschnitt 6 (Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen und in gemeinschaftlichen Wohnformen)

Da der bisher in § 38a verankerte Anspruch auf Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen neuer § 45h wird, die bisher in § 45e geregelte Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen neuer § 45i wird, der Sechste Abschnitt als § 45j die neue Regelung zu Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c aufnimmt und die bisher in § 45f enthaltene Regelung durch Zeitablauf überholt ist und wegfällt, wird der Sechste Abschnitt des Vierten Kapitels neu gefasst und die Überschrift dabei entsprechend angepasst.

Zu § 45h (Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen)

Es handelt sich um die Regelung des bisherigen § 38a, die nun § 45h wird. Die bisher in § 28a enthaltene Bestimmung, dass § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 nicht erfüllt sein muss, damit der Anspruch auf zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a besteht, wird im Zuge der Überführung des § 38a als neuer § 45h in den Sechsten Abschnitt der Sache nach nunmehr in der Anspruchsnorm selbst geregelt.

Zu § 45i (Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen)

Es handelt sich um die Regelung des bisherigen § 45e, die nun § 45i wird.

Zu § 45j (Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c)

§ 45j regelt, welche Ansprüche in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c zur Verfügung stehen.

Zu Absatz 1

Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung erhalten einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 450 Euro je Kalendermonat zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege. Dies gilt für Pflegebedürftige aller Pflegegrade, die in einer gemeinschaftlichen Wohnform mit einem Vertrag zur pflegerischen Versorgung nach § 92c leben.

Mit der Auszahlung eines pauschalen Zuschusses trägt der Gesetzgeber dem Umstand Rechnung, dass es sich bei den gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen nach § 92c weder um eine klassische ambulante noch eine klassische vollstationäre Versorgungsform handelt und dem Pflegebedürftigen nicht alle Leistungen der jeweiligen Versorgungsform zur Verfügung stehen, wie zum Beispiel der Wohngruppenschlag (§ 38a-alt, § 45h-neu) und der Entlastungsbetrag (§ 45b) bei ambulanter Pflege und die zusätzliche Betreuung und Aktivierung in vollstationärer Pflege (§ 43b), wie sich aus Absatz 3 ergibt. Erforderlich ist jedoch eine Leistung, die dem besonderen Versorgungscharakter Rechnung trägt und die Pflegebedürftigen in die Lage versetzt, die Kosten für eine selbstbestimmte Pflege in der Wohnform zu tragen. Dies sollte ohne einengende Voraussetzungen möglich sein, vergleichbar der Verwendung des Pflegegeldes. Der Zuschuss kann somit sowohl für das Basispaket nach § 92c Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 als auch für die darüber hinausgehende Versorgung im Sinne des § 92c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 verwendet werden.

Zu Absatz 2

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben zudem je Kalendermonat Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung entsprechend § 36. Eine unmittelbare Anwendung des § 36 erscheint nicht sachgerecht, da gemeinschaftliche Wohnformen zur pflegerischen Versorgung keine klassische ambulante Versorgung im Sinne dieses Gesetzes sind. Es handelt sich jedoch auch nicht um eine klassische vollstationäre Versorgung. Da Anknüpfungspunkt jedoch ambulante Pflegeeinrichtungen sind und sich die Leistungsbeträge gemäß der §§ 36 und 43 im Rahmen der letzten Reformgesetze angeglichen haben, erscheint eine entsprechende Anwendung des § 36 sachgerecht.

Da § 38 Satz 1 und 2 in Verbindung mit § 37 mangels Vorliegens einer klassischen ambulanten Versorgung nicht unmittelbar anwendbar ist, gelten diese Regelungen bei

gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung in den Fällen entsprechend, in denen der Sachleistungsanspruch nach Absatz 1 Satz 1 nur teilweise in Anspruch genommen wird. Für den nicht genutzten Teil des Sachleistungsanspruchs steht dem Pflegebedürftigen somit anteiliges Pflegegeld entsprechend § 37 zu.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt, welche Leistungen Pflegebedürftigen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c und ehrenamtlichen Pflegepersonen, wie zum Beispiel pflegenden Angehörigen, des Weiteren zustehen. Auch diese Regelung ist aufgrund des besonderen Charakters der Versorgungsform erforderlich (s. die Begründung zu Absatz 1). Dazu gehören

- die Pflegeberatung entsprechend § 7a,
- Pflegehilfsmittel entsprechend § 40 Absatz 1 und 2,
- digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen entsprechend der §§ 39a, 40a und 40b,
- zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung entsprechend § 44a,
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen entsprechend § 45.

Diese Leistungen gelten für Pflegebedürftige aller Pflegegrade. Ebenso besteht ein Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 des Fünften Buches.

Bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 besteht darüber hinaus ein Anspruch auf Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen entsprechend § 44 sowie auf Kurzzeitpflege entsprechend § 42 in den Fällen des § 42 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen besteht in Höhe von bis zu 3 539 Euro im Kalenderjahr. Dies entspricht dem Gesamtbetrag, der häuslich versorgten Pflegebedürftigen unter Einbeziehung des Anspruchs auf Verhinderungspflege im Kalenderjahr zusteht.

Bei der entsprechenden Anwendung des § 44 ist zu berücksichtigen, dass sich die Höhe der Rentenversicherungsbeiträge nach § 166 Absatz 2 Sechstes Buch nach dem Pflegegrad und den bezogenen Leistungen richtet. In Fällen gemeinschaftlicher Wohnformen kommen lediglich ambulante Pflegesachleistungen und Kombinationsleistungen in Betracht.

Insbesondere ein Anspruch auf Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Verhinderungspflege besteht nicht. Dies ergibt sich aus dem besonderen Charakter der Versorgungsform. Die ambulante Pflegeeinrichtung hat nach § 92c Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 ein vertraglich vereinbartes Basispaket aus pflegerischen, betreuerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen sowie Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Versorgung der Pflegebedürftigen vorzuhalten und die Erbringung dieser Leistungen durch ausreichend Personal sicherzustellen. Eine Abwahl einzelner Leistungen ist in diesem Paket nicht möglich. Der Pflegebedürftige hat somit in der gemeinschaftlichen Wohnform eine bestimmte Versorgungssicherheit, so dass in der Regel kein Bedarf an Leistungen der Tages- und Nachtpflege und der Verhinderungspflege besteht. Denn diese Bedarfslagen, die dann entstehen, wenn Pflegebedürftige zum Beispiel alleine zu Hause leben, dürften im Rahmen einer gemeinschaftlichen Wohnform mit einem festen Personalstamm nicht auftreten.

Aus den vorgenannten Gründen besteht auch kein Anspruch auf Kurzzeitpflege in sonstigen Krisensituationen (§ 42 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2) sowie auf Versorgung

Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen durch die Pflegeperson nach § 42a.

Zu Absatz 4

Gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen nach § 92c dienen primär und ausschließlich der pflegerischen Versorgung. Deshalb wird mit Absatz 4 klargestellt, dass die Absätze 1 bis 3 keine Anwendung finden in Einrichtungen und Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4. Dies sind:

- stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Teilhabe an Bildung oder zur sozialen Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker Menschen oder von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen (§ 71 Absatz 4 Nummer 1),

- Krankenhäuser (§ 71 Absatz 4 Nummer 2) und

- Räumlichkeiten, in denen der Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderungen und der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe für diese im Vordergrund steht und bei denen die weiteren in § 71 Absatz 4 Nummer 3 geregelten Voraussetzungen erfüllt sind (§ 71 Absatz 4 Nummer 3).

Zu Nummer 31 (§ 47b)

Während in der gesetzlichen Krankenversicherung unter den Voraussetzungen des § 197b SGB V und unter Beachtung der Rechtsprechung eine Auslagerung von Aufgaben auf private Dritte im gesetzlich geregelten Rahmen zulässig ist, fehlt es an einer entsprechenden Regelung in der gesetzlichen Pflegeversicherung. Die Pflegekassen dürfen daher, soweit nicht eine spezialgesetzliche Regelung dies im Einzelfall ausdrücklich erlaubt, keine Aufgaben zum Beispiel auf private Dienstleister auslagern. Für Pflegekassen bestehen bereits andere Möglichkeiten, die sie bei einer Auslagerung von Aufgaben nutzen können – zum Beispiel kann nach § 88 SGB X ein Leistungsträger unter den Voraussetzungen dieser Vorschrift einen anderen Leistungsträger oder seinen Verband mit der Wahrnehmung einer ihm obliegenden Aufgabe beauftragen oder nach § 94 SGB X die Möglichkeit einer gemeinsamen Aufgabenwahrnehmung durch die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft (ARGE) nutzen, die dann unter den Voraussetzungen des § 88 Absatz 1 SGB X sehr weitreichende Aufgaben wahrnehmen kann. In dem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 30. August 2023 (Az.: B 3 A 1/23 R und B 1 A 1/22 R) wurde aber klargestellt, dass es Pflegekassen gänzlich untersagt ist, Aufgaben auf Dritte ohne gesetzliche Grundlage auszugliedern.

Dieser Entscheidung wird – unbeschadet der vorgenannten bereits bestehenden Berechtigungen – mit der Einführung des neuen § 47b Rechnung getragen, der im Wesentlichen eine Angleichung der Regelung an die des SGB V vornimmt. Zusätzlich wird mit der Ergänzung, dass neben Rechten auch Interessen der Versicherten durch die Aufgabenwahrnehmung nicht beeinträchtigt werden dürfen, § 97 Absatz 1 Satz 1 SGB X Rechnung getragen. Danach muss bei einer zugelassenen Wahrnehmung von Aufgaben durch Dritte sichergestellt sein, dass der Dritte die Gewähr für eine sachgerechte, die Rechte und Interessen des Betroffenen wahrende Erfüllung der Aufgaben bietet, und hierzu eine aufsichtsrechtliche Prüfung zu ermöglichen ist. Dementsprechend darf die Aufgabenübertragung nach § 47b auch die Rechte und Interessen der Versicherten nicht beeinträchtigen. Ein Interesse der Versicherten besteht hier insbesondere an einer zügigen, termingerechten Abwicklung der übertragenen Aufgaben.

Darüber hinaus ist generell zu betonen, dass durch die Wahrnehmung der Aufgabe durch Arbeitsgemeinschaften oder durch Dritte für Versicherte, Leistungserbringende oder andere Betroffene gegenüber einer Wahrnehmung der Aufgabe durch die Pflegekasse

grundsätzlich kein bedeutsamer zusätzlicher Aufwand entstehen darf. Es dürfen somit keine zusätzlichen bürokratischen Hürden geschaffen werden oder die Stellung von Anträgen oder die Abrechnung von Leistungen durch eine Adressierung an andere oder an verschiedene Stellen verkompliziert oder verlangsamt werden oder sonstige deutliche Hemmnisse entstehen, die bei einer Wahrnehmung der Aufgabe durch die Pflegekasse nicht entstanden wären. Zudem darf durch die Wahrnehmung der Aufgabe durch Arbeitsgemeinschaften oder durch Dritte keine spürbare zeitliche Verzögerung hinsichtlich der Erledigung der Aufgabe zum Nachteil für Versicherte, Leistungserbringende oder andere Betroffene entstehen, die gegenüber einer Wahrnehmung der Aufgabe durch die Pflegekasse nennenswert ist.

Wesentliche Aufgaben zur Versorgung der Versicherten dürfen nicht in Auftrag gegeben werden. Hierbei ist die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu beachten.

Zu Nummer 32 (§ 69)

Im Zusammenhang mit der Einfügung der Aufgaben für die Pflegekassen in § 12 Absatz 2 und § 73a Absatz 1 wird im neuen Absatz 2 klargestellt, dass die hieraus stammenden Erkenntnisse sowie die Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a von den Pflegekassen bei der Umsetzung des Sicherstellungsauftrages zu berücksichtigen sind. Zudem erfolgt die Klarstellung, dass zur Gewährleistung des Sicherstellungsauftrages auch Verträge mit Einzelpflegekräften gemäß § 77 einzubeziehen sind.

Zu Nummer 33 (§ 72)

Zu Buchstabe a

Mit den Regelungen erhalten betroffene Pflegeeinrichtungen bei Änderungen bei Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsvertragsrichtlinien nach deren Veröffentlichung durch Pflegekassen drei statt bislang zwei Monate für die Umsetzung. Zugleich wird die Umsetzungsfrist für Änderungen des regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 oder der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 von 1. Januar auf 1. Februar des auf die Veröffentlichung folgenden Jahres verlängert.

Damit wird den Pflegeeinrichtungen wie auch den Kostenträgern für den etwaigen Abschluss angepasster Vergütungsvereinbarungen eine angemessenere Zeitspanne eingeräumt. Die Ausschöpfung der Frist ist für die Pflegeeinrichtungen optional, es können insbesondere bei den sog. Durchschnittsanwendern auch weiterhin Vereinbarungen mit Laufzeitbeginn 1. Januar des Jahres abgeschlossen werden, um beispielsweise eine Synchronität mit den regelmäßigen Veränderungen der sog. Ausbildungsumlagen beibehalten zu können.

Zu Buchstabe b

Nach § 8a Absatz 5 dieses Buches sind die Empfehlungen der Ausschüsse nach den Absätzen 1 bis 3 zur Weiterentwicklung der Versorgung von den Vertragsparteien nach dem Siebten Kapitel beim Abschluss der Versorgungs- und Rahmenverträge und von den Vertragsparteien nach dem Achten Kapitel beim Abschluss der Vergütungsverträge zu beachten. Über die neue Regelung in § 72 Absatz 4 wird dies stärker mit den Vorgaben zur Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag verzahnt, um die Mitwirkungsmöglichkeiten der Länder und Kommunen im Hinblick auf die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zu konkretisieren. Gleichzeitig soll die neue Regelung die Länder im Rahmen ihrer Infrastrukturverantwortung dazu anregen, landesrechtliche Vorgaben zu schaffen für effiziente Pflegestrukturplanungen, die zur Sicherstellung einer den spezifischen regionalen Bedarfen entsprechenden pflegerischen Versorgung beitragen. Davon unberührt bleibt die marktwirtschaftliche Orientierung des Vertragsrechts der sozialen Pflegeversicherung. Dieses zielt

nach wie vor, auch unbeschadet kommunaler Mitwirkungsrechte, auf einen Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern, um in der pflegerischen Versorgung neuen und ggf. innovativen Ansätzen für entsprechende Angebote Raum zu bieten. So gilt auch nach der Neufassung, dass eine etwaige Verhinderungsplanung, die zu einer Marktabschottung führen könnte, den Kommunen durch die Vorschrift nicht ermöglicht wird.

Zu Nummer 34 (§ 73a)

Zu § 73a (Sicherstellung der pflegerischen Versorgung)

Die auf die COVID-19-Pandemie konzentrierte und für deren Dauer befristete Regelung in § 150 Absatz 1 wird in generalisierter Form ins Dauerrecht übertragen. Diese beinhaltet eine Anzeigepflicht für zugelassene Pflegeeinrichtungen von wesentlichen Beeinträchtigungen der Leistungserbringung zur Umsetzung von Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung auch durch vorübergehende Abweichung von den gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben. Mit der neuen Regelung in § 73a soll in absehbaren oder bereits eingetretenen Krisensituationen die Versorgung der Pflegebedürftigen besser gewährleistet werden können. Flankiert wird dies durch eine regelmäßige Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes an das Bundesministerium für Gesundheit zu den Entwicklungen in den pflegerischen Versorgungsstrukturen.

Zu Absatz 1

Sofern einer zugelassenen Pflegeeinrichtung eine absehbare wesentliche Beeinträchtigung der Leistungserbringung bevorsteht oder diese bereits eingetreten ist, ist der Träger umgehend dazu verpflichtet, diese gegenüber den Pflegekassen anzuzeigen. Dies gilt unabhängig von der Art und Ursache der Beeinträchtigung. Dabei kann es sich beispielsweise um Naturkatastrophen wie Hochwasser oder Extremwetterereignisse, schwerwiegende Ausbrüche von Infektionen wie beispielsweise bei der COVID-19-Pandemie, oder auch um interne Gegebenheiten beim Träger wie wirtschaftliche Schwierigkeiten handeln, die den weiteren Betrieb der Pflegeeinrichtung in der vertraglich vereinbarten Form gefährden. Die Anzeige ist an eine als Partei des Versorgungsvertrages beteiligte Pflegekasse zu richten. Im Sinne des Verbraucherschutzes sind die zum und ab dem Zeitpunkt der Anzeige von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen hierüber zu informieren.

Zu Absatz 2

Die Anzeige gemäß Absatz 1 ist Anlass für die Pflegekassen, zusammen mit der Pflegeeinrichtung und den ggf. weiteren Beteiligten an der pflegerischen Versorgung vor Ort, die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung für die Pflegebedürftigen zu prüfen. Dabei sind ebenfalls die weiteren zuständigen Stellen, insbesondere die nach Landesrecht bestimmten heimrechtlichen Aufsichtsbehörden, miteinzu beziehen. Im Rahmen des mit dieser Regelung eröffneten Handlungsspielraumes können auch kurzfristige Abweichungen von zulassungsrechtlichen Vorgaben sowie den vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmalen einschließlich der Personalausstattung und deren gesetzlichen Bestimmungen nach diesem Buch gewährt werden. Hierzu haben die Pflegekassen im Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe einen Bescheid zu erteilen. Bei längerfristigen Abweichungen und Beeinträchtigungen sind auch im Sinne des Verbraucherschutzes die vorhandenen Instrumente und Mittel des Vertragsrechts anzuwenden und die bestehenden Vereinbarungen somit entsprechend anzupassen, was auch für eine gewisse Übergangszeit erfolgen kann.

Zu Absatz 3

Mit Absatz 3 wird ein Monitoring der pflegerischen Versorgungsstrukturen durch den GKV-Spitzenverband einschließlich einer fortlaufenden Berichterstattung gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit gesetzlich verankert. Der Bericht soll Angaben zum Stichtag

1. Januar und 1. Juli eines jeden Jahres zur Anzahl der abgeschlossenen Versorgungsverträge in der vollstationären, teilstationären und ambulanten pflegerischen Versorgung sowie zur Anzahl der vertraglich vereinbarten Pflegeplätze in den einzelnen Versorgungsbereichen enthalten. Dabei ist eine Differenzierung nach Bundesländern vorzusehen. Neben diesen quantitativen Angaben ist in dem Bericht zusätzlich ein Bewertungsteil der Pflegekassenverbände zur Versorgungssituation in den einzelnen Ländern, auch bezogen auf Anzeigen gemäß Absatz 1 und die ergriffenen Maßnahmen nach Absatz 2, vorzusehen. Der Bericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit jeweils sechs Wochen nach dem Erhebungsstichtag in weitergabefähiger Form vorzulegen; dieser kann auf Anfrage den Ländern zur Verfügung gestellt werden. Damit wird eine weitere Grundlage zur Überprüfung auf gesetzgeberischen Handlungsbedarf geschaffen.

Zu Nummer 35 (§ 78a)

Zu Buchstabe a

Nach geltendem Recht entsteht der Anspruch auf eine digitale Pflegeanwendung mit deren Leistung im Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen. Die Vergütungsverhandlungen zwischen Herstellern und Kostenträgern finden erst nach diesem Zeitpunkt statt. Dies hat den erheblichen Nachteil, dass der endgültige Preis der digitalen Pflegeanwendung erst mit Abschluss dieser Verhandlungen feststeht. Durch die Neuregelung in § 78 Absatz 1 Satz 2 in Verbindung mit der Änderung des § 40a Absatz 2 Satz 1 werden diese Zeitpunkte parallelisiert, indem die Vertragspartner den Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Vergütungsvereinbarung festlegen und die Entstehung des Anspruchs an diesen Zeitpunkt geknüpft wird. Diese Änderung fördert zugleich das Interesse der Vereinbarungspartner an einem zügigen Vertragsschluss.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung zu der Änderung des § 40a Absatz 1a Satz 1, die verdeutlicht, dass bei einer digitalen Pflegeanwendung, die allein auf die Unterstützung häuslich Pflegenden ausgerichtet ist, der Nachweis des Herstellers über den pflegerischen Nutzen entbehrlich ist und stattdessen ein Nachweis darüber verlangt wird, dass die digitale Pflegeanwendung geeignet ist, die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen zu stabilisieren oder pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende zu entlasten. Der Gesetzgeber unterstellt mithin, dass sich in diesen Fällen positive und förderliche Wirkungen bei der pflegebedürftigen Person einstellen.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung zu der Einfügung des neuen Absatzes 6a.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung zu der Änderung des § 39a.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Anpassung des § 40a Absatz 1a Satz 1. Sie erstreckt die Ermächtigungsgrundlage für die Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung auf diese Anpassung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die neue Nummer 7 erweitert die Ermächtigungsgrundlage für die Digitale Pflegeanwendungen-Verordnung im Hinblick auf die Einführung der Erprobungsregelung nach dem neuen Absatz 6a. In der Verordnung können nähere Vorgaben gemacht werden über die nach Absatz 6a Satz 2 zu begründenden Erfordernisse des pflegerischen Nutzens und für digitale Pflegeanwendungen, die allein auf die Unterstützung pflegender Angehöriger oder sonstiger ehrenamtlich Pfleger ausgerichtet sind, der Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation des Pflegebedürftigen oder der Entlastung pflegender Angehöriger oder sonstiger ehrenamtlich Pfleger sowie dem beizufügenden Evaluationskonzept.

Zu Buchstabe e

Der neue Absatz 6a bildet ein wesentliches Element für die Vereinfachung der Zulassungsverfahren für digitale Pflegeanwendungen. Er ist der entsprechenden Erprobungsvorschrift für digitale Gesundheitsanwendungen in § 139e Absatz 4 des Fünften Buches nachgebildet und soll den Herstellern die Möglichkeit bieten, digitale Pflegeanwendungen zur Erprobung beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte anzumelden und im Rahmen der Erprobung die erforderlichen Nachweise zur Wirksamkeit zu erbringen, statt allein durch vorab vorzulegende Nachweise.

Die Preisfindung erfolgt auch für den Zeitraum der Erprobung durch Verhandlungen mit den Kostenträgern.

Die Regelungen des § 78a gelten im Übrigen entsprechend, soweit in diesem Absatz nichts anderes geregelt ist.

Zu Nummer 36 (§ 85)

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird den Vereinbarungsparteien ausdrücklich die Option eingeräumt, bereits frühzeitig gemeinsam die Schiedsstelle nach § 76 anzurufen, sofern diese übereinstimmend das Scheitern der Verhandlungen festgestellt haben. Damit soll die Konfliktlösung schneller greifen können und den Beteiligten frühzeitiger ermöglichen, diesen Weg einzuschlagen.

Zu Buchstabe b

Im Pflegevertragsrecht der Pflegeversicherung gilt seit seiner Einführung die Vorgabe, dass ein rückwirkendes Inkrafttreten der Pflegevergütungen nicht zulässig ist, um dadurch die prospektive Ausrichtung der Pflegevergütungen abzusichern und einer Kostenerstattungsmentalität entgegenzuwirken. Mit dieser Änderung wird die ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urt. v. 14. Dezember 2000 – B 3 P 19/00 R) aufgegriffen, nach der das Verbot einer rückwirkenden Vereinbarung von Pflegevergütungen nicht für den Fall gilt, dass die Schiedsstelle als Zeitpunkt des Wirksamwerdens des Schiedsspruches den Antragseingang festsetzt. Dies wird zur Klarstellung ins Gesetz aufgenommen, um den Vereinbarungsparteien ein frühzeitiges Inkrafttreten der Vergütungsvereinbarung zu ermöglichen, ohne dabei den Grundsatz der Prospektivität im Übrigen aufzuweichen. Nach dem neuen Satz 4 sind auch weiterhin darüber hinaus keine rückwirkenden Vereinbarungen für die Parteien zulässig. Auf diesem Wege wird zudem hinreichender Rechtsschutz für die Fälle gewährt, dass eine Partei den Erlass des Schiedsspruches hinauszögert. Die Regelung entspricht hierbei der Regelung in § 77 SGB XII, die zum 1.1.2020 durch das Bundesteilhabegesetz reformiert worden ist.

Zu Nummer 37 (§ 86a)

Zu § 86a (Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen und -vereinbarungen)

Die Pflegeselbstverwaltung sieht sich zuletzt mit der Einführung der Regelungen zur tariflichen Entlohnung im Pflegeversicherungsrecht und der jährlichen Anpassung des sog. regional üblichen Entlohnungsniveaus mit der Herausforderung konfrontiert, aufgrund von kürzeren Laufzeiten häufiger die Vergütungsvereinbarungen anzupassen. Zudem bedingen die verschärften wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer immer mehr die Notwendigkeit nach einer effizienteren Verhandlungs- und Vereinbarungspraxis gemeinsam mit den Leistungs- bzw. Kostenträgern in der Pflegeversicherung.

Mit § 86a sind allgemein für den stationären und den ambulanten Pflegebereich Verfahrensleitlinien für die Vergütungsverhandlungen vorgesehen. Diese fügen sich in die etablierte und bewährte Systematik des Vergütungsrechts nach dem Achten Kapitel ein und greifen Vorschläge aus der Praxis auf. Damit werden den beteiligten Vereinbarungspartnern, den Pflegekassen und Sozialhilfeträgern zusammen mit den Einrichtungsträgern handlungsleitende und zielgerichtete Optionen an die Hand gegeben, um das Vereinbarungsverfahren insgesamt zu erleichtern und den Pflegeeinrichtungen eine zeitnahe Finanzierung ihrer Aufwendungen zu ermöglichen.

Zu Absatz 1

Mit den Verfahrensmaximen in Absatz 1 sollen vorkommende Fehlinterpretationen gesetzlich richtiggestellt und zudem bereits etablierte gute Vorgehensweisen in der Praxis als neue Handlungsleitlinien definiert werden. Es wird daher für den Beginn des Verhandlungsverfahrens klargestellt, dass Träger von Pflegeeinrichtungen frühzeitig vor dem angestrebten Laufzeitbeginn der Pflegesatzvereinbarung angehalten sind, entsprechende Pflegesatzanträge bei den zuständigen Kostenträgern einzureichen. Der Zeitpunkt sollte möglichst so gewählt werden, um ausreichend Zeit für die Durchführung der Verfahren zu ermöglichen und auch nicht zu weit vom Umsetzungsdatum entfernt sein, um eine verlässliche Kalkulationsgrundlage bieten zu können.

Nach Eingang des Pflegesatzantrages haben die Kostenträger gemeinsam eine Ansprechperson zu bestimmen und diese umgehend gegenüber dem Träger der Pflegeeinrichtung zu benennen. Dadurch sollen die Kostenträger untereinander zur Beschleunigung des Verfahrens auf eine klare Aufgabenverteilung hinwirken. Zugleich sind sie angehalten, etwaige Nachweisforderungen gemäß § 85 Absatz 3 zur Darlegung der prospektiven Aufwendungen zeitnah nach Antragseingang zu stellen. Der Träger der Pflegeeinrichtung hat diese ebenfalls zeitnah zu erfüllen.

Da aus der Praxis vielfach berichtet wird, dass das formale Unterschriftenverfahren der Pflegesatzvereinbarung zu Verzögerungen des Laufzeitbeginns und der Abrechnung der Vergütungen gegenüber den Pflegebedürftigen und ihren Kostenträgern führen kann, wird klargestellt, dass die bevollmächtigte Person der Kostenträger ebenfalls befugt ist, die schriftliche Vertragserklärung mit Wirkung für und gegen die beteiligten Kostenträger unverzüglich nach der Einigung abzugeben.

Zu Absatz 2

Die maßgeblichen Annahmen und Werte, die dem Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung nach § 85 zugrunde gelegt wurden, sollen von den Vereinbarungsparteien hinterlegt oder in der Vereinbarung ausgewiesen werden. Dazu eignet sich beispielsweise auch ein Protokoll. Inhaltlich betrifft dies insbesondere die prospektiv erwarteten Personal- und Sachaufwendungen sowie alle weiteren relevanten Positionen, wie die prospektive Bewohnerstruktur und entsprechende Personalstellen, die bei Abschluss einer Folgevereinbarung

anzupassen sind. Damit sollen anschließende vereinfachte Verfahren ermöglicht werden können, bei denen die zentralen Rechengrößen verändert werden. Dies bietet den Vereinbarungsparteien eine geeignete Grundlage, bereits vor ersten Ergebnissen der Bundesempfehlungen nach Absatz 3 auch vereinfachte Pauschalverfahren umzusetzen.

Um neben den Individualverhandlungen auf der Basis von Grundkalkulationen auch pauschalisierte Einzel- und Gruppenverfahren vorzusehen, können die Pflegesatzkommissionen gemäß § 86 oder vergleichbare Gremien im Land, wie beispielsweise Vertragskommissionen, sowie die Vertragsparteien nach § 85 Absatz 2 entsprechende Empfehlungen für pauschale Anpassungsverfahren für die Pflegevergütung beschließen.

Zu Absatz 3

Der Pflegeselbstverwaltung wird ein klarer gesetzlicher Auftrag zur Vereinbarung handlungsleitender Empfehlungen, auch für die Landesrahmenverträge, als Richtschnur für künftige Pflegesatzvereinbarungen erteilt, mit dem Ziel, die Verfahren zur Vereinbarung der Pflegesätze und Pflegevergütungen zu optimieren und die Verfahren und deren Inhalte für alle Beteiligten transparenter zu gestalten.

Die Empfehlungen sollen ausgehend von den Erfahrungen der Verhandlungsparteien und erprobten Praxisbeispielen und Verfahrensweisen insbesondere Aussagen zu folgenden Aspekten beinhalten:

1. Vorgaben zur Darlegung und Nachweisführung der prospektiven Sach- und Personalaufwendungen. Mitumfasst sind hierbei auch entsprechende Formulare oder digitale Formate zur Aufbereitung der Daten, sowie die Anwendung von Kostenblättern.
2. Geeignete Formen der Hinterlegung oder zum Ausweis der der Pflegesatz- bzw. Vergütungsvereinbarung zugrunde gelegten Personal- und Sachaufwendungen und Ausgangswerte. Diese dienen dem Zweck, dass eine Anpassung bei Anschlussvereinbarungen erleichtert wird. Damit soll zudem ermöglicht werden, nicht nur die Aufwendungen und Ausgangswerte fortzuschreiben, sondern auch strukturelle Veränderungen abzubilden (z.B. bei der Bewohnerstruktur/ Auslastungsquote oder dem Personalaufwuchs (§ 113c Absatz 1)).
3. Die Methodik für relativ schnell einigungsfähige, vereinfachte Verfahren mit pauschalen Anpassungsinhalten, bezogen auf individuelle Vereinbarungen und Kollektivverfahren. Diese umfasst auch entsprechende geeignete Parameter und Orientierungswerte.
4. Hilfestellungen bei den Vereinbarungsverfahren für den Umgang mit aktuellen Herausforderungen insbesondere im Zusammenhang mit der Transformation in der Pflege. Dieser Prozess des Wandels und der damit verbundenen Anpassung betrifft beispielsweise die zunehmende Digitalisierung in der Pflege oder auch die Berücksichtigung des Aspekts der Nachhaltigkeit im Rahmen einer wirtschaftlichen Betriebsführung.

Die Vertragsparteien nach § 75 Absatz 1 in den Ländern können ihre Rahmenverträge auf Grundlage der Empfehlungen überprüfen und bei Bedarf auch davon abweichende Festlegungen in ihrem Land treffen, wenn es beispielsweise für die Besonderheiten im Land angezeigt erscheint. Im Übrigen sind die Bundesempfehlungen für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich, damit die entsprechenden Kriterien in den Pflegesatz- und Pflegevergütungsverhandlungen schnellstmöglich Anwendung finden.

Zu Absatz 4

Kommen die Empfehlungen nach Absatz 3 innerhalb der neunmonatigen Frist ganz oder teilweise nicht zu Stande, bestellen die in § 75 Absatz 6 genannten Parteien gemeinsam spätestens zum Fristablauf eine unabhängige Schiedsperson. Konnte keine Verständigung

auf eine Schiedsperson bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen nach Feststellung der Nichteinigung erreicht werden, erfolgt deren Bestellung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Die Schiedsperson setzt den betreffenden Empfehlungsinhalt einschließlich der Kostentragung innerhalb von drei Monaten nach Bestellung fest.

Zu Absatz 5

Um ein möglichst effizientes Instrument auf Bundesebene für die Vergütungsverhandlungsverfahren zu etablieren, ist vorgesehen, dass die Empfehlungen nach Absatz 3 auch bereits teilweise abgegeben und angewendet werden können, ohne dass das Gesamtpaket zwischen den Beteiligten geeint sein muss. Angesichts immer kurzfristiger eintretender Veränderungen der Rahmenbedingungen sollen die Empfehlungen eine andauernde und damit auch dynamische Komponente enthalten, um insbesondere umfangreicheren Herausforderungen auch im Pflegesystem begegnen zu können. Sie sind deshalb anlassbezogen und in regelmäßigen Abständen von den Beteiligten auf Aktualisierungs- und Ergänzungsbedarf zu überprüfen.

Zu Nummer 38 (§ 89 Absatz 3 Satz 4)

Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund der Einfügung des § 86a, der auch für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen entsprechende Anwendung findet.

Zu Nummer 39 (Bezeichnung des Fünften Abschnitts des Achten Kapitels)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufnahme des neuen § 92c.

Zu Nummer 40 (§ 92c)

Im Fünften Abschnitt des Achten Kapitels wird mit der Regelung des § 92c eine Option für zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen ergänzt, Verträge für die Leistungserbringung in gemeinschaftlichen Wohnformen zu schließen. Dies gilt auch für ambulante Pflegedienste, die neben weiteren selbständig wirtschaftenden ambulanten oder stationären Einrichtungen über einen Gesamtversorgungsvertrag gemäß § 72 Absatz 2 Satz 1 eines gemeinsamen Trägers zugelassen sind. Auf reine vollstationäre Settings findet weiterhin unverändert das Leistungs- und Vertragsrecht für vollstationäre Pflege Anwendung.

Zu § 92c (Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen)

Zu Absatz 1

Zu Satz 1

Absatz 1 regelt Inhalt und Umfang sowie die Voraussetzungen zum Abschluss solcher Verträge. Die Vertragsparteien sind die zugelassene ambulante Pflegeeinrichtung im Sinne des § 71 Absatz 1 und über den Verweis auf § 89 Absatz 2 Satz 1 als Leistungsträger die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger, die zuständigen Träger der Sozialhilfe sowie die Arbeitsgemeinschaften dieser Träger. Bezogen auf die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege werden auch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einbezogen und schließen die Verträge nach § 92c gemeinsam und einheitlich.

Ein Vertrag nach § 92c tritt ergänzend neben die bereits bestehende Vergütungsvereinbarung nach § 89 des zugelassenen Pflegedienstes für die Versorgung in der gemeinschaftlichen Wohnform.

Zu Satz 2

Die Verträge zur Versorgung von Pflegebedürftigen in gemeinschaftlichen Wohnformen umfassen die in Satz 2 Nummer 1 bis 5 aufgeführten Inhalte; § 89 nach diesem Buch und § 132a Absatz 4 SGB V sind entsprechend anzuwenden.

Zu Nummer 1

Nummer 1 legt fest, dass ein Basispaket aus pflegerischen, betreuerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen im Sinne des § 36 SGB XI sowie Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V zur Versorgung der Pflegebedürftigen eigens von der ambulanten Pflegeeinrichtung zur gemeinsamen und individuellen Leistungsanspruchnahme der Pflegebedürftigen organisiert und die Erbringung dieser Leistungen sichergestellt werden muss. Dieses Basispaket ist für alle Pflegebedürftigen einheitlich zu schnüren. Es legt die Inhalte und den Umfang derjenigen Leistungen fest, die die ambulante Pflegeeinrichtung für die Pflegebedürftigen selbst bzw. durch Dritte erbringen (lassen) muss und die die Pflegebedürftigen in Anspruch zu nehmen haben und entsprechend in Rechnung gestellt bekommen. Soweit das Basispaket Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V umfasst, ist eine Abrechnung dieser Leistungen nach §§ 37, 132a SGB V ausgeschlossen. Eine Abwahl einzelner Leistungen ist in diesem Paket nicht möglich, damit der Pflegebedürftige eine diesbezügliche Versorgungssicherheit hat. Der ambulanten Pflegeeinrichtung wird eine Planungssicherheit bezüglich der Vorhaltung und Erbringung dieser Leistungen ermöglicht.

Das Basispaket kann gemeinsam von den Versorgten in Anspruch zu nehmende Leistungen, wie beispielsweise die allgemeine hauswirtschaftliche Versorgung, und auch individuelle, personenbezogene Leistungen, wie beispielsweise die Hilfe bei der Körperpflege, beinhalten. Es umfasst neben Sachleistungen im Sinne des § 36 SGB XI und Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V auch solche, die zur Organisation und Gestaltung des Zusammenlebens der Pflegebedürftigen in der gemeinschaftlichen Wohnform erbracht werden. Dabei handelt es sich beispielsweise um eine Strukturierung und Gestaltung des Tagesablaufs, die Koordinierung der Aufgabenverteilung und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen an der Pflege beteiligten Akteurinnen und Akteuren einschließlich der Einbindung der Angehörigen sowie der Kontakt zu weiteren an der Versorgung beteiligten Gruppen wie ärztlichem und therapeutischem Personal. Daneben sind Aufgaben wie Beratung und Anleitung sowie die Pflegeplanung und -dokumentation mitumfasst.

Diese organisatorischen Leistungen sind von der ambulanten Pflegeeinrichtung als Vertragspartner selbst zu erbringen und können nicht durch Kooperationen oder in Zusammenarbeit mit Dritten erbracht werden, während dies bei den im Basispaket enthaltenen Einzelleistungen im Sinne des § 36 SGB XI oder Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben möglich ist.

Zu Nummer 2

Nummer 2 regelt, dass über das Basispaket hinausgehende, weitere Leistungen zur pflegerischen, betreuerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung im Sinne des § 36 SGB XI für die Versorgung der Pflegebedürftigen gewährleistet werden müssen. Diese können die Pflegebedürftigen nach Wunsch und Bedarf individuell zusätzlich zum Basispaket bei dem Pflegedienst in Anspruch nehmen. Diese Leistungen kann die ambulante Pflegeeinrichtung selbst oder durch eine Zusammenarbeit mit anderen zugelassenen Einrichtungen erbringen. Alternativ können diese Leistungen auch von Angehörigen, sonstigen Pflegepersonen und ehrenamtlich Tätigen oder sonstigen Dritten erbracht werden. Sofern eine Leistungserbringung im Rahmen einer Kooperation durch einen nach dem SGB XI zugelassenen Pflege- oder Betreuungsdienst erfolgt, wird auch hinsichtlich dieser Leistungen an die vertragschließende ambulante Pflegeeinrichtung nach Absatz 1 Satz 1 als verantwortlicher Leistungserbringer angeknüpft.

Das Basispaket nach Nummer 1 in den Verträgen zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen hat den Charakter einer partiellen Versorgungsgarantie, vergleichbar der vollstationären Pflege, während die nach Nummer 2 darüber hinausgehenden ambulanten pflegerischen, betreuenden und hauswirtschaftlichen Leistungen der klassischen ambulanten Versorgung entsprechen. Dies wird auch durch die Möglichkeit der verstärkten Einbindung von Angehörigen, sonstigen Pflegepersonen und Ehrenamtlichen unterstrichen. Die Nummern 1 und 2 greifen somit den Wunsch vieler Pflegebedürftiger nach der Kombination einer klar abgesteckten Versorgungssicherheit auf der einen Seite und mehr Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen und Einbringung der Angehörigen auf der anderen Seite auf.

Die Erbringung und Abrechnung der nicht vom Basispaket nach Nummer 1 umfassten Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V richten sich nach §§ 37, 132a SGB V.

Zu Nummer 3

Nach Nummer 3 sind zentral die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der ambulanten Pflegeeinrichtung zur Erbringung der Leistungen nach Satz 2 Nummer 1 und 2 umfasst. Es ist darzustellen, welche Leistungen des Basispaketes nach Nummer 1 zur gemeinsamen und welche zur individuellen Inanspruchnahme durch die Pflegebedürftigen vorgesehen werden. Die Leistungs- und Qualitätsmerkmale ermöglichen auch, je nach Versorgungskonzept, vergleichbar wie in stationärer Pflege die Hinterlegung der vereinbarten Leistungen mit Personalanhaltswerten für das in der Wohngemeinschaft einzusetzende Personal. Der ambulanten Pflegeeinrichtung ist hier mit ihren Vereinbarungspartnern Flexibilität in der Ausgestaltung gegeben.

Zu Nummer 4

Gemäß Nummer 4 müssen die Verträge auch Maßnahmen zur Qualitätssicherung einschließlich eines Qualitätsmanagements sowie der Verpflichtung zur Mitwirkung an Maßnahmen nach §§ 114 und 114a beinhalten. Zur Sicherung der Qualität der Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen werden die Instrumente und Verfahren im Elften Kapitel entsprechend ergänzt, insbesondere §§ 113 (Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität), 114 (Qualitätsprüfungen) und 114a (Durchführung der Qualitätsprüfungen).

Zu Nummer 5

Die Verträge umfassen nach Nummer 5 auch die Vergütung und Abrechnung der Leistungen. Die Vergütung ist jeweils für die im konkreten Basispaket gebündelten Leistungen sowie darüber hinausgehende Leistungen zu vereinbaren. Daneben ist eine Anknüpfung an bereits bestehende Vergütungsvereinbarungen herzustellen, insbesondere hinsichtlich der Leistungen nach Satz 2 Nummer 2, die von der ambulanten Pflegeeinrichtung gewährleistet und von den Pflegebedürftigen wahlweise in Anspruch genommen werden können. Über die entsprechende Anwendung des § 87a Absatz 1 SGB XI auf die Vergütung für Leistungen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 soll den Besonderheiten zur Finanzierung des Basispaketes für die Fälle der kurzzeitigen Abwesenheit von Pflegebedürftigen Rechnung getragen werden. Hintergrund ist, dass anders als im Setting einer sonstigen rein ambulanten Pflege einzelner Pflegebedürftiger in ihrer Häuslichkeit, die im Basispaket umfassten Leistungen in der gemeinschaftlichen Wohnform vor Ort auch bei Abwesenheit einzelner dort regulär versorgter Pflegebedürftiger weiterhin für die Gemeinschaft zu erbringen sind.

Zu Satz 3

Zudem sind die Voraussetzungen nach Satz 3 Nummern 1 und 2 einzuhalten:

Zu Nummer 1

Nummer 1 definiert, ab welcher Anzahl an Pflegebedürftigen in der konkreten gemeinschaftlichen Wohnform Verträge zur pflegerischen Versorgung möglich sind. Voraussetzung ist, dass hierbei mindestens drei pflegebedürftige Personen gemeinschaftlich versorgt werden. Grundsätzlich erlaubt ein überschaubarer Kreis an Pflegebedürftigen es, besser und individualisierter auf deren Wünsche und Bedürfnisse einzugehen. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung für den Abschluss von Verträgen zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen. Auch das Raumkonzept bzw. die räumliche Gestaltung muss das Gemeinschaftsleben fördern und gleichzeitig darauf ausgerichtet sein, die Selbstbestimmung und Selbständigkeit der Pflegebedürftigen durch individuelle Gestaltungsmöglichkeiten zu wahren und zu fördern.

Zu Nummer 2

Mit Nummer 2 wird vorgegeben, dass als weitere Vertragsvoraussetzung eine qualitätsgesicherte pflegerische Versorgung für die Pflegebedürftigen in der gemeinschaftlichen Wohnform auf Grundlage eines Versorgungskonzeptes sichergestellt werden muss. Dieses muss darauf ausgerichtet sein, die Selbstbestimmung und Selbständigkeit der Pflegebedürftigen, auch unter Einbeziehung ihnen nahestehender Personen, durch individuelle Gestaltungsmöglichkeiten zu wahren und zu fördern. Das Versorgungskonzept hat auch Ausführungen dazu zu enthalten, wie durch einen aufgaben- und kompetenzorientierten Personaleinsatz sowie durch verringerte Wegezeiten eine Optimierung des Personaleinsatzes erreicht werden kann.

Zu Satz 4

Im Hinblick auf die Qualitätssicherung der Leistungserbringung in der gemeinschaftlichen Wohnform wird an den gemäß Vertrag nach Satz 1 verantwortlichen Leistungserbringer angeknüpft. Mit Vertragsabschluss obliegt der ambulanten Pflegeeinrichtung nach Satz 1 die Verantwortung für die Qualität der Leistungen in der gemeinschaftlichen Wohnform; dies gilt sowohl bezogen auf die Leistungen des Basispakets nach Satz 2 Nummer 1 als auch hinsichtlich der Leistungen nach Satz 2 Nummer 2, sofern diese von ihr selbst oder im Rahmen einer Kooperation erbracht wurde. Kooperationspartner des Pflegedienstes können nach der Intention des Gesetzgebers nur Dienste nach § 71 Absatz 1 oder 1a sein, weil diese aufgrund ihrer Zulassung eine gewisse Gewähr dafür bieten, qualitätsgerechte Versorgungsleistungen zu erbringen. Das Nähere wird in § 113 (Maßstäbe und Grundsätze zur Weiterentwicklung der Pflegequalität), § 114 (Qualitätsprüfungen) und § 114a (Durchführung der Qualitätsprüfungen) und den durch diese bestimmten untergesetzlichen Anforderungen geregelt, die durch die Pflege-Selbstverwaltung zu entwickeln und zu beschließen sind.

Zu Satz 5

Bereits bestehende Verträge zur Umsetzung einer pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen auf Basis der Weiterentwicklungsmodelle neuer Wohnformen im Elften Buch können auf Verlangen des Einrichtungsträgers bis zum Vorliegen der Empfehlungen nach Absatz 2 verlängert werden und sind nach Vorliegen unverzüglich an deren Inhalte anzupassen.

Zu Satz 6

Ein Vertragsschluss nach Absatz 1 ist für zugelassene Betreuungsdienste im Sinne des § 71 Absatz 1a nicht möglich, da sie nicht aus eigener Verantwortlichkeit insbesondere die Organisation der pflegerischen Leistungen des Basispakets nach Satz 2 Nummer 1 sowie die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V abdecken können. Auch ist

ein Vertragsschluss beispielsweise für stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Absatz 2 ausgeschlossen.

Zu Absatz 2

Die Vertragsinhalte zu den in Absatz 1 aufgestellten Voraussetzungen und Definitionen sollen spätestens bis zum **[neun Monate nach Inkrafttreten]** durch Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene in Zusammenarbeit mit den weiteren in Absatz 2 Satz 1 und 3 genannten Beteiligten näher ausgestaltet werden. Den Beteiligten bereits vorliegende Erfahrungen und bewährte Ergebnisse auf Basis der durchgeführten Modelle zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach diesem Buch sind dabei einzubeziehen. Zudem sind auch Kriterien zur Festlegung der Anzahl der zu versorgenden Pflegebedürftigen in der einzelnen gemeinschaftlichen Wohnform in die Empfehlungen aufzunehmen, weil davon auszugehen ist, dass eine selbstbestimmte Versorgung ab einer gewissen Anzahl nicht gewährleistet werden kann. Die Empfehlungen haben sich auch dazu zu verhalten, ob und zu welchen Zeiten Personal, gegebenenfalls mit welcher Qualifikation, in der gemeinschaftlichen Wohnform eingesetzt werden muss. Dabei ist insbesondere der Aspekt der Gewährleistung einer klar abgesteckten Versorgungssicherheit zu berücksichtigen. Daneben sind die Vorgaben des Elften Kapitels, in welchem die Vorschriften zur Sicherung und Entwicklung der Qualität in der Pflege enthalten sind, zu berücksichtigen. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die von den Pflegekassen und Leistungserbringern geforderte Qualität und Transparenz auch im Hinblick auf die gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung vor Ort gelten.

Kommen diese Empfehlungen innerhalb der neunmonatigen Frist ganz oder teilweise nicht zu Stande, bestellen die Parteien gemeinsam spätestens zum Fristablauf eine unabhängige Schiedsperson. Erfolgt die Verständigung auf eine Schiedsperson bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen nach Feststellung der Nichteinigung nicht, erfolgt deren Bestellung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die Schiedsperson setzt den betreffenden Empfehlungsinhalt einschließlich der Kostentragung innerhalb von zwei Monaten nach Bestellung fest.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt die Evaluationspflicht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen im Hinblick auf den Stand der abgeschlossenen Verträge zur pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen nach Absatz 1. Dabei hat sich die Evaluation einerseits auf die strukturelle Entwicklung zu den Verträgen zu beziehen (Anzahl, Standorte und Trägerschaft der abgeschlossenen Verträge sowie Vergütung der Leistungen, Leistungsausgaben, Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen) und andererseits auch auf alle Ebenen der Qualität der pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen im Vergleich zur Versorgung in sonstiger „klassischer“ ambulanter und in vollstationärer Pflege.

Die Evaluation der Leistungsausgaben soll insbesondere den Kostenvergleich von SGB XI- und SGB V-Leistungen der bisherigen Settings mit dem bei Verträgen der pflegerischen Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen ermöglichen. Bei diesem Vergleich hat sich die Evaluation auch darauf zu beziehen, wie durch den Einbezug von Angehörigen, sonstiger Pflegepersonen und ehrenamtlich Tätigen Kosteneinsparungen erzielt werden. Dabei ist sowohl auf die Kosten- und Ertragssituation der Leistungserbringer als auch die Entwicklung der finanziellen Eigenanteile der Pflegebedürftigen, etwa durch die Realisierung von Synergien, einzugehen.

In qualitativer Hinsicht hat die Evaluation zu zeigen, ob sich die spezifischen Erwartungen an die Tagesabläufe der pflegerischen Versorgung im Setting der gemeinschaftlichen Wohnformen erfüllt haben, die mit der Arbeitsteilung und der Flexibilität des ambulanten Dienstes verbunden sind (mehr Spielräume für individuelle Lebensgestaltung), ob und

welche Aussagen zu Aspekten der Versorgungsqualität unter besonderer Berücksichtigung von Faktoren der Ergebnisqualität getroffen werden können und zudem, ob die im Vergleich zu sonstiger ambulanter Pflege angestrebte größere Versorgungssicherheit hergestellt wurde.

Der Bericht ist unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellen und dem Bundesministerium für Gesundheit zum **[drei Jahre nach Inkrafttreten]** vorzulegen.

Zu Nummer 41 (§ 97)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 42 (§ 109)

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 15a Absatz 2 des Fünften Buches angepasst.

Zu Buchstabe b

Eine statistische Geheimhaltung bei Sachverhalten zur Art und Organisation der Pflegeeinrichtungen sowie zur Vergütung der stationären Pflegeeinrichtungen erscheint aufgrund der gesetzlich vorgesehenen und bestehenden Informationsangebote der Pflegekassen über die Pflegeeinrichtungen nicht notwendig. Somit kann eine umfassendere Berichterstattung durch die Statistik ermöglicht und das statistikspezifische Geheimhaltungsverfahren vereinfacht werden. Für weitere Sachverhalte, die insbesondere die Leistungsfähigkeit und Personalausstattung einzelner Einrichtungen genau beschreiben und für Angaben zu einzelnen Pflegebedürftigen oder den tätigen Personen besteht weiterhin die Pflicht zur statistischen Geheimhaltung nach § 16 BStatG. Die Ziele der Statistik sind bei der Umsetzung der Geheimhaltung im Ermessen der statistischen Ämter der Länder und des Bundes angemessen einzubeziehen.

Die statistische Geheimhaltung ist auch beim Ausweis von Sachverhalten zu einzelnen Trägerverbänden weiterhin zu beachten. Durch eine zusammenfassende Darstellung nach übergreifenden Trägergruppen wie z.B. für die Träger der freien Wohlfahrtspflege oder die privaten Träger kann die Geheimhaltung erfüllt werden.

Zu Nummer 43 (§ 111)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Überführung der Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken in den neuen § 45e.

Zu Nummer 44 (§ 113)

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Buchstabe b

Um die Pflegequalität in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c sicherzustellen, sollen die ambulanten Qualitätsinstrumente (insbesondere die regelmäßigen Qualitätsprüfungen, die auf den Maßstäben und Grundsätzen aufbauen) für diese neue Versorgungsform angepasst werden. Deshalb wird nunmehr in § 113 Absatz 1 Satz 2 (neu) als erster Schritt angeordnet, dass die Maßstäbe und

Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität bis zum [...] [zwölf Monate nach Inkrafttreten] auf der Grundlage der Bundesempfehlungen nach § 92c Absatz 2 um Regelungen für die gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c anzupassen und zu ergänzen sind. Die Vereinbarungspartner verfügen in der Qualitätssicherung über langjährige Expertise aus verschiedenen Perspektiven. In absehbarer Zeit werden darüber hinaus spezifische wissenschaftliche Erkenntnisse zur Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung für dieses Setting vorliegen, da die Vertragsparteien nach § 113 durch die Neufassung des § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 6 gleichzeitig verpflichtet werden, wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige entsprechend zu beauftragen und von diesen bis zum [...] [2 Jahre nach Inkrafttreten] die Vorlage eines Abschlussberichts zu verlangen. Dabei ist von den Wissenschaftlern auch zu prüfen, ob ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in gemeinschaftlichen Wohnformen anwendbar ist und sofern dies der Fall ist, sind diesbezügliche Vorschläge zur Umsetzung vorzulegen.

Bereits jetzt sind die Vertragsparteien und der MD-Bund als Richtliniengeber verpflichtet, die Regelungen an die medizinisch-pflegefachlichen Fortschritte anzupassen (vgl. § 113 Absatz 1 Satz 7 neu und § 114a Absatz 7 Satz 9 neu). Daraus ergibt sich, dass die Regelwerke umgehend an die neu generierten wissenschaftlichen Ergebnisse anzupassen sind.

Zu Buchstabe c

Mit der Änderung wird gesetzlich klargestellt, dass eine fachlich angemessene Pflegeprozesssteuerung integraler Bestandteil der Pflegeleistungen des Elften Buches ist, die entsprechend im Rahmen einer qualitätsgesicherten Leistungserbringung umzusetzen ist. Die fachliche Konkretisierung der Pflegeprozesssteuerung erfolgt bundeseinheitlich in den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung in der ambulanten, teilstationären, vollstationären und Kurzzeitpflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist und flexible Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen umfasst, nach Satz 1. Diese ist auch insgesamt bei der Umsetzung der Landesrahmenverträge, konkret bei den Inhalten der Pflegeleistungen nach § 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1, von den zugelassenen Leistungserbringern zu berücksichtigen. Zu den vergütungsrelevanten Aufwänden der Steuerung des Pflegeprozesses können insbesondere Erst- und Folgegespräche sowie Aufwände für komplexe Fallsteuerungen, beispielsweise interdisziplinäre Fallbesprechungen, die auf Wunsch des Versicherten auch unter Einbeziehung von An- und Zugehörigen erfolgen können, gehören. Eine Doppelvergütung derselben Maßnahmen der Steuerung des Pflegeprozesses aus den Mitteln der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht zulässig.

Zu Nummer 45 (§ 113b)

Zu Buchstabe a

Mit der Regelung wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Buchstabe b

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) vom 21. Dezember 2015 wurde die Pflege selbstverwaltung beauftragt, aus der bisherigen Schiedsstelle Qualitätssicherung den Qualitätsausschuss Pflege zu bilden und zudem auch eine Geschäftsstelle Qualitätsausschuss einzurichten. Zu den Hauptaufgaben des Qualitätsausschusses gehörte die Entwicklung und Einführung neuer Qualitätssysteme für die stationäre und die ambulante Pflege mit Hilfe unabhängiger wissenschaftlicher Einrichtungen und Sachverständiger. Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vom 11. Dezember 2018 wurde die

gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, dass der Qualitätsausschuss Pflege dauerhaft für die Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in der Pflege Verantwortung trägt: Zum einen wurde die vorherige Befristung für die Geschäftsstelle aufgehoben, zum anderen ein Auftrag zu stetigen Weiterentwicklung der Qualitätssysteme erteilt. Mit den Änderungen in Absatz 3 wird nun der großen Bedeutung des Qualitätsausschusses für die Qualitätsentwicklung in der Pflege Rechnung getragen und das Gremium institutionell weiterentwickelt, ohne dabei die bestehenden, gut funktionierenden Strukturen und Abläufe grundsätzlich in Frage zu stellen.

Die Ergänzungen in Absatz 3 stellen eine maßvolle institutionelle Weiterentwicklung des Qualitätsausschusses Pflege durch die Stärkung der Rolle des unparteiischen Vorsitzenden sowie der unparteiischen Mitglieder dar. Bisher hatte der erweiterte Qualitätsausschuss ausschließlich die Funktion, eine Konfliktlösung bei fehlendem Konsens zwischen den Vertragsparteien für einzelne Entscheidungen zu finden. Aufgrund der konstruktiven und fachlich orientierten Arbeit der Vertragsparteien im Qualitätsausschuss kam es seit 2016 erst zwei Mal zur Einberufung des erweiterten Qualitätsausschusses. Zukünftig soll die Expertise des unparteiischen Vorsitzenden und der unparteiischen Mitglieder unabhängig von der Konfliktlösung für die Qualitätsentwicklung nutzbar gemacht werden. Bis zu zwei Mal im Kalenderjahr kann der unparteiische Vorsitzende eine außerordentliche Sitzung des erweiterten Qualitätsausschusses einberufen. Diese Sitzungen können sich inhaltlich auch mit grundsätzlichen Fragestellungen zur Qualitätssicherung sowie mit Themen, die nicht in direktem Zusammenhang mit gesetzlichen Aufgaben stehen, befassen. Es gelten dabei die in Absatz 3 dargelegten Abstimmungsregeln.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

In diesem Zusammenhang wird zunächst auf die Ausführungen zum Aufbau eines Qualitätssicherungssystems für gemeinschaftliche Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c in der Begründung zu Nummer XX (§ 113) verwiesen. Mit der Neufassung der Nummer 6 in § 113b Absatz 4 Satz 2 soll sichergestellt werden, dass die Qualitätssicherung in gemeinschaftlichen Wohnformen in absehbarer Zeit genauso wissenschaftlich basiert erfolgt, wie in anderen Settings (vgl. Nummer 1 und 3). Konkret werden die Vertragsparteien verpflichtet, einen wissenschaftlichen Auftrag zu vergeben, der die Vorlage eines Abschlussberichts bis zum [...]zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetze] umfasst, in dem dargelegt wird, wie spezifische Regelungen für die Prüfung der Qualität der Leistungen von ambulanten Pflegediensten und ihren Kooperationspartnern in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 92c und für die Qualitätsberichterstattung gestaltet werden können. Die Regelungen können gegebenenfalls auch durch Anpassung und Ergänzung der Instrumente nach Nummer 3 generiert werden. Dabei ist auch zu prüfen, ob ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in gemeinschaftlichen Wohnformen anwendbar ist und sofern dies der Fall ist, sind diesbezügliche Vorschläge zur Umsetzung vorzulegen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Der Qualitätsausschuss Pflege wird institutionell weiterentwickelt durch eine maßvolle Stärkung der Rolle des unparteiischen Vorsitzenden nach Absatz 3. Dieser wird ermächtigt, dem Qualitätsausschuss Pflege Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung vorzuschlagen. Bisher waren nur das Bundesministerium für Gesundheit sowie das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit dazu berechtigt. Damit erhält der unparteiische Vorsitzende die Möglichkeit, über die reine Ausgabe der Konfliktlösung im erweiterten Qualitätsausschuss nach Absatz 3 Satz 1 hinaus auch mit inhaltlichen Vorschlägen und fachlichen Impulsen einen aktiven Beitrag zur Qualitätsentwicklung in der Pflege zu leisten.

Zu Doppelbuchstabe cc

Das Recht aus Satz 3, Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung vorzuschlagen, wird ergänzt durch die Möglichkeit des Qualitätsausschusses Pflege, diese Vorschläge zu prüfen und gegebenenfalls auch abzulehnen. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass im konkreten Einzelfall fachliche Gründe gegen eine wissenschaftliche Bearbeitung sprechen können. Zur Gewährleistung der Transparenz in der Qualitätsentwicklung müssen diese Gründe jedoch in einer Stellungnahme dargelegt und auf der Internetseite des Qualitätsausschusses veröffentlicht werden. Damit wird der mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom 19. Juni 2023 eingeschlagene Weg konsequent fortgeführt. Zur Erhöhung der Transparenz wurde der Qualitätsausschuss mit dem PUEG dazu verpflichtet, die Sitzungen zukünftig öffentlich durchzuführen und im Internet zu übertragen.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Buchstabe a: Der Auftrag, wissenschaftlich entwickelte Qualitätssicherungssysteme dem medizinisch-pflegefachlichen und technischen Fortschritt entsprechend weiter zu entwickeln, bezieht sich auch auf das neu nach Nummer 6 zu entwickelnde Qualitätssicherungskonzept für gemeinschaftliche Wohnformen.

Zu Buchstabe e

Mit der Änderung wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Nummer 46 (§ 113c)

Zu Buchstabe a

Bisher ist hochschulisch qualifiziertes Pflegefachpersonal nur selten regelmäßig in vollstationären Pflegeeinrichtungen beschäftigt. Daher konnte dieses Qualifikationsniveau auch in den empirisch fundierten Personalanhaltswerten nach § 113c Absatz 1 bisher noch keine Berücksichtigung finden. Da der Einsatz akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen jedoch zunehmend an fachlicher Relevanz gewinnt, sollen im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3b unter anderem auch Vorschläge zur möglichen Einbeziehung hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen unterbreitet werden.

Grundsätzlich haben vollstationäre Pflegeeinrichtungen zwar bereits jetzt die Möglichkeit auf den für Fachkräfte vereinbarten Stellen hochschulisch qualifiziertes Personal nach Teil 3 des Pflegeberufegesetzes einzustellen. Auch ist eine höhere Entlohnung dieser Berufsgruppe nach den Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 82c Absatz 4 zum Verfahren nach § 82c Absätze 1 bis 3 und 5 (Pflegevergütungs-Richtlinien) bereits möglich, wenn diese eine spezifische Tätigkeit mitübernehmen. Um darüber hinaus in einem ersten Schritt zusätzliche Beschäftigungsanreize für entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen zu schaffen, wird - im Vorgriff auf die gesetzlich vorgesehene Überprüfung nach Absatz 7 der seit dem 1. Juli 2023 geltenden Personalanhaltswerte – vorgesehen, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen über die geltenden Personalanhaltswerte für Pflegefachpersonen hinaus Stellen für Pflegefachpersonen mit hochschulischer Qualifikation nach Pflegeberufegesetz verhandeln können, wenn diese mit mindestens 50 Prozent der Arbeitszeit in der direkten Pflege tätig sind. Denn nur mit der Bindung an eine überwiegende Tätigkeit in der direkten Bewohnerversorgung kann der Theorie-Praxis-Transfer evidenzbasierter Pflege gesichert werden.

Hierfür müssen jedoch auch klare Aufgabenbereiche von der Pflegeselbstverwaltung definiert werden (siehe Änderungen in Absatz 4 und Absatz 5), die die Aufgaben der hoch qualifizierten Fachkräfte mit beruflicher Ausbildung sinnvoll ergänzen. Hierbei sind insbesondere die Ausbildungsziele nach § 37 Absatz 3 Pflegeberufegesetz zu beachten. Zudem

sollten die Empfehlungen der interdisziplinären Arbeitsgruppe der Ausbildungsinitiative Pflege zu Aufgabenprofilen akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen berücksichtigt werden. Sie geben Anregungen zur Klärung der Frage, welche Aufgaben akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen übernehmen sollen. Die Ausführungen konzentrieren sich auf den primärqualifizierenden Bachelorstudiengang nach dem Pflegeberufegesetz und haben das Ziel, die akademische Kompetenz der Absolventinnen und Absolventen optimal für die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf zu nutzen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die wissenschaftlich gestützte Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben nach § 8 Absatz 3b SGB XI verfolgt das Ziel, die Personalsituation in den Einrichtungen nachhaltig zu verbessern.

Bereits vor dem Abschluss des Modellprojekts nach § 8 Absatz 3b SGB XI werden durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen Informationen zur Verfügung gestellt, die der Vorbereitung von Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung dienen. Diese Nutzung dieser Informationen durch die Pflegeeinrichtungen ist freiwillig. Die den Informationen zugrundeliegenden Konzepte werden im Rahmen des Modellprojekts begleitend evaluiert. Sie sind weder für die Durchführung und Ahndung ordnungsrechtlicher Maßnahmen noch für die Durchführung von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen geeignet.

Neben einer Mehrpersonalisierung soll die Personalsituation flankierend durch Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen gestärkt werden, mit denen – unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Bewohnerorientierung – ein kompetenzorientierter Personaleinsatz umgesetzt wird. Entsprechende Maßnahmen sollen umgesetzt werden, wenn eine Mehrpersonalisierung auf der Grundlage von § 113c Absatz 1 erfolgt.

Mit der Änderung wird klargestellt, dass hierfür nicht nur die im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3b bis zum Sommer 2025 zu entwickelnden und zu evaluierenden Maßnahmen, sondern auch Maßnahmen auf Grundlage trügereigener fachliche r Konzepte verwendet werden können, die die Ziele des § 113c in vergleichbarer Weise umsetzen. Die konkrete Eignung der Konzepte beinhaltet, dass abhängig vom Umfang der Mehrpersonalisierung auch abgestufte Konzepte umgesetzt werden können. Dies ist auch ein Beitrag zur Entbürokratisierung, da nicht bereits bei einer nur geringen Mehrpersonalisierung ein umfassender Personal- und Organisationsentwicklungsprozess durchgeführt werden muss, sondern schrittweise abhängig vom Personalaufbau vorgegangen werden kann. Zudem werden durch die Regelung die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens und seiner Wirkungen auf die Arbeitsbedingungen der beruflich Pflegenden weiter beschleunigt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die aktuelle Arbeitsmarktlage stellt vollstationäre Pflegeeinrichtungen vor die Herausforderung, Personal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenz Ausbildung in der Pflege zu gewinnen. Durch die neu eingefügte Nummer 2 in Absatz 3 wird daher die Möglichkeit zur Zuordnung von Personal zu den Personalanhaltswerten nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oberhalb der Mindestpersonalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen erweitert, sofern dieses Personal in der direkten Pflege und entsprechend ihrer Qualifikation Aufgaben zur Entlastung der Pflegefachpersonen übernimmt. Geeignet sind hier unter anderem sogenannte Stationsassistentinnen und -assistenten. Dieses Berufsbild konnte sich bereits in der akut pflegerischen Versorgung etablieren und bietet insbesondere auch die Möglichkeit zur Einstellung von Quereinsteigerinnen und -einsteigern. Es ist dabei sicherzustellen, dass diese Arbeitskräfte nur ergänzend zur professionellen Pflege zum Einsatz

kommen und keine professionellen Pflegekräfte ersetzt werden. Zur Unterstützung des Fachkraftpersonals bietet sich insbesondere die Übernahme administrativer Tätigkeiten, wie die Unterstützung bei der Pflegedokumentation, an. Durch die Entlastung der Pflegefachpersonen können die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben nach § 4 Pflegeberufegesetz in den Fokus der täglichen Arbeit der Pflegefachpersonen gerückt und mit zusätzlichen Personalkapazitäten Umstrukturierungen der Arbeitsabläufe im Sinne einer Koordination auf der stationären Einrichtungsebene ermöglicht werden. Bei der Einbeziehung jenes Personals in die Arbeitsorganisation sind neben der Vorbehaltsaufgaben für Pflegefachpersonen auch die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 zu beachten. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass es sich ausschließlich um eine leistungsrechtliche, nicht um eine ordnungsrechtliche Anrechenbarkeit handelt.

Zu Doppelbuchstabe cc

Der bisherige Wortlaut der Nummer 2 wird zu Nummer 3.

Zu Buchstabe c

Zur Unterstützung des Einsatzes akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 sollen von den Bundesempfehlungspartnern auch entsprechende Aufgabenbereiche jenes Personals erarbeitet werden, um die erforderliche Anpassung und Ergänzung der Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 auf Landesebene zu den Inhalten nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 4 vorzubereiten und zu einer einheitlichen Umsetzung beizutragen (siehe Begründung zu Buchstabe a Doppelbuchstabe bb). Die Frist des erstmaligen Auftrages zur Erarbeitung der Bundesempfehlung wird gestrichen, um fortwährende Weiterentwicklungen und Ergänzungen der Empfehlungen zu ermöglichen. Zudem wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

In Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 wird zum einen der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 15a Absatz 2 des Fünften Buches angepasst. Zum anderen ist nach den derzeit geltenden gesetzlichen Bestimmungen vorgesehen, dass die Qualifikationsanforderungen für Fachkräfte, die von der Pflegeeinrichtung nach Absatz 1 oder Absatz 2 vorgehalten werden, in den Landesrahmenverträgen zu regeln sind. Bei der personellen Ausstattung mit Fachkräften sollen dabei neben Pflegefachkräften auch andere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich vorgehalten werden können. Da die entsprechenden landesspezifischen Regelungen derzeit sehr heterogen ausgestaltet sind, zielt die Änderung in Absatz 5 auf eine Vereinheitlichung der Qualifikationsanforderungen im Sinne einer bundeseinheitlichen, bedarfsgerechten Personalausstattung ab. Bei der Einbeziehung jenes Fachpersonals in die Arbeitsorganisation sind stets die Vorbehaltsaufgaben für Pflegefachpersonen nach § 4 Pflegeberufegesetz zu beachten. Es muss insofern sichergestellt sein, dass diese Berufsgruppen nicht als Ersatz für Pflegefachpersonen in der Ausübung ihrer Vorbehaltsaufgaben im Rahmen der Steuerung des Pflegeprozesses, sondern ihrem berufsspezifischen Kompetenzprofil entsprechend in der Versorgung eingeplant werden. Damit wird der Stellenwert pflegerischer Vorbehaltsaufgaben gestärkt und Modelle der kollegialen Kooperation innerhalb des Pflegeteams gefördert.

Zu Doppelbuchstabe bb

Auf der Ebene der Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 sind von den Vereinbarungspartnern Aufgabenbereiche beim Einsatz von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen

nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 zu treffen (siehe Begründung zu Buchstabe a Doppelbuchstabe bb).

Zu Buchstabe e

Die Beratungen im Begleitgremium nach § 8 Absatz 3b zur Einführung und Weiterentwicklung eines wissenschaftlich gestützten Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben gezeigt, dass viele Pflegeeinrichtungen sich eine bessere Unterstützung bei der Umsetzung einer bewohner- und kompetenzorientierten Personalbemessung wünschen. Zwar werden im Rahmen des Projekts nach § 8 Absatz 3b dazu schrittweise Handreichungen veröffentlicht, gleichzeitig besteht eine große Nachfrage nach Schulungen und fachlichem Austausch zu diesem Thema. Mit der Umsetzung des § 113c SGB XI haben die Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege, die die Möglichkeiten der Mehrpersonalisierung nutzen, zudem die gesetzliche Verpflichtung, kompetenzorientierte Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen durchzuführen.

Die Herausforderungen für die Pflegeeinrichtungen bestehen nicht nur im vollstationären Bereich, auch in der ambulanten und teilstationären Pflege ist ein zielgerichteter, personen- und kompetenzorientierter Personaleinsatz, der zudem Ressourcen im Umfeld des oder der Pflegebedürftigen mit einbezieht, sehr wichtig. Ein solcher Personaleinsatz stellt auch neue Herausforderungen an die den Pflegeprozess steuernde Pflegefachperson. Die Pflegeprozessessteuerung ist als Vorbehaltsaufgabe von Pflegefachpersonen in § 4 des Pflegeberufgesetzes verankert. Teilweise wird berichtet, dass sich Pflegefachpersonen bei der Umsetzung unter sich verändernden Rahmenbedingungen mehr Unterstützung wünschen, gerade auch im Zusammenhang mit Veränderungen der Aufgabenverteilungen in der Versorgung. So ist davon auszugehen, dass es zukünftig im Verhältnis zu Pflegefachpersonen deutlich mehr Pflegeassistenz- und -hilfskräfte geben wird, deren Aufgaben von der Pflegefachperson im Rahmen der Steuerung des Pflegeprozesses mit einbezogen werden müssen. Kompetenzorientierter Personaleinsatz, Organisationsentwicklung und Pflegeprozessessteuerung sind Themen, die nicht nebeneinander stehen, sondern ineinander greifen und sich wechselseitig beeinflussen. Mit der Steuerung des Pflegeprozesses eng verknüpft ist die Frage einer zielgerichteten Dokumentation der Pflege, die Bestandteil des Pflegeprozesses ist und bei der sichergestellt bleiben soll, dass es durch die genannten Entwicklungen nicht (wieder) zu einer fachlich nicht notwendigen Erhöhung des Dokumentationsaufwands kommt.

Vor diesem Hintergrund werden in der nach § 113c Absatz 9 bis zum Jahr 2030 durch die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a gemeinsam mit den Vertragsparteien nach § 113 einzurichtende Geschäftsstelle verschiedene für eine gute Versorgung mit effektivem Personaleinsatz relevante Themenbereiche verknüpft und ein strukturelles Angebot für Pflegeeinrichtungen geschaffen, um sie bei erforderlichen Entwicklungsprozessen zu unterstützen.

Aufgabe der Geschäftsstelle ist es dabei, für Pflegefachpersonen sowie -einrichtungen als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen und insbesondere Schulungsmaßnahmen zu entwickeln und zu koordinieren. Um mit den verfügbaren Mitteln einen möglichst großen Kreis an Pflegefachpersonen und Pflegeeinrichtungen zu erreichen, sind dabei vorrangig Multiplikatorenschulungen zu nutzen. Zudem sollen beispielsweise digitale Angebote wie Assessment-Instrumente zur Selbsteinschätzung und digitale Selbstlernkonzepte zur Verfügung gestellt werden. Flankierend haben die Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, für gezielte Maßnahmen in diesem Bereich Fördermittel nach § 8 Absatz 7 zu nutzen. Auch in der ambulanten und teilstationären Versorgung können Personal- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen sinnvoll sein, um die Versorgung zu optimieren und auch zukünftig sicherzustellen. Daher kann die Geschäftsstelle beispielsweise Kriterien für geeignete Personal- und Organisationsentwicklungskonzepte erarbeiten, die eine abgestufte, bewohner- und kompetenzorientierte Entwicklung, auch zur Umsetzung der Vorgaben von § 113c

Absatz 3 Satz 1 Nummer 1, ermöglichen. Die Geschäftsstelle bezieht daher auch Erkenntnisse aus den Modellprojekten nach § 8 Absätze 3a und 3b mit ein.

Zur Umsetzung der Maßnahmen in den Einrichtungen sollen die Vertragspartner eine ausreichende Anzahl an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bereitstellen. Dabei ist die grundständige Qualifikation der Multiplikatorin oder des Multiplikators für die Geeignetheit der durchzuführenden Maßnahme zu berücksichtigen. Mit welcher Qualifikation welche Maßnahmen geschult werden können, ist zwischen den Vereinbarungspartnern zu regeln. Die Geschäftsstelle hat durch Schulungsmaßnahmen die Kompetenz der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in den jeweiligen Themengebieten zu gewährleisten und über die Gesamtdauer der Geschäftsstelle auch bei Weiterentwicklung einzelner Themenkomplexe sicherzustellen.

Zu Nummer 47 (§ 114)

Zu Buchstabe a

Ab dem 01. Januar 2026 müssen die Aufträge für Qualitätsprüfungen digital an die Prüfinstitutionen übermittelt werden. Aus diesem Grund wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 31. Oktober 2025 eine digitale Daten- und Kommunikationsplattform für die Planung, Beauftragung und Durchführung von Qualitätsprüfungen zu errichten. Die Plattform soll dazu beitragen, die Effizienz und Geschwindigkeit der Kommunikation zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen als Auftraggeber und den Medizinischen Diensten sowie dem Prüfdienst der PKV als Auftragnehmer zu verbessern. Darüber hinaus dient die Plattform dem Zweck, eine tagesaktuelle Transparenz über die Anzahl der in den Ländern und bundesweit durchgeführten Qualitätsprüfungen herzustellen. Die digitale Daten- und Kommunikationsplattform soll somit die Vorteile der Digitalisierung für die Planung, Beauftragung und Durchführung von Qualitätsprüfungen möglichst umfassend nutzbar machen.

Vor Erteilung der Prüfaufträge im vollstationären Bereich muss gemäß § 114c geprüft werden, ob die jeweilige Pflegeeinrichtung die Kriterien für eine angemeldete Prüfung sowie die Kriterien für den verlängerten Prüfrhythmus erfüllt. Die Ergebnisse dieser Prüfungen sollen zukünftig ohne Zeitverzug in der digitalen Daten- und Kommunikationsplattform abrufbar sein, ohne dass es dazu einer gesonderten Kommunikation zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Prüfdiensten bedarf. Auch die Anbindung der unabhängigen Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b an die Plattform kann zu Effizienzgewinnen führen, wenn beispielsweise die Stichprobe für die stationären Qualitätsprüfungen über die Plattform abrufbar ist und den Prüferinnen und Prüfern damit direkt vorliegt.

An den Kosten für den Aufbau und den Betrieb der Plattform beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, mit zehn Prozent. Die Beteiligung ist sachgerecht, weil auch der Prüfdienst der PKV als Nutzer der Plattform von der höheren Effizienz der Arbeitsprozesse profitieren wird.

Die digitale Daten- und Kommunikationsplattform soll die Transparenz rund um Qualitätsprüfungen in der Pflege verbessern. Zukünftig wird es dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen möglich sein, mithilfe der Plattform zeitnah aktuelle Datenauswertungen zur Anzahl der erteilten Prüfaufträge und durchgeführten Qualitätsprüfungen in vollstationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie in gemeinschaftlichen Wohnformen, zur Prüfquote des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie zur Anzahl der Verlängerungen des Prüfrhythmus nach § 114c und der unangemeldeten Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3 zu erstellen. Bezugspunkt für die Errechnung der Prüfquoten soll anders als bisher nicht die Anzahl der Pflegeeinrichtungen laut Statistik des Bundes sein, sondern die genaue Zahl der tatsächlich am Versorgungsvertrag gemäß § 72 teilnehmenden zugelassenen Pflegeeinrichtungen im jeweiligen Land.

Bei der Einrichtung der digitalen Daten- und Kommunikationsplattform steht es dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen frei, im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. auch auf bereits bestehende, bürokratiearme und gut funktionierende Strukturen der Kommunikation und des Informationsaustauschs im Bereich der Qualitätstransparenz und Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen bei den Verbänden der Pflegekassen aufzusetzen und diese aktiv in die neuen Strukturen einzubinden.

Zu Buchstabe b

Nach § 114 Absatz 2 Satz 4 sind Gegenstand der Qualitätsprüfungen auch die Qualitätsanforderungen der auf der Basis des Elften Buch Sozialgesetzbuch abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen, also unter anderem auch die Qualitätsanforderungen in den Verträgen über gemeinschaftliche Wohnformen nach § 92c. Durch die Ergänzung in § 114 Absatz 2 Satz 7 wird dies ausdrücklich noch einmal hervorgehoben: Die Regelprüfung bezieht sich unter anderem auch auf die Qualität der Leistungen des Basispaketes des Pflegedienstes und seiner Kooperationspartner.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um die Korrektur eines redaktionellen Fehlers.

Zu Nummer 48 (§ 114a)

Zu Buchstabe a

Die sprachlichen Anpassungen und redaktionellen Umstellungen in den Sätzen 2 bis 4 sind erforderlich, um die Betretungsrechte der Prüfinstitutionen bei Prüfungen für die verschiedenen Versorgungssettings (stationär, ambulant und gemeinschaftliche Wohnformen) sachdienlich und verfassungsgemäß zu regeln.

Zu Buchstabe b

Laut Bundesamt für Soziale Sicherung führt die bisherige Regelung zur Feststellung der Unterschreitung der Prüfquote des Prüfdienstes des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V. zu unnötigem Verwaltungsaufwand, da die private Krankenversicherung ihre gesetzliche Verpflichtung aus § 114 Absatz 1 Satz 1 bisher stets erfüllt hat. Die Änderung sieht vor, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesamt für Soziale Sicherung mitteilt, wenn es zu einer Unterschreitung der Prüfquoten des Prüfdienstes des PKV-Verbandes gekommen ist. Die entsprechenden Informationen liegen dem Spitzenverband durch die Einrichtung der digitalen Daten- und Kommunikationsplattform nach § 114 Absatz 1a ohnehin vor und sind ab 31. März 2027 Teil der jährlichen Berichterstattung nach § 114c Absatz 3 Satz 3 an das Bundesministerium für Gesundheit. Insofern entsteht dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen kein zusätzlicher Aufwand. Das Bundesamt für Soziale Sicherung muss zukünftig nur dann tätig werden, wenn der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Unterschreitung der Prüfquoten des Prüfdienstes des PKV-Verbandes festgestellt und übermittelt hat. Nur in diesem Fall muss die Höhe des zu überweisenden Finanzierungsanteils der PKV ermittelt werden. Die Regelung trägt damit maßgeblich zum Bürokratieabbau bei.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa und Doppelbuchstabe bb

Der Medizinische Dienst Bund wird verpflichtet, bis zum [...] **spätestens 15 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes** Richtlinien für die Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c zu beschließen und

zwar auf der Grundlage der Bundesempfehlungen nach § 92c Absatz 2, der Regelungen für gemeinschaftliche Wohnformen in den Maßstäben und Grundsätze nach § 113 und auf der Basis seiner langjährigen Expertise in der Qualitätssicherung. Dies kann gegebenenfalls auch durch Anpassung und Ergänzung der Richtlinien für die ambulante Pflege erfolgen. Sobald die wissenschaftlichen Ergebnisse des Auftrags nach § 113b Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 vorliegen, hat der Medizinische Dienst Bund darüber hinaus die im Abschlussbericht vorgeschlagenen Anpassungen und Ergänzungen unverzüglich umzusetzen (vgl. Fortentwicklungsauftrag in § 114a Absatz 7 Satz 9 neu).

Zu Doppelbuchstabe cc

Mit der Änderung wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Nummer 49 (§ 114c)

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a des Elften Buches einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Buchstabe b

Die bisherige Berichterstattung nach § 114c bezog sich ausschließlich auf Qualitätsprüfungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Zukünftig sollen mit Informationen über Prüfungen in teilstationären Einrichtungen, ambulanten Pflegediensten sowie in gemeinschaftlichen Wohnformen auch die anderen Versorgungssettings mit abgebildet werden. Damit ermöglicht der Bericht erstmals einen vollständigen jährlichen Überblick über das Prüfgeschehen in der Pflege. Aufgrund der föderalen Struktur der Medizinischen Dienste ist eine Aufschlüsselung nach Ländern sinnvoll. Durch die Einrichtung der digitalen Daten- und Kommunikationsplattform nach § 114 Absatz 1a Absatz können die entsprechenden aktuellen Statistiken zukünftig mit sehr geringem Verwaltungsaufwand effizient erstellt werden.

Zu Buchstabe c

Erstmals zum 31. März 2027 und danach jährlich beinhaltet der Bericht des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen über die Erfahrungen der Pflegekassen auch die Prüfquote des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Anzahl der Verlängerungen des Prüfrhythmus nach § 114c und der unangemeldeten Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3. Die Erhebung dieser Daten ist durch die Nutzung der digitalen Daten- und Kommunikationsplattform nach § 114 Absatz 1a nur mit einem geringen Verwaltungsaufwand verbunden.

Zu Nummer 50 (§ 115)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa, Doppelbuchstabe bb, Doppelbuchstabe cc und Doppelbuchstabe ee

Mit den Ergänzungen in Absatz 1a wird bei gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c die Transparenz der Qualitätsdarstellung geregelt: Nachdem die Richtlinien zur Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7 vom Medizinischen Dienst Bund beschlossen worden sind, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 113 unverzüglich, welche Ergebnisse bei der Darstellung der Qualität für gemeinschaftliche Wohnformen nach § 92c zugrunde zu legen sind und inwieweit die Ergebnisse durch weitere

Informationen ergänzt werden. Das Datum der letzten Prüfung durch die Prüfinstitution, eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik sowie eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse sind an gut sichtbarer Stelle in jeder gemeinschaftlichen Wohnform auszuhängen. In Satz 3 wurde lediglich eine Folgeänderung auf Grund der Änderung in § 113b Absatz 2 Satz 4 Nummer 6 vorgenommen.

Zu Doppelbuchstabe dd

Mit der Änderung wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa und Doppelbuchstabe bb

Durch die Ergänzung wird sichergestellt, dass das Instrumentarium, das der Gesetzgeber der zuständigen Pflegekasse bei Mängeln in der ambulanten Pflege zur Verfügung stellt, auch dann anwendbar ist, wenn die Versorgung in einer gemeinschaftlichen Wohnform erfolgt. Ebenso besteht für die Pflegekasse die Verpflichtung, in diesen Fällen dem Pflegebedürftigen einen anderen geeigneten Pflegedienst zu vermitteln, der die Versorgung in einer gemeinschaftlichen Wohnform nahtlos übernimmt.

Zu Buchstabe c

Mit der Ergänzung wird die Haftung für die Vermittlung einer anderen gemeinschaftlichen Wohnform entsprechend der Haftung in den beiden anderen Versorgungssettings ambulant und stationär geregelt.

Zu Nummer 51 (§ 118)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zu der Regelung in § 92c Absatz 2 Satz 3.

Zu Nummer 52 (§ 118a)

Zu § 118a (Maßgebliche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene, Verordnungsermächtigung)

Zu Absatz 1

Die Regelung vereinheitlicht die Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe für die gesetzlich vorgesehenen Beteiligungen nach dem Fünften und Elften Buch Sozialgesetzbuch. Der Begriff der Organisationen umfasst auch Verbände, deren satzungsmäßiger Zweck die Vertretung der berufspolitischen Interessen der Pflegeberufe ist. Da es aktuell auf Bundesebene – anders als in anderen Berufen, die verkammert sind – für die Pflegeberufe noch keine Bundespflegekammer gibt, die durch flächendeckend eingerichtete Landespflegekammern gestützt wird, und es zudem derzeit eine große Zahl an Verbänden der Pflegeberufe gibt, die unterschiedliche viele Pflegefachpersonen und weitere Pflegekräfte als Mitglieder repräsentieren, ist eine umfassende und effektive Beteiligung der Pflegeberufe an den Aufgaben des Fünften und Elften Buches auf andere Art und Weise sicherzustellen.

Daher wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, im Hinblick auf die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene ihre Anerkennung, die Voraussetzungen ihrer Anerkennung sowie das Verfahren der Beteiligung durch eine Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu regeln. Die Regelung orientiert sich an der

Regelung des § 118, der in vergleichbarer Art und Weise die Beteiligung der heterogenen Verbändelandschaft der Vertretung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen regelt.

Mit der Regelung soll die Rolle der Organisationen der Pflegeberufe und ihre Beteiligung gestärkt werden. Die Beteiligungsform ergibt sich weiterhin aus der jeweiligen Rechtsnorm, die die Beteiligung vorsieht und für die zu beteiligenden Organisationen auf § 118a verweist. Soweit Organisationen der Pflegeberufe auf Landesebene, zum Beispiel bestehende Landespflegekammern, nicht auf Bundesebene repräsentiert sind, sollen die maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene weitere Organisationen der Pflegeberufe auf Landesebene beteiligen. Sie sollen darüber hinaus weitere Organisationen der Pflegeberufe beteiligen, insbesondere, wenn die konkrete Aufgabenstellung eine besondere Fachexpertise bei den Pflegeberufen erfordert, die von den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nicht umfänglich abgebildet wird.

Zu Absatz 2

Organisationen der Pflegeberufe verfügen nur zu einem sehr geringen Anteil über hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Ein großer Teil der in und für die Verbände tätigen Vertreterinnen und Vertreter der Profession der Pflege ist ehrenamtlich tätig. Um die fachliche Expertise der Profession der Pflege, die im Rahmen der Erfüllung der Aufgaben aus dem Fünften Buch und diesem Buch zur Sicherstellung der Qualität erforderlich ist und daher bereits in vielen Normen gesetzlich vorgesehen, tatsächlich wahrnehmen zu können, ist zu klären, unter welchen Voraussetzungen eine Erstattung der Reisekosten sowie der Ersatz des Verdienstausfalls gewährleistet werden können. Das Nähere zu den Fällen der gesetzlich vorgesehenen Beteiligung, bei denen ein solcher Anspruch besteht, wird in der Verordnung nach Absatz 3 festgelegt.

Zu Absatz 3

In Absatz 3 wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, in einer Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu regeln, welche Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene als maßgeblich gelten. Bei der Regelung darüber sind unter anderem die Mitgliederzahl, regionale Verbreitung und Organisationsstruktur, satzungsmäßige Aufgaben einer Organisation sowie repräsentierte Bereiche in der Versorgung zu berücksichtigen. Zudem ist zu prüfen, wie eine angemessene Beteiligung auch landesrechtlich geregelter Organisationen erfolgen kann.

Zu Nummer 53 (§ 120 Absatz 3)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 54 (§ 125a)

Zu § 125a (Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege)

Telepflege im Sinne dieser Regelung ist der Austausch von Informationen im Rahmen des Pflegeprozesses unter Verwendung von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Überbrückung einer zeitlichen und räumlichen Distanz durch beruflich Pflegenden mit

- pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen,
- anderen beruflich Pflegenden und
- weiteren professionellen Akteuren im Gesundheitssystem (zum Beispiel Ärztinnen und Ärzten, Ergo-, Logo- oder Physiotherapeutinnen und -therapeuten und Wundtherapeutinnen und -therapeuten etc.).

Der Schwerpunkt liegt dabei insbesondere auf Leistungen, die unter überwiegender Verantwortung beruflich Pflegenden gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit anderen professionellen Akteuren (zum Beispiel Ärztinnen und Ärzten, Ergo-, Logo- oder Physiotherapeutinnen und -therapeuten und Wundtherapeutinnen und -therapeuten etc.) erbracht werden. Telepflegerische Ansätze verfügen über ein großes Potenzial, Pflegepersonal vor allem im ambulanten Bereich zu entlasten und in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen sowie deren An- und Zugehörige zu unterstützen.

Im Modellprogramm nach § 125a werden derzeit verschiedene Ansätze erprobt und evaluiert. Dafür sind bis Ende 2025 Mittel in Höhe von bis zu fünf Millionen Euro erforderlich. Die Höhe der verfügbaren Mittel des Modellprogramms wird daher angepasst, um die nicht verausgabten Mittel in Höhe von weiteren fünf Millionen zur Weiterentwicklung der Leistungen der pflegerischen Versorgung im Rahmen des neu eingerichteten Modellprogramms nach § 8 Absatz 3c einzusetzen.

Unter Einbeziehung der Evaluationsergebnisse zur wissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege nach § 125a entwickelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft sowie der Digitalagentur (ehemals Gesellschaft für Telematik) unter Beteiligung der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a bis zum 31. Dezember 2026 Empfehlungen als Grundlage für bundesweite Vereinbarungen und Standards zum Einsatz von Telepflege in der pflegerischen Versorgung in der Langzeitpflege und legt diese dem Bundesministerium für Gesundheit vor. In den Empfehlungen sollen auch Vorschläge dazu gemacht werden, wie telepflegerische Leistungen in der ambulanten und stationären Langzeitpflege im Fünften und Elften Buch abgebildet werden können. Im Rahmen der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Telepflege nach § 125a werden auch Anforderungen an die technische Ausstattung in den Pflegeeinrichtungen sowie Qualifikationsanforderungen an das Personal untersucht, die mit dem Einsatz telepflegerischer Lösungen verbunden sind. Die Ergebnisse sind mit einzubeziehen. Die Digitalagentur soll insbesondere mit Blick auf mögliche, aber nicht notwendige Schnittstellen zur Telematikinfrastruktur beteiligt werden. Bei der Auswahl der geeigneten Verbände der Digitalwirtschaft sind insbesondere solche Verbände zu beteiligen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie im Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen gebildet wurden und die dabei vorrangig die Interessen von Unternehmen vertreten, die im Bereich der Telemedizin etwa als Videodienstanbieter tätig sind.

Zu Nummer 55 (§ 125c)

Zu § 125c (Modellvorhaben zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung)

Die regelmäßigen Vergütungsverhandlungen nach dem achten Kapitel sind für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen mit den Leistungsträgern mit erheblichem Aufwand verbunden. Nicht zuletzt mit der Einführung der Regelungen zur tariflichen Bezahlung im Pflegevertrags- und -vergütungsrecht der Pflegeversicherung haben sich die Anforderungen für die Pflegeselbstverwaltung für zeitnahe Abschlüsse der Vereinbarungen neu sortiert.

Digitalisierung wird hier Abhilfe schaffen können: Daher wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit der Durchführung eines Modellvorhabens zur Erprobung digitaler Verhandlungen der Pflegevergütung beauftragt. Die Finanzierung erfolgt aus den vorhandenen Mitteln nach § 8 Absatz 3, die für Modellvorhaben und Studien vorgesehen sind. Er legt die Einzelheiten des Modells im Rahmen der Ausschreibung fest. Dazu gehört auch die Auswahl der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen und Sozialhilfeträger, die möglichst heterogen die bestehende Versorgungslandschaft abbilden. Die Verwaltung und wissenschaftliche Begleitung des Modellvorhabens wird aus den Modellmitteln finanziert. Im Einzelfall ist auch die Gewährung von Mehraufwandsentschädigungen für die von der Durchführung des Vorhabens betroffenen Stellen möglich.

Die Auswirkungen einer digitalen Verhandlung unter Nutzung der technisch und digital verfügbaren Möglichkeiten im Hinblick auf einen zeitnahen und effizienten Abschluss sollen mittels einer Vielzahl von teilnehmenden Pflegeeinrichtungen in unterschiedlichen Versorgungsumgebungen wissenschaftlich erforscht werden, um eine belastbare Grundlage für die Entscheidung über Anpassungen zum Vereinbarungsverfahren im achten Kapitel zu erhalten. Gleichzeitig können die Erkenntnisse aus dem Modell den Vereinbarungspartnern in der Selbstverwaltung unbeschadet der Entscheidung von gesetzlichen Anpassungen in der Praxis unmittelbar nutzen.

Zu Nummer 56 (§ 150)

Zu Buchstabe a

Die zuletzt bis zum 30. April 2023 befristete pandemiebedingte Sonderregelung wird aufgrund der Einführung des § 73a Absatz 1 und 2 in generalisierter Form ins Dauerrecht aufgehoben.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 15a Absatz 2 des Fünften Buches angepasst.

Zu Nummer 57

Zu Buchstabe a, Buchstabe c und Buchstabe d

Mit den Änderungen wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 15a Absatz 2 des Fünften Buches angepasst.

Zu Buchstabe b und Buchstabe e

Mit den Änderungen wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 34)

Zu Buchstabe a

Die Fristen in § 34 werden zur Entbürokratisierung auf jeweils acht Wochen vereinheitlicht. Somit werden Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr weitergewährt. Damit werden Anspruchsberechtigte, die sich regelmäßig vorübergehend im Ausland aufhalten, und Pflegekassen hinsichtlich der Entstehung von Prüfaufwand entlastet.

Zu Buchstabe b

Die Fristen in § 34 werden zur Entbürokratisierung auf jeweils acht Wochen vereinheitlicht. Somit werden Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 in den ersten acht Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Leistungen, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, oder einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches weitergezahlt. Zugleich bleibt es dabei, dass bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Absatz 6 Satz 1 des Zwölften Buches Anwendung findet, das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 auch über die ersten acht Wochen hinaus weitergezahlt

wird. Durch die Regelung wird die häusliche Pflege gestärkt, der auch zum Beispiel während eines Krankenhausaufenthaltes fortbestehenden Pflegebereitschaft und des anhaltenden Einsatzes von pflegenden An- und Zugehörigen Rechnung getragen und die Anzahl der Fälle, in denen das Ruhen zu prüfen ist, wird deutlich gesenkt, sodass Pflegekassen von Prüfaufwand entlastet werden. Zugleich bildet der Zeitraum von acht Wochen eine geeignete Grenze ab, ab dem eine Änderung der Pflegesituation in die Betrachtung mit einbezogen werden kann.

Zu Buchstabe c

Die Fristen in § 34 werden zur Entbürokratisierung auf jeweils acht Wochen vereinheitlicht. Zudem wird die medizinische Vorsorge im Wortlaut des Absatz 3 nun mit aufgeführt. Somit ruhen in Harmonisierung mit den übrigen Regelungen des § 34 die Leistungen zur sozialen Sicherung nach den §§ 44 und 44a nicht für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten oder Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten acht Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation.

Zu Nummer 2 (§ 45j Absatz 3 Satz 2)

Da der Gemeinsame Jahresbetrag nach § 42a zum 1. Juli 2025 in Kraft tritt, ist die Bezugnahme auf den entsprechenden Leistungsbetrag zu ändern.

Zu Nummer 3 (§ 55)

Mit der gesetzlichen Änderung wird ab dem 1. Januar 2026 die Wirkung des Nachweises der Elterneigenschaft sowie der Anzahl der Kinder unter 25 Jahren im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung nach Einführung des automatisierten Übermittlungsverfahrens nach § 55a in Absatz 3a geregelt. Bisher wurde die Wirkung des Nachweises von berücksichtigungsfähigen Kindern in Absatz 3b normiert. Dabei wurde zwischen verschiedenen Geburtszeiträumen der Kinder unterschieden.

Zu Buchstabe a

Die gesetzliche Änderung trägt dem Umstand Rechnung, dass der Nachweis über die Elterneigenschaft sowie über die Anzahl der Kinder unter 25 Jahren spätestens nach Ablauf des Übergangszeitraums nach Absatz 3d und nach den erfolgten Bestandsabfragen nach § 55a SGB XI, § 202a SGB V und § 124 SGB IV ab dem 1. Januar 2026 regelhaft über das automatisierte Übermittlungsverfahren erfolgen wird.

Die Sätze 1 und 2 entsprechen dem bisherigen Absatz 3a Satz 1 und 2. Der bisherige Absatz 3a Satz 3 wird mit Einführung des auf § 55a beruhenden automatisierten Übermittlungsverfahrens entbehrlich.

Nach dem neuen Satz 3 sind Nachweise für Kinder, die über das automatisierte Übermittlungsverfahren erfolgen, im Falle der Geburt eines Kindes ab Beginn des Monats der Geburt, ansonsten ab dem Zeitpunkt eines vergleichbaren Ereignisses zu berücksichtigen. Dies gilt unabhängig vom Zeitpunkt der Übermittlung, da eventuelle Verzögerungen im automatisierten Übermittlungsverfahren nicht in der Verantwortung der Mitglieder oder der abrufenden Stellen liegen. Ein vergleichbares Ereignis kann zum Beispiel die Aufnahme einer Beschäftigung, der Bezug einer Rente oder ein Kassenwechsel sein. Auch kann dies die Feststellung bzw. Anerkennung einer Vaterschaft oder die Adoption eines Kindes sein.

Kinder, die nicht über das automatisierte Übermittlungsverfahren gemeldet werden können, insbesondere weil sie steuerrechtlich nicht relevant sind, wie zum Beispiel bei Stief- und Pflegekindern möglich, kann das Mitglied selbst gegenüber der beitragsabführenden Stelle

oder bei Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse nachweisen. Nähere Hinweise hierzu enthalten die Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach Satz 2.

Erfolgt der Nachweis durch das Mitglied innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des Ereignisses, hat die beitragsabführende Stelle oder die Pflegekasse den Nachweis rückwirkend ab Eintritt des Ereignisses zu berücksichtigen; dies bedeutet bei Geburt eines Kindes ab Beginn des Monats der Geburt oder bei einem vergleichbaren Ereignis ab Eintritt des Ereignisses. Nachweise, die nach Ablauf der Sechs-Monats-Frist erfolgen, sind ab Beginn des Folgemonats, in dem sie erbracht wurden, zu berücksichtigen. Sechs Monate erscheinen auskömmlich, um entsprechende Nachweise vorzulegen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung von § 55 Absatz 3a.

Zu Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 15)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Übertragung der Modellvorhaben nach § 64d SGB V in die Regelversorgung.

Zu Nummer 2 (§ 15a)

Zu § 15a (Pflegerische Leistungen und heilkundliche Leistungen durch Pflegefachpersonen)

Zu Absatz 1

Der Pflegeberuf ist ein Heilberuf mit eigenen beruflichen Kompetenzen. Die Regelung dient als Parallelvorschrift zu § 15 der Klarstellung, welche Qualifikationsvoraussetzungen für die Erbringung pflegerischer Leistungen im Rahmen der bestehenden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung bestehen. Sie schafft keinen eigenen Leistungsanspruch. Bei den Leistungen, die durch Pflegefachpersonen und weitere Personen abhängig von ihrer jeweiligen Qualifikation erbracht werden können, werden drei Arten unterschieden: Pflegerische Leistungen, die nicht zugleich heilkundliche Leistungen sind, heilkundliche Leistungen, die auf Grundlage einer Erlaubnis nach § 1 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes durch Pflegefachpersonen erbracht werden können (dazu gehören beispielsweise Leistungen der häuslichen Krankenpflege/medizinischen Behandlungspflege), und erweiterte heilkundliche Leistungen. Der Begriff der erweiterten heilkundlichen Leistungen knüpft an entsprechende berufsrechtliche Formulierungen in § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes in der ab dem 1. Januar 2025 geltenden Fassung an. Danach vermittelt die hochschulische Pflegeausbildung auch die erforderlichen Kompetenzen für erweiterte heilkundliche Aufgaben, konkret in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz. Der Begriff der erweiterten heilkundlichen Leistungen bezieht sich auf Aufgaben, die in der Versorgung bisher Ärztinnen und Ärzten vorbehalten waren.

Satz 2 stellt gesetzlich klar, dass bei der Erbringung pflegerischer oder heilkundlicher Leistungen durch andere Personen als solche mit einer Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufgesetzes auch im Rahmen des Fünften und Elften Buches Sozialgesetzbuch immer § 4 des Pflegeberufgesetzes zu beachten ist. Die in § 4 des Pflegeberufgesetzes enthaltenen pflegerischen Vorbehaltsaufgaben umfassen die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und Planung der Pflege, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege (Steuerung des Pflegeprozesses). Die Vorbehaltsaufgaben nach § 4 des Pflegeberufgesetzes sind berufsrechtlich als absolute Vorbehaltsaufgaben ausgestaltet. Das

bedeutet, dass andere Berufsgruppen diese Aufgaben nicht erbringen dürfen. Die in der Norm geregelten Vorgaben sind auch bei untergesetzlichen Regelungen (z.B. den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses oder vertraglichen Regelungen und Vereinbarungen auf Grundlage dieses und des Elften Buches) uneingeschränkt zu beachten. Die Vorbehaltsaufgaben werden durch Pflegefachpersonen in eigener Verantwortung einschließlich der Haftung für fehlerhafte Entscheidungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 sowie § 29 des Elften Buches) erbracht. Die Durchführung der Vorbehaltsaufgaben beinhaltet für Pflegefachpersonen die berufliche Verpflichtung, interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen fachlich zu kommunizieren und effektiv zusammenzuarbeiten und dabei individuelle, multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen bei Krankheitsbefunden und Pflegebedürftigkeit zu entwickeln sowie teamorientiert umzusetzen. Pflegeassistenten- und -hilfskräfte sowie weitere Berufsgruppen und Hilfskräfte können Pflegefachpersonen bei der Durchführung der Vorbehaltsaufgaben und der Erbringung pflegerischer Leistungen im Rahmen ihrer jeweiligen Qualifikationen unterstützen. Sie haben dabei je nach vorhandener Qualifikation eine Durchführungsverantwortung. Die Verantwortung im Rahmen der Steuerung des Pflegeprozesses verbleibt jedoch bei der Pflegefachperson.

In Satz 3 wird für erweiterte heilkundliche Leistungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch klargestellt, dass diese unter den Voraussetzungen von § 4a des Pflegeberufgesetzes auch durch Pflegefachpersonen selbständig erbracht werden können. Davon sind zunächst insbesondere die im Rahmen der hochschulischen Pflegeausbildung nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes in der ab 1. Januar 2025 geltenden Fassung zusätzlich vermittelten, erweiterten heilkundlichen Kompetenzen in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz umfasst. Darüber hinaus können heilkundliche Leistungen im Rahmen des Fünften Buches nach § 4a des Pflegeberufgesetzes auch durch Pflegefachpersonen mit einer gleichwertigen Qualifikation, die auch in anderen als den drei genannten Bereichen erworben sein kann (z.B. in der Intensivpflege), erbracht werden. Dazu können entsprechende Fachweiterbildungen, aber auch im Ausland erworbene Qualifikationen gehören. Die Module der Fachkommission nach § 14 des Pflegeberufgesetzes können für die Bewertung, welche Qualifikationen oder Kompetenzen in vergleichbarem Maße zur Erbringung erweiterter heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen berechtigen, eine fachliche Orientierung bieten; sie sind jedoch nicht verbindlich.

Zur Selbständigkeit gehört die Entscheidung über die Art, Dauer und Häufigkeit der erweiterten heilkundlichen Leistung, die Verantwortung für die rechtzeitige fachlich indizierte Einbeziehung ärztlicher und weiterer Berufsgruppen im Gesundheitswesen sowie die haftungsrechtliche Verantwortung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (vgl. § 12). Welche erweiterten heilkundlichen Leistungen im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung durch Pflegefachpersonen erbracht und zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden können, wird in einem Rahmenvertrag auf Grundlage von § 73d konkretisiert, mit dem auch die bisherigen Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3b, 3c und § 64d in die Regelversorgung überführt werden.

Zu Absatz 2

Absatz 2 enthält eine Legaldefinition des Begriffs der Pflegefachperson für die Zwecke des Fünften und Elften Buches. Damit wird die Bezeichnung für Personen, die eine Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufgesetzes haben, an die aktuelle berufsrechtliche Bezeichnung der Pflegefachperson angepasst. Die Verwendung von drei alternativen Berufsbezeichnungen im Gesetz wird vermieden. Darüber hinaus wird damit dem Anliegen der Profession der Pflege entsprochen, den berufspolitisch oft kritisierten Begriff der Pflegefachkraft nicht mehr zu verwenden. Die Änderung wird in den betroffenen Regelungen des Fünften und Elften Buches umgesetzt.

Zu Nummer 3 (§ 20)

Nach § 5 Absatz 1a Satz 3 SGB XI (neu) sollen Pflegefachpersonen die Möglichkeit und Aufgabe erhalten, im Zusammenhang einer Beratung nach den §§ 7a und 7c SGB XI, einer Leistungserbringung nach § 36 SGB XI oder eines Beratungsbesuchs nach § 37 Absatz 3 SGB XI eine Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gemäß § 20 Absatz 5 SGB V auszusprechen. Damit werden die Rolle und Kompetenz der Pflegefachpersonen gestärkt und der Zugang von Pflegebedürftigen zu notwendigen und ihnen zustehenden Präventionsmaßnahmen vereinfacht und verbessert. Die Ergänzung setzt dies entsprechend um. Darüber hinaus soll die Krankenkasse bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention auch die Feststellungen zur Prävention im Rahmen der Pflegegutachtung nach § 18b Absatz 2 SGB XI berücksichtigen.

Zu Nummer 4 (§ 33)

Der zwischen den Spitzenorganisationen nach 132a und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu verhandelnde Rahmenvertrag nach § 73d sieht die selbständige Entscheidung von Pflegefachpersonen über die Folgeversorgung Versicherter mit bestimmten Hilfsmitteln in Abhängigkeit von entsprechenden Qualifikationen und Weiterbildungen der Pflegefachpersonen vor. Die Änderung dient der leistungsrechtlichen Umsetzung der Wertungen aus dem Rahmenvertrag. In Fällen, in denen entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen die zur Ausübung ihrer Tätigkeiten der häuslichen Krankenpflege erforderlichen Hilfsmittel selbständig verordnen können, soll eine solche Verordnung der Pflegefachperson einer vertragsärztlichen Verordnung im Sinne des § 33 Absatz 5a Satz 1 gleichstehen, sodass eine gesonderte vertragsärztliche Verordnung für die Leistungserbringung und Abrechnung nicht notwendig ist.

In Absatz 8 wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 15a Absatz 2 angepasst.

Zu Nummer 5 (§ 39)

In Absatz 1 Satz 2 wird klargestellt, dass die von der Krankenhausbehandlung umfasste Leistung der Krankenpflege auch die pflegerischen Leistungen einschließlich der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben, heilkundliche sowie erweiterte heilkundliche Leistungen nach § 15a umfasst. Welche erweiterten heilkundlichen Aufgaben Pflegefachpersonen erbringen können, richtet sich nach den jeweiligen, z.B. im Rahmen der hochschulischen Ausbildung, einer qualifizierten Fachweiterbildung erworbenen oder in einer Kenntnisprüfung nachgewiesenen Kompetenzen. Der Rahmenvertrag nach § 73d sowie fachliche Empfehlungen zu pflegerischen Aufgaben und Anforderungen an Weiterbildungen, die auf der Grundlage von § 8 Absatz 3c des Elften Buches entwickelt werden, stellen hierfür eine Orientierungshilfe dar.

Zu Nummer 6 (§ 63)

Zu Buchstabe a und Buchstabe b

Sofern Modellvorhaben auf Basis des bis zum Zeitpunkt dieses Gesetzes geltenden Rechts begonnen wurden, können die Modellvorhaben auf dieser Grundlage weitergeführt werden. Neue Modellvorhaben können ab dem Inkrafttreten des Gesetzes nicht mehr begonnen werden, da das Ziel des Gesetzes die Überführung der Modellvorhaben in die Regelversorgung ist.

Zu Nummer 7 (§ 64d)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Änderung wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 15a Absatz 2 angepasst.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Änderung wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a des Elften Buches einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 15a Absatz 2 angepasst.

Zu Buchstabe c

Absatz 4 stellt klar, dass Modellvorhaben, die auf Grundlage des § 64d in der bis zum (Inkrafttreten des Gesetzes) geltenden Fassung begonnen wurden, auf der bisherigen Rechtsgrundlage weitergeführt werden können. Neue Modellvorhaben können ab dem (Inkrafttreten des Gesetzes) nicht mehr begonnen werden, da ein Ziel des Gesetzes die Überführung der Modellvorhaben in die Regelversorgung ist.

Zu Nummer 8 (§ 73d)

Zu § 73d (Selbständige Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; selbständige Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation)

Zu Absatz 1

Die Regelungen zu den Modellvorhaben zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Erbringung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachpersonen in den §§ 63 Absatz 3b und 3c sowie 64d SGB V wurden trotz gesetzlicher Konkretisierungen im Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) vom 11. Juli 2021 bisher nicht flächendeckend umgesetzt. Ein Grund hierfür ist, dass die beruflich zur selbständigen Erbringung von erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten qualifizierten Pflegefachpersonen durch das lediglich modellhafte Erproben ihrer Aufgaben keine belastbare Perspektive für ein dauerhaftes Ausüben dieser Aufgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung haben. Um den Pflegefachpersonen diese Perspektive zu eröffnen, werden die Modelle in die Regelversorgung überführt und um zusätzliche Befugnisse im Rahmen der häuslichen Krankenpflege und der Hilfsmittelversorgung erweitert. Darüber hinaus wird die Möglichkeit geschaffen, in dem Rahmenvertrag nach § 73d sowohl für heilkundliche Leistungen als auch für erweiterte heilkundliche Leistungen abhängig von den Bedarfen in der Versorgung und den bei den Pflegefachpersonen vorhandenen Qualifikationen perspektivisch weitere Leistungen zu vereinbaren, die neben Ärztinnen und Ärzten auch von Pflegefachpersonen übernommen werden können. Damit ist ein wichtiger Schritt zur Entwicklung einer kompetenzorientierten, teambasierten Zusammenarbeit und zur Aufwertung der Kompetenzen entsprechend qualifizierter Pflegefachpersonen in der gesetzlichen Krankenversicherung getan.

Die Pflegefachpersonen können auf Grundlage des nach Absatz 1 zu schließenden Rahmenvertrags im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung selbständig heilkundlich tätig

werden. Voraussetzung hierfür ist das konkret vorhandene Qualifikationsniveau, das von Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes, nach § 1 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes, mit qualifizierten Fachweiterbildungen und/oder mit qualifizierter Berufserfahrung, z.B. auf Grundlage einer Kenntnisprüfung, bis zu Pflegefachpersonen mit Masterabschluss reichen kann. Sie können in einer Vertragsarztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung erweiterte heilkundlichen Aufgaben selbständig in dem Umfang erbringen, für den sie berufsrechtlich qualifiziert sind. Der Umfang der berufsrechtlichen Qualifikation ergibt sich aus §§ 4, 4a und 5 sowie § 37 des Pflegeberufgesetzes; für die Bereiche diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz konkret aus § 37 Absatz 2 Satz des Pflegeberufgesetzes. Darüber hinaus werden im Rahmen dieses sowie des Elften Buches weitere Qualifikationen, die zum Beispiel im Wege von bundeseinheitlichen, qualifizierten Fachweiterbildungen vermittelt wurden, als Grundlage für die Übernahme erweiterter heilkundlicher Aufgaben anerkannt (vgl. § 15a). Dabei können auch die Module der Fachkommission nach § 14 sowie nach § 14a in der ab (Datum des Inkrafttretens) geltenden Fassung einbezogen werden. Damit die Möglichkeiten zur Ausübung erweiterter heilkundlicher Leistungen möglichst zügig in der Regelversorgung ankommen, gelten die in dem bereits geschlossene Rahmenvertrag nach § 64d in der bis zum (Inkrafttreten des Gesetzes) geltenden Fassung mit Inkrafttreten des Gesetzes als vereinbart. Sofern zur Umsetzung in der Regelversorgung noch Anpassungen des bisherigen Rahmenvertrags erforderlich sind, die sich daraus ergeben, dass die bisherige Erbringung erweiterter heilkundlicher Leistungen in einem Modellprogramm, nicht der Regelversorgung, erfolgt, z.B. bezüglich der Abrechnung der Leistungen, sind diese bis zum 31. Juli 2025 und die Anpassungen bis zum 31. September 2025 umzusetzen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich der bisher geschlossene Rahmenvertrag an den Vorgaben der Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V vom 22. März 2012 (Fassung vom: 20. Oktober 2011, BAnz. Nr. 46 (S. 1128) vom 21. März 2012 und BAnz. Nr. 50 (S. 1228) vom 28. März 2012, „Heilkundeübertragungs-Richtlinie“) orientiert. Auch die Standardisierte Modulen zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben der Fachkommission nach § 53 des Pflegeberufgesetzes aus dem Jahr 2022 wurden mit Blick auf die in der Heilkundeübertragungs-Richtlinie geregelten Bereiche entwickelt. Diese Bereiche sind zwar nach wie vor für die Versorgung durch Pflegefachpersonen relevant, sind aber fachlich deutlich weiterzuentwickeln. Daher ist der bisherige Rahmenvertrag nach § 64d nur als ein erster Schritt in Richtung der Weiterentwicklung der Befugnisse von Pflegefachpersonen im Rahmen der Leistungen nach diesem Buch zu sehen.

Für Pflegefachpersonen mit einer beruflichen oder hochschulischen Pflegeausbildung (Erlaubnis nach § 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes) kommen als heilkundliche Aufgaben in Betracht, die durch die berufliche oder spezialisierte hochschulische Ausbildung umfasst sind wie beispielsweise die Entscheidung über die Anlage eines Venenverweilkatheters/einer subkutanen Kanüle und die Gabe einer physiologischen Infusionslösung bei Exsikkose, die Entscheidung über die Anlage eines transurethralen Blasenkatheters bei einem Harnverhalt sowie über dessen Entfernung. Für Pflegefachpersonen, die zusätzlich über Kompetenzen nach § 37 Absatz 2 Satz des Pflegeberufgesetzes in der ab dem 1. Januar 2025 geltenden Fassung in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz (Erlaubnis nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes) oder vergleichbare Qualifikationen verfügen, werden in § 37 Absatz 3 Nummer 8 bereits ausdrücklich die Verabreichung von Infusionstherapie und Injektionen sowie die Verordnung von und Versorgung mit Medizinprodukten und Hilfsmitteln in den drei genannten Bereichen genannt. Darüber hinaus können diese Pflegefachpersonen beispielsweise in einem bestimmten Rahmen Insulindosen bei Blutzucker-Abweichungen anpassen, kapilläre und venöse Blutentnahmen oder eine Uringewinnung zur Routinediagnostik und Verlaufskontrolle bei Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Information, Beratung, und Schulung, zum Beispiel zur Ernährung – soweit nicht eine weitergehende Ernährungstherapie durch die dafür zuständigen

Berufsgruppenangezeigt ist -, Bewegung, Hautpflege, Risikominimierung bei Diabetes mellitus Typ 1 und 2 durchführen. Im Zusammenhang mit dem Management chronischer Wunden kommen zum Beispiel die Durchführung von venösen Blutentnahmen/Wundabstrichen sowie die Bewertung entsprechender Laborwerte (zum Beispiel zur Kontrolle von Entzündungsparametern), die Information, Schulung und Beratung zum Beispiel zu Themen wie Selbstpflege, Selbstmanagement, Ernährung, Druckentlastung, Prävention von Durchblutungsstörungen, Bewegungsförderung, Infektionsprävention, Körperbild, Hautschutz und Rezidivprophylaxe in Betracht. Zu prüfen wäre zudem, ob entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen, auch mit einer geeigneten, qualifizierten Fachweiterbildung, z. B. eigenständige Entscheidungen über den Einsatz von Wundpräparaten und speziellen Verbandsmaterialien treffen können.

Die Pflegefachpersonen werden im Falle einer Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung in der Regel im Angestelltenverhältnis tätig. Sie erbringen an Stelle der Ärztin oder des Arztes die entsprechenden Heilkundeleistungen. Die Ärztin oder der Arzt kann entscheiden, ob sie oder er die Leistung weiter selbst erbringen will oder ob sie oder er die Aufgabe nach sachgerechter Auswahl und erster Diagnose und Indikationsstellung durch eine hierfür qualifizierte Pflegefachperson im Wege der selbständigen Ausübung erbringen lässt. Die selbständige Erbringung entsprechender heilkundlicher Aufgaben durch Pflegefachpersonen kann nach internationalen Erkenntnissen und Erkenntnissen aus einschlägigen Modellprojekten in Deutschland, gerade auch durch die Einbringung der pflegerischen Perspektive und spezifischen Kompetenzen von Pflegefachpersonen, zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgung führen. Zudem können Prozesse durch Pflegefachpersonen ohne Abwarten auf ärztliche Anordnungen oder Verordnungen erfolgen, was Aufwand und ggf. Wegezeiten, insbesondere für ambulante Pflegedienste, einsparen kann. Für die Ärztin oder den Arzt kann die Übernahme dieser heilkundlichen Aufgaben durch Pflegefachpersonen eine Entlastung in der Praxistätigkeit und eine Verbesserung der Compliance, gerade bei der Betreuung chronisch kranker Patientinnen und Patienten, bedeuten, die wiederum die Häufigkeit von Arzt- und Praxiskontakten reduzieren kann. Es ist davon auszugehen, dass Pflegefachpersonen, die in nennenswertem Umfang regelhaft selbständig heilkundliche Aufgaben und die damit verbundene fachliche Verantwortung übernehmen, auch im Rahmen von tariflichen Eingruppierungen, korrespondierend zu ihrer Verantwortungsübernahme höher als ohne die Verantwortungsübernahmen zu entlohnen sind. Kostenverschiebungen zu Lasten der sozialen Pflegeversicherung sind mit der selbständigen Erbringung der erfassten heilkundlichen Aufgaben nicht verbunden, auch dann nicht, wenn diese Aufgaben im Rahmen der Leistungserbringung der sozialen Pflegeversicherung erfolgen.

Neben dem beschriebenen Einsatz in der vertragsärztlichen Versorgung können Pflegefachpersonen, die entsprechend qualifiziert sind, auch in Einrichtungen der häuslichen Krankenpflege nach § 132a Absatz oder der ambulanten oder stationären Pflege nach § 71 des Elften Buches selbständig heilkundliche Aufgaben erbringen. Weitere Regelungen zu diesen weiteren Formen der selbständigen Heilkundeausübung finden sich in § 132a des Fünften Buches.

Die Aufgaben für Pflegefachpersonen werden über Satz 1 Nummer 1 hinaus auch dahingehend erweitert, dass die selbständige Entscheidung über die Ausstellung von Folgeverordnungen bei einzelnen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege und der für die Ausführung dieser Leistungen benötigten Hilfsmittel ermöglicht wird. Ein Katalog dieser Maßnahmen einschließlich der hierfür benötigten Hilfsmittel ist im Rahmenvertrag zu vereinbaren. Die Möglichkeit zur Ausstellung von Folgeverordnungen soll dabei nach der vorhandenen Qualifikation der Pflegefachperson gestaffelt werden. So können Pflegefachpersonen mit einer Erlaubnis nach § 1 des Pflegeberufgesetzes selbständige Folgeverordnungen beispielsweise für Maßnahmen der Grundpflege, hauswirtschaftlichen Versorgung, Ausscheidungen, oralen Ernährung, für das Absaugen der oberen Luftwege, die Versorgung eines suprapubischen Katheters, zum Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung, zur Katheterisierung der Harnblase, zur Stomabehandlung, zur PEG/PEJ-Versorgung sowie zur Wundversorgung einer akuten Wunde auf der Grundlage der in der Pflegeausbildung

vermittelten Kompetenzen ausstellen. Diese Maßnahmen sind bereits Gegenstand der sog. Blanko-Verordnung nach § 37 Absatz 8. Darüber hinaus sind Folgeverordnungen durch Pflegefachpersonen für Sondennahrung über eine Magensonde oder für die Blutzuckermessung zu prüfen. Pflegefachpersonen, die zusätzlich über Kompetenzen nach § 37 Absatz 2 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes in der ab dem 1. Januar 2025 geltenden Fassung in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz oder vergleichbare Qualifikationen verfügen, können zudem beispielsweise Folge-Verordnungen für Hilfsmittel und Materialien zur Insulinbehandlung oder Folge-Verordnungen zur Versorgung von chronischen Wunden ausstellen. Da im Rahmenvertrag auch weitere Qualifikationen für eine selbständige Heilkundeausübung berücksichtigt werden können, sind grundsätzlich auch Folgeverordnungen in anderen Bereichen wie zum Beispiel bei Ernährungs- und Ausscheidungsproblemen, Tracheostoma, akuter oder chronischer Beeinträchtigung der Atmung, aber auch in der Intensivversorgung und der psychiatrischen Versorgung möglich.

Die Rahmenvertragspartner bestimmen darüber hinaus das Nähere zur formalen und inhaltlichen Ausgestaltung der Folgeverordnungen für Leistungen der häuslichen Krankenpflege und Hilfsmittelversorgung durch Pflegefachpersonen.

Besonders wichtig wird zukünftig eine teambasierte, interprofessionelle Zusammenarbeit der selbständig heilkundlich tätigen Pflegefachpersonen mit weiteren Berufsgruppen sein. Hierzu sind im Rahmenvertrag Festlegungen zu treffen. Diese können beispielsweise Vorgaben zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes und zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch die Pflegefachperson über die als Folgeverordnung veranlassten Maßnahmen beinhalten. Die hierfür erforderlichen Kompetenzen werden im Rahmen der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung allen Pflegefachpersonen vermittelt (vgl. § 5 Nummer 3 des Pflegeberufgesetzes). Nach § 37 Absatz 3 Nummer 6 bis 8 des Pflegeberufgesetzes in der ab dem 1. Januar 2025 geltenden Fassung findet im Rahmen der hochschulischen Pflegeausbildung, in deren Rahmen auch erweiterte heilkundliche Kompetenzen in den Bereichen diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz darüber hinaus eine vertiefte Auseinandersetzung u. a. mit Fragen der interprofessionellen Zusammenarbeit und wirtschaftlichen Fragen statt. Grundsätzlich sind bei den Katalogen nach Absatz 1 zudem die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben (vgl. § 15a) mit zu abbilden.

Um eine möglichst schnelle Umsetzung der selbständigen Ausübung heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen in der Versorgung zu erreichen, ist es sinnvoll, bei der Umsetzung in einem ersten Schritt an die Vorarbeiten anzuknüpfen, die die Rahmenvertragspartner nach § 64d Absatz 1 Satz 4 bei der Erarbeitung des Rahmenvertrags geleistet haben. Da sich der Rahmenvertrag nach § 64d an der für diese Regelung nicht mehr geltenden Heilkundeübertragungsrichtlinie orientierte, ist es jedoch erforderlich, in einem neuen Rahmenvertrag die bisherigen Inhalte zu überprüfen und diese darüber hinaus unabhängig weiterzuentwickeln. Um bei der Erarbeitung des Rahmenvertrags an die fachliche Kompetenz der beteiligten Berufsgruppen anzuknüpfen, ist den maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene nach § 118a des Elften Buches sowie der Bundesärztekammer vor Abschluss des Rahmenvertrags Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Fachliche Empfehlungen, z.B. auf Grundlage von § 8 Absatz 3c des Elften Buches entwickelte Empfehlungen für pflegerische Aufgaben sind einzubeziehen.

Die Festlegung der Einzelheiten in einem Rahmenvertrag obliegt den Spitzenorganisationen nach § 132a, den Vereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 des Elften Buches und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. So kann eine bereits etablierte Struktur genutzt werden, da die vormaligen Vertragspartner nach § 64d das Thema unter dem Blickwinkel der Modellvorhaben schon einmal bearbeitet haben und sich somit an dem entsprechenden Rahmenvertrag orientieren können.

Satz 9 stellt klar, dass der Gemeinsame Bundesausschuss bei der Wahrnehmung seiner Normsetzungskompetenzen nicht von den im Rahmenvertrag nach § 73d vereinbarten Vorgaben abweichen kann, sondern diese zu beachten hat.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt das Schiedsverfahren sowie die erforderliche Evaluation. Ebenso wie die Vertragspartner kann das Bundesministerium für Gesundheit im Falle einer Nichteinigung die Festsetzung der Inhalte des Rahmenvertrags durch eine Schiedsperson beantragen. Damit wird sichergestellt, dass es im Falle einer Nichteinigung nicht zu längeren Verzögerungen aufgrund der Nichtanrufung der Schiedsstelle kommt. Darüber hinaus werden die Vertragsparteien verpflichtet, im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung und in der Langzeitpflege die Auswirkungen der selbständigen Erbringung heilkundlicher Aufgaben durch Pflegefachpersonen auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung der Versicherten zu evaluieren und dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2027 einen Bericht über das Ergebnis der Evaluation vorzulegen.

Zu Absatz 3

Das Bundesministerium für Gesundheit wird in Absatz 3 beauftragt, bis zum 31. Dezember 2027 unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Entwicklung und Umsetzung der selbständigen Erbringung heilkundlicher Aufgaben durch Pflegefachpersonen in anderen Versorgungsbereichen, insbesondere im Bereich der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationsreinrichtungen zu evaluieren. Die Umsetzung heilkundlicher und erweiterter heilkundlicher Leistungen in diesen Bereichen erfolgt im Rahmen des jeweiligen Leistungsanspruchs und auf Grundlage entsprechender Qualifikationen: bei der Entscheidung darüber, welche Aufgaben von Pflegefachpersonen durchgeführt werden können und dürfen, sollen sich die jeweiligen Träger an den Inhalten des Rahmenvertrags nach Absatz 1 sowie an den auf Grundlage von § 8 Absatz 3c des Elften Buches entwickelten fachlichen Empfehlungen für pflegerische Aufgaben orientieren. Auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Evaluierung und der Evaluierung nach Absatz 2 prüft das Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend den Umsetzungsstand sowie möglichen Anpassungsbedarf und legt den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes dazu einen Bericht vor. Hierdurch soll sichergestellt werden, ob und inwieweit die selbständige Erbringung heilkundlicher und erweiterter heilkundlicher Aufgaben auch in anderen Versorgungsbereichen entsprechend der gesetzlichen Vorgaben umgesetzt wurde. Wird im Rahmen der Evaluierung festgestellt, dass die Umsetzung nicht hinreichend erfolgt ist, können kurzfristig gesetzliche Anpassungsbedarfe vorgeschlagen werden, um die selbständige Erbringung heilkundlicher und erweiterter heilkundlicher Aufgaben auch in diesen Versorgungsbereichen bedarfsorientiert und zielgerichtet weiterzuentwickeln.

Zu Absatz 4

Mit dieser Regelung wird klargestellt, dass die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt bestimmte, bisher Ärztinnen und Ärzten vorbehaltene Aufgaben auf eine Pflegefachperson, die über die entsprechenden Qualifikationen oder qualifizierten Weiterbildungen verfügt, im Rahmen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch eine entsprechend qualifizierte Pflegefachperson selbständig erbringen lassen darf. Die entsprechenden Aufgaben sind in dem Vertrag nach § 73d Absatz 1 definiert.

Zu Nummer 9 (§ 87)

Der Bewertungsausschuss erhält den Auftrag, den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) entsprechend der delegationsfähigen Leistungen dahingehend zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen, in welchem Umfang übertragbare ärztliche

Tätigkeiten angemessen vergütet werden können. Dies gilt, soweit die selbstständige Heilkundeausübung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung stattfindet.

Zu Nummer 10 (§ 132a)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die häusliche Krankenpflege umfasst grund- und behandlungspflegerische Maßnahmen sowie medizinische Behandlungspflege und Palliativversorgung im Rahmen der Leistungsansprüche der Absätze 1, 1a, 2 und 2b. Die Erbringung dieser Leistungen durch Pflegefachpersonen, die als Leistungserbringer nach den Vorschriften dieses Buches tätig werden, muss nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und in der fachlich gebotenen Qualität erfolgen (§ 135a Absatz 1). Zur fachlich gebotenen Qualität dieser Leistungen gehört die Steuerung des Pflegeprozesses, die in den pflegerischen Vorbehaltsaufgaben nach § 4 des Pflegeberufgesetzes beschrieben und in § 15a auch sozialrechtlich verankert ist. Die Steuerung des Pflegeprozesses umfasst die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Planung der Pflege, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege. Dies haben die Rahmenempfehlungspartner zu berücksichtigen. Es wird daher klargestellt, dass sich die von den Rahmenvereinbarungspartnern nach § 132a zu regelnden Empfehlungen zu Maßnahmen der Qualitätssicherung der Leistungserbringung auch auf die Pflegeprozessessteuerung beziehen. Eine Doppelvergütung derselben Maßnahmen der Steuerung des Pflegeprozesses aus den Mitteln der GKV und sozialen Pflegeversicherung ist nicht zulässig. Zu den Aufwänden der Steuerung des Pflegeprozesses können insbesondere vergütete Erst- und Folgegespräche sowie Aufwände für komplexe Fallsteuerungen, die beispielsweise interdisziplinäre Fallbesprechungen, auf Wunsch des Versicherten auch unter Einbeziehung von An- und Zugehörigen erfolgen können, gehören.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen.

Zu Doppelbuchstabe cc

In Absatz 1 Nummer 7 wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 15a Absatz 2 angepasst.

Zu Doppelbuchstabe dd

Die Rahmenempfehlungspartner nach § 132a Absatz 1 erhalten den Auftrag, Grundsätze für die Vergütung erweiterter heilkundlicher Aufgaben nach § 73d Absatz 1 zu vereinbaren, soweit sie von Pflegediensten nach § 132a Absatz 4 erbracht werden. Darüber hinaus wird der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 15a Absatz 2 angepasst.

Zu Buchstabe b

Mit der Einfügung von §§ 45j und 92c des Elften Buches wird für neuartige Versorgungsansätze in der Pflege, die weder dem häuslichen noch dem stationären Bereich zuzuordnen sind, eine rechtliche Grundlage geschaffen.

§ 45j (neu) des Elften Buches regelt, welche Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen nach § 92c des Elften Buches beansprucht werden können. Neben

Leistungen des Elften Buches können dies Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 sein.

Mit Absatz 5 wird vorgesehen, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die von dem sogenannten Basispaket nach § 92c Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 des Elften Buches umfasst sind, auf Grundlage der Verträge nach § 92c Absatz 1 des Elften Buches erbracht werden.

Soweit das Basispaket Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 umfasst, ist eine Abrechnung dieser Leistungen nach §§ 37, 132a ausgeschlossen.

Die Erbringung und Abrechnung der nicht vom Basispaket nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 des Elften Buches umfassten Leistungen der häuslichen Krankenpflege richten sich hingegen nach §§ 37, 132a.

Zu Nummer 11 (§ 197b)

Die Ergänzung stellt bei der Aufgabenübertragung von Kranken- bzw. Pflegekassen auf Arbeitsgemeinschaften oder Dritte den Gleichklang mit der neu aufgenommenen Vorschrift des § 47b Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) her. Durch die Ergänzung wird verdeutlicht, dass auch Rechtsansprüchen vorgelagerte Interessen der Versicherten bei der Aufgabenübertragung auf Arbeitsgemeinschaften oder Dritte nicht beeinträchtigt werden dürfen. Ein solches Interesse der Versicherten besteht insbesondere an einer zügigen, termingerechten Abwicklung der übertragenen Aufgaben (z.B. bei der Bezahlung von Leistungserbringern durch Abrechnungsdienste). Die Klarstellung trägt damit der Vorgabe des § 97 Absatz 1 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) Rechnung, dass bei einer zugelassenen Wahrnehmung von Aufgaben durch Dritte sichergestellt sein muss, dass der Dritte die Gewähr für eine sachgerechte, die Rechte und Interessen der Betroffenen wahrende Erfüllung der Aufgaben bietet. Nach § 97 Absatz 1 Satz 2 SGB X ist der Dritte zu verpflichten, dem Auftraggeber auf Verlangen alle Unterlagen und Informationen zur Verfügung zu stellen, die für eine aufsichtsrechtliche Prüfung der sachgerechten Aufgabenerledigung beim Auftraggeber erforderlich sind.

Zu Nummer 12 (§ 202)

Zu Buchstabe a

Zur Anbindung der Zahlstellen an das automatisierte Übermittlungsverfahren nach § 55a des Elften Buches ist es aus technischen Gründen erforderlich, die Meldung über die Datenstelle der Rentenversicherung nach § 145 Absatz 1 Satz 1 des Sechsten Buches und über die zentrale Stelle nach § 81 des Einkommensteuergesetzes an das Bundeszentralamt für Steuern zu richten. Die gesetzliche Änderung dient somit der technischen Umsetzbarkeit des vorgenannten Verfahrens.

Zu Buchstabe b

Entsprechendes gilt für die in Satz 6 geregelte Rückmeldung des Bundeszentralamtes für Steuern. Auch bei dieser ist es aus technischen Gründen erforderlich, den Meldeweg zusätzlich über die Datenstelle der Rentenversicherung nach § 145 Absatz 1 Satz 1 des Sechsten Buches zu richten.

Zu Nummer 13

Zu Buchstabe a und Buchstabe b

Mit den Änderungen werden die Begriffe der Krankenschwester, des Krankenpflegers sowie der Begriff der Pflegefachkraft an die Legaldefinition der Pflegefachperson in § 15a Absatz 2 angepasst.

Zu Buchstabe c und Buchstabe d

Mit den Änderungen wird die Beteiligung der Pflegeberufe an Entscheidungsprozessen anhand der Vorgaben des § 118a des Elften Buches einheitlich gestaltet und gestärkt.

Zu Artikel 4 (Änderung des Pflegezeitgesetzes)

Die Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der in § 1 Pflegezeitgesetz genannten Maßnahmen kann durch einen Arzt, eine Ärztin oder durch eine Pflegefachperson ausgestellt werden. Hierdurch erhalten Beschäftigte in einer akut aufgetretenen Pflegesituation mehr Flexibilität, indem sie sich für die vom Arbeitgeber verlangte Bescheinigung an einen Arzt, eine Ärztin oder an eine Pflegefachperson wenden können. Gleichzeitig wird das Aufgabenfeld von Pflegefachpersonen ausgeweitet und die Befugnisse von Pflegefachpersonen werden entsprechend ihrer Kompetenzen gestärkt, ohne dass hierdurch eine zusätzliche Dokumentation notwendig wird. Die hier benannten Pflegefachpersonen sind Personen mit einer Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz oder einem gleichgestellten Abschluss.

Zu Artikel 5 (Änderung des Pflegeberufgesetzes)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Bei den Änderungen der Inhaltsübersicht des Pflegeberufgesetzes handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zu den Änderungen des Pflegeberufgesetzes, die mit dem vorliegenden Gesetz vorgenommen werden.

Zu Nummer 2 (§ 4)

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung der Überschrift wird der Text der Überschrift inhaltlich an den Text der Norm angepasst. Mit der Änderung in Absatz 1 Nummer 1 wird ein Redaktionsversehen bereinigt.

Zu Buchstabe b

Die Formulierung wird an § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe a angepasst.

Zu Nummer 3 (§ 4a)

Mit der Regelung wird klargestellt, dass die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“, „Pflegefachmann“ oder „Pflegefachperson“ auch die Befugnis zur Heilkundeausübung im jeweiligen Umfang der in der beruflichen oder hochschulischen Pflegeausbildung nach §§ 4, 5 und 37 erworbenen Kompetenzen umfasst, wobei nicht alle pflegerische Kompetenzen auch heilkundliche Kompetenzen darstellen. Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 Satz 2 in der ab dem 1. Januar 2025 geltenden Fassung verfügen dabei über deutlich erweiterte heilkundliche Kompetenzen.

Zu Nummer 4 (§ 14)

Die Entwicklung standardisierter Module war nach § 14 Absatz 4 auch bisher schon ohne entsprechende Modellvorhaben möglich. Dieses Angebot soll weitergeführt werden. Die standardisierten Module sind insbesondere für die Länder nicht verbindlich, können aber als fachliche Grundlage zur Entwicklung von Lehrplänen und Curricula, auch für Weiterbildungen, genutzt werden. Von dieser Möglichkeit wurde in der Vergangenheit durch die Länder und Hochschulen regelmäßig Gebrauch gemacht. Mit der Integration der drei Bereiche diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz in die

hochschulische Ausbildung, die mit dem Pflegestudiumstärkungsgesetz erfolgt ist, der Ermöglichung der (erweiterten) Heilkundeausübung durch Pflegefachpersonen und der parallel erfolgenden Möglichkeit zur Erbringung erweiterter heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen des Fünften Buches besteht ein gewachsener Bedarf an fachlich aufbereiteten Kompetenzprofilen für erweiterte heilkundliche Aufgaben, der auch weiterhin durch die Fachkommission im Rahmen ihrer Kapazitäten unterstützt werden soll.

Zu Nummer 5 (§ 37)

Die Änderungen in Absatz 2 Satz 2 und Absatz 2 Nummer 6 und Nummer 8 dienen – wie die Änderung der Überschrift in § 4 – der Vereinheitlichung der Begriffe im Pflegeberufgesetz, das grundsätzlich auf Aufgaben, nicht auf Tätigkeiten abstellt und nur den Begriff der Selbständigkeit in Orientierung am Sprachgebrauch des Deutschen Qualifikationsrahmens verwendet. Eine selbständige Ausübung einer Aufgabe erfolgt immer auch eigenverantwortlich.

Zu Artikel 6 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts anderes bestimmt ist.

Zu Absatz 2

Die genannten Regelungen treten am ersten Tag des zweiten auf den Tag der Verkündung folgenden Kalendermonats in Kraft.

Zu Absatz 3

Der Gemeinsame Jahresbetrag nach § 42a des Elften Buchs tritt zum 1. Juli 2025 in Kraft. Mit dem Inkrafttreten wird daher auch die Bezugnahme auf den entsprechenden Leistungsbetrag in § 45j Absatz 3 Satz 2 entsprechend angepasst.

Zu Absatz 4

Die genannten Regelungen treten zum 1. Januar 2026 in Kraft.