

Arbeitsentwurf

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeversicherung

(Pflegerreformgesetz)

A. Problem und Ziel

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

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

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

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

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

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

Pflegebedürftige bedürfen vielfach in akuten gesundheitlichen Krisensituationen oder nach einer Krankenhausbehandlung einer besonders verlässlichen Unterstützung, die zu Hause nicht immer sofort sichergestellt werden kann. Die Kurzzeitpflege soll daher gestärkt und durch eine Übergangspflege als Anschlussversorgung nach einem Krankenhausaufenthalt ergänzt werden.

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

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

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

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

B. Lösung

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

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

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

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

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

Die häusliche Pflege wird ebenfalls gestärkt und pflegende Angehörige werden noch besser unterstützt. Für Kurzzeit- und Verhinderungspflege gibt es zukünftig einen Gemeinsamen

Jahresbetrag, der flexibel eingesetzt werden kann. Beim Anspruch auf Verhinderungspflege entfällt die sechsmonatige Vorpflegezeit. Der Gemeinsame Jahresbetrag kann in vollem Umfang für längerfristige Verhinderungen eingesetzt werden. Bei teilstationärer Pflege wird der Kritik an den sogenannten „Stapelleistungen“ durch die Wiedereinführung von Anrechnungsregeln Rechnung getragen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durch den Ausbau intergenerativer Elemente sowie die Stärkung der privaten und betrieblichen Vorsorge wird die Nachhaltigkeit und Demografiefestigkeit der Pflegeversicherung gesichert. Dazu wird die Ansparphase des Pflegevorsorgefonds bis zum Jahr 2050 zeitlich

deutlich verlängert, der Beitragszuschlag für Kinderlose angehoben, die staatliche Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge deutlich erhöht und ergänzend neue Vorsorgeprodukte gefördert, die auf die Deckung der verbleibenden Eigenanteile insbesondere bei stationärer Pflege zielen. Die Möglichkeiten zur Kooperation von Kranken- und Pflegekassen mit Angeboten privater Kranken- und Pflegezusatzversicherungen werden ausgebaut. Der Ansatz der betrieblichen Pflegevorsorge wird erweitert, indem entsprechende betriebliche Lösungen künftig ähnlich staatlich gefördert werden wie die betriebliche Altersvorsorge.

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

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

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Gemeinden

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

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

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

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

2. Gesetzliche Krankenversicherung

Bei voller Jahreswirkung ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung aufgrund der hälftigen Erstattung von Aufwendungen durch die soziale Pflegeversicherung für Leistungen der geriatrischen Rehabilitation bei ab 70-Jährigen jährliche Minderausgaben von rund 0,14 Milliarden Euro, aus der verpflichtenden Entlohnung der Pflegekräfte in tarifvertraglicher Höhe im Bereich der häuslichen Krankenpflege jährliche Mehrausgaben von rund 0,24 Milliarden Euro. Zudem ergeben sich durch die Einführung eines Anspruchs auf Übergangspflege im Krankenhaus Mehrausgaben für die Gesetzliche Krankenversicherung, die entscheidend von der Höhe der zwischen den Vertragsparteien zu verhandelnden Vergütung und der Inanspruchnahme durch die Versicherten abhängig sind und daher nicht quantifiziert werden können. Demgegenüber stehen Einsparungen der Gesetzlichen Krankenversicherung, da insbesondere geringfügige, nicht quantifizierbare Kosten in Form von tagesbezogenen Entgelten für Patientinnen und Patienten in der akutstationären Versorgung, deren Verweildauer die obere Grenzverweildauer überschreitet, entfallen. Der Gesetzlichen Krankenversicherung könnten des Weiteren zusätzliche Kosten für Leistungen der häuslichen Krankenpflege entstehen, wenn im Rahmen der im Gesetz vorgesehenen gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung Aufenthalte in stationären Pflegeeinrichtungen ersetzt werden, bei denen die medizinische Behandlungspflege der Sozialen Pflegeversicherung zugeordnet ist. Die Leistungsausweitung zur Kurzzeitpflege kann zu Mehrausgaben im niedrigen zweistelligen Millionenbereich in der Gesetzlichen Krankenversicherung führen.

Zusätzlich ergeben sich ab 2022 aufwachsende jährliche Mindereinnahmen aus der Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Pflegevorsorge von mittelfristig 0,27 Milliarden Euro.

3. Soziale Pflegeversicherung

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

4. Gesetzliche Rentenversicherung

Es ergeben sich ab 2022 aufwachsende jährliche Mindereinnahmen aus der Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Pflegevorsorge von mittelfristig 0,31 Milliarden Euro.

5. Arbeitslosenversicherung

Es ergeben sich ab 2022 aufwachsende jährliche Mindereinnahmen aus der Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Pflegevorsorge von mittelfristig 0,04 Milliarden Euro.

E. Erfüllungsaufwand

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

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Die Bürgerinnen und Bürger werden durch die höheren Leistungen im Rahmen der Regelung für im Haushalt lebende Betreuungspersonen um 325 Millionen Euro entlastet. Diese Regelung bringt auch Belastungen in Höhe von etwa 200 000 Euro und einen jährlichen Zeitaufwand von etwa 100 000 Stunden mit sich. Aus der Absenkung des Leistungsbetrages für teilstationäre Pflege (§ 41 SGB XI) um 50 Prozent bei Zusammentreffen mit ambulanten Leistungen ergibt sich für die Bürger zusätzlicher Zeitaufwand von 27 500 Stunden aus der Änderung von Daueraufträgen. Durch Nutzung des Informationsportals werden Bürger um circa 20 000 Stunden entlastet, da sie zielgerichteter bei Pflegeeinrichtungen anrufen können.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Die Wirtschaft wird jährlich um etwa 8,6 Millionen Euro belastet. Rund 6,7 Millionen Euro davon betreffen den Aufwand, der durch die Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege entsteht, etwa 740 000 Euro für die Übergangspflege nach einem Krankenhausaufenthalt, etwa 547 000 Euro für die Erhöhung der ambulanten Leistungsbeträge und rund 465 000 Euro für die Schaffung des Informationsportals zu freien Plätzen und Angeboten in der Pflege sowie etwa 278 000 Euro für die Erhöhung der ambulanten Leistungsbeträge. Die einmalige Belastung beträgt rund 22 Millionen Euro. Davon entfallen knapp 10,6 Millionen Euro auf die Entwicklung eines Krisenkonzeptes und rund 2,7 Millionen Euro durch den Nachweis der neuen Zulassungsvoraussetzungen der Pflegeeinrichtungen. Jeweils rund 1,8 Millionen Euro entstehen für die Neuverhandlungen der Tariflohn-Vergütungsvereinbarungen sowie durch die Verpflichtung von ambulanten Pflegediensten, neben der Vergütung von Leistungskomplexen auch Zeitvergütungen zu vereinbaren. Darin enthalten sind auch 1,3 Millionen Euro durch die Prüfung und gegebenenfalls Anpassung der Lohnstrukturen durch die Pflegeeinrichtung. Außerdem entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 896 000 Euro durch den Abschluss von Verträgen zu gemeinschaftlichen Wohnformen. Dem stehen Entlastungen in Höhe von 3,1 Millionen Euro gegenüber; im Wesentlichen durch den Wegfall jährlich durchgeführter Nachweisverfahren für die Bezahlung von Gehältern in der Pflege in Höhe von rund 2,2 Millionen Euro.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Für die Wirtschaft entstehen Bürokratiekosten aus Informationspflichten in Höhe von insgesamt rund 7,3 Millionen Euro. Davon sind der Errichtung und dem Betrieb des Informationsportals 571 000 Euro zuzurechnen; 465 000 Euro als jährlicher und 106 000 Euro als einmaliger Erfüllungsaufwand. Etwa 6,7 Millionen Euro entstehen dabei als einmaliger Aufwand im Rahmen der Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrages.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Der jährliche Erfüllungsaufwand für die Verwaltung beträgt etwa 17 Millionen Euro. Davon entfallen rund 9,8 Millionen Euro für den Aufwand der durch die Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrages für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege entsteht, sowie 4,7 Millionen Euro für die Schaffung des Informationsportals zur freien Plätzen und Angeboten in der Pflege. Der einmalige Erfüllungsaufwand liegt bei etwa 14,6 Millionen Euro. Davon entfallen etwa 6,5 Millionen Euro auf die Prüfung der Einhaltung der neuen Zulassungsvoraussetzungen sowie rund 6,4 Millionen Euro auf die Neuverhandlungen der Vergütungsvereinbarungen für die Bezahlung von Gehältern in der Pflege. Die Entlastung für die Verwaltung beläuft sich auf 3,3 Millionen Euro, vor allem durch den Wegfall des jährlich durchgeführten Nachweisverfahrens für die Bezahlung von Gehältern in der Pflege.

F. Weitere Kosten

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

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

Arbeitsentwurf

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeversicherung

(xxx – xxx)

Vom ...

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

Inhaltsübersicht

- Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 2 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
- Artikel 3 Änderung des Einkommensteuergesetzes
- Artikel 4 Änderung der Sozialversicherungsentgeltverordnung
- Artikel 5 Inkrafttreten

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch **Artikel 311 der Verordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328)/ Änderung durch Artikel 1 G v. 14. Oktober 2020 I 2115 (Nummer 46) textlich nachgewiesen, dokumentarisch noch nicht abschließend bearbeitet** geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - a) Nach der Angabe zu § 39c wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 39d Übergangspflege im Krankenhaus“.
 - b) Nach der Angabe zu § 64c wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 64d Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um die selbständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachkräfte“.
 - c) Nach der Angabe zu § 132l wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 132m Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus“.
2. § 33 Absatz 5a Satz 3 wird wie folgt geändert:
 - a) Die Angabe „§ 18 Absatz 6a“ wird durch die Angabe „§§ 18 Absatz 6a und 40 Absatz 6“ ersetzt.
 - b) Das Wort „ist“ wird durch das Wort „sind“ ersetzt.

3. § 37 wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

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

(10) Drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen nach Absatz 8 evaluieren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer unter Berücksichtigung der nach Absatz 9 erhobenen Daten insbesondere die mit der Versorgung nach Absatz 8 verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der häuslichen Krankenpflege, die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung nach Absatz 8 sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität. Die Evaluierung hat durch einen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer gemeinsam zu beauftragenden unabhängigen Dritten zu erfolgen.“

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

„§ 39d

Übergangspflege im Krankenhaus

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

(2) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der Leistungen nach Absatz 1 an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus. Zahlungen nach § 39 Absatz 4 sind anzurechnen.“

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

„§ 64d

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

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen führen gemeinsam in jedem Bundesland jeweils ein Modellvorhaben nach § 63 zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachkräfte nach dem Pflegeberufegesetz im Wege der Vereinbarung nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach Satz 4 durch. In den Modellvorhaben sind auch Standards für die interprofessionelle Zusammenarbeit zu entwickeln. Die Vorhaben beginnen spätestens am 1. Januar 2023. Die Spitzenorganisationen nach § 132a Absatz 1 Satz 1 und die Kassenärztliche Bundesvereinigung legen in einem Rahmenvertrag die Einzelheiten fest. Der Bundespflegekammer und den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

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

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

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

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

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

6. § 87 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Satz 5 wird der folgende Satz eingefügt:

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

- b) Der neue Satz 8 wird aufgehoben.

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

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

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

„§ 132m

Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus

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

Artikel 2

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

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

„§ 7b Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine“.

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

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

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

„Zweites Kapitel

Leistungsberechtigter Personenkreis, Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Berichtspflichten

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

§ 16 Verordnungsermächtigung

§ 17 Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen

§ 18 Beauftragung der Begutachtung

§ 18a Begutachtungsverfahren

§ 18b Gutachten

§ 18c Entscheidung der Pflegekasse

§ 18d Berichtspflichten

§ 19 Begriff der Pflegepersonen“.

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

„§ 30 Dynamisierung“.

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

„§ 39 Verhinderungspflege“.

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

„Dritter Titel

Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege

§ 42a Gemeinsamer Jahresbetrag“.

- g) Folgende Angaben des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels werden wie folgt gefasst:
- aa) Im bisherigen Dritten Titel wird das Wort „Dritter“ durch das Wort „Vierter“ ersetzt.
 - bb) Im bisherigen Vierten Titel wird das Wort „Vierter“ durch das Wort „Fünfter“ ersetzt.
 - cc) Im bisherigen Vierten Titel wird das Wort „Fünfter“ durch das Wort „Sechster“ ersetzt.
- h) Nach der Angabe zu § 43b werden folgende Angaben eingefügt:

„Siebter Titel

Pflegebedingter Eigenanteil

§ 43c Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils“.

- i) Die Angaben zum Fünften Abschnitt des Vierten Kapitels werden wie folgt geändert:
- aa) Die Angabe zum Fünften Abschnitt wird wie folgt gefasst:

„Fünfter Abschnitt

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

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

„Erster Unterabschnitt

Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlungsanspruch und Entlastungsbetrag“.

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

„Zweiter Unterabschnitt

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

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

„§ 45e Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken

Dritter Unterabschnitt

Unterstützung in der häuslichen Betreuung und andere Leistungen bei häuslicher Pflege

§ 45f Unterstützung in der häuslichen Betreuung, Verordnungsermächtigung

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

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

„Sechster Abschnitt

Gemeinschaftliche Wohnformen zur pflegerischen Versorgung“.

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

„§ 45h Verträge zu gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung

§ 45i Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung

§ 45j Evaluation gemeinschaftlicher Wohnformen zur pflegerischen Versorgung“.

- l) Die Angaben zum Dritten Abschnitt des Sechsten Kapitels werden wie folgt geändert:

- aa) Die Angabe zum Dritten Abschnitt wird wie folgt gefasst:

„Dritter Abschnitt

Bundesmittel“.

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

„§ 61a Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

§ 61b Erstattung der Aufwendungen für Rentenversicherungsbeiträge“.

- m) Die Angaben zum bisherigen Dritten und bisherigen Vierten Abschnitt des Sechsten Kapitels werden um die Angaben zum Vierten und Fünften Abschnitt des Sechsten Kapitels ersetzt.

- n) Nach der Angabe zu § 82b wird die folgende Angabe zu § 82c eingefügt:

„§ 82c Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen“.

- o) Nach der Angabe zu § 88 wird folgende Angabe zu § 88a eingefügt:

„§ 88a Wirtschaftlich tragfähige Vergütung für Kurzzeitpflege“.

- p) Die Angabe zum Zweiten Abschnitt des Neunten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Übermittlung von Leistungsdaten, Nutzung der Telematikinfrastruktur“.

- q) Nach der Angabe zu § 106b wird die folgende Angabe zu § 106c eingefügt:

„§ 106c Einbindung der Medizinischen Dienste in die Telematikinfrastruktur“.

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

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

s) Die Angabe zu § 122 wird gestrichen.

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

„§ 125a Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege“.

u) Überschriften des vierzehnten Kapitels wird wie folgt geändert:

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

„Vierzehntes Kapitel Pflegevorsorge“.

bb) Nach der Überschrift wird die Angabe eingefügt:

„Erster Abschnitt Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge“.

v) Nach § 130 werden folgende Angaben eingefügt:

„Zweiter Abschnitt Förderung der betrieblichen Pflegevorsorge

§ 130a Betriebliche Pflegevorsorge“.

w) Die Angabe zu § 142 wird gestrichen.

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

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

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

„§ 150c Beteiligung an den Aufwendungen des Bundes für Schutzausrüstung“.

2. § 7 wird wie folgt geändert:

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

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

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

3. § 7b wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 7b

Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine“.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

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

1. unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, oder
2. einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten der Pflegekasse innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann; § 7a Absatz 4 Satz 5 ist entsprechend anzuwenden.“

bb) Folgender Satz wird angefügt:

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

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

„§ 7d

Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsleistungsangeboten

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

1. tagesaktuelle Informationen zu frei verfügbaren Angeboten von allen nach § 72 Absatz 1 zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie ambulanten Betreuungsdiensten nach § 71 Absatz 1a,
2. Informationen über Beratungs- und Schulungsangebote nach §§ 7c und 45 sowie
3. auf Antrag der jeweiligen Stellen Informationen über Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a, zu weiteren Angeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind, insbesondere für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen in Betracht kommende gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative und

sonstige medizinische sowie pflegerische und soziale Hilfs- und Unterstützungsangebote, Angebote der für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe sowie Angebote von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen im Sinne von § 45c Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 aufzunehmen.

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

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

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

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

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

(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit alle zwei Jahre, erstmals zum 30. Juni 2023, einen Bericht vor. Der Bericht enthält Informationen über den Aufbau des oder der Informationsportale, Anwendungserfahrungen und Vorschläge zur Weiterentwicklung der Informationsportale oder des Informationsportals. Das Bundesministerium für Gesundheit leitet den Bericht an den Deutschen Bundestag weiter.“

5. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

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

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Absatz 5 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“

b) Absatz 6 wird aufgehoben.

c) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Förderfähig sind

1. individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind,
2. die Entwicklung von Konzepten für mitarbeiterorientierte und lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung,
3. die Entwicklung von Konzepten zur Rückgewinnung von Pflege- und Betreuungspersonal und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung sowie
4. Schulungen und Weiterbildungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf sowie zu den unter Ziffer 2 und Ziffer 3 genannten Themen.“

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

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

e) In Absatz 9 wird Satz 2 aufgehoben.

6. § 9 wird wie folgt gefasst:

„§ 9

Aufgaben der Länder

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

(2) Zur Unterstützung der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen bei der Tragung der ihnen von den Pflegeeinrichtungen berechneten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen nach § 82 Absatz 3 und 4 gewähren die Länder für jede vollstationär versorgte pflegebedürftige Person einen monatlichen Zuschuss zu den Investitionskosten in Höhe von 100 Euro. Dazu zahlen die Länder auf der Basis der in der Pflegestatistik nach § 109 für jedes Land ausgewiesenen Zahl der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflegeversicherung den Gesamtbetrag der Zuschüsse in vierteljährlichen Raten zum 15. Februar, 15. Mai, 15. August und 15. November des Jahres an den Ausgleichsfonds der

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

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

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

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

7. Dem § 13 wird folgender Absatz 7 angefügt:

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

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

„Zweites Kapitel

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

9. In §§ 16 Satz 1 und 17 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 18“ durch die Angabe „§§ 18 bis 18c“ jeweils ersetzt.
10. § 17 wird wie folgt geändert:

a) Folgender Absatz 1c wird angefügt:

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

1. allgemeine Verhaltensgrundsätze für alle unter der Verantwortung der Medizinischen Dienste am Begutachtungsverfahren Beteiligten,
2. die Pflicht der Medizinischen Dienste zur individuellen und umfassenden Information des Versicherten über das Begutachtungsverfahren, insbesondere über den Ablauf, die Rechtsgrundlagen und Beschwerdemöglichkeiten,
3. die regelhafte Durchführung von Versichertenbefragungen und
4. ein einheitliches Verfahren zum Umgang mit Beschwerden, die das Verhalten der Mitarbeiter der Medizinischen Dienste oder das Verfahren bei der Begutachtung betreffen.“

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

11. § 17a wird aufgehoben.

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

„§ 18

Beauftragung der Begutachtung

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

(2) Die Pflegekassen können den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit der Prüfung beauftragen, für welchen Zeitanteil die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches oder die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat. Von den Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 sind nur Maßnahmen der körperbezogenen Pflege zu berücksichtigen. Bei der Prüfung des Zeitanteils sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1b zu beachten.

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

1. soweit nach Absatz 1 unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen oder
2. wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

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

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

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

§ 18a

Begutachtungsverfahren

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

Wohnbereich erforderlich ist, konkretisiert der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1.

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

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

1. außerhäusliche Aktivitäten: Verlassen des Bereichs der Wohnung oder der Einrichtung, Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder der Einrichtung, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr, Mitfahren in einem Kraftfahrzeug, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, einer Werkstatt für behinderte Menschen oder Besuch einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege oder eines Tagesbetreuungsangebotes, Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen;
2. Haushaltsführung: Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten, aufwändige Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten.

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

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

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

1. liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
2. wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder
3. wurde mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart,

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

(6) Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart, ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter spätestens innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und der Antragsteller seitens des Medizinischen Dienstes oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter an die Pflegekasse weiterleiten.

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

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

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

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

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

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

§ 18b

Gutachten

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

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

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

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

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

§ 18c

Entscheidung der Pflegekasse

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

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

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

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

(5) Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in § 18a Absatz 5 und 6 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 80 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in vollstationärer Pflege befindet und bereits bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt sind. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen. Liegt ein Verzögerungsgrund nach Satz 2 Alternative 1 vor, ist der Lauf der Frist bis zur Beendigung der Verzögerung unterbrochen; der Zeitraum der Unterbrechung wird in die Frist nicht eingerechnet. Die Frist nach Satz 1 beginnt mit Antragstellung gemäß § 33 Absatz 1. Der Lauf der Frist nach Satz 1 Alternative 1 bleibt von einer Entscheidung nach Absatz 1 Satz 2 unberührt.

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

§ 18d

Berichtspflichten

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

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

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

(2) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bereitet die Daten auf und leitet die aufbereiteten und auf Plausibilität geprüften Daten bis zum 30. Juni des dem Berichtsjahr folgenden Jahres dem Bundesministerium für Gesundheit zu. Er hat die aufbereiteten Daten der landesunmittelbaren Versicherungsträger auch den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder den von diesen bestimmten Stellen auf Verlangen zuzuleiten. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen veröffentlicht auf Basis der gemeldeten Daten sowie sonstiger Erkenntnisse jährlich einen Bericht bis zum 1. September des dem Berichtsjahr folgenden Jahres.

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

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

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

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

14. § 28 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

„4. Verhinderungspflege (§ 39 in Verbindung mit § 42a)“.

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

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

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

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

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

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

c) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Ist für die Leistungsgewährung nach diesem Buch ein nach Monaten zu bestimmender Zeitraum maßgebend und wird dabei nicht auf den Kalendermonat Bezug genommen, ist der Monat für die Berechnung mit 30 Tagen anzusetzen.“

15. § 28a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Absatzbezeichnung „(1)“ wird gestrichen.

bb) In Nummer 4 wird nach der Angabe „3“ ein Komma eingefügt und wird die Angabe „und 5“ durch die Angabe „5 und 6“ ersetzt.

cc) Nach Nummer 5 wird folgende Nummer 6 eingefügt:

„6. einen monatlichen Zuschuss zu vollstationärer Pflege gemäß § 43 Absatz 3,“.

dd) Die bisherigen Nummern 6 bis 8 werden die Nummern 7 bis 9.

ee) Nach der neuen Nummer 9 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und werden folgende Nummern 10 bis 13 angefügt:

„10. den Entlastungsbetrag gemäß § 45b,

11. Unterstützung in der häuslichen Betreuung gemäß § 45f,

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

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

b) Die Absätze 2 und 3 werden aufgehoben.

16. § 30 wird wie folgt gefasst:

„§ 30

Dynamisierung

Die Leistungsbeträge nach den §§ 36, 37, 38a, 40 Absatz 4, 41, 42a, 43 und 45b steigen, beginnend mit dem 1. Januar 2023, jährlich zum 1. Januar um 1,5 Prozent; für

den Zuschlag nach § 45i Absatz 1 Satz 2 und den Zuschuss nach § 45i Absatz 1 Satz 3 gilt dies ab dem 1. Januar 2024. Die neuen Leistungsbeträge werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Bundesanzeiger bekannt gemacht.“

17. § 31 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Medizinischen Dienstes“ die Wörter „oder anderer von ihr beauftragter unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter“ eingefügt und wird die Angabe „§ 18 Absatz 6“ durch die Angabe „§ 18b Absatz 3“ ersetzt.
- b) In Satz 5 wird die Angabe „§ 32 Absatz 1“ durch die Angabe „§ 32 Absatz 1“ ersetzt.

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

19. Dem § 35 wird folgender Satz angefügt:

„Endet die Mitgliedschaft durch Tod, erlöschen abweichend von § 59 des Ersten Buches die Ansprüche auf Kostenerstattung nach diesem Buch in sechs Monaten nach dem Tod des Pflegebedürftigen.“

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

21. § 37 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 3 wird in Nummer 1 die Angabe „316“ durch die Angabe „332“, in Nummer 2 die Angabe „545“ durch die Angabe „573“, in Nummer 3 die Angabe „728“ durch die Angabe „765“ und in Nummer 4 die Angabe „901“ durch die Angabe „948“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „für bis zu acht Wochen“ gestrichen und die Wörter „für bis zu sechs Wochen“ durch die Wörter „jeweils für bis zu zwei Monate“ ersetzt.

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

23. In § 38a Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „214“ durch die Angabe „225“ ersetzt.

24. § 39 wird wie folgt gefasst:

„§ 39

Verhinderungspflege

(1) Ist eine Pflegeperson, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 in seiner häuslichen Umgebung pflegt, wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für den Pflegebedürftigen für längstens zwei Monate je Kalenderjahr; § 34 Absatz 2 Satz 1 gilt nicht. Eine vorherige

Antragstellung ist nicht erforderlich. Die notwendige Ersatzpflege kann auch stundenweise erbracht werden, wenn dies aufgrund der Verhinderung der Pflegeperson erforderlich ist.

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

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

(4) Für stundenweise erbrachte Ersatzpflege dürfen sich die Aufwendungen der Pflegekasse abweichend von Absatz 2 und 3 je Kalenderjahr insgesamt auf höchstens 40 Prozent des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a belaufen.“

25. § 40 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „40“ durch die Angabe „60“ ersetzt.
- b) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 eingefügt:

„(6) Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36, nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Wird ein Pflegehilfsmittel nach Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 5 oder ein Hilfsmittel nach Absatz 5, das den Zielen von Absatz 1 Satz 1 dient, von einer Pflegefachkraft bei der Antragstellung empfohlen, werden in fachlich geeigneten Fällen die Notwendigkeit der Versorgung nach Absatz 1 Satz 2 und die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet. Einer ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches bedarf es insofern nicht. Satz 2 setzt voraus, dass die Pflegefachkraft über die für diese Entscheidung erforderliche Qualifikation verfügt. Die Empfehlung der Pflegefachkraft für ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen des Absatzes 1 Satz 1 dient, ist der Kranken- oder Pflegekasse zusammen mit dem Antrag des Versicherten in Textform zu übermitteln. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, zugleich handelnd als Spitzenverband Bund der Krankenkassen, legt bis zum 31. Dezember 2021 in Richtlinien fest, in welchen Fällen und für welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 2 die Erforderlichkeit oder Notwendigkeit der Versorgung regelmäßig vermutet wird; dabei ist auch festzulegen, über welche Qualifikation die empfehlende Pflegefachkraft hierfür verfügen soll. In den Richtlinien wird auch das Nähere zum Verfahren der Empfehlung durch die versorgende Pflegefachkraft bei Antragstellung festgelegt. Die Bundespflegekammer und die Verbände der

Pflegeberufe auf Bundesebene sind an den Richtlinien zu beteiligen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, zugleich handelnd als Spitzenverband Bund der Krankenkassen, wird beauftragt, die in den Richtlinien festgelegten Verfahren in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, der Bundespflegekammer und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu evaluieren. Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Januar 2025 vorzulegen.“

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

aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

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

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

26. § 41 wird wie folgt geändert:

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

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

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

27. § 42 wird wie folgt geändert:

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

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

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

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

cc) Die Sätze 3 und 4 werden aufgehoben.

28. Nach § 42 wird folgender Dritter Titel eingefügt:

„Dritter Titel

Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege

§ 42a

Gemeinsamer Jahresbetrag

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

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

(3) Werden Leistungen der Verhinderungspflege durch Pflegeeinrichtungen erbracht, haben diese der Pflegekasse des Pflegebedürftigen die Leistungserbringung binnen eines Monats anzuzeigen. Nach Erbringung von Leistungen der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege durch Pflegeeinrichtungen haben diese den Pflegebedürftigen unverzüglich eine schriftliche Übersicht über die dafür angefallenen Aufwendungen zu übermitteln oder auszuhändigen und auf der Übersicht deutlich erkennbar auszuweisen, welcher Betrag davon zur Abrechnung über den Gemeinsamen Jahresbetrag vorgesehen ist. Die Übersicht kann mit Zustimmung des Pflegebedürftigen auch in Textform übermittelt werden.“

29. In der Überschrift des bisherigen Dritten Titels des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird das Wort „Dritter“ durch das Wort „Vierter“ ersetzt.
30. § 43 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 2 Satz 2 wird in Nummer 1 die Angabe „770“ durch die Angabe „809“, in Nummer 2 die Angabe „1 262“ durch die Angabe „1 326“, in Nummer 3 die Angabe „1 775“ durch die Angabe „1 864“ und in Nummer 4 die Angabe „2 005“ durch die Angabe „2 106“ ersetzt.
 - b) In Absatz 3 wird die Angabe „125“ durch die Angabe „132“ ersetzt.
31. In der Überschrift des bisherigen Vierten Titels des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird das Wort „Vierter“ durch das Wort „Fünfter“ ersetzt.
32. In der Überschrift des bisherigen Fünften Titels des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird das Wort „Fünfter“ durch das Wort „Sechster“ ersetzt.
33. Nach § 43b wird dem Dritten Abschnitt des Vierten Kapitels folgender neuer Siebter Titel angefügt:

„Siebter Titel

Pflegebedingter Eigenanteil

§ 43c

Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils

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

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

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

35. Dem § 44a Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

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

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

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

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

„Fünfter Abschnitt

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

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

„Erster Unterabschnitt

Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlungsanspruch und Entlastungsbeitrag“.

39. § 45a wird wie folgt geändert:

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

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

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

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

bb) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

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

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

dd) Der bisherige Satz 7 wird aufgehoben.

40. § 45b Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Angabe „125“ durch die Angabe „132“ ersetzt.

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

41. Nach § 45b wird folgende Überschrift eingefügt:

„Zweiter Unterabschnitt

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

42. § 45c wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

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

bb) Satz 4 wird aufgehoben.

b) Absatz 9 wird aufgehoben.

43. § 45d wird wie folgt gefasst:

„§ 45d

Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung

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

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

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

(4) § 45c Absatz 6 Satz 3 bis 9 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass von den in das Folgejahr übertragenen Mitteln nach Absatz 1 Satz 1, die am Ende des Folgejahres nicht in Anspruch genommen worden sind, Fördermittel in Höhe von 0,01 Euro pro Versichertem in dem auf das Folgejahr folgenden Jahr von

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

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

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

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

„§ 45e

Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken

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

(2) Die in Absatz 1 genannten Mittel können für die finanzielle Beteiligung von Pflegekassen an regionalen Netzwerken verwendet werden, die der strukturierten Zusammenarbeit von Akteuren dienen, die an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt sind und die sich im Rahmen einer freiwilligen Vereinbarung vernetzen. Die Förderung der strukturierten regionalen Zusammenarbeit erfolgt, indem sich die Pflegekassen einzeln oder gemeinsam im Wege einer Anteilsfinanzierung an den netzwerkbedingten Kosten beteiligen. Je Kreis oder kreisfreier Stadt sowie pro Bezirk in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg können zwei regionale Netzwerke und je Großstadt ab 500 000 Einwohnern können bis zu vier regionale Netzwerke gefördert werden. Der Förderbetrag pro Netzwerk darf dabei 25 000 Euro je Kalenderjahr nicht überschreiten. Bei der erstmaligen Förderung eines regionalen Netzwerks soll die Bewilligung der Fördermittel für einen Zeitraum von zwei Kalenderjahren erfolgen. Bei erneuter Antragstellung kann eine Förderung erneut bewilligt werden. Die Fördermittel werden dem jeweiligen regionalen Netzwerk mindestens für ein Kalenderjahr bewilligt. Den Kreisen und kreisfreien Städten und den Bezirken der Stadtstaaten Berlin und Hamburg, den Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen im Sinne des § 45d sowie organisierten

Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement 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 8 entsprechend. § 45c Absatz 8 findet entsprechende Anwendung.

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

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

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

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

„Dritter Unterabschnitt

Unterstützung in der häuslichen Betreuung und andere Leistungen bei häuslicher Pflege

§ 45f

Unterstützung in der häuslichen Betreuung, Verordnungsermächtigung

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

Grade verwandt oder verschwägert sind, sind nicht kostenerstattungsfähig. Die Angebote der Leistung bedürfen einer Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des gemäß Absatz 4 erlassenen Landesrechts.

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

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

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

§ 45g

Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

(1) Zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen wird Pflegebedürftigen, die Anspruch auf Leistungen nach § 38a haben und die an der gemeinsamen Gründung beteiligt sind, für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung zusätzlich zu dem Betrag nach § 40 Absatz 4 einmalig ein Betrag von bis zu 2 500 Euro gewährt. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10 000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen. Dabei kann die Umgestaltungsmaßnahme auch vor der Gründung und dem Einzug erfolgen. Die Sätze 1 bis 4 gelten für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung entsprechend.

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

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

„Sechster Abschnitt

Gemeinschaftliche Wohnformen zur pflegerischen Versorgung

§ 45h

Verträge zu gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung

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

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

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

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

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

Die Verträge dürfen den jeweils maßgeblichen heimrechtlichen Vorschriften nicht entgegenstehen.

§ 45i

Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben in gemeinschaftlichen Wohnformen im Sinne des § 45h je Kalendermonat Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung bis zur Höhe der in § 36 Absatz 3 genannten Beträge. Zudem haben sie Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 300 Euro je Kalendermonat. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 erhalten einen Zuschuss in Höhe von 300 Euro je Kalendermonat.

(2) Soweit der Sachleistungsanspruch nach Absatz 1 Satz 1 nur teilweise in Anspruch genommen wird, gilt § 38 Satz 1 und 2 entsprechend.

(3) Neben den Ansprüchen nach Absatz 1 können Leistungen entsprechend der §§ 7a, 40 Absatz 1 und 2 sowie §§ 44a und 45 in Anspruch genommen werden; bei Pflegegrad 2 bis 5 besteht auch Anspruch auf Leistungen entsprechend § 44. Ebenso können Leistungen nach § 37 des Fünften Buches in Anspruch genommen werden.

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

§ 45j

Evaluation gemeinschaftlicher Wohnformen zur pflegerischen Versorgung

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

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

48. § 53c Absatz 3 wird wie folgt geändert:

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

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

„Hinsichtlich der Prüfung des Vorliegens der Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit und der Feststellung des Pflegegrades sowie der weiteren gutachterlichen Empfehlungen gelten für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung die §§ 18 bis 18d in der jeweils geltenden Fassung.“

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

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

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

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

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

49. § 53d Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

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

d) Der bisherige Satz 3 wird Satz 6.

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

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

„Dritter Abschnitt

Bundesmittel

§ 61a

Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

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

§ 61b

Erstattung der Aufwendungen für Rentenversicherungsbeiträge

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

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

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

54. § 72 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

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

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

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

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

„(3a) Ab dem 1. Juli 2022 dürfen Versorgungsverträge nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen sein, die ihren als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Beschäftigten im Pflege- und Betreuungsbereich eine Entlohnung zahlen, die in Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, an die die Pflegeeinrichtungen gebunden sind, vereinbart ist. Mit Pflegeeinrichtungen, die nicht an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, dürfen Versorgungsverträge abgeschlossen werden, wenn sie ihren Beschäftigten im Pflege- und Betreuungsbereich eine Entlohnung zahlen, die die Höhe der Entlohnung eines räumlich, zeitlich, fachlich und persönlich anwendbaren Tarifvertrags nicht unterschreitet. Für kirchliche Pflegeeinrichtungen ist im Falle von Satz 2 auch die Zahlung einer Entlohnung, die die Höhe anwendbarer kirchlicher Arbeitsrechtsregelungen nicht unterschreitet, zulässig. Im Falle des Fehlens anwendbarer Tarifverträge oder soweit diese nicht auf alle Beschäftigten im Pflege- und Betreuungsbereich einer Pflegeeinrichtung anwendbar sind, ist eine ortsübliche Entlohnung zu zahlen.“

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

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

55. § 75 wird wie folgt geändert:

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

b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 10 wird aufgehoben.

bb) Nummer 11 wird Nummer 10.

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

„§ 82c

Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen

(1) Ab dem 1. Juli 2022 darf

1. bei tarifgebundenen oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen eine Entlohnung der Beschäftigten bis zur Höhe der aus dieser Bindung resultierenden Vorgaben oder
2. bei allen anderen Pflegeeinrichtungen eine Entlohnung der Beschäftigten bis zur Höhe der Entlohnung eines räumlich, zeitlich, fachlich und persönlich anwendbaren Tarifvertrags

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

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

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

57. § 84 wird wie folgt geändert:

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

58. § 85 Absatz 9 bis 11 wird aufgehoben.

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

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

„§ 88a

Wirtschaftlich tragfähige Vergütung für Kurzzeitpflege

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

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

(3) Den zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen, die eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung nach § 85 abgeschlossen haben, werden übergangsweise bis zum Zeitpunkt des Abschlusses einer Pflegesatzvereinbarung auf Basis der überarbeiteten Rahmenverträge nach Absatz 1 Satz 3, spätestens bis [Einzusetzen: 24 Monate nach Inkrafttreten der Regelung], die ihnen infolge der Nichtauslastung ihrer vertraglich vereinbarten, fest verfügbaren Kurzzeitpflegeplätze entstandenen Mindererstattungen erstattet (Ausfallgeld), soweit diese nicht bereits nach anderen Vorschriften finanziert werden. Maßgeblich ist die im Versorgungsvertrag nach § 72 vereinbarte Anzahl der dauerhaft, ausschließlich für Kurzzeitpflege zur Verfügung stehenden Plätze; bei eingestreuter Kurzzeitpflege sind als Obergrenze maximal 5 Prozent der Gesamtplatzzahl der vollstationären Pflegeeinrichtung berücksichtigungsfähig. Der Erstattungsanspruch umfasst 75 Prozent des Tagessatzes der Pflegevergütung inklusive Ausbildungsvergütung sowie der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und maximal 100 Euro je nichtbelegtem Tag, soweit in dem betreffenden Quartal die der Vergütungsvereinbarung zugrunde gelegte Auslastungsquote unterschritten wird. Der Anspruch auf Erstattung ist bei einer Pflegekasse regelmäßig im Folgemonat des Quartals geltend zu machen. Die Auszahlung hat innerhalb von 15 Werktagen zu erfolgen. Die Pflegeeinrichtungen verpflichten sich zugleich, freie Kurzzeitpflegeplätze dem Informationsportal nach § 7d zu melden und interessierten Pflegebedürftigen zur Verfügung zu stellen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen unverzüglich das Nähere für das Erstattungsverfahren und die erforderlichen Nachweise zum Zwecke einer unbürokratischen Umsetzung fest. Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

61. § 89 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden die Sätze 4 und 5 aufgehoben.
- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

- aaa) Nach dem Wort „Vergütungen“ wird das Wort „können“ durch das Wort „sind“ ersetzt.
- bbb) Vor dem Wort „unabhängig“ wird das Wort „oder“ durch das Wort „und“ ersetzt.
- ccc) Nach dem Wort „Einzelleistungen“ werden die Wörter „bemessen werden“ durch die Wörter „zu bemessen“ ersetzt.

bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

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

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

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

63. Die Angabe zum Zweiten Abschnitt des Neunten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Zweiter Abschnitt

Übermittlung von Leistungsdaten, Nutzung der Telematikinfrastruktur“

64. Nach § 106b wird folgender § 106c eingefügt:

„§ 106c

Einbindung der Medizinischen Dienste in die Telematikinfrastruktur

Bei der Erfüllung der ihnen nach diesem Buch zugewiesenen Aufgaben haben die Medizinischen Dienste gemäß § 278 des Fünften Buches und die Pflegekassen oder die Landesverbände der Pflegekassen für die gegenseitige Übermittlung von Daten die von der Gesellschaft für Telematik nach § 311 Absatz 6 des Fünften Buches festgelegten Verfahren zu verwenden, sofern der jeweilige Medizinische Dienst und die Pflegekasse oder der jeweilige Landesverband der Pflegekasse an die Telematikinfrastruktur angebunden sind.“

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

66. In § 112 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 werden nach den Wörtern „Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung“ die Wörter „oder einer gemeinschaftlichen Wohnform nach § 45h“ eingefügt und wird die in der Klammer stehende Angabe „§ 84 Absatz 5“ durch die Angabe „§ 84 Absatz 5, § 45h Absatz 3“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „durchzuführen“ das Komma und die Wörter „Expertenstandards nach § 113a anzuwenden sowie“ durch das Wort „und“

ersetzt und werden vor dem Punkt ein Semikolon und die Wörter „dies gilt auch im Hinblick auf gemeinschaftliche Wohnformen nach § 45h“ eingefügt.

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

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

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

68. § 113 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

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

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

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

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

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

b) In Absatz 1b wird Satz 2 gestrichen.

69. § 113a wird wie folgt geändert:

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

„§ 113a

Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege.“

b) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Vertragsparteien nach § 113 stellen die Aktualisierung des wissenschaftlich fundierten und fachlich abgestimmten Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ sicher. Die Aufgabe ist bis zum 30. Juni 2023

befristet. Expertenstandards tragen für ihren Themenbereich zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bei. Dabei ist das Ziel, auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit Leistungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation einzusetzen, zu berücksichtigen. Der Medizinische Dienst Bund, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie unabhängige Sachverständige sind zu beteiligen. Der Auftrag zur Aktualisierung und die Einführung des Expertenstandards erfolgen jeweils durch einen Beschluss der Vertragsparteien.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Expertenstandard ist unentgeltlich im Internet zu veröffentlichen.“

bb) Satz 2 wird gestrichen.

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

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

70. § 113b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 Satz 2 wird wie folgt geändert:

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

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

cc) Nach Nummer 6 wird folgende Nummer 7 angefügt:

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

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

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

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

d) Folgender Absatz 10 wird angefügt:

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

71. § 113c wird wie folgt gefasst:

„§ 113c

Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

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

1. für Hilfskraftpersonal ohne landesrechtlich geregelte Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr
 - a) 0,0872 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1,
 - b) 0,1202 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2,
 - c) 0,1449 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3,
 - d) 0,1627 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4,
 - e) 0,1758 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5,
2. für Hilfskraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr
 - a) 0,0564 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1,
 - b) 0,0675 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2,
 - c) 0,1074 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3,
 - d) 0,1413 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4,
 - e) 0,1102 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5,
3. für Fachkraftpersonal
 - a) 0,0770 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1,
 - b) 0,1037 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2,
 - c) 0,1551 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3,
 - d) 0,2463 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4,
 - e) 0,3842 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5.

(2) Ab 1. Juli 2023 kann in den Pflegegesetzvereinbarungen nach § 84 für vollstationäre Pflegeeinrichtungen höchstens die sich aus den Personalanhaltswerten nach Absatz 1 ergebende Personalausstattung im Bereich Pflege und Betreuung vereinbart werden. Sieht die bestehende Pflegegesetzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 bereits eine darüber hinausgehende Personalausstattung vor und wird diese entsprechend von der Pflegeeinrichtung vorgehalten, können die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 überschritten werden. Dasselbe gilt, wenn im Vertrag nach § 75 Absatz 1 eine höhere personelle Ausstattung als nach Absatz 1 Nummer 3 geregelt ist. Ebenso ist eine Überschreitung möglich, wenn die Pflegeeinrichtung sachliche Gründe hierfür darlegen kann. Sofern Pflegeeinrichtungen eine personelle Ausstattung im Bereich Pflege und Betreuung vereinbaren, die über die zu vereinbarende personelle Ausstattung nach Absatz 4 Nummer 1 hinausgeht,

1. sollen sie Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, durchführen und
2. können sie für die vereinbarten Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 und 3, die über die personelle Ausstattung nach Absatz 4 Nummer 1 hinausgehen, auch Pflegehilfskraftpersonal vorhalten, das folgende Ausbildungen berufsbegleitend absolviert:
 - a) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 Ausbildungen, die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BAnz AT 17. Februar 2016 B3) erfüllen
 - b) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 3 eine Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz.

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

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene geben bis zum 30. Juni 2022 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe gemeinsame Empfehlungen zu den Inhalten der Verträge nach Absatz 4 ab. Sie arbeiten dabei mit den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen eng zusammen. Kommen die Empfehlungen nach Satz 1 nicht rechtzeitig zustande, wird ein Schiedsgremium aus drei unparteiischen und unabhängigen Schiedspersonen gebildet. Der unparteiische Vorsitzende des Schiedsgremiums und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie werden vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene benannt. Kommt eine Einigung über ihre Benennung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Das Schiedsgremium setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder spätestens bis zum Ablauf von zwei Monaten nach seiner Bestellung die Empfehlungen fest. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu gleichen Teilen.

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

1. der sich aus den bisherigen Vorgaben nach § 75 Absatz 1 in Verbindung mit landesrechtlichen Vorgaben ergebenden Personalanhaltswerte, die die Pflegeeinrichtungen zu vereinbaren haben, einschließlich des Anteils der ausgebildeten Fachkräfte für den Bereich Pflege und Betreuung; dabei sind auch die Pflegesituation in der Nacht sowie Besonderheiten in Bezug auf Einrichtungsgrößen und -konzeption einzubeziehen;
2. besonderer Personalbedarfe beispielsweise für die Pflegedienstleitung, Qualitätsbeauftragte, Praxisanleitung;
3. der Zuordnung der erforderlichen Qualifikationen für das Pflege- und Betreuungspersonal nach Absatz 1 Nummer 1 bis 3 einschließlich anderer Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich;
4. einer möglichen weiteren Differenzierung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 Nummer 1 nach Qualifikationen.

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

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

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

1. die Ergebnisse der Weiterentwicklung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach § 8 Absatz 3b;
2. die in den Ländern durchschnittlich nach Absatz 2 vereinbarte personelle Ausstattung im Bereich Pflege und Betreuung, die über Personalausstattung der Verträge nach Absatz 4 im Bereich Pflege und Betreuung hinausgeht, und
3. die Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation im Pflegebereich.

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

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

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

72. § 114 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 4 werden nach den Wörtern „Durchführung der Prüfung“ ein Komma und die Wörter „auch in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h,“ eingefügt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „bis zum 31. Dezember 2010 mindestens einmal und ab dem Jahre 2011“ durch die Wörter „und ab dem 1. April 2023 in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h“ ersetzt.
 - bb) Nach Satz 12 wird folgender Satz angefügt:

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

73. § 114a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 4 werden nach den Wörtern „die Pflegeeinrichtungen“ ein Komma und die Wörter „auch im Hinblick auf gemeinschaftliche Wohnformen nach § 45h,“ eingefügt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „bei vollstationärer Pflege“ die Wörter „sowie bei Pflege in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h“ und werden nach den Wörtern „für das Pflegeheim“ die Wörter „oder die gemeinschaftliche Wohnform“ eingefügt.
 - bb) In Satz 3 werden die Wörter „der Heimbewohner“ gestrichen.
- c) In Absatz 5a werden die Wörter „bis zum 31. Oktober 2011“ gestrichen und werden nach den Wörtern „zu prüfenden Pflegeeinrichtungen“ die Wörter „und gemeinschaftliche Wohnformen nach § 45h“ eingefügt.
- d) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und für die gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h“ eingefügt.
 - bb) In Satz 3 werden nach der Angabe „31. Oktober 2018“ die Wörter „und die Richtlinien für die gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h bis zum 31. Oktober 2022“ eingefügt.

74. § 115 wird wie folgt geändert:

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

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

b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

75. § 117 wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

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

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

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

„§ 125a

Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege

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

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

„Vierzehntes Kapitel

Pflegevorsorge“.

80. Nach der Überschrift des Vierzehnten Kapitels wird folgende Angabe eingefügt:

„Erster Abschnitt

Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge“.

81. § 127 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

bb) Nach Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

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

b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

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

a) Geldleistungen für jeden der in § 15 Absatz 3 und 7 aufgeführten Pflegegrade, dabei in Höhe von mindestens 600 Euro für Pflegegrad 5, vorsieht; die tariflich vorgesehenen Geldleistungen dürfen dabei die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses jeweils geltende Höhe der Leistungen dieses Buches nicht überschreiten, eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist jedoch zulässig; weitere Leistungen darf der förderfähige Tarif nicht vorsehen, oder

- b) Geldleistungen lediglich in Höhe des pflegebedingten Eigenanteils nach § 84 im Falle der vollstationären Dauerpflege in den Pflegegraden 2 bis 5 vorsieht, oder
- c) Geldleistungen entsprechend Buchstabe a sowie im Fall der vollstationären Dauerpflege in den Pflegegraden 2 bis 5 eine Erhöhung auf den pflegebedingten Eigenanteil nach § 84 vorsieht,“.

bb) In Nummer 5 wird die Angabe „18“ durch die Angabe „§ 18 bis 18c“ ersetzt.

82. Nach § 130 werden folgende Angaben eingefügt:

„Zweiter Abschnitt

Förderung der betrieblichen Pflegevorsorge

§ 130a

Betriebliche Pflegevorsorge

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

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

83. In § 134 Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „2035“ durch die Angabe „2050“ ersetzt.

84. § 135 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „0,1“ durch die Angabe „0,125“ ersetzt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

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

85. In § 136 werden in Satz 2 der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und die Wörter „und ab dem Jahr 2050 der 20. Teil des Realwertes des zum 31. Dezember 2049 vorhandenen Mittelbestandes des Sondervermögens“ angefügt.
86. § 142 wird aufgehoben.
87. In § 143 Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „§ 12b Absatz 1 und 1a“ durch die Angabe „§ 155 Absatz 1 und 2“ ersetzt.
88. § 147 wird wie folgt geändert:
- a) In § 147 werden folgende Angaben ersetzt:
 - aa) In der Angabe zu § 147 wird die Angabe „§ 18“ durch die Angabe „§ 18 bis § 18c“,
 - bb) In Absatz 1 wird die Angabe „§ 18 Absatz 2 Satz 1“ durch die Angabe „§ 18a Absatz 1 Satz 1“,
 - cc) In Absatz 2 wird die Angabe „§ 18 Absatz 2 Satz 5“ durch die Angabe „§ 18a Absatz 1 Satz 3“,
 - b) Die Absätze 3 bis 5 werden gestrichen.
 - c) Der bisherige Absatz 6 wird der neue Absatz 3.
89. Nach § 150b wird folgender § 150c eingefügt:

„§ 150c

Beteiligung an den Aufwendungen des Bundes für Schutzausrüstung

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

Artikel 3

Änderung des Einkommensteuergesetzes

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

1. § 3 wird wie folgt geändert:
- a) in Nummer 71 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt.
 - b) nach Nummer 71 wird folgende Nummer 72 eingefügt:

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

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

Artikel 4

Änderung der Sozialversicherungsentgeltverordnung

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

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

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

Artikel 5

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der folgenden Absätze 2 bis 9 am 1. Juli 2021 in Kraft.

(2) Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a (§ 37 Absatz 2a Satz 1 und Satz 2 des Fünften Buches) tritt am 1. Januar 2022 in Kraft.

(3) Artikel 2 Nummer 13 (§ 25 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 des Elften Buches) tritt rückwirkend zum 1. Januar 2020 in Kraft.

(4) Artikel 2 Nummer 24 (§ 39 Absatz 4 des Elften Buches), Nummer 26 Buchstabe b (§ 41 Absatz 3 des Elften Buches) und Nummer 28 (§ 42a Absatz 2 des Elften Buches) tritt am 1. Juli 2022 in Kraft.

(5) Artikel 2 Nummer 46 tritt mit Ausnahme von § 45h Absatz 2 des Elften Buches am 1. Januar 2023 in Kraft.

(6) Artikel 2 Nummer 54 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa (§ 72 Absatz 3 Satz 1 des Elften Buches), Nummer 55 Buchstabe b (§ 75 Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches), Nummer 57 Buchstabe a und b (§ 84 Absatz 2 Satz 5 und 6 und Absatz 7 des Elften Buches),

Nummer 61 Buchstabe a (§ 89 Absatz 1 Sätze 4 und 5 des Elften Buches) und b Doppelbuchstabe cc (§ 89 Absatz 3 Satz 4 des Elften Buches) und Nummer 74 Buchstabe c (§ 115 Absatz 3a Satz 2 des Elften Buches) treten zum 1. Juli 2022 in Kraft.

(7) Artikel 2 Nummer 50 (§ 55 des Elften Buches), 83 (§ 134 des Elften Buches), 84 (§ 135 des Elften Buches) und 85 (§ 136 des Elften Buches) treten am 1. Januar 2022 in Kraft.

(8) Artikel 2 Nummer 5 Buchstabe b und e (§ 8 Absatz 6 und Absatz 9 des Elften Buches), Nummer 57 Buchstabe c (§ 84 Absatz 9 des Elften Buches) und Nummer 58 (§ 85 Absatz 9 bis 11 des Elften Buches) treten am 1. Januar 2026 in Kraft.

(9) Artikel 2 Nummer 81 (§ 127 des Elften Buches), Nummer 82 (§ 130a des Elften Buches) und Artikel 3 (Änderung des Einkommensteuergesetzes) und Artikel 4 (Änderung der Sozialversicherungsentgeltverordnung) treten am 1. Januar 2022 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

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

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

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

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

7. Alternativen zur klassischen häuslichen oder vollstationären Versorgung fördern: Schaffung einer rechtlichen Grundlage zur Stärkung des Ausbaus von gemeinschaftlichen Wohnformen,
8. Noch stärkere Nutzung der Potentiale der Digitalisierung auch im Bereich der Schulung pflegender Angehöriger, der Förderung der Selbsthilfe und durch ein Modellprogramm in der Telepflege,
9. Weiterentwicklung der Instrumente der Qualitätssicherung in der Pflege und Neustrukturierung der Verfahrensregelungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

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

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

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

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

2. Die Pflege zu Hause stärken:

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

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

Um insbesondere die pflegenden Angehörigen zu entlasten, wird ein flexibel einsetzbarer Gemeinsamer Jahresbetrag aus den Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege geschaffen. Bereits nach geltendem Recht können die Leistungsbeträge dieser beiden Leistungsarten in bestimmten Grenzen für die jeweils andere Leistungsart eingesetzt werden. Diese Begrenzungen werden jetzt auf- und der insgesamt einsetzbare Leistungsbetrag erheblich angehoben. Außerdem wird der Gemeinsame Jahresbetrag künftig regelhaft dynamisiert. Dabei werden die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Leistungen angeglichen. So wird künftig keine sechsmonatige Vorpflegezeit mehr für die Inanspruchnahme von Verhinderungspflege vorausgesetzt. Ferner wird für die Dauer des

Anspruchs einheitlich ein Zeitraum von bis zu zwei Monaten im Jahr festgesetzt. Der Gemeinsame Jahresbetrag kann anteilig auch für stundenweise Verhinderungspflege eingesetzt werden. Ohne Minderung des Leistungsbetrages kann er für Fälle längerfristiger Verhinderungen genutzt werden.

Nach geltendem Recht kann teilstationäre Pflege ohne Anrechnung parallel zu ambulanten Leistungen in Anspruch genommen werden. Dies hat vielfach zu Kombinationen geführt, die in der Fachdebatte als so genannte „Stapelleistungen“ in der Kritik stehen. Der vorliegende Gesetzentwurf greift die Kritik auf durch die Wiedereinführung einer Anrechnungsregelung.

Um den Kostenentwicklungen der letzten Jahre Rechnung zu tragen, werden die Leistungsbeträge nach den §§ 36 (ambulante Sachleistung), 37 (Pflegegeld), 38a (Wohngruppenzuschlag), 40 Absatz 2 (zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel), 41 (teilstationäre Pflege), 43 (vollstationäre Pflege) und 45b (Entlastungsbetrag) spürbar angehoben. Zudem wird die Vorschrift zur Dynamisierung der Leistungen mit dem Ziel einer regelhaften, jährlich erfolgenden Anpassung umgestaltet, die die Preisentwicklung berücksichtigt.

Im Zusammenhang mit der Bewältigung der SARS-CoV-2-Pandemie wurden verschiedene Sonderregelungen geschaffen, deren Verlängerung oder Übernahme in das Dauerrecht der Pflegeversicherung angemahnt wird. Dies betrifft u.a. die Anhebung des Pauschalbetrages für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, die jetzt aufgegriffen wird. Weil der Leistungsbetrag mit einer Anhebung um die Hälfte (von bis zu 40 Euro auf bis zu 60 Euro im Monat) ohnehin dauerhaft erheblich ausgeweitet wird, werden die zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel von der Dynamisierung ausgenommen.

3. Pflegebedürftigkeit vermeiden:

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

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

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

Um die pflegerische Versorgung bei einem demografiebedingt wachsenden Bedarf an professioneller Pflege auch in Zukunft sicherstellen zu können, bedarf es einer ausreichenden Zahl von Pflege- und Betreuungskräften. Die von der Bundesregierung in dieser Legislaturperiode initiierte Konzentrierte Aktion Pflege (KAP) hat sich vor diesem Hintergrund zum Ziel gesetzt, die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen und die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern. Mit diesem Gesetz sollen wesentliche Vorschläge der KAP umgesetzt werden. Dazu wird die weitere Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens in der vollstationären Altenpflege gesetzlich verankert. Ziel ist ein bundesweit einheitliches Verfahren, in das perspektivisch auch die bestehenden Vergütungszuschläge für zusätzliches Pflegepersonal integriert werden. Darüber hinaus soll Pflegefachkräfte künftig die Übernahme von erweiterten Aufgaben in der Versorgung ermöglicht werden, um die Versorgung

effizienter zu gestalten und die interprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern. Zudem soll die Zahlung von Löhnen nach Tarif weiter gestärkt werden. Um dies zu erreichen, wird die bisherige Regelung der Zahlung einer ortsüblichen Arbeitsvergütung im Zulassungsrecht in der Form konkretisiert, dass für Beschäftigte im Pflege- und Betreuungsbereich ab dem 1. Juli 2022 nur eine Entlohnung nach Tarif (oder nach kirchenarbeitsrechtlichen Regelungen) – mindestens der Höhe nach – als Zulassungsvoraussetzung gilt.

5. Nachhaltigkeit und Demografiefestigkeit fördern:

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

6. Systemgerechte Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben

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

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

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

8. Nutzung der Potentiale der Digitalisierung in der Pflege:

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

Zur weiteren Verbreitung digitaler Technik in der Pflege wird klargestellt, dass Pflegekurse auch digital durchgeführt werden können. Auch bei der Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts sowie der Selbsthilfe wird hervorgehoben, dass digitale Maßnahmen einbezogen werden können. Die Maßnahmen im Bereich der Digitalisierung sind Bestandteil einer Digitalisierungsoffensive im Bereich der pflegerischen Versorgung und stehen im Zusammenhang mit anderen Neuregelungen, wie etwa dem mit dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) umgesetzten Vorhaben, digitalisierten Pflegehilfsmitteln weitere Verbreitung zu verschaffen, oder den digitalen Pflegeanwendungen, die mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPfMG) eingeführt werden. Die Möglichkeiten der Telepflege sollen nun zudem in einem Modellprogramm gefördert und weiterentwickelt werden, um das Potential zur Entlastung von Pflegepersonal, pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen nutzen zu können.

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

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

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

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Regelungen zur gesetzlichen Pflege-, Kranken-, Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung beruht auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes (GG) (Sozialversicherung). Die Voraussetzungen der Erforderlichkeitsklausel nach Artikel 72 Absatz 2 Grundgesetz in Verbindung mit Artikel 74 Absatz 1 Nummer 11 Grundgesetz sind erfüllt.

Eine bundeseinheitliche Regelung zur Wahrung der Rechtseinheit ist im gesamtstaatlichen Interesse erforderlich (Artikel 72 Absatz 2 GG). Eine bundesgesetzliche Regelung zur Wahrung der Wirtschaftseinheit ist erforderlich, da die Unternehmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung ihre Tätigkeit in der Regel im gesamten Bundesgebiet ausüben und der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzen unterliegen. Eine Segmentierung der Unternehmensverträge nach unterschiedlichem Landesrecht wäre wirtschaftlich kaum sinnvoll durchzuführen. Bundeseinheitliche Regelungen sind auch deswegen erforderlich, weil im Rahmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung bundeseinheitlich Vertragsleistungen vorzusehen sind, die nach Art und Umfang den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig

sind (vergleiche § 23 Absatz 1 Satz 2 SGB XI). Zudem werden bereits bestehende bundesgesetzliche Regelungen neu strukturiert und inhaltlich erweitert.

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

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

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

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

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Der Gesetzentwurf steht im Einklang mit dem Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung zu Gesundheit und sozialer Verantwortung. Hinsichtlich seiner Wirkungen wird durch die Förderung von Gesundheit und Wohlergehen für alle Menschen jeden Alters zu Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3 beigetragen. Durch die Regelungen im Gesetzentwurf werden die bestehenden Strukturen der Pflege verbessert und insoweit die Sicherstellung der pflegerischen sowie medizinischen Versorgung befördert. Mit dem Gesetzentwurf wird in besonderem Maße Prinzip 4 „Nachhaltiges Wirtschaften stärken“ sowie Prinzip 5 „Sozialen Zusammenhalt in einer offenen Gesellschaft wahren und verbessern“ einer nachhaltigen Entwicklung entsprochen. So wird mit dem Gesetzentwurf insbesondere mit der Maßnahme zur Verlängerung der Ansparphase des Pflegevorsorgefonds durch weitere Einzahlungen auch nach dem beizubehaltenden Auszahlungsbeginn ab dem Jahr 2035 bis zum Jahr 2050 eine Stärkung der Demografiefestigkeit erreicht. Auch die Erhöhung des Beitragszuschlags für Kinderlose um 0,1 Prozentpunkte sowie die Regelung zur staatlichen Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge tragen zu Demografiefestigkeit bei.

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

Seit ihrer Einführung tragen die Leistungen der Pflegeversicherung in ihrer Gesamtheit in hohem Maße dem Alterungsprozess der Bevölkerung, den zunehmenden Single-Haushalten sowie der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf Rechnung. Dieser Ansatz wird mit dem aktuellen Gesetzgebungsvorhaben weiter verfolgt, indem pflegende Angehörige stärkere Unterstützung bei Suche nach einer geeigneten pflegerischen Versorgung über die dafür vorgesehene Internetplattform finden, Beiträge an die Rentenversicherung bei Pflegezeiten vom Bund übernommen werden und auch eine flexiblere Ausgestaltung der Pflege durch die Wahl von Leistungen nach Leistungskomplexen und/oder Zeitkontingenten ermöglicht wird.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

a) Bund, Länder, Gemeinden

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

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

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

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

b) Gesetzliche Krankenversicherung

Bei voller Jahreswirkung ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung aufgrund der hälftigen Erstattung von Aufwendungen durch die soziale Pflegeversicherung für Leistungen der geriatrischen Rehabilitation bei ab 70-Jährigen jährliche Minderausgaben von rund 0,14 Milliarden Euro, aus der verpflichtenden Entlohnung der Pflegekräfte in tarifvertraglicher Höhe im Bereich der häuslichen Krankenpflege jährliche Mehrausgaben von rund 0,24 Milliarden Euro. Zudem ergeben sich durch die Einführung eines Anspruchs auf Übergangspflege im Krankenhaus Mehrausgaben für die Gesetzliche Krankenversicherung, die entscheidend von der Höhe der zwischen den Vertragsparteien zu verhandelnden Vergütung und der Inanspruchnahme durch die Versicherten abhängig sind und daher nicht quantifiziert werden können. Demgegenüber stehen Einsparungen der Gesetzlichen Krankenversicherung, da insbesondere zusätzliche Kosten in Form von tagesbezogenen Entgelten für Patientinnen und Patienten in der akutstationären Versorgung, deren Verweildauer die obere Grenzverweildauer überschreitet, entfallen. Der Gesetzlichen Krankenversicherung könnten des Weiteren zusätzliche Kosten für Leistungen der häuslichen Krankenpflege entstehen, wenn im Rahmen der im Gesetz vorgesehenen gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung Aufenthalte in stationären Pflegeeinrichtungen ersetzt werden, bei denen die medizinische Behandlungspflege der Sozialen Pflegeversicherung zugeordnet ist. Die Leistungsausweitung zur Kurzzeitpflege kann zu Mehrausgaben im niedrigen zweistelligen Millionenbereich in der Gesetzlichen Krankenversicherung führen.

Zusätzlich ergeben sich ab 2022 aufwachsende jährliche Mindereinnahmen aus der Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Pflegevorsorge von mittelfristig 0,27 Milliarden Euro pro Jahr.

c) Soziale Pflegeversicherung

Für die soziale Pflegeversicherung ergeben sich aus den Leistungsverbesserungen dieses Gesetzes mittelfristig jährliche Mehrausgaben von 6,3 Milliarden Euro, denen Minderausgaben aus kostensenkenden Maßnahmen in Höhe von 3,9 Milliarden Euro gegenüberstehen. Hinzu kommen ab 2022 aufwachsende jährliche Mindereinnahmen aus der Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Pflegevorsorge von mittelfristig 0,05 Milliarden Euro.

Die jährlichen Mehrausgaben beruhen auf folgenden Maßnahmen:

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

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

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

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

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

Weitere Maßnahmen sind die bessere Geltendmachung der Aufwendungen für im Haushalt lebende Betreuungspersonen (0,36 Milliarden Euro), die Stärkung der Kurzzeitpflege (0,1 Milliarden Euro), die Tragung der Kosten der geriatrischen Rehabilitation bei ab 70-Jährigen (0,14 Milliarden Euro), die Stärkung gemeinschaftlicher Wohnformen (0,08 Milliarden Euro), die Anhebung der Pauschale für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (0,03 Milliarden Euro), und sonstige Maßnahmen mit einem geringfügigen Mehraufwand von rund 0,01 Milliarden Euro. Die Umstellung der Leistungsdynamisierung auf einen jährlichen Rhythmus führt zu Minderausgaben von 0,7 Milliarden Euro im ersten Dynamisierungsjahr 2023.

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

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

d) Gesetzliche Rentenversicherung

Es ergeben sich ab 2022 aufwachsende jährliche Mindereinnahmen aus der Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Pflegevorsorge von mittelfristig 0,31 Milliarden Euro.

e) Arbeitslosenversicherung

Es ergeben sich ab 2022 aufwachsende jährliche Mindereinnahmen aus der Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Pflegevorsorge von mittelfristig 0,04 Milliarden Euro.

4. Erfüllungsaufwand

4.1. Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Im Zusammenhang mit der Einführung einer Informationsplattform zu freien Plätzen und Angeboten in der Pflege (§ 7d SGB XI) entsteht für Bürgerinnen und Bürger eine zeitliche Entlastung von circa 20 000 Stunden, da sie zielgerichteter bei Pflegeeinrichtungen anrufen und weitere Unterstützungsangebote schnell gefunden werden können.

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

Durch die Unterstützung in der häuslichen Betreuung durch im Haushalt lebende Betreuungspersonen (§ 45f SGB XI) entsteht den Bürgerinnen und Bürgern ein Erfüllungsaufwand von jährlich 100 000 Stunden sowie ein einmaliger Sachaufwand in Höhe von 200 000 Euro.

4.2. Erfüllungsaufwand der Wirtschaft

Der Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft beträgt rund 30,6 Millionen Euro, die einmalige Belastung beträgt rund 22 Millionen Euro und die jährliche Belastung etwa 8,6 Millionen Euro. Dem steht eine Entlastung von rund 3,1 Millionen Euro gegenüber. Bei allen Regelungen wurde die Minimierung des Umstellungsaufwandes geprüft und soweit es das Regelungsziel erlaubt, größtmöglichst berücksichtigt.

Das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen für eine Übergangspflege im Krankenhaus (§ 39d SGB V) muss von den Krankenhäusern im Einzelnen nachprüfbar dargelegt und dokumentiert werden. Den Krankenhäusern entsteht ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von 740 000 Euro unter der Annahme, dass auf Basis der Kurzzeitpflegefälle im Jahr 2018 je 10 Prozent der nach einer Krankenhausbehandlung kurzzeitpflegebedürftigen Patientinnen und Patienten eine Übergangspflege in Anspruch nehmen. Dem Verband der privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft entsteht bei der zu treffenden Vereinbarung zur Dokumentation und zum Verfahren ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 2 000 Euro.

Den Landeskrankenhausesgesellschaften entsteht unter der Annahme, dass für jedes Bundesland ein Vertrag (in Nordrhein-Westfalen zwei Verträge) über die Erbringung von Übergangspflege im Krankenhaus (§ 132m SGB V) geschlossen wird, ein Gesamterfüllungsaufwand von einmalig rund 11 000 Euro.

Für die Informationsplattform nach § 7d SGB XI ergibt sich für die Wirtschaft eine Änderung des jährlichen Erfüllungsaufwands in Höhe von rund 465 000 Euro durch Bürokratiekosten aus Informationspflichten. Insgesamt entsteht einmaliger Aufwand von rund 106 000 Euro, die der Kategorie Einmalige Informationspflicht zuzuordnen sind. Dem stehen Einsparungen gegenüber, die sich insbesondere daraus ergeben, dass die Einrichtungen gezielt ent-

sprechend ihrer Verfügbarkeit kontaktiert und Aufwände zur Gewinnung von Kunden reduziert werden können. Dem stehen Entlastungen in Höhe von 600 000 Euro durch entfallende Telefonauskünfte zu freien Plätzen und Angeboten gegenüber.

Eine jährliche Entlastung in Höhe von 9 000 Euro entsteht für die Wirtschaft dadurch, dass der derzeit geltende § 18c SGB XI durch einen neuen Regelungsinhalt ersetzt wird. Das Begleitgremium „Beirat zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ entfällt.

Die Anhebung der Leistungsbeträge im Rahmen der Dynamisierung (§ 30 SGB XI) löst jährlich Programmieraufwand bei PKV-Unternehmen, Pflegediensten und teil- und vollstationären Einrichtungen sowie gemeinschaftlichen Wohnformen in Höhe von rund 547 000 Euro aus.

Die Verlängerung der Bezugsdauer von Pflegegeld bei Aufenthalt in der Türkei (§ 34 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den PKV-Unternehmen in Höhe von rund 1 200 Euro aus.

Die Möglichkeit zur nachträglichen Geltendmachung von Kostenerstattungsansprüchen nach dem Tod des Pflegebedürftigen (§ 35 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den PKV-Unternehmen in Höhe von rund 4 700 Euro aus.

Die Anhebung der Sachleistungsbeträge im ambulanten Bereich (§ 36 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den PKV-Unternehmen und den zugelassenen Pflegediensten in Höhe von rund 220 000 Euro aus.

Die Anhebung der Geldleistungsbeträge und Anpassung der Leistungsdauer bei Kurzzeit- und Verhinderungspflege (§ 37 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den PKV-Unternehmen in Höhe von rund 1 200 Euro aus.

Die Anpassung der Leistungsdauer für anteiliges Pflegegeld bei Kombinationsleistung bei Kurzzeit- und Verhinderungspflege (§ 38 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den PKV-Unternehmen in Höhe von rund 1 200 Euro aus.

Die Anhebung des Wohngruppenschlages (§ 38a SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den PKV-Unternehmen in Höhe von rund 1 200 Euro aus.

Die Absenkung des für stundenweise Verhinderungspflege nutzbaren Leistungsbetrages (§ 39 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den PKV-Unternehmen in Höhe von rund 4 700 Euro aus.

Die Anhebung des Leistungsbetrages für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel von 40 Euro auf 60 Euro (§ 40 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den PKV-Unternehmen in Höhe von rund 1 200 Euro aus.

Die Anhebung der Sachleistungsbeträge im ambulanten Bereich sowie die Absenkung des Leistungsbetrages für teilstationäre Pflege um 50 Prozent bei Zusammentreffen mit ambulanten Leistungen (§ 41 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den zugelassenen teilstationären Einrichtungen sowie den PKV-Unternehmen in Höhe von rund 393 000 Euro aus.

Die Einführung eines Gemeinsamen Jahresbetrages (§ 42a SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den PKV-Unternehmen in Höhe von rund 4 700 Euro aus. In Form von Informationspflichten entstehen damit verbundene Melde- und Anzeigepflichten mit einem jährlichen Erfüllungsaufwand sowie Informationspflichten in Höhe von rund 6 739 000 Euro bei PKV-Unternehmen und Pflegeeinrichtungen.

Die Anhebung der Sachleistungsbeträge sowie des Zuschussbetrages im vollstationären Bereich (§ 43 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den PKV-Unternehmen und den zugelassenen Pflegeheimen in Höhe von rund 240 800 Euro aus.

Für die Anpassung der Abrechnungsprogramme zur Ermittlung der in Rechnung zu stellenden begrenzten Eigenanteile am Pflegesatz (§ 43c SGB XI) entsteht den Pflegeeinrichtungen ein einmaliger Programmieraufwand von 27 600 Euro und für die Aufnahme der notwendigen Angaben für neu zugewandene Pflegebedürftige ein jährlicher Aufwand von 46 300 Euro.

Die Verrechnung mit überzahlten Leistungen (§ 45a Absatz 4 SGB XI) löst einmaligen Bearbeitungsaufwand bei den PKV-Unternehmen in Höhe von rund 2 000 Euro aus.

Die Anhebung des Entlastungsbetrages (§ 45b SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den PKV-Unternehmen in Höhe von rund 1 200 Euro aus.

Die Mitarbeit an einer Bundesempfehlung für Verträge zu gemeinschaftlichen Wohnformen sowie der Abschluss entsprechender Verträge mit den Kostenträgern im Sinne von § 45h Absatz 1 und Absatz 2 SGB XI geht mit einem einmaligen Organisationsaufwand für die Wirtschaft und bei PKV-Unternehmen von etwa 896 000 Euro einher.

Die Einführung des Sachleistungsanspruchs sowie 300 Euro-Zuschlags für Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung (§ 45i SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei PKV-Unternehmen und Bearbeitungsaufwand bei Pflegeeinrichtungen in Höhe von rund 80 000 Euro aus.

Die Anhebung des Kinderlosenzuschlags (§ 55 SGB XI) löst bei den Arbeitgebern einmaligen Aufwand zur Umprogrammierung im Umfang von rund 1 200 Euro aus.

Für die Prüfung und gegebenenfalls Anpassung von Lohnstrukturen in den Pflegeeinrichtungen (§ 72 Absätze 3a und 3b SGB XI) entsteht den Pflegeeinrichtungen ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 1 327 000 Euro. Die Vorlage von Belegen auf Anforderung der Pflegekassenverbände zur Darlegung der Lohnstrukturen zur Erfüllung der neuen Zulassungsvoraussetzungen sowie diesbezüglicher Schriftwechsel zum Erhalt einer Ergänzung zum Versorgungsvertrag löst einen einmaligen Erfüllungsaufwand von rund 2 653 000 Euro aus. Dieser wird durch die Aufhebung der Regelung zum Nachweisverfahren in § 84 Absatz 7 SGB XI kompensiert. Für die Neuverhandlung der Vergütungsvereinbarungen aufgrund der Anpassung der Lohnstrukturen zur Erfüllung der neuen Zulassungsvoraussetzung ergibt sich für die betroffenen Pflegeeinrichtungen ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 1 769 000 Euro.

Angesichts der Neuausrichtung der dauerhaft einzuhaltenden Zulassungsvoraussetzung in § 72 Absatz 3a SGB XI, die von den Pflegekassen bei den Pflegeeinrichtungen nach den Richtlinien gemäß § 72 Absatz 3b SGB XI zu überprüfen ist, wird das bisherige Nachweisverfahren der Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen (AVR) nach § 84 Absatz 7 SGB XI zur Entbürokratisierung und Entlastung aller Beteiligten in das Zulassungsverfahren verlagert. Die Entlastungswirkung rein auf den Wegfall eines jährlich durchgeführten Nachweisverfahrens bezogen (§§ 84 Absatz 7, 89 Absatz 3 Satz 4 SGB XI), beläuft sich jährlich insgesamt auf rund 2,2 Millionen Euro für die Wirtschaft.

Durch den Auftrag an die Pflegeselbstverwaltung zur Vereinbarung einer Bundesempfehlung für Kurzzeitpflege und zur Anpassung der Landesrahmenverträge für Kurzzeitpflege (§ 88a Absatz 1 SGB XI neu) entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von insgesamt rund 85 000 Euro für die Wirtschaft. Im Zusammenhang mit dem Antrags- und Auszahlungsverfahren für das temporäre Ausfallgeld für nicht belegte Kurzzeitpflegeplätze (§ 88a Absatz 3 SGB XI neu) entstehen einmalig ein Erfüllungsaufwand von 1 000 Euro und ein laufender Erfüllungsaufwand von rund 32 000 Euro.

Durch die Verpflichtung, künftig neben vom Zeitaufwand unabhängigen Vergütungen auch Vergütungen nach Zeitaufwand zu vereinbaren (§ 89 SGB XI) und die Pflegebedürftigen bei Abschluss des Pflegevertrages entsprechend zu beraten, entstehen den ambulanten Pflegeeinrichtungen bundesweit keine nennenswerten jährlichen Mehraufwendungen, da für die prospektiven Verhandlungen mit den Kostenträgern keine zusätzlichen Verhandlungsgrundlagen geschaffen werden müssen. Bereits nach geltendem Recht ist eine Abrechnung häuslicher Pflegehilfe nach Zeiteinheiten durch nach SGB XI zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen gegenüber den Pflegebedürftigen möglich. Für die Wirtschaft ergibt sich durch die Rechtsänderungen ein einmaliger Umstellungsaufwand in Höhe von 1,8 Millionen Euro, sofern nur Einzelverhandlungen geführt werden; darauf entfallende Bürokratiekosten aus mit der Rechtsänderung verbundener, neuer Informations- und Beratungspflichten gegenüber den vertraglich zu betreuenden Pflegebedürftigen sind nicht quantifizierbar.

Die Vereinbarung von Maßstäben und Grundsätzen gemäß § 113 SGB XI für gemeinschaftliche Wohnformen sowie die Anpassung aller Maßstäbe und Grundsätze um Angaben zur Qualitätssicherung in Krisensituationen durch die Selbstverwaltung führen zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft in Höhe von voraussichtlich insgesamt rund 15 000 Euro. Die Anforderung an die zugelassenen Pflegeeinrichtungen zur Erarbeitung eines Konzepts zur pflegerischen Versorgung in Krisensituationen führt zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand der Wirtschaft in Höhe von rund 10,6 Millionen Euro. Der Nutzen des Konzepts für die Einrichtungen im Fall einer Krise führt voraussichtlich zu einer durchschnittlichen jährlichen Ersparnis für die Wirtschaft im Umfang von 355 000 Euro.

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

Durch die Vereinbarung einer Bundesempfehlung zur Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens in den Landesrahmenverträgen und die Anpassung der Landesrahmenverträge für die vollstationäre Pflege (§ 113c SGB XI) entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft in Höhe von insgesamt rund 113 000 Euro. Durch die Aufhebung der Regelungen in § 8 Absatz 6 SGB XI und § 84 Absatz 9 SGB XI in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 SGB XI zum 1. Januar 2026 auf Grund der ab 1. Juli 2023 stattfindenden Integration der Stellenanteile in das Pflegesatzverfahren wird mittelfristig der laufende Erfüllungsaufwand reduziert.

4.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Der Erfüllungsaufwand für die Verwaltung beträgt insgesamt rund 31,6 Millionen Euro, davon entfallen rund 17 Millionen Euro auf den jährlichen Aufwand und rund 14,6 Millionen Euro auf den einmaligen Aufwand. Dem stehen etwa 3,3 Millionen Euro an Entlastungen gegenüber.

a) Bund

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

b) Länder und Kommunen

Für die Länder ergibt sich ein zusätzlicher jährlicher Erfüllungsaufwand von rund 1 200 Euro (§ 9 SGB XI).

c) Sozialversicherung

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsteht bei der zu treffenden Vereinbarung zur Dokumentation und zum Verfahren bei der Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen für eine Übergangspflege im Krankenhaus ein Erfüllungsaufwand in Höhe von 1.000 Euro.

Den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen entsteht unter der Annahme, dass für jedes Bundesland ein Vertrag (in Nordrhein-Westfalen zwei Verträge) über die Erbringung von Übergangspflege im Krankenhaus (§ 132m SGB V) geschlossen wird, ein Gesamterfüllungsaufwand von einmalig rund 39 000 Euro.

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

Für die Pflegekassen ergibt sich ein zusätzlicher jährlicher Erfüllungsaufwand (§ 9 SGB XI) in Höhe von rund 163 000 Euro.

Für die hälftige Erstattung der Aufwendungen für geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen (§ 13 Absatz 7 SGB XI) entsteht den Pflegekassen ein jährlicher Erfüllungsaufwand von 4 300 Euro.

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

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

Die – bei Zustimmung der versicherten Person – verpflichtende Weitergabe von Heilmittelempfehlungen an den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin führt zu einem jährlichen Erfüllungsaufwand für die Pflegekassen in Höhe von rund 1 313 000 Euro.

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

Die Anhebung der Leistungsbeträge im Rahmen der Dynamisierung (§ 30 SGB XI) löst bei den Pflegekassen Programmieraufwand in Höhe von rund 41 200 Euro jährlich aus.

Die Verlängerung der Bezugsdauer von Pflegegeld bei Aufenthalt in der Türkei (§ 34 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den Pflegekassen in Höhe von rund 2 100 Euro aus.

Die Möglichkeit zur nachträglichen Geltendmachung von Kostenerstattungsansprüchen nach dem Tod des Pflegebedürftigen (§ 35 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den Pflegekassen in Höhe von rund 8 200 Euro aus.

Die Anhebung der Sachleistungsbeträge im ambulanten Bereich (§ 36 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den Pflegekassen in Höhe von rund 2 100 Euro aus.

Die Anhebung der Geldleistungsbeträge und Anpassung der Leistungsdauer bei Kurzzeit- und Verhinderungspflege (§ 37 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den Pflegekassen in Höhe von rund 2 100 Euro aus.

Die Anpassung der Leistungsdauer für anteiliges Pflegegeld bei Kombinationsleistung bei Kurzzeit- und Verhinderungspflege (§ 38 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den Pflegekassen in Höhe von rund 2 100 Euro aus.

Die Anhebung des Wohngruppenzuschlages (§ 38a SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den Pflegekassen in Höhe von 2 100 Euro aus.

Die Absenkung des für stundenweise Verhinderungspflege nutzbaren Leistungsbetrages (§ 39 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den Pflegekassen in Höhe von rund 8 200 Euro aus.

Die Anhebung des Leistungsbetrages für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel von 40 Euro auf 60 Euro (§ 40 SGB XI) löst einen einmaligen Programmieraufwand bei den Pflegekassen in Höhe von rund 2 100 Euro aus.

Für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der, da die Regelung auch Hilfsmittel betrifft, zugleich als Spitzenverband Bund der Krankenkassen handelt, ergibt sich für die Erarbeitung von Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte, die sich für das Verfahren nach § 40 Absatz 6 SGB XI eignen, ein einmaliger Aufwand rund 1 500 Euro. Parallel sind bei den Medizinischen Diensten jährliche Einsparungen von rund 203 000 Euro für Begutachtungen von Pflegehilfsmittelanträgen zu erwarten.

Die Anhebung der Sachleistungsbeträge im ambulanten Bereich sowie die Absenkung des Leistungsbetrages für teilstationäre Pflege um 50 Prozent bei Zusammentreffen mit ambulanten Leistungen (§ 41 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den Pflegekassen in Höhe von rund 10 300 Euro aus.

Die Einführung eines Gesamtjahresbetrags (§ 42a SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den Pflegekassen in Höhe von rund 8 200 Euro aus. Die zugleich vorgesehene Anzeigepflicht von ambulanten Pflegeeinrichtungen gegenüber den Pflegekassen löst bei diesen jährlichen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 9,8 Millionen Euro aus.

Die Anhebung der Sachleistungsbeträge und des Zuschussbetrages im vollstationären Bereich (§ 43 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den Pflegekassen in Höhe von rund 4 100 Euro aus.

Für die Umsetzung der Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteil (§ 43c SGB XI) entsteht den Pflegekassen für die Übermittlung der notwendigen Angaben an die Pflegeeinrichtungen ein einmaliger Aufwand von 21 500 Euro, sowie ein jährlicher Aufwand von 60 000 Euro.

Elektronische Meldungen der Pflegekassen an berufsständische Versorgungseinrichtungen im Falle des § 44 SGB XI löst einmaligen Aufwand zur Umprogrammierung von rund 2 100 Euro aus.

Elektronische Meldungen der Pflegekassen an berufsständische Versorgungseinrichtungen löst im Fall des § 44a SGB XI einmaligen Aufwand zur Umprogrammierung von rund 2 100 Euro aus.

Die Verrechnung mit überzahlten Leistungen (§ 45a Absatz 4 SGB XI) löst jährlich Bearbeitungsaufwand bei den Pflegekassen in Höhe von rund 16 300 Euro aus.

Die Anhebung des Entlastungsbetrages (§ 45b SGB XI) löst einmaligen Aufwand zur Umprogrammierung bei den Pflegekassen von rund 2 100 Euro aus.

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

Die Erstellung einer Bundesempfehlung für Verträge zu gemeinschaftlichen Wohnformen sowie der Abschluss entsprechender Verträge mit zugelassenen Pflegeeinrichtungsbetreibern im Sinne von § 45h Absatz 1 und Absatz 2 SGB XI geht mit einem geschätzten, einmaligen Organisationsaufwand für die Verwaltung in Höhe von rund 580 500 Euro einher.

Die Einführung des Sachleistungsanspruchs sowie des 300 Euro-Zuschlags für Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung (§ 45i SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den Pflegekassen in Höhe von rund 4 100 Euro aus.

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

Die Anhebung des Kinderlosenzuschlags (§ 55 SGB XI) löst bei den Krankenkassen einmaligen Aufwand zur Umprogrammierung im Umfang von rund 2 100 Euro aus.

Angesichts der Neuausrichtung der dauerhaft einzuhaltenden Zulassungsvoraussetzung in § 72 Absatz 3a SGB XI, die von den Pflegekassen bei den Pflegeeinrichtungen nach den Richtlinien gemäß § 72 Absatz 3b SGB XI zu überprüfen ist, wird das bisherige Nachweisverfahren der Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen (AVR) nach § 84 Absatz 7 SGB XI zur Entbürokratisierung und Entlastung aller Beteiligten in das Zulassungsverfahren verlagert. Die Entlastungswirkung rein auf den Wegfall eines jährlich durchgeführten Nachweisverfahrens (§§ 84 Absatz 7, 89 Absatz 3 Satz 4 SGB XI) bezogen, beläuft sich jährlich insgesamt auf rund 3,1 Millionen Euro für die Verwaltung.

Die Pflegekassen haben aufgrund der Rechtsänderung in § 72 Absatz 3c SGB XI künftig vor Abschluss von Versorgungsverträgen, die regionalen Ausschüsse in den Bundesländern zu beteiligen und anzuhören. Durch die Rechtsänderung entsteht bei angenommenen durchschnittlich 638 Neugründungen im Jahr für die Pflegekassen ein zusätzlicher jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von circa 24 000 Euro.

Für die Erarbeitung der Richtlinien zu den Verfahrens- und Prüfgrundsätzen einer Entlohnung nach Tarif sowie zu Kriterien für eine nach ortsüblichen Maßstäben wirtschaftliche Entlohnungsstruktur durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen ergibt sich ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 2 200 Euro. Für die Landesverbände der Pflegekassen ergibt sich durch die Ermittlung und Feststellung, welche anwendbaren Tarifverträge und kirchenarbeitsrechtlichen Regelungen eine nach ortsüblichen Maßstäben wirtschaftliche Entlohnungsstruktur haben, ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 35 000 Euro. Darüber hinaus ergibt sich für die Landesverbände der Pflegekassen durch die Überprüfung, ob alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen die neue Zulassungsvoraussetzung der nach ortsüblichen Maßstäben wirtschaftlichen Entlohnungsstruktur einhalten sowie die Ausfertigung einer diesbezüglichen Ergänzung zum bestehenden Versorgungsvertrag ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 6 491 000 Euro. Dieser wird durch die Aufhebung der Regelung zum Nachweisverfahren in § 84 Absatz 7 SGB XI kompensiert. Für die Neuverhandlung der Vergütungsvereinbarungen aufgrund der einrichtungsseitigen Anpassung der Lohnstrukturen zur Erfüllung der neuen Zulassungsvoraussetzung ergibt sich für die Pflegekassenverbände und Sozialhilfeträger ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 6 399 000 Euro (§ 72 Absätze 3a und 3b SGB XI).

Durch den Auftrag an die Pflegeselbstverwaltung zur Vereinbarung einer Bundesempfehlung für Kurzzeitpflege und zur Anpassung der Landesrahmenverträge für Kurzzeitpflege (§ 88a Absatz 1 SGB XI) entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von insgesamt rund 202 000 Euro für die Verwaltung. Im Zusammenhang mit dem Antrags- und Auszahlungsverfahren für das temporäre Ausfallgeld für nicht belegte Kurzzeitpflegeplätze (§ 88a Absatz 3 SGB XI) entstehen einmalig ein Erfüllungsaufwand von 8 000 Euro und ein laufender Erfüllungsaufwand von rund 41 000 Euro. Die Regelung des § 88a Absatz 1 und 2 SGB XI wird mittelfristig dazu beigetragen, dass Pflegesatzverfahren für Kurzzeitpflege verkürzt und weniger streitbehaftet durchgeführt werden können, da mit der Bundesempfehlung und den angepassten Rahmenverträgen eindeutige Vorgaben zu den Inhalten der zu den Inhalten der zu verhandelnden Pflegesatzvereinbarungen vorgegeben werden.

Es ist von einem einmaligen Umstellungsaufwand durch die Rechtsänderungen zur Zeitvergütung auf Landesebene der Verwaltung (Pflegekassen, Sozialhilfeträger) (§ 89 Absatz 3 Satz 1 SGB XI) von rund 338 000 Euro auszugehen, dabei bleibt unberücksichtigt, dass in der Praxis im ambulanten Bereich verstärkt anstelle von Einzelverhandlungen kollektive Verhandlungen mit Trägervereinigungen geführt werden und sich dadurch auch der damit verbundene zeitliche Aufwand stark reduziert.

Die Überarbeitung von Richtlinien in Folge der Änderungen in § 112a führt zu einem einmaligen Verwaltungsaufwand in Höhe von 1 500 Euro. Die Vereinbarung von Maßstäben und Grundsätzen gemäß § 113 SGB XI für gemeinschaftliche Wohnformen sowie die Anpassung aller Maßstäbe und Grundsätze um Angaben zur Qualitätssicherung in Krisensituationen durch die Selbstverwaltung führen zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Pflegekassen in Höhe von voraussichtlich insgesamt rund 20 000 Euro.

Die Verpflichtung des Qualitätsausschusses Pflege (§ 113b SGB XI), die Prüfung einer indikatorengestützten Qualitätssicherung für gemeinschaftliche Wohnformen zu beauftragen, führt zu einem einmaligen Erfüllungsaufwand für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Pflegekassen in Höhe von rund 14 000 Euro.

Durch die Vereinbarung einer Bundesempfehlung zur Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens in den Landesrahmenverträgen und die Anpassung der Landesrahmenverträge für die vollstationäre Pflege (§ 113c SGB XI) entsteht für die Verbände der Kostenträger auf Bundes- und auf Landesebene ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von insgesamt rund 272 000 Euro. Durch die Aufhebung der Regelungen in § 8 Absatz 6 SGB XI und § 84 Absatz 9 SGB XI in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 SGB XI zum 1. Januar 2026 auf Grund der ab 1. Juli 2026 stattfindenden Integration der Stellenanteile in das Pflegesatzverfahren wird mittelfristig der laufende Erfüllungsaufwand reduziert.

Die Beauftragung und Durchführung von Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen (§114 Absätze 1 und 2) werden ab 1. April 2023 zu einem jährlichen Erfüllungsaufwand bei den Landesverbänden der Pflegekassen sowie den Medizinischen Diensten in Höhe von insgesamt rund 573 000 Euro führen.

Durch die Erarbeitung von Qualitätsprüfungsrichtlinien für gemeinschaftliche Wohnformen (§ 114a Absatz 7 SGB XI) entsteht beim Medizinischen Dienst Bund ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 9 300 Euro.

Die Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen für gemeinschaftliche Wohnformen (§ 115 Absatz 1) führt bei den Landesverbänden der Pflegekassen zu einem jährlichen Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 8 000 Euro.

5. Weitere Kosten

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

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

6. Weitere Gesetzesfolgen

Das Gesetz hat Auswirkungen auf Verbraucherinnen und Verbraucher. Dies betrifft im Wesentlichen die Entlastung der Verbraucherinnen und Verbraucher durch die Begrenzung der Eigenanteile für Pflegebedürftige in Pflegeheimen, die weitere Reduzierung der Kosten für einen Platz im Pflegeheim durch die Änderung von § 9 SGB XI sowie die Auswirkungen durch einen Abschluss von zusätzlichen privaten Pflege-Zusatzversicherungen.

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

VII. Befristung; Evaluierung

a) Befristungen:

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

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

b) Evaluierung/Berichte:

Eine Evaluierung von § 37 Absatz 7 des Fünften Buches soll nach Absatz 10 drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelung zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens für die im Rahmen einer Versorgung nach Absatz 8 erbrachten Leistung erfolgen, um ihre Auswirkungen auf die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege feststellen zu können. Ebenfalls soll der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, zugleich handelnd als Spitzenverband Bund der Krankenkassen, in den nach § 40 Absatz 6 des Elften Buches in Richtlinien festgelegten Verfahren zur Vermutung der Erforderlichkeit bzw. Notwendigkeit von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln nach Empfehlung durch eine Pflegefachkraft in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, der Bundespflegekammer und den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene evaluieren. Ein Bericht

über die Ergebnisse der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Januar 2025 vorzulegen. Auch die neuen Modellvorhaben nach § 64d des Fünften Buches sind nach § 65 des Fünften Buches zu evaluieren.

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

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

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

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

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

Zu Nummer 2

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

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Mit den Neuregelungen zur Personalbemessung ist vorgesehen, die Vergütungszuschläge nach § 8 Absatz 6 des Elften Buches auslaufen zu lassen und die Kosten in die Kalkulation der Pflegesätze einzubeziehen. Durch die vorrangige Zwecksetzung der Unterstützung der Erbringung der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen leistet die gesetzliche Krankenversicherung derzeit indirekt einen Beitrag zur Mitfinanzierung der Kosten der medizinischen Behandlungspflege. Im Vorgriff auf das Auslaufen dieser Sonderregelung wird dieser Finanzierungsbeitrag in unveränderter Höhe als direkte teilweise Mitfinanzierung der Behandlungspflegekosten festgeschrieben. Im Zusammenhang

mit der vorgesehenen Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile trägt er damit weiter zur finanziellen Entlastung der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen bei.

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 8

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

Nach dieser Regelung können entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens für Leistungen der häuslichen Krankenpflege über die Durchführung der nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 verordnungsfähigen Maßnahmen bestimmen. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird in diesem Zusammenhang beauftragt, Rahmenvorgaben zur Dauer und Häufigkeit der nach Bestimmung durch die Pflegefachkräfte durchzuführenden Maßnahmen sowie Vorgaben zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes und zum Arztkontakt zu regeln. Eine „Blankverordnung“ häuslicher Krankenpflege ist insbesondere bei folgenden Leistungen geeignet: Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung sowie An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen, Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes.

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

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

Zu Absatz 9

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

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

Der Arztbezug ist für die Evaluierung im Hinblick auf eine Analyse und Auswertung des Ordnungsgeschehens bezogen auf die Versorgung nach Absatz 8 notwendig. Da bei dieser Versorgung die Verordnungen keine Angaben zur Dauer und Häufigkeit der nach Bestimmung durch die Pflegefachkräfte durchzuführenden Maßnahmen enthalten, ist auch die Zusammenführung dieser Daten (zum Beispiel nach bestimmten Diagnosen) je Versi-

cherten erforderlich. Dies ist nur möglich, wenn versichertenbezogene Daten über ein Pseudonym zusammengeführt werden können. Des Weiteren können für die Auswertung des Verordnungsgeschehens die Altersstruktur der Patientinnen und Patienten sowie weitere in der Person der Versicherten liegende Besonderheiten relevant sein.

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

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

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

Die pseudonymisierten Daten sind vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem beauftragten unabhängigen Dritten spätestens ein Jahr nach Abschluss der Evaluierung zu löschen.

Zu Absatz 10

Die Versorgung nach Absatz 8 ist nach Absatz 10 zu evaluieren, um ihre Auswirkungen auf die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege feststellen zu können. Von besonderer Bedeutung ist dabei, wie sich die Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege verändert. Damit gehen die Fragen nach der Behandlungs- und Ergebnisqualität, der Wirtschaftlichkeit dieser Versorgung sowie den entsprechenden finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen einher. Die Evaluierung ist bis zum Ablauf von drei Jahren nach Inkrafttreten der Regelungen nach Absatz 8 vorzunehmen. Für die Evaluierung haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer gemeinsam einen externen Dritten zu beauftragen.

Zu Nummer 4

Zu § 39d (Übergangspflege im Krankenhaus)

Zu Absatz 1

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

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

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Zuzahlungen, die von Versicherten nach Vollendung des 18. Lebensjahres zu entrichten sind. Innerhalb eines Kalenderjahres sind für längstens 28 Tage an das Krankenhaus 10 Euro je Kalendertag nach § 61 Satz 2 zu zahlen. Von Versicherten bereits geleistete Zuzahlungen nach § 39 Absatz 4 für Krankenhausbehandlungen oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind anzurechnen.

Zu Nummer 5

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

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

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

Die Bezugnahme der Regelung auf § 63 bewirkt, dass die allgemein geltenden Regelungen zu Abweichungsbefugnissen von gesetzlichen Vorschriften bei Modellvorhaben auch bei

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

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

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

Zu Nummer 6

Zu Buchstabe a

Um die nach § 37 Absatz 9 und 10 vorgesehene Datenerhebung und -übermittlung sowie Evaluierung zu ermöglichen, erhalten die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen den Auftrag, die für eine Verordnung nach § 37 Absatz 8 zu verwendenden Vordrucke und Nachweise so zu gestalten, dass sie von den übrigen Verordnungen nach § 37 zu unterscheiden sind und insoweit differenzierbar ausgewertet werden können.

Zu Buchstabe b

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

Zu Nummer 7

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

Zu Nummer 8

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

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

Zu Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

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

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Zu § 7b (Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine)

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

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Aufzählung in § 7b Absatz 1 Satz 1 wird angepasst. Zum einen werden hierin bislang noch nicht enthaltene Leistungstatbestände wie der Wohngruppenschlag nach § 38a oder die Beantragung von Pflegehilfsmitteln, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind, sowie von Zuschüssen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds

nach § 40 Absatz 1 und 4 und einer Anschubfinanzierung zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach § 45g aufgenommen. Zum anderen werden der Aufzählung Leistungstatbestände hinzugefügt, die mit dem vorliegenden Gesetz neu eingeführt werden. Drittens wird § 42 – für den gemeinsam mit § 39 nun ein Gemeinsamer Jahresbetrag vorgesehen wird, der als Gesamtleistungsbetrag sowohl für Verhinderungspflege als auch für Kurzzeitpflege eingesetzt werden kann – in den neuen Satz 4 des § 7b Absatz 1 überführt.

Zu Doppelbuchstabe bb

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

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

Vorliegend wird daher normiert, dass die in § 7b getroffenen Regelungen ebenfalls Geltung erhalten für die jeweils erstmalige Beantragung der im neuen Satz 4 aufgeführten Leistungen (Anspruch auf zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege, Umwandlungsanspruch, Entlastungsbetrag und der neue Anspruch auf Leistungen zur Unterstützung in der häuslichen Betreuung). Ferner wird vorgeschrieben, dass die entsprechenden Personen dabei ausdrücklich auch auf die Möglichkeiten des individuellen Versorgungsplans nach § 7a hinzuweisen und über dessen Nutzen in nachvollziehbarer und leicht verständlicher Weise aufzuklären sind. Hiermit erhalten die Anspruchsberechtigten mehr Unterstützung bei der Klärung ihrer individuellen Fragen und der Einbindung der Leistungen in ihre individuelle Versorgung.

Zu Nummer 4

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

Zu Absatz 1

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

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

Damit Pflegebedürftige, ihre Angehörigen sowie beratende Einrichtungen jederzeit die Möglichkeit haben, sich über frei verfügbare Angebotskapazitäten zu informieren, sollen im Informationsportal tagesaktuelle Informationen zu den frei verfügbaren Angeboten von allen nach § 72 Absatz 1 zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie ambulanten Betreuungsdiensten nach § 71 Absatz 1a aufgenommen werden. Ebenfalls verpflichtend sollen Informationen über die von den Pflegekassen angebotenen Beratungs- und Schulungsangebote nach den §§ 7c und 45 aufgenommen werden. Die in Satz 2 Buchstabe c aufgeführten Angebote sollen auf Antrag aufgenommen werden. Um die Aufnahme dieser Einrichtungen und Strukturen zu fördern, werden die Landesverbände der Pflegekassen verpflichtet, diese entsprechend zu informieren.

Zu Absatz 2

Die Angaben zum Namen, zur postalischen Adresse, zur Internetadresse, zur zeitlichen Erreichbarkeit und die Telefonnummer sind erforderlich, damit im Interesse der Pflegebedürftigen die Einrichtungen schnell gefunden und schnell Kontakt mit den Einrichtungen aufgenommen werden kann. Bei den in Absatz 1 Satz 2 Buchstabe a aufgeführten Einrichtungen sind zudem die frei verfügbaren Angebote aufzuführen. Ebenso wichtig ist die Möglichkeit, durch Wohnort- und Postleitzahlensuche mit Umkreissuche eine Übersicht über die wohnortnahen Angebote bzw. Angebote in der Region zu erhalten. Im Rahmen der Festlegungen zum Aufbau des Informationsportals nach Absatz 5 haben die Landesverbände der

Pflegekassen auch die Einzelheiten zur Darstellung der Pflege- und Betreuungsleistungsangebote im Informationsportal vorzugeben. Die Darstellung der Angebote soll die vertraglich vereinbarten Leistungsangebote der Einrichtungen wiedergeben.

Zu Absatz 3

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

Zu Absatz 4

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

Zu Absatz 5

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

Zu Absatz 6

Sowohl die Angebote der pflegerischen Versorgung als auch die Möglichkeiten, über diese Angebote mit digitalen Medien zu informieren, entwickeln sich kontinuierlich weiter. Deshalb soll der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in einer Regelmäßigkeit von zwei Jahren einen Bericht mit Informationen über den Aufbau der Informationsportale oder des Informationsportals, Anwendungserfahrungen und Vorschläge zur Weiterentwicklung erstellen und diesen Bericht dem Bundesministerium für Gesundheit zur Weiterleitung an den Deutschen Bundestag vorlegen. Damit wird eine Grundlage geschaffen, um die gesetzlichen Regelungen zur Information der Pflegebedürftigen kontinuierlich zu prüfen und bei Bedarf fortzuschreiben.

Zu Nummer 5

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung schafft eine eigenständige Finanzierungsgrundlage für die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 und der dem Qualitätsausschuss Pflege nach § 113b Absätze 4 und 4a übertragenen Aufgaben aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Eine fiskalische Trennung dieses Aufgabenbereichs von den Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 8 Absatz 3 ist aufgrund der unterschiedlichen Verantwortlichkeiten (hier Qualitätsausschuss Pflege als Organ der Vertragsparteien nach § 113 bzw. dort allein Spitzenverband Bund der Pflegekassen) geboten. Bereits mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020 wurde der zunächst bis 31. Mai 2021 befristete Arbeitsauftrag für die Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses als dauerhaft bestimmt. Für den Qualitätsausschuss Pflege besteht ein dauerhaft eigenständiger Handlungsbereich. Über die dem Qualitätsausschuss nach § 113b Absatz 4 mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz übertragenen Aufgaben hinaus – die zum Teil noch abzuschließen sind – ist bei den vom Qualitätsausschuss zu bearbeitenden Fragen der Qualitätssicherung und -entwicklung in der Pflege von einer nachhaltigen Aufgabenstellung auszugehen. Dies wird in der gleichzeitigen Einfügung eines neuen § 113b Absatz 4a inhaltlich ausgeführt. Dort ist geregelt, dass auch zukünftig von den Vertragsparteien unabhängige wissenschaftliche Institutionen beauftragt werden können, wenn die Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit auf dem Gebiet der Qualitätssicherung dies erfordert; diese Aufträge werden aus Gründen der Sachnähe in die Finanzierungsregelung des § 8 Absatz 4 eingeschlossen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Im Hinblick auf das Verfahren und die Auszahlungen wird geregelt, dass die Vertragsparteien nach § 113 die Einzelheiten des Auszahlungsverfahrens vereinbaren und die jeweiligen Auszahlungen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit bedürfen.

Zu Buchstabe b

Im Hinblick auf die Einführung des Personalbemessungsverfahrens mit dem geänderten § 113c wird nach Ablauf der Übergangsphase des § 113c Absatz 5 die Regelung zur gesonderten Vergütung zusätzlicher Fachkräfte nach § 8 Absatz 6 aufgehoben, da diese zusätzlichen Stellenanteile Bestandteil der ab 1. Juli 2023 vorgesehenen Personalanhaltswerte nach § 113c Absatz 1 sind.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa und Doppelbuchstabe bb

Mit der Änderung von § 8 Absatz 7 werden die Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in den Pflegeeinrichtungen erweitert. Damit besteht für die einzubeziehenden Pflegeeinrichtungen in der ambulanten und stationären Versorgung bereits im Jahr 2021 die Möglichkeit, für die Konzeptentwicklung zur Rückgewinnung von Pflegekräften sowie zum einrichtungsspezifischen Ausbau mitarbeiterorientierter Schicht- und Arbeitszeitmodelle einen jährlichen Zuschuss von bis zu 7 500 Euro zu erhalten.

Durch diese Ausweitung der Zweckbestimmung des Förderprogramms nach § 8 Absatz 7 sollen die Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit erhalten, verstärkt Anreize und Unterstützungsangebote für einen Wiedereinstieg von Pflege- und Betreuungskräften in den Beruf nach geplanten Auszeiten, insbesondere nach einer Eltern- oder Pflegezeit, zu schaffen oder auszubauen. Dadurch soll der Anteil der Pflege- und Betreuungskräfte erhöht werden, die wieder in den Beruf einsteigen. Damit werden auch Vereinbarungen zur Konzertierte

Aktion Pflege (KAP-Maßnahmen der Arbeitsgruppe 2, Handlungsfeld 2.3 Nummer 1, Nummer 2; Arbeitsgruppe 2, Handlungsfeld VI, Nummer 8) umgesetzt, die auf die Rückgewinnung von Pflegekräften abzielen, die vorübergehend aus familiären Gründen, aufgrund der Pflege von Angehörigen, oder dauerhaft aufgrund der physischen oder psychischen Belastungen aus dem Beruf ausgestiegen sind („Rückgewinnungsprogramm“), sich aber einen Wiedereinstieg in den Pflegeberuf grundsätzlich vorstellen können. Diese Regelung geht auch auf die Erkenntnisse aus dem Projekt des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege zur Umsetzung guter Arbeitsbedingungen in der Pflege ein, um dem hohen Zeitdruck der Pflegekräfte im Arbeits- und Privatleben, physischen und psychischen Belastungen, mangelnder Führung und unzureichender Wertschätzung bis hin zu fehlenden Weiterentwicklungsmöglichkeiten entgegenzuwirken. Mit der Entwicklung und Umsetzung einrichtungsspezifischer Konzepte sollen betriebliche Strukturen zur Rückgewinnung und (Wieder-)Einarbeitung geschaffen werden, insbesondere für eine kompetenzorientierte und lebensphasengerechte Aufgabenverteilung für Pflege- und Betreuungskräfte in den Pflegeeinrichtungen. Auch der Anteil unfreiwilliger Teilzeitarbeit kann so reduziert werden. Die Mitarbeiter sind bei der Entwicklung und Umsetzung der Konzepte einzubeziehen. Die Finanzierung der Entwicklung der Konzepte erfolgt bis zu 50 Prozent aus den Mitteln des Förderprogrammes.

Zu Buchstabe d

Mit der Regelung wird der Zeitraum, in dem ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung einen einmaligen Zuschuss in Höhe von bis zu 12 000 Euro für die Anschaffung von digitalen Anwendungen erhalten können, bis zum Jahr 2023 verlängert. Bei Beibehaltung der dafür im Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bereits vorgesehenen Mittel wird damit den durch die Pandemie stark belasteten Einrichtungen ein größerer Zeitraum für die Inanspruchnahme der Förderung zur Verfügung gestellt.

Zu Buchstabe e

Mit dem Auslaufen der Vergütungszuschläge wird auch die Finanzierungsbeteiligung der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, hierzu beendet.

Zu Nummer 6

Zu § 9 (Aufgaben der Länder)

Zu Absatz 1

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen.

Zu Absatz 2

Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. § 8 adressiert Länder, Kommunen, Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen und den Medizinischen Dienst als gemeinsam verantwortliche Akteure. Die Länder sind nach § 9 im Besonderen verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur.

Die Rolle und das Mitwirkungspotenzial der Länder werden mit der vorliegenden Regelung konkretisiert. Durch das mit dem neuen § 9 Absatz 2 eingeführte Verfahren sollen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen (finanziell) spürbar entlastet werden. Gleichzeitig werden auch die Sozialhilfeträger, die Leistungen der Hilfe zur Pflege an Leistungsberechtigte nach § 61 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch übernehmen, über die Reduzierung der von der pflegebedürftigen Person selbst zu tragenden Investitionskosten entlastet.

Um insbesondere die Pflegeeinrichtungen nicht durch zusätzlichen bürokratischen Aufwand zu belasten, findet aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung keine Spitzabrechnung statt.

Zu Absatz 3

Neben redaktionellen Anpassungen wird durch die Neufassung des Absatzes 3 klargestellt, dass den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Sozialen Pflegeversicherung bis heute Einsparungen entstehen, die zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden sollen.

Zu Nummer 7

In den vergangenen Jahren wurden verschiedene gesetzliche Schritte unternommen, um den Zugang pflegebedürftiger und von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen zu Rehabilitationsmaßnahmen zu erleichtern. Zuletzt wurde mit dem „Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG)“ die Inanspruchnahme einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation erleichtert (§ 40 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch).

Mit der Ergänzung einer Regelung zur Mitfinanzierung von Maßnahmen der geriatrischen Rehabilitation durch die Pflegekassen wird dem Umstand Rechnung getragen, dass im Sinne des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ insbesondere für ältere Menschen eine Maßnahme der geriatrischen Rehabilitation eine wichtige gesundheitsfördernde und zugleich soziale Leistung darstellt. Leistungen insbesondere der geriatrischen Rehabilitation können für einen bestimmten Personenkreis älterer Menschen die selbstbestimmte Teilhabe fördern, der Entstehung von Pflegebedürftigkeit entgegenwirken, das Eintreten von Pflegebedürftigkeit hinauszögern, gegebenenfalls Pflegebedürftigkeit vermindern bzw. deren Fortschreiten zu verlangsamen.

Es ist daher im Sinne einer sektorenübergreifenden Verantwortung und Versorgung durch die Kranken- und Pflegekassen sachgerecht, dass die Pflegeversicherung an den Kosten der geriatrischen Rehabilitations-Maßnahmen beteiligt wird. Gemeint sind damit entsprechend der allgemein geltenden fachlichen Grundlagen (siehe zum Beispiel Richtlinie des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 282 Fünftes Buch zu Vorsorge und Rehabilitation) Maßnahmen, die auf eine geriatritypische Multimorbidität und auf ein Alter der Nutzer der Maßnahme von 70 Jahren und älter abzielen. Es steht hier insbesondere der Ausgleich der Beeinträchtigungen alltagsrelevanter Aktivitäten im Mittelpunkt, und den besonderen Risiken geriatrischer Patienten aufgrund deren eingeschränkter struktureller und funktioneller körperlicher Reserven wird Rechnung getragen.

Die durch den neuen Absatz 7 eingeführte Erstattungsregelung kann bürokratiearm unmittelbar zwischen der jeweiligen Pflegekasse und Krankenkasse des Versicherten, der eine Leistung der geriatrischen Rehabilitation in Anspruch nimmt, erfolgen.

Die Regelung des § 6 Absatz 1 des Neunten Buches bleibt unberührt. Insoweit die Klärung von Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsziele und Rehabilitationsprognose auf die Notwendigkeit einer indikationsspezifischen Rehabilitationsmaßnahme verweist, wird der Anspruch des Versicherten darauf durch die vorliegende Regelung nicht eingeschränkt. Gemäß § 18d Absatz 4 haben die Pflegekassen über die Umsetzung von Rehabilitationsmaßnahmen für über 70jährige Versicherte Bericht zu erstatten.

Zu Nummer 8

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

Zu Nummer 9

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

Zu Nummer 10

Zu Buchstabe a

Infolge der Neustrukturierung der Vorschriften der §§ 18a bis 18d wird der derzeit geltende § 18b (Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren) in die Regelung des § 17 (Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen) integriert.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 11

§ 17a ist derzeit im Elften Buch mit dem Klammerzusatz „weggefallen“ hinterlegt. Aufgrund ihrer Gegenstandslosigkeit wird die Norm aufgehoben.

Zu Nummer 12

Durch die neuen §§ 18 bis 18d werden die derzeit geltenden §§ 18 bis 18c umstrukturiert und systematisiert. Die Inhalte der geltenden §§ 18 und 18a werden in fünf neue Vorschriften aufgeteilt. Der aktuelle § 18b wird in die Regelung des § 17 integriert, der inhaltlich überholte § 18c ist gegenstandslos und entfällt.

Zu § 18 (Beauftragung der Begutachtung)

Zu Absatz 1

Absatz 1 Satz 1 führt die Regelung des aktuellen § 18 Absatz 1 Satz 1 fort. Satz 2 enthält im Grundsatz die derzeit geltende Regelung des § 18 Absatz 3 Satz 1. Die darin verwendete Formulierung „Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit“ ist nicht eindeutig. Da es sich hierbei nicht um einen vom Versicherten – unabhängig vom Leistungsantrag – separat zu stellenden Antrag handelt, wird aus Klarstellungsgründen der neue § 18 Absatz 1 Satz 2 sprachlich angepasst.

In der Praxis werden die Aufträge zum Teil noch immer postalisch an den Medizinischen Dienst bzw. die unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter übermittelt. Da die Weiterleitung ab Antragstellung teilweise bis zu zehn Tage andauert, wird im Sinne der Versicherten den Pflegekassen mit Satz 2 künftig eine Weiterleitung der Anträge in gesicherter elektronischer Form abverlangt und auf diese Weise eine Einhaltung der gesetzlich vorgesehenen Bearbeitungs- bzw. Begutachtungsfristen unterstützt. Die elektronische Übermittlung hat spätestens am dritten Arbeitstag seit Eingang des Antrags nach § 33 Absatz 1 Satz 1 bei der zuständigen Pflegekasse zu erfolgen.

Da derzeit noch nicht alle Pflegekassen und Medizinischen Dienste bzw. unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter über die für eine elektronische Weitergabe erforderlichen technischen Voraussetzungen verfügen, ist eine Übermittlung der Unterlagen ausschließlich in gesicherter elektronischer Form verpflichtend erst ab dem 1. Januar 2022 vorgesehen.

In der Praxis verweisen die Pflegekassen darauf, dass der Medizinische Dienst zum Zweck der Begutachtung vollständige und damit „prüffähige Antragsunterlagen“ benötigt. Unklar und von den Pflegekassen uneinheitlich gehandhabt wird die Frage, welche Informationen,

Daten und Unterlagen der Pflegekasse von der antragstellenden Person vorgelegt werden müssen, damit die Pflegekasse den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit der Begutachtung beauftragen kann. So ist beispielsweise offen, ob eine Datenfreigabeerklärung des Versicherten oder eine schriftliche Entbindung des behandelnden Arztes von der Schweigepflicht zu den „prüffähigen Antragsunterlagen“ zählen. Der Verweis auf die derzeit geltenden Begutachtungs-Richtlinien (Ziffer 3.1) hilft nur bedingt weiter, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Mehrzahl der Pflegekassen der Ansicht ist, neben den Stammdaten zusätzliche Angaben zu benötigen. Daher wird im Satz 3 festgelegt, dass der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 Konkretisierungen dahingehend vorzunehmen hat, dass abschließend klargestellt wird, welche Unterlagen im Einzelnen dringend erforderlich und durch die Pflegekassen unbedingt beizubringen sind, damit diese die Begutachtung beauftragen können. Datenschutzrechtliche Aspekte sind dabei zu berücksichtigen. Da die Richtlinien bis spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes anzupassen sind, wird vorsorglich für den Fall, dass der Medizinische Dienst Bund bei Inkrafttreten noch nicht konstituiert ist, in § 53c Absatz 3 in einem dort neu verorteten Satz 5 der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur entsprechenden Konkretisierung der Begutachtungs-Richtlinien verpflichtet. Die Richtlinien gelten bis zu ihrer Änderung oder Aufhebung durch den Medizinischen Dienst Bund gemäß § 53d Absatz 3 fort.

Zu Absatz 2 und Absatz 3

Bei Absatz 2 handelt es sich um den derzeit geltenden § 18 Absatz 1a. Zudem wird Satz 1 infolge des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) vom 23. Oktober 2020 durch Bezugnahme auf § 37c SGB V redaktionell angepasst und damit dem § 17 Absatz 1b Satz 1 inhaltlich angeglichen.

Absatz 3 beinhaltet die Regelung des derzeit geltenden § 18 Absatz 3a.

Zu Absatz 4

In Absatz 4 Sätze 1 und 3 wird die Regelung des derzeit geltenden § 18 Absatz 5 fortgeführt. Absatz 4 Satz 2 verpflichtet die Pflegekassen, die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen in gesicherter elektronischer Form weiterzuleiten. Dies unterstützt die Einhaltung der gesetzlichen Regelungen zu den Bearbeitungs- und Begutachtungsfristen. Da derzeit noch nicht alle Pflegekassen und Medizinischen Dienste bzw. unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter über die für eine elektronische Weitergabe erforderlichen technischen Voraussetzungen verfügen, ist die elektronische Form spätestens ab dem 1. Januar 2022 anzuwenden.

Zu Absatz 5

Absatz 5 enthält, sprachlich angepasst, die Regelung des aktuellen § 18 Absatz 2 Sätze 2 und 3. Der derzeit lautende Satz 3 „Die §§ 65, 66 des Ersten Buches bleiben unberührt.“ wird der besseren Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit wegen umformuliert. Eine inhaltliche Änderung ist damit nicht verknüpft.

Zu § 18a (Begutachtungsverfahren)

Zu Absatz 1

Bei Absatz 1 Sätze 1 bis 3 handelt es sich um den derzeit geltenden § 18 Absatz 2 Sätze 1, 4 und 5.

Die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit erfolgt grundsätzlich durch eine umfassende persönliche Befunderhebung im Wohnbereich der antragstellenden Person. Um die vulnerable

Personengruppe der Pflegebedürftigen vor zusätzlichen Ansteckungsgefahren durch zum Beispiel neuartige Viren – wie jüngst das Coronavirus SARS-CoV-2 – zu schützen, besteht nach Satz 4 (neu) die Möglichkeit, Gutachten aufgrund der zur Verfügung stehenden Unterlagen zu erstellen, wenn dies zur Verhinderung des Risikos einer Ansteckung des Versicherten oder des Gutachters mit einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit, infolge derer die Voraussetzungen für eine epidemische Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 Infektionsschutzgesetz vorliegen und eine solche festgestellt wurde, zwingend erforderlich ist. Weitere Voraussetzung für eine Gutachtenerstellung ohne Untersuchung des Versicherten insoweit ist eine Antragstellung der versicherten Person während des Vorliegens einer epidemischen Lage bzw. innerhalb von sechs Wochen nach deren Aufhebung. In Satz 5 wird geregelt, auf welcher Grundlage das Gutachten erstellt wird. Neben den zur Verfügung stehenden (einzuholenden) Unterlagen haben die Gutachterinnen und Gutachter zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad nach Möglichkeit die Versicherten, deren Bevollmächtigte und rechtliche Betreuer sowie deren Angehörige und sonstige zur Auskunft fähige Personen (wie beispielsweise Ärztinnen und Ärzte der antragsstellenden Person, Mitarbeitende des bisherigen Pflegedienstes, Nachbarinnen und Nachbarn) telefonisch oder digital zu befragen (strukturierte Interviews). Anhand der eingeholten Unterlagen und Informationen entscheiden die Gutachterinnen und Gutachter über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und empfehlen die Zuordnung zu einem Pflegegrad. Die Vorgaben für die Pflegebegutachtung im Übrigen bleiben unberührt. In Satz 6 wird der Medizinische Dienst Bund beauftragt, im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die inhaltlichen und organisatorischen Einzelheiten zu den strukturierten Interviews zu konkretisieren und zugleich einheitliche Vorgaben festzulegen, unter welchen Schutz- und Hygienemaßnahmen eine persönliche Untersuchung während der epidemischen Lage (bis sechs Wochen danach) vorzunehmen ist.

Ebenfalls sind einheitliche Maßgaben für diejenigen Fallkonstellationen (unter Nennung der betroffenen Personengruppen) zu entwickeln, in denen eine Begutachtung ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich zwingend vorzunehmen ist, entweder um das (auch nur geringe) Risiko, dass sich der Versicherte mit der bedrohlichen Krankheit ansteckt (beispielsweise aufgrund seines Gesundheitszustandes), auszuschließen, oder um das Risiko einer Ansteckung des Gutachters zu vermeiden, und auf diese Weise einer möglichen Verbreitung der Krankheit vorzubeugen. Die Fallkonstellation, dass ein für eine Begutachtung vorgesehener Gutachter sich - möglicherweise – angesteckt haben könnte, fällt nicht darunter; hier ist auf einen anderen Gutachter zurückzugreifen. Bei der Entwicklung der Vorgaben ist es zielführend, dass der Medizinische Dienst Bund den Medizinischen Dienst der privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen (Medicproof) fachlich einbezieht.

Für Fallkonstellationen, in denen eine Untersuchung zu erfolgen hat, ist ein an die epidemische Lage angepasstes Schutz- und Hygienekonzept zu entwickeln. So sind beispielsweise einzuhaltende Hygienemaßnahmen für die Gutachterinnen und Gutachter selbst (wie das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes bzw. Atemschutzmaske oder auch die Nutzung persönlicher Schutzkleidung (Schutzkittel, Einweghandschuhe) sowie auch für die zu begutachtende Person und deren Wohnbereich (Häuslichkeit oder stationäre Einrichtung) zu hinterlegen (zum Beispiel Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes, einzuhaltender Abstand, Begrenzung der Anzahl der Kontaktpersonen bei der Begutachtung). Hinsichtlich des Schutz- und Hygienekonzepts sind auch die Hinweise und Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zu berücksichtigen. Ebenfalls ist das weitere Vorgehen in Fällen, in denen bei den Gutachtern oder der begutachteten Person, bei Kontaktpersonen oder bei Personen in der stationären Einrichtung Symptome vor oder nach der vorgenommenen Begutachtung auftreten, festzulegen.

Zu Absatz 2

Bei Absatz 2 handelt es sich um den aktuellen § 18 Absatz 1 Satz 2.

Zu Absatz 3

Bei der Regelung in Absatz 3 handelt es sich um den aktuell geltenden § 18 Absatz 5a. Aus Klarstellungsgründen wird ein neuer Satz 2 eingefügt, der besagt, dass die Antworten in den Bereichen der außerhäuslichen Aktivitäten und der Haushaltsführung für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit nicht herangezogen werden. Die für den Bereich der Haushaltsführung relevanten Beeinträchtigungen sind gemäß § 14 Absatz 3 bei den Fragen zu den sechs Lebensbereichen nach § 14 Absatz 2 mitberücksichtigt. Die Informationen zu beiden Bereichen sind hilfreich für die Pflegeberaterinnen und -berater der Pflegekasse sowie für die Pflegeplanung der Pflegekräfte.

Die in Satz 4 Nummern 1 und 2 abgebildeten Kriterien, die in den Bereichen „außerhäusliche Aktivitäten“ und „Haushaltsführung“ genannt werden, dienen nicht dazu, Aussagen zum Umfang des Leistungsrechts der Pflegeversicherung zu treffen. Das Begutachtungsinstrument, dem ein pflegfachliches Konzept zugrunde liegt, erfasst in insgesamt acht Bereichen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die die Situation pflegebedürftiger Menschen prägen. Um gleichgerichtete Beeinträchtigungen jedoch nicht doppelt zu berücksichtigen, werden die in § 18a Absatz 3 genannten Bereiche (Bereiche sieben und acht des Begutachtungsinstruments) bei der rechnerischen Ermittlung des Pflegegrades außen vor gelassen (BT-Drs. 18/5926, S. 117). Gleichwohl sind Erkenntnisse, die zu den in diesen beiden Bereichen erhobenen Kriterien gewonnen werden, von großer Bedeutung für die Bewältigung der Pflegesituation und damit die Stärkung der Selbständigkeit der Pflegebedürftigen.

Der Umfang des Leistungsrechts wird durch die leistungs- und vertragsrechtlichen Vorgaben bestimmt. Hilfen bei der Haushaltsführung, auf die auch in § 14 Absatz 3 Bezug genommen wird, sind integraler Bestandteil der Leistungen der Pflegeversicherung und werden für die Pflegebedürftigen insbesondere gemäß § 36 als Sachleistungen der Pflegeversicherung vorgehalten. Um Hilfen bei der Haushaltsführung im Hinblick auf den Unterstützungsbedarf des jeweiligen Pflegebedürftigen sachgerecht zu planen und zu erbringen, können auch die Ergebnisse der Begutachtung im Bereich des § 18a Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 herangezogen werden. Bei den in § 18a Absatz 3 Satz 4 Nummer 1 aufgeführten außerhäuslichen Aktivitäten handelt es sich hingegen ausschließlich beim Besuch einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege gemäß § 41 oder eines Tagesbetreuungsangebotes im Sinne des § 45a um Bereiche, für die die Pflegeversicherung spezifische Leistungen nach dem SGB XI bereithält. Bei den anderen in Absatz 3 Satz 4 Nummer 1 aufgeführten Bereichen handelt es sich hingegen um Aktivitäten, die zum Teil gar nicht und zum Teil nur im Einzelfall Bestandteil bestimmter Leistungen der Pflegeversicherung sein können und für die vielmehr Leistungen anderer Leistungsträger wie möglicherweise der Eingliederungshilfe oder bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen im Einzelfall auch der Krankenversicherung beansprucht werden können, oder um Aktivitäten, in denen Pflegebedürftige gegebenenfalls Unterstützung beispielsweise durch örtliche Hilfsorganisationen oder ehrenamtlich Engagierte erhalten können. § 18a Absatz 3 Satz 4 Nummer 1 dient dem Ziel, eine umfassende Zusammenschau auf Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der Pflegebedürftigen zu erhalten; für die Deckung von daraus ggf. konkret ableitbaren Unterstützungsbedarfen sind in der Beratung hingegen verschiedene Träger insbesondere auch außerhalb der Pflegeversicherung in die Betrachtung einzubeziehen.

Zu Absatz 4

Durch die Auflösung der Struktur des derzeit geltenden § 18 wird in § 18a Absatz 4 (neu) ergänzend klargestellt, dass sich die Untersuchung des Versicherten ebenfalls auf die im Gutachten nach § 18b (neu) darzustellenden Feststellungen und Empfehlungen erstreckt.

Zu Absatz 5

Bei der Regelung in Absatz 5 handelt es sich um den aktuellen § 18 Absatz 3 Sätze 3 und 4. Der Gesetzestext schreibt im derzeit geltenden Satz 3 vor, dass die Begutachtung „dort“ (im Krankenhaus oder der stationären Rehabilitationseinrichtung) zu erfolgen hat. Die Mehrheit der Medizinischen Dienste stützt sich in diesen Fällen allerdings auf Ziffer 6.1.3 der Begutachtungs-Richtlinien des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, nach welcher in Fällen mit verkürzter Begutachtungsfrist eine gutachterliche Stellungnahme auf der Grundlage der zur Verfügung stehenden Unterlagen möglich ist. Einem solchen Vorgehen liegen insbesondere pflegefachliche Erwägungen zugrunde, nach denen der konkrete Pflegegrad der pflegebedürftigen Person erst in deren Wohnbereich festgestellt werden kann. Eine grundsätzlich persönliche Befunderhebung der antragstellenden Person noch im Krankenhaus oder in der stationären Rehabilitationseinrichtung wird aus pflegefachlicher Sicht als nicht zielführend angesehen. Hinzu kommen weitere Unwägbarkeiten, beispielsweise Störungen des Krankenhausablaufs durch die Untersuchung der antragstellenden Person oder deren fehlende Privatsphäre aufgrund des Aufenthalts in einem Mehrbettzimmer. Aus vorgenannten Gründen und unter Berücksichtigung des neuen Absatzes 7 Satz 2, der regelt, dass die abschließende – grundsätzlich im Wohnbereich des Versicherten stattfindende – Begutachtung unverzüglich nachzuholen ist, wird im neuen Absatz 5 Satz 1 das Wort „dort“ gestrichen.

Zudem wird die bisherige Bemessung der Frist auf Arbeitstage umgestellt. Als Arbeitstage gelten die Werktage von Montag bis Freitag. Mit der Umstellung erfolgt eine Anpassung an die durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz umgestellte Bemessung der regelmäßigen Bearbeitungsfrist der Pflegekassen auf Arbeitstage und damit nunmehr die Verwendung einer einheitlichen Terminologie. Auch wird einer fristgerechten Begutachtung in Zeiträumen, in denen besonders viele gesetzliche Feiertage auf Arbeitstage fallen, besser Rechnung getragen.

Zu Absatz 6

Absatz 6 enthält die Regelung des aktuell geltenden § 18 Absatz 3 Satz 5.

Die bisherige Bemessung der Frist nach Wochen wird auf Arbeitstage umgestellt. Als Arbeitstage gelten die Werktage von Montag bis Freitag. Mit der Umstellung erfolgt eine Anpassung an die durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz umgestellte Bemessung der regelmäßigen Bearbeitungsfrist der Pflegekassen auf Arbeitstage und damit nunmehr die Verwendung einer einheitlichen Terminologie. Zudem wird einer fristgerechten Begutachtung in Zeiträumen, in denen besonders viele gesetzliche Feiertage auf Arbeitstage fallen, besser Rechnung getragen.

Zu Absatz 7

Absatz 7 Absatz 1 Satz 1 löst den derzeit geltenden § 18 Absatz 3 Satz 6 ab. Die nunmehr aufgenommene Ergänzung, dass der Prüfdienst – neben dem Vorliegen von Pflegebedürftigkeit dem Grunde nach – ebenfalls festzustellen hat, ob auch die Voraussetzungen des Pflegegrades 2 erfüllt sind, greift die dahingehende Konkretisierung in den geltenden Begutachtungs-Richtlinien nach § 17 Absatz 1 und damit die bereits gängige Praxis auf. Die mit dem Pflegeantrag begehrte Feststellung des konkreten Pflegegrades ist im Rahmen der abschließenden Begutachtung des Versicherten unverzüglich nachzuholen. Insoweit zu beachten ist auch die Frist für die Pflegekasse zum Erlass des endgültigen Bescheides nach § 18c Absatz 1 Satz 1.

Grundsätzlich hat die abschließende Begutachtung durch eine Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich zu erfolgen (vergleiche Satz 2 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 1). Demgemäß kann sich in Fallkonstellationen, in denen die pflegebedürftige Person im Anschluss an einen Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitati-

onseinrichtung in einer Pflegeeinrichtung Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 in Anspruch nimmt, die abschließende Untersuchung um bis zu mehrere Wochen verschieben. Der festgestellte vorläufige Pflegegrad – der gesetzlich mit einer bestimmten Leistungshöhe hinterlegt ist – spiegelt hier gegebenenfalls nicht die tatsächlich vorliegenden Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person wider und kann auch für die Einrichtung, in der die Kurzzeitpflege stattfindet, in personeller wie auch finanzieller Hinsicht eine Herausforderung darstellen. Daher wird mit Satz 3 des Absatzes 7 geregelt, dass die abschließende Begutachtung spätestens innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Beginn der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 in dieser Einrichtung vorzunehmen ist. Einem sich im Nachhinein ändernden, zum Beispiel geringeren Hilfebedarf dadurch, dass sich der Versicherte wieder in seiner vertrauten Umgebung befindet, wird durch die Möglichkeiten einer Wiederholungsbegutachtung oder der Befristung des Leistungsbescheides (§ 33 Absatz 1 Satz 4) hinreichend Rechnung getragen. Mit Satz 4 werden auch Fälle berücksichtigt, in denen die pflegebedürftige Person zwischen dem Aufenthalt im Krankenhaus und der stattfindenden Kurzzeitpflege Übergangspflege nach § 39d des Fünften Buches in Anspruch nimmt.

Zu Absatz 8

Absatz 8 Satz 1 beinhaltet die derzeitige Regelung des § 18 Absatz 3 Satz 8. In Absatz 8 Satz 2 wird die Regelung des aktuellen § 18 Absatz 6a Satz 3 aufgegriffen und in Absatz 8 Satz 3 um die Zustimmung des Versicherten zur Weiterleitung der Heilmittelempfehlungen an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt nach § 18c Absatz 3 Satz 3 ergänzt; die Zustimmung hinsichtlich § 18c Absatz 3 Satz 3 ist spätestens ab 1. Oktober 2021 einzuholen; bis dahin sind die Begutachtungs-Richtlinien entsprechend anzupassen. Absatz 8 Sätze 4 und 5 lösen die derzeit geltende Regelung des § 18a Absatz 1 Sätze 5 und 6 ab.

Zu Absatz 9, Absatz 10 und Absatz 11

Bei Absatz 9 handelt es sich um den derzeit geltenden § 18 Absatz 4.

Absatz 10 beinhaltet den aktuellen § 18 Absatz 7 Sätze 1 bis 3. Satz 2 wird aufgrund der mit dem zum 1. Januar 2020 in Kraft getretenen Pflegeberufegesetz einhergehenden Änderungen in der Pflegeberufausbildung um „Gutachterinnen und Gutachter mit einer Qualifikation als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann“ erweitert. Mit dieser Ergänzung soll das Ziel der Generalistik, in der Pflege ein einheitliches Berufsbild zu schaffen und einen universellen Einsatz in allen Arbeitsfeldern zu ermöglichen, unterstützt werden.

In Absatz 11 sind der derzeit geltende § 18 Absatz 7 Satz 4 und Absatz 3a Satz 5 zusammengeführt. Das für die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes nach § 275 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geltende Verbot, in die ärztliche Behandlung und pflegerische Versorgung der Versicherten einzugreifen, wird in Bezug auf andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter in Absatz 11 Satz 3 klarstellend aufgenommen.

Zu Absatz 12

Absatz 12 verweist in Fällen einer bestehenden privaten Pflege-Pflichtversicherung klarstellend auf die Vorgaben in § 23 Absatz 6 Nummer 1. Danach sind für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Zuordnung zu einem Pflegegrad dieselben Maßstäbe wie in der sozialen Pflegeversicherung anzulegen.

Zu § 18b (Gutachten)

Zu Absatz 1

Absatz 1 beinhaltet die derzeit geltende Regelung des § 18 Absatz 6 Satz 1. Wie bereits für die Übermittlung der Begutachtungsaufträge an den Medizinischen Dienst bzw. die unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter normiert, wird auch von diesen zur Unterstützung der Einhaltung der gesetzlich vorgesehenen Bearbeitungsfristen eine Übermittlung der Gutachten an die Pflegekasse in gesicherter elektronischer Form gefordert. Absatz 1 enthält dahingehend eine Erweiterung. Da derzeit noch nicht alle Pflegekassen und Medizinischen Dienste bzw. unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter über die für eine elektronische Weitergabe erforderlichen technischen Voraussetzungen verfügen, ist zudem eine Übermittlung des Gutachtens ausschließlich in gesicherter elektronischer Form verpflichtend erst ab dem 1. November 2022 vorgesehen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 löst den derzeit geltenden § 18 Absatz 1 Satz 1 ab, ergänzt um die Bezugnahme auf § 18a und sinngemäß erweitert um den derzeit geltenden § 18 Absatz 6 Satz 2.

Zu Absatz 3

Absatz 3 enthält in komprimierter und gekürzter Form die Inhalte der derzeit geltenden Regelungen des § 18 Absatz 1 Sätze 3 und 4, Absatz 6 Sätze 2 und 3 und Absatz 6a Satz 1. Zudem wurde im neuen Absatz 3 Satz 1 der Wortlaut aktualisiert und mit weiteren Regelungen des Sozialgesetzbuches sprachlich in Einklang gebracht (beispielsweise mit § 6 Elftes Sozialgesetzbuch oder § 10 Erstes Sozialgesetzbuch).

Auf die im bisherigen § 18 Absatz 6 Satz 2 verortete Vorgabe, dass ein individueller Pflegeplan zu empfehlen ist, wurde verzichtet, um einer in der Praxis bestehenden Verwechslungsgefahr sowohl mit dem durch die Pflegeberatung nach § 7a zu erstellenden individuellen Versorgungsplan als auch mit der durch die Pflegefachkraft anzufertigenden individuellen Pflegeplanung zu begegnen. Auch wenn der Medizinische Dienst bzw. die unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter nicht feststellen, „wie“ die Pflege im Einzelfall durchgeführt wird bzw. durchzuführen ist, haben sie nach dem neuen § 18b – wie bisher – im Gutachten Empfehlungen aufzuführen, die insbesondere zu einer positiven Veränderung der Pflegesituation beitragen können. In Absatz 3 Satz 2 werden beispielhaft Empfehlungen genannt. So soll unter anderem Auskunft über die im Einzelfall erforderlichen Hilfen sowie über notwendige Heil- und Hilfsmittel oder auch technische Hilfen gegeben werden. Unter „edukativen Maßnahmen“ sind dabei vornehmlich Lern- und Bildungsmaßnahmen in Form von Information, Schulung, Beratung und Anleitung zu verstehen (vergleiche Begutachtungs-Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen in der Fassung vom 31. März 2017, Seite 15).

Zu Absatz 4

Absatz 4 enthält die derzeit geltende Regelung des § 18 Absatz 6a Sätze 2 bis 7.

Zu Absatz 5

Bei der Regelung in Absatz 5 handelt es sich um den aktuellen § 18 Absatz 6 Satz 4.

Zu § 18c (Entscheidung der Pflegekasse)

Zu Absatz 1

Absatz 1 Satz 1 entspricht dem aktuellen § 18 Absatz 3 Satz 1, der nunmehr aus Klarstellungsgründen um die Bezugnahme auf § 33 Absatz 1 erweitert wurde. Erfasst sind sowohl

(formlose) Erstanträge als auch (formlose) Anträge auf Höherstufung. Auch in Fallkonstellationen, in denen Höherstufungsanträge gestellt werden, müssen pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen schnelle Entscheidungen über die von ihnen beantragten Leistungen erhalten, um die Pflege zeitnah planen und organisieren zu können (beispielsweise im Hinblick auf die Einschaltung von Pflegeeinrichtungen oder -personen).

Bei Absatz 1 Satz 2 handelt es sich inhaltlich um den derzeit geltenden § 18 Absatz 3 Satz 7. Mit Satz 2 wird klargestellt, dass in Fällen mit einer verkürzten Begutachtungsfrist der antragstellenden Person die schriftliche Entscheidung (über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit dem Grunde nach und die vorläufige Höhe des festgestellten Pflegegrades) unverzüglich, also „ohne schuldhaftes Zögern“, mitzuteilen ist. Maßgebend insoweit ist das Postausgangs-/Absendungsdatum. Zu betonen ist, dass sich die 25-Arbeitstagefrist und die verkürzten Begutachtungsfristen gegenseitig nicht ausschließen, sondern parallel anzuwenden sind mit der Folge, dass auch in Fällen mit einer verkürzt geltenden Begutachtungsfrist bei Verstreichen der 25-tägigen Bearbeitungsfrist im Hinblick auf die Feststellung des endgültigen Pflegegrades eine pauschale Zusatzzahlung nach Absatz 5 Satz 1 Alternative 1 anfallen kann.

Zu Absatz 2

Absatz 2 Satz 1 beinhaltet die Regelung des aktuellen § 18 Absatz 3 Satz 9.

In Absatz 2 Satz 2 (derzeit § 18 Absatz 3 Satz 10) wird vorgegeben, dass dem Antragsteller zeitgleich mit dem Bescheid das Ergebnis des Gutachtens transparent darzustellen und verständlich zu erläutern ist. Diese Vorgaben werden jedoch nicht immer eingehalten (vergleiche dazu Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Absatz 2) – Los 2: Allgemeine Befragungen, Seite 129). Die Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens sind gemäß § 18b Absatz 5 Satz 3 in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 zu regeln. Entsprechende Ausführungen finden sich auf den Seiten 22, 23 der Begutachtungs-Richtlinien in der Fassung vom 31. März 2017. Eine standardisierte Information dergestalt, dass dem Antragsteller neben dem Gutachten allein eine Anlage mit einer Tabelle, die die Berechnungs- und Bewertungsregeln zur Ermittlung des Pflegegrades – lediglich ergänzt um die bewerteten Punkte im konkreten Fall – beigefügt wird, genügt diesen Anforderungen nicht. Erforderlich ist die Übermittlung einer standardisierten laienverständlichen Erläuterung durch die Pflegekasse, die zugleich auf den individuellen Einzelfall, insbesondere im Hinblick auf die weitere Vorgehensweise, angepasst ist.

Satz 4 stellt auf die derzeitige Regelung des § 18 Absatz 3 Satz 8 ab, mit welcher der Hinweis auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens insbesondere für eine umfassende Beratung, das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches und für die Pflegeplanung bereits im Rahmen der Begutachtung erfolgen soll. Da der Hinweis in der Praxis nicht regelhaft bzw. hinreichend umfassend gegeben wird, hat die Pflegekasse mit ihrem Schreiben, in dem das Nicht- bzw. Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und der Pflegegrad mitgeteilt wird, darüber ebenfalls zu informieren. Die dahingehende Verpflichtung für die Gutachterinnen und Gutachter wird im neuen § 18a Absatz 8 Satz 1 beibehalten. Insoweit bestehender Schulungsbedarf sollte ermittelt und entsprechende Schulungen durchgeführt werden.

Absatz 2 Sätze 5 und 6 beinhaltet die Regelungen des derzeit geltenden § 18 Absatz 3 Sätze 12 und 13.

Zu Absatz 3

Absatz 3 Satz 1 beinhaltet die derzeit geltende Regelung des § 18 Absatz 6a Satz 8, ergänzt um die Verpflichtung der Pflegekassen, auf die an die Kassen vertraglich gebundenen Leistungserbringer der Hilfsmittelversorgung hinzuweisen.

Empfehlungen zur Heilmittelversorgung sind im Gutachten des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter nach der geltenden Rechtslage bereits enthalten. Jedoch werden die Empfehlungen häufig nicht umgesetzt. Eine Kostenübernahme für eine Behandlung mit Heilmitteln durch die Krankenkasse bedarf insbesondere einer ärztlichen Verordnung. Auf Seiten der Pflegebedürftigen bestehen hinsichtlich abgegebener Heilmittelpfehlungen häufig Verständnisschwierigkeiten. Zudem werden Heilmittel von Ärztinnen und Ärzten zum Teil zurückhaltend verordnet. Um das Ausstellen von notwendigen Verordnungen zu unterstützen, wird die Pflegekasse mit dem neuen Absatz 3 Satz 2 dazu verpflichtet, den Antragsteller über im Gutachten empfohlene Heilmittel aufzuklären und ihn über die Voraussetzungen der Kostenübernahme durch die Krankenkasse zu informieren. Darüber hinaus wird die Pflegekasse in Satz 3 dazu angehalten, bei vorliegender Einwilligung des Versicherten der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt die konkreten Heilmittelpfehlungen zuzuleiten mit dem Ziel, die Prüfung sowie Ausstellung einer Heilmittelverordnung durch die Ärztin bzw. den Arzt zu befördern.

Zu Absatz 4

Bei der Regelung handelt es sich um den derzeit geltenden § 18a Absatz 1 Sätze 1 bis 4, die aufgrund der Umstrukturierung der §§ 18 ff. in den neuen § 18c als Absatz 4 integriert werden.

Zu Absatz 5

Bei den Sätzen 1 bis 3 handelt es sich um die derzeit geltende Regelung des § 18 Absatz 3b Sätze 1 bis 3. Zugleich wird die von der Pflegekasse für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung zu zahlende pauschale Zusatzzahlung – die ungeachtet der zwischenzeitlich erfolgten Aufstockungen der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung innerhalb der letzten acht Jahre nicht erhöht wurde – von 70 Euro auf 80 Euro angehoben.

Die Erweiterung des neuen Absatzes 5 um Satz 4 hat klarstellenden Charakter dahingehend, dass ein Verzögerungsgrund, der nicht von der Pflegekasse zu vertreten ist, wie beispielsweise ein Aufenthalt der versicherten Person im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung, den Fristenlauf hemmt. Während der Zeit des Aufenthalts läuft die Frist nicht mit, sondern wird nach dessen Beendigung fortgesetzt; ein neuer Fristbeginn ist damit nicht verbunden.

Verzögerungen, die der Medizinische Dienst oder andere von der Pflegekasse beauftragte Gutachterinnen und Gutachter zu vertreten haben, sind der Pflegekasse zuzurechnen. Sofern Verzögerungen mit fehlenden Informationen über die Entlassung des Versicherten aus dem Krankenhaus begründet werden, sind – neben den insoweit bestehenden Mitwirkungspflichten des Versicherten – die Vorschrift zum Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a des Fünften Buches und darauf basierende untergesetzliche Regelungen, insbesondere der Rahmenvertrag ‚Entlassmanagement‘ zu berücksichtigen.

Klargestellt mit Absatz 5 Satz 5 wird ferner, dass zwischen leistungsrechtlichem Anspruchsbeginn nach § 33 Absatz 1 und zusatzzahlungsrelevantem Fristbeginn nach Absatz 5 Satz 1 nicht unterschieden wird. Es ist jeweils auf den Eingang des (gegebenenfalls formlosen) Antrags auf Pflegeleistungen bei der zuständigen Pflegekasse abzustellen. Sofern für die Beauftragung des Medizinischen Dienstes erforderliche Angaben bzw. Unterlagen des Versicherten fehlen, hat die Pflegekasse die Pflicht, beim Versicherten unverzüglich auf die Übermittlung dieser Unterlagen und Informationen hinzuwirken (Hinwirkungspflicht nach § 16 Absatz 3 Erstes Buch).

Der dem Absatz 5 angefügte neue Satz 6 erfolgt ebenfalls aus Klarstellungsgründen. Der Sinn und Zweck der Regelung zur Sanktionszahlung besteht darin, den sich auf die abschließende Untersuchung des Antragstellers beziehenden Bescheid zügig zu erteilen (vergleiche auch BT-Drs. 17/9369 - S. 36). Eine dem Antragsteller mitgeteilte Entscheidung

über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit dem Grunde nach (nebst vorläufigem Pflegegrad) nach Absatz 1 Satz 2 genügt dem nicht und lässt die Frist nach Absatz 5 Satz 1 daher unberührt.

Im Übrigen gilt Absatz 5 sowohl für (formlose) Erstanträge als auch für (formlose) Anträge auf Höherstufung und unabhängig davon, ob Pflegeleistungen bewilligt oder abgelehnt werden. Auch in Fallkonstellationen, in denen Höherstufungsanträge gestellt werden, müssen pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen schnelle Entscheidungen über die von ihnen beantragten Leistungen erhalten, um die Pflege zeitnah planen und organisieren zu können (beispielsweise im Hinblick auf die Einschaltung von Pflegeeinrichtungen oder – weiterer - Pflegepersonen).

Zu Absatz 6

Für den Fall, dass der Pflegekasse noch Unterlagen fehlen, die für die Beauftragung des Medizinischen Dienstes oder anderer unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unerlässlich sind, kann die Pflegekasse nach Absatz 6 die antragstellende Person zur Beibringung dieser Unterlagen auffordern mit der Folge, dass bis zur Einreichung der Unterlagen die Bearbeitungs- bzw. Begutachtungsfrist gehemmt ist. Maßgebend für die Entscheidung, ob es sich um notwendige Unterlagen handelt, sind die diesbezüglich nach § 18 Absatz 1 Satz 3 zu entwickelnden Kriterien in den Begutachtungs-Richtlinien. Die Regelung des Absatzes 6 zielt auf einen verbraucherfreundlicheren Verfahrensablauf, eine höhere Transparenz und eine bundeseinheitliche Handhabung, insbesondere auch des Fristenlaufs, und trägt damit zu einer verbesserten pflegerischen Versorgung der Versicherten bei.

Zu § 18d (Berichtspflichten)

Zu Absatz 1 und Absatz 2

Bei den Absätzen 1 und 2 handelt es sich um die derzeit geltenden Regelungen des § 18a Absätze 2 und 3.

Zu Absatz 3

In Absatz 3 wird die derzeit geltende Regelung des § 18 Absatz 3b Satz 4 fortgeführt.

Zu Absatz 4

Infolge der hälftigen Kostenerstattung der Aufwendungen für Leistungen der geriatrischen Rehabilitation durch die Pflegekasse nach § 13 Absatz 7 wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich bis zum 30. Juni des Folgejahres über die Höhe der den Pflegekassen entstanden Aufwendungen für Maßnahmen der geriatrischen Rehabilitation zu berichten. Die Berichtspflicht dient darüber hinaus der Transparenz der Entwicklungen in der rehabilitativen Versorgung für ältere pflegebedürftige Versicherte, insbesondere über Maßnahmen, die auf eine geriatritypische Multimorbidität und auf ein Alter des Nutzers der Maßnahme von 70 Jahren und älter abzielen. In die Berichterstattung sind daher auch quantitative und qualitative Informationen über die Durchführung der Maßnahmen der geriatrischen Rehabilitation, insbesondere zu deren Anzahl (auch im Vergleich zu indikationsspezifischen Rehabilitationsmaßnahmen der hier angesprochenen Altersgruppe) und Dauer sowie untergliedert nach stationär, ambulant und mobil aufzunehmen.

Zu Absatz 5

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erhält den gesetzlichen Auftrag, dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmalig zum 30. Juni 2022, über die Zahlen und Erkenntnisse, die im Zusammenhang mit den Anträgen auf Pflegeleistungen und der weiteren

Bearbeitung durch die Pflegekasse stehen, zu berichten. Die Daten sind aufzubereiten und auf Plausibilität hin zu prüfen. Die Berichtspflicht dient der Sammlung und Auswertung von Daten und Erkenntnissen, die für die Sicherung und Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung notwendig und zweckdienlich sind. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat, jeweils differenziert nach Erst- und Höherstufungsanträgen, insbesondere zu berichten über

- die Anzahl der bei den zuständigen Pflegekassen eingegangenen Anträge auf Leistungen der Pflegeversicherung sowie jeweils die Fallzahlen, in denen eine Entscheidung nach § 18c Absatz 1 Satz 1 ergangen ist, und die Fallzahlen der abgelehnten Anträge,
- die Anzahl der Arbeitstage ab Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse bis zur schriftlichen Mitteilung der Entscheidung der Pflegekasse nach § 18c Absatz 1 Satz 1,
- die Anzahl der Arbeitstage ab Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse bis zur schriftlichen Mitteilung der Entscheidung der Pflegekasse nach § 18a Absätze 5 und 6, differenziert nach den Gründen zur Anwendung der verkürzten Fristen,
- die Anzahl an Fällen, in denen der antragstellenden Person nach § 18 Absatz 3 Satz 1 mindestens drei unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter zur Auswahl benannt wurden, differenziert nach Nummern 1 und 2, und gegebenenfalls unter Angabe der Gründe die Anzahl an Fällen, in denen eine Benennung trotz Vorliegens des Tatbestands unterblieben ist,
- die Anzahl an Fällen, in denen die Frist nach § 18c Absatz 1 Satz 1 nicht eingehalten wurde, unterteilt nach Fällen, in denen die Pflegekasse die Verzögerung zu vertreten beziehungsweise nicht zu vertreten hat, sowie unter Angabe der Gründe, die für die Nichteinhaltung der Frist ursächlich waren,
- die Anzahl an Fällen, in denen eine pauschale Zusatzzahlung nach § 18c Absatz 5 Satz 1 zu leisten war unter Angabe der jeweiligen Zahlungsdauer, sowie unterteilt nach den Fristen der § 18c Absatz 1 Satz 1 und § 18a Absätze 5 und 6,
- die Anzahl an Fällen, in denen eine pauschale Zusatzzahlung geleistet wurde,
- die Anzahl an Fällen, in denen der Antragsteller eine Untersuchung verweigert,
- die Anzahl an Fällen, in denen der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird,
- die Anzahl an Fällen, in denen Widerspruch gegen die Entscheidung der Pflegekasse nach § 18c Absatz 1 Satz 1 und § 18a Absätze 5 und 6 eingelegt wurde, unter Angabe der Gründe, auf die der Widerspruch jeweils gestützt wird,
- die Anzahl an zurückgewiesenen und stattgegebenen Widersprüchen, jeweils unter Angabe der Entscheidungsgründe sowie unter Angabe der Dauer des Widerspruchsverfahrens (bis zur schriftlichen Mitteilung der Entscheidung der Pflegekasse),
- die Anzahl an Fällen, die unter den Geltungsbereich der Richtlinie nach § 17 Absatz 1b fallen sowie
- die Anzahl an Fällen, unterteilt nach Bundesländern, in denen eine Befristung der Bewilligung von Pflegeleistungen, empfohlen wird.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird ermächtigt, gegenüber seinen Mitglieds-kassen die für die Berichte erforderlichen statistischen Daten festzulegen. Bei den zu über-mittelnden statistischen Informationen handelt es sich um Daten ohne Personenbezug (anonymisierte Daten).

Zu Nummer 13

Mit dem Siebten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) wurde rückwirkend zum 1. Januar 2020 die besondere Einkommensgrenze bei der Familienversicherung nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aufgehoben, da diese Regelung entbehrlich war. Durch die Anhebung der Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialge-setzbuch überschritt die monatliche Gesamteinkommensgrenze des § 10 Absatz 1 Num-mer 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ab 1. Januar 2020 die monatliche Entgelt-grenze geringfügig Beschäftigter. Der Sonderregelung zum Gesamteinkommen für gering-fügig Beschäftigte im Rahmen der Familienversicherung bedurfte es daher nicht mehr. Diese Änderung wird nun in der sozialen Pflegeversicherung nachvollzogen.

Zu Nummer 14

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Anpassung der Überschrift des § 39 und zur Einführung eines gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungs- und Kurz-zeitpflege in § 42a.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einführung eines gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege in § 42a.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung, die die Orientierung in diesem Buch er-leichtern soll, indem § 35a in § 28 explizit aufgeführt wird.

Zu Doppelbuchstabe dd

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einführung der neuen §§ 45e und 45i.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Verschiebung der bisher in § 45e enthaltenen Regelung in § 45g.

Zu Buchstabe c

Mit dem vorliegenden Gesetz werden die zeitlichen Höchstgrenzen der Ansprüche auf Ver-hinderungspflege sowie Kurzzeitpflege nunmehr nach Monaten bemessen, so dass die zeit-lichen Höchstgrenzen mit den üblichen Zeiträumen der Leistungsgewährung in der sozialen Pflegeversicherung korrespondieren. Dies dient insbesondere auch vor dem Hintergrund der Bezugnahme auf § 37 Absatz 1 Satz 3 in § 39 Absatz 3 Satz 2 der Harmonisierung. Außer in § 37 Absatz 1 Satz 1 ist im Leistungsrecht bislang jedoch nicht geregelt, wie bei einer Monatsangabe vorzugehen ist, wenn bei entsprechenden Rechtsvorschriften eine an-teilige Berechnung notwendig werden sollte. Daher wird die Regelung, dass der Monat in

diesen Fällen – wie im Sozialversicherungsrecht üblich - mit 30 Tagen anzusetzen ist, nun in § 28 Absatz 5 aufgenommen.

Diese Vorschrift gilt nur in Bezug auf das Leistungsrecht, findet also keine Anwendung auf andere Vorschriften des SGB XI, die auf einen Monatszeitraum Bezug nehmen. Dies gilt insbesondere für die Berechnung von Fristen nach dem Dritten Kapitel. Außerdem wird in Absatz 5 klargestellt, dass die Bezugnahme auf einen Kalendermonat die speziellere Bezeichnung ist, dieser Absatz also nur im Zweifel zur Anwendung kommt, wenn eine anteilige Berechnung eines nicht näher bezeichneten Monatszeitraums erforderlich wird.

Zu Nummer 15

In die Aufzählung im bisherigen § 28a Absatz 1, die einen Überblick über Leistungen gibt, auf die in Pflegegrad 1 Anspruch besteht, wird ebenfalls die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach § 45g nach Maßgabe von § 28 Absatz 1b aufgenommen. Ferner wird der neue Absatz 6 des § 40 in den Verweis in Nummer 4 einbezogen und die Aufzählung wird um den neuen Anspruch auf Unterstützung in der häuslichen Betreuung gemäß § 45f sowie die Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 45i erweitert. Um die Übersichtlichkeit zu erhöhen, werden zudem die bisher in den Absätzen 2 und 3 näher beschriebenen Leistungen für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 ebenfalls in die Aufzählung überführt. Dies betrifft den Entlastungsbetrag bei häuslicher Pflege gemäß § 45b sowie den monatlichen Zuschuss gemäß § 43 Absatz 3, der gewährt wird, wenn Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege wählen. Der bisherige Absatz 1 wird zugleich der neue Wortlaut der Vorschrift, die Absätze 2 und 3 entfallen.

Zu Nummer 16

Mit der Neuregelung wird anstelle der bisherigen dreijährig kumulierten Anpassung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung nach vorheriger Prüfung der Anpassungsnotwendigkeit eine automatische jährliche Anpassung eingeführt, die die bisher für Anpassungen erforderliche Verordnung ersetzt. Dies führt auch zur Änderung der Überschrift der Norm. Die Bekanntmachung im Bundesanzeiger dient der Rechtsvereinfachung.

Da der Zuschlag nach § 45i Absatz 1 Satz 2 sowie der Zuschuss nach § 45i Absatz 1 Satz 3 als Leistungen für Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen im Sinne des § 45h erst ab dem 1. Januar 2023 zur Verfügung stehen, beginnt die Dynamisierung dieser Beträge am 1. Januar 2024. Eine regelhafte jährliche Anpassung der Pauschale für zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel ist aufgrund der geplanten deutlichen Anhebung von 40 Euro auf 60 Euro nicht beabsichtigt.

Die Höhe der Anpassung von 1,5 Prozent pro Jahr entspricht in etwa der durchschnittlichen Inflationsrate der letzten Jahre und führt als feste Größe zu einer Vereinfachung des Anpassungsprozess gegenüber einer Zugrundelegung der tatsächlichen Inflationsrate des vorvergangenen Jahres.

Zu Nummer 17

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Neustrukturierung der Regelungen zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§§ 18 ff.).

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 18

Türkischen oder türkischstämmigen Empfängern von Pflegegeld und Beziehern von ambulanten Pflegesachleistungen, die in Begleitung ihrer betreuenden Pflegekraft vielfach länger als sechs Wochen in die Türkei reisen, soll die Möglichkeit eröffnet werden, diese Leistungen bis zu zwölf Wochen in Anspruch zu nehmen. Damit wird einem Anliegen Rechnung getragen, welches vielfach an die Pflegeversicherung herangetragen wurde.

Zu Nummer 19

Gemäß § 59 des Ersten Buches erlöschen Ansprüche auf Dienst- und Sachleistungen mit dem Tod des Berechtigten. Ansprüche auf Geldleistungen erlöschen ebenfalls grundsätzlich, es sei denn, diese Ansprüche sind bereits anerkannt oder es ist ein Verwaltungsverfahren darüber anhängig. Bei den Ansprüchen auf Kostenerstattung im Rahmen dieses Buches gilt jedoch grundsätzlich, dass der Berechtigte in Vorleistung geht und nachfolgend eine Erstattung erhält. Verstirbt der zu Pflegenden vor der Abrechnung der ausgelegten Kosten, besteht für den Erben kein Anspruch auf Kostenerstattung. Nach geltender Gesetzeslage betrifft dies die Ansprüche nach den §§ 39, 45a Absatz 4 und 45b sowie den Anspruch nach § 40 Absatz 2, der sowohl in Form einer Kostenerstattung als auch als Sachleistung erbracht werden kann; zukünftig auch den Anspruch nach § 45f. Mit der neuen Regelung in Satz 3 soll daher ausdrücklich auch nach dem Versterben des Pflegebedürftigen eine nachträgliche Geltendmachung von Aufwendungen für Kostenerstattungsansprüche nach dem diesem Buch ermöglicht werden. Die entsprechenden Belege sind innerhalb von sechs Monaten nach dem Tod des Pflegebedürftigen bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen zur Erstattung einzureichen.

Zu Nummer 20

Um die häusliche Pflege zu stärken und die gestiegenen Kosten der letzten Jahre zu berücksichtigen, werden die Leistungsbeträge für die ambulante Pflegesachleistung zum 1. Juli 2021 um 5 Prozent und ab 2023 regelhaft um 1,5 Prozent pro Jahr angehoben.

Zu Nummer 21

Zu Buchstabe a

Um die häusliche Pflege zu stärken und die gestiegenen Kosten der letzten Jahre zu berücksichtigen, werden die Leistungsbeträge für das Pflegegeld zum 1. Juli 2021 um 5 Prozent und ab 2023 regelhaft um 1,5 Prozent pro Jahr angehoben.

Zu Buchstabe b

Im Interesse einheitlicher Fristen bei der Leistungsgewährung von hälftigem Pflegegeld bei gleichzeitigem Bezug von Leistungen bei Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege (§§ 39, 42 in Verbindung mit § 42a) wird die Regelung zur möglichen Dauer der Gewährung von hälftigem Pflegegeld mit der entsprechenden Regelung bei Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege harmonisiert und einheitlich auf zwei Monate festgelegt.

Zu Nummer 22

Im Interesse einheitlicher Fristen bei der Leistungsgewährung von hälftigem Pflegegeld bei Kombinationsleistung nach § 38 bei gleichzeitigem Bezug von Leistungen bei Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege (§§ 39, 42 in Verbindung mit § 42a) wird auch die Regelung zur möglichen Dauer der Gewährung von hälftigen Pflegegeld bei Kombinationsleistung mit der entsprechenden Regelung bei Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege harmonisiert und einheitlich auf zwei Monate festgelegt.

Zu Nummer 23

Um die gestiegenen Kosten der letzten Jahre zu berücksichtigen, wird der Wohngruppenzuschlag zum 1. Juli 2021 um 5 Prozent und ab 2023 regelhaft um 1,5 Prozent pro Jahr angehoben.

Zu Nummer 24

Zu § 39 (Verhinderungspflege)

Die Leistungsbeträge für Leistungen der Verhinderungspflege werden zusammen mit den Leistungsbeträgen für Leistungen der Kurzzeitpflege Bestandteil des Gemeinsamen Jahresbetrages nach § 42a. Dabei ist wesentlich, dass die Tatbestandsvoraussetzungen beider Ansprüche nach wie vor getrennt in § 39 und § 42 geregelt sind und der neue § 42a lediglich den gemeinsamen Leistungsbetrag beinhaltet. Dies ist trotz Einheitlichkeit des Leistungsbudgets erforderlich, weil beide Ansprüche unterschiedlicher Rechtsnatur sind. Bei dem Anspruch auf Verhinderungspflege handelt es sich um einen Kostenerstattungsanspruch, während Kurzzeitpflege nur als Sachleistung in Anspruch genommen werden kann. Gleichwohl werden die Voraussetzungen soweit als möglich angeglichen.

Die Umstrukturierung wird zugleich für eine Neufassung des § 39 genutzt, um die Vorschrift verständlicher auszugestalten. Dabei wird auch die Überschrift der Regelung an die bereits seit vielen Jahren geübte Praxis angepasst, den Anspruch auf Leistungen nach § 39 als „Verhinderungspflege“ zu bezeichnen.

Zu Absatz 1

In Absatz 1 des neu gefassten § 39 wird ohne inhaltliche Änderung nach wie vor der Verhinderungsfall definiert und - wie bisher auch - vorgesehen, dass die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege übernommen werden. Auch bleibt es dabei, dass die Ruhensregelung nach § 34 Absatz 2 Satz 1 nicht zur Anwendung kommt.

Neu ist, dass die sechsmonatige Vorpflegezeit in der häuslichen Umgebung nicht mehr Voraussetzung für den Anspruch auf Verhinderungspflege ist. Damit wird nicht nur einem dringlichen Anliegen der Pflegebedürftigen Rechnung getragen. Zugleich dient die Abschaffung der Vorpflegezeit der Harmonisierung mit dem Anspruch auf Kurzzeitpflege. Dem dient auch die einheitliche Begrenzung beider Ansprüche auf jeweils längstens zwei Monate im Kalenderjahr. Dies geschieht auch im Interesse der Harmonisierung mit dem Anspruch auf hälftiges Pflegegeld, das während Verhinderungs- und Kurzzeitpflege weiter bezogen werden kann. Ausdrücklich wird im Interesse einer möglichst reibungslosen und zeitnahen Inanspruchnahme von Verhinderungspflege ferner geregelt, dass eine vorherige Antragstellung nicht Voraussetzung für den Anspruch ist, wenngleich eine vorherige Beratung durch die Pflegekasse stets angeraten erscheint, um zu klären, in welchem Umfang Kosten erstattungsfähig sind.

Neu ist ebenfalls, dass die stundenweise Verhinderung nunmehr im Gesetz selbst Aufnahme findet. Hiernach kann die notwendige Ersatzpflege, für die im Rahmen der Verhinderungspflege Kosten erstattet werden können, auch stundenweise erbracht werden, wenn dies aufgrund der Verhinderung der Pflegeperson erforderlich ist. Grundsätzlich können auch Hilfen bei der Haushaltsführung Bestandteil einer notwendigen Ersatzpflege sein. Wird die stundenweise Verhinderungspflege hingegen regelhaft allein für Hilfen bei der Haushaltsführung eingesetzt, ohne dass ein inhaltlicher Bezug zu der zeitlichen Verhinderung der Pflegeperson erkennbar ist, ist eine Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Pflegepersonen durch die Pflegekasse angezeigt, um zu klären, was aus deren Sicht in der aktuellen Pflegesituation einer Nutzung des regulären ambulanten Sachleistungsanspruchs für diese Hilfen entgegensteht und wie die Versorgung in dieser Hinsicht künftig im Rahmen der regulären monatlichen Leistungsansprüche der Pflegeversicherung sicherzustellen ist (ggf. einschließlich Nutzung des Entlastungsbetrags oder Umwandlungsanspruchs).

Zu Absatz 2

Die Regelung knüpft an die bisher in § 39 Absatz 1 Satz 3 verortete Vorgabe für die Höhe des Leistungsanspruches an, wenn die Ersatzpflege durch andere Personen sichergestellt wird, als solche, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben. Bislang wurde hierfür der Leistungsbetrag in § 39 selbst angegeben. Als Folge der Festlegung des Gemeinsamen Jahresbetrages in einer gesonderten Norm ist dies nicht mehr möglich. Stattdessen ergibt sich die Höhe der Aufwendungen, bis zu der die Pflegekasse Ersatzpflegekosten je Kalenderjahr erstatten kann, aus dem neuen § 42a.

Zu Absatz 3

Der neue Absatz 3 regelt die Fälle, in denen die Ersatzpflege von Ersatzpflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben. Hier sind, wie bisher auch, drei Konstellationen zu beachten:

- Die Ersatzpflege wird erwerbsmäßig erbracht. Dann dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse für die Ersatzpflege sich je Kalenderjahr bis auf die Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a belaufen.
- Wird die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig erbracht, ist eine Konstellation gegeben, für die das Leistungsrecht den Bezug von Pflegegeld vorsieht. Daher dürfen in diesem Fall die Aufwendungen der Pflegekasse im Kalenderjahr regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu zwei Monate nicht überschreiten.
- Ebenso wie im bisherigen Recht auch können nicht erwerbsmäßig tätige Ersatzpflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, zusätzlich nachgewiesene notwendige Aufwendungen geltend machen, die im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind und über den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu zwei Monate hinausgehen. Dabei ist der Gemeinsame Jahresbetrag nach § 42a die Höchstgrenze.

Zu Absatz 4

Der Anspruch auf stundenweise Verhinderungspflege wird auf maximal 40 Prozent des neuen Gemeinsamen Jahresbetrages nach § 42a gesetzlich festgeschrieben (siehe auch Begründung zu § 42a). Damit wird die Verhinderungspflege wieder auf längerfristige Unterbrechungen der häuslichen Pflege konzentriert.

Zu Nummer 25

Zu Buchstabe a

Mit der Regelung wird die aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie zunächst befristet eingeführte Anhebung der Pauschale für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (siehe § 4 der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung) verstetigt und in das Dauerrecht überführt. Dies ist erforderlich, da die Preise für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel während der SARS-CoV-2-Pandemie stark angestiegen sind und zu erwarten ist, dass sie sich nach der Pandemie auf einem höheren Niveau als vor der Pandemie einpendeln werden. Außerdem haben die bisherigen Erfahrungen während der Pandemie gezeigt, wie wichtig der Schutz der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen ist. Gerade unter erschwerten Pflegebedingungen besteht nicht selten ein erhöhter Bedarf insbesondere nach Schutzmaterialien. Gleichzeitig dürfte sich das Bewusstsein für die Verwendung von Schutzmaterialien bei pflegenden Angehörigen durch die Pandemie verändert haben. Deshalb ist davon auszugehen, dass diese auch nach der Pandemie verstärkt zum Einsatz

kommen werden, somit die Anhebung der Pauschale auch aus diesem Grund sachgerecht ist. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die Pauschale für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel seit Einführung der Pflegeversicherung erst einmal angehoben worden ist und zwar zum 1. Januar 2015 durch das Erste Pflegestärkungsgesetz. Diese Anhebung liegt somit bereits über sechs Jahre zurück.

Bis zur Anpassung der Verträge nach § 78 Absatz 1 an den jetzt dauerhaft erhöhten Leistungsbetrag gemäß Absatz 2 Satz 1 stellt der Betrag von 60 Euro zugleich die Vergütung dar, die ein Leistungserbringer für die Versorgung eines Pflegebedürftigen mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln monatlich höchstens beanspruchen kann. Die Verträge sind entsprechend auszulegen.

Zu Buchstabe b

Im Strategieprozess zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheits- und Pflegebereich, der auf Grundlage der Vereinbarungen der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) gestartet wurde, wurden Möglichkeiten für eigene Verordnungsbefugnisse für Pflegefachkräfte, zum Beispiel für Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel, beraten. Im Expertengremium zum Strategieprozess wurden eigene Verordnungsbefugnisse für Pflegefachkräfte insbesondere für Pflegehilfsmittel und bestimmte doppelfunktionale Hilfsmittel als geeigneter Ansatz für eine Verbesserung der Versorgung und Entbürokratisierung der Genehmigungsverfahren angesehen.

Ziel der Regelung ist, dass Pflegebedürftige zügiger für sie geeignete Pflegehilfsmittel oder Hilfsmittel erhalten, indem Pflegefachkräfte, die den Pflegebedürftigen versorgen oder beraten und daher die häusliche Pflegesituation gut kennen, bereits bei Antragsstellung durch den Pflegebedürftigen eine Empfehlung für ein Pflegehilfsmittel oder Hilfsmittel, die den Zielen von § 40 Absatz 1 Satz 1 dient, abgeben können. In geeigneten Fällen wird für die empfohlenen Pflegehilfsmittel oder Hilfsmittel, die den Zielen nach § 40 Absatz 1 Satz 1 dienen, die Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 bzw. die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet, wenn die Pflegefachkraft über die für diese Entscheidung erforderliche Qualifikation verfügt. Damit ist eine weitergehende fachliche Überprüfung durch die Kranken- oder Pflegekasse nicht mehr geboten, es sei denn, die Kranken- oder Pflegekasse stellt die offensichtliche Unrichtigkeit der Empfehlung fest. Die Vermutung ersetzt nicht die Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch die Kranken- oder Pflegekasse. Für die Wirkung der Empfehlung ist in der Regel eine Qualifikation der Pflegefachkraft nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG) ausreichend. Dies schließt Personen mit Abschlüssen nach dem bisherigen Krankenpflegegesetz und dem bisherigen Altenpflegegesetz ein, da deren Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 64 PflBG fortgilt. Die Empfehlung ist gemeinsam mit dem Antrag des Versicherten in Textform der Kranken- oder Pflegekasse zu übermitteln.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der, da die Regelung auch Hilfsmittel betrifft, zugleich als Spitzenverband Bund der Krankenkassen handelt, wird beauftragt, in Richtlinien bis zum 31. Dezember 2021 die Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die sich für das Verfahren eignen, und die hierfür erforderliche Qualifikation der Pflegefachkraft sowie das Nähere zur Empfehlung bei Antragstellung festzulegen. Dabei sind insbesondere diejenigen (doppelfunktionalen) Hilfsmittel und diejenigen Pflegehilfsmittel, deren Notwendigkeit bzw. Erforderlichkeit nach einer Empfehlung durch Pflegefachkräfte der Medizinischen Dienste im Rahmen der Pflegebegutachtung ebenfalls vermutet wird (§ 18 Absatz 6a alte Fassung, neu geregelt in § 18b Absatz 4 Satz 1), einzubeziehen. Der Medizinische Dienst Bund, die Bundespflegekammer sowie die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind bei der Erarbeitung der Richtlinien zu beteiligen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen (und Krankenkassen) wird zudem mit der Evaluation der in den Richtlinien enthaltenen Festlegungen zu den genannten Verfahrensarten

aus fachlicher wie wirtschaftlicher Sicht beauftragt. Er hat dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Januar 2025 dazu einen Evaluationsbericht vorzulegen.

Zu Buchstabe c

Die Pflegekasse hat in ihrem Zuständigkeitsbereich über eine Genehmigung des mitsamt der Empfehlung der Pflegefachkraft übermittelten Antrags auf Pflegehilfsmittel zügig, spätestens jedoch bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden.

Zu Nummer 26

Zu Buchstabe a

Um die häusliche Pflege zu stärken und die gestiegenen Kosten der letzten Jahre zu berücksichtigen, werden die Leistungsbeträge für die teilstationäre Pflege zum 1. Juli 2021 um 5 Prozent und ab 2023 regelhaft um 1,5 Prozent pro Jahr angehoben.

Zu Buchstabe b

Nach geltendem Recht kann teilstationäre Pflege ohne Anrechnung parallel zu Leistungen nach § 36 (ambulante Sachleistung), § 37 (Pflegegeld) oder § 38 (Kombinationsleistung) in Anspruch genommen werden. Eine frühere Anrechnungsregelung war durch das Erste Pflegegestärkungsgesetz vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I, S. 2222) aufgehoben worden. Insbesondere hierdurch wurde einer Entwicklung Vorschub geleistet, die darauf abzielt, die ambulante Sachleistung nach § 36 und Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem Fünften Buch mit Leistungen der teilstationären Pflege nach § 41 regelhaft zu kombinieren, obwohl die konkrete Versorgungssituation einer vollstationären Versorgung nahekommt oder gar entspricht. In der Konsequenz bedeutet dies bereits jetzt höhere Mehrausgaben in dreistelliger Millionenhöhe, obwohl umfassende Studien darüber fehlen, dass sich die Versorgungssituation für die Pflegebedürftigen hierdurch nachhaltig verbessert. Um die Anreizwirkungen zu minimieren, wird an die Rechtslage bis zum Jahre 2014 angeknüpft und erneut eine Anrechnungsregelung eingeführt. Danach wird der Anspruch auf Leistungen der teilstationären Pflege um die Hälfte verringert, wenn parallel Leistungen nach § 36 (ambulante Sachleistung) oder § 38 (Kombinationsleistung) in Anspruch genommen werden.

Es ist davon auszugehen, dass bei einer gleichzeitigen Inanspruchnahme von teilstationären Leistungen nach § 41 und Pflegegeldleistungen nach § 37 „Stapellösungen“ eine untergeordnete Rolle spielen, so dass bei dieser Konstellation keine Kürzung vorgesehen wird.

Bei Inanspruchnahme der Kombinationsleistung nach § 38 tritt die Minderung nicht ein, wenn der Leistungsbetrag nach § 36 zu weniger als 50 Prozent in Anspruch genommen wird.

Auch in den Fällen des § 45a Absatz 4 Satz 5 kommt die Kürzung nicht zur Anwendung. Nach der Vorschrift gilt im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 die Erstattung der Aufwendungen für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag zwar als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 zustehenden Sachleistung. Dennoch sollen in diesem Zusammenhang keine Kürzungen erfolgen, weil ein Zusammentreffen mit teilstationären Leistungen ebenfalls eher die Ausnahme sein dürfte.

Um allen Beteiligten genügend Vorlaufzeit einzuräumen, soll die Regelung erst zum 1. Juli 2022 in Kraft treten.

Zu Nummer 27

Leistungen bei Kurzzeitpflege werden nunmehr zusammen mit den Leistungen bei Verhinderungspflege Bestandteil des Gemeinsamen Jahresbetrages nach § 42a. Die hierfür erforderlichen Anpassungen werden in § 42 (Kurzzeitpflege) vorgenommen (siehe auch Begründung zu §§ 39 und 42a). Zugleich wird eine Klarstellung vorgenommen.

Zu Buchstabe a

Mit der Anpassung wird klargestellt, dass Kurzzeitpflege nicht nur in Krisensituationen, in denen häusliche oder teilstationäre Versorgung nicht möglich oder ausreichend ist, in Anspruch genommen werden kann, sondern auch in sonstigen Situationen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Änderung wird der Zeitraum, in dem jährlich Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden können, auf zwei Monate festgelegt und damit mit der Regelung zur Verhinderungspflege harmonisiert und vereinheitlicht. Dies ist erforderlich, weil nunmehr ein einheitlicher Leistungsanspruch für beide Leistungen zur Verfügung gestellt wird. Es wird damit sichergestellt, dass für beide Leistungsarten die gleichen Konkretisierungen im Hinblick auf die Leistungshöhe als auch im Hinblick auf die Dauer gelten. Dies geschieht auch im Interesse der Harmonisierung mit dem Anspruch auf hälftiges Pflegegeld, das während Verhinderungs- und Kurzzeitpflege weiter bezogen werden kann.

Zu Doppelbuchstabe bb

Wie auch der Begründung zu § 39 (Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson) zu entnehmen ist, muss es trotz Einführung eines Gemeinsamen Jahresbetrages für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege in § 42a bei der getrennten Regelung der Tatbestandsvoraussetzungen beider Ansprüche verbleiben. Dies ist erforderlich, weil beide Ansprüche unterschiedlicher Rechtsnatur sind. Bei dem Anspruch auf Verhinderungspflege handelt es sich um einen Kostenerstattungsanspruch, während Kurzzeitpflege nur als Sachleistung in Anspruch genommen werden kann. Gleichwohl werden die Voraussetzungen soweit als möglich angeglichen.

Durch die Änderung wird daher der separate Leistungsbetrag für Kurzzeitpflege durch einen Verweis auf den Leistungsbetrag nach dem neuen § 42a ersetzt.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um notwendige Folgeänderungen zur Einführung eines Gemeinsamen Jahresbetrages für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege und dessen Aufnahme in den neuen § 42a.

Zu Nummer 28

Zu Dritter Titel (Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege)

Mit der Neuregelung wird im Dritten Abschnitt des Vierten Kapitels ein neuer Dritter Titel, „Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege“, bestehend aus § 42a (Gemeinsamer Jahresbetrag), eingefügt.

Zu § 42a (Gemeinsamer Jahresbetrag)

Zu Absatz 1

In Absatz 1 der Vorschrift wird die Höhe des Anspruchs auf Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 und Kurzzeitpflege nach § 42 festgelegt, für die ein Gemeinsamer Jahresbetrag in Höhe von bis zu insgesamt 3 300 Euro im Kalenderjahr eingeführt wird. Dieser Betrag kann – vorbehaltlich der Regelung in Absatz 2 – von den Anspruchsberechtigten nach ihrer Wahl flexibel für die beiden Leistungen genutzt werden (siehe dazu auch die Begründungen zu den §§ 39 und 42).

Zu Absatz 2

Die Zusammenfassung der Leistungsbeträge für Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege in einem Gemeinsamen Jahresbetrag macht deutlich, dass damit vergleichbare Verhinderungsfälle, in denen die häusliche Pflege nicht gewährleistet werden kann, bewältigt werden sollen. Dies sind üblicherweise Konstellationen, in denen die häusliche Pflegeperson über einen längeren Zeitraum ausfällt und an der Pflege gehindert ist. Diese Zielsetzung legen auch die historischen Gesetzesmaterialien nahe (vgl. BT-Drucksache 12/5262, S. 113).

Der Anspruch auf Verhinderungspflege wird in Form der stundenweisen Verhinderung demgegenüber aktuell häufig zur Aufstockung der ambulanten Sachleistung in der Weise genutzt, dass die stundenweise geleistete Pflege regelhaft durch zugelassene Pflegedienste erbracht wird, deren Tätigwerden der regulären Sicherstellung der Pflege dient.

Mit der gesetzlichen Festschreibung des Anspruchs auf stundenweise Verhinderungspflege auf 40 Prozent des neuen Gemeinsamen Jahresbetrages soll ein Anreiz geschaffen werden, die Leistungen bei Verhinderungspflege auf längerfristige Unterbrechungen der häuslichen Pflege zu konzentrieren bzw. dafür vorzuhalten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Leistungsbeträge für die ambulante Pflegesachleistung, zu deren Aufstockung die Leistung der stundenweisen Verhinderungspflege aktuell oft regelhaft genutzt wird, durch dieses Gesetz ebenfalls angehoben werden. Ebenso wird der Entlastungsbetrag angehoben.

Zu Absatz 3

Die Schaffung eines kalenderjährlich einheitlichen Leistungsbetrages wirkt in der praktischen Umsetzung und Abwicklung für die Pflegebedürftigen und auch für die Pflegekassen die Frage auf, in welchem Umfang der Leistungsbetrag bereits verbraucht ist. Durch Absatz 2 sollen daher die Pflegekassen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen darüber in Kenntnis gesetzt werden, wenn diese für die Erbringung von Verhinderungspflege zum Einsatz kommen. Dies dient zugleich der Abwicklung und Handhabung der Beschränkung der Leistung auf 40 Prozent im Falle stundenweiser Verhinderungspflege. Sollten die Pflegeeinrichtungen die Kosten für die notwendige Ersatzpflege aufgrund der Verhinderung der Pflegeperson im Rahmen einer vorliegenden wirksamen Vertretungsregelung, Abtretung oder sonstigen zivilrechtlichen Ermächtigung innerhalb der Monatsfrist unmittelbar zur Abrechnung bei der Pflegekasse einreichen, gilt die Anzeige mit Zugang der Abrechnung bei der Pflegekasse als erfolgt.

Darüber hinaus ist es für den Pflegebedürftigen unverzichtbar, Kenntnis darüber zu haben, welcher Anteil des Leistungsbetrages nach Absatz 1 im Jahresverlauf bereits verbraucht ist. Dem dient die Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen, dem Pflegebedürftigen nach Erbringung von Leistungen der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege unverzüglich eine schriftliche Übersicht über die dafür angefallenen Aufwendungen zu übermitteln oder auszuhändigen und auf der Übersicht deutlich erkennbar auszuweisen, welcher Betrag davon zur Abrechnung über den Gemeinsamen Jahresbetrag vorgesehen ist. Mit Zustimmung des Pflegebedürftigen kann die Übersicht auch in Textform, beispielsweise in einem maschinell erstellten Brief, in einer E-Mail oder über elektronische Speichermedien übermittelt werden.

Zu Nummer 29

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 30

Zu Buchstabe a

Um die gestiegenen Kosten der letzten Jahre zu berücksichtigen, werden die Leistungsbeiträge für die vollstationäre Pflege zum 1. Juli 2021 um 5 Prozent und ab 2023 regelhaft um 1,5 Prozent pro Jahr angehoben.

Zu Buchstabe b

Um die gestiegenen Kosten der letzten Jahre zu berücksichtigen, wird der Zuschuss zur vollstationären Pflege für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 zum 1. Juli 2021 um 5 Prozent und ab 2023 regelhaft um 1,5 Prozent pro Jahr angehoben.

Zu Nummer 31

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 32

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 33

Es wird dem 3. Abschnitt des 4. Kapitels ein neuer siebter Titel, „Pflegebedingter Eigenanteil“, bestehend aus dem neuen „§ 43c Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils“ angefügt.

Um eine finanzielle Überforderung der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen zu vermeiden, wird der von ihnen zu tragende Eigenanteil an der Pflegevergütung (einschließlich der Ausbildungskosten) mit zunehmender Dauer der vollstationären Pflege schrittweise verringert. Er reduziert sich durch einen von der Pflegekasse zu zahlenden Leistungszuschlag nach 12 Monaten um 25 Prozent, nach 24 Monaten um 50 Prozent und nach 36 Monaten um 75 Prozent. Damit wird die Gesamtbelastung der Pflegebedürftigen mit Eigenanteilen über den Pflegeverlauf deutlich reduziert. Wenngleich daneben die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie gegebenenfalls selbst zu tragende Investitionskostenanteile weiterhin von den Pflegebedürftigen zu tragen sind, dürfte sich das Ausmaß der Angewiesenheit auf ergänzende Leistungen der Sozialhilfe deutlich verringern. Durch die prozentuale Verringerung des Eigenanteils bleibt grundsätzlich ein Anreiz zur Wahl eines Pflegeheims mit nicht zu hohen Pflegesätzen erhalten. Durch die direkte Inrechnungstellung der nach Anwendung der Eigenanteilsbegrenzung verbleibenden Beträge an die Pflegekassen und die Pflegebedürftigen durch die Pflegeeinrichtungen können unnötige Zahlungsvorgänge und Vorfinanzierungen vermieden werden.

Zu Nummer 34

Mit der Ergänzung wird die Grundlage für elektronische Meldungen der Pflegekassen an berufsständische Versorgungseinrichtungen unter Bezug auf die beim Krankengeld bereits geltenden Regelungen (§ 47a Absatz 2 des Fünften Buches) geschaffen und zugleich für die Beteiligten verbindlich vorgeschrieben. Die Meldungen betreffen Personen, die die Voraussetzungen für die Gewährung von Rentenversicherungsbeiträgen als Pflegeperson erfüllen und wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind.

Zu Nummer 35

Hier gilt die Begründung zu der Ergänzung des § 44 Absatz 2 in gleicher Weise.

Zu Nummer 36

Nach geltendem Recht haben die Pflegekassen Pflegekurse nach Maßgabe des Absatzes 1 des § 45 durchzuführen. Mit dem neuen Satz 4 wird klargestellt, dass dazu begleitend auch digitale Pflegekurse angeboten werden dürfen. Dabei dürfen Präsenzkurse aber nicht durch digitale Angebote ersetzt werden, sondern es darf sich nur um ein ergänzendes Pflegekursangebot handeln. Die Pflicht zur Gewährleistung eines flächendeckenden Pflegekursangebotes vor Ort bleibt bestehen.

Zu Nummer 37

Durch die Einführung von Unterabschnitten in den Fünften Abschnitt des Vierten Kapitels kann die Überschrift des Abschnitts zur besseren Orientierung in diesem Buch neu gefasst werden. Dabei macht sie auch deutlich, dass der Fünfte Abschnitt neben dem Entlastungsbetrag auch noch weitere Leistungen bei häuslicher Pflege beinhaltet.

Zu Nummer 38

Zur besseren Orientierung innerhalb des Fünften Abschnitts des Vierten Kapitels wird ein Erster Unterabschnitt eingefügt, der die verschiedenen Regelungen im Rahmen der §§ 45a und 45b beinhaltet.

Zu Nummer 39

Zu Buchstabe a

Für die Anerkennung als Angebot zur Unterstützung im Alltag sind im Hinblick auf eine Unterstützung bei der Haushaltsführung andere Qualifikationsanforderungen zugrunde zu legen als für ein Betreuungsangebot oder für die Wahrnehmung der Aufgaben einer Pflegebegleitung. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, wird in dem neuen Satz 4 klargestellt, dass bei Angeboten zur Entlastung im Alltag, die sich gleichermaßen an alle Pflegebedürftigen richten und deren Schwerpunkt in der Erbringung hauswirtschaftlicher Dienstleistungen liegt, die nachzuweisende Qualifikation sich im Wesentlichen darauf konzentriert, diese Dienstleistungen sachgerecht und zuverlässig ausführen zu können. Um entsprechende Qualifikationen nachzuweisen, kann dabei auch auf Kenntnisse und Fähigkeiten verwiesen werden, die nicht im Rahmen einer gerade erst neu durchlaufenen Schulung erlernt worden sind, sondern die bereits anderweitig erworben wurden und entsprechend belegt werden können.

Wie bei allen Angeboten zur Unterstützung im Alltag ist dabei auch bei Angeboten, die sich auf die Erbringung von hauswirtschaftlichen Dienstleistungen konzentrieren, das Vorhandensein eines angemessenen Grund- und Notfallwissens im Umgang mit Pflegebedürftigen vorauszusetzen (siehe § 45a Absatz 2 Satz 3). Das bedeutet, dass insbesondere zum einen Kenntnis darüber besteht, wie mit einem im Haushalt des Pflegebedürftigen akut auftretenden Notfall sachgerecht umzugehen ist, und zum anderen Kenntnis darüber besteht, welche Besonderheiten in der Kommunikation in einem Pflegehaushalt gegebenenfalls zu beachten sein werden, wenn zum Beispiel demenziell erkrankte Menschen mit Pflegebedarf im Haushalt leben oder die Kommunikation sowohl mit den Pflegebedürftigen als auch mit deren Pflegepersonen zu gestalten sein wird. Auch Helfende, die im Rahmen von Angeboten tätig werden, die sich auf die praktische Unterstützung in der Haushaltsführung konzentrieren, müssen wissen, welche Besonderheiten ihnen in einem Pflegehaushalt begegnen können und wie sie hiermit angemessen und im Interesse der Pflegebedürftigen sowie auch der Pflegepersonen umgehen können. Ferner sollte bekannt sein, auf welche

Stellen Pflegebedürftige und Pflegepersonen bei einem eventuell erkennbaren weitergehenden Hilfebedarf hingewiesen werden können. Die konkrete Ausformung der Anerkennungsvoraussetzungen erfolgt weiterhin gemäß § 45a Absatz 3 durch das jeweils erlassene Landesrecht, bei dessen Erlass die Länder unter anderem auch die gemäß § 45c Absatz 7 beschlossenen Empfehlungen berücksichtigen sollen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Einfügung wird die Regelung des § 45a Absatz 4 Satz 1 an den Wortlaut der Regelung des § 45b Absatz 2 Satz 2 angepasst. Die Kostenerstattung im Rahmen des Umwandlungsanspruchs kann damit auch nachträglich geltend gemacht werden, ohne dass zuvor ein gesonderter Antrag gestellt worden ist, dass der Umwandlungsanspruch grundsätzlich genutzt werden soll. Damit ist eine Inanspruchnahme von Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Rahmen des Umwandlungsanspruchs bereits möglich, ohne dass vom Pflegebedürftigen zuvor bereits ein Antrag auf Nutzung des Umwandlungsanspruchs gestellt worden sein muss. Voraussetzung für eine Kostenerstattung nach § 45a Absatz 4 bleibt aber, dass die Leistungserbringung durch die Angebote zur Unterstützung im Alltag in dem jeweiligen Kalendermonat, für den die Umwandlung genutzt werden soll, durch Belege nachweisbar auch tatsächlich stattgefunden hat. Der ambulante Sachleistungsbetrag für diesen Kalendermonat darf zudem insoweit nicht bereits für Sachleistungen eines ambulanten Pflege- oder Betreuungsdienstes ausgeschöpft worden sein. Ferner darf die Maximalgrenze für die Umwandlung nicht überschritten werden und für dieselben Leistungen darf nicht bereits eine Kostenerstattung in der jeweiligen Höhe – gegebenenfalls auch nach anderen Vorschriften – erfolgt sein.

Zu Doppelbuchstabe bb

Insbesondere wenn der Umwandlungsanspruch für einen bereits vorausgegangenen Kalendermonat nachträglich geltend gemacht wird, ohne dass der Pflegebedürftige dies seiner Pflegekasse vorab angezeigt hat, kann es dazu kommen, dass für den entsprechenden Kalendermonat bereits Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld an den Pflegebedürftigen ausgezahlt worden ist. Da der umgewandelte Leistungsbetrag im Rahmen der Kombinationsleistung wie die Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung behandelt wird, hat die Höhe des beantragten Kostenerstattungsbetrags Einfluss darauf, wieviel anteiliges Pflegegeld der Pflegebedürftige nach Berücksichtigung der Umwandlung noch beanspruchen kann. Wie bereits in der Begründung zum Ersten Pflegestärkungsgesetz (BT-Drucksache 18/1798, Seite 32) dargestellt, kann in diesem Fall die im Rahmen des Umwandlungsanspruchs beantragte Kostenerstattung mit dem jeweils bereits ausgezahlten Pflegegeldbetrag verrechnet werden, soweit der ausgezahlte Pflegegeldbetrag den Pflegegeldbetrag übersteigt, den der Pflegebedürftige nach Berücksichtigung des umgewandelten Betrages noch beanspruchen kann. Nutzt der Pflegebedürftige mit dem umgewandelten Betrag und in dem entsprechenden Monat bezogenen Sachleistungen ambulanter Pflege- oder Betreuungsdienste den Leistungsbetrag nach § 36 insgesamt zu 100 Prozent aus, verbleibt daneben kein Anspruch auf ein anteiliges Pflegegeld mehr. In diesem Fall ist ein bereits ausgezahlter Pflegegeldbetrag folglich in vollem Umfang mit dem beantragten Kostenerstattungsbetrag zu verrechnen. Um diese Rechtswirkung für die Normadressaten transparenter zu machen, wird eine entsprechende Regelung jetzt ausdrücklich in § 45a Absatz 4 mit aufgenommen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um die Anpassung von Verweisen infolge der Änderungen des § 37 durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz und das Terminservice- und Versorgungsgesetz.

Zu Doppelbuchstabe dd

Die bisher in Satz 7 normierte Evaluation des Umwandlungsanspruchs wurde durchgeführt, so dass die Regelung hierzu durch Zeitablauf überholt ist.

Zu Nummer 40

Zu Buchstabe a

Um die gestiegenen Kosten der letzten Jahre zu berücksichtigen, wird der Entlastungsbetrag zum 1. Juli 2021 um 5 Prozent und ab 2023 regelhaft um 1,5 Prozent pro Jahr angehoben.

Zu Buchstabe b

Der Satz wird aufgrund der Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in § 42a und der damit einhergehenden Anpassung des § 39 redaktionell angepasst. Der Regelungsinhalt bleibt unverändert: Werden für die Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, der Kurzzeitpflege, der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 (in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht im Bereich der Selbstversorgung) oder der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag nicht oder nicht ausschließlich Mittel der entsprechend verfügbaren Sachleistungsbeträge, insbesondere beispielsweise gemäß §§ 41, 42, eingesetzt, sondern erfolgt die Finanzierung dieser in § 45b Absatz 1 Satz 3 genannten Leistungen teilweise oder vollständig aus den Mitteln für eine Verhinderungspflege nach Maßgabe des § 39, dann steht diese Tatsache einer Finanzierung der noch nicht abgedeckten Aufwendungen, die im Zusammenhang mit den in Anspruch genommenen Leistungen entstanden sind, aus dem Entlastungsbetrag nicht entgegen.

Zu Nummer 41

Zur besseren Orientierung wird ein Zweiter Unterabschnitt in den Fünften Abschnitt des Vierten Kapitels eingeführt, der die verschiedenen Fördertatbestände der §§ 45c ff. beinhaltet und in der neuen Überschrift auch die mit dem vorliegenden Gesetz verbundene Weiterentwicklung derselben aufgreift.

Zu Nummer 42

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Der bisherige Satz 3 kann infolge der Überführung der Förderung regionaler Netzwerke im Sinne des bisherigen § 45c Absatz 9 in die eigenständige Regelung des neuen § 45e entfallen. Im neuen Satz 3 wird klargestellt, dass im Rahmen des § 45c jeweils auch digitale Anwendungen bei der Förderung berücksichtigt werden können, sofern diese den jeweils geltenden Anforderungen an den Datenschutz entsprechen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten. Das gilt sowohl im Bereich der Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a nach § 45c Absatz 3 als auch bei der Förderung von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen nach § 45c Absatz 4 als auch im Rahmen von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen nach § 45c Absatz 5.

Zu Doppelbuchstabe bb

Der bisherige Satz 4 entfällt infolge der Überführung der Förderung regionaler Netzwerke im Sinne des bisherigen § 45c Absatz 9 in die eigenständige Regelung des neuen § 45e.

Zu Buchstabe b

Die Änderung erfolgt im Rahmen der Überführung der Förderung regionaler Netzwerke im Sinne des bisherigen § 45c Absatz 9 in die eigenständige Regelung des neuen § 45e.

Zu Nummer 43

Im Hinblick auf die Förderung der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zum Ziel gesetzt haben, wird klargestellt, dass bei der Förderung der Selbsthilfe in der Pflege auch digitale Anwendungen berücksichtigt werden können. Voraussetzung ist, dass diese den geltenden Anforderungen an den Datenschutz entsprechen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten. Im Übrigen wird die Vorschrift des § 45d neu gegliedert und zum Teil redaktionell bereinigt, ohne dass dies mit inhaltlichen Änderungen verbunden ist. Dies dient der Verständlichkeit und Anwenderfreundlichkeit der Norm.

Zu Nummer 44

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

Zu Absatz 1

Die bisher in § 45c Absatz 9 geregelte Förderung von regionalen Netzwerken zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Personen erhält einen eigenen Paragraphen, um die Bedeutung der Vernetzung von Akteuren für die pflegerische Versorgung herauszustellen. Hierfür kann § 45e genutzt werden, da die bisher in § 45e geregelte Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen in § 45g verschoben wird.

Es erfolgt ein deutlicher Ausbau der von der Pflegeversicherung zur Förderung dieser Netzwerke zur Verfügung gestellten Mittel von derzeit 10 Millionen Euro auf 20 Millionen Euro. Damit wird auch eine beschlossene Maßnahme der Nationalen Demenzstrategie umgesetzt.

Zu Absatz 2

Je Kreis und kreisfreier Stadt sowie je Bezirk in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg soll künftig eine Förderung von bis zu zwei Netzwerken, in Großstädten ab 500.000 Einwohner*innen von bis zu vier Netzwerken möglich sein. Der pro Netzwerk zur Verfügung stehende Förderbetrag erhöht sich um 25 Prozent auf 25 000 Euro je Kalenderjahr. Mit diesen Ausweitungen soll die strukturierte Vernetzung bundesweit gestärkt werden. Verfahrensvereinfachungen gibt es für sich neu gründende Netzwerke, die bei Zusage eine Förderung von zwei Jahren erhalten sollen, um in der Aufbauphase ausreichend finanzielle Sicherheit zu haben.

Zu Absatz 3

Die Regelung des bisherigen § 45c Absatz 1 Satz 4 wird zum neuen § 45e Absatz 3.

Zu Absatz 4

Zudem soll eine Transparenz über die geförderten Netzwerke hergestellt werden. Hierzu haben die Landesverbände der Pflegekassen, die bei ihnen im Bundesland geförderten Netzwerke zu listen und mit Kontaktinformationen zu den Koordinatoren des Netzwerkes zu hinterlegen. So soll ein Austausch unter den Netzwerken ermöglicht werden. Diese Veröffentlichung hat künftig über das Informationsportal nach § 7d zu erfolgen. Bis dahin sind andere Arten der Veröffentlichungen, zum Beispiel Listen auf den Internetseiten der Landesverbände oder gebündelt beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen vorzusehen.

Zu Absatz 5

Die bisherigen Regelungen zu den regionalen Netzwerken in den Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. gemäß § 45c Absatz 7 und Absatz 9 werden in eigene Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. zur Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken überführt. Die neuen Empfehlungen zu § 45e müssen sowohl die bisherigen Empfehlungen nach § 45c Absatz 9 als auch die neuen gesetzlichen Regelungen zur Förderung der Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken berücksichtigen.

Zu Nummer 45

Zur besseren Orientierung wird ein Dritter Unterabschnitt in den Fünften Abschnitt des Vierten Kapitels eingeführt. Dieser beinhaltet Regelungen zu anderen Leistungen bei häuslicher Pflege und folgt auf die Fördertatbestände in den §§ 45c bis 45e. Es handelt sich um den neuen Anspruch auf Leistungen zur Unterstützung in der häuslichen Betreuung (§ 45f) und um den bisher in § 45e und nun in § 45g geregelten Anspruch auf Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen.

Zu Dritter Unterabschnitt (Unterstützung in der häuslichen Betreuung und andere Leistungen bei häuslicher Pflege)

Zu § 45f (Unterstützung in der häuslichen Betreuung, Verordnungsermächtigung)

Zu Absatz 1

Aufgrund der demografischen Entwicklung gewinnt die Betreuung und Pflege pflegebedürftiger Menschen in der eigenen Häuslichkeit zunehmend an Bedeutung. Sie erfolgt vielfach durch Angehörige oder durch ambulante Pflege- und Betreuungsdienste. Leben im eigenen Haushalt gibt gerade älteren pflegebedürftigen Menschen, denen es schwerer fällt, sich auf Neues einzulassen, ein sicheres Gefühl.

Einer repräsentativen Befragung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit zufolge waren in Deutschland im Jahr 2019 aber in etwa 100 000 Haushalten auch Betreuungspersonen beschäftigt, die zur Unterstützung von Pflegebedürftigen in deren Privathaushalt lebten und für ihre Tätigkeit vorwiegend aus dem osteuropäischen Ausland nach Deutschland kamen.

Die Betreuung in der eigenen Häuslichkeit durch Betreuungspersonen, die für die Zeit ihrer Tätigkeit in diesen Haushalten leben, soll daher stärker unterstützt werden, auch um die Qualität der Angebote durch konkretere Regelungen auf Landesebene zu steigern. Die Regelung unterstützt den Wunsch der Mehrheit von pflegebedürftigen Personen, so lange wie möglich im eigenen Haushalt leben zu können, wenn eine adäquate Unterstützung bei der häuslichen Pflege allein durch Angehörige nicht oder nicht mehr möglich ist und eine legale Alternative gesucht wird.

Je nach Ausrichtung der Angebote kann es sich um verschiedenartige Unterstützungen handeln, unter anderem bei körperlicher Beeinträchtigung, Orientierungslosigkeit oder einer Demenzerkrankung der pflegebedürftigen Person. Unterstützungstätigkeiten können erforderlich werden insbesondere als Hilfe bei der Ausübung der alltäglichen Aktivitäten, als Haushaltstätigkeiten wie Aufräumen, Waschen, Kochen, Einkäufe, als Hilfe bei Terminvereinbarungen mit Ärztinnen und Ärzten oder als Begleitung zu Arztterminen, als Hilfe beim Verlassen der Wohnräume, beim Aufrechterhalten sozialer Kontakte, Hilfe bei der Hygiene oder beim Ankleiden. Es handelt sich um Tätigkeiten, die sonst im Haushalt der pflegebedürftigen Person häufig von pflegenden Angehörigen übernommen werden würden.

Die Regelung für Angebote durch Betreuungspersonen in der eigenen häuslichen Pflegesituation trägt zur Realisierung dieses Bedarfs an persönlicher Unterstützung bei. Sie bietet die Möglichkeit, unter bestimmten, durch die Länder zu regelnden Bedingungen die teilweise mögliche Umwandlung der ambulanten Pflegeschleistung nach § 36 in Anspruch zu nehmen. Dafür sind neben Bestimmungen zur Qualitätssicherung auch die Anforderungen zu regeln, die Haushalte erfüllen müssen. . In Nordrhein-Westfalen wurde in der Anerkennungs- und Förderungsverordnung (ANFöVo) in der Fassung von 2019 eine vergleichbare Regelung für eine Unterstützung in häuslicher Betreuung bereits geschaffen.

Der Kostenerstattungsanspruch beruht auf einer teilweisen Umwandlung des in § 36 für ambulante Pflegeschleistungen vorgesehenen Leistungsbetrags. Der Anspruch steht nach § 36 Absatz 1 anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen, das heißt den Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 zu. Der Kostenerstattungsanspruch setzt die kostenverursachende Unterstützungsleistung durch Betreuungspersonen voraus. Die Betreuung durch Verwandte oder Verschwägerte des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad gelten nicht als häusliche Betreuung und sind nicht kostenerstattungsfähig.

Zu Absatz 2

Pflegebedürftige, die Unterstützung in der häuslichen Betreuung nach Absatz 1 beziehen, können den Entlastungsbetrag nach § 45b außer für die in § 45b aufgeführten Verwendungsarten auch zur Kostenerstattung für die Unterstützung in der häuslichen Betreuung einsetzen, sofern das Angebot der Unterstützung in der häuslichen Betreuung vor dessen Inanspruchnahme nach dem jeweiligen Landesrecht anerkannt worden ist. Diese Verwendungsmöglichkeit des Entlastungsbetrags steht ebenfalls Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 offen, die eine entsprechend anerkannte Unterstützung in der häuslichen Betreuung im Sinne des Absatz 1 beziehen. Der Kostenerstattungsanspruch setzt die kostenverursachende Unterstützungsleistung durch Betreuungspersonen voraus. Die Betreuung durch Verwandte oder Verschwägerte des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad gelten nicht als häusliche Pflege und sind nicht kostenerstattungsfähig.

Zu Absatz 3

Der Anspruch auf Kostenerstattung besteht gegenüber der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen, wenn die Landesregierung die Voraussetzungen für eine Anerkennung der Leistung als häusliche Betreuung im Sinne von Absatz 4 geregelt hat. Den Ländern obliegt es, die Mindestanforderungen festzulegen. Die Pflegebedürftigen müssen die Rechnung sowie gegebenenfalls die Quittung für die häusliche Betreuung bei ihrer Pflegekasse oder ihrem Versicherungsunternehmen zwecks Kostenerstattung einreichen. Ferner haben sie Nachweise vorzulegen, dass die weiteren landesrechtlich geregelten Voraussetzungen erfüllt sind. Um den Pflegebedürftigen einen Überblick über die bezogenen Leistungen und die Höhe der Kostenerstattungsbeträge, die ihnen noch zur Verfügung stehen, zu erleichtern, werden die Pflegekassen verpflichtet, den Pflegebedürftigen entsprechend aktuelle Informationen zu übermitteln.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die Ermächtigung der Länder, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung in der häuslichen Betreuung der eigenen Häuslichkeit zu bestimmen, einschließlich der Mindeststandards der Vermittlung der Betreuungspersonen durch Vermittlungsagenturen, der Mindestanforderungen für die Qualifikation der Betreuungspersonen sowie der Anforderungen an die Haushalte der Pflegebedürftigen.

Vorliegende Studien zur häuslichen Betreuung schlagen eine Reihe von Mindeststandards vor. Empfohlen wird beispielsweise, dass Mindeststandards für die Vermittlung von häuslichen Betreuungspersonen eine Abfrage von Beeinträchtigungen der Selbständigkeit der pflegebedürftigen Person beinhalten, damit der Betreuungsbedarf eingeschätzt werden

kann. Sinnvoll für die Vermittlung erscheint auch eine hinreichende Darlegung des angebotenen rechtlichen Modells der häuslichen Betreuung durch die Vermittlungsagentur zur Erhöhung der Transparenz für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen. Ferner wurden für die Qualifikation im Haushalt von Pflegebedürftigen lebender Betreuungspersonen ein Mindestmaß an Sprachkenntnissen sowie das Vorhandensein eines angemessenen Grund- und Notfallwissens im Umgang mit Pflegebedürftigen empfohlen. Als Anforderung an die Haushalte der Pflegebedürftigen kann erwogen werden, dass der Betreuungsperson ein Zimmer zur alleinigen kostenfreien Nutzung und ein kostenfreier Zugang zum Internet zur Verfügung gestellt werden muss. Empfohlen wird darüber hinaus zu regeln, dass der Betreuungsperson eine angemessene Verpflegung zusteht.

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

Die bisher in § 45e enthaltene Regelung zur Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen wird ohne inhaltliche Änderung als neuer § 45g in den Dritten Unterabschnitt des Fünften Abschnitts des Vierten Kapitels überführt.

Zu Nummer 46

Da die bisher in § 45f enthaltene Regelung durch Zeitablauf überholt ist und wegfällt und die bisher in § 45e geregelte Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen als neuer § 45g in den neuen Dritten Unterabschnitt des Fünften Abschnitts des Vierten Kapitels überführt wird, kann der Sechste Abschnitt des Vierten Kapitels neu gefasst werden.

Zu Sechster Abschnitt (Gemeinschaftliche Wohnformen zur pflegerischen Versorgung)

Vorbemerkung zu den §§ 45h bis 45j

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 (§ 45g in der Fassung dieses Gesetzentwurfes) 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 10 Mio. Euro zur wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen zur Verfügung gestellt (nach Durchführung des Programms ist § 45f in der bisherigen Fassung entbehrlich und wird im Rahmen dieses Gesetzentwurfes für eine andere Regelung genutzt).

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 Kon-

zepten 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 Gegensatz 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 eindeutig 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, gemeinschaftliche Wohnformen in diesem Buch auf eine rechtliche Grundlage zu stellen. Dies erfolgt mit den vorliegenden §§ 45h bis 45j. Im Hinblick auf die Vielgestaltigkeit gemeinschaftlicher Wohnformen sind Regelungen zu treffen, die so konkret wie nötig, aber gleichzeitig auch so weit wie möglich gehalten sind. Es ist klar zu definieren, unter welchen Voraussetzungen gemeinschaftliche Wohnformen vorliegen. Ebenso klar ist zu definieren, welche Leistungen der Pflegeversicherung in gemeinschaftlichen Wohnformen zur Verfügung stehen – und welche nicht. Schließlich bedarf es Regelungen zur Qualitätssicherung. Insoweit sind insbesondere die Vorgaben in den §§ 112 ff. zu beachten.

Zu § 45h (Verträge zu gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung)

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt, wer unter welchen Voraussetzungen Verträge zu gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung abschließen kann. Dies sind nach Satz 1 auf der einen Seite die Landesverbände der Pflegekassen, die Landesverbände der Krankenkassen, gemeinsam und einheitlich mit den Ersatzkassen, und auf der anderen Seite zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 1. Der Vertragsabschluss erfolgt zudem im Einvernehmen mit den zuständigen Trägern der Sozialhilfe im Land und auf der Grundlage eines entsprechenden Versorgungskonzepts. Für das Verfahren gelten die in § 81 Absatz 1 und 2 aufgestellten Regeln entsprechend.

Welche Voraussetzungen die Pflegeeinrichtungen erfüllt haben müssen, um einen Vertrag zu gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung abschließen zu können, ist in Satz 2 Nummer 1 bis 7 aufgeführt:

Nummer 1 legt fest, welche Leistungen für die Pflegebedürftigen in der gemeinschaftlichen Wohnform zwingend vorgehalten werden müssen. Dies sind eine pflegerische, betreuende und hauswirtschaftliche Basisversorgung, die häusliche Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches sowie Unterkunft und Verpflegung. Nummer 2 regelt über die Basisversorgung hinausgehende Leistungen, die auf Wunsch des Pflegebedürftigen angeboten werden müssen und auch unter Hinzuziehung Angehöriger, ehrenamtlich Tätiger oder sonstiger Dritter erbracht werden können. Diese beiden Voraussetzungen machen bereits deutlich, dass die Verträge zu gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung eine eigenständige Versorgungsform darstellen und weder der ambulanten noch der stationären Versorgung im Sinne dieses Buches zugeordnet werden können. Denn während die Vorkhaltung von Unterkunft und Verpflegung in Richtung einer stationären Versorgung deutet, weisen die pflegerische, betreuende und hauswirtschaftliche Basisversorgung sowie die häusliche Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches in Richtung einer ambulanten Versorgung. Und auch die verstärkte Einbindung Dritter, sei es Angehöriger, ehrenamtlich Tätiger oder sonstiger Dritter, weist in Richtung einer ambulanten Versorgung. Die Nummern

1 und 2 greifen somit den Wunsch vieler Pflegebedürftiger nach Vereinbarkeit von Versorgungssicherheit auf der einen Seite und mehr Selbstbestimmung auf der anderen Seite auf.

Nummer 3 begrenzt die Bewohnerzahl in gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung. Ein überschaubarer Bewohnerkreis erlaubt es, besser und individualisierter auf die Wünsche und Bedürfnisse der einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner einzugehen. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung für den Abschluss von Verträgen zu gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung, denn gemäß Nummer 4 muss das Versorgungskonzept darauf ausgerichtet sein, die Selbstbestimmung und Selbstständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner durch individuelle Gestaltungsmöglichkeiten zu wahren und zu fördern.

Nummer 5 legt fest, dass Pflegebedürftige unabhängig vom Pflegegrad und von der Entwicklung des Pflegebedarfs in gemeinschaftlichen Wohnformen versorgt werden. Insbesondere ist es nicht zulässig, Pflegebedürftige allein aufgrund ihres Pflegegrads, beispielsweise weil er als zu hoch und der Pflegebedürftige damit als zu versorgungsintensiv eingeschätzt wird, als neue Bewohner abzulehnen oder sie ab einem bestimmten Pflegegrad oder -bedarf zum Auszug aus der gemeinschaftlichen Wohnform bewegen zu wollen.

Nach Nummer 6 muss das in der gemeinschaftlichen Wohnform tätige Personal nach Zahl und Qualifikation der besonderen Versorgungsform Rechnung tragen. Gleiches gilt für die räumliche Gestaltung gemäß Nummer 7. Auch sie muss einer selbstbestimmten Versorgung entsprechen.

Zu Absatz 2

Die in Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 7 aufgestellten Voraussetzungen sollen spätestens bis zum 30. Juni 2022 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 anderen in Absatz 2 Satz 1 und 2 genannten Beteiligten näher ausgestaltet werden. Dabei 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 gelten.

Gemäß Satz 3 sind die Empfehlungen durch das Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen. In den Sätzen 4 und 5 wird geregelt, wie mit Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit umzugehen ist und unter welchen Voraussetzungen das Bundesministerium für Gesundheit im Wege der Ersatzvornahme den Inhalt der Empfehlungen festsetzen kann.

Zu Absatz 3

Absatz 3 legt fest, welche Regelungen die einzelnen Verträge zu gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung, die auf der Grundlage der Empfehlungen nach Absatz 2 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2 zu schließen sind, enthalten müssen. Gemäß Satz 2 zählen dazu Regelungen über die vorzuhaltenden Leistungen der Basisversorgung, der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches sowie Unterkunft und Verpflegung (Nummer 1). Dazu zählen ebenso Regelungen über die über die Basisversorgung hinausgehenden Leistungen (Nummer 2), über die Personalausstattung (Nummer 3), über die Vergütung und die Abrechnung der Leistungen (Nummer 4) sowie über die Möglichkeit der Einbeziehung pflegender Angehöriger und sonstiger Pflegepersonen (Nummer 6).

Die von den Landesverbänden der Pflegekassen mit den Pflegeeinrichtungen zu schließenden Verträge haben nach Nummer 5 auch Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu enthalten. Das Elfte Kapitel, welches die Vorgaben zur Qualitätssicherung und -entwicklung in

der Pflege beinhaltet und insoweit unter anderem die zugelassenen Pflegeeinrichtungen verpflichtet, nimmt in verschiedenen Regelungen explizit auch die gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h in Bezug. Neben den durch die Vertragsparteien gemäß § 113 Absatz 1 Satz 1 für diese Wohnformen zu vereinbarenden Maßstäben und Grundsätzen werden die Pflegeeinrichtungen durch § 114 Absatz 1 unter anderem verpflichtet, eine ordnungsgemäße Durchführung der Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h zu ermöglichen. Insoweit zu beachten sind auch die Mitwirkungspflichten an Maßnahmen nach § 114a.

Auch dürfen die Verträge den jeweils maßgeblichen heimrechtlichen Vorschriften nicht entgegenstehen.

Zu § 45i (Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung)

§ 45i regelt, welche Ansprüche in gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 45h zur Verfügung stehen. Diese leistungsrechtlichen Regelungen sind erforderlich, da gemeinschaftliche Wohnformen zur pflegerischen Versorgung eine eigenständige Versorgungsform sind und nicht der ambulanten oder stationären Versorgung zugerechnet werden können. Vor diesem Hintergrund besagt § 45i in seinem letzten Absatz aber auch, in welchen Fallgestaltungen die vorhergehenden Absätze nicht gelten.

Zu Absatz 1

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben je Kalendermonat Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung bis zur Höhe der in § 36 Absatz 3 genannten Beträge. Eine unmittelbare Anwendung des § 36 scheidet aus, da gemeinschaftliche Wohnformen zur pflegerischen Versorgung keine ambulante Versorgung im Sinne dieses Gesetzes sind. Es ist jedoch sachgerecht, die Leistungsbeträge des § 36 auch in gemeinschaftlichen Wohnformen zur Verfügung zu stellen, zumal sich die Leistungsbeträge gemäß der §§ 36 und 43 im Rahmen der letzten Reformgesetze sehr angeglichen haben.

Während Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 214 Euro monatlich haben und ihnen zudem der Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich zur Verfügung steht, haben Bewohnerinnen und Bewohner mit Pflegegrad 2 bis 5 in gemeinschaftlichen Wohnformen gemäß § 45h Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 300 Euro je Kalendermonat. Damit soll es ihnen in finanzieller Hinsicht ermöglicht werden, sich frei für diese Versorgungsform zu entscheiden, ohne sie umgekehrt gegenüber Pflegebedürftigen in ambulanter Versorgung zu bevorzugen.

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 haben Anspruch auf einen Zuschuss in Höhe von 300 Euro je Kalendermonat. Damit wird bei einer Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen gemäß § 45h nachvollzogen, dass ihnen nur eine begrenzte Auswahl an Leistungen der Pflegeversicherung zur Verfügung steht (vergleiche § 28a).

Zu Absatz 2

Da § 38 Satz 1 und 2 mangels Vorliegens einer ambulanten Versorgung nicht unmittelbar anwendbar ist, gilt er 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 gemäß § 45h und ehrenamtlichen Pflegepersonen, wie zum Beispiel pflegenden Angehörigen, des Weiteren zustehen. Auch diese Regelung ist erforderlich, weil es sich bei der Versorgung in gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung um eine eigenständige Versorgungsform handelt, die Leistungen bei ambulanter und stationärer Versorgung somit keine unmittelbare Anwendung finden. Zudem dürfte in gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung in der Regel kein Bedarf an zum Beispiel Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege bestehen. 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. Absatz 3 wirkt zudem sog. „Stapellösungen“ entgegen (siehe dazu die Begründung zu § 41).

Zu Absatz 4

Gemeinschaftliche Wohnformen gemäß § 45h dienen primär und ausschließlich der pflegerischen Versorgung. Deshalb wird mit Absatz 5 klargestellt, dass die Absätze 1 bis 4 keine Anwendung finden auf 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 (siehe § 71 Absatz 4 Nummer 1). Sie finden auch keine Anwendung auf Räumlichkeiten, in denen der Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderungen und der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe für diese im Vordergrund steht (siehe § 71 Absatz 4 Nummer 3).

Zu § 45j (Evaluation gemeinschaftlicher Wohnformen zur pflegerischen Versorgung)

§ 45j regelt die Evaluationspflicht des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen im Hinblick auf den Stand der Entwicklung gemeinschaftlicher Wohnformen zur pflegerischen Versorgung im Sinne des § 45h. Dabei hat sich die Evaluation nicht nur auf die allgemeine Entwicklung (Zahl, Standorte, Trägerschaft) gemeinschaftlicher Wohnformen zu beziehen, sondern auch auf konkrete Kriterien wie Vergütung, Kosten sowie alle Ebenen der Qualität der Versorgung im Vergleich zur Versorgung in ambulanter und vollstationärer Pflege.

Der Bericht ist unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellen und dem Bundesministerium für Gesundheit zum 31. Dezember 2025 vorzulegen.

Zu Nummer 47

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Neustrukturierung der Regelungen zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§§ 18 ff.).

Zu Nummer 48

Zu Buchstabe a und b

Inhaltliche Aktualisierungen und Erweiterungen im Hinblick auf die durchzuführenden Pflegebegutachtungen sollen für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung ebenfalls mit Inkrafttreten dieses Gesetzes gelten, und zwar unabhängig von der – noch nicht abgeschlossenen – Umsetzung des Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I Seite 2789), welches Auswirkungen auf die Organisation der Medizinischen Dienste hat und – im Hinblick auf die Umverteilung von Richtlinienkompetenzen nach dem Elften Sozialgesetzbuch – indirekt auch deren Aufgabenbereich betrifft.

Zu Buchstabe c und d

Mit der – noch nicht abgeschlossenen – Umsetzung des Gesetzes für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) sind eine Umverteilung von Richtlinienkompetenzen im Elften Sozialgesetzbuch und insoweit Auswirkungen auf den Aufgabenbereich des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen verbunden. Daher wird als Übergangsregelung im neuen Satz 5 festgelegt, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 Konkretisierungen bis spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes dahingehend vorzunehmen hat, dass abschließend klargestellt ist, welche Unterlagen im Einzelnen dringend erforderlich und durch die Pflegekassen beizubringen sind, damit diese die Begutachtung beauftragen können. Datenschutzrechtliche Aspekte sind dabei zu berücksichtigen.

Zu Buchstabe e

Neben redaktionellen Folgeänderungen wird mit der inhaltlichen Anpassung des neuen Satzes 6 klargestellt, dass, sofern der Spitzenverband Bund der Pflegekassen vor der Konstituierung des Medizinischen Dienstes Bund mit der Konkretisierung der Begutachtungs-Richtlinien nach Satz 5 begonnen hat, er die Änderungen fertigzustellen hat und diese bis zu ihrer Änderung oder Aufhebung durch den Medizinischen Dienst Bund fortgelten.

Zu Nummer 49

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund der Einbindung des bisherigen § 18b (Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren) in die Regelung des § 17 als neuer § 17c.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass die vom Medizinischen Dienst Bund zu erlassenden Richtlinien zur Personalbedarfsermittlung MD-übergreifende, aufgabenbezogene Richtwerte für die den Medizinischen Diensten übertragenen Aufgaben enthalten müssen. Diese Richtwerte gelten für alle Medizinischen Dienste einheitlich, lassen jedoch aufgrund der unterschiedlichen Struktur der einzelnen Medizinischen Dienste weiterhin zu, dass begründete Abweichungen möglich sind (vgl. auch Begründung zum MDK-Reformgesetz, Bundestags Drucksache 19/13397, Seite 77).

Zu Buchstabe b

Gegenstand der Richtlinien nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sind MD-übergreifende Richtwerte für die Tätigkeitsfelder der Medizinischen Dienste im Bereich der Pflegeversicherung. Absatz 2 Satz 2 dient der Unterstützung des Medizinischen Dienstes Bund und der Medizinischen Dienste bei der Erfüllung dieser Aufgabe und gewährt ihnen die nötige Zeit für die Umsetzung. Soweit es für die Umsetzung erforderlich ist, können der Medizinische Dienst Bund und die ihn unterstützenden Medizinischen Dienste bei Bedarf auch Aufträge zur Unterstützung an Dritte vergeben.

Die Festlegung aufgabenbezogener Richtwerte für die Personalbedarfsermittlung der Medizinischen Dienste stellt eine methodisch komplexe Aufgabe dar, die ein einheitliches Vorgehen und einen zeitlichen Vorlauf erfordert.

Satz 3 schreibt daher vor, dass in der Richtlinie eine bundeseinheitliche Methodik und Vorgehensweise nach angemessenen und anerkannten Methoden der Personalbedarfsermittlung vorzugeben ist, die den Anforderungen des § 69 Absatz 6 des Vierten Buches Rechnung trägt. Angemessene und anerkannte Methoden der Personalbedarfsermittlung sind beispielsweise im Handbuch für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung des Bundesministeriums des Innern und des Bundesverwaltungsamtes dargestellt.

Für eine belastbare und MD-übergreifende Personalbedarfsermittlung zielführend und methodisch wesentlich ist es, die in allen Medizinischen Diensten vergleichbar anfallenden Aufgaben typischen Tätigkeitsfeldern zuzuordnen. Bezogen auf die Aufgabenbereiche der Medizinischen Dienste nach dem Elften Buch ergibt sich eine relativ große Bandbreite des Bearbeitungsaufwandes bei den einzelnen Medizinischen Diensten. Der Arbeitsaufwand hängt insbesondere von der Art der Durchführung der Aufgaben (zum Beispiel persönliche Untersuchung oder Gutachten nach Aktenlage) und der unterschiedlichen Qualität der den Medizinischen Diensten vorliegenden Daten ab. Die in Satz 3 genannten Bereiche Begutachtungen (als Voraussetzung für einen Leistungsbezug aus der Pflegeversicherung), Qualitätsprüfungen und Qualitätssicherung sind dann Gegenstand der Erhebung des Aufwandes in allen Medizinischen Diensten, bei der auch Stichprobenverfahren angewendet werden können.

Für die zur Erarbeitung der Richtlinie erforderliche Datenerhebung und Datenauswertung wird in Satz 4 vorgegeben, dass diese nach der bundeseinheitlichen Methodik und Vorgehensweise gemäß Satz 3 zu erfolgen haben und vom Medizinischen Dienst Bund unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste koordiniert werden. Die Erhebung der für die Bestimmung der einzelnen Richtwerte erforderlichen Daten hat spätestens ab dem 1. März 2021 bei allen Medizinischen Diensten zu beginnen, um den Erlass der Richtlinie bis zum 31. Dezember 2021 zu ermöglichen. Da der Sozialmedizinische Dienst Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See nach § 283a Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches die Aufgaben des Medizinischen Dienstes für die Krankenversicherung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wahrnimmt, ist auch er in die Datenerhebung, die Datenauswertung und die fachliche Begleitung wie die anderen Medizinischen Dienste einzubeziehen.

Zu Buchstabe c und Buchstabe d

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zu Buchstabe b.

Zu Nummer 50

Mit der Anhebung des Beitragszuschlags für Kinderlose um 0,1 Beitragssatzpunkte wird die Beitragsdifferenzierung zwischen Versicherten mit und ohne Kinder maßvoll erhöht. Dies dient, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die so generierten Mehreinnahmen dem Pflegevorsorgefonds zugeführt werden, der Stärkung der langfristigen Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung und der Generationengerechtigkeit.

Zu Nummer 51

Zu den §§ 61a und 61b

Die soziale Pflegeversicherung finanziert bisher aus Beitragsmitteln eine Reihe gesamtgesellschaftlicher Aufgaben. Dazu gehört zum einen die Tragung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen. Zum anderen fallen darunter die beitragsfreie Familienmitversicherung, die Beitragsfreiheit von Mutterschafts- und Elterngeld und einige weitere, finanziell weniger bedeutende Leistungen. Dazu gehört ferner die in diesem Gesetzentwurf geregelte Begrenzung der Eigenanteile der Pflegebedürftigen in der vollstationären Versorgung, die der Vermeidung der finanziellen Überforderung der Pflegebedürftigen dient.

Ohne die Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen erreichen diese Leistungen ein Finanzvolumen von 4,5 Milliarden Euro. Hieran soll sich der Bund im Rahmen des in § 61a geregelten Bundeszuschusses zur Pflegeversicherung mit 2,5 Milliarden Euro beteiligen. Dabei wird nur der Ausgangswert gesetzlich fixiert und die künftige Entwicklung der Beteiligung des Bundes an diesen Aufwendungen von der Entwicklung der Bezugsgröße in der Sozialversicherung abhängig gemacht.

Die Tragung der Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen wird durch § 61b dem Bund zugeordnet und soll der sozialen Pflegeversicherung aus Steuermitteln erstattet werden. Die Höhe der Erstattungszahlungen entspricht den tatsächlichen Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung.

Abgesehen von der Zuordnung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben zum Bund dient die Einführung der neuen Regelungen zur Tragung dieser versicherungsfremden Lasten gleichzeitig der wirtschaftspolitisch erwünschten Begrenzung der Sozialversicherungsbeiträge.

Zu Nummer 52

Es handelt sich um notwendige Folgeänderungen, die sich aus der Einfügung des neuen Dritten Abschnitts im Sechsten Kapitel ergeben.

Zu Nummer 53

Zur Erleichterung der Zulassungsvoraussetzungen soll die mit Einführung der Betreuungsdienste vorgesehene Übergangsfrist für leitende Fachkräfte verlängert werden.

Insbesondere durch die Corona-Pandemielage wurde die Gründung von neuen Betreuungsdiensten und die Durchführung der in diesem Zusammenhang erforderlichen Weiterbildungsmaßnahmen für verantwortliche Fachkräfte erschwert, so dass eine Verlängerung der Übergangsfrist bis zum 1. Januar 2023 zweckmäßig ist.

Zu Nummer 54

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Satz 1 Nummer 2 wird zum 1. Juli 2022 im Hinblick auf die Neufassung der Absätze 3a und 3b angepasst.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um Folgeänderungen zu den Änderungen in § 113a.

Zu Doppelbuchstabe cc

Nach §§ 4 Absatz 3 und 29 sind die Leistungen der Pflegeversicherung wirksam und wirtschaftlich zu erbringen. Das bedeutet auch, dass in der ambulanten Pflege ein ressourcenschonender, effizienter Einsatz insbesondere mit dem eingesetzten Pflegepersonal zu gewährleisten ist. So haben bereits die Vereinbarungspartner in den Landesrahmenverträgen zur pflegerischen Versorgung unter anderem zu regeln, dass die örtlichen und regionalen Einzugsbereiche von Pflegeeinrichtungen so von der Pflegeselbstverwaltung auf Landesebene zu bestimmen sind, dass Pflegeleistungen möglichst ohne lange Wegstrecken orts- und bürgernah angeboten werden können. Im Hinblick auf die vorgesehene Anhörung und inhaltliche Einbeziehung der Ausschüsse nach § 8a Absatz 1 bis 3 soll durch diese ergänzende Klarstellung in Satz 3 dieser Aspekt hervorgehoben werden.

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 3a

Die bisherige Regelung des Absatz 3 Satz 1 Nummer 2, nach der Versorgungsverträge nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden dürfen, die eine in Pflegeeinrichtungen ortsübliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlen, wird auf als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Beschäftigte im Pflege- und Betreuungsbereich mit Wirkung zum 1. Juli 2022 konzentriert und konkretisiert. Entlohnung umfasst das Arbeitsentgelt, das als Gegenleistung für die erbrachte Arbeitsleistung gezahlt wird.

Die Regelung gilt für die Neuzulassung von Pflegeeinrichtungen ebenso wie für Pflegeeinrichtungen, die zum 1. Juli 2022 bereits über einen Versorgungsvertrag verfügen. Ab diesem Zeitpunkt dürfen Pflegeeinrichtungen nur zugelassen sein, wenn sie bezüglich der Beschäftigten im Pflege- und Betreuungsbereich entweder selbst einen Tarifvertrag (oder Haustarifvertrag) abgeschlossen haben oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind. Ist dies nicht der Fall, gelten die diesbezüglichen Zulassungsvoraussetzungen auch dann als erfüllt, wenn die Pflegeeinrichtungen ihren Beschäftigten im Pflege- und Betreuungsbereich mindestens eine Entlohnung in der Höhe eines anwendbaren Tarifvertrags zahlen. Der Tarifvertrag muss räumlich, zeitlich, fachlich und persönlich auf diese Beschäftigungsverhältnisse anwendbar sein. Bei kirchlichen Pflegeeinrichtungen ist hier auch eine Zahlung in Höhe anwendbarer kirchlicher Arbeitsrechtsregelungen als Zulassungsvoraussetzung möglich. Nur soweit im Ausnahmefall kein anwendbarer Tarifvertrag – auch kein bundesweit geltender – oder – im Falle kirchlicher Pflegeeinrichtungen – keine anwendbare kirchliche Arbeitsrechtsregelung für Beschäftigte im Pflege- und Betreuungsbereich vorhanden ist, bleibt es als Auffangtatbestand bei dem Grundsatz, dass eine ortsübliche Entlohnung zu zahlen ist. Eine Unterschreitung der in der jeweils geltenden Verordnung über Mindestentgeltsätze aufgrund des Gesetzes über zwingende Arbeitsbedingungen für grenzüberschreitend entsandte und für regelmäßig im Inland beschäftigte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (Arbeitnehmer-Entsendegesetz) geregelten Mindestentgeltsätze ist unzulässig.

Zu Absatz 3b

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erhält den Auftrag, bis zum 1. Oktober 2021 das Nähere zu den Verfahrens- und Prüfgrundsätzen für die Einhaltung der Zulassungsvoraussetzung nach § 72 Absatz 3a in Richtlinien festzulegen. Dabei ist insbesondere für die bereits zugelassenen Pflegeeinrichtungen eine möglichst praktikable und bürokratiebewusste Prüfung vorzusehen. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt, bzw. wenn sie nicht innerhalb von zwei Monaten beanstandet werden.

Zu Absatz 3c

Die Kommunen vor Ort tragen nach § 8 einen wichtigen Anteil an der gemeinsamen Verantwortung für die pflegerische Versorgung der Bevölkerung. Daher wurden ihnen bereits mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz zielgerichtete Gestaltungs- und Mitwirkungsrechte im Bereich der Pflegeversicherung zur Unterstützung der Planung, Sicherstellung und Weiterentwicklung der örtlichen pflegerischen Angebotsstruktur gegeben (§ 8a und § 45c). Aufgrund ihrer Kenntnisse über die örtlichen Verhältnisse kommt den Landespflegeausschüssen, den sektorübergreifenden oder regionalen Pflegeausschüssen eine besondere Rolle für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zu: Sie können im Austausch mit den Pflegekassen und den Landesverbänden der Pflegekassen durch ihre Analyse, bspw. ob in bestimmten Gebieten etwa eine Unterversorgung zu befürchten ist, gezielt Einfluss auf die Pflegeinfrastruktur nehmen. Näheres wird durch Landesrecht bestimmt. Sofern sich die kommunalen Akteure in den Landespflegeausschüssen oder den regionalen Pflegeaus-

schüssen nach § 8a Absatz 1 bis 3 für gemeinsame Empfehlungen, insbesondere zur Festlegung bestimmter Einzugsgebiete für einen ressourcenschonenden und effizienten Einsatz, ausgesprochen haben, sind diese Empfehlungen in die vertraglichen Vereinbarungen nach dem Siebten und Achten Kapitel einzubeziehen. Zur weiteren Stärkung der Mitgestaltungsmöglichkeiten für die Kommunen vor Ort bei der Ausrichtung der pflegerischen Versorgungsangebote sind diese Ausschüsse, soweit sie nach Landesrecht eingerichtet sind, künftig auch durch die Pflegekassen vor konkreten Abschlüssen von Versorgungsverträgen anzuhören wobei diese Beteiligung nicht zu einer unzulässigen Verzögerung im Verfahren führen darf.

Nach § 12 Absatz 1 sind vor allem die Pflegekassen nicht nur zur Zusammenarbeit mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten verpflichtet, sie sollen auch auf eine Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen hinwirken. Ziel ist dabei, eine wirksame und wohnortnahe Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen zu ermöglichen. Dazu gehört künftig, dass die Pflegekassen dank der vorherigen Anhörung der Gremien nach § 8a, die sachgerechte Einbeziehung einschlägiger Empfehlungen dieser Gremien, sofern sie nach Landesrecht bestimmt sind, beim Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 72 mit Pflegeeinrichtungen beachten. Davon unberührt bleibt weiterhin das für die Zulassung nach § 72 Absatz 2 Satz 1 erforderliche Einvernehmen mit dem überörtlichen Sozialhilfeträger, soweit nicht nach Landesrecht der örtliche Träger der Sozialhilfe für die Pflegeeinrichtung zuständig ist.

Zu Nummer 55

Zu Buchstabe a

Die Zuständigkeit der Träger für Leistungen der Sozialhilfe ist auch mit Einführung des Bundessteilhabegesetzes im Wesentlichen föderal unterschiedlich ausgestaltet. Nach aktueller Rechtslage ist unter anderem die örtliche Zuständigkeit der Träger der Leistungen der Sozialhilfe, der Hilfe zur Pflege oder auch der Eingliederungshilfe bundesgesetzlich geregelt, im Landesrecht können allerdings, wie bisher auch schon, davon abweichende Regelungen zur Zuständigkeit der Träger (örtlich wie sachlich) getroffen werden, insofern erfolgt eine redaktionelle Klarstellung. Hiermit wird inhaltlich weitgehend ein Vorschlag des Bundesrates aus dem Gesetzgebungsverfahren zum Dritten Pflegestärkungsgesetz aufgegriffen (Bundesrats-Drucksache 410/16 (Beschluss) Nummer 20).

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa und Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung des § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 und der neuen Absätze 3a und 3b.

Zu Nummer 56

Zu § 82c (Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen)

Zu Absatz 1

Die bisherigen Regelungen in den §§ 84 und 89, nach der die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen von den Kostenträgern in den Pflegesatz- bzw. Pflegevergütungsverhandlungen mit den Pflegeeinrichtungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden darf, wird aufgrund der Konkretisierung in § 72 Absatz 3a zum 1. Juli 2022 ebenfalls angepasst und einheitlich im Ersten Abschnitt des Achten Kapitels als § 82c insgesamt für das Vergütungsrecht der Pflegeversicherung neu geregelt. Ab dem 1. Juli 2022 darf eine Entlohnung der Beschäftigten dann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, wenn der Tarifvertrag oder die kirchliche Arbeitsrechtsregelung, nach denen entlohnt wird,

eine nach ortsüblichen Maßstäben wirtschaftliche Entlohnungsstruktur vorsieht. Eine Entlohnung bei tarifgebundenen oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen bis zur Höhe der aus dieser Bindung resultierenden Vorgaben ist dabei regelhaft als wirtschaftlich anzusehen, da diese von den beteiligten Tarifpartnern unter Berücksichtigung der für die einbezogenen Beschäftigten geltenden Rahmenbedingungen, auch zum Beispiel der regionalen Lebenshaltungskosten, verhandelt wurden. Die Anerkennung einer darüber hinausgehenden Entlohnung bei den Pflegesatzverhandlungen bleibt möglich, bedarf aber eines sachlichen Grundes wie beispielsweise bei einer Vorvereinbarung auf Grundlage höherer Gehälter.

Zu Absatz 2

Um für die Pflegeeinrichtungen transparent zu machen, welche anwendbaren Tarifverträge nach ortsüblichen Maßstäben eine wirtschaftliche Entlohnungsstruktur haben, legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in Richtlinien Kriterien hierfür fest. Die Kriterien konkretisieren § 70 Absatz 2. Danach sind Vereinbarungen über die Höhe der Vergütungen, die dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität widersprechen, unwirksam. Eine nach ortsüblichen Maßstäben wirtschaftliche Entlohnungsstruktur liegt insbesondere bei Tarifverträgen und kirchenarbeitsrechtlichen Regelungen vor, die eine in ihrer Region übliche Entlohnungsstruktur vorsehen und damit regelmäßig auch die regionalen Lohnbedingungen und Lebenshaltungskosten angemessen widerspiegeln. Dabei gehen regionale Tarifverträge bzw. kirchenarbeitsrechtliche Regelungen bundesweiten Tarifverträgen bzw. kirchenarbeitsrechtlichen Regelungen in der Regel vor. Die Kriterien werden erstmals bis zum 1. Oktober 2021 festgelegt.

Zu Absatz 3

Auf Grundlage der Richtlinien nach Absatz 2 stellen die Landesverbände der Pflegekassen unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Träger der Sozialhilfe für die Pflegeeinrichtungen nach Anhörung der Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Landesebene erstmals bis zum 15. Februar 2022 für das jeweilige Land fest, welche anwendbaren Tarifverträge und kirchenarbeitsrechtlichen Regelungen eine nach ortsüblichen Maßstäben wirtschaftliche Entlohnungsstruktur haben, und stellen diese Informationen in geeigneter Form den Pflegeeinrichtungen kostenfrei zur Verfügung. Die Feststellung ist regelmäßig zu prüfen und zu aktualisieren. Sie dient der Rechtssicherheit für die Pflegeeinrichtungen, ist aber nicht konstitutiv, sondern deklaratorisch. Damit wird sichergestellt, dass die Pflegeeinrichtungen vor Wirksamwerden der neuen Zulassungsregelung zum 1. Juli 2022 rechtzeitig die Arbeitsverträge anpassen und gegebenenfalls zu Neuverhandlungen auffordern können.

Zu Nummer 57

Zu Buchstabe a

Im Hinblick auf die Regelung des § 82c wird Absatz 1 für den stationären Bereich angepasst.

Zu Buchstabe b

Angesichts der Neuausrichtung der dauerhaft einzuhaltenden Zulassungsvoraussetzung in § 72 Absatz 3a, die von den Pflegekassen bei den Pflegeeinrichtungen nach den Richtlinien gemäß § 72 Absatz 3b zu überprüfen ist, wird das bisherige Nachweisverfahren der Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nach § 84 Absatz 7 zur Entbürokratisierung und Entlastung aller Beteiligten aufgehoben. Die derzeitigen Vorweis- und Belegpflichten der Pflegeeinrichtungen für die voraussichtlichen Personalkosten nach § 85 Absatz 3 Satz 5 in den Pflegesatzverhandlungen gegenüber den Kostenträgern bleiben dahingehend unverändert bestehen.

Zu Buchstabe c

Im Hinblick auf die Einführung des Personalbemessungsverfahrens mit dem geänderten § 113c wird nach Ablauf der Übergangsphase des § 113c Absatz 5 die Regelung zur gesonderten Vergütung zusätzlicher Hilfskräfte nach § 84 Absatz 9 aufgehoben, da diese zusätzlichen Stellenanteile Bestandteil der ab 1. Juli 2023 vorgesehenen Personalanhaltswerte nach § 113c Absatz 1 sind.

Zu Nummer 58

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung und Aufhebung des § 84 Absatz 9.

Zu Nummer 59

Entsprechend der Neuregelung des Leistungszuschlages in § 43c zur Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils in der vollstationären Pflege wird im Vergütungsrecht die Vorschrift zur Zahlung des Heimentgeltes ergänzt.

Zu Nummer 60

Zu Absatz 1

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode wurde vereinbart, die Angebote für eine verlässliche Kurzzeitpflege zu stärken, indem eine wirtschaftlich tragfähige Vergütung sichergestellt wird.

Mit § 88a Absatz 1 wird zu dieser Sicherstellung der Pflegeselbstverwaltung ein klarer gesetzlicher Auftrag zur Vereinbarung handlungsleitender Empfehlungen für die Landesrahmenverträge als Richtschnur für künftige Pflegesatzvereinbarungen der Kurzzeitpflege erteilt. Um eine zügige Umsetzung zu erreichen, werden die Partner der Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene verpflichtet, bis **[6 Monate nach Inkrafttreten der Regelung]** in einer gemeinsamen Empfehlung nach dem Verfahren von § 75 Absatz 6 eindeutige Vorgaben zu den Inhalten der Landesrahmenverträge nach § 75 Absatz 1 für Kurzzeitpflege abzugeben. Dabei soll den Besonderheiten von solitärer und eingestreuter Kurzzeitpflege einschließlich der unterschiedlichen Aufnahmearbeitsplätze der Kurzzeitpflegegäste Rechnung getragen werden, die anders sind als in der vollstationären Langzeitpflege. Hier sind insbesondere Regelungen zur Versorgung im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung oder bei einer vorübergehenden schwerwiegenden gesundheitlichen Krise des Pflegebedürftigen zu beachten, aus denen folgend höhere Versorgungsaufwände entstehen, etwa hinsichtlich der medizinischen Behandlungspflege, des Überleitungsmanagements oder je nach Bedarf auch hinsichtlich ärztlich verordneter oder in der Pflegeeinrichtung angebotenen therapeutischen Leistungen. Der Schwerpunkt liegt auf den Rahmenbedingungen, Standards und Vergütungen. Dabei sollen auch bereits vorhandene Verfahren in den Ländern zur Bemessung einer leistungsrechten Vergütung von Kurzzeitpflegeleistungen, beispielsweise aus Beschlüssen von Landespflegesatzkommissionen wie in Bayern bei der sogenannten Kurzzeitpflege „Fix plus X“ oder in Nordrhein-Westfalen bei der Kurzzeitpflege „fix flex“ berücksichtigt werden. Das Erfordernis, spezifische Vorgaben zu unterschiedlichen Leistungstatbeständen der Kurzzeitpflege in den Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 abzubilden, ist zu beachten.

Orientiert an den in § 75 Absatz 2 genannten Regelungsbereichen der Landesrahmenverträge sollen die Empfehlungen ausgehend von den Erfahrungen der Verhandlungspartner und wissenschaftlichen Erkenntnissen insbesondere Aussagen zu folgenden, bei den Vergütungsvereinbarungen von Kurzzeitpflegeleistungen zu berücksichtigenden Kriterien beinhalten:

1. Auslastungsquote

Die Auslastungsquote soll grundsätzlich die maßgeblich zu erwartende Auslastung der Kurzzeitpflegeplätze in der Einrichtung wiedergeben. Deren Passgenauigkeit ist entscheidend für die rechnerische Ermittlung der prospektiven Vergütungen und damit auch für die zukünftige Finanzierung der Aufwendungen der Einrichtungen. Auslastungsquoten sind nach Art der Kurzzeitpflege (eingestreute flexible oder feste Kurzzeitpflege sowie solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen) zu unterscheiden und haben insbesondere Aspekte wie eine saisonal schwankende Nachfrage nach Kurzzeitpflege als Verhinderungspflege und den häufigen Belegungswechsel der Kurzzeitpflegegäste inklusive der kurzen Verweildauer zu berücksichtigen.

2. Personalausstattung

Im Vergleich zur vollstationären Langzeitpflege entstehen in der Kurzzeitpflege abweichende Personalbedarfe in diversen Bereichen, die in den Empfehlungen näher beschrieben werden sollen. Dies betrifft bspw. das Aufnahme- und Entlassungsmanagement, dessen Umfang wiederum von dem Aufnahmearbeit der Kurzzeitpflegegäste abhängt. Weiterhin sind während der vergleichsweise kurzen Aufenthaltsdauer der Kurzzeitpflegegäste diverse Abstimmungsprozesse mit anderen Leistungserbringern wie Ärzten oder Therapeuten sowie den Angehörigen durchzuführen, die personellen Ressourcen binden. Daneben werden entsprechend des Aufnahmearbeites der Kurzzeitpflegegäste unterschiedliche Anforderungen an die Leistungsinhalte der Kurzzeitpflege und damit auch an die quantitative und qualitative Personalausstattung der Einrichtungen gestellt. Kurzzeitpflegegäste in gesundheitlichen Krisensituationen wie auch nach einer Krankenhausbehandlung weisen regelmäßig einen intensiven Unterstützungs- und Behandlungsbedarf mit erheblichem medizinischen, therapeutischen, pflegerischen und rehabilitativen Einsatz auf. Kurzzeitpflegegäste in einer sonstigen Überbrückungssituation benötigen ein der Langzeitpflege ähnliches Pflege- und Behandlungskonzept. Daneben sind die Besonderheiten von solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen insbesondere im Hinblick auf die meist niedrigere Platzzahl und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Personalvorhaltung und den Personaleinsatz zu berücksichtigen.

3. Entgeltermittlung

Bei der Bemessung der Entgelte soll berücksichtigt werden, inwieweit sich die Leistungsinhalte der Kurzzeitpflege in Abhängigkeit des Aufnahmearbeites und der Art der Kurzzeitpflege sowie der Schwere der Pflegebedürftigkeit differenzieren lassen. Entsprechend sollen die Empfehlungen Aussagen dazu treffen, ob Pflegevergütungen differenziert nach Pflegegraden oder pflegegradunabhängig zu ermitteln sind. Darüber hinaus sollen auch weitere vergütungsrelevante Aspekte berücksichtigt werden wie beispielsweise die Vergütung bei Abwesenheit des Pflegebedürftigen.

Die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern sollen ihre Rahmenverträge für die Kurzzeitpflege auf Grundlage der Empfehlungen überprüfen und anpassen. In der Zwischenzeit sind die Empfehlungen für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Inland unmittelbar verbindlich, damit die entsprechenden Details in den Pflegevertragverhandlungen der Kurzzeitpflegeeinrichtungen schnellstmöglich Anwendung finden. Mit dem Verfahren werden für die zugelassenen Leistungserbringer von Kurzzeitpflege und Pflegekassen klare Vorgaben zu den bei den Vergütungsvereinbarungen von Kurzzeitpflegeleistungen zu berücksichtigenden Kriterien vorgegeben, die die Verhandlungspositionen der Vertragspartner stärken.

Mit der Schaffung verlässlicher gesetzlicher Rahmenbedingungen zur Sicherstellung wirtschaftlich tragfähiger Vergütungsvereinbarungen für Kurzzeitpflege wird bezogen auf die Leistungsgerechtigkeit der Kurzzeitpflegevergütung dazu beigetragen, den Bestand der vorhandenen Kurzzeitpflegeplätze nachhaltig zu stärken. Den Einrichtungsträgern wird

ebenfalls Planungssicherheit gegeben, was die Inbetriebnahme weiterer fester Kurzzeitpflegeplätze oder solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen angeht, so dass mittel- und langfristig ein Aufwuchs an Kurzzeitpflegeplätzen gefördert werden soll.

Zu Absatz 2

Kommen die Empfehlungen nach Absatz 1 innerhalb der sechsmonatigen Frist ganz oder teilweise nicht zu Stande, bestellen die Empfehlungspartner nach § 75 Absatz 6 gemeinsam spätestens zum Fristablauf eine unabhängige Schiedsperson. Erfolgt die Verständigung auf eine Schiedsperson bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen 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

Die zeitlich befristete Regelung eines Ausfallgeldes für Kurzzeitpflege bei unterschrittener Auslastung soll den Zeitraum überbrücken, bis die Maßnahmen nach Absatz 1 zur Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung auf dem ordentlichen Weg über Pflegesatzverfahren nach § 85 umgesetzt sind. Den Trägern von vollstationären Pflegeeinrichtungen wird damit ein sofort wirksames Instrument an die Hand gegeben, um sie von den mit der Bereitstellung von festen Kurzzeitpflegeplätzen einhergehenden, besonderen finanziellen Risiken zu entlasten und Hemmnisse bei der Schaffung von Kurzzeitpflegeplätzen und -einrichtungen abzubauen. Weiterhin werden durch die Ausgestaltung in Form eines von der Pflegeversicherung finanzierten Erstattungsverfahrens finanzielle Belastungen der Pflegebedürftigen vermieden.

Der Anspruch auf das Ausfallgeld besteht für vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit festen Kurzzeitpflegeplätzen und für solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die einen Versorgungsvertrag gemäß § 72 sowie eine entsprechende Vergütungsvereinbarung gemäß § 85 (Tagessatz) abgeschlossen haben. Maßgeblich ist die im Versorgungsvertrag nach § 72 vereinbarte Anzahl der dauerhaft, ausschließlich zur Kurzzeitpflege zur Verfügung stehenden Plätze; bei eingestreuter Kurzzeitpflege sind als Obergrenze maximal 5 Prozent der Gesamtplätze erstattungsfähig.

Sofern die Einrichtung im Bereich der Kurzzeitpflege Leerstände zu verzeichnen hat, die nicht von ihrer vertraglich vereinbarten Auslastungsquote abgedeckt werden, bekommt sie diese anteilig über das Ausfallgeld finanziert. Eine Anpassung der Pflegesatzvereinbarung kann nach § 85 Absatz 7 erfolgen.

Doppelfinanzierungen sind auszuschließen. Daher darf keine anderweitige Finanzierung für die gleichen Mindereinnahmen stattfinden oder die Verpflichtung zur Teilnahme an einer landesspezifischen vergütungsrechtlichen Maßnahme im Zusammenhang mit der Umwandlung von eingestreuten in feste Kurzzeitpflegeplätze gegenüber den Pflegekassen erklärt worden sein. Derartige Maßnahmen sind jedoch vorrangig gegenüber dem Förderprogramm nach Absatz 3 in Anspruch zu nehmen.

Die Erstattung erfolgt quartalsweise durch eine Pflegekasse, soweit in dem betreffenden Quartal die der Vergütungsvereinbarung zugrunde gelegte Auslastungsquote von der Pflegeeinrichtung unterschritten wird. Die Erstattung beträgt 75 Prozent des Tagessatzes der Pflegevergütung inklusive Ausbildungsvergütung sowie der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und maximal 100 Euro für jeden nichtbelegten Tag, mit dem die vereinbarte Auslastungsquote unterschritten wird. Die Erstattungsfähigkeit endet zum Zeitpunkt des Abschlusses einer Pflegesatzvereinbarung auf Basis der überarbeiteten Rahmenverträge nach Absatz 1 Satz 4 bzw. der Empfehlungen nach Absatz 1 Satz 1, spätestens jedoch 24 Monate nach Inkrafttreten. Auszahlungen können quartalsweise für den vorangegangenen Vierteljahreszeitraum regelmäßig im Folgemonat des Quartals bei einer Pflegekasse

unter Vorlage geeigneter Nachweise geltend gemacht werden. Die Auszahlung hat innerhalb von 15 Werktagen zu erfolgen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für das Erstattungsverfahren und die erforderlichen Nachweise sowie das Zahlungsverfahren für seine Mitglieder fest. Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Zu Nummer 61

Zu Buchstabe a

Entsprechend zum stationären Bereich wird Absatz 1 im Hinblick auf die Regelung des § 82c angepasst.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Anpassung in § 89 wird klargestellt, dass neben Einzelleistungsvergütungen und Vergütungen auf Basis von Leistungskomplexen zukünftig auch Zeitvergütungen einrichtungsindividuell zu vereinbaren sind. Die Vereinbarungspartner nach § 89 bleiben gleichwohl in der konkreten Ausgestaltung der Vergütungssystematik flexibel. Die Neuregelung nimmt dabei die aktuelle Ausgestaltung der Vergütungsvereinbarungen in den Ländern, die bereits regelmäßig Vergütungen unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes oder nach Komplexeleistungen sowie Vergütungen nach Zeitaufwand nebeneinander vereinbart haben, in Betracht.

Insbesondere Zeitvergütungen eröffnen entsprechend dem 2017 eingeführten Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem damit einhergehenden Person-zentrierten Verständnis pflegerischer Aufgaben die Möglichkeit, Entscheidungsprozesse über professionelle Hilfs- und Unterstützungsleistungen beim pflegebedürftigen Menschen auf der Ebene Pflegebedürftige – Pflegeeinrichtungen zu stärken. Zeitkontingente helfen Spielraum für eine mögliche individuelle Umsetzung zu schaffen und geben gleichzeitig den Pflegebedürftigen ein echtes Wahlrecht bei der Zusammenstellung ihres individuellen Pflegearrangements. Auch künftig können grundsätzlich alle alternativen Vergütungsformen und die sich daraus ergebenden Wahl- und Kombinationsmöglichkeiten für die Pflegebedürftigen, insbesondere bei der Zusammenstellung ihres Pflegearrangements, umgesetzt werden. Zeitvergütung und Vergütung von Leistungskomplexen sind im individuellen Pflegearrangement also auch kombinierbar. Das Nebeneinander der Vergütungsoptionen nach Leistungskomplex und nach Zeitaufwand stärkt insgesamt den Verbraucherschutz der Pflegebedürftigen, in dem für sie durch den Kostenvergleich eine höhere Transparenz bei der Nutzung ihres Sachleistungsanspruches geschaffen wird.

Darüber hinaus trägt die Neuregelung zur Umsetzung des Zieles der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) bei, durch die Nutzung von Zeitvergütungen eine flexible, passgenaue und individuell bedarfsgerechte Versorgung zu erreichen, die häusliche Versorgung zielgerichtet zu stabilisieren und auf den Erhalt von Fähigkeiten oder die Verbesserung der Selbständigkeit hinzuwirken (siehe KAP AG 3, HF 1.2, Nummer 6).

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch das zum 1. Januar 2019 in Kraft getretene Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurde für ambulante Pflegedienste geregelt, dass bei der Vergütungsbemessung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 132a Absatz 4 des Fünften Buches auch die Krankenkassen die Zahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich ablehnen dürfen. Damit wurde, was die Anerkennung tariflicher bzw. kirchenrechtlicher Entlohnung der Mitarbeiter bei der Vergütungsbemessung anbelangt,

Gleichklang mit den Bemessungsgrundsätzen des Elften Buches hergestellt. Die dafür nach § 132a Absatz 1 des Fünften Buches vorgesehenen, bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen für alle Krankenkassen wurden zwischenzeitlich von den Beteiligten verhandelt bzw. durch die Schiedsstelle mit Wirkung ab 1. Januar 2021 festgesetzt.

Durch die gesetzliche Regelung in § 89 sollen die Vergütungsverhandlungen von ambulanten Pflegediensten, die Leistungen nach diesem Buch und dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch erbringen, erleichtert werden, indem die bereits geregelte Verknüpfung mit den Grundsätzen für die Vergütung von längeren Wegezeiten in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 Fünften Buches entsprechend ergänzt wird. Dadurch sollen geeignete Inhalte dieser Rahmenempfehlung, insbesondere was den Beleg der prospektiven personellen Gestehungskosten in der Preisverhandlung nach § 132a Absatz 4 Satz 1 Fünften Buches angeht, grundsätzlich auch im Rahmen der Vergütungsverhandlungen nach § 89 für ambulante Leistungen der häuslichen Pflegehilfe angewendet werden können, sofern die jeweiligen Landesrahmenverträge nach § 75 Absatz 1 keine abweichenden Vorgaben im Detail enthalten. Damit wird sichergestellt, dass die Entlohnung der Mitarbeiter eines ambulanten Pflegedienstes gleichermaßen bei der Vergütungsbemessung für häusliche Krankenpflege wie auch für ambulante Leistungen der häuslichen Pflegehilfe berücksichtigt wird. Dadurch soll das Verhandlungsgeschehen insbesondere in Bezug auf die Darlegung der prospektiven Personalaufwendungen von Bürokratie für die Beteiligten deutlich entlastet werden und Hemmnisse bei der Entlohnung der Mitarbeiter bis zur Wirtschaftlichkeitsgrenze abgebaut werden. Zur Umsetzung ist, das Einverständnis der betreffenden Pflegeeinrichtung vorausgesetzt, eine enge Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und den Pflegekassen zweckdienlich.

Zu Doppelbuchstabe cc

Entsprechend zum stationären Bereich wird für die ambulante Pflege angesichts der Neuausrichtung der dauerhaft einzuhaltenden Zulassungsvoraussetzung in § 72 Absatz 3a, die von den Pflegekassen bei den Pflegeeinrichtungen nach den Richtlinien gemäß § 72 Absatz 3b zu überprüfen ist, das bisherige Nachweisverfahren der Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nach § 84 Absatz 7 zur Entbürokratisierung und Entlastung aller Beteiligten aufgehoben. Auch hier bleiben die derzeitigen Vorweis- und Belegpflichten der Pflegedienste für die voraussichtlichen Personalkosten über den Verweis in § 89 Absatz 3 Satz 4 auf § 85 Absatz 3 Satz 5 in den Pflegevergütungsverhandlungen gegenüber den Kostenträgern dahingehend unverändert bestehen.

Zu Nummer 62

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Neustrukturierung der Regelungen zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§§ 18 ff.).

Zu Nummer 63

Die Überschrift des zweiten Abschnitts wird aufgrund des neuen § 106c inhaltlich angepasst.

Zu Nummer 64

Im Rahmen ihrer Aufgabenwahrnehmung nach dem Elften Buch haben die Medizinischen Dienste in den Bereichen der Begutachtung und der Qualitätsprüfung mit den Pflegekassen oder den Landesverbänden der Pflegekassen zu verschiedenen gesetzlich festgelegten Zwecken einen elektronischen Datenaustausch vorzunehmen. § 106c knüpft an dieses Erfordernis an und ergänzt es dahingehend, dass von den Medizinischen Diensten die Dienste der Telematikinfrastruktur jeweils zu nutzen sind, wenn sowohl der betroffene medizinische Dienst als auch die Pflegekasse oder der Landesverband der Pflegekassen, mit welcher/welchen der Datenaustausch erfolgt, an die Telematikinfrastruktur angeschlossen

sind. Gleiches gilt für die Pflegekasse oder den Landesverband der Pflegekassen, wenn der betroffene Medizinische Dienst an die Telematikinfrastruktur angeschlossen ist. Mit der Regelung des § 106c soll eine weitere Vernetzung von Beteiligten im Rahmen der Telematikinfrastruktur befördert werden.

Zu Nummer 65

Da die früher allein in § 45c enthaltenen Fördertatbestände nunmehr in den §§ 45c, 45d und 45e geregelt sind, wird der Verweis in § 111 Absatz 1 Satz 1 entsprechend angepasst.

Zu Nummer 66

Zu Buchstabe a

In Absatz 1 Satz 2 wird aus Gründen der Rechtsklarheit und Vollständigkeit ergänzt, dass auch für gemeinschaftliche Wohnformen nach § 45h die verbindlichen Anforderungen in den Vereinbarungen nach § 113 sowie die vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale als Bezugspunkte zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit dienen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 113a. Der dort verankerte gesetzliche Auftrag an die Selbstverwaltung zur Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards wird nicht aufrechterhalten, sondern begrenzt auf die befristete Fertigstellung des bereits auf dieser Grundlage entwickelten Expertenstandards "Erhalt und Förderung der Mobilität in der Pflege". Es wird auch die verpflichtende Anordnung des Gesetzgebers zur Anwendung von Expertenstandards nach §113a aufgehoben. Gemäß § 11 Absatz 1 Satz 1 haben die Pflegeeinrichtungen die Pflegebedürftigen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu pflegen, versorgen und zu betreuen. Es ist Aufgabe der Fachwelt, für den jeweiligen Bereich den Stand der medizinisch pflegerischen Erkenntnisse in geeigneten Formen zu definieren. Dieser Stand kann nach wie vor auch in Expertenstandards konkretisiert werden.

Die Änderung stellt klar, dass sich die Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen zur Mitwirkung an Qualitätsprüfungen sowie zur Durchführung eines Qualitätsmanagements und von Maßnahmen zur Qualitätssicherung auch auf von ihnen betriebene gemeinschaftliche Wohnformen nach § 45h erstreckt.

Zu Buchstabe c

Die Ergänzung überträgt dem Medizinische Dienst und dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. die Aufgabe, Pflegeeinrichtungen, die Verträge nach § 45h abgeschlossen haben, auch im Hinblick auf gemeinschaftliche Wohnformen in Fragen der Qualitätssicherung zu beraten.

Zu Nummer 67

Die Neuregelung der Möglichkeit der berufsbegleitenden Qualifikation ist in Zusammenhang mit der Neuregelung in § 113 zu sehen, die die Qualifikationsvoraussetzungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Betreuungsleistungen in ambulanten Betreuungsdiensten und ambulanten Pflegediensten erbringen, gleichsetzt. Insoweit in den Richtlinien gemäß § 112a die erforderlichen Qualifikationen bestimmt werden, wird mit dem neuen Satz 2 für Mitarbeitende mit Betreuungsaufgaben die Möglichkeit geschaffen, diese Qualifikationen berufsbegleitend zu erwerben, um die Gewinnung von Mitarbeitenden für beide Dienste zu erleichtern.

Zu Nummer 68

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

In Satz 1 wird aus Gründen der Rechtsklarheit und Vollständigkeit nunmehr ergänzt, dass die Vereinbarungspartner auch für die Versorgungsbereiche der Kurzzeitpflege sowie der gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu erarbeiten haben. Bei den Regelungen zur Kurzzeitpflege ist der mit diesem Gesetz neu eingefügte § 88a „Wirtschaftlich tragfähige Vergütung für Kurzzeitpflege“ zu beachten, wonach der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene gemeinsam mit den weiteren Beteiligten nach dem Verfahren von § 75 Absatz 6 Empfehlungen zum Inhalt der Verträge nach § 75 Absatz 1 insbesondere für die verschiedenen Formen der Kurzzeitpflege abgeben. In den Maßstäben und Grundsätzen für die Kurzzeitpflege sind spezifische Vorgaben zu unterschiedlichen Leistungstatbeständen der Kurzzeitpflege abzubilden, insoweit solche in den Empfehlungen vorgesehen werden. Hier sind insbesondere Regelungen zur Versorgung im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung oder bei einer vorübergehenden schwerwiegenden gesundheitlichen Krise des Pflegebedürftigen zu beachten, aus denen folgend höhere Versorgungsaufwände entstehen, etwa hinsichtlich der medizinischen Behandlungspflege, des Überleitungsmanagements oder hinsichtlich je nach Bedarf auch ärztlich verordneten oder in der Pflegeeinrichtung angebotenen therapeutischen Leistungen.

Darüber hinaus wird nunmehr in § 113 Absatz 1 Satz 1 verankert, dass zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement zwingend auch Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen gehören. Die Erfahrungen mit der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten pandemischen Lage haben gezeigt, wie wichtig es ist, dass beim Betrieb einer Pflegeeinrichtung regelhaft rechtzeitig Vorbereitungen für mögliche Krisensituationen getroffen werden, damit auch unter veränderten Rahmenbedingungen die bestmögliche Versorgung und soziale Teilhabe der Pflegebedürftigen erfolgen kann. Diese Maßnahmen müssen anpassungsfähig sein, damit ihre Anwendbarkeit auf verschiedene Krisensituationen (z.B. pandemische Notlagen, Naturkatastrophen, Großschadensereignisse) gewährleistet ist und jederzeit auf die Dynamik einer Krise reagiert werden kann.

Notwendige Bestandteile des Konzeptes sind die Darstellung einer nachhaltigen Strategie zur Vermeidung von Engpässen in von den Vereinbarungspartnern näher zu definierenden Bereichen (bspw. entsprechende Vorratshaltung von Schutzausrüstungen), die Priorisierung von Aufgaben während einer Krise, die Festlegung von Steuerungskompetenzen, die Beschreibung des Umgangs mit personellen und sachlichen Ressourcen unter Extrembedingungen, die Vorbereitung von Mechanismen zur Abstimmung und Zusammenarbeit insbesondere mit weiteren Akteuren im Gesundheitswesen, betroffenen Behörden und Organisationen sowie die Vorbereitung von Strategien zur Gestaltung der Kommunikation mit allen für die Versorgung und Teilhabe wesentlichen Zielgruppen (zum Beispiel Angehörige, gesetzliche Vertreter, Nachbarn).

Die Konzepte sind mit weiteren regional zuständigen Stellen, wie z. B. Gesundheitsämtern und Heimaufsichten abzustimmen. Das Qualitätsmanagement muss auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet sein, das heißt auch, dass die Konzepte für Maßnahmen in Krisensituationen regelmäßig auf ihre Belastbarkeit zu überprüfen und weiter zu entwickeln sind.

Zu Doppelbuchstabe bb

Der neue Satz 4 schafft eine einheitliche Regelung für Qualifikationsanforderungen bei der Erbringung von Betreuungsmaßnahmen. Qualifikationsanforderungen für Mitarbeitende in

Betreuungsdiensten, die Betreuungsleistungen erbringen (die Richtlinien nach § 112a verweisen diesbezüglich auf die Richtlinien nach § 53b), sind derzeit höher als die Qualifikationsanforderungen für Mitarbeitende in ambulanten Pflegediensten, die Betreuungsleistungen erbringen. Es ist fachlich geboten, die Voraussetzungen für alle Erbringer von ambulanten Betreuungsleistungen gleichzusetzen. Deshalb werden nunmehr die Anforderungen für Mitarbeitende mit Betreuungsaufgaben in beiden Diensten angeglichen: Auch die Mitarbeitenden von ambulanten Pflegediensten, die Betreuungsmaßnahmen erbringen (Betreuungskräfte) müssen eine Qualifikation entsprechend den Richtlinien nach § 112a in Verbindung mit den Richtlinien nach § 53b erbringen. Gleichzeitig wird in beiden Fällen durch eine Ergänzung in § 112a die Möglichkeit geschaffen, die nach den Richtlinien gemäß § 112a erforderlichen Qualifikationen berufsbegleitend zu erwerben, um die Mitarbeitergewinnung in beiden Diensten zu erleichtern.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Vereinbarungspartner werden verpflichtet, Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität für die gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h bis zum 31. August 2022 zu vereinbaren.

Zu Doppelbuchstabe dd

Folgeänderung der Doppelbuchstaben aa und Doppelbuchstaben cc.

Zu Doppelbuchstabe ee

Die Ergänzung stellt sicher, dass etwaige zeitliche Einsparungen durch neue Pflegedokumentationsmodelle auch für gemeinschaftliche Wohnformen nach § 45h nicht zu einer Absenkung der Pflegevergütung führen.

Zu Buchstabe b

Die Regelung ist durch Zeitablauf obsolet.

Zu Nummer 69

Zu Buchstabe a und Buchstabe b

Die Regelungen aus dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 zur Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards in § 113a haben sich in der Praxis nicht bewährt. Im Auftrag der Pflege-Selbstverwaltung wurde als einziger der Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ entwickelt und im Jahr 2014 vorgelegt. Die modellhafte Implementierung dieses Expertenstandards einschließlich einer Wirksamkeitsprüfung erfolgte von Februar 2015 bis August 2016. Die Entscheidung über die verpflichtende Einführung des Standards soll gemäß der Planung des Qualitätsausschusses Pflege nach der Durchführung einer Aktualisierung und einer Wirkungsanalyse zur Mitte des Jahres 2022 erfolgen. Die Entscheidungsprozesse zur Entwicklung und Einführung des Standards zeigen, dass das Verfahren zu schwerfällig ist und nicht das vom Gesetzgeber erwartete Ergebnis erbracht wurde. Der gesetzliche Auftrag an die Selbstverwaltung wird deshalb in dieser Form nicht aufrechterhalten, sondern begrenzt auf die Fertigstellung des bereits einmal aktualisierten Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“. Diese Aufgabe ist bis zum 30. Juni 2023 befristet.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa und Doppelbuchstabe bb

Die gesetzliche Anordnung, dass die nach § 113a entwickelten Expertenstandards für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich sind, wird gestrichen. Auch für den einzigen nach der bisherigen Vorschrift entwickelten und noch fertigzustellenden Expertenstandard ist die Anordnung der Verbindlichkeit nicht sachgerecht.

Da der Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“ zum Zeitpunkt seiner Fertigstellung den Status quo der pflegefachlichen Erkenntnisse abbildet, ist eine Veröffentlichung im Internet sinnvoll. Er soll den Einrichtungen und der interessierten Öffentlichkeit unentgeltlich zur Verfügung stehen und als relevante Grundlage für die pflegerische Versorgung im Bereich der Mobilitätsförderung dienen. Die Vertragsparteien haben daher seine Einführung in die Praxis zu unterstützen. Die gesetzliche Anordnung einer Aktualisierung im Auftrag der Vertragsparteien ist jedoch nicht mehr angezeigt.

Die Pflegeeinrichtungen sind gemäß § 11 Absatz 1 Satz 1 verpflichtet, nach dem anerkannten Stand der medizinisch- pflegerischen Erkenntnisse zu pflegen. Hierfür bilden pflegewissenschaftliche Erkenntnisse, deren praktische Erprobung sowie deren Bündelung und Aufbereitung zur Umsetzung durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen eine wesentliche Grundlage. Daher gilt auch weiterhin, dass Expertenstandards zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse einen wichtigen Beitrag leisten können. Expertenstandards in der Pflege als aktueller Stand des Wissens bilden nicht nur für die tägliche Arbeit in den Einrichtungen und das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement, sondern auch für die Qualitätsprüfungen, die in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien gemäß § 114a Absatz 7 (QPR) niedergelegt sind, einen wesentlichen Bezugspunkt.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen unter Buchstaben a und b.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um Folgeänderungen zu den Änderungen unter Buchstaben a und b.

Zu Nummer 70

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa und Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen unter Doppelbuchstabe cc.

Zu Doppelbuchstabe cc

Qualitätsindikatoren können einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung und Weiterentwicklung der Pflegequalität leisten. Zum 1. Oktober 2019 wurde ein neues Qualitätssystem in der vollstationären Pflege eingeführt, das auch die regelmäßige Erhebung und Übermittlung von indikatoren gestützten Daten zur Versorgungsqualität durch die Pflegeheime umfasst. Die konzeptionelle Grundlage für diese Form der Messung und Bewertung von Versorgungsqualität wurde mit dem wissenschaftlichen Abschlussbericht des Auftrags zur Entwicklung der Instrumente und Verfahren gemäß der Nummern 1 und 2 geschaffen. Der wissenschaftliche Abschlussbericht zur Entwicklung der Instrumente und Verfahren gemäß Nummer 3 hat den Einsatz von Qualitätsindikatoren hingegen nicht empfohlen, weil in der

ambulanten Pflege die Grundlage einer vergleichenden Nutzung nicht gegeben sei. Fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige sollen nun bis zum 30. Juni 2023 prüfen, ob in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität anwendbar ist. Dabei sollen die Ergebnisse der oben genannten wissenschaftlichen Abschlussberichte Berücksichtigung finden. Sofern das Ergebnis der Prüfung positiv ist, sollen durch die fachlich unabhängigen wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständigen auch konkrete Vorschläge zur Umsetzung erarbeitet werden.

Zu Buchstabe b

Der neue Absatz 4a überträgt den Vertragsparteien die Verantwortung für die medizinisch-pflegefachliche und technische Weiterentwicklung der Verfahren zur Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung im stationären und ambulanten Bereich. Die Sicherstellung der stetigen Anpassung der Qualitätssysteme an neue Erkenntnisse ist eine Daueraufgabe. Wichtig ist, dass die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen in die Bewertung, ob und welche Nachjustierungen erforderlich sind, einfließen. Deshalb wird explizit geregelt, dass die Vertragsparteien insbesondere die Evaluationsergebnisse nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 5, die die Umsetzung der entwickelten Verfahren betreffen und die Berichte des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 114c Absatz 3 an das Bundesministerium für Gesundheit zu berücksichtigen haben. Letztere betreffen die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten, der Qualitätsdarstellung und den Qualitätsprüfungen. Der zweite Bericht soll insbesondere eine wissenschaftlich fundierte Evaluation der in den Qualitätsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a festgelegten Bewertungssystematik enthalten.

Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit haben die Vertragsparteien erforderlichenfalls fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige zu beauftragen. Die Sätze 2 bis 5 des Absatzes 5 gelten analog und regeln Vorgaben für die Aufträge. Die Vertragsparteien legen dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen einen konkreten Zeitplan für die Bearbeitung ihrer Aufgaben vor, aus dem die einzelnen Umsetzungsschritte erkennbar sind. Wie bei den Aufträgen nach Absatz 4 wird ein Genehmigungsvorbehalt, eine Informationspflicht und das Ersatzvornahmerecht angeordnet (analoge Anwendung des Absatzes 8 Sätze 3 bis 5).

Zu Buchstabe c

Es ist sachgerecht, die Aufträge, die der Sicherstellung der Anpassung der Qualitätssysteme an neue Erkenntnisse dienen, wie die Entwicklungsaufträge nach Absatz 4 aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zu finanzieren.

Zu Buchstabe d

Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass die Entscheidungen des Qualitätsausschusses nach Absatz 1 und die Beanstandungen, Auflagen und Festsetzungen des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 9 vor den Sozialgerichten anfechtbar sind. Aus Gründen der Prozessökonomie und im Interesse der Rechtssicherheit entfällt ein Vorverfahren. Gleichzeitig wird angeordnet, dass die Klage keine aufschiebende Wirkung hat. Das bedeutet, dass die angefochtene Entscheidung vollzogen werden kann, bevor über das Rechtsmittel abschließend entschieden ist.

Zu Nummer 71

Zu § 113c (Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen)

Zu Absatz 1

Das wissenschaftlich fundierte Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben wird für vollstationäre Pflegeeinrichtungen verbindlich eingeführt. Grundlage sind die Ergebnisse des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c (PeBeM)“. Im Abschlussbericht wird ein Personalbemessungsverfahren vorgeschlagen, dass sich an der Bewohnerstruktur einer Pflegeeinrichtung nach Pflegegraden orientiert. Dabei werden die pflegerischen Aufgaben nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff kompetenz- und qualifikationsorientiert dem Pflege- und Betreuungspersonal zugeordnet. Als Konsequenz wird insbesondere mehr Pflegehilfskraftpersonal mit einer landesrechtlich geregelten Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen benötigt.

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG) wurde in einem ersten Umsetzungsschritt bereits zum 1. Januar 2021 die Möglichkeit geschaffen, einen personellen Mehrbedarf in Höhe von rund 20 Prozent gegenüber den bereinigten, bundesdurchschnittlichen Ist-Stellenschlüsseln aus dem oben genannten Abschlussbericht (siehe dort Seite 367) als gesonderter Vergütungszuschlag zu vereinbaren (§ 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11). Diese zusätzlichen Stellen schreiben die unterschiedliche personelle Ausstattung in den Ländern zunächst fort.

Perspektivisch führt das mit dem vorgenannten Abschlussbericht vorliegende Personalbemessungsverfahren jedoch zu bundeseinheitlichen Stellenschlüsseln. In einem zweiten Umsetzungsschritt werden daher nunmehr solche bundeseinheitlichen Stellenschlüssel als Personalanhaltswerte durch das Gesetz vorgegeben. Sie berücksichtigen den personellen Mehrbedarf nach dem Abschlussbericht des PeBeM-Projekt in Höhe von rund 40 Prozent gegenüber den bereinigten, bundesdurchschnittlichen Ist-Stellenschlüsseln. Die bislang über gesonderte Vergütungszuschläge finanzierten Stellenanteile nach § 8 Absatz 6 (Pflegefachkraftstellenprogramm) und nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 (Pflegehilfskraftstellenprogramm) werden Bestandteil dieser zukünftigen Personalanhaltswerte.

Zu Absatz 2

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen können ab dem 1. Juli 2023 in den Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 Stellenschlüssel für das Pflege- und Betreuungspersonal vereinbaren, die sich nach den Personalanhaltswerten nach Absatz 1 ausrichten und mindestens den in den Landesrahmenverträgen geltenden Vorgaben zur Personalausstattung für das Pflege- und Betreuungspersonal entsprechen. Damit wird das Ziel verfolgt, dass sich die von den Einrichtungen vereinbarten Stellenschlüssel innerhalb eines Korridors in Richtung des bundeseinheitlichen Stellenschlüssels schrittweise angleichen können (Konvergenzphase).

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen können auch weiterhin höhere Stellenschlüssel als in Absatz 1 vorgesehen vereinbaren, wenn die bestehende Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 bereits eine höhere Personalausstattung vorsieht und diese von der Pflegeeinrichtung auch vorgehalten wird. Wenn die Landesrahmenverträge bereits eine höhere personelle Ausstattung mit Fachkräften vorsehen als die Personalanhaltswerte in Absatz 1 Nummer 3, gelten die Vorgaben in den Landesrahmenverträgen als Höchstgrenze. Dadurch soll insbesondere einem Abbau von vorhandenem Fachkraftpersonal entgegengewirkt werden. Ebenso ist eine Überschreitung der Personalanhaltswerte in Absatz 1 möglich, wenn die Pflegeeinrichtung sachliche Gründe hierfür darlegen kann.

Sachliche Gründe können u.a. besondere Einrichtungskonzepte oder Versorgungsschwerpunkte zum Beispiel bei der Versorgung von demenziell Erkrankten sein.

Sofern Pflegeeinrichtungen eine personelle Ausstattung im Bereich Pflege und Betreuung vereinbaren, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung nach Absatz 4 Nummer 1 des angepassten Landesrahmenvertrages hinausgeht, sollen sie zusätzlich Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung, die im Modellprogramm nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt werden, durchführen. Darüber hinaus gelten für die Stellenanteile, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung nach Absatz 4 Nummer 1 hinausgehen, die Sonderregelungen für die Finanzierung von berufsbegleitenden Ausbildungen nach § 8 Absatz 6 und nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 fort.

Zu Absatz 3

Zur Konkretisierung der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens soll von der Selbstverwaltung eine Bundesempfehlung erarbeitet werden, die der landesspezifischen Anpassung und Ergänzung der Landesrahmenverträge nach § 75 dienen soll und diese vorbereitet. Dies betrifft die in Absatz 4 genannten Inhalte. Die Bundesempfehlung soll bis zum 30. Juni 2022 vereinbart werden. Ein Konfliktlösungsmechanismus stellt sicher, dass die Empfehlung rechtzeitig zustande kommt.

Zu Absatz 4

Auf der Ebene der Landesrahmenverträge sind von den Vereinbarungspartnern Konkretisierungen zur Anwendung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 zu treffen. Dies betrifft folgende Inhalte:

Zu Nummer 1

Die in den Landesrahmenverträgen bisher geltenden Stellenschlüssel im Bereich Pflege und Betreuung sollen im Hinblick auf die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 geprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Sie sollen fortan zentral eine personelle Ausstattung definieren, die von einer vollstationären Pflegeeinrichtung mindestens zu vereinbaren ist, um eine bestimmte Anzahl an Pflegebedürftigen zu versorgen. Landesspezifische Besonderheiten können damit auch weiterhin abgebildet werden. Dabei sind auch die Pflegesituation in der Nacht (zum Beispiel zur Vermeidung von Alleinarbeit) sowie Besonderheiten in Bezug auf Einrichtungsgrößen (zum Beispiel bezüglich einer Mindestausstattung mit Pflegefachkräften) und Einrichtungskonzeption (zum Beispiel bei Einrichtungen, die einen besonderen Schwerpunkt in der Versorgung und Betreuung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen haben) einzubeziehen.

In der auf Basis eines Beschlusses der Konzertierte Aktion Pflege erarbeiteten „Roadmap zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege und zur schrittweisen Einführung eines Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen“ wird die Erwartung an die Länder formuliert, die landesheimrechtlichen Vorgaben so zu flexibilisieren, dass sie der geplanten, schrittweisen Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens nicht entgegenstehen. Die vorgesehene personelle Ausstattung nach den Landesrahmenverträgen, die mindestens von den vollstationären Pflegeeinrichtungen zu vereinbaren ist, soll dies unterstützen. Sie soll den bisher im Landesheimrecht vorgesehenen, mindestens zu vereinbarenden Fachkraftanteil beim Pflege- und Betreuungspersonal – allerdings nur bezogen auf die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung – in den Landesrahmenverträgen abbilden. Damit soll sichergestellt werden, dass Einrichtungen von den geltenden landesheimrechtlichen Vorgaben bezüglich des Anteils an Fachkräften nur abweichen können, indem sie zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal vereinbaren, aber nicht, indem sie Fachkräfte abbauen.

Zu Nummer 2

Die Landesrahmenverträge können Regelungen für besondere Personalbedarfe beispielsweise für die Pflegedienstleitung, Qualitätsbeauftragte und die Praxisanleitung vorsehen.

Zu Nummer 3

Die Qualifikationsanforderungen von Fachkräften sowie Hilfskräften sind in den Landesrahmenverträgen zu regeln. Der Abschlussbericht des PeBeM-Projekts hat hier bereits Vorschläge für die Qualifikationsniveaus (QN) 1 und 2 (Absatz 1 Nummer 1), QN 3 (Absatz 1 Nummer 2) und QN 4 (Absatz 1 Nummer 3) unterbreitet. Insbesondere im Fachkraftbereich könnte jedoch von den Vorschlägen des Abschlussberichts abgewichen werden, die das Qualifikationsniveau (QN) 4 ausschließlich Pflegefachkräften zuordnet. Aktuell arbeiten in den Einrichtungen eine Vielzahl an Professionen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich; diese werden bereits entsprechend den verschiedenen landesheimrechtlichen Regelungen auf die Fachkraftquote angerechnet. Die Vorbehaltsaufgaben nach § 4 Pflegeberufegesetz (PflBG) sind bei der Zuordnung der Qualifikationen zu berücksichtigen.

Zu Nummer 4

In den Landesrahmenverträgen kann eine weitere Differenzierung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 Nummer 1 vorgesehen werden. Die Personalanhaltswerte für Hilfspersonal der QN 1 und QN 2 nach dem Abschlussbericht des PeBeM-Projektes sind in Absatz 1 Nummer 1 bisher zusammenfasst.

Enthalten die Landesrahmenverträge ab dem 1. Juli 2023 keine eigenen Regelungen zu den in Nummer 1 bis 4 genannten Inhalten, gilt die Bundesempfehlung mit ihren entsprechend konkreten Inhalten in der Zwischenzeit für die Beteiligten im Land unmittelbar verbindlich.

Zu Absatz 5

Da die bislang über gesonderte Vergütungszuschläge finanzierten Stellenanteile für Fach- bzw. Hilfspersonal nach § 8 Absatz 6 und nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 Bestandteil der ab 1. Juli 2023 vorgesehenen Personalanhaltswerte nach Absatz 1 sind und somit von vollstationären Pflegeeinrichtungen in ihren künftigen Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 zu vereinbaren sind, ist es ab diesem Zeitpunkt nicht mehr möglich, neue Anträge auf gesonderte Finanzierung von diesen zusätzlichen Stellenanteilen einzureichen. Vor dem 1. Juli 2023 beschiedene oder vereinbarte Vergütungszuschläge werden in dem ersten nach dem 1. Juli 2023 stattfindenden Pflegesatzverfahren nach § 85 in die Pflegesätze nach § 84 Absatz 1 und die Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Absatz 5 übertragen. Hierfür ist eine Übergangsfrist von zweieinhalb Jahren bis zum 31. Dezember 2025 vorgesehen.

Zu Absatz 6

Bei der Einführung des Personalbemessungsverfahrens ist zu bedenken, dass die aktuelle Arbeitsmarktsituation in der Pflege den daraus entstehenden zusätzlichen Bedarf an Pflegefach- und Pflegehilfskräften nicht sofort decken kann. Wie in der „Roadmap zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege und zur schrittweisen Einführung eines Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen“ dargelegt soll das Personalbemessungsverfahren daher schrittweise eingeführt werden. Die Vereinbarungen der Konzierten Aktion Pflege müssen gleichzeitig konsequent weiter umgesetzt werden, damit beruflich Pflegenden gewonnen, gehalten und entlastet werden können. Es müssen Maßnahmen eingeleitet werden, um zusätzliches Personal zu gewinnen oder zu qualifizieren. Darüber hinaus wird das Personalbemessungsverfahren in Modellprojekten, die nach § 8 Absatz 3b finanziert werden, vom Algorithmus 1.0 zum Algorithmus 2.0 unter Berücksichtigung von Effizienzreserven weiterentwickelt. Das Bundesministerium für Gesundheit

prüft zum 1. Januar 2025, ob eine Erhöhung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 im Bereich Pflege und Betreuung möglich und notwendig ist. Um eine Konvergenz der personellen Ausstattung in den vollstationären Pflegeeinrichtungen zu erreichen, sollte der Korridor, in welchem sich die vereinbarten Personalanhaltswerte der vollstationären Pflegeeinrichtungen bewegen können, künftig nicht vergrößert werden. Daher ist auch zu prüfen, ob die personelle Ausstattung, die von den vollstationären Pflegeeinrichtungen mindestens zu vereinbaren ist, erhöht werden kann, ohne dass dabei die pflegerische Versorgung gefährdet wird. Die Bundesregierung berichtet den gesetzgebenden Körperschaften über das Ergebnis der Prüfung und kann im Anschluss eine Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates erlassen.

Zu Nummer 72

Zu Buchstabe a

Aus Gründen der Rechtsklarheit und der Vollständigkeit wird ergänzt, dass Pflegeeinrichtungen die ordnungsgemäße Durchführung von Qualitätsprüfungen auch in gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h ermöglichen müssen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Ab dem 1. April 2023 erstrecken sich die regelmäßigen Qualitätsprüfungen auch auf die gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h.

Zu Doppelbuchstabe bb

Aus Gründen der Effizienz und der Vermeidung unnötiger Prüfungen sollen gemeinschaftliche Wohnformen, die sich in einem Gebäude oder in unmittelbarer Nähe zueinander befinden und von derselben Pflegeeinrichtung betrieben werden, wie eine gemeinschaftliche Wohnform geprüft werden. Dieses Vorgehen entspricht in vielen Fällen auch der Versorgungsrealität in diesen Wohnformen.

Zu Nummer 73

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 114.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 114.

Zu Buchstabe c

Die Zeitangabe ist überholt. Die Ergänzung ist eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 114.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Aus Gründen der Rechtsklarheit und der Vollständigkeit wird ergänzt, dass Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 auch für die gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h zu beschließen sind.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Qualitätsprüfungsrichtlinien für die gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h sollen bis zum 31. Oktober 2022 beschlossen werden. Auf diesem Weg wird sichergestellt, dass die Verpflichtung zur Durchführung von Qualitätsprüfungen ab dem Jahr 2023 gemäß § 114 Absatz 2 Satz 1 auch umgesetzt werden kann.

Zu Nummer 74

Die Regelung des § 115 zielt auf eine größtmögliche Transparenz der Qualität pflegerischer Leistungen. Für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen ist es – insbesondere im Hinblick auf ihre Entscheidung für ein pflegerisches Versorgungsangebot – von großer Bedeutung, über verlässliche Informationen zur Qualität der gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h zu verfügen. Die Informationen müssen ebenfalls für jedermann barrierefrei und ohne großen Aufwand kostenfrei zugänglich sein.

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in § 114 Absatz 2 Satz 13.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa und Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um Folgeänderungen zu den Änderungen in § 114.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen für die gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h sollen bis zum 31. Dezember 2022 beschlossen werden. So wird sichergestellt, dass die ab dem Jahr 2023 durchzuführenden Qualitätsprüfungen in gemeinschaftlichen Wohnformen auch zur Information von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen über die Qualität der Leistungen genutzt werden können.

Zu Buchstabe c

Entsprechend der Neuregelung des § 82c wird der Verweis in § 115 Absatz 3a angepasst.

Zu Nummer 75

Zu Buchstabe a

Aus Gründen der Rechtsklarheit und der Vollständigkeit wird ergänzt, dass sich die Zusammenarbeit der Landesverbände der Pflegekassen sowie der Prüfinstitutionen mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden nach Absatz 1 auch auf die gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h erstreckt. Die Zusammenarbeit ist in der Praxis nur möglich, wenn die heimrechtlichen Vorschriften des jeweiligen Bundeslandes auch für die gemeinschaftlichen Wohnformen nach § 45h gelten.

Zu Buchstabe b und Buchstabe c

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Änderung in § 117 Absatz 1 Satz 1.

Zu Nummer 76

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung der Regelungen zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§§ 18 ff.).

Zu Nummer 77

Die Verpflichtung der Vertragsparteien nach § 89, neben vom Zeitaufwand unabhängigen Vergütungen generell auch vom Zeitaufwand abhängige Vergütungen zu vereinbaren, dient der Stärkung der Wahlmöglichkeiten Pflegebedürftiger (siehe Änderung des § 89) und ermöglicht es Pflegebedürftigen, bei der Wahl von Vergütungen nach Zeitaufwand frei zu entscheiden, welche Leistungen der Pflege- oder Betreuungsdienst in dieser Zeit erbringt. Zum Schutz des einzelnen Pflegebedürftigen werden Pflegedienste ergänzend verpflichtet, generell Hilfeleistungen sowohl auf Basis von Zeitvergütungen als auch entsprechend dem vereinbarten vom Zeitaufwand unabhängigen Vergütungssystem anzubieten.

Nach § 120 sind Pflegebedürftige nach geltender Rechtslage vom Pflege- oder Betreuungsdienst vor Vertragsschluss und zeitnah nach jeder wesentlichen Veränderung durch einen Kostenvoranschlag über die voraussichtlichen Kosten ihrer konkret beabsichtigten Leistungsanspruchnahme zu informieren. Dadurch bleibt, ausgehend von der nach § 89 vereinbarten Vergütungsform des Pflege- oder Betreuungsdienstes wie beispielsweise der Zeitvergütung, die Gestaltungsmöglichkeit mit der damit verbundenen Kostenfolge für die Pflegebedürftigen im Rahmen ihres jeweiligen Pflegearrangements transparent und nachvollziehbar. Klargestellt wird darüber hinaus, dass ausschließlich der einzelne Pflegebedürftige entscheidet, bei welchen Hilfeleistungen welche Form der zur Auswahl stehenden Vergütungen gewählt wird. Selbstverständlich kann die Form der Vergütungen individuell auch so zusammengestellt werden, dass zwischen den vereinbarten Vergütungssystemen gewechselt wird. Die Pflegebedürftigen sind im Übrigen nicht auf Dauer an diese Entscheidung gebunden, sondern können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft die Zusammenstellung ihres Pflegearrangements ihren individuellen Bedürfnissen anpassen.

Zu Nummer 78

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 oder räumlichen Distanz durch beruflich Pflegenden mit

- pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen,
- anderen beruflich Pflegenden und,
- weiteren professionellen Akteuren (zum Beispiel Ärztinnen und Ärzten, Ergo-, Logo- oder Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Apothekerinnen und Apothekern etc.)

Der Schwerpunkt sollte insbesondere auf Leistungen liegen, die unter überwiegender Verantwortung beruflich Pflegenden gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit anderen professionellen Akteuren erbracht werden. Telepflege unterscheidet sich von den digitalen Pflegeanwendungen und der ergänzenden Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen dahingehend, dass bei den digitalen Pflegeanwendungen und den Unterstützungsleistungen die Software-Leistung im Vordergrund steht. Im Einzelfall können Überschneidungen zur Telepflege können nicht ausgeschlossen werden.

Telepflegerische Ansätze verfügen über ein großes Potential, Pflegepersonal vor allem im ambulanten Bereich zu entlasten und Pflegebedürftige sowie ihre Angehörigen zu unterstützen. Im Rahmen des Modellvorhabens sollen deshalb wissenschaftlich gestützt die Potentiale der Telepflege in der pflegerischen Versorgung in der häuslichen Krankenpflege und in der Langzeitpflege vorrangig in und mit ambulanten Pflegediensten erforscht, erprobt und entwickelt werden. Die zu untersuchenden, zu erprobenden oder zu entwickelnden Ansätze der Telepflege sollen das Pflegepersonal und die Pflegebedürftigen vorrangig bei der körperbezogenen Selbstversorgung (Waschen, Nahrungsaufnahme, Toilettengang, Fort-

bewegung, Mobilisation), beim Umgang mit psychischen und anderen Verhaltensauffälligkeiten sowie bei der Teilnahme an sozialen Aktivitäten unterstützen. Bestandteil des Modellprogramms ist auch die Schaffung notwendiger Grundlagen für bundesweite Vereinbarungen und Standards zum Einsatz von Telepflege. Im Rahmen dieses Modellprogramms sind insbesondere Konzepte einzubeziehen, die gemeinsam von wissenschaftlichen Institutionen, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und eventuell weiteren Beteiligten für eine Erprobung eingereicht werden. Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sollen bei der Erprobung dann bevorzugt berücksichtigt werden, wenn sie bereits über langjährige positive digitalgestützte Erfahrungen verfügen. Das Modellprogramm ist im Zeitraum von 2022 bis 2024 vorgesehen. Im Benehmen mit den Verbänden der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft sowie mit der Gesellschaft für Telematik bestimmt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung des Modellprogramms; dabei sind auch regionale Modellvorhaben einzelner Länder zu berücksichtigen. Die Gesellschaft für Telematik soll insbesondere mit Blick auf mögliche, aber nicht notwendige Schnittstellen zur Telematikinfrastruktur beteiligt werden. Die Maßnahmen sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen. Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen.

Zu Nummer 79

Das vierzehnte Kapitel, dessen bisheriger Titel: „Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge“ ist, wird künftig wie folgt gefasst: „Vierzehntes Kapitel Pflegevorsorge“, um auch die Erweiterung der Pflegevorsorge auf eine betriebliche Vorsorgemöglichkeit (nach neu § 130a) zu erfassen.

Zu Nummer 80

Diese Benennung dient der Strukturierung des folgenden Abschnitts.

Zu Nummer 81

Zu Buchstabe a

Zur Stärkung der ergänzenden privaten Pflegevorsorge wird die Zulage gestaffelt von 5 Euro über 7,50 Euro auf bis zu 10 Euro monatlich erhöht. Dabei muss der von den Versicherten aufzubringende Prämienanteil wie schon bei der bisherigen Regelung mindestens doppelt so hoch sein wie die Zulage.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Förderfähig werden neben den bisherigen Pflegetagegeldversicherungen Versicherungen zur Abdeckung des von den Pflegebedürftigen zu zahlenden Eigenanteils am Pflegesatz sowie Kombinationen aus beiden Versicherungen. Die übrigen Voraussetzungen für die förderfähigen Tarife bleiben unverändert.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Neustrukturierung der Regelungen zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§§ 18 ff.).

Zu Nummer 82

Um die Eigeninitiative der Bürger im Hinblick auf die Absicherung von Pflegekosten weiter zu fördern und den Arbeitgebern die finanzielle Beteiligung an entsprechenden Absicherungen der Beschäftigten zu erleichtern, sollen neben privaten Pflegezusatzversicherungen auch die betriebliche Pflegeversicherung zukünftig gefördert werden. Mit dem § 130a werden die Voraussetzungen für die steuerliche Förderung durch Entgeltumwandlung nach § 3 Nummer 72 Einkommensteuergesetz festgelegt. Aus den Mitteln der Entgeltumwandlung in Höhe von 0,5 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung können Versicherungsbeiträge in ähnlicher Höhe wie die zulagengeförderten Pflegezusatzversicherungen nach dem ersten Abschnitt des vierzehnten Kapitels durch steuerliche Förderung mitfinanziert werden.

Durch die Voraussetzung in Nummer 1 wird sichergestellt, dass der eine Förderung nur möglich ist, wenn das Versicherungsprodukt für alle Beschäftigten des den Vertrag abschließenden Arbeitgebers abgeschlossen wird, soweit diese bei Einstellung noch nicht über eine betriebliche Pflegeversicherung verfügen. Hierdurch wird eine Beteiligung aller Altersgruppen erreicht, die für eine Begrenzung der Höhe der Versicherungsprämie notwendig ist. Die Förderfähigkeit bleibt bei einem Arbeitgeberwechsel und Fortführung des Vertrages durch den Arbeitnehmer erhalten (vergleiche Nummer 4) solange der Gruppentarif weiterhin die übrigen Voraussetzungen der Nummern 2 bis 5 erfüllt. Arbeitnehmer, die einen bestehenden Gruppenvertrag ihres früheren Arbeitgebers fortführen, müssen nicht in den Gruppenvertrag des neuen Arbeitgebers aufgenommen werden.

Durch die Voraussetzung der Nummer 2 wird die zu versichernde Mindestleistung im vollstationären Bereich auf die Höhe der verbleibenden pflegebedingten Eigenanteile und im ambulanten Bereich auf einen nennenswerten Zuschlag zu den Leistungsbeträgen der Pflegeversicherung festgesetzt.

In Nummer 3 werden die Vorschriften zur Kalkulation der Versicherungsbeiträge, zum Ausschluss von Kündigungsrechten, Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen, zur Berücksichtigung der Feststellung des Pflegegrades durch die gesetzliche Pflegeversicherung sowie zur Begrenzung der Wartezeit aus den Vorschriften zur Pflegevorsorgezulage (§ 127) auch für steuerlich geförderte betriebliche Pflegezusatzversicherungen vorgesehen.

Durch Nummer 5 werden die ansetzbaren Abschluss-, Schadensregulierungs- und Verwaltungskosten ebenfalls in Anlehnung an die Vorschriften für die Pflegevorsorgezulage begrenzt.

Zu Nummer 83, Nummer 84 und Nummer 85

Mit den Regelungen wird die Ansparphase des Pflegevorsorgefonds bis 2050 verlängert, um eine noch langfristige Abfederung der Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Beitragssatzentwicklung in der sozialen Pflegeversicherung zu ermöglichen. Neben der bisherigen Zuführung werden durch die Anhebung des Prozentsatzes der Abführung von 0,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen auf 0,125 Prozent die Mehreinnahmen aus der Anhebung des Kinderlosenzuschlags ebenfalls an den Pflegevorsorgefonds abgeführt. Der mögliche Auszahlungsbeginn ab dem Jahr 2030 wird beibehalten. Die verlängerte Zuführung von Mitteln bis Ende 2049, von denen ab 2050 wiederum jährlich maximal ein Zwanzigstel des Realwertes an den Ausgleichsfonds abgeführt werden kann, ermöglicht in den folgenden 20 Jahren nochmals eine Dämpfung der Beitragssatzentwicklung.

Zu Nummer 86

Da der von der Regelung betroffene Zeitraum in der Vergangenheit liegt, ist der Paragraph gegenstandslos und daher aufzuheben.

Zu Nummer 87

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur eines Verweises.

Zu Nummer 88

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Neustrukturierung der Regelungen zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§§ 18 ff.).

Zu Buchstabe b und Buchstabe c

Da der von den Absätzen 3 bis 5 betroffene Zeitraum in der Vergangenheit liegt, sind die Absätze gegenstandslos und daher zu streichen. In der Folge wird der bisherige Absatz 6 der neue Absatz 3.

Zu Nummer 89

Zu § 150c (Beteiligung an den Aufwendungen des Bundes für Schutzausrüstung)

Der Bund hat den zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen im November 2020 und Anfang 2021 unentgeltlich Schutzausrüstung überlassen, die er im Zuge der Pandemiebekämpfung beschafft hatte. Zum teilweisen Ausgleich der Aufwendungen des Bundes zahlt die soziale Pflegeversicherung aus Mitteln der Ausgleichsfonds einmalig einen Betrag von 75 Millionen Euro an den Bund. Der sozialen Pflegeversicherung entstehen im Saldo dadurch keine Kosten, da die Pflegeeinrichtungen mindestens in gleichem Umfang geringere Mehraufwendungen im Rahmen der Schutzschirmregelung nach § 150 geltend gemacht haben.

Zu Artikel 3 (Änderung des Einkommensteuergesetzes)

Zu Nummer 1

Um die Eigeninitiative der Bürgerinnen und Bürger im Hinblick auf die Absicherung von Pflegekosten weiter zu fördern und den Arbeitgebern die finanzielle Beteiligung an entsprechenden Absicherungen der Beschäftigten zu erleichtern, soll die betriebliche Pflegeversicherung zukünftig steuerlich gefördert werden. Die Regelung ermöglicht es, den Arbeitslohn aus dem ersten Dienstverhältnis bis zur Höhe von 0,5 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung zur Beitragszahlung in eine betriebliche Pflegeversicherung umzuwandeln. Voraussetzung hierfür ist, dass das Versicherungsprodukt den Anforderungen des § 130a Elftes Buch Sozialgesetzbuch entspricht.

Zu Nummer 2

Durch die Regelung wird klargestellt, dass Beiträge zur betrieblichen Pflegeversicherung, die bereits durch die Entgeltumwandlung nach § 3 Nummer 72 Einkommensteuergesetz gefördert wurden, nicht zusätzlich als Sonderausgaben zu berücksichtigen sind. Die über die Grenze von 0,5 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung hinausgehenden Beträge, die der Arbeitnehmer aus seinem versteuerten Arbeitslohn entrichtet und die direkt vom Arbeitgeber abgeführt wurden, sind weiterhin abzugsfähig. Das Versicherungsunternehmen kann hierzu eine entsprechende Bescheinigung mit den entrichteten Beträgen für die versicherte Person ausstellen.

Zu Artikel 4 (Änderung der Sozialversicherungsentgeltverordnung)

Durch die Regelung wird der nach dem neu geschaffenen § 3 Nummer 72 Einkommensteuergesetz steuerfreie Arbeitslohn, der zur Absicherung in einer betrieblichen Pflegeversicherung genutzt wird, welche den Anforderungen des neuen § 130a Elften Buches Sozialgesetzbuch genügt, bis zur Höhe von 0,5 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung vom beitragspflichtigen Arbeitsentgelt in der Sozialversicherung ausgenommen. Dadurch wird ein weiterer Anreiz zur Absicherung im Rahmen einer betrieblichen Pflegeversicherung gesetzt.

Zu Artikel 5 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Das Gesetz tritt mit Ausnahme der Regelungen in den folgenden Absätzen 2 bis 9 am 1. Juli 2021 in Kraft.

Zu Absatz 2

Eine unterjährige Änderung der Zweckbestimmung der Pauschalzahlung nach § 8 Absatz 6 des Fünften Buches soll vermieden werden.

Zu Absatz 3

Mit dem Siebten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1248) wurde rückwirkend zum 1. Januar 2020 die besondere Einkommensgrenze bei der Familienversicherung nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V aufgehoben, da diese Regelung entbehrlich war. Diese Änderung wird nun in der sozialen Pflegeversicherung sowohl inhaltlich als auch im Hinblick auf das Inkrafttretensdatum nachvollzogen.

Zu Absatz 4

Durch das spätere Inkrafttreten der neuen Regelungen in § 39 Absatz 4, § 41 Absatz 3 und § 42a Absatz 2 des Elften Buches soll den Betroffenen ausreichend Zeit gegeben werden, sich auf die neue Rechtslage einzustellen.

Zu Absatz 5

Die Regelungen zu den gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung gemäß der §§ 45h bis 45j des Elften Buches treten zum 1. Januar 2023 in Kraft, um den Beteiligten hinreichend Zeit für entsprechende Vorkehrungen zu geben.

§ 45h Absatz 2 des Elften Buches tritt gemäß Absatz 1 am Tag nach der Verkündung dieses Gesetzes in Kraft. So wird sichergestellt, dass die dort vorgesehenen Empfehlungen rechtzeitig zum Inkrafttreten der Regelungen zu den gemeinschaftlichen Wohnformen zur pflegerischen Versorgung vorliegen.

Zu Absatz 6

Die Regelungen sollen unter Berücksichtigung der erforderlichen Vorbereitungsarbeiten so zügig wie möglich wirksam werden. Die neue Zulassungsvoraussetzung tritt nach einer Übergangsfrist für die Pflegeselbstverwaltung zur Erstellung der Richtlinien und der landesspezifischen Tarifübersichten zum 1. Juli 2022 in Kraft.

Zu Absatz 7

Eine unterjährige Änderung der Mittelabführung zum Pflegevorsorgefonds soll vermieden werden. Entsprechend erfolgt auch die Anpassung des Kinderlosenzuschlags zeitgleich zum 1. Januar 2022.

Zu Absatz 8

Nach Ablauf der Übergangsphase des § 113c Absatz 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch werden im Hinblick auf die Einführung des Personalbemessungsverfahrens mit dem geänderten § 113c des Elften Buches Sozialgesetzbuch die Regelungen zur gesonderten Vergütung zusätzlicher Fach- und Hilfskräfte mit Wirkung ab dem 1. Januar 2026 aufgehoben.

Zu Absatz 9

Die Regelungen zur privaten und betrieblichen Pflegevorsorge treten am 1. Januar 2022 in Kraft. Dadurch wird der zentralen Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund und den Versicherungsunternehmen ausreichend Zeit zur Anpassung der bereits bestehenden Verfahren und Verträge der privaten Pflegevorsorge sowie zur Bereitstellung entsprechender Produkte für die betriebliche Pflegevorsorge gegeben. Zugleich besteht damit für die Tarifpartner ein zeitlicher Vorlauf zur Anpassung von Tarifverträgen an das neue Recht.