

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)

A. Problem und Ziel

Auf der Basis von im Koalitionsvertrag für diese Legislaturperiode vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in der Pflege sollen Anpassungen in der Pflegeversicherung vorgenommen werden. Insbesondere sollen die häusliche Pflege gestärkt und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sowie anderen Pflegepersonen entlastet, die Arbeitsbedingungen für professionell Pflegenden weiter verbessert sowie die Potentiale der Digitalisierung für Pflegebedürftige und für Pflegenden noch besser nutzbar gemacht werden. Es soll eine automatische, regelhafte Anpassung der Geld- und Sachleistungsbeträge in 2025 und 2028 geben. Darüber hinaus sollen Innovationen gefördert und mehr Unterstützung insbesondere für häuslich gepflegte Menschen bereitgestellt werden, um die Inanspruchnahme vor Ort verfügbarer Angebote zu vereinfachen.

Dabei sind die ökonomischen Rahmenbedingungen sowie die finanzielle Lage der Pflegeversicherung zu beachten. Aufgrund der demographischen Entwicklung, höherer Ausgaben für die zeitlich gestaffelte Eigenanteilsreduzierung in der vollstationären Pflege und insbesondere der hohen Kosten für die Erstattung von pandemiebedingten Mehraufwendungen und Mindereinnahmen der Pflegeeinrichtungen sowie der Kosten für PoC-Antigen-Testungen in der Langzeitpflege sind Maßnahmen zur Verbesserung der Einnahmensituation der sozialen Pflegeversicherung unumgänglich.

Aufgrund des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 zu den Aktenzeichen 1 BvL 3/18, 1 BvR 717/16, 1 BvR 2257/16 und 1 BvR 2824/17 ist der Gesetzgeber ferner gehalten, bis spätestens zum 31. Juli 2023 das Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung im Hinblick auf die Berücksichtigung des Erziehungsaufwands von Eltern verfassungskonform auszugestalten.

B. Lösung

Damit die Pflegeversicherung der Aufgabe auch weiterhin nachkommen kann, Pflegebedürftige und Pflegepersonen, insbesondere pflegende Angehörige, wirksam zu unterstützen, angemessen entlohnte Pflegekräfte in der erforderlichen Anzahl und mit der erforderlichen Qualifikation zu gewinnen und zu halten, um die Pflegebedürftigen gut pflegen und betreuen zu können, und die Pflegebedürftigen vor finanzieller Überforderung zu schützen, sieht dieser Gesetzentwurf folgende Maßnahmen vor:

Zur Sicherung der finanziellen Stabilität der sozialen Pflegeversicherung im Sinne einer Absicherung bestehender Leistungsansprüche und im Rahmen dieser Reform vorgesehener Leistungsanpassungen wird der Beitragssatz zum 1. Juli 2023 moderat um 0,35 Prozentpunkte angehoben.

Die finanzielle Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung in den letzten Jahren hat gezeigt, dass sich kurzfristig zusätzlicher Finanzierungsbedarf ergeben kann und die grundsätzlich vorgesehene, gesetzliche Anpassung des Beitragssatzes in diesen Fällen eine zu

lange Vorlaufzeit haben kann. Deshalb wird für Fälle eines kurzfristigen Liquiditätsbedarfs zusätzlich eine Rechtsverordnungsermächtigung für die Bundesregierung zur Anpassung des Beitragssatzes nach § 55 Absatz 1 Satz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) ergänzt.

Zur Begrenzung des starken Anstiegs der Verwaltungskostenerstattung der sozialen Pflegeversicherung an die gesetzliche Krankenversicherung wird die Bemessungsgrundlage leicht abgesenkt.

Um die häusliche Pflege weiter zu stärken, wird das Pflegegeld zum 1. Januar 2024 um 5 Prozent erhöht. Angesichts lohnbedingt steigender Pflegevergütungen ambulanter Pflegeeinrichtungen werden die ambulanten Sachleistungsbeträge zum 1. Januar 2024 um 5 Prozent angehoben.

Der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld wird ausgeweitet: Wenn die Voraussetzungen für eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 des Pflegezeitgesetzes vorliegen, soll das Pflegeunterstützungsgeld künftig pro Kalenderjahr für bis zu zehn Arbeitstage je pflegebedürftiger Person in Anspruch genommen werden können.

Die bisher separat in § 39 und § 42 SGB XI vorgesehenen Leistungsbeträge für Leistungen der Verhinderungspflege und für Leistungen der Kurzzeitpflege werden mit Wirkung zum 1. Januar 2024 in dem neuen Gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege zusammengeführt. Damit steht für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege künftig ein Gesamtleistungsbetrag zur Verfügung, den die Anspruchsberechtigten nach ihrer Wahl flexibel für beide Leistungsarten einsetzen können.

Nachdem zum 1. Januar 2022 Leistungszuschläge zur Reduzierung der von den Pflegebedürftigen zu tragenden Eigenanteile in der vollstationären pflegerischen Versorgung eingeführt wurden, werden diese ab dem 1. Januar 2024 nochmals um 5 bis 10 Prozentpunkte erhöht. Mit dieser Maßnahme wird dem Trend zu steigenden Eigenanteilen noch stärker entgegengewirkt.

Zum 1. Januar 2025 und zum 1. Januar 2028 werden die Geld- und Sachleistungen regelhaft in Anlehnung an die Preisentwicklung automatisch dynamisiert. Für die langfristige Leistungsdynamisierung wird die Bundesregierung noch in dieser Legislaturperiode Vorschläge erarbeiten.

Über ein neu geschaffenes Förderbudget investieren Länder und Kommunen gemeinsam mit der Pflegeversicherung in Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier, um die Situation von Pflegebedürftigen zu erleichtern, mehr Transparenz zu schaffen und den Zugang zu vorhandenen Hilfemöglichkeiten zu verbessern. Die Pflegeversicherung stellt hierfür 50 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung. Voraussetzung ist eine hälftige Kofinanzierung durch das jeweilige Bundesland bzw. die jeweilige Kommune als für die Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur bzw. die Daseinsvorsorge zuständige Beteiligte.

Die Möglichkeiten der Digitalisierung in der Langzeitpflege sollen noch besser genutzt werden. Dazu wird ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege eingerichtet, das die Potentiale zur Verbesserung und Stärkung der pflegerischen Versorgung sowohl für die Betroffenen als auch die Pflegenden identifiziert und verbreitet. Das bestehende Förderprogramm nach § 8 Absatz 8 SGB XI für digitale und technische Anschaffungen in Pflegeeinrichtungen zur Entlastung des Pflegepersonals wird um weitere Fördertatbestände, wie eine stärkere Förderung der Anbindung der Pflege an die TI, ausgeweitet und entfristet. Die bisher weitgehend freiwillige Anbindung der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur wird durch einen verpflichtenden Anschluss der Pflegeeinrichtungen ersetzt. Außerdem sollen pflegebedürftige Personen, ihre Pflegepersonen, weitere Angehörige und vergleichbar Nahestehende, Mitarbeitende in Krankenhäusern sowie in

Beratungseinrichtungen künftig durch ein elektronisches Informationsportal bei der Suche nach freien Plätzen und Angeboten wohnortnaher ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen sowie flankierender Unterstützungs- und Beratungsangebote unterstützt werden.

Ferner wird der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 zur Berücksichtigung des Erziehungsaufwands von Eltern im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung umgesetzt. Hierfür wird der Kinderlosenzuschlag um 0,25 Beitragssatzpunkte auf 0,6 Beitragssatzpunkte angehoben. Mitglieder mit mehreren Kindern werden ab dem zweiten Kind bis zum fünften Kind in Höhe von 0,15 Beitragssatzpunkten je Kind entlastet (ab dem fünften Kind gleichbleibende Entlastung in Höhe eines Abschlags von 0,6 Beitragssatzpunkten).

Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist in § 18 SGB XI geregelt. Die Praxis zeigt, dass mit der in verschiedenen Reformschritten seit 2008 gewachsenen Komplexität und Unübersichtlichkeit der geltenden Norm Verständnisschwierigkeiten, Auslegungsfragen und Unsicherheiten verbunden sind. § 18 SGB XI wird daher neu strukturiert und systematisiert werden, so dass verfahrens- und leistungsrechtliche Inhalte in voneinander getrennten Vorschriften übersichtlicher und adressatengerechter aufbereitet sind. Zudem werden aus Gründen der Rechtssicherheit inhaltliche Anpassungen vorgenommen.

Um für alle Beteiligten mehr Transparenz zu schaffen, werden die Landesverbände der Pflegekassen zukünftig verpflichtet, die Landesrahmenverträge zur pflegerischen Versorgung zu veröffentlichen. Zudem wird die Transparenz für die Versicherten, die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, verbessert: Die in § 108 Absatz 1 Satz 1 SGB XI geregelte Übersicht über die von den Pflegebedürftigen in der Vergangenheit bezogenen Leistungen und deren Kosten wird auf Wunsch von den Pflegekassen künftig einmal je Kalenderhalbjahr automatisch übersandt. Sind die Versicherten an detaillierteren Informationen darüber interessiert, welche Leistungen im Einzelnen bei der Pflegekasse zur Abrechnung eingereicht worden sind, erhalten sie von der Pflegekasse künftig auch dazu entsprechende Auskünfte.

Angesichts der Bedeutung der Betroffenenperspektive für die Verbesserung der Situation in der Pflege sollen die Grundlagen für die Beteiligung der Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger Menschen und Menschen mit Behinderung im Qualitätsausschuss Pflege verbessert werden: Der Qualitätsausschuss wird zu mehr Transparenz und zur Einrichtung einer Referenten- bzw. Referentinnenstelle zur Unterstützung der Betroffenenorganisationen verpflichtet.

In der stationären Pflege wird die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens durch Vorgabe weiterer Ausbaustufen beschleunigt. Entwicklungen auf dem Arbeits- und Ausbildungsmarkt und Erkenntnisse aus dem Modellprogramm nach § 8 Absatz 3b SGB XI werden berücksichtigt. Die Förderung von guten Arbeitsbedingungen in der Pflege, insbesondere zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, soll ausgebaut und das Förderprogramm von 100 Millionen Euro pro Jahr nach § 8 Absatz 7 SGB XI bis zum Ende des Jahrzehnts verlängert werden.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Gemeinden

Bund, Länder und Gemeinden sind aufgrund der Beitragssatzerhöhung in ihrer Funktion als Arbeitgeber ab dem Jahr 2023 mit etwa 0,2 Milliarden Euro jährlich belastet. Zusätzlich entstehen dem Bund für die Übernahme der Beiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Grundsicherung für Arbeitsuchende durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben in Höhe von rund 0,13 Milliarden Euro jährlich.

Für die Träger der Beihilfe ergeben sich aus den Leistungsanpassungen insgesamt Mehrausgaben in Höhe von rund 0,14 Milliarden Euro jährlich.

Im Bereich der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ergeben sich Kosten von etwa 0,03 Milliarden Euro im Jahr. Des Weiteren ergeben sich zusätzliche Kosten für die Bundesagentur für Arbeit durch die Übernahme der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld (inklusive Arbeitslosengeld bei Weiterbildung) in Höhe von insgesamt rund 0,08 Milliarden Euro jährlich. Auch in weiteren Sozialversicherungszweigen ergeben sich bei den Beiträgen zur sozialen Pflegeversicherung insgesamt Mehrausgaben in der Größenordnung eines mittleren zweistelligen Millionenbetrags.

Für die Träger der Sozialhilfe ergeben sich insbesondere durch die Anhebung der Zuschläge gemäß § 43c SGB XI ab dem Jahr 2024 jährlich finanzielle Entlastungen in Höhe von rd. 200 Mio. Euro.

2. Soziale Pflegeversicherung

Für die soziale Pflegeversicherung ergeben sich aus den Leistungsanpassungen dieses Gesetzes (insbesondere: Anhebung des Pflegegeldes und der Pflegesachleistungen, Anhebung der Zuschläge zur Begrenzung der vollstationären Eigenanteile, Einführung eines gemeinsamen Jahresbetrages aus Kurzzeit- und Verhinderungspflege) mittelfristig jährliche Mehrausgaben von rund 3 Milliarden Euro, denen Minderausgaben von 0,1 Milliarden Euro aufgrund der Absenkung der Verwaltungskostenpauschale sowie in 2024 Minderausgaben in Höhe von 3,2 Milliarden Euro aufgrund der Verschiebung der Leistungsdynamisierung um ein Jahr gegenüberstehen. Durch die Verschiebung der Zuführung der monatlichen Raten zum Pflegevorsorgefonds für das Jahr 2023 in das Jahr 2024 ergeben sich im Jahr 2023 einmalig Minderausgaben in Höhe von 1,7 Milliarden Euro und im Jahr 2024 einmalig Mehrausgaben in gleicher Höhe. Aus der Anhebung des Beitragssatzes um 0,35 Beitragssatzpunkte entstehen in 2023 Mehreinnahmen von 3,15 Milliarden Euro sowie ab 2024 jährliche Mehreinnahmen in Höhe von 6,6 Milliarden Euro, die zur Stabilisierung der Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung sowie der Finanzierung der im Rahmen dieser Reform vorgesehenen Leistungsanpassungen dienen. Die Staffelung der Beitragshöhe mit Bezug zur Kinderzahl wie auch die neue Veröffentlichungspflicht für die Landesverbände der Pflegekassen erfolgt für die soziale Pflegeversicherung finanzneutral.

Die Schaffung einer Referenten- bzw. Referentinnenstelle zur Unterstützung der nach § 118 SGB XI maßgeblichen Interessensvertretungen in der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege (§ 113b Absatz 6 SGB XI) führt zu jährlichen Mehrausgaben in Höhe von voraussichtlich rund 106 000 Euro für Personalkosten (eine Mitarbeiterkapazität in der Sozialversicherung mit Qualifikation für den höheren Dienst). Sofern die Betroffenenorganisationen entscheiden, dass die Aufgabe in den Räumlichkeiten der Geschäftsstelle wahrgenommen wird, würde dies im Haushalt der Geschäftsstelle zu weiteren Sachkosten (bzw. Personalgemeinkosten) führen, deren Höhe nicht beziffert werden kann. Die Geschäftsstelle wird über den Ausgleichsfonds gemäß § 8 Absatz 4 SGB XI finanziert.

E. Erfüllungsaufwand

Die Bürgerinnen und Bürger werden umfangreich entlastet; die Belastung wird um ein Vielfaches übertroffen. Die Wirtschaft wird jährlich mit etwa 20 Millionen Euro belastet, die einmalige Belastung beträgt etwa 115 Millionen Euro. Dem stehen Entlastungen in Höhe von etwa 177 Millionen Euro jährlich gegenüber. Für die Wirtschaft ergibt sich dadurch eine Verringerung des jährlichen Erfüllungsaufwands in Höhe von rund 157 Millionen Euro, was als Entlastung im Sinne der „one-in, one-out Regel“ zu berücksichtigen ist. Der jährliche Erfüllungsaufwand für die Verwaltung beträgt etwa 4,5 Millionen Euro; der einmalige Erfüllungsaufwand liegt bei etwa 129 Millionen Euro. Die Entlastung für die Verwaltung beläuft sich auf 12 000 Euro.

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Der Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger beträgt jährlich etwa 13 000 Euro. Dem stehen unter anderem umfangreiche Einsparungen durch zielgerichtete, rund um die Uhr verfügbare Kontakte zu verfügbaren Pflegeeinrichtungen und –angeboten, die Verbesserung der Transparenz für die Versicherten, durch Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier sowie durch die Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege gegenüber, die nicht konkret beziffert werden können.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Der Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft beträgt jährlich etwa 20 Millionen Euro, der einmalige Erfüllungsaufwand etwa 115 Millionen Euro. Dem stehen Entlastungen in Höhe von etwa 177 Millionen Euro jährlich gegenüber.

Jeweils etwa 14 Millionen Euro fallen jährlich sowie einmalig im Rahmen der Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen an, die nötigen Voraussetzungen für einen Zugriff auf die elektronische Patientenakte und den Anschluss an die Telematikinfrastuktur zu erfüllen; dies bringt zugleich eine Entlastung der Wirtschaft in Höhe von 176 Millionen Euro mit sich. Für die Errichtung und den Betrieb des Informationsportals entstehen 465 000 Euro als jährlicher und 106 000 Euro als einmaliger Erfüllungsaufwand. Dem stehen Entlastungen in Höhe von etwa 550 000 Euro entgegen. Für die Verlängerung des Förderprogramms für Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für die in der Pflege tätigen Mitarbeitenden in Pflegeeinrichtungen entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von etwa 1,4 Millionen Euro. Die jährliche Belastung durch die Neustrukturierung, Anpassung und Erweiterung der Vorschriften zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit beträgt etwa 169 000 Euro, dadurch wird die Wirtschaft zugleich um etwa 9 000 Euro entlastet. Digitale Pflegeanwendungen führen zu etwa 77 000 Euro jährlichem Erfüllungsaufwand. Einmaliger Aufwand entsteht für die Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege in Höhe von etwa 12 000 Euro und für die Ausweitung der Möglichkeiten, Pflegeunterstützungsgeld in Anspruch zu nehmen, in Höhe von etwa 78 000 Euro. Der jährliche Erfüllungsaufwand im Rahmen der Beitragsdifferenzierung nach Kinderzahl beträgt etwa 5,1 Millionen Euro, dabei fallen einmalig zudem 100 Millionen Euro an. Ebenfalls einmalig fallen 12 000 Euro für die Umsetzung der Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier und 39 000 Euro durch den Auftrag an die Pflegeselbstverwaltung zur Konkretisierung der Landesrahmenverträge für vollstationäre Pflege hinsichtlich des Vorweises der prospektiven Aufwendungen in den Pflegevergütungsverhandlungen an.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Für die Wirtschaft entstehen Bürokratiekosten aus Informationspflichten in Höhe von rund 465 000 Euro als jährlicher und 106 000 Euro als einmaliger Erfüllungsaufwand für die Errichtung und den Betrieb des Informationsportals zu Pflege- und Betreuungsangeboten.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

a) Bund

Für die Bundesverwaltung entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 140 000 Euro für die Beteiligung am Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege (in einem Zeitraum von 5 Jahren).

b) Länder und Kommunen

Für die Länder entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 5 870 Euro für die Beteiligung am Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege (in einem Zeitraum von 5 Jahren).

c) Sozialversicherung

Der Erfüllungsaufwand für die Sozialversicherung beträgt jährlich im Saldo etwa 4,4 Millionen Euro und einmalig etwa 129 Millionen Euro. Davon entfallen etwa 11 000 Euro jährlich und etwa 80 000 Euro einmalig im Rahmen der Schaffung eines Informationsportals zu Pflege- und Betreuungsleistungsangeboten. Pflegekassen und Pflegeberatungsstellen werden durch das Portal aber zugleich entlastet, weil sie gezielt in freie Plätze und Angebote vermitteln können. Ein einmaliger Aufwand in Höhe von etwa 1,1 Millionen Euro entsteht durch die Verlängerung des Förderprogramms für Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für die in der Pflege tätigen Mitarbeitenden in Pflegeeinrichtungen. Durch die Neustrukturierung, Anpassung und Erweiterung der Vorschriften zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit entsteht ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von etwa 2 Millionen Euro, zusätzlich einmaliger Aufwand in Höhe von etwa 27 000 Euro. Zugleich wird die Verwaltung dabei um 12 000 Euro entlastet. Die digitalen Pflegeanwendungen führen zu einer jährlichen Belastung in Höhe von rund 1 Million Euro. Die Ausweitung der Inanspruchnahmemöglichkeiten des Pflegeunterstützungsgeldes führt zu einem jährlichen Aufwand von rund 562 000 Euro. Für die Umsetzung der Beitragsdifferenzierung nach Kinderzahl entsteht der Verwaltung ein jährlicher Erfüllungsaufwand von rund 700 000 Euro, zudem ein einmaliger Aufwand in Höhe von etwa 128 Millionen Euro. Durch die Umsetzung des Auftrags an die Pflegeselbstverwaltung zur Konkretisierung der Landesrahmenverträge für vollstationäre Pflege hinsichtlich des Vorweises der prospektiven Aufwendungen in den Pflegevergütungsverhandlungen entsteht ein einmaliger Aufwand in Höhe von etwa 87 000 Euro. Der jährliche Bericht über den Stand der Aufgabenerledigung des Qualitätsausschusses im Zusammenhang mit der Abschaffung des §113a SGB XI führt zu einem jährlichen Erfüllungsaufwand in Höhe von etwa 85 000 Euro. Für die Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier entsteht einmalig ein Erfüllungsaufwand in Höhe von 16 000 Euro.

F. Weitere Kosten

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich aus den Leistungsanpassungen unter Berücksichtigung von Beihilfetarifen Mehrausgaben in Höhe von 0,14 Milliarden Euro. Die privaten Versicherungsunternehmen beteiligen sich mit einem Anteil von 10 Prozent an

dem Fördervolumen für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier. Dies entspricht für den Zeitraum von 2024 bis 2028 Ausgaben von bis zu 25 Millionen Euro (5 Millionen Euro je Kalenderjahr).

Mögliche Auswirkungen auf Löhne und Preise, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind geringfügig, jedoch nicht konkret abschätzbar.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege

(Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

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 XXX des Gesetzes vom XX. Monat 2022 (BGBl. I S. XXX) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 33 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 5a Satz 3 wird die Angabe „§ 18 Absatz 6a“ jeweils durch die Angabe „§ 18b Absatz 4“ ersetzt.
2. Dem § 341 wird folgender Absatz 8 angefügt:

„(8) Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch haben bis zum 1. Juli 2024 alle Voraussetzungen zu erfüllen, um den Zugriff auf die elektronische Patientenakte und den Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 306 umzusetzen. § 360 Absatz 8 gilt unverändert.“

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 XXX des Gesetzes vom XX. Monat 2022 (BGBl. I S. XXX) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - a) Die Angabe zum Zweiten Kapitel wird wie folgt gefasst:

„Zweites Kapitel

Leistungsberechtigter Personenkreis, Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Berichtspflichten, Begriff der Pflegeperson

- § 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 über den Antrag
- § 18d Berichtspflichten
- § 18e Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung
- § 19 Begriff der Pflegeperson“.

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

„§ 30 Dynamisierung“.

c) Die Angabe zu § 55 wird wie folgt gefasst:

„§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung“.

d) Die Angabe zu § 113a wird gestrichen.

e) Die Angabe zu § 123 wird wie folgt gefasst:

„§ 123 Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier, Verordnungsermächtigung“.

f) Die Angabe zu § 124 wird wie folgt gefasst:

„§ 124 Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der gemeinsamen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier“.

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

„§ 125b Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege“.

2. In § 7 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 wird die Angabe „§ 18a Absatz 1“ durch die Angabe „§ 18c Absatz 4“ ersetzt.

3. § 7a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 3 Nummer 3 wird die Angabe „§ 18 Absatz 1 Satz 3“ durch die Angabe „§ 18b Absatz 3“ ersetzt.

b) In Absatz 2 werden die Sätze 4 und 5 durch folgende Sätze ersetzt:

„Bei der Durchführung der Beratung per Videokonferenz sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten. Bei der Durchführung der Videokonferenzen sowie anderer digitaler Anwendungen gelten auch die Anforderungen, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in seiner Richtlinie nach § 17 Absatz 1a zur Durchführung von Beratungen für den Datenschutz und die Datensicherheit bestimmt hat.“

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

„§ 7d

Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten

(1) Zur Unterstützung von pflegebedürftigen Personen, ihren Pflegepersonen, weiteren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden, Mitarbeitenden in Sozialdiensten in Krankenhäusern sowie in Beratungseinrichtungen haben die Landesverbände der Pflegekassen ab dem 1. April 2024 für ihr jeweiliges Land ein barrierefreies elektronisches Informationsportal zu betreiben, zu pflegen 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, ihre Pflegepersonen, weitere Angehörige und vergleichbar Nahestehende, Sozialdienste in Krankenhäusern und für Mitarbeitende in Beratungseinrichtungen sowie

1. tages- oder wochenaktuelle Informationen zu frei verfügbaren Angeboten von allen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie ambulanten Betreuungsdiensten im Sinne des § 71,
2. Informationen über Beratungsangebote nach § 7c und Pflegekurse nach § 45,
3. auf Antrag der jeweiligen Anbieter Informationen über Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 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 des § 45c Absatz 4 aufzunehmen.

Die Landesverbände der Pflegekassen sind verpflichtet, die Anbieter 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 des jeweiligen Anbieters.

(2) Das Informationsportal enthält Name, postalische Adresse, Internetadresse, Zeiten der Erreichbarkeit und Telefonnummer der in Absatz 1 genannten Einrichtungen

und Anbieter sowie weitergehende Informationen zu den jeweiligen Angeboten; bei den Pflegeeinrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 auch die Information zu frei verfügbaren Kapazitäten, bei ambulanten Pflegeeinrichtungen einschließlich gesondert ausgewiesener freier Kapazitäten für Hilfen bei der Haushaltsführung. 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 Buch verpflichtet sind, erreichbar sind.

(4) Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Einrichtungen und Anbieter 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 stationären Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, dem Informationsportal ab dem 1. Oktober 2024 tagesaktuell die Angaben zu den bei ihnen frei verfügbaren Kapazitäten (Plätze) zu übermitteln, für ambulante Pflegeeinrichtungen gilt eine wochenaktuelle Meldefrist frei verfügbarer Kapazitäten (Plätze und Angebote, einschließlich gesondert ausgewiesener Hilfen bei der Haushaltsführung).

(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. März 2024 fest. Dabei ist auch die Nutzbarkeit des Portals für Sozialdienste in Krankenhäusern im Sinne des Entlassmanagements zu ermöglichen. Bei dem Aufbau des Informationsportals sind zudem die auf Länderebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen sowie deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu beteiligen. Bestimmen die Landesverbände gemäß Absatz 3 ein gemeinsames Informationsportal für alle Länder, erfolgt die Festlegung im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen und den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen und deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden auf Bundesebene.

(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit alle zwei Jahre, erstmals zum 1. Juli 2025, einen Bericht vor. Der Bericht enthält Informationen über den Aufbau und aktuellen Stand des Informationsportals oder der Informationsportale, dessen oder deren Inanspruchnahme und Wirkungen sowie Vorschläge zur Weiterentwicklung des Informationsportals oder der Informationsportale. Das Bundesministerium für Gesundheit leitet den Bericht an den Deutschen Bundestag weiter.“

5. § 8 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 7 Satz 1 wird die Angabe „2024“ durch die Angabe „2030“ ersetzt.

b) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird ein einmaliger Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereitge-

stellt, um digitale Anwendungen, insbesondere zur Entlastung der Pflegekräfte, zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowie für eine stärkere Beteiligung der Pflegebedürftigen zu fördern. Förderfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen, die beispielsweise die Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die Telemedizininfrastruktur, Investitionen in die IT- und Cybersicherheit, das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren und die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen unterstützen.“

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Förderfähig sind auch die Aus-, Fort- und Weiterbildungen zu digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften in der Langzeitpflege.“

cc) In dem neuen Satz 6 wird die Angabe „2019“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.

6. § 10 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird Satz 2 aufgehoben.

b) In Absatz 2 wird Satz 2 aufgehoben.

7. In § 13 Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „Buches“ die Wörter „oder der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches“ eingefügt.

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

„Zweites Kapitel

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

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

10. § 17 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert

aa) In Satz 6 wird die Angabe „und 3“ gestrichen.

bb) Nach Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:

„Wird den schriftlichen Anliegen der Organisationen nach Satz 5 nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.“

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

11. § 17a wird aufgehoben.

12. Die §§ 18 bis 18c werden durch die folgenden §§ 18 bis 18e 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 übermitteln 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 [einsetzen: Datum des letzten Tages des fünften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], möglich. Der Medizinische Dienst Bund regelt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 bis spätestens [einsetzen: Datum des letzten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], 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 oder des Gutachters ist der Antragsteller 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. Satz 1 Nummer 2 findet keine Anwendung, 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 [einsetzen: Datum des letzten Tages des fünften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] 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) Im Rahmen der Prüfungen nach § 18 Absatz 1 Satz 1 haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter durch eine Untersuchung des Antragstellers 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 zu ermitteln.

(2) Der Versicherte ist in seinem Wohnbereich zu untersuchen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen. Abweichend von Satz 1 kann die Begutachtung ausnahmsweise auch ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich erfolgen, wenn

1. der Antrag auf Pflegeleistungen während einer Krisensituation von nationaler Tragweite oder bezogen auf die versicherte Person von regionaler Tragweite gestellt wird, und
2. diese Situation eine Begutachtung ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich zwingend erforderlich macht; der Wunsch des Versicherten, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, ist zu berücksichtigen.

Grundlage für eine Begutachtung nach Satz 4 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.

Das Nähere zu den Voraussetzungen und die weiteren, insbesondere inhaltlichen und organisatorischen Einzelheiten für eine Begutachtung in Krisensituationen nach Satz 4 konkretisiert der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis spätestens [einsetzen: Datum des letzten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1.

(3) Bei der Begutachtung sind darüber hinaus die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit 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 Bereiches 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 Tagesbetreuungsangebots, 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 3 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 am fünften Arbeitstag 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 in Anspruch, hat die abschließende Begutachtung spätestens am zehnten Arbeitstag nach Beginn der Kurzzeitpflege in dieser Einrichtung zu erfolgen. Satz 3 findet ebenfalls Anwendung, wenn unmittelbar vor Beginn der Kurzzeitpflege Übergangspflege nach § 39e 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 der Gutachterin oder dem Gutachter im Rahmen der Begutachtung und wird im Begutachtungsformular schriftlich oder elektronisch dokumentiert. Gleiches gilt spätestens ab [einsetzen: Datum des ersten Tages des fünften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] für die Zustimmung des Versicherten nach § 18c Absatz 3 Satz 3. Über die Möglichkeiten nach § 18c Absatz 4 Satz 3 und 4 und das Erfordernis der Einwilligung ist der Antragsteller bei der Begutachtung zu informieren; die Einwilligung ist jeweils 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) Hinsichtlich der von den durch die private Pflege-Pflichtversicherung betreibenden Versicherungsunternehmen mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Zuordnung zu einem Pflegegrad beauftragten Gutachterinnen und Gutachter gilt § 23 Absatz 6 Nummer 1.

§ 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 [einsetzen: Datum des letzten Tages des fünften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] 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) Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter haben in ihrer Stellungnahme auch das Ergebnis der Prüfung, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Vermeidung, Überwindung, Minderung oder Verhinderung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit geeignet, notwendig und zumutbar sind, mitzuteilen. Neben konkreten Empfehlungen zu Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation sowie zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung sind insbesondere Maßnahmen zu Heilmitteln und anderen therapeutischen Maßnahmen, Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds, edukativen Maßnahmen oder eine Beratung zu Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches zu empfehlen. 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 eines Bedarfs an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf diese Leistungen.

(4) Die im Gutachten gegebenen konkreten Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung 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 1 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 des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.

§ 18c

Entscheidung über den Antrag

(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 oder Gutachter bei der Pflegekasse zu erfolgen.

(2) Dem Antragsteller wird zusammen mit dem Bescheid das Gutachten übersandt, sofern er der Übersendung des Gutachtens 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 Absatz 1 Satz 1 informiert die Pflegekasse den Antragsteller über die Bedeutung der Empfehlungen hinsichtlich Heilmitteln sowie über die Regelung nach § 32 Absatz 1a des Fünften Buches. Mit Einwilligung des Versicherten leitet die Pflegekasse eine Mitteilung über die konkreten 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 oder 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 Prä-

ventions- 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. Danach läuft die Frist weiter; 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. Die Pflegekasse hat den Antragsteller auf die Fristen nach Absatz 1 und die Folgen der Nichteinhaltung hinzuweisen.

(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. Danach läuft die Frist weiter; der Zeitraum der Unterbrechung wird in die Frist nicht eingerechnet. Die Unterbrechung beginnt mit dem Tag, an 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 Gutachterinnen und 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 eine Ablehnung sowie die Anzahl der Widersprüche,
4. die Anzahl der durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen,
5. die Gründe, aus denen 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 inwieweit 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 nach Absatz 1 gemeldeten 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) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit für die Geschäftsjahre ab 2023 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, den Widerspruchsründen und dem Ausgang der Widerspruchsverfahren sowie über zu leistende Zusatzzahlungen nach § 18c Absatz 5 Satz 1. Er bestimmt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statistischen Informationen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die Daten vor der Berichtslegung aufzubereiten und auf Plausibilität zu prüfen. Für die Berichterstattung zum 30. Juni 2025 beauftragt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit der Evaluation über die Ergebnisse und Wirkungen der Zuleitung von Mitteilungen zu konkreten Heilmittlempfehlungen nach § 18c Absatz 3 Satz 3.

(4) 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.

§ 18e

Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung

(1) Der Medizinische Dienst Bund und die Medizinischen Dienste können Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen zur Weiterentwicklung der den Medizinischen Diensten nach den §§ 18 bis 18b zugewiesenen Aufgaben durchführen und mit den Pflegekassen vereinbaren. Bei der Durchführung der Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen der §§ 18 bis 18b und den Richtlinien nach § 53d Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 abgewichen werden. Pflegebedürftige dürfen bei der Durchführung nicht benachteiligt werden. Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Maßnahmen sind im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu bestimmen. Für die Modellvorhaben sind eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung der betroffenen Personen erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Für die Durchführung der Modellvorhaben, Studien und wissenschaftlichen Expertisen können aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bis zu 500 000 Euro im Kalenderjahr genutzt werden. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Medizinische Dienst Bund und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.

(2) Der Medizinische Dienst Bund beauftragt im Rahmen der Modellvorhaben nach Absatz 1 bis spätestens [einsetzen: Datum des letzten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine wissenschaftliche Studie zu den Auswirkungen, die ein ersatzweiser oder ergänzender Einsatz telefonischer und digitaler Kommunikationsmittel bei der Untersuchung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit auf das Begutachtungsverfahren und das Begutachtungsergebnis, insbesondere im Vergleich zu einer Begutachtung im Wohnbereich des Versicherten nach § 18a Absatz 2 Satz 1, mit sich bringt. Der Abschlussbericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des fünfzehnten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] vorzulegen.“

13. In der Überschrift zu § 19 wird das Wort „Pflegepersonen“ durch das Wort „Pflegeperson“ ersetzt.
14. § 28a wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Die Absatzbezeichnung „(1)“ wird gestrichen.
 - bb) Die Angabe „und 1a“ wird durch die Angabe „bis 1b“ ersetzt.
 - cc) In Nummer 1 werden die Wörter „den §§ 7a und 7b“ durch die Angabe „§ 7a“ ersetzt.
 - dd) In Nummer 4 werden die Wörter „Absatz 1 bis 3 und 5“ gestrichen.
 - ee) In Nummer 5 wird die Angabe „Absatz 4“ gestrichen.
 - ff) Nach Nummer 5 wird folgende Nummer 6 eingefügt:

„6. einen monatlichen Zuschuss bei vollstationärer Pflege gemäß § 43 Absatz 3,“.
 - gg) Die bisherigen Nummern 6 bis 10 werden die Nummern 7 bis 11.

hh) Nach der neuen Nummer 11 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und werden folgende Nummern 12 und 13 angefügt:

„12. den Entlastungsbetrag gemäß § 45b,

13. sowie die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 45e nach Maßgabe von § 28 Absatz 1b.“

b) Die Absätze 2 und 3 werden aufgehoben.

15. § 30 wird wie folgt gefasst:

„§ 30

Dynamisierung

Die im Vierten Kapitel dieses Buches genannten, ab 1. Januar 2024 geltenden Leistungsbeträge steigen zum 1. Januar 2025 um 5 Prozent und zum 1. Januar 2028 in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen, nicht jedoch stärker als der Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum. Die neuen Leistungsbeträge werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Bundesanzeiger bekannt gemacht.“

16. § 31 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

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

b) In Satz 5 wird die Angabe „§ 32 Abs. 1“ durch die Angabe „§ 32 Absatz 1“ ersetzt.

17. § 40a Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 8 werden nach dem Wort „hinausgehen“ die Wörter „oder deren Kosten die Vergütungsbeträge nach § 78a Absatz 1 Satz 1 übersteigen“ gestrichen.

b) Satz 9 wird aufgehoben.

18. § 40b wird wie folgt geändert:

a) Der Wortlaut wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Über die von den Pflegebedürftigen für ergänzende Unterstützungsleistungen und digitale Pflegeanwendungen selbst zu tragenden Kosten einschließlich der Mehrkosten nach § 40a Absatz 2 Satz 8 sind die Pflegebedürftigen von den Pflegekassen vorab in schriftlicher Form oder elektronisch zu informieren.“

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

20. In § 53d Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 wird die Angabe „§ 18b“ durch die Angabe „§ 17 Absatz 1c“ ersetzt.

21. § 55 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 55

Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung“.

b) In Absatz 1 wird Satz 1 durch folgende Sätze ersetzt:

„Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich 3,4 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird grundsätzlich durch Gesetz festgesetzt. Die Bundesregierung wird ermächtigt, den Beitragssatz nach Satz 1 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates anzupassen, wenn der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung absehbar das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagenoll der Pflegeversicherung nach § 67 Absatz 2 zu unterschreiten droht.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „0,35“ durch die Angabe „0,6“ ersetzt.

bb) Nach Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

„Für diese reduziert sich der Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 und 3 wie folgt:

1. für Eltern mit zwei Kindern um einen Abschlag in Höhe von 0,15 Beitragssatzpunkten,
2. für Eltern mit drei Kindern um einen Abschlag in Höhe von 0,3 Beitragssatzpunkten,
3. für Eltern mit vier Kindern um einen Abschlag in Höhe von 0,45 Beitragssatzpunkten und
4. für Eltern mit fünf und mehr Kindern um einen Abschlag in Höhe von 0,6 Beitragssatzpunkten.

Dies gilt auch für Eltern, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Für Eltern mit einem Kind gilt der Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 oder 3.“

cc) Der bisherige Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Elterneigenschaft sowie die Anzahl der Kinder sind in geeigneter Form gegenüber der beitragsabführenden Stelle, von Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse, nachzuweisen, sofern diesen die Angaben nicht bereits aus anderen Gründen bekannt sind.“

dd) Der bisherige Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Nachweise für vor dem 1. Juli 2023 geborene Kinder, die bis zum 31. Dezember 2023 erbracht werden, wirken vom 1. Juli 2023 an.“

ee) Nach dem bisherigen Satz 7 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 3 gilt nicht für Wehr- und Zivildienstleistende sowie für Bezieher von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches.“

- d) Absatz 3a wird Absatz 4.
- e) Der bisherige Absatz 4 wird aufgehoben.
- f) Absatz 5 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Sind die Voraussetzungen für einen Beitragszuschlag für Kinderlose nach Absatz 3 Satz 1 oder einen Abschlag nach Absatz 3 Satz 3 erfüllt, erhöht oder reduziert sich der Zuschlag nach Satz 2 um das Verhältnis des Beitragszuschlags für Kinderlose oder des Abschlags zu dem Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1.“

22. Dem § 58 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Der Abschlag nach § 55 Absatz 3 Satz 3 Nummer 1 bis 4 reduziert den Beitragsanteil der Beschäftigten.“

23. In § 60 Absatz 7 Satz 1 werden die Wörter „20 Millionen Euro pro Jahr“ durch die Wörter „50 Millionen Euro pro Jahr“ ersetzt.

24. In § 61 Absatz 7 Satz 1 wird die Angabe „§ 55 Abs. 1 Satz 2“ durch die Angabe „§ 55 Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.

25. § 61a wird wie folgt geändert:

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

„(2) Das entsprechend dem Haushaltsgesetz 2022 der sozialen Pflegeversicherung vom Bund gewährte Darlehen von 1 Milliarde Euro ist bis zum 31. Dezember 2028 zurückzuzahlen.“

26. § 72 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 4 wird gestrichen.
- b) Die Nummern 5 und 6 werden die Nummern 4 und 5.

27. § 75 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Sie sind von den Landesverbänden der Pflegekassen zu veröffentlichen.“

- b) Absatz 2 Satz 1 Nummer 11 wird wie folgt gefasst:

„11. die Anforderungen an die nach § 85 Absatz 3 geeigneten Nachweise zur Darlegung der prospektiven Sach- und Personalaufwendungen bei den Vergütungsverhandlungen, soweit nicht von den Richtlinien gemäß § 82c Absatz 3 umfasst.“

28. § 78a wird wie folgt geändert:

- a) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Die nach Absatz 1 vereinbarten Vergütungsbeträge sind für den Hersteller und gegenüber den Pflegebedürftigen bindend.“

b) Absatz 9 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „Februar“ durch das Wort „April“ ersetzt.

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Hinsichtlich der Leistungen der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, bezieht der Spitzenverband Bund der Pflegekassen den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. mit ein.“

29. 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 wird die Angabe „§ 18“ jeweils durch die Angabe „§§ 18 bis 18c“ ersetzt.

30. In § 111 Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „§ 45c“ die Angabe „und § 45d“ eingefügt und werden nach den Wörtern „§ 8 Absatz 9 Satz 1 und 2“ die Wörter „sowie § 123 Absatz 2“ eingefügt.

31. § 112 wird wie folgt geändert:

a) 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.

b) Dem Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Träger der Prüfinstitutionen sind verpflichtet, durch geeignete organisatorische und technische Maßnahmen sicherzustellen, dass auch in Krisensituationen eine qualifizierte Beratung erfolgen kann. Sie haben diese Maßnahmen im Internet bekannt zu machen.“

32. In § 113 wird in Absatz 1 nach Satz 2 folgender Satz angefügt:

„Die Anforderungen sind so zu gestalten, dass die Pflegedokumentation in der Regel vollständig in elektronischer Form erfolgen kann.“

33. § 113a wird aufgehoben.

34. § 113b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§§ 113, 113a, 115 Absatz 1a, 1c und 3b“ durch die Wörter „§§ 113, 115 Absatz 1a, 1c und 3b“ ersetzt.

b) In Absatz 3 Satz 8 werden die Wörter „§§ 113, 113a und 115 Absatz 1a, 1c und 3b“ durch die Wörter „§§ 113, 115 Absatz 1a, 1c und 3b“ ersetzt.

c) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Die beschlussfassenden Sitzungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses sind in der Regel öffentlich und werden zeitgleich als Live-Video-Übertragung im Internet angeboten sowie in einer Mediathek zum späteren Abruf verfügbar gehalten. Die nichtöffentlichen Beratungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses, insbesondere auch die Beratungen in den vorbereitenden Gremien, sind einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften vertraulich.“

- d) In Absatz 4a werden Satz 5 und 6 gestrichen.
- e) Dem Absatz 6 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die Vertragsparteien richten ab dem 1. September 2023 dauerhaft zusätzlich eine Referentenstelle zur Unterstützung der nach § 118 SGB XI maßgeblichen Interessensvertretungen ein. Die Interessensvertretungen haben das Recht, die Stelle zu besetzen und den Arbeitsort in Abstimmung mit der Geschäftsstelle zu bestimmen.“

- f) Absatz 8 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Vertragsparteien nach § 113 sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich zum 1. September über ihre Arbeit, insbesondere über den Stand der Bearbeitung der Aufgaben nach Absatz 1 Satz 2 und über den Stand der Auftragserteilung und Bearbeitung der nach Absatz 4 und 4a zu erteilenden Aufträge, sowie über gegebenenfalls erforderliche besondere Maßnahmen zur Einhaltung von Fristen zu berichten.“

- bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die besonderen Schwierigkeiten, die zu einer Fristüberschreitung geführt haben, sind im Einzelnen darzulegen.“

- cc) Der neue Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Vertragsparteien legen dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen jederzeit einen konkreten Zeitplan für die Bearbeitung ihrer Aufgaben vor, aus dem einzelne Umsetzungsschritte erkennbar sind.“

35. § 113c wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

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

- a) das eine der folgenden Ausbildungen berufsbegleitend durchläuft:

- aa) für Stellenanteile nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Ausbildungen nach § 12 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes oder

- bb) für Stellenanteile nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 eine Ausbildung nach § 5 des Pflegeberufgesetzes sowie bei einer außerhalb des Geltungsbereichs des Pflegeberufgesetzes erworbenen Berufsqualifikation einen Anpassungslehrgang nach § 40 Absatz 3 oder § 41 Absatz 3, 4, 6 oder 7 des Pflegeberufgesetzes;

- b) das für Stellenanteile nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 berücksichtigt werden kann, wenn berufspraktische Erfahrungen in der Pflege,

sonstige Qualifizierungsmaßnahmen oder beides nach landesrechtlichen Regelungen zu einer Reduzierung der Ausbildungsmindestdauer nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 führt.“

bb) Folgender Satz 4 wird angefügt:

„Der Durchführung einer Ausbildung nach Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) steht es gleich, dass die Pflegeeinrichtung nachweist, dass die Ausbildung schnellstmöglich, spätestens jedoch bis zum 30. Juni 2028, begonnen wird und das Pflegehilfskraftpersonal bei Abschluss der Vereinbarung mindestens fünf Jahre mit im Jahresdurchschnitt mindestens hälftiger Vollzeitbeschäftigung in der Pflege tätig war.“

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nummer 2 wird das Wort „die“ vor dem Wort „Qualitätsbeauftragte“ gestrichen.

bb) In Satz 1 Nummer 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Die erforderlichen Qualifikationen für das vorzuhaltende Personal nach Absatz 1 Satz 1 Ziffer 1 oder 2 werden auch eingehalten, wenn hierfür das Personal mit einer jeweils höheren Qualifikation vorgehalten wird. Im Fall von § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1 bis 3 wird die Eingruppierung und im Fall von Nummer 4 die Zuordnung zu einer Qualifikationsgruppe jeweils durch den konkreten Einsatz bestimmt.“

c) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesministerium für Gesundheit prüft alle zwei Jahre, erstmals im Jahr 2025, eine Anpassung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 und der Grundlagen für die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 1.“

bb) Satz 2 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 1 wird das Wort „die“ durch das Wort „vorliegende“ ersetzt.

bbb) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. die Erkenntnisse aus dem Bericht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach Absatz 8 und“.

cc) Die Sätze 3 und 4 werden wie folgt gefasst:

„Das Bundesministerium für Gesundheit legt unverzüglich im Anschluss an die Prüfung nach Satz 1 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes einen Bericht über das Ergebnis der Prüfung nach Satz 1 und die tragenden Gründe sowie einen Vorschlag für die weitere Umsetzung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen vor.“

d) Folgender Absatz 8 wird angefügt:

„(8) Das Bundesministerium für Gesundheit legt alle zwei Jahre, erstmals bis zum 31. Dezember 2023, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie nach Anhörung der Länder, des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, der Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe und der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Vereinigungen der Träger der stationären Pflegeeinrichtungen Zielwerte für eine bundeseinheitliche, mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung fest. Die Festlegung wird durch Veröffentlichung im elektronischen Bundesanzeiger bekannt gemacht. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit alle zwei Jahre, erstmals bis zum 31. Dezember 2024, aufgeschlüsselt nach Bundesländern für den Stichtag 1. November des Berichtsjahres, ob vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die eine Pflege-satzvereinbarung im Sinne von Absatz 1 geschlossen haben, die Zielwerte nach Satz 1 einhalten können und welche Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung durch die Einführung einer bundeseinheitlichen, mindestens zu vereinbaren-den personellen Ausstattung zu erwarten wären. Ferner berichtet der Spitzenver-band Bund über den Umfang des Pflegehilfskraftpersonals, das nach Absatz 2 Nummer 1 die Personalanzahlzahlen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 über-schreitet oder das entsprechend Absatz 3 vorgehalten wird. Die Grundlagen des Berichts legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 30. September 2023 fest. Die Grundlagen des Berichts bedürfen der Zustimmung des Bundesmi-nisteriums für Gesundheit.“

36. In § 114 Absatz 2a Satz 3 werden nach dem Wort „Pandemie“ die Wörter „vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit“ eingefügt.
37. § 114c Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 wird das Wort „kann“ durch das Wort „soll“ ersetzt.
 - b) Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Die Landesverbände der Pflegekassen informieren die betroffenen Einrichtungen entsprechend den Maßgaben eines vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen festgelegten bundeseinheitlichen Informationsverfahrens über die Verlängerung des Prüfrhythmus.“
38. § 118 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 1 wird die Angabe „§§ 18b“ durch die Angabe „§§ 17 Absatz 1c“ ersetzt.
 - b) In Nummer 2 werden die Wörter „§§ 113, 113a, 115 Absatz 1a sowie § 115 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2“ durch die Wörter „§§ 113, 115 Absatz 1a sowie § 115 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2“ ersetzt.
39. Die §§ 123 und 124 werden durch die folgenden §§ 123 und 124 ersetzt:

„§ 123

Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier, Verordnungsermächtigung

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen fördert im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 50 Millionen Euro je Kalenderjahr im Zeitraum von 2024 bis 2028 regionalspezifische Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier. Die Förderung dient der Erleichterung der Situation der Pflegebedürftigen und deren Pflegepersonen sowie der Schaffung von Transparenz und der Verbesserung des Zugangs zu den vorhandenen Hilfemöglichkeiten.

(2) Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 Prozent des in Absatz 1 genannten Fördervolumens.

(3) Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt eine Förderung der in Absatz 1 genannten Zwecke durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. Der Zuschuss wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss, der vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, sodass insgesamt ein Fördervolumen von 100 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht wird.

(4) Im Einvernehmen mit allen Fördergebern können Zuschüsse der kommunalen Gebietskörperschaften auch als Personal- oder Sachmittel eingebracht werden, sofern diese Mittel nachweislich ausschließlich und unmittelbar dazu dienen, den jeweiligen Förderzweck zu erreichen. Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt.

(5) Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann von den Regelungen des Vierten, des Siebten und des Achten Kapitels abgewichen werden, soweit dies zur Erreichung der Ziele eines Modellvorhabens zwingend erforderlich ist. Eine Förderung kommt nur für Modellvorhaben in Betracht, die die Vorgaben des Grundgesetzes beachten und auch bei einer Übernahme in eine Regelversorgung im Rahmen der Pflegeversicherung verfassungsgemäß wären.

(6) Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel der Pflegeversicherung auf die Länder zu gewährleisten, werden die nach Absatz 1 zur Verfügung stehenden Fördermittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Die Auszahlung der Mittel für ein Projekt erfolgt, sobald für das Projekt eine konkrete Förderzusage durch das Land oder die kommunale Gebietskörperschaft vorliegt. Fördermittel nach Absatz 2, die in einem Land im jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr das Fördervolumen des jeweiligen Landes.

(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die in Absatz 1 genannten Zwecke. In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, welchen Anforderungen die Einbringung von Zuschüssen der kommunalen Gebietskörperschaften als Personal- oder Sachmittel genügen muss und dass jeweils im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der in Absatz 1

genannten Zwecke Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit unter Beteiligung der Länder. Sie sind dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2023 vorzulegen. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen.

(8) Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 überwiesen werden. Näheres über das Verfahren der Auszahlung der Fördermittel, die aus dem Ausgleichsfonds zu finanzieren sind, sowie über die Zahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen regeln das Bundesamt für Soziale Sicherung, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. durch Vereinbarung.

§ 124

Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der gemeinsamen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier

(1) In Bezug auf die jeweiligen Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Die Auswertung erfolgt nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards hinsichtlich der Wirksamkeit, Qualität und Kosten.

(2) Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung ist auch zu untersuchen, welche Folgen eine Übernahme in die flächendeckende Regelversorgung hätte und insbesondere darzulegen,

1. welche personellen oder finanziellen Ressourcen dies jeweils binden würde und auf welche Weise diese Ressourcen bereitgestellt oder erschlossen werden könnten,
2. welche Vor- oder Nachteile gegenüber der geltenden Rechtslage zu erwarten sind und
3. welche Rechtsgrundlagen für eine Umsetzung zu ändern oder zu schaffen wären.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung sind Zwischenberichte und Abschlussberichte über die Ergebnisse der Auswertungen der Modellvorhaben zu erstellen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit die Zwischenberichte jeweils mindestens zur Hälfte der Projektlaufzeit und die Abschlussberichte spätestens sechs Monate nach Projektende in barrierefreier Form vor. Über die Veröffentlichung entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene, den Ländern und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen.

(3) Die Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und der Auswertung der Modellvorhaben tragen je zur Hälfte das für das jeweilige Modellvorhaben zuständige Land oder die jeweilige zuständige kommunale Gebietskörperschaft sowie der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, dessen Beitrag aus Mitteln des Ausgleichsfonds nach § 65 finanziert wird.“

40. Nach § 125a wird folgender § 125b eingefügt:

„§ 125b

Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

(1) Beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege eingerichtet. Die Aufgaben des Kompetenzzentrums umfassen:

1. Regelmäßige Analyse und Evaluation der Umsetzung digitaler Potentiale im Bereich der Langzeitpflege,
2. Entwicklung von konkreten Empfehlungen insbesondere für Leistungserbringer, Pflegekassen, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege sowie für Pflegeberatungsstellen, mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Digitalisierung in der Langzeitpflege,
3. Unterstützung des Wissenstransfers bei Themen der Digitalisierung in der Langzeitpflege für pflegebedürftige Menschen, pflegende An- und Zugehörige, beruflich Pflegende und Pflegeberatende mit geeigneten Maßnahmen.

(2) Für die Einrichtung des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung 10 Millionen Euro im Zeitraum von 2023 bis 2027 zur Verfügung gestellt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Inhalte, Planung und Durchführung des Kompetenzzentrums im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und im Benehmen mit den Verbänden der Pflegekassen, den Ländern, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, dem Deutschen Pflegerat, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie mit der Gesellschaft für Telematik und – soweit vorhanden – mit Kompetenzzentren auf Bundes- und Landesebene. Die Gesellschaft für Telematik soll insbesondere aufgrund eventuell möglicher Schnittstellen bei der Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur beteiligt werden. Für die Förderung gilt § 8 Absatz 3 Satz 5, 8 und 12 entsprechend.

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

(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen veranlasst im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Arbeit des Kompetenzzentrums durch unabhängige Sachverständige. Begleitung und Auswertung erfolgen nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards hinsichtlich der Wirksamkeit, Qualität und Kosten der Arbeit des Kompetenzzentrums. Die unabhängigen Sachverständigen haben Berichte über die Ergebnisse der Auswertungen zu erstellen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis 2028 jährlich, erstmals zum 1. März 2024, einen barrierefreien Bericht über die Arbeit und Ergebnisse des Kompetenzzentrums vor.

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen richtet einen Beirat zur Begleitung der Arbeit des Kompetenzzentrums im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit ein. Der Beirat besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der Länder, der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene, der Verbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, dem Deutschen Pflegerat, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Gesellschaft für Telematik, der Wissenschaft sowie des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, des Bundesministeriums für Gesundheit und der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung.

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

41. In § 127 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 wird die Angabe „§ 18“ durch die Angabe „§§ 18 bis 18c“ ersetzt.

42. Dem § 134 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Für Zwecke der Doppelbesteuerungsabkommen gilt das Sondervermögen als in Deutschland ansässige Person, die der deutschen Besteuerung unterliegt.“

43. Dem § 135 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Für das Jahr 2023 erfolgt die Zuführung nach Absatz 1 im Jahr 2024 in zwölf Raten in Höhe von je einem Zwölftel von 0,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung des Vorjahres.“

Artikel 3

Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 2 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

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

„§ 39 Verhinderungspflege“.

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

„Dritter Titel

Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege

§ 42a Gemeinsamer Jahresbetrag“.

- c) In der Angabe zum bisherigen Dritten Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird das Wort „Dritter“ durch das Wort „Vierter“ ersetzt.
 - d) In der Angabe zum bisherigen Vierten Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird das Wort „Vierter“ durch das Wort „Fünfter“ ersetzt.
 - e) In der Angabe zum bisherigen Fünften Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird das Wort „Fünfter“ durch das Wort „Sechster“ ersetzt.
 - f) In der Angabe zum bisherigen Sechsten Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird das Wort „Sechster“ durch das Wort „Siebter“ ersetzt.
2. § 7b Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 wird die Angabe „41 bis 43“ durch die Angabe „41, 43“ ersetzt.
 - b) In Satz 5 werden die Wörter „den §§ 39, 40 Absatz 2,“ durch die Wörter „§ 40 Absatz 2, §§ 39 sowie 42 in Verbindung mit § 42a, nach“ ersetzt.
3. § 28 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:
„4. Verhinderungspflege (§ 39 in Verbindung mit § 42a)“.
 - b) In Nummer 7 wird die Angabe „(§ 42)“ durch die Wörter „(§ 42 in Verbindung mit § 42a)“ ersetzt.
 - c) In Nummer 14 wird nach dem Wort „Buches“ die Angabe „gemäß § 35a“ eingefügt.
4. In § 34 Absatz 3 werden die Wörter „oder Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr“ durch die Wörter „von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr oder Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr“ ersetzt.
5. In § 36 Absatz 3 wird in Nummer 1 die Angabe „724“ durch die Angabe „761“, in Nummer 2 die Angabe „1 363“ durch die Angabe „1 432“, in Nummer 3 die Angabe „1 693“ durch die Angabe „1 778“ und in Nummer 4 die Angabe „2 095“ durch die Angabe „2 200“ ersetzt.
6. § 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 „947“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „für bis zu acht Wochen“ gestrichen und werden die Wörter „für bis zu sechs Wochen“ durch die Wörter „jeweils für bis zu acht Wochen“ ersetzt.
7. In § 38 Satz 4 werden die Wörter „für bis zu acht Wochen“ gestrichen und werden die Wörter „für bis zu sechs Wochen“ durch die Wörter „jeweils für bis zu acht Wochen“ ersetzt.
8. § 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 acht Wochen je Kalenderjahr; § 34 Absatz 2 Satz 1 gilt nicht. Eine vorherige Antragstellung ist nicht erforderlich. Auf welche Höhe sich die Kostenübernahme für die Ersatzpflege durch die Pflegekasse belaufen darf, bestimmt sich nach den Absätzen 2 und 3.

(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 höchstens 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 höchstens 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 Ersatzpflegeperson 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.“

9. § 42 wird wie folgt geändert:

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

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „bis zu dem Gesamtbetrag von 1 774 Euro im Kalenderjahr“ durch die Wörter „pro Kalenderjahr höchstens bis zu einem Betrag in Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a“ ersetzt.

bb) Die Sätze 3 und 4 werden aufgehoben.

10. 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 3 386 Euro je Kalenderjahr (Gemeinsamer Jahresbetrag).

(2) Werden Leistungen der Verhinderungspflege durch Pflegeeinrichtungen erbracht, haben diese der Pflegekasse des Pflegebedürftigen die Leistungserbringung und deren Umfang spätestens bis zum Ende des auf den Monat der Leistungserbringung folgenden Kalendermonats anzuzeigen. Werden Leistungen der Kurzzeitpflege erbracht und wird deren Abrechnung gegenüber der Pflegekasse des Pflegebedürftigen nicht bis zum Ende des auf den Monat der Leistungserbringung folgenden Kalendermonats vorgenommen, ist durch den Leistungserbringer bis zum Ablauf dieses Zeitraums die Leistungserbringung und deren Umfang gegenüber der Pflegekasse anzuzeigen.

(3) Erbringen Pflegeeinrichtungen Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege oder der Kurzzeitpflege, haben die Pflegeeinrichtungen den Pflegebedürftigen im Anschluss an die Leistungserbringung unverzüglich eine schriftliche Übersicht über die dafür angefallenen Aufwendungen zu übermitteln oder auszuhändigen; auf der Übersicht ist deutlich erkennbar auszuweisen, welcher Betrag davon zur Abrechnung über den Gemeinsamen Jahresbetrag vorgesehen ist. Die Übersicht kann mit Zustimmung des Pflegebedürftigen auch in Textform übermittelt werden. Sofern es sich bei den Leistungserbringenden nicht um natürliche Personen handelt, finden die Sätze 1 und 2 auf andere Erbringer von Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege oder der Kurzzeitpflege entsprechende Anwendung.“

11. In der Überschrift des bisherigen Dritten Titels des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird das Wort „Dritter“ durch das Wort „Vierter“ ersetzt.
12. In der Überschrift des bisherigen Vierten Titels des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird das Wort „Vierter“ durch das Wort „Fünfter“ ersetzt.
13. In der Überschrift des bisherigen Fünften Titels des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird das Wort „Fünfter“ durch das Wort „Sechster“ ersetzt.
14. In der Überschrift des bisherigen Sechsten Titels des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird das Wort „Sechster“ durch das Wort „Siebter“ ersetzt.
15. § 43c wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 wird die Angabe „5 Prozent“ durch die Angabe „15 Prozent“ ersetzt.
 - b) In Satz 2 wird die Angabe „25 Prozent“ durch die Angabe „30 Prozent“ ersetzt.
 - c) In Satz 3 wird die Angabe „45 Prozent“ durch die Angabe „50 Prozent“ ersetzt.
 - d) In Satz 4 wird die Angabe „70 Prozent“ durch die Angabe „75 Prozent“ ersetzt.

16. § 44a wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird das Wort „**insgesamt**“ gestrichen und werden nach dem Wort „**Arbeitstage**“ die Wörter „**je Kalenderjahr**“ eingefügt.
 - bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „**Arbeitstage**“ die Wörter „**je Kalenderjahr**“ eingefügt.
 - b) In Absatz 6 Satz 1 und 3 werden jeweils nach dem Wort „**Arbeitstage**“ die Wörter „**je Kalenderjahr**“ eingefügt.
17. In § 45b Absatz 1 Satz 4 werden die Wörter „**auch, wenn für die Finanzierung der in Satz 3 genannten Leistungen Mittel der Verhinderungspflege gemäß § 39 eingesetzt werden**“ durch die Wörter „**auch in dem Fall, in dem für die in Satz 3 genannten Leistungen Mittel im Rahmen einer Verhinderungspflege gemäß § 39 eingesetzt werden**“ ersetzt.
18. In § 46 Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „**3,2**“ wird durch die Angabe „**3**“ ersetzt.
19. § 108 wird wie folgt geändert:
- a) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„**Auf Wunsch wird den Versicherten regelmäßig jedes Kalenderhalbjahr eine Übersicht über die Leistungen, die sie in Anspruch genommen haben, und deren Kosten übermittelt. Auf Anforderung erhalten Versicherte von den Pflegekassen Auskunft darüber, welche Leistungsbestandteile im Einzelnen durch Leistungserbringende in Bezug auf die Versicherten zur Abrechnung bei der Pflegekasse eingereicht worden sind; die Informationen sind in für die Versicherten verständlicher Form aufzubereiten. Auf Wunsch erhalten Versicherte eine Durchschrift der von Leistungserbringern bei der Pflegekasse eingereichten Abrechnungsunterlagen.**“
 - b) Im bisherigen Satz 2 werden nach dem Wort „**Versicherten**“ die Wörter „**nach diesem Absatz**“ eingefügt.

Artikel 4

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Juli 2023 in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts anderes bestimmt ist.

(2) Artikel 1 Nummer 1 und Artikel 2 Nummer 1 Buchstabe a, Nummer 2, 3 Buchstabe a, Nummer 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 19, 20, 29, 38 Buchstabe a und Nummer 41 treten am **[einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats]** in Kraft.

(3) Artikel 3 tritt am 1. Januar 2024 in Kraft.

(4) Artikel 2 Nummer 42 tritt rückwirkend zum 1. Januar 2023 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Auf der Basis von im Koalitionsvertrag für diese Legislaturperiode vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in der Pflege sollen Anpassungen in der Pflegeversicherung vorgenommen werden. Insbesondere sollen die häusliche Pflege gestärkt und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sowie anderen Pflegepersonen entlastet, die Arbeitsbedingungen für professionell Pflegende weiter verbessert sowie die Potentiale der Digitalisierung für Pflegebedürftige und für Pflegende noch besser nutzbar gemacht werden. Es soll eine automatische, regelhafte Anpassung der Geld- und Sachleistungsbeträge in 2025 und 2028 geben. Darüber hinaus sollen Innovationen gefördert und mehr Unterstützung insbesondere für häuslich gepflegte Menschen bereitgestellt werden, um die Inanspruchnahme vor Ort verfügbarer Angebote zu vereinfachen.

Dabei sind die ökonomischen Rahmenbedingungen sowie die finanzielle Lage der Pflegeversicherung zu beachten. Aufgrund der demographischen Entwicklung, höherer Ausgaben für die zeitlich gestaffelte Eigenanteilsreduzierung in der vollstationären Pflege und insbesondere der hohen Kosten für die Erstattung von pandemiebedingten Mehraufwendungen und Mindereinnahmen der Pflegeeinrichtungen sowie der Kosten für PoC-Antigen-Testungen in der Langzeitpflege sind Maßnahmen zur Verbesserung der Einnahmensituation der sozialen Pflegeversicherung unumgänglich.

Mit Beschluss vom 7. April 2022 zu den Verfahren mit den Aktenzeichen 1 BvL 3/18, 1 BvR 717/16, 1 BvR 2257/16 und 1 BvR 2824/17 hat das Bundesverfassungsgericht festgestellt, dass es mit dem Grundgesetz unvereinbar sei, dass beitragspflichtige Eltern in der sozialen Pflegeversicherung unabhängig von der Zahl der von ihnen betreuten und erzogenen Kinder mit gleichen Beiträgen belastet werden. Das Bundesverfassungsgericht hat die Verfassungswidrigkeit des § 55 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 Satz 1 und 2 sowie des § 57 Absatz 1 Satz 1 ausgesprochen. Es hat dem Gesetzgeber aufgegeben, bis spätestens zum 31. Juli 2023 einen verfassungsgemäßen Zustand zu schaffen.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Damit die Pflegeversicherung der Aufgabe auch weiterhin nachkommen kann, Pflegebedürftige und Pflegepersonen, insbesondere pflegende Angehörige, wirksam zu unterstützen, angemessen entlohnte Pflegekräfte in der erforderlichen Anzahl und mit der erforderlichen Qualifikation zu gewinnen und zu halten, um die Pflegebedürftigen gut pflegen und betreuen zu können, und die Pflegebedürftigen vor finanzieller Überforderung zu schützen, sieht dieser Gesetzentwurf folgende Maßnahmen vor:

Maßnahmen zur Stabilisierung der Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung:

Zur Sicherung der finanziellen Stabilität der sozialen Pflegeversicherung im Sinne einer Absicherung bestehender Leistungsansprüche sowie zur Finanzierung der im Rahmen dieser Reform vorgesehenen Leistungsanpassungen wird der Beitragssatz zum 1. Juli 2023 moderat um 0,35 Prozentpunkte angehoben.

Zur Begrenzung des starken Anstiegs der Verwaltungskostenerstattung der sozialen Pflegeversicherung an die gesetzliche Krankenversicherung wird die Bemessungsgrundlage leicht abgesenkt.

Erhöhung des Pflegegelds und Anhebung der ambulanten Pflegesachleistungen:

Um die häusliche Pflege weiter zu stärken, wird das Pflegegeld zum 1. Januar 2024 um 5 Prozent erhöht. Angesichts lohnbedingt steigender Vergütungen der Pflegedienste werden die ambulanten Sachleistungsbeträge zum 1. Januar 2024 um 5 Prozent angehoben.

Anhebung der Zuschläge zur Begrenzung der Eigenanteile bei vollstationärer Pflege:

Nachdem zum 1. Januar 2022 Leistungszuschläge zur Reduzierung der von den Pflegebedürftigen zu tragenden Eigenanteile eingeführt wurden, werden diese ab dem 1. Januar 2024 nochmals um 5 bis 10 Prozentpunkte erhöht. Mit dieser Maßnahme wird dem Trend zu steigenden Eigenanteilen noch stärker entgegengewirkt.

Digitale Pflegeanwendungen:

Im Bereich der Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen wird klargestellt, dass die nach § 78a Absatz 1 Satz 1 SGB XI für digitale Pflegeanwendungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Herstellern vereinbarten Vergütungsbeträge für die Hersteller und gegenüber den Pflegebedürftigen bindend sind. Außerdem werden die Pflegekassen verpflichtet, die Pflegebedürftigen über die von ihnen für ergänzende Unterstützungsleistungen und digitale Pflegeanwendungen selbst zu tragenden Kosten einschließlich der Mehrkosten nach § 40a Absatz 2 Satz 8 vorab in schriftlicher Form oder elektronisch zu informieren.

Gemeinsamer Jahresbetrag:

Die bisher separat in § 39 und § 42 vorgesehenen Leistungsbeträge für Leistungen der Verhinderungspflege und für Leistungen der Kurzzeitpflege werden mit Wirkung zum 1. Januar 2024 in dem neuen Gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege zusammengeführt. Damit steht für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege künftig ein Gesamtleistungsbetrag zur Verfügung, den die Anspruchsberechtigten nach ihrer Wahl flexibel für beide Leistungsarten einsetzen können. Der neue Gemeinsame Jahresbetrag nach § 42a beläuft sich auf eine Höhe von bis zu insgesamt 3.386 Euro pro Kalenderjahr.

Die jeweiligen Tatbestandsvoraussetzungen, unter denen Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden können, bleiben weiterhin in § 39 und § 42 geregelt, denn die beiden Regelungen bieten jeweils auf die jeweiligen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen abgestimmte Voraussetzungen und in der Abwicklung auf die jeweils vorliegende Pflegesituation bezogene Vorteile.

Gleichzeitig werden die geltenden Voraussetzungen soweit als möglich angeglichen, wo die Vereinheitlichung dazu dient, den flexiblen Einsatz des Gesamtleistungsbetrags zu ermöglichen und Hindernisse abzubauen. So wird die zeitliche Höchstdauer der Verhinderungspflege auf acht Wochen im Kalenderjahr angehoben und damit der zeitlichen Höchstdauer der Kurzzeitpflege angeglichen. Gleiches gilt für den Zeitraum der hälftigen Fortzahlung eines bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes sowohl während der Verhinderungspflege als auch während der Kurzzeitpflege. Bei der Verhinderungspflege wird darüber hinaus die bisher erforderliche Vorpflegezeit von mindestens sechs Monaten aufgehoben.

Ausweitung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld:

Künftig soll das Pflegeunterstützungsgeld pro Kalenderjahr für bis zu zehn Arbeitstage je pflegebedürftiger Person in Anspruch genommen werden können, wenn die Voraussetzungen für eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 des Pflegezeitgesetzes vorliegen.

Regelmäßige Dynamisierung:

Da die ambulanten Geld- und Sachleistungsbeträge zum 1. Januar 2024 erhöht und im vollstationären Bereich die Leistungszuschläge zur Eigenanteilsbegrenzung ebenfalls zum 1. Januar 2024 angehoben werden, wird die nach geltendem Recht für das Jahr 2024 vorgesehene allgemeine Leistungsdynamisierung um ein Jahr verschoben. Zum 1. Januar 2025 und zum 1. Januar 2028 werden die Geld- und Sachleistungen regelmäßig in Anlehnung an die Preisentwicklung automatisch dynamisiert – zum 1. Januar 2025 um 5 Prozent, zum 1. Januar 2028 in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen, nicht jedoch stärker als der Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmenden im selben Zeitraum. Für die langfristige Leistungsdynamisierung wird die Bundesregierung im Rahmen ihrer Überlegungen zur langfristigen Finanzierung der Pflegeversicherung noch in dieser Legislaturperiode Vorschläge erarbeiten.

Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 zur Berücksichtigung des Erziehungsaufwands von Eltern im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung:

Zur Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 wird der Beitragszuschlag für Mitglieder ohne Kinder von 0,35 auf 0,6 Beitragssatzpunkte angehoben. Gleichzeitig werden Mitglieder mit mehreren Kindern ab dem zweiten Kind bis zum fünften Kind in Höhe von 0,15 Beitragssatzpunkten je Kind entlastet. Ab dem fünften Kind bleibt es bei einer Entlastung in Höhe eines Abschlags von 0,6 Beitragssatzpunkten. Die Entlastung gilt lebenslang. Auch die vor dem 1. Januar 1940 geborenen Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die Kinder haben, kommen in den Genuss der Beitragsabschläge. Dies gilt auch für Mitglieder mit Kindern, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Für Mitglieder mit einem Kind gilt weiterhin der reguläre Beitragssatz.

Förderbudget für Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier:

Über ein neu geschaffenes Förderbudget investieren Länder und Kommunen gemeinsam mit der Pflegeversicherung in Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier, um die Situation von Pflegebedürftigen zu erleichtern, mehr Transparenz zu schaffen und den Zugang zu vorhandenen Hilfsmöglichkeiten zu verbessern. Dies fördert eine ortsnahe und bedarfsgerechte Unterstützung der Pflegebedürftigen und ihrer Pflegepersonen. Die Pflegeversicherung stellt hierfür 50 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung. Voraussetzung ist eine hälftige Kofinanzierung durch das jeweilige Bundesland bzw. die jeweilige Kommune als für die Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur bzw. die Daseinsvorsorge zuständige Beteiligten.

Verbesserung der Transparenz für Versicherte, die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen:

Für Versicherte, die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, wird die Transparenz weiter verbessert: Die in § 108 Absatz 1 Satz 1 geregelte Übersicht über die von den Pflegebedürftigen in der Vergangenheit bezogenen Leistungen und deren Kosten wird auf Wunsch von den Pflegekassen künftig einmal je Kalenderhalbjahr automatisch übersandt. Sind die Versicherten an detaillierteren Informationen darüber interessiert, welche Leistungen im Einzelnen bei der Pflegekasse zur Abrechnung eingereicht worden sind, erhalten sie von der Pflegekasse künftig zudem auch dazu entsprechende Auskünfte.

Maßnahmen zur Förderung der Digitalisierung in der Pflege:

Die Möglichkeiten der Digitalisierung in der Langzeitpflege sollen noch besser genutzt werden. Dazu wird ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege eingerichtet, das die Potentiale zur Verbesserung und Stärkung der pflegerischen Versorgung sowohl für die Betroffenen als auch die Pflegenden identifiziert und verbreitet. Das bestehende Förderprogramm nach § 8 Absatz 8 SGB XI für digitale und technische Anschaffungen in Pflegeeinrichtungen zur Entlastung des Pflegepersonals wird um weitere Fördertatbestände wie eine stärkere Förderung der Anbindung der Pflege an die TI ausgeweitet und entfristet. Die bisher weitgehend freiwillige Anbindung der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur wird durch einen verpflichtenden Anschluss der Pflegeeinrichtungen ersetzt. Außerdem sollen pflegebedürftige Personen, ihre Pflegepersonen, weitere Angehörige und vergleichbar Nahestehende, Mitarbeitende in Sozialdiensten in Krankenhäusern sowie in Beratungseinrichtungen künftig durch ein elektronisches Informationsportal bei der Suche nach freien Plätzen und Angeboten wohnortnaher ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen sowie flankierender Unterstützungs- und Beratungsangebote unterstützt werden, an die die entsprechenden Pflegeeinrichtungen und Anbieter ihre freien Kapazitäten und Angebote melden.

Neustrukturierung und -systematisierung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit:

Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist in § 18 SGB XI geregelt. Die Praxis zeigt, dass mit der in verschiedenen Reformschritten seit 2008 gewachsenen Komplexität und Unübersichtlichkeit der geltenden Norm Verständnisschwierigkeiten, Auslegungsfragen und Unsicherheiten verbunden sind. § 18 SGB XI wird daher neu strukturiert und systematisiert werden, so dass verfahrens- und leistungsrechtliche Inhalte in voneinander getrennten Vorschriften übersichtlicher und adressatengerechter aufbereitet sind. Zudem werden aus Gründen der Rechtssicherheit inhaltliche Anpassungen vorgenommen.

Angesichts der Bedeutung der Betroffenenperspektive für die Verbesserung der Situation in der Pflege sollen die Grundlagen für die Beteiligung der Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen im Qualitätsausschuss Pflege verbessert werden: Der Qualitätsausschuss wird zu mehr Transparenz und zur Einrichtung einer Referenten- bzw. Referentinnenstelle zur Unterstützung der Betroffenenorganisationen verpflichtet.

In der stationären Pflege wird die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens durch Vorgabe weiterer Ausbaustufen beschleunigt. Entwicklungen auf dem Arbeits- und Ausbildungsmarkt und Erkenntnisse aus dem Modellprogramm nach § 8 Absatz 3b SGB XI werden berücksichtigt.

Die Förderung von guten Arbeitsbedingungen in der Pflege, insbesondere zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, soll ausgebaut und das Förderprogramm von 100 Millionen Euro pro Jahr nach § 8 Absatz 7 SGB XI bis zum Ende des Jahrzehnts verlängert werden.

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.

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

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

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

In Bezug auf den Bereich der Vereinfachung des Rechts und des Verwaltungsvollzugs beinhaltet das Gesetz verschiedene Regelungen, mit denen Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung und zu einem transparenteren und unbürokratischeren Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung umgesetzt werden.

Durch die Neustrukturierung des § 18 SGB XI, in dem das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit geregelt ist, werden verfahrens- und leistungsrechtliche Inhalte in voneinander getrennten Vorschriften übersichtlicher und adressatengerechter aufbereitet. Damit soll Verständnisschwierigkeiten, Auslegungsfragen und Unsicherheiten begegnet werden, die sich in der Praxis hinsichtlich der in verschiedenen Reformschritten seit 2008 gewachsenen Komplexität und Unübersichtlichkeit der geltenden Norm gezeigt haben.

Auch die neue Pflicht für die Landesverbände der Pflegekassen zur Veröffentlichung der Rahmenverträge zur pflegerischen Versorgung wird für alle Beteiligten Transparenz über wesentliche Grundsätze und Absprachen im Bereich der Langzeitpflege auf Landesebene schaffen.

Über ein elektronisches Informationsportal sollen pflegebedürftige Personen, ihre Pflegepersonen, weitere Angehörige und vergleichbar Nahestehende, sowie Mitarbeitende in Sozialdiensten in Krankenhäusern oder in Beratungseinrichtungen bei der Suche nach freien Plätzen und Angeboten wohnortnaher ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen sowie flankierender Unterstützungs- und Beratungsangebote unterstützt werden.

Mit der Einführung eines Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege werden die bisher separat in § 39 und § 42 vorgesehenen Leistungsbeträge für Leistungen der Verhinderungspflege und für Leistungen der Kurzzeitpflege mit Wirkung zum 1. Januar 2024 zusammengeführt. Die Anspruchsberechtigten werden den neuen Gesamtleistungsbetrag künftig nach ihrer Wahl flexibel für beide Leistungsarten einsetzen können.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Das Gesetz entspricht den Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich Gesundheit, Lebensqualität und des sozialen Zusammenhalts der Bürgerinnen und Bürger im Sinne der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie, die der Umsetzung der UN-Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung dient.

Nach Überprüfung der Indikatoren und Prinzipien für nachhaltige Entwicklung erweist sich das Regelungsvorhaben als vereinbar mit der deutschen Nachhaltigkeitsstrategie und trägt insbesondere zur Erreichung der Nachhaltigkeitsziele SDG 1 (Keine Armut), SDG 3 (Gesundheit und Wohlergehen) und SDG 8 (Menschenwürdige Arbeit und Wohlergehen) bei.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund, Länder und Gemeinden sind aufgrund der Beitragssatzerhöhung in ihrer Funktion als Arbeitgeber ab dem Jahr 2023 mit rund 0,2 Milliarden Euro jährlich belastet. Zusätzlich entstehen dem Bund für die Übernahme der Beiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Grundsicherung für Arbeitsuchende durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben in Höhe von rund 0,13 Milliarden Euro jährlich.

Für die Träger der Beihilfe entstehen aus den Leistungsanpassungen insgesamt mittelfristige jährliche Mehrausgaben in Höhe von rund 0,14 Milliarden Euro jährlich.

Im Bereich der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ergeben sich Kosten von etwa 0,03 Milliarden Euro im Jahr. Des Weiteren ergeben sich zusätzliche Kosten für die Bundesagentur für Arbeit durch die Übernahme der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld (inklusive Arbeitslosengeld bei Weiterbildung) in Höhe von insgesamt rund 0,08 Milliarden Euro jährlich. Auch in weiteren Sozialversicherungszweigen ergeben sich bei den Beiträgen zur sozialen Pflegeversicherung insgesamt Mehrausgaben in der Größenordnung eines mittleren zweistelligen Millionenbetrags.

Für die Träger der Sozialhilfe ergeben sich insbesondere durch die Anhebung der Zuschläge gemäß § 43c SGB XI ab dem Jahr 2024 jährliche finanzielle Entlastungen in Höhe von rd. 200 Mio. Euro.

Für die soziale Pflegeversicherung ergeben sich aus den Leistungsanpassungen dieses Gesetzes mittelfristig jährliche Mehrausgaben von rund 3 Milliarden Euro. Die Mehrausgaben ergeben sich aus diesen Maßnahmen:

- Die Anhebung des Pflegegeldes um 5 Prozent zum 1. Januar 2024 führt zu Mehrausgaben von 0,7 Milliarden Euro ab 2024.
- Die Anhebung der ambulanten Sachleistungsbeträge um 5 Prozent zum 1. Januar 2024 zur Entlastung der Pflegebedürftigen hinsichtlich finanzieller Aufwendungen für lohnbedingt steigende Vergütungen führt zu Mehrausgaben von 0,3 Milliarden Euro ab 2024.
- Die Einführung eines gemeinsamen Jahresbetrages für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege mit Entfallen der Vorpflegezeit bei der Verhinderungspflege führt im ersten Jahr (2024) zu Mehrausgaben von 0,5 Milliarden Euro.
- Die Ausweitung der Inanspruchnahmemöglichkeit des Pflegeunterstützungsgeldes führt ab 2024 zu jährlichen Mehrausgaben von 0,02 Milliarden Euro.
- Ferner führt die Anhebung der stationären Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen zu Mehrausgaben ab 2024 von 0,6 Milliarden Euro.
- Die Umsetzung des Maßnahmenpakets „Digitalisierung in der Pflege“ führt ab 2024 zu jährlichen Mehrausgaben von bis zu 0,1 Milliarden Euro.
- Die Schaffung eines Förderbudgets für gemeinsam von Ländern und Kommunen sowie sozialer Pflegeversicherung getragener Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier führt ab 2024 bis 2028 zu Mehrausgaben von bis zu 0,05 Milliarden Euro pro Kalenderjahr (0,25 Milliarden Euro im Sinne einer Maximalschätzung für den gesamten Zeitraum). Den Ländern und Kommunen entstehen im selben Zeitraum ebenfalls

Mehrausgaben in Höhe von bis zu 0,05 Milliarden Euro pro Kalenderjahr (0,25 Milliarden Euro im Sinne einer Maximalschätzung für den gesamten Zeitraum). Die tatsächlich anfallenden Kosten sind in ihrer Höhe abhängig von der Anzahl der Modellvorhaben, die bewilligt werden, und für die in der Folge Mittel zur Verfügung gestellt werden.

- Die Verlängerung des Förderprogramms für die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf nach § 8 Absatz 7 SGB XI führt ab 2025 zu jährlichen Mehrausgaben von bis zu 0,1 Milliarden Euro.
- Die Schaffung einer Referenten- bzw. Referentinnenstelle zur Unterstützung der nach § 118 SGB XI maßgeblichen Interessensvertretungen in der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege (§ 113b Absatz 6 SGB XI) führt zu jährlichen Mehrausgaben in Höhe von voraussichtlich rund 106 000 Euro für Personalkosten (eine Mitarbeiterkapazität in der Sozialversicherung mit Qualifikation für den höheren Dienst). Sofern die Betroffenenorganisationen entscheiden, dass die Aufgabe in den Räumlichkeiten der Geschäftsstelle wahrgenommen wird, würde dies im Haushalt der Geschäftsstelle zu weiteren Sachkosten (bzw. Personalgemeinkosten) führen, deren Höhe nicht beziffert werden kann. Die Geschäftsstelle wird über den Ausgleichsfonds gemäß § 8 Absatz 4 SGB XI finanziert.

Für die Refinanzierung der genannten reformbedingten Mehrausgaben sowie des strukturellen Defizits auf Basis des geltenden Rechts sind folgende mittelfristige jährliche Minderausgaben und Mehreinnahmen erforderlich:

- Aus der Anhebung des Beitragssatzes um 0,35 Beitragssatzpunkte entstehen in 2023 Mehreinnahmen von 3,15 Milliarden Euro sowie ab 2024 jährliche Mehreinnahmen von 6,6 Milliarden Euro, die zur Stabilisierung der Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung und der Absicherung bestehender Leistungsansprüche dienen.
- Aufgrund der Absenkung der Verwaltungskostenpauschale von derzeit 3,2 Prozent auf 3,0 Prozent entstehen ab 2024 jährliche Minderausgaben von rund 0,12 Milliarden Euro.
- In 2024 entstehen einmalige Minderausgaben in Höhe von 3,2 Milliarden Euro aufgrund der Verschiebung der Leistungsdynamisierung um ein Jahr.
- Durch die Verschiebung der Zuführung der monatlichen Raten zum Pflegevorsorgefonds für das Jahr 2023 in das Jahr 2024 ergeben sich im Jahr 2023 einmalig Minderausgaben in Höhe von 1,7 Milliarden Euro und im Jahr 2024 einmalig Mehrausgaben in gleicher Höhe.

Die Staffelung der Beitragshöhe mit Bezug zur Kinderzahl wie auch die neue Veröffentlichungspflicht für die Landesverbände der Pflegekassen erfolgt für die soziale Pflegeversicherung finanzneutral.

4. Erfüllungsaufwand

1. Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Neustrukturierung der §§ 18 ff. SGB XI, hier: Modellvorhaben nach § 18e SGB XI:

Pflegebedürftigen Bürgerinnen und Bürgern kann bei der Einwilligung oder dem Widerspruch zur Nutzung ihrer personenbezogenen Daten im Rahmen von Modellvorhaben nach § 18e SGB XI geringfügiger zusätzlicher Erfüllungsaufwand entstehen.

Ausweitung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld (§ 44a SGB XI):

Es ist von 11 000 zusätzlichen Anträgen der Bürgerinnen und Bürger pro Kalenderjahr auszugehen. Davon sind 10 000 Anträge bei den Pflegekassen zu stellen und 1 000 an die privaten Versicherungsunternehmen zu richten. In zeitlicher Hinsicht ist pro Antrag einmalig ein Aufwand in Höhe von einer Stunde anzusetzen (Ausfüllen des Antragsformulars, Besorgen und Beifügen der ärztlichen Bescheinigung und Beifügen der Entgeltbescheinigungen). An Sachkosten fallen für die Bürgerinnen und Bürger Portokosten in Höhe von 1,00 Euro (Kompaktbrief bis 50g) sowie sonstige Sachkosten in Höhe von 0,20 Euro pro Antragstellung an. Der Erfüllungsaufwand für die Bürgerinnen und Bürger beträgt jährlich im Saldo etwa 13 200 Euro.

Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts zur Beitragsdifferenzierung nach Kinderzahl (§ 55 SGB XI):

Den Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung mit Kindern entsteht Erfüllungsaufwand dadurch, dass sie der beitragsabführenden Stelle bzw. der Pflegekasse, dem Rentenversicherungsträger oder der Versorgungsstelle die Anzahl ihrer Kinder mitteilen müssen. Von den 57,6 Millionen beitragszahlenden Mitgliedern sind ca. 28,5 Prozent, also ca. 16,42 Millionen kinderlos. Somit ist von 41,18 Millionen Mitglieder mit Kindern auszugehen. Bei 20 Prozent der Mitglieder (= 8,2 Millionen) dürfte der beitragsabführende Stelle, der Pflegekasse, dem Rentenversicherungsträger oder der Versorgungsstelle die genaue Anzahl der Kinder bekannt sein. Bei den verbleibenden 80 Prozent der Mitglieder (= rund 33 Millionen) dürfte die genaue Anzahl der Kinder nicht bekannt sein, so dass die Mitglieder die beitragsabführende Stelle, die Pflegekasse, den Rentenversicherungsträger oder die Versorgungsstelle entsprechend informieren müssen. Hierbei ist von einem Zeitaufwand von 10 Minuten auszugehen, so dass sich ein zeitlicher Aufwand in Höhe von 5,5 Millionen Stunden ergibt (33 Millionen Mitglieder x 10 Minuten = 330 Millionen Minuten = 5,5 Millionen Stunden). Zudem entsteht ein geringfügiger Sachaufwand, da in den meisten Fällen ein Vorzeigen der Dokumente in der Personalabteilung oder eine digitale Zusendung ausreichen wird.

Ferner ergibt sich auch ein fortlaufender Erfüllungsaufwand durch die Regelung. Es ist von rund 800 000 Geburten im Jahr auszugehen (Stand: 2021). Bei Müttern entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand, da sie dem Arbeitgeber die Geburt des Kindes bereits zur Berechnung der Mutterschutzfrist mitteilen. Bei Vätern ist hingegen für die Mitteilung der Geburt an den Arbeitgeber von einem zeitlichen Aufwand von zehn Minuten auszugehen. Es ergibt sich somit ein fortlaufender Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 130 000 Stunden pro Jahr (800 000 Geburten x 10 Minuten = 8 000 000 Minuten = rund 130 000 Stunden pro Jahr).

Demgegenüber zielen zahlreiche Regelungen dieses Gesetzvorhabens auf eine Entlastung für Bürgerinnen und Bürger ab, sodass kein Erfüllungsaufwand, sondern vielmehr eine Entlastungswirkung für Bürgerinnen und Bürger zu erwarten ist. Durch die Einführung eines Informationsportals zu Pflege- und Beratungsangeboten (§ 7d SGB XI) können Bürgerinnen und Bürger zielgerichteter bei Pflegeeinrichtungen mit freien Kapazitäten anrufen und weitere Unterstützungs- und Beratungsangebote schnell finden. Durch die Einführung eines Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege (§ 42a SGB XI) wird ein Gesamtleistungsbetrag je Kalenderjahr eingeführt, der flexibel für beide Leistungsarten eingesetzt werden kann. Gleichzeitig werden Regelungen zur Transparenz geschaffen, die pflegebedürftige Bürgerinnen und Bürger in die Lage versetzen, jederzeit den Überblick über die Aufwendungen zu behalten, die über den Gemeinsamen Jahresbetrag abgerechnet werden. Die bisherige Übertragung von Leistungsbeträgen von dem einen auf den anderen Anspruch, die Prüfung des Einhaltens von Übertragungsgrenzen und der damit jeweils verbundene Aufwand entfallen. Die Informationen über die Aufwendungen, die über den Gemeinsamen Jahresbetrag abgerechnet werden sollen, werden den pflegebedürftigen Bürgerinnen und Bürger mitgeteilt, ohne dass diese gesondert beantragt oder beschafft werden müssten. Durch die Verbesserung der Transparenzregelungen in § 108 Absatz 1

SGB XI werden Pflegebedürftige, die eine regelmäßige Information wünschen, zudem von Antragspflichten entlastet. Versicherte, die detailliertere Informationen zu Leistungen wünschen, die bei der Pflegekasse zur Abrechnung eingereicht worden sind, erhalten künftig zudem einen entsprechenden Auskunftsanspruch, sodass die Beschaffung der Informationen für die Pflegebedürftigen wesentlich vereinfacht wird. Auch durch den Aufbau und Betrieb des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege (§ 125b SGB XI) ist für Bürgerinnen und Bürger von einer Entlastung auszugehen, da das Kompetenzzentrum dazu beitragen soll, digitale Lösungen zur Förderung von Selbstständigkeit, Selbstbestimmung, Teilhabe und Sicherheit sowie zur Verhinderung eines Eintritts bzw. einer Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit weiterzuentwickeln und zugänglicher zu machen. Durch die Förderung von Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen (§ 123 SGB XI) sollen Bürgerinnen und Bürger durch innovative Maßnahmen und verbesserte Versorgungsstrukturen unterstützt und entlastet werden, da die Förderung der Erleichterung der Situation der Pflegebedürftigen und deren Pflegepersonen sowie der Schaffung von Transparenz und der Verbesserung des Zugangs zu den vorhandenen Hilfemöglichkeiten dient. Auch der erleichterte Zugang zu verlässlichen Informationen zu den Inhalten der Landesrahmenverträge zur pflegerischen Versorgung durch den neuen Auftrag an die Pflege-selbstverwaltung, diese zu veröffentlichen, wird die Versicherten, ihre Angehörigen und sonstigen Pflegepersonen entlasten (§ 75 Absatz 1 Satz 5 SGB XI). Die Entlastungswirkung der verschiedenen Regelungen ist in ihrer konkreten Höhe für Bürgerinnen und Bürger an dieser Stelle jedoch nicht quantifizierbar.

2. Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Verpflichtende Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur (§ 341 SGB V):

Mit dem DVPMG wurde bereits die Grundlage für eine weitergehende Anbindung der Pflege an die TI geschaffen. Ab dem 1. Juli 2024 ist die elektronische Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP) sowie außerklinischer Intensivpflege (AKI) verpflichtend vorgesehen. Hierfür müssen sich die entsprechenden Leistungserbringer bis zum 1. Januar 2024 an die TI anschließen. Mit der nun verpflichtenden Regelung für alle Pflegeeinrichtungen zur Anbindung haben sich nunmehr auch stationäre Pflegeeinrichtungen anzubinden. Eine Pflegeeinrichtung wird im Vorfeld der Anbindung an die TI nötige Informationen einholen müssen, Angebote prüfen, Berechtigungskarten (SMC-B) beantragen, mit den Herstellern der Software korrespondieren und die Anpassungen am System vornehmen müssen. Hierfür entsteht einer Pflegeeinrichtung ein zeitlicher Aufwand von ca. 20 Arbeitsstunden. Diese verteilen sich auf Pflegedienstleitung als auch IT-Mitarbeitende. Es ist anzunehmen, dass die Verbände der Pflegeeinrichtungen Informationen und Hinweise zur Anbindung an die TI geben werden, so dass sich der Aufwand für die einzelne Pflegeeinrichtung auf ca. 15 Arbeitsstunden minimieren dürfte. Davon entfallen fünf Stunden auf Beschäftigte mit qualifizierten Tätigkeiten (30,00 Euro/Std.), die nach Anweisung erledigt werden und zehn Stunden auf Beschäftigte mit Führungsaufgaben bzw. Entscheidungsbefugnissen (59,10 Euro /Std.).

Damit ergibt sich ein Aufwand von ca. 741 Euro. Auf Seiten der Softwarehersteller müssen Schnittstellen zu den IT-Anwendungen programmiert werden. Hierfür dürfte pro Einrichtung ein Programmieraufwand von max. zwei Stunden entstehen (45,20 Euro /Stunde). In Summe entstehen der Wirtschaft deshalb pro Pflegeeinrichtung ca. 831,40 Euro Aufwand. Bei ca. 16 100 stationären Pflegeeinrichtungen, die ebenfalls verpflichtet werden, sich an die TI anzuschließen, ergibt sich ein initialer Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft von ca. 13,39 Millionen Euro. Auch nach erfolgreicher Anbindung wird ein gewisser Erfüllungsaufwand auf Seiten der Pflegeeinrichtungen und der Hersteller möglich sein, der vielleicht zwei Stunden pro Monat umfassen könnte. Damit würde ein fortlaufender Erfüllungsaufwand von ca. 1,2 Millionen Euro / Monat zusätzlich anfallen. Demgegenüber stehen deutliche Entlastungspotentiale. Derzeit papiergebundene Prozesse können mit dem Betrieb der Telematikinfrastruktur schrittweise durch IT-unterstützte Prozesse abgelöst werden. Damit ist

der Datenaustausch zwischen den verschiedensten Akteuren des Gesundheitswesens einfacher und sicher möglich, die Versorgungsqualität kann gesteigert werden. Bisherige Übermittlungswege wie das Fax können komplett entfallen und damit jeder einzelnen Einrichtung Zeit und damit Kosten sparen. Arztbriefe, Entlassberichte und ähnliches können den Pflegeeinrichtungen einfach per KIM-Dienst zugestellt werden. Bei strukturierten Dokumenten, können die Informationen auch viel leichter in eigene Systeme integriert werden. Aufwandsersparungen von mindestens einer Stunde pro Pflegeeinrichtung sind denkbar, das entspricht einer Aufwandsminimierung von 16 100 Stunden pro Tag. Diese Tätigkeit würde eine qualifiziert beschäftigte Person ausführen mit einem Stundenlohn von ca. 30 Euro /Std. Damit spart die Wirtschaft pro Tag 483 000 Euro, pro Jahr 176 Millionen Euro.

Informationsportal (§ 7d SGB XI):

Für das Informationsportal zu Pflege- und Betreuungsangeboten ergibt sich für die Wirtschaft eine Änderung des jährlichen Erfüllungsaufwands in Höhe von rund 465 000 Euro durch Bürokratiekosten aus Melde- und Informationspflichten. Zudem entsteht im Zusammenhang mit der Registrierung für das neue Verfahren ein einmaliger Aufwand von rund 106 000 Euro, die der Kategorie Einmalige Informationspflicht zuzuordnen sind (siehe unten). Dem stehen Einsparungen gegenüber, die sich insbesondere daraus ergeben, dass die Pflegeeinrichtungen gezielt entsprechend ihrer freien Kapazitäten kontaktiert und Aufwände zur Gewinnung von Kundinnen und Kunden reduziert werden können. Durch zielgerichtete Anrufe bei freien Einrichtungen reduziert sich bei ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen der Erfüllungsaufwand um ca. 550 000 Euro.

Betroffene	Rechenweg (Stunden x Lohnkosten)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit		Entlastung (in Euro)
			einmalig	jährlich	
502.074 Meldungen freier Kapazitäten	0,033 x 27,80	465.000		X	
28.530 Pflegeeinrichtungen	0,134 x 27,80	106.000	X		
28.530 Pflegeeinrichtungen	0,693 x 27,80			X	550.000

Verlängerung des Förderprogramms nach § 8 Absatz 7 SGB XI:

Durch die Antragstellung entsteht bei den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen ein Erfüllungsaufwand. Es wird angenommen, dass die wesentlichen Arbeitsschritte zur Antragstellung durch Mitarbeiter mit einem mittleren Qualifikationsniveau (Sachbearbeiter, Assistenz der Geschäftsleitung) durchgeführt werden kann. Für die Branche Gesundheits- und Sozialwesen sind durchschnittliche Lohnkosten von 27,80 Euro pro Stunde zu veranschlagen. In der Summe ergibt sich begrenzt auf die Jahre 2025 bis 2030 ein einmaliger Erfüllungsaufwand der Wirtschaft in Höhe von 241 110 Euro pro Jahr, insgesamt 1 446 660 Euro.

Tätigkeit	Zeitaufwand je Fall (in Min.)	Lohnsatz pro Stunde (in Euro)	Berechnung	Personalaufwand pro Jahr in Euro
Laufende Kosten pro Fall				
II. Beschaffung von Daten	15	27,80	15/60 x 27,80 = 6,95	

III. Ausfüllen von Formularen	10	27,80	$10/60 \times 27,80 = 4,64$	
IV. Durchführen von Berechnungen	10	27,80	$10/60 \times 27,80 = 4,64$	
VIII. Datenübermittlung	2	27,80	$2/60 \times 27,80 = 0,93$	
XI. Kopieren, archivieren, verteilen	2	21,00	$2/60 \times 21,00 = 0,70$	
Summe Personalaufwendungen pro Fall			17,86	
Summe (Personalaufwand pro Jahr): Zahl der voraussichtlich teilnehmenden Unternehmen x Kosten pro Fall = 13.500 x 17,86				241.110

Neustrukturierung und Anpassungen der §§ 18 ff. SGB XI:

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 Wirtschaft in Höhe von 169 000 Euro. Eine jährliche Entlastung in Höhe von etwa 9 000 Euro entsteht 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 des ambulanten Sachleistungsbetrags (§ 36 SGB XI) löst einmaligen Programmieraufwand bei den PKV-Unternehmen in Höhe von rund 2 600 Euro sowie bei den ambulanten Pflegediensten in Höhe von rund 4 700 Euro aus.

Betroffene	Rechenweg (Anzahl PKV-Unternehmen bzw. Abrechnungsprogramme x Stunden x Stundenlohnkosten)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit		Entlastung (in Euro)
			einmalig	jährlich	
44 PKV- Unternehmen	44 x 1 Stunde x 59,10 Euro	2.600,40	x		
10 Abrechnungsprogramme	10 x 8 Stunden x 59,10 Euro	4.728	X		

Digitale Pflegeanwendungen (§§ 40a und 40b SGB XI):

Der Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft (private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen) beträgt jährlich im Saldo etwa 76 950 Euro für die Prüfung von ergänzenden Unterstützungsleistungen (siehe auch in 1.3 c)).

Personalkosten				
Betroffene			Häufigkeit	

	Rechenweg (Stunden x Lohnkosten)	Betrag (in Euro)	einmalig	jährlich	Entlastung (in Euro)
PKV-Unternehmen	1.500 x 51,30 Euro	76.950	x		-

Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege (§ 42a SGB XI):

Durch die Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege entsteht für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, Erfüllungsaufwand hinsichtlich der Umstellung der Antragsbearbeitung und Prüfung der Einhaltung des künftigen gemeinsamen Gesamtleistungshöchstbetrags. Gegenüber dem bisherigen Recht verringert sich bei den privaten Versicherungsunternehmen gleichzeitig insofern der Aufwand als die bisher notwendige Prüfung der Vorpflegezeit bei der Verhinderungspflege künftig wegfällt. Auch die bisherige Übertragung von Leistungsbeträgen von dem einen auf den anderen Anspruch, die Prüfung des Einhaltens von Übertragungsgrenzen und der damit jeweils verbundene Aufwand entfallen. Damit ergibt sich für die laufenden Prüfungen insgesamt betrachtet eine Entlastung, die der Höhe nach aber nicht genau beziffert werden kann.

Hinsichtlich der Umstellung der Antragsbearbeitung fällt bei den PKV-Unternehmen einmaliger Programmieraufwand an, der sich auf insgesamt rund 3 901 Euro beläuft.

Betroffene	Rechenweg (Anzahl PKV-Unternehmen x Stunden x Stundenlohnkosten)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit	
			einmalig	jährlich
44 PKV-Unternehmen	44 x 1,5 Stunden x 59,10 Euro	3.900,60	X	

Für diejenigen, die Leistungen der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege erbringen und abrechnen, entsteht ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand für die Information der Versicherten über die abgerechneten Leistungen, soweit dies nicht bereits bisher erfolgt ist. Das betrifft sowohl Pflegeeinrichtungen als auch andere Leistungserbringende, nicht aber natürliche Personen, die im Rahmen der Verhinderungspflege eine notwendige Ersatzpflege übernehmen. Da es sich bereits nach bisher geltender Rechtslage bei der Verhinderungspflege um eine Kostenerstattungsleistung gegen Nachweis handelt und bei der Kurzzeitpflege jeweils auch Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie eventuell Investitionskosten anfallen, die den Pflegebedürftigen von der Pflegeeinrichtung in Rechnung gestellt werden, entsteht allerdings nur insoweit zusätzlicher Aufwand als bei der Erstellung der Rechnung der zur Abrechnung über den Gemeinsamen Jahresbetrag vorgesehene Betrag ausdrücklich auszuweisen ist. Für die entsprechende Umstellung der Rechnungsformulare fällt dementsprechend ein einmaliger Aufwand an (siehe dazu Näheres unten). Darüber hinaus entsteht für die Leistungserbringenden, die ihre Leistungen nicht bis zum Ende des auf die Leistungserbringung folgenden Kalendermonats gegenüber der Pflegekasse des Pflegebedürftigen abrechnen, ein Erfüllungsaufwand durch die in diesem Fall erforderliche Anzeige der Erbringung und des Umfangs der Leistung gegenüber der Pflegekasse. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Leistungserbringende an einer zeitnahen Abrechnung der Leistungen interessiert sind. Deshalb ist davon auszugehen, dass die Anzeigepflicht bei einer verspäteten Abrechnung nur in Ausnahmefällen greifen wird. Dies wird nur einen geringen Anteil der Abrechnungen betreffen. Zudem fällt bei der Anzeige kein hoher Aufwand an, da

die Pflegeeinrichtungen und die Kostenträger im Hinblick auf Abrechnungen bereits regelmäßig miteinander kommunizieren, der Pflegeeinrichtung die Dauer der Leistungserbringung bekannt ist und der Umfang der Leistungserbringung nur als überschlägige Angabe mitzuteilen ist. Daher fällt hierfür insgesamt nur ein geringfügiger laufender Erfüllungsaufwand an, der aber nicht genau beziffert werden kann.

Hinsichtlich der ausdrücklichen Ausweisung der Beträge, die zur Abrechnung über den Gemeinsamen Jahresbetrag vorgesehen sind, fällt bei den ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie den Einrichtungen, die Leistungen der Kurzzeitpflege erbringen, einmaliger Programmieraufwand zur Änderung der Rechnungsformulare an. Darüber hinaus wird eine Umbenennung des Anspruchs und der abrechenbaren Leistungsbeträge erforderlich, sodass auch weitere einmalige Programmierarbeiten bei den von den Einrichtungen benutzten Abrechnungsprogrammen zu erwarten sind. Insgesamt beläuft sich der einmalige Aufwand hierfür auf 8 274 Euro.

Betroffene	Rechenweg (Abrechnungsprogramme x Stunden x Stundenlohnkosten)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit	
			einmalig	jährlich
10 Abrechnungsprogramme	10 x 14 Stunden x 59,10 Euro	8.274	X	

Neben Pflegeeinrichtungen erbringen in Einzelfällen auch andere Einrichtungen Leistungen der Kurzzeitpflege, beispielsweise Einrichtungen der Behindertenhilfe oder stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Soweit diese nicht die gleichen Abrechnungsprogramme wie die Pflegeeinrichtungen benutzen, kann bei ihnen ebenfalls ein einmaliger Umstellungsaufwand für die Änderung der Rechnungsformulare anfallen. Allerdings handelt es sich bei der Erbringung von Kurzzeitpflege durch andere Einrichtungen als Pflegeeinrichtungen um Ausnahmefälle, die nur einen geringen, nicht näher bezifferbaren Bruchteil der Abrechnungen betreffen. Bei der Verhinderungspflege entfällt der weit überwiegende Anteil der Leistungserbringung entweder auf Pflegeeinrichtungen oder auf natürliche Personen, auf die die Informations- und Anzeigepflichten keine Anwendung finden. Der Anteil der Ersatzpflege Leistenden, der keiner dieser beiden Kategorien unterfällt, wird bei der Verhinderungspflege etwas häufiger anzutreffen sein als die Ausnahmefälle bei der Kurzzeitpflege, dürfte aber ebenfalls nur einen Bruchteil der Gesamtfälle darstellen. Die Umstellung der Rechnungsformulare wird auch hierbei nur einen geringfügigen einmaligen Erfüllungsaufwand auslösen, der insgesamt aber nicht beziffert werden kann.

Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen (§ 43c SGB XI):

Für die Anpassung der Abrechnungsprogramme zur Ermittlung der in Rechnung zu stellenden begrenzten Eigenanteile am Pflegesatz entsteht den Pflegeeinrichtungen ein einmaliger Programmieraufwand von 4 700 Euro und für die Aufnahme der notwendigen Angaben für neu zugewandene Pflegebedürftige.

Betroffene	Rechenweg (Anzahl Abrechnungsprogramme x Stunden x Stundenlohnkosten)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit		Entlastung (in Euro)
			einmalig	Jährlich	

10 Abrechnungsprogramme	10 x 8 Stunden x 59,10 Euro	4.728	X		
-------------------------	-----------------------------	-------	---	--	--

Ausweitung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld (§ 44a SGB XI):

Von den 11 000 zusätzlichen Anträgen pro Kalenderjahr müssen ca. 1 000 Anträge bei den privaten Versicherungsunternehmen bearbeitet und bescheidet werden. Es ist pro Antrag von einer Bearbeiterin bzw. einem Bearbeiter mittleren Qualifikationsniveaus mit einem Stundenlohn in Höhe von 51,30 Euro auszugehen. In zeitlicher Hinsicht dürften 90 Minuten insbesondere für die Prüfung der Voraussetzungen, die Berechnung der Höhe des Anspruchs und die Bescheidung ausreichend sein. Dies führt bei den privaten Versicherungsunternehmen zu Personalkosten in Höhe von 76,95 Euro pro Antrag. Hinzukommen als Sachkosten Portokosten für den Bescheid in Höhe von 0,85 Euro pro Antrag (Standardbrief bis 20g) sowie sonstige Sachkosten in Höhe von 0,10 Euro. Der Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft (private Versicherungsunternehmen) beträgt jährlich im Saldo etwa 77 900 Euro.

Anhebung des Beitragssatzes (§ 55 SGB XI):

Die Anhebung des Beitragssatzes führt bei den Arbeitgebern zu einmaligem Programmieraufwand, der im Zusammenhang mit der Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts anfällt. Insofern ergibt sich kein zusätzlicher nennenswerter Erfüllungsaufwand.

Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts zur Beitragsdifferenzierung nach Kinderzahl (§ 55 SGB XI):

Den Arbeitgebern entsteht Erfüllungsaufwand durch das erforderliche Update der Software und durch die Neuberechnung der Beiträge. Durch das Update der Software bei den Arbeitgebern fällt nur ein geringfügiger Erfüllungsaufwand an. Das Update wird von den Softwareanbietern für Lohn- und Gehaltsabrechnung bereitgestellt. Idealerweise erfolgt dies außerhalb der Arbeitszeiten automatisch. Die Programmaktualisierung ist zudem üblicherweise Teil des Service-Pakets, welches die beitragsabführenden Stellen/die Arbeitgeber abgeschlossen haben. Wegen der neuen Beitragsstaffelung müssen alle Beschäftigten einem individuellen Beitragssatz zugeordnet und der Beitrag neu berechnet werden. Bei 34,5 Millionen Pflichtmitgliedern und einem zeitlichen Aufwand des Arbeitgebers von 5 Minuten entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 100 Millionen Euro (36,30 Euro /Stunde (Durchschnitt Gesamtwirtschaft)) = 3,03 Euro pro Mitglied; 34,5 Millionen Mitglieder x 3,03 Euro = rund 100 Millionen Euro).

Zudem ergibt sich durch die Regelung fortlaufender Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft. Es gibt 34,5 Millionen Pflichtmitglieder und 6,1 Millionen freiwillig Versicherte. Es ist davon auszugehen, dass die rund 800 000 Geburten im Jahr (Stand: 2021) sich auf diesen Personenkreis (insgesamt 40,6 Millionen Versicherte) verteilen. Dabei ist von einem Verhältnis von rund 85 Prozent (= Pflichtmitglieder), also rund 680 000 Geburten, zu rund 15 Prozent (= freiwillig Versicherte), also rund 120 000 Geburten, auszugehen. Rentenbezieher werden hier nicht berücksichtigt, da sie in der Regel keine Kinder mehr bekommen. Für die Berechnung des fortlaufenden Erfüllungsaufwands für die Wirtschaft ist die Anzahl der Geburten maßgeblich, die auf die Pflichtmitglieder entfallen. Der Erfüllungsaufwand entsteht dadurch, dass wegen der Beitragsstaffelung die Mütter und Väter der 680 000 neugeborenen Kinder einem neuen Beitragssatz zuzuordnen sind und der Beitrag neu zu berechnen ist. Es ist pro Mutter und Vater von einem zeitlichen Aufwand von je 5 Minuten auszugehen, so dass sich ein fortlaufender Erfüllungsaufwand in Höhe von 5,12 Millionen Euro ergibt (36,30 Euro/Stunde (Durchschnitt Gesamtwirtschaft) = 3,03 Euro pro Mitglied; 680 000 Mitglieder x 3,03 Euro = 2,06 Millionen Euro x 2 (Mutter und Vater) = 5,12 Millionen Euro).

Auftrag an die Pflegeselbstverwaltung zur Veröffentlichung der Landesrahmenverträge sowie zur Konkretisierung der Landesrahmenverträge für vollstationäre Pflege (§ 75 SGB XI):

Mit der Einführung der Veröffentlichungspflicht der Landesrahmenverträge in § 75 Absatz 1 SGB XI durch den neuen Satz 5 entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Der damit verbundene Aufwand ist zeitlich so gering, dass er nicht quantifiziert werden kann. Zudem wird die Veröffentlichung von einzelnen Landesverbänden der Pflegekassen bereits freiwillig umgesetzt. Mit dem Auftrag an die Pflegeselbstverwaltung zur Konkretisierung der Landesrahmenverträge für vollstationäre Pflege hinsichtlich des Vorweises der prospektiven Aufwendungen in den Pflegevergütungsverhandlungen (§ 75 Absatz 2 Satz 1 Nr. 11 SGB XI) ergibt sich für die Wirtschaft ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 39 000 Euro. Dieser wird nachfolgend beispielhaft dargestellt. In den Bereichen der ambulanten und teilstationären Pflege sowie der Kurzzeitpflege ist mit einem einmaligen Erfüllungsaufwand in maximal gleicher Höhe zu rechnen. Dem stehen nicht quantifizierbare Einsparungen bei den Pflegeeinrichtungen gegenüber, die sich insbesondere daraus ergeben, dass die Pflegevergütungs- bzw. Pflegesatzverhandlungen zielgerichteter durchgeführt werden können und sich dadurch deren zeitliche Dauer verringert. Folglich reduziert sich bei den Pflegeeinrichtungen der Erfüllungsaufwand um einen geschätzten Betrag mindestens in gleicher Höhe.

Betroffene	Rechenweg (Stunden x Lohnkosten)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit		Entlastung (in Euro)
			einmalig	jährlich	
Einrichtungsträgerverbände auf Landesebene*	1.152h (16 BL x 6P x 12h) x 33,90 Euro für Anpassung der Landesrahmenverträge (§ 75 Abs. 2 S. 1 Nr. 11 SGB XI)	39.052	X		Nicht quantifizierbar
Verband der privaten Krankenversicherung e.V. auf Landesebene	12 h (1P x 6h) x 33,90 Euro	407	X		Nicht quantifizierbar

* 16 Bundesländer; durchschnittlich 6 ausgewählte Verbandsvertreter pro Land; Lohnkosten siehe Leitfaden (09/2022) S. 66 unter Q Gesundheits- und Sozialwesen Durchschnitt

Verbesserung der Transparenz für die Versicherten (§ 108 Absatz 1 SGB XI):

Versicherte können bereits nach geltender Rechtslage eine Übersicht über die Leistungen, die sie bezogen haben, und deren Kosten gemäß § 108 Absatz 1 Satz 1 SGB XI beantragen. Diese Übersicht kann sich auf bis zu 18 Monate in der Vergangenheit beziehen, ist aber jedes Mal erneut zu beantragen. Durch die Regelung in dem neuen Satz 2 des § 108 SGB XI wird den Versicherten die entsprechende Übersicht künftig automatisch einmal je Kalenderhalbjahr übersandt, ohne dass dies gesondert beantragt werden muss. Damit entfällt auch bei den Pflegekassen der Aufwand, jedes Mal erneut entsprechende Informationsanträge bearbeiten zu müssen. Sie müssen künftig stattdessen nur einmalig aktivieren, dass der Versand bis auf Widerruf jedes Kalenderhalbjahr erfolgen soll. Dafür fällt einmalig Programmieraufwand an (siehe dazu Näheres unten). Es kann nicht beziffert werden, inwieweit die Vereinfachung des Verfahrens mehr Versicherte als bisher dazu veranlassen wird, die bestehenden Informationsmöglichkeiten zu nutzen. Durch die Möglichkeit der Automatisierung ist im Saldo aber eher von einer Entlastung auszugehen, die nicht genau beziffert werden kann.

Darüber hinaus wird nun gesetzlich geregelt, dass Versicherte, die an detaillierteren Informationen interessiert sind, bei der Pflegekasse auch Auskunft zu den Leistungsbestandteilen im Einzelnen, die in Bezug auf die Versicherten zur Abrechnung bei der Pflegekasse eingereicht worden sind, erhalten können. Auf Wunsch erhalten Versicherte auch eine Durchschrift der eingereichten Abrechnungsunterlagen. Es ist davon auszugehen, dass Versicherte, bei denen ein entsprechendes Informationsinteresse bestand, auch bisher versucht haben, diese Auskünfte zu erhalten. Diese Ersuchen waren im Einzelfall zu entscheiden, ohne dass es ein geregeltes Verfahren dafür gab. Mit der neuen Regelung können entsprechende Auskünfte bereits systemseitig implementiert werden, wofür bei den Pflegekassen einmaliger Programmieraufwand anfällt (siehe dazu Näheres unten). Die Bearbeitung entsprechender Auskunftersuchen kann dadurch voraussichtlich einfacher vorgenommen werden. Allerdings sind die Informationen in für die Versicherten nachvollziehbarer Form aufzubereiten. Hierfür kann ein geringfügiger, nicht bezifferbarer Mehraufwand entstehen. Dabei ist davon auszugehen, dass entsprechende Auskunftersuchen nur von den Versicherten bei der Pflegekasse eingereicht werden, bei denen ein begründetes Interesse an den Details der Abrechnung entsteht. Durch die Schaffung von Klarheit kann in diesen Fällen hinsichtlich der Bearbeitung des Leistungsbezugs insgesamt im weiteren Verlauf ggf. auch eine Entlastung der Pflegekassen eintreten.

Hinsichtlich der Anpassung und Ergänzung der Informationsansprüche fällt bei den Pflegekassen einmaliger Programmieraufwand an, der sich auf insgesamt rund 2 129 Euro beläuft.

Betroffene	Rechenweg (Anzahl Pflegekassen x Stunden x Stundenlohn- kosten)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit	
			einmalig	jährlich
97 Pflegekas- sen	97 x 0,5 Stunden x 43,90 Euro	2.129,15	X	

Qualitätsausschuss (§ 113b SGB XI):

Die Anforderung an die Vertragsparteien der Pflegeselbstverwaltung, dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich über den Stand der Aufgabenerledigung des Qualitätsausschusses zu berichten (§ 113b Absatz 8 SGB XI), führt zu einem jährlichen Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft (Verbände der Pflegeeinrichtungen im Qualitätsausschuss) in Höhe von voraussichtlich insgesamt rund 2 700 Euro.

Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier (§ 123 SGB XI):

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. beschließen Empfehlungen zu den Modellvorhaben u.a. über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel (§ 123 Absatz 7 SGB XI). Da sie die Empfehlung gemeinsam beschließen, wird ihnen der Aufwand der Einfachheit halber jeweils hälftig zugewiesen, somit entstehen jeweils rund 7 000 Euro einmaliger Erfüllungsaufwand.

Das Bundesamt für Soziale Sicherung, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. regeln durch eine Vereinbarung das Verfahren der Auszahlung der Fördermittel aus dem Ausgleichsfonds, das Verfahren über die Zahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen (§ 123 Absatz 8 SGB XI). Der entstehende einmalige Erfüllungsaufwand wird gleichermaßen auf die Beteiligten verteilt. Für den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 5 000 Euro.

Betroffene	Rechenweg (Stunden x Lohnkosten)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit		Entlastung (in Euro)
			einmalig	Jährlich	
12 Mitarbeitende des Verband der privaten Kranken- versicherung e. V.	99 Std. x 70,50 Euro	7.000	7.000	-	-
10 Mitarbeitende des Verband der privaten Kranken- versicherung e. V.	71 Std. x 70,50 Euro	5.000	5.000	-	-

Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege (§ 125b SGB XI):

Für den Aufbau und Betrieb des Kompetenzzentrums entsteht für die Wirtschaft ein einmaliger Aufwand in Höhe von rund 2 250 Euro in Verbindung mit der Teilnahme an einer Beiratssitzung in Präsenz sowie ein jährlicher Aufwand in Höhe von rund 7 880 Euro in Verbindung mit der Teilnahme an weiteren regelmäßig stattfindenden Beiratssitzungen als Videokonferenz.

Betroffene	Rechenweg (Stunden x Lohnkosten)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit		Entlastung (in Euro)
			einmalig	Jährlich	
15 Interessens- vertreterinnen und –vertreter und Verbandsver- treterinnen und – vertreter der Wirt- schaft	Reisekosten: 500 km x 0,3 Euro	2.250	x		
15 Interessens- vertreterinnen und –vertreter und Verbandsver- treterinnen und – vertreter der Wirt- schaft	Zeitaufwand 3 h x 3 Sitzun- gen x 58,40 Euro	7.884		X	

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Für die Wirtschaft entstehen Bürokratiekosten aus Informationspflichten in Höhe von rund 465 000 Euro als jährlicher und 106 000 Euro als einmaliger Erfüllungsaufwand für die Errichtung und den Betrieb des Informationsportals zu Pflege- und Betreuungsangeboten (siehe oben).

3. Erfüllungsaufwand der Verwaltung

a) Bund

Aufbau und Betrieb eines Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege (§ 125b SGB XI):

Für die Bundesverwaltung entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 140 000 Euro (in einem Zeitraum von 5 Jahren). Dieser ist auf die Beteiligung am Aufbau und Betrieb eines Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege sowie die Teilnahme an Beiratssitzungen zurückzuführen.

Betroffene	Rechenweg (Stunden x Lohnkosten)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit		Entlastung (in Euro)
			einmalig	Jährlich	
1 Mitarbeitende des BMG im hö- heren Dienst	280 Stunden x 70,50 Euro x 5	98.700	x		
13 Vertreterinnen und Vertreter ver- schiedener Bun- desministerien, die Pflegebevoll- mächtigte und weiterer Interes- sensvertreterin- nen und -vertre- ter aus Bundes- verbänden	13 x 3 h x 3 Sit- zungen x 70,50 Euro x 5	41.242,5	x		

b) Länder und Kommunen

Aufbau und Betrieb eines Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege (§ 125b SGB XI):

Für die Länder entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 5 870 Euro (in einem Zeitraum von 5 Jahren). Dieser ist auf die Beteiligung am Aufbau und Betrieb eines Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege sowie die Teilnahme an Beiratssitzungen zurückzuführen.

Betroffene	Rechenweg (Stunden x Lohnkosten)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit		Entlastung (in Euro)
			einmalig	Jährlich	
2 Vertreterinnen und Vertreter der Länder	2 x 3 h x 3 Sit- zungen x 65,20 Euro x 5	1.174	x		

c) Sozialversicherung

Informationsportal nach § 7d SGB XI:

Für die Errichtung und den Betrieb des Informationsportals zu Pflege- und Betreuungsangeboten 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. Hinzu kommt alle zwei Jahre infolge der zweijährlichen Berichtspflicht ein Erfüllungsaufwand in Höhe von 1 552 Euro (jährlich: 776 Euro). Dem stehen Einsparungen bei den Pflegekassen entgegen, die sich insbesondere daraus ergeben, dass durch die Informationen zu verfügbaren lokalen professionellen und weiteren Unterstützungsangeboten eine passgenauere Gestaltung der Versorgung in der eigenen Häuslichkeit erfolgen und dadurch die teil- oder vollstationäre Versorgung in vielen Fällen hinausgeschoben werden kann.

Betroffene	Rechenweg (Stunden x Lohnkosten)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit		Entlastung (in Euro)
			einmalig	jährlich	
1 Software		10.000		X	
1 Software		80.000	X		
1 Bericht*	20 x 38,80	776		X	

* Es ist eine zweijährliche Berichtspflicht vorgesehen. Zur Berechnung des Erfüllungsaufwands werden fünf Arbeitstage (40 Stunden) zugrunde gelegt. Da in der Tabelle der jährliche Erfüllungsaufwand berechnet wird, wird mit der Hälfte der kalkulierten Arbeitszeit (20 Stunden) gerechnet.

Verlängerung des Förderprogramms nach § 8 Absatz 7 SGB XI:

Die Bearbeitung der Anträge nach § 8 Absatz 7 SGB XI (Prüfung sowie Auszahlung der Förderung) erfolgt durch die Landesverbände der Pflegekassen. Ihnen entsteht damit ein Erfüllungsaufwand. Die Antragsbearbeitung kann durch Mitarbeiter des mittleren Dienstes in der Sozialversicherung durchgeführt werden. Für diese sind durchschnittliche Lohnkosten von 36 Euro pro Stunde zu veranschlagen. In der Summe ergibt sich begrenzt auf die Jahre 2025 bis 2030 ein Erfüllungsaufwand für die Landesverbände der Pflegekassen in Höhe von 178 200 Euro pro Jahr, insgesamt 1 069 200 Euro für die angegebene Laufzeit von sechs Jahren.

Prozess	Behörde	Zeitaufwand (pro Fall)	Lohnsatz pro Stunde (in Euro)	Berechnung
Prüfung des Antrags	Landesverband der Pflegekassen	15	36,00 (m. D.)	15/60 x 36 = 9,00
Berechnung der Fördersumme	Landesverband der Pflegekassen	5	36,00 (m. D.)	5/60 x 36 = 3,00
Überweisung des Förderbetrags	Landesverband der Pflegekassen	2	36,00 (m. D.)	2/60 x 36 = 1,20
Summe Personalaufwand pro Fall (in Euro)				13,20
Summe Personalaufwand pro Jahr (in Euro)				178.200
Zahl der erwarteten Anträge x Kosten pro Fall = 13.500 x 13,20				

Neustrukturierung und Anpassungen der §§ 18 ff. SGB XI:

Die gesetzliche Vorgabe für Pflegekassen und Medizinische Dienste, Begutachtungsaufträge und Gutachten sowie sonstige Unterlagen gegenseitig nur noch in gesicherter elektronischer Form zu übermitteln, erfordert die Vorhaltung einer entsprechenden elektronischen Infrastruktur. Da keine genauen Erkenntnisse darüber vorliegen, 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.

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 1 412 000 Euro.

Infolge der erweiterten Berichtspflichten des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zu Daten und Erkenntnissen im Zusammenhang mit Anträgen auf Pflegeleistungen (§ 18d Absatz 3 SGB XI) entsteht für diesen ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von circa 165 000 Euro.

Dem Medizinischen Dienst Bund, den Medizinischen Diensten sowie dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen entstehen infolge der Konkretisierung der Richtlinien nach § 17 Absatz 1 (Aktenlagebegutachtung in Krisensituationen; zwingende Unterlagen zur Beauftragung der Begutachtung) ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von insgesamt circa 18 000 Euro.

Eine jährliche Entlastung in Höhe von etwa 12 000 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.

Aufgrund des § 18e SGB XI ändert sich für die Verwaltung der jährliche Erfüllungsaufwand um rund 500 000 Euro. Der einmalige Erfüllungsaufwand beträgt rund 9 000 Euro und entfällt wie auch der jährliche Erfüllungsaufwand vollständig auf den Bund.

Anhebung der ambulanten Geld- und Sachleistungen (§§ 36 und 37 SGB XI):

Die Anhebung der ambulanten Geld- und Sachleistungen (§§ 36 und 37 SGB XI) führt bei den Pflegekassen zu einmaligen Programmieraufwand in Höhe von rund 4 300 Euro.

Betroffene	Rechenweg (Anzahl Pflegekassen x Stunden x Stunden- lohnkosten)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit		Entlastung (in Euro)
			einmalig	jährlich	
97 Pflegekassen	97 x 1 Stunde x 43,90 Euro	4.258,30	x		

Digitale Pflegeanwendungen (§§ 40a und 40b SGB XI):

Von rund 3,3 Millionen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 1 bis 3 nehmen rund 10 Prozent eine digitale Pflegeanwendung in Anspruch. Es ist davon auszugehen, dass bei der Nutzung jeder zweiten digitalen Pflegeanwendung auch eine ergänzende Unterstützungsleistung genutzt wird. Es ist von einer Bearbeiterin bzw. einem Bearbeiter des mittleren Dienstes im Bereich Sozialversicherung mit einem Stundenlohn in Höhe von 36,80 Euro auszugehen. In zeitlicher Hinsicht dürften 10 Minuten für die Vorabprüfung ausreichend sein. Dies führt bei den Pflegekassen zu Personalkosten in Höhe von etwa 6,13 Euro pro zu prüfender ergänzender Unterstützungsleistung. Der Erfüllungsaufwand für die Sozialversicherung (Pflegekassen) beträgt jährlich im Saldo etwa 1 012 000 Euro.

Personalkosten					
Betroffene	Rechenweg (Stunden x Lohnkosten)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit		Entlastung (in Euro)
			einmalig	jährlich	
Pflegekassen	27.500 x 36,80 Euro	1.012.000	x		-

Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege (§ 42a SGB XI):

Durch die Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege entsteht für die Pflegekassen Erfüllungsaufwand hinsichtlich der Umstellung der Antragsbearbeitung und Prüfung der Einhaltung des künftigen gemeinsamen Gesamtleistungshöchstbetrags. Gegenüber dem bisherigen Recht verringert sich bei den Pflegekassen gleichzeitig insofern der Aufwand als die bisher notwendige Prüfung der Vorpflegezeit bei der Verhinderungspflege künftig wegfällt. Auch die bisherige Übertragung von Leistungsbeträgen von dem einen auf den anderen Anspruch, die Prüfung des Einhaltens von Übertragungsgrenzen und der damit jeweils verbundene Aufwand entfallen. Damit ergibt sich für die laufenden Prüfungen insgesamt betrachtet eine Entlastung, die der Höhe nach aber nicht genau beziffert werden kann.

Hinsichtlich der Umstellung der Antragsbearbeitung fällt bei den Pflegekassen einmaliger Programmieraufwand an, der sich auf insgesamt rund 6 387 Euro beläuft.

Betroffene	Rechenweg (Anzahl Pflegekassen x Stunden x Stundenlohnkosten)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit	
			einmalig	jährlich
97 Pflegekassen	97 x 1,5 Stunden x 43,90 Euro	6.387,45	X	

Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen (§ 43c SGB XI):

Die Anhebung der stationären Leistungszuschläge zur Begrenzung der Eigenanteile (§ 43c SGB XI) führt bei den Pflegekassen zu einmaligem Programmieraufwand in Höhe von rund 2 100 Euro.

Betroffene	Rechenweg (Anzahl Pflegekassen x Stunden x Stundenlohnkosten)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit		Entlastung (in Euro)
			einmalig	jährlich	
97 Pflegekassen	97 x 30 Minuten x 43,90 Euro	2.129,15	x		

Ausweitung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld (§ 44a SGB XI):

Von den 11 000 zusätzlichen Anträgen pro Kalenderjahr müssen bei den Pflegekassen ca. 10 000 Anträge bearbeitet und bescheidet werden. Es ist pro Antrag von einer Bearbeiterin bzw. einem Bearbeiter des mittleren Dienstes im Bereich Sozialversicherung mit einem Stundenlohn in Höhe von 36,80 Euro auszugehen. In zeitlicher Hinsicht dürften 90 Minuten insbesondere für die Prüfung der Voraussetzungen, die Berechnung der Höhe des Anspruchs und die Bescheidung ausreichend sein. Dies führt bei den Pflegekassen zu Personalkosten in Höhe von 55,20 Euro pro Antrag. Hinzukommen als Sachkosten Portokosten für den Bescheid in Höhe von 0,85 Euro pro Antrag (Standardbrief bis 20 g) sowie sonstige Sachkosten in Höhe von 0,10 Euro. Der Erfüllungsaufwand für die Sozialversicherung (Pflegekassen) beträgt jährlich im Saldo etwa 561 500 Euro.

Absenkung der Verwaltungskostenpauschale (§ 46 SGB XI):

Die Absenkung der Verwaltungskostenpauschale führt bei den Pflegekassen zu einmaligem Programmieraufwand in Höhe von rund 1 100 Euro.

Betroffene	Rechenweg (Anzahl Pflegekassen x Stunden x Stunden- lohnkosten)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit		Entlastung (in Euro)
			einmalig	jährlich	
97 Pflege- kassen	97 x 15 Minuten x 43,90 Euro	1.064,58	x		

Anhebung des Beitragssatzes (§ 55 SGB XI):

Die Anhebung des Beitragssatzes führt bei den Pflegekassen zu einmaligem Programmieraufwand, der im Zusammenhang mit der Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts anfällt. Insofern ergibt sich kein zusätzlicher nennenswerter Erfüllungsaufwand.

Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts zur Beitragsdifferenzierung nach Kinderzahl (§ 55 SGB XI):

Durch die Erstellung eines Informationsschreibens der Pflegekassen an alle Mitglieder sowie das Update der Software bei den Pflegekassen, den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, den Rehabilitationsträgern und den Zahlstellen der Versorgungsbezüge und die Neuberechnung der Beiträge entsteht Erfüllungsaufwand. 97 Pflegekassen haben 57,6 Millionen Mitglieder über die neue Rechtslage und ihre Folgen für die Beitragssatzgestaltung zu informieren, sie aufzufordern, noch nicht bekannte Kinder möglichst zeitnah der beitragsabführenden Stelle, der Pflegekasse, dem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der Zahlstelle der Versorgungsbezüge mitzuteilen, und auf die Folgen einer verspäteten Mitteilung hinzuweisen. Für die Erstellung des Informationsschreibens entsteht Erfüllungsaufwand in Höhe von knapp 16 000 Euro (pro Kasse zwei Mitarbeiter, einer im gehobenen Dienst (2 h à 47,20 Euro) und einer im höheren Dienst (1 h à 66,20 Euro), somit 160,60 Euro x 97 Pflegekassen = rund 16 000 Euro). Für den automatisierten Versand des Informationsschreibens an 57,6 Millionen Mitglieder entsteht Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 14 000 Euro (pro Kasse zwei Mitarbeiter, einer im mittleren Dienst (1 h à 34,- Euro) und einer im einfachen Dienst (4 h à 28,50 Euro), somit 148 Euro x 97 Pflegekassen = rund 14 000 Euro). Zudem entstehen Sachkosten in Höhe von 57,6 Millionen Euro (0,85 Euro Porto Standardbrief + 0,15 Euro Materialpauschale, somit 1 Euro x 57,6 Millionen Briefe = 57,6 Millionen Euro).

Durch das Update der Software bei den Pflegekassen, den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, den Rehabilitationsträgern und den Zahlstellen der Versorgungsbezüge fällt nur ein geringfügiger Erfüllungsaufwand an. Das Update wird von den Softwareanbietern bereitgestellt. Idealerweise erfolgt dies außerhalb der Dienstzeiten automatisch. Die Programmaktualisierung ist zudem üblicherweise Teil des Service-Pakets, welches die beitragsabführenden Stellen abgeschlossen haben. Wegen der neuen Beitragsstaffelung müssen 6,1 Millionen freiwillige Mitglieder (Selbstzahler), 17 Millionen Rentner und 0,35 Millionen Versorgungsbezieher einem individuellen Beitragssatz zugeordnet und der Beitrag neu berechnet werden. Bei 23,45 Millionen Mitgliedern und einem zeitlichen Aufwand der Pflegekassen, dem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und Zahlstellen der Versorgungsbezüge von 5 Minuten entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 72 Millionen Euro (36,80 Euro /Stunde (Mittlerer Dienst Sozialversicherung)) = 3,07 Euro pro Mitglied; 23,45 Millionen Mitglieder x 3,07 Euro = rund 72 Millionen Euro). Bei Rehabilitationsträgern fällt kein Erfüllungsaufwand an, weil sie im Leistungsfall generell alle Angaben beim Leistungsbezieher abfragen müssen.

Zudem ergibt sich durch die Regelung ein fortlaufender Erfüllungsaufwand für die Pflegekassen. Es gibt 34,5 Millionen Pflichtmitglieder und 6,1 Millionen freiwillig Versicherte. Es ist davon auszugehen, dass die rund 800 000 Geburten im Jahr (Stand: 2021) sich auf diesen Personenkreis (insgesamt 40,6 Millionen Versicherte) verteilen. Dabei ist von einem Verhältnis von rund 85 Prozent (= Pflichtmitglieder), also rund 680 000 Geburten, zu rund 15 Prozent (= freiwillig Versicherte), also rund 120 000 Geburten, auszugehen. Rentenbezieher werden hier nicht berücksichtigt, da sie in der Regel keine Kinder mehr bekommen. Für die Berechnung des fortlaufenden Erfüllungsaufwands der Verwaltung ist die Anzahl der Geburten maßgeblich, die auf freiwillige Mitglieder entfallen. Der Erfüllungsaufwand entsteht dadurch, dass wegen der Beitragsstaffelung die Mütter und Väter der 120 000 neugeborenen Kinder einem neuen Beitragssatz zuzuordnen sind und der Beitrag neu zu berechnen ist. Es ist pro Mutter und Vater von einem zeitlichen Aufwand von je 5 Minuten auszugehen, so dass sich ein fortlaufender Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 700 000 Euro ergibt (36,80 Euro /Stunde (Mittlerer Dienst Sozialversicherung) = 3,07 Euro pro Mitglied; 120 000 Mitglieder x 3,07 Euro = 368 400 Euro x 2 (Mutter und Vater) = rund 700 000 Euro). Für die Rentenversicherungs- und Rehabilitationsträger sowie die Zahlstellen der Versorgungsbezüge entsteht kein fortlaufender Erfüllungsaufwand. Renten- und Versorgungsbezieher bekommen in der Regel keine Kinder mehr und Rehabilitationsträger müssen im Leistungsfall generell alle Angaben beim Leistungsbezieher abfragen.

Auftrag an die Pflegeselbstverwaltung zur Veröffentlichung der Landesrahmenverträge sowie zur Konkretisierung der Landesrahmenverträge für vollstationäre Pflege (§ 75 SGB XI):

Mit der Einführung der Veröffentlichungspflicht der Landesrahmenverträge in § 75 Absatz 1 SGB XI durch den neuen Satz 5 entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Der damit verbundene Aufwand ist zeitlich so gering, dass er nicht quantifiziert werden kann. Zudem wird die Veröffentlichung von einzelnen Landesverbänden der Pflegekassen bereits freiwillig umgesetzt.

Mit dem Auftrag an die Pflegeselbstverwaltung zur Konkretisierung der Landesrahmenverträge für vollstationäre Pflege hinsichtlich des Vorweises der prospektiven Aufwendungen in den Pflegevergütungsverhandlungen (§ 75 Absatz 2 S. 1 Nr. 11 SGB XI) ergibt sich für die Verwaltung (Pflegekassen, für Sozialhilfe zuständige Stellen) ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 87 000 Euro. Dieser wird nachfolgend beispielhaft dargestellt. In den Bereichen der ambulanten und teilstationären Pflege sowie der Kurzzeitpflege ist mit einem einmaligen Erfüllungsaufwand in maximal gleicher Höhe zu rechnen. Dem stehen Einsparungen bei den Pflegekassen und Sozialhilfeträgern entgegen, die sich insbesondere daraus ergeben, dass die Pflegevergütungs- bzw. Pflegesatzverhandlungen zielgerichteter durchgeführt werden können und sich dadurch deren zeitliche Dauer verringert. Folglich reduziert sich bei den Pflegekassen und Sozialhilfeträgern der Erfüllungsaufwand um einen Betrag mindestens in gleicher Höhe.

Betroffene	Rechenweg (Stunden x Lohnkosten)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit		Entlastung (in Euro)
			einmalig	jährlich	
Kostenträgerverbände auf Landesebene*	1.536h (16 BL x 8P x 12h) x 45,20 Euro für Anpassung der Landesrahmenverträge (§ 75 Abs. 2 S. 1 Nr. 11 SGB XI)	69.427	X		Nicht quantifizierbar

Träger der Sozialhilfe	384 h (16 BL x 2P x 12 h) x 45,20 Euro für die Anpassung der Landesrahmenverträge (§ 75 Abs. 2 S. 1 Nr. 11 SGB XI)	17.356	X		Nicht quantifizierbar
Medizinischer Dienst	12 h (1P x 12h) x 45,20 Euro	542	X		Nicht quantifizierbar

*16 Bundesländer, ausgewählte Vertreter von durchschnittlich 8 Pflegekassenverbänden, Lohnkosten siehe Leitfaden (09/2022) S. 69 unter Sozialversicherung Durchschnitt

Qualitätssicherung (§§ 113b Absatz 3a und Absatz 8, 114c Absatz 1 SGB XI):

Die Erhöhung der Transparenz durch Übertragung und Veröffentlichung der Sitzungen des Qualitätsausschusses im Internet (§ 113b Absatz 3a SGB XI) führt zu einem jährlichen Erfüllungsaufwand in Höhe von voraussichtlich ca. 80 000 Euro für die technische Ausstattung sowie für unterstützende Tätigkeiten im Zusammenhang mit den Übertragungen und dem Hosting der Sitzungen. Die Kosten werden von der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege getragen, die über den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung gemäß § 8 Absatz 4 SGB XI finanziert wird.

Die Anforderung an die Vertragsparteien der Pflegeselbstverwaltung, dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich über den Stand der Aufgabenerledigung des Qualitätsausschusses Pflege zu berichten (§ 113b Absatz 8 SGB XI), führt zu einem jährlichen Erfüllungsaufwand für die Verwaltung (Sozialversicherung) in Höhe von voraussichtlich insgesamt rund 4 500 Euro.

Die Notwendigkeit, Pflegeeinrichtungen darüber zu informieren, dass sie vom verlängerten Prüfrhythmus nach § 114c SGB XI profitieren, bestand auch vor der gesetzlichen Änderung; insofern handelt es sich nicht um eine neue Aufgabe für die Landesverbände der Pflegekassen. Durch die Festlegung eines einheitlichen Verfahrens zur Information der Pflegeeinrichtungen entsteht dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen ein geringfügiger Erfüllungsaufwand in nicht zu beziffernder Höhe, im Gegenzug sinkt aber der Aufwand bei den Landesverbänden der Pflegekassen, die das einheitliche Verfahren anwenden.

Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier (§ 123 SGB XI):

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt Empfehlungen zu den Modellvorhaben (§ 123 Absatz 7 SGB XI) u.a. über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel (7 000 Euro). Den Ausführungen zu privaten Versicherungsunternehmen folgend, ist davon auszugehen, dass dem Spitzenverband der Pflegekassen einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 7 000 Euro entsteht.

Das Bundesamt für Soziale Sicherung, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. regeln durch eine Vereinbarung das Verfahren der Auszahlung der Fördermittel aus dem Ausgleichsfonds, das Verfahren über die Zahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen (§ 123 Absatz 8 SGB XI). Es wird angenommen, dass ein ähnlich geringer einmaliger Erfüllungsaufwand für die Vereinbarung entsteht, wie für die Erstellung der Empfehlung. Somit entsteht für den Bund ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 9 000 Euro.

Betroffene	Rechenweg (Stunden x Lohnkosten)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit		Entlastung (in Euro)
			einmalig	jährlich	
Mitarbeitende des Spitzenverband Bund der Pflegeversicherung	99 Stunden x 70,50 Euro	7.000	x		
Mitarbeitende des Bundesamt für Soziale Sicherung und Spitzenverband Bund der Pflegeversicherung	128 Stunden x 70,50 Euro	9.000	x		

Sofern Anträge auf Modellvorhaben gestellt werden, löst das bei den Pflegekassen (und ebenso bei den Ländern und Kommunen sowie beim Bundesamt für soziale Sicherheit) Bearbeitungsaufwand aus. Der hierdurch entstehende Erfüllungsaufwand ist aktuell noch nicht abschätzbar.

5. Weitere Kosten

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich aus den Leistungsanpassungen unter Berücksichtigung von Beihilfetarifen mittelfristige jährliche Mehrausgaben in Höhe von 0,14 Milliarden Euro. Die privaten Versicherungsunternehmen beteiligen sich mit einem Anteil von 10 Prozent an dem Fördervolumen für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier (§ 123 SGB XI). Dies entspricht für den Zeitraum von 2024 bis 2028 Ausgaben von bis zu 25 Millionen Euro (5 Millionen Euro je Kalenderjahr).

Mögliche Auswirkungen des Gesetzesvorhabens auf Löhne und Preise, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind geringfügig, jedoch nicht konkret abschätzbar.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung sind nicht zu erwarten, weil mit dem Gesetz keine Regelungen getroffen werden, die sich spezifisch auf die Lebenssituation von Frauen und Männern auswirken.

Auswirkungen auf die demografische Entwicklung hat das Gesetz nicht.

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

VII. Befristung; Evaluierung

Das Regelungsvorhaben ist nicht befristet. Eine Evaluierung der Regelungen dieses Gesetzes erfolgt insbesondere über Berichtspflichten des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen sowie der Vertragsparteien auf Bundesebene.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erstellt in einer Regelmäßigkeit von zwei Jahren einen Bericht mit Informationen über den Aufbau und aktuellen Stand des oder der Informationsportale zu Pflege- und Betreuungsangeboten, dessen oder deren Inanspruchnahme und Wirkungen sowie Vorschläge zur Weiterentwicklung und wird diesen Bericht

dem Bundesministerium für Gesundheit zur Weiterleitung an den Deutschen Bundestag vorlegen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erhält zudem den gesetzlichen Auftrag, dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmalig zum 30. Juni 2024, über die Zahlen und Erkenntnisse, die im Zusammenhang mit den Anträgen auf Pflegeleistungen und der weiteren Bearbeitung durch die Pflegekasse stehen, zu berichten (regelmäßige Berichtspflicht).

Der der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird ebenfalls verpflichtet, dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit bis 2028 jährlich, erstmals zum 1. März 2024, einen Bericht über die Arbeit und Ergebnisse des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege vorzulegen.

Die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI werden verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich zum 1. September über die Arbeit des Qualitätsausschusses zu berichten.

Das Bundesministerium für Gesundheit wird die finanziellen Auswirkungen der mit diesem Gesetz umgesetzten Leistungsausweitungen im Rahmen der laufenden Beobachtung und Analyse der finanziellen Situation der Sozialen Pflegeversicherung begleiten.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Artikel 2 Nummer 12 (Neustrukturierung der Regelungen der §§ 18 ff. SGB XI).

Zu Nummer 2

Bisher haben ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit sich freiwillig an die Telematikinfrastuktur anzubinden. Für Erbringer von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V sowie der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V gilt gemäß § 360 Absatz 8, dass diese sich bis zum 1. Januar 2024 an die TI anschließen haben, um Verordnungen § 360 Absätze 5, 6 oder 7 SGB V elektronisch abrufen zu können. Mit dieser Regelung wird nun für alle ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen die Anbindung an die TI verpflichtend geregelt, um die Potenziale der Digitalisierung für eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu nutzen. Die Finanzierung der für die Anbindung an die Telematikinfrastuktur entstehenden Kosten ist nach § 106b SGB XI bereits geregelt: ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, die von der Möglichkeit zum Anschluss an die Telematikinfrastuktur Gebrauch machen, erhalten seit dem 01.07.2020 von der Pflegeversicherung eine Erstattung der erforderlichen erstmaligen Ausstattungs-kosten und der laufenden Betriebskosten.

Die Frist für die verpflichtende Anbindung an die TI wird auf den 01.07.2024 gesetzt, um so zeitnah alle Pflegeeinrichtungen an die TI anzuschließen. Nur mit der Anbindung aller relevanten Akteure kann die TI ihren potentiellen Nutzen für die pflegebedürftigen Menschen entfalten. Das Modellvorhaben zur Anbindung der Pflege an die Telematikinfrastuktur nach § 125 SGB XI stellt hierfür kontinuierlich Erkenntnisse zur Vorbereitung auf den Anschluss an die TI zur Verfügung.

Zu Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Bei den Änderungen der Inhaltsübersicht 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

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

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

Die Änderung des Satz 4 präzisiert, dass zur Umsetzung der einschlägigen Vorschriften des Datenschutzes und für die Anforderungen an die Datensicherheit im Rahmen einer Video-Pflegeberatung die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden und die technische Umsetzung einzuhalten sind.

In Satz 5 wird für die Beratung per Videokonferenz sowie digitale Anwendungen klargestellt, dass zur Umsetzung der Vorschriften für den Datenschutz und die Datensicherheit die Anforderungen einzuhalten sind, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in der Pflegeberatungs-Richtlinie nach § 17 Absatz 1a zur Durchführung von Beratung bestimmt hat (5.3 der Pflegeberatungs-Richtlinie). Grundsätzlich gelten die Anforderungen der DSGVO an den Datenschutz.

Zu Nummer 4

Mit § 7d wird die Einrichtung, der Betrieb und die Pflege eines Informationsportals zu Pflege- und Betreuungsangeboten, einschließlich der Erbringung von Hilfen bei der Haushaltsführung, gesetzlich geregelt.

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

Zu Absatz 1

Pflegebedürftige Menschen benötigen oft kurzfristig Unterstützung durch wohnortnahe Angebote, mit denen die Pflege und Betreuung entweder in der eigenen Häuslichkeit des Pflegebedürftigen sichergestellt werden kann oder durch Angebote für eine teil- oder vollstationäre Versorgung, einschließlich der Kurzzeitpflege. Zur Unterstützung Pflegebedürftiger zu Hause gehören auch Hilfen bei der Haushaltsführung. Um pflegebedürftige Menschen, ihre Pflegepersonen, weitere Angehörige und vergleichbar Nahestehende, Mitarbeitende in Sozialdiensten in Krankenhäusern sowie in Beratungseinrichtungen bei der Information und Suche nach entsprechenden Angeboten zu unterstützen, soll ein internetbasiertes Informationsportal geschaffen werden. Mit dem Portal können sich die Betroffenen, Pflegepersonen, weitere Angehörige und vergleichbar Nahestehende, Mitarbeitende in Sozialdiensten in Krankenhäusern sowie Beratende über verfügbare ambulante sowie teil- und vollstationäre Angebote von Pflegeeinrichtungen, einschließlich der Kurzzeitpflege, in ihrer Region

sowie über flankierende Unterstützungsangebote einschließlich bestehender Beratungsangebote und Pflegekurse informieren. Die flankierenden Unterstützungsangebote sollen dazu beitragen, eine passgenauere Gestaltung der Versorgung in der eigenen Häuslichkeit, bei der Pflegebedürftige und ihre Pflegepersonen aus einem Spektrum von Angeboten aus dem Bereich der Pflegeversicherung, der Krankenversicherung und der Kommunen sowie weiterer wohnortnaher Initiativen (zum Beispiel des bürgerschaftlichen Engagements oder der Nachbarschaftshilfe) wählen können, zu ermöglichen und die Pflegebedürftigen und Pflegepersonen zu entlasten. Die Inanspruchnahme weiterer Angebote über die nach dem SGB XI zugelassenen Leistungserbringer hinaus entlastet zudem die beruflich Pflegenden. Das Informationsportal soll außerdem 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, zum Betrieb und zur Pflege des Informationsportals verpflichtet. Die durch Versorgungsvertrag nach SGB XI zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, den Versicherten die Leistungen entsprechend der mit den Kostenträgern abgeschlossenen Vereinbarungen zur Vergütung, zur Qualität etc. anzubieten.

Damit Pflegebedürftige, ihre Pflegepersonen, weitere Angehörige und vergleichbar Nahestehende, Mitarbeitende in Sozialdiensten in Krankenhäusern sowie in Beratungseinrichtungen jeder Zeit die Möglichkeit haben, sich über frei verfügbare Kapazitäten (Plätze und Angebote) in Pflegeeinrichtungen zu informieren, sollen im Informationsportal tagesaktuelle Informationen zu den frei verfügbaren Kapazitäten stationärer Pflegeeinrichtungen sowie wochenaktuelle Informationen zu ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten im Sinne des § 71 aufgenommen werden. Ebenfalls verpflichtend sollen Informationen über die von den Pflegekassen angebotenen Beratungs- und Schulungsmöglichkeiten nach den §§ 7c und 45 aufgenommen werden. Die in Satz 2 Nummer 3 aufgeführten Angebote sollen auf Antrag aufgenommen werden. Den Anbietern ist die Möglichkeit einzuräumen, neben den Angeboten an sich auch Angaben zur jeweiligen Verfügbarkeit zu veröffentlichen. Um die Meldebereitschaft dieser Einrichtungen und Anbieter und damit die Aufnahme der verschiedenen pflegerischen und unterstützenden Infrastrukturangebote zu fördern, werden die Landesverbände der Pflegekassen verpflichtet, die Einrichtungen und Anbieter 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 und Anbieter schnell gefunden und direkt Kontakt mit diesen aufgenommen werden kann. Bei den in Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 aufgeführten Pflegeeinrichtungen sind zudem die frei verfügbaren Kapazitäten (Plätze und Angebote) aufzuführen. Da die Praxis zeigt, dass sich aktuell insbesondere auch die Suche nach freien Kapazitäten zur Unterstützung Pflegebedürftiger bei der Haushaltsführung schwierig gestaltet, sind bei ambulanten Pflegeeinrichtungen hierbei auch freie Kapazitäten für Hilfen bei der Haushaltsführung anzugeben und gesondert auszuweisen. Ebenso wichtig ist die Möglichkeit, durch Wohnort- und Postleitzahlensuche mit Umkreissuche eine regionale Übersicht über die wohnortnahen Angebote sowie Angebote in der angrenzenden Region zu erhalten. Im Rahmen der Festlegungen zum Aufbau des Informationsportals nach Absatz 5 haben die Landesverbände der Pflegekassen auch Einzelheiten zur Darstellung der Pflege- und Betreuungsangebote nach Art, Inhalt, Umfang und Kosten im Informationsportal vorzugeben. Die Darstellung der Angebote soll die wesentlichen vertraglich vereinbarten Leistungsinhalte und -angebote der Pflegeeinrichtungen sowie entsprechende Angaben zu anderen Angeboten im Pflegebereich wiedergeben.

Zu Absatz 3

Um Synergieeffekte zu nutzen und die Suche über die Landesgrenzen hinweg 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 über eine 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 und Anbieter verpflichtet, Änderungen ihrer veröffentlichten Informationen unverzüglich an das Informationsportal zu übermitteln. Bei den in Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 genannten stationären Einrichtungen ist es erforderlich, dem Informationsportal spätestens ab dem 1. Januar 2024 tagesaktuell die Angaben zu den bei ihnen frei verfügbaren Plätzen und Angeboten zu übermitteln, für ambulante Einrichtungen gilt eine wochenaktuelle Meldefrist. Über das Meldeverfahren informieren die Landesverbände der Pflegekasse die Einrichtungen und Anbieter gemäß § 7d Absatz 1 entsprechend.

Zu Absatz 5

Die sichere und effektive Zurverfügungstellung und Verarbeitung der aktuellen 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. März 2024 festzulegen. Da das Informationsportal auch das Entlassmanagement erleichtern kann, ist bei der Ausgestaltung auch auf die Nutzbarkeit für Sozialdienste in Krankenhäusern zu achten und es sind ggf. Schnittstellen zu Patientenportalen für ein digitales Aufnahme- und Entlassmanagement nach § 19 Absatz 1 Nr. 2 der Verordnung zur Verwaltung des Strukturfonds im Krankenhausbereich zu ermöglichen. Bei dem Aufbau des Informationsportals sind zudem die auf Bundes- bzw. Länderebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen sowie deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu beteiligen. Zu den vergleichbar Nahestehenden zählen insbesondere Personen, die sich der Pflege, Betreuung und Versorgung eines auf Pflege angewiesenen Menschen verantwortungsvoll und nicht nur vorübergehend annehmen und sich so im Bereich der Pflege nicht erwerbsmäßig engagieren. Personen, die sich in dieser Weise stetig in die Pflege einbringen, stehen den Personen, die der Pflege bedürfen und durch sie versorgt werden, in besonderer Weise nahe.

Auf diese Weise soll die adressatengerechte Gestaltung des Portals bzw. der Portale, deren Nutzerfreundlichkeit und Akzeptanz gewährleistet werden. Der Aufbau des Informationsportals soll auch Einzelheiten zu den Pflege- und Betreuungsleistungen, Hilfen bei der Haushaltsführung sowie den flankierenden Unterstützungs- und Beratungsangeboten hinsichtlich Art, Inhalt, Umfang und Kosten 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 und aktuellen Stand des oder der Informationsportale, dessen oder deren Inanspruchnahme und Wirkungen sowie 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

Mit der Regelung nach § 8 Absatz 7 werden Maßnahmen die Pflegeeinrichtungen gefördert, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern. Dies kann zum Beispiel die Entwicklung von Konzepten und betriebliche Umsetzung von mitarbeiterorientierten und lebensphasengerechten Arbeitszeitmodellen sein, die auf die Vermeidung geteilter Dienste oder die partnerbezogene Abstimmung von Kinderbetreuungszeiten abzielen. Auch unmittelbar wirkende Maßnahmen wie das Vorhalten von einrichtungseigenen Angeboten zur Kinderbetreuung sind förderfähig.

Mit einer gesteigerten Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf gewinnt das Berufsbild der Pflege an Attraktivität und es werden beispielsweise Möglichkeiten eröffnet, durch Kinderbetreuung bedingte Berufspausen zu reduzieren. Dies kommt der pflegerischen Versorgung zugute.

Trotz eines niedrigschwellig gestalteten Antragsverfahrens haben bislang nur wenige Pflegeeinrichtungen von dem Förderprogramm Gebrauch gemacht. Die zur Verfügung stehenden Mittel wurden nur zu einem geringen Teil verwendet, weshalb über eine Anpassung der Förderrichtlinien nach Satz 10 bereits eine verbesserte Orientierung bei der Auswahl förderfähiger Maßnahmen geschaffen wurde. Ein Grund für die geringe Nutzung können auch die Belastungen der Pflegeeinrichtungen in der Corona-Pandemie sein.

Mit der vorliegenden Änderung wird eine kostenneutrale Verlängerung des Förderprogramms bis zum Ende des laufenden Jahrzehnts erreicht. Auf diese Weise können Pflegeeinrichtungen die verfügbaren Mittel auch weiterhin nutzen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa, Doppelbuchstabe bb, Doppelbuchstabe cc

Das Förderprogramm gemäß § 8 Absatz 8 wurde 2019 mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz eingeführt, um die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte durch die Nutzung des Potenzials der Digitalisierung zu verbessern. Pflegeeinrichtungen, die das Förderprogramm bisher nicht genutzt haben, wird mit der Entfristung auf Dauer ermöglicht, die Potenziale der Digitalisierung mithilfe der Anteilsfinanzierung in ihrer Einrichtung wirksam werden zu lassen. Zudem wird die Zielrichtung des Förderprogramms erweitert: Die Anschaffungen können nun neben der Entlastung der Pflegekräfte auch zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Pflegebedürftigen sowie zur Stärkung ihrer Teilhabe dienen: so halten z.B. laut dem Achten Altersbericht der Bundesregierung stationäre Pflegeeinrichtungen selten die digitale Grundausstattung der Bewohnerzimmer mit Internet- und WLAN-Anschlüssen vor. Ältere Menschen, die in der Häuslichkeit bereits mit digitalen Anwendungen

vertraut waren, können oftmals bei einem Umzug in eine stationäre Einrichtung diese Möglichkeiten nicht mehr wahrnehmen.

Insbesondere Anschaffungen und Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Ziel der Anbindung an die Telematikinfrastruktur sind zu berücksichtigen, da sie sowohl die pflegerische Versorgung perspektivisch insgesamt verbessern und so Pflegekräfte entlasten können. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2023 die Anpassung der bereits bestehenden Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses, der durch eine Pflegekasse ausgezahlt wird.

Zu Nummer 6

Wegen Zeitablaufs werden die angegebenen Sätze aufgehoben.

Zu Nummer 7

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu dem Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG; BGBl. I vom 28.10.2020, S. 2220 ff.), mit dem im Fünften Buch die außerklinische Intensivpflege in einem neuen § 37c geregelt worden ist.

Zu Nummer 8

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu den Änderungen des SGB XI, die mit dem vorliegenden Gesetz vorgenommen werden.

Zu Nummer 9, Nummer 10

Bei Nummer 8 und Nummer 9 Buchstabe b und c handelt sich um redaktionelle Anpassungen infolge der Neustrukturierung der Regelungen der §§ 18 ff.

Mit Nummer 9 Buchstabe a wird eine redaktionelle Korrektur aufgrund einer Änderung des § 118 durch Artikel 1 Nummer 22 Buchstabe b Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III) vorgenommen und damit die Bedeutung der Betroffenenperspektive bei Fragen der Begutachtung durch eine qualifiziertere Beteiligung deutlich gemacht.

Zu Nummer 11

§ 17a ist sowohl in der Inhaltsangabe als auch im Zweiten Kapitel des Elften Sozialgesetzbuches mit dem Klammerzusatz „weggefallen“ enthalten. Da die Vorschrift gegenstandslos ist, wird sie aufgehoben.

Zu Nummer 12

Durch die neuen §§ 18 bis 18e werden die derzeit geltenden §§ 18 bis 18c umstrukturiert. Dadurch können die Regelungen zum Verfahren der Begutachtung systematisch aufbereitet werden und sind für die Hauptnutzergruppen, d.h. die Versicherten und ihre An- und Zugehörigen, die Pflegekassen und die Medizinischen Dienste klarer geordnet und besser verständlich. Die Inhalte der geltenden §§ 18 und 18a werden in fünf neue Vorschriften gegliedert: § 18 hat die grundlegenden Steuerungsaufgaben der Pflegekassen zum Gegenstand, § 18a regelt die Durchführung der Begutachtung beim Antragsteller, § 18b führt die Regelungen zu den Inhalten des Gutachtens zusammen, § 18c bestimmt die Verfahren und Fristen bei der Bescheiderteilung, § 18d nennt die Berichtspflichten von Pflegekassen und Bund der Pflegekassen. Zudem enthält der neue § 18e Grundlagen zur wissenschaftlichen

Erprobung von Weiterentwicklungsmöglichkeiten des Pflegebegutachtungsverfahrens. Um den Pflegekassen und den Medizinischen Diensten ausreichend zeitlichen Vorlauf für die erforderlichen Anpassungen von internen Materialien und Verfahren an die neue Strukturierung und die Konkretisierung von Fristen sowie für die Überarbeitung der Begutachtungs-Richtlinien einzuräumen, treten die §§ 18 bis 18e einschließlich die mit der neuen Struktur einhergehenden Folgeänderungen erst am [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in Kraft.

Zu § 18 (Beauftragung der Begutachtung)

Zu Absatz 1

Absatz 1 Satz 1 führt die Regelung des aktuellen § 18 Absatz 1 Satz 1 zur Beauftragung der Begutachtung durch die Pflegekassen nach Antragstellung durch den Versicherten fort. Satz 2 beinhaltet im Grundsatz die derzeit geltende Regelung des § 18 Absatz 3 Satz 1. In Abweichung von der bisherigen, nicht eindeutigen Formulierung „Übermittlung von Anträgen“ wird im neuen § 18 Absatz 1 Satz 2 eine sprachliche Anpassung dahingehend vorgenommen, dass es sich um die „Übermittlung von Aufträgen“ handelt.

In der Praxis werden die Aufträge von einigen Pflegekassen zum Teil noch immer postalisch an den Medizinischen Dienst bzw. die unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter übermittelt. Da infolgedessen die Weiterleitung ab Antragstellung teilweise bis zu zehn Tage andauert, wird im Sinne der Versicherten den Pflegekassen mit Satz 2 künftig eine Übermittlung der Aufträge in gesicherter elektronischer Form abverlangt und auf diese Weise eine Einhaltung der gesetzlich vorgesehenen Bearbeitungs- bzw. Begutachtungsfristen unterstützt. Weil es sich um sensible Gesundheitsdaten der antragstellenden Personen handelt, haben die Pflegekassen bei der Übermittlung den erforderlichen hohen Datenschutz und die Datensicherheit zu gewährleisten. Sind im Einzelfall sowohl die Pflegekasse als auch der Medizinische Dienst an die Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen, ist diese zu nutzen (§ 106c). 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 [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] 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 in Absatz 1 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. Die Konkretisierung der Richtlinien hat bis spätestens [einsetzen: Datum des letzten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu erfolgen.

Zu Absatz 2 und Absatz 3

Bei Absatz 2 handelt es sich um den derzeit geltenden § 18 Absatz 1a. Zudem wird Satz 1 durch Bezugnahme auf den § 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. Da es sich um sensible Gesundheitsdaten der antragstellenden Personen handelt, ist bei deren Übermittlung der erforderliche hohe Datenschutz und die Datensicherheit zu gewährleisten. 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 [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] anzuwenden

Zu Absatz 5

Absatz 5 enthält, sprachlich angepasst, die Regelung des aktuellen § 18 Absatz 2 Sätze 2 und 3. Der auf die Mitwirkungspflichten des Versicherten bezogene, 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 handelt es sich um den aktuellen § 18 Absatz 1 Satz 2.

Zu Absatz 2

Bei Absatz 1 Sätze 1 bis 3 handelt es sich um den derzeit geltenden § 18 Absatz 2 Sätze 1, 4 und 5. Danach erfolgt die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit grundsätzlich durch eine umfassende persönliche Befunderhebung im Wohnbereich der antragstellenden Person.

Die Erfahrungen mit der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie haben gezeigt, wie wichtig es ist, in Krisenlagen schnell und situationsangemessen reagieren zu können, um auch unter sich stetig verändernden Rahmenbedingungen einen bestmöglichen Zugang zur pflegerischen Versorgung sicherzustellen. Die neuen Sätze 4 und 5 gewährleisten den Versicherten auch in Krisensituationen einen zeitnahen Zugang zu den ihnen zustehenden Leistungen. Krisenlagen können auf nationaler oder regionaler Ebene entstehen, etwa als pandemische Notlagen oder auch durch Naturkatastrophen oder Großschadensereignisse. In solchen Situationen können die Pflegegutachten aufgrund der den Gutachterinnen und Gutachtern zur Verfügung stehenden Unterlagen sowie durch – gegebenenfalls telefonische oder digitale – strukturierte Befragungen der Versicherten, deren

Bevollmächtigte und rechtliche Betreuer sowie Angehörige und sonstige zur Auskunft fähige Personen (wie beispielsweise Ärztinnen und Ärzte der antragsstellenden Person, Mitarbeitende des bisherigen Pflegedienstes, Nachbarinnen und Nachbarn) erstellt werden. 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 bis spätestens [einsetzen: Datum des letzten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 das Nähere zu den Voraussetzungen und die weiteren, insbesondere inhaltlichen und organisatorischen Einzelheiten für eine Begutachtung ohne Untersuchung des Versicherten in Krisensituationen festzulegen. Ebenfalls sind Konkretisierungen zum Ablauf und zur Durchführung der Interviews, aber auch Bezugnahmen auf in Krisensituationen relevante Institutionen, so beispielsweise das Robert Koch-Institut in pandemischen Lagen, aufzunehmen.

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 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 pflegefachliches 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 Absatz 3 genannten Bereiche (Module 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. Die Informationen zu beiden Bereichen sind hilfreich für die Pflegeberaterinnen und -berater der Pflegekasse sowie für die Pflegeplanung der Pflegekräfte.

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 es handelt sich 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 gegebenenfalls konkret ableitbaren Unterstützungsbedarfen sind in der Beratung hingegen verschiedene Träger insbesondere auch außerhalb der Pflegeversicherung in die Betrachtung einzubeziehen.

Zu Absatz 4

In § 18a Absatz 4 wird klargestellt, dass sich die Untersuchung des Versicherten ebenfalls auf die im Gutachten nach § 18b 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 pflegfachliche 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 pflegfachlicher 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, entfällt im neuen Absatz 5 Satz 1 das Wort „dort“.

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 die Gutachterinnen und Gutachter – 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 2 Satz 1). Demgemäß kann sich in Fallkonstellationen, in denen die pflegebedürftige Person im Anschluss an einen Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung in einer Pflegeeinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch nimmt, die abschließende Untersuchung um bis zu mehrere Wochen verschieben. Der nach Absatz 5 Satz 1 festgestellte vorläufige Pflegegrad spiegelt 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 in Satz 3 des Absatzes 7 geregelt, dass die abschließende Begutachtung spätestens am zehnten Arbeitstag nach Beginn der Kurzzeitpflege 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 Absatz 7 Satz 4 werden auch Fälle berücksichtigt, in denen die pflegebedürftige Person zwischen dem Aufenthalt im Krankenhaus und der stattfindenden Kurzzeitpflege Übergangspflege nach § 39e des Fünften Buches in Anspruch nimmt.

Zu Absatz 8

Absatz 8 bündelt verschiedene, insbesondere bisher in den aktuellen §§ 18 und 18a enthaltene Zustimmungserfordernisse der antragstellenden Person. 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 Heilmittlempfehlungen 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 [einsetzen: Datum des ersten Tages des fünften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] einzuholen; bis dahin sind die Begutachtungs-Richtlinien entsprechend anzupassen. Absatz 8 Satz 4 löst die derzeit geltende Regelung des § 18a Absatz 1 Sätze 5 und 6 ab.

Zu Absatz 9,

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

Zu Absatz 10 und Absatz 11

Die Absätze 10 und 11 regeln Grundsätzliches zur Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter.

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 Än-

derungen 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 § 18 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 bei privat pflegepflichtversicherten Personen 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 auch 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 es sich um sensible Gesundheitsdaten der antragstellenden Personen handelt, haben der Medizinische Dienst oder die unabhängigen Gutachterinnen oder Gutachter bei der Übermittlung den erforderlichen hohen Datenschutz und die Datensicherheit zu gewährleisten. Sind im Einzelfall sowohl der Medizinische Dienst als auch die Pflegekasse an die Telematikinfrastruktur angeschlossen, ist diese zu nutzen (§ 106c). 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 des Gutachtens ausschließlich in gesicherter elektronischer Form verpflichtend erst ab dem [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] vorgesehen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 umschreibt den erforderlichen Inhalt des Gutachtens; er löst den derzeit geltenden § 18 Absatz 1 Satz 1 ab, ergänzt um die Bezugnahme auf § 18a und die Inhalte des derzeit geltenden § 18 Absatz 6 Satz 2.

Zu Absatz 3

Absatz 3 enthält die 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). Damit werden die bisher an den genannten Stellen enthaltenen Bezugnahmen auf durch die Gutachterinnen und Gutachter abzugebende Empfehlungen zu Maßnahmen der Prävention, der Rehabilitation und der Hilfsmittelversorgung in einen neuen schlüssigen Zusammenhang gestellt.

Die im bisherigen § 18 Absatz 6 Satz 2 verortete Vorgabe, dass im Rahmen der Begutachtung ein individueller Pflegeplan zu empfehlen ist, kann entfallen, 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 auch zukünftig 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 17. Mai 2021, 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 über den Antrag)

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 Pflegepersonen).

Bei Absatz 1 Satz 2 handelt es sich inhaltlich um den derzeit geltenden § 18 Absatz 3 Satz 7. Es 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 nach Absatz 2 Satz 3 – wie schon nach dem aktuell geltenden § 18 Absatz 3 Satz 11 – in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 zu regeln. Entsprechende Ausführungen finden sich auf der Seite 21 der Begutachtungs-Richtlinien in der Fassung vom 17. Mai 2021. 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 Behandlung mit Heilmitteln durch die Krankenkasse bedarf einer ärztlichen Verordnung. Auf Seiten der Pflegebedürftigen bestehen hinsichtlich abgegebener Heilmittelempfehlungen oftmals Verständnisschwierigkeiten beziehungsweise Unsicherheit. Um das Ausstellen von medizinisch notwendigen Heilmittelverordnungen zu unterstützen, wird die Pflegekasse in Absatz 3 Satz 2 dazu verpflichtet, den Antragsteller über im Gutachten empfohlene Heilmittel aufzuklären und ihn über die Möglichkeit der ärztlichen Verordnung zu informieren. Da Pflegebedürftige zum Personenkreis gehören können, die von den Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf gemäß § 32 Absatz 1a SGB V erreicht werden, wird die Pflegekasse zudem verpflichtet, über die Besonderheiten des langfristigen Heilmittelbedarfs gemäß § 32 SGB V in Verbindung mit § 8 Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses bzw. § 7 Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte des Gemeinsamen Bundesausschusses zu informieren. Darüber hinaus wird die Pflegekasse in Satz 3 dazu angehalten, bei vorliegender Einwilligung des Versicherten der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt eine Mitteilung über die konkreten Heilmittelempfehlungen 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 und 5 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. Liegt nach Fortsetzung der Frist ein erneuter Verzögerungsgrund vor, greift wiederum Absatz 5 Satz 1 und 2; dies gilt unabhängig davon, ob der Verzögerungsgrund zuvor von der Pflegekasse zu vertreten oder nicht zu vertreten war.

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 6 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 7 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. Nach Satz 8 obliegt es der Pflegekasse, den Antragsteller auf die Bescheiderteilungsfrist und die Begutachtungsfristen nach Absatz 1 sowie die Folgen der Nichteinhaltung der Fristen hinzuweisen. Eine dahingehende Information könnte beispielsweise mit dem durch die Pflegekasse vorzunehmenden Beratungsangebot nach § 7b verknüpft werden.

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

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erhält den gesetzlichen Auftrag, dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmalig zum 30. Juni 2024, 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 Tatbestandes 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 hat,
- die Anzahl an Fällen, in denen der Antragsteller sich in einem Hospiz befand oder ambulant palliativ versorgt wurde,
- die Anzahl an Fällen, in denen im Gutachten konkrete Empfehlungen für Heilmittel abgegeben wurden, unterteilt nach Art der Maßnahmen,
- die Anzahl an Fällen, in denen die Pflegekasse, eine Mitteilung über konkrete Heilmittlempfehlungen an den Arzt oder die Ärztin des Antragstellers weitergeleitet hat, sowie die Gründe, weshalb der Antragsteller nicht in die Weiterleitung einer Mitteilung über konkrete Heilmittlempfehlungen an seine Ärztin oder seinen Arzt eingewilligt hat,
- 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 wurde,
- 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); soweit zum Zeitpunkt der Berichtslegung bekannt, soll auch angegeben werden, in wie vielen Fällen nach erfolglosem Widerspruchsverfahren Klage erhoben worden ist,
- 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).

In Satz 4 wird bestimmt, dass Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine wissenschaftli-che Evaluation über die Ergebnisse und Wirkungen der Zuleitung von Mitteilungen zu kon-kreten Heilmittlempfehlungen nach § 18c Absatz 3 Satz 3 durchführen lässt. Dabei sind insbesondere auch die Anzahl der gutachterlichen Empfehlungen für Heilmittel, die Anzahl der (nicht) zugeleiteten Mitteilungen und die Anzahl der aufgrund der Zuleitungsmittellung verordneten Heilmittel in den Blick zu nehmen. Ebenfalls sind die Gründe für eine fehlende Einwilligung des Versicherten für die Zuleitung einer Mitteilung über den Bedarf an Heilmit-teln an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt festzustellen, soweit diese der Pflegekasse bekannt sind, und zu betrachten, inwiefern die zuständige Pflegekasse hier tätig geworden ist.

Zu Absatz 4

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

Zu § 18e (Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung)

Zu Absatz 1

Der Medizinische Dienst Bund (MD Bund) soll die Möglichkeit erhalten, aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen durchzuführen. Dies dient der wissenschaftlich gestützten Erprobung von Vorhaben und Überlegungen zur Weiterentwicklung der Aufgaben, die den Medizinischen Diensten nach den §§ 18 bis 18b zugewiesen sind. Dem MD Bund und den Medizinischen Diensten wird damit ermöglicht, ihre Tätigkeit und die Erfüllung ihrer Aufgaben weiterzuentwickeln und Ansätze für das Ausloten von Innovationsmöglichkeiten, beispielsweise in den Bereichen Digitalisierung, Information und Beratung, hier insbesondere auch mit Blick auf notwendige Unterstützung in besonderen Bedarfssituationen der Pflegehaushalte, zu erproben. Als Vereinbarungspartner sollen neben den Medizinischen Diensten auch die Pflegekassen regelmäßig beteiligt werden. So sind die jeweiligen Vorhaben mit dem BMG abzustimmen. Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel ist zwischen dem MD Bund und dem Bundesamt für Soziale Sicherung zu vereinbaren.

Zu Absatz 2

Gemäß § 147 Absatz 1 wurde aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie übergangsweise die Möglichkeit eröffnet, Pflegegutachten aufgrund der zur Verfügung stehenden Unterlagen zu erstellen. Die antragstellende Person und andere zur Auskunft fähige Personen, wie Angehörige, Nachbarn oder Ärztinnen und Ärzte konnten von den Gutachterinnen und Gutachtern zur Person des Antragstellers in strukturierten Interviews telefonisch oder auf digitalem Weg befragt werden. Anhand der eingeholten Informationen hatten die Gutachterinnen und Gutachter über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit zu entscheiden und die Zuordnung zu einem Pflegegrad zu empfehlen. Grundsätzlich haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter die Versicherten nach § 18a Absatz 2 Satz 1 in ihrem Wohnbereich zu untersuchen. In Ausnahmefällen können anstelle einer persönlichen Begutachtung Aktenlagegutachten erstellt werden.

Absatz 2 bestimmt daher, dass im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie untersucht wird, ob und inwieweit ein Einsatz telefonischer und digitaler Kommunikationsmittel bei der Pflegebegutachtung geeignet ist. Zu klären ist insbesondere, ob die grundsätzlich vorzunehmende Untersuchung der versicherten Person in der Häuslichkeit durch telefonische und/oder digitale Kommunikationsmittel, beispielsweise durch den Einsatz von Videotelefonie – in bestimmten Fallkonstellationen und gegebenenfalls – unter welchen Voraussetzungen (teilweise) ersetzt oder ergänzt werden kann, ohne dass sich dies einschränkend auf die Begutachtungsinhalte, den Differenzierungsgrad sowie die Pflegegradeinstufung und die weiteren gegenüber der Pflegekasse abzugebenden Empfehlungen der Gutachterinnen und Gutachter auswirkt.

Aufgrund der Aktualität der Fragestellung ist mit dem Vorhaben innerhalb von fünf Monaten nach Verkündung dieser Vorschrift zu beginnen und ein Ergebnis binnen weiteren 11 Monaten vorzulegen. Entsprechend der Vorgaben von Absatz 1 sind auch Ziel, Inhalte und Durchführung des Projektes im Einvernehmen mit dem BMG zu klären.

Zu Nummer 13

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung anlässlich der Neustrukturierung des Zweiten Kapitels.

Zu Nummer 14

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

§ 28a SGB XI gibt – ähnlich wie § 28 im Hinblick auf alle Anspruchsberechtigten – einen Überblick über die Leistungen, die die Pflegeversicherung bei Pflegegrad 1 zur Verfügung stellt. Die Absätze 2 und 3 beziehen sich dabei auf den Entlastungsbetrag nach § 45b sowie den Zuschuss bei vollstationärer Pflege gemäß § 43 Absatz 3. Hierin werden auch die Leistungsbeträge genannt, die Vorschrift des § 28a Absatz 2 und 3 wiederholt hier aber lediglich, was in § 45b und § 43 Absatz 3 geregelt ist. Um die Übersichtlichkeit der Regelung zu erhöhen und zudem die bei der künftigen regelhaften Dynamisierung der Leistungsbeträge im Bundesanzeiger vorzunehmende Bekanntmachung zu verschlanken, die ohne die Änderung jedes Mal auch § 28a Absatz 2 und 3 mit aufnehmen müsste, wird die Regelung auf eine reine Aufzählung mit dynamischen Verweisen umgestellt.

Bei dieser Gelegenheit wird auch der Anspruch auf Anschubfinanzierung bei Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 45e nach Maßgabe von § 28 Absatz 1b mit in die Aufzählung aufgenommen. Diesen Anspruch haben auch Pflegebedürftige des Pflegegrades 1, er wurde in § 28a bisher aber nicht mit aufgezählt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufnahme des § 45e in § 28a.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine redaktionelle Umstellung zur Klarstellung, dass der Anspruch sich auf die Pflegeberatung nach § 7a bezieht. Die Aufklärung und Auskunft nach § 7 steht bereits Versicherten ohne Pflegegrad zu. Die Pflegeberatung nach § 7a ist von den Pflegekassen sowie privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, ebenfalls im Rahmen der §§ 7b, 7c und künftig des § 7d zu erbringen – unabhängig vom Pflegegrad. Die §§ 7b bis 7d beinhalten indes organisatorische Vorschriften, welche das Verfahren, den Ort der Beratung durch verschiedene Akteure sowie elektronische Informationsmethoden regeln. Entsprechend reicht es aus, in § 28a für den Beratungsanspruch allein auf § 7a zu verweisen.

Zu Doppelbuchstabe dd

Es handelt sich um eine redaktionelle Vereinfachung des Verweises.

Zu Doppelbuchstabe ee

Es handelt sich um eine redaktionelle Vereinfachung des Verweises.

Zu Doppelbuchstabe ff

Der bisher in § 28a Absatz 3 beschriebene Zuschuss zu vollstationärer Pflege bei Pflegegrad 1 gemäß § 43 Absatz 3 wird jetzt in Nummer 6 aufgeführt.

Zu Doppelbuchstabe gg

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Doppelbuchstabe hh

Der bisher in § 28a Absatz 2 beschriebene Entlastungsbetrag gemäß § 45b wird jetzt in Nummer 12 aufgeführt. Der bisher in § 28a nicht mit aufgeführte § 45e wird als Nummer 13 in die Aufzählung aufgenommen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Umstrukturierung des § 28a.

Zu Nummer 15

Mit der Änderung wird vor dem Hintergrund der Leistungsanhebungen zum 1. Juli 2023 und zum 1. Januar 2024 die bisher für das Jahr 2024 vorgesehene allgemeine Leistungsdynamisierung in unveränderter Höhe auf das Jahr 2025 verschoben. Zum 1. Januar 2028 steigen die Leistungsbeträge automatisch in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen, sofern dieser nicht oberhalb der Lohnentwicklung im gleichen Zeitraum liegt. Mit dem Übergang zur Kerninflationsrate als Dynamisierungsmaßstab werden kurzfristige starke Preisschwankungen im Bereich der Energie- und Lebensmittelpreise in der Berechnungsgrundlage nicht berücksichtigt. Daraus ergibt sich ein kontinuierlicherer Verlauf der jeweiligen Dynamisierungsschritte. Da die Leistungsanpassungen regelhaft erfolgen, ist die bisher jeweils turnusmäßig vorgesehene Prüfung durch die Bundesregierung nicht mehr erforderlich und entfällt. Damit wird für die Pflegebedürftigen eine größere Sicherheit hinsichtlich der Entwicklung der Leistungsbeträge erreicht. Zur Rechtsklarheit werden die Leistungsbeträge vom Bundesministerium für Gesundheit auch im Bundesanzeiger bekannt gemacht.

Zu den langfristigen Bestimmungsfaktoren der Leistungsdynamisierung wird die Bundesregierung im Rahmen ihrer Überlegungen zur langfristigen Finanzierung der Pflegeversicherung noch in dieser Legislaturperiode Vorschläge erarbeiten.

Durch den Verweis in § 87a Absatz 4 auf § 30 gilt die Regelung ebenfalls für den dort genannten Betrag.

Zu Nummer 16

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 17

Zu Buchstabe a

§ 40a Absatz 2 Satz 8 kann nicht dahingehend verstanden werden, dass die Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen höhere Vergütungsbeträge als nach § 78a Absatz 1 Satz 1 mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen vereinbart, den Pflegebedürftigen in Rechnung stellen dürfen bzw. mit diesen abweichende Preisabsprachen treffen können. Die vereinbarten Vergütungsbeträge nach § 78a Absatz 1 Satz 1 sind für die Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen und die Pflegebedürftigen bindend. Dies stellt der neu eingefügte § 78a Absatz 4 Satz 7 klar.

Von den Pflegebedürftigen grundsätzlich selbstzutragende Mehrkosten können sich entweder aus Vereinbarungen bzw. Preisabsprachen ergeben, die sich insbesondere auf Funktionen oder Anwendungsbereiche einer digitalen Pflegeanwendung beziehen, die keine Berücksichtigung im Rahmen der Prüfung der Erstattungsfähigkeit von digitalen Pflegeanwendungen durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte gefunden haben oder deren pflegerischer Nutzen nicht nachgewiesen wurde oder etwa durch zusätzliche Vorhaltevoraussetzungen bedingt sind, die vom Pflegebedürftigen zur Nutzung der digitalen Pflegeanwendung erst zu schaffen sind (z.B. Installation der aktuellen Version des Betriebssystems, Anschaffung von Hardware).

Die Vergütungsbetragsvereinbarungen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen sind abschließend und weitere parallele Vergütungsvereinbarungen oder die Inrechnungstellung höherer Vergütungsbeträge gegenüber den Pflegebedürftigen sind daher nicht möglich.

Dies gibt auch § 78a Absatz 4 Satz 6 vor. Danach ist eine Differenzierung der Vergütungsbeträge nach Absatz 1 nach Kostenträgern nicht zulässig. Kostenträger im Sinne dieser Vorschrift sind auch und gerade die Pflegebedürftigen, die die vereinbarten Vergütungsbeträge einschließlich der Mehrkosten für die digitalen Pflegeanwendungen zu tragen haben und sich diese bis zum Leistungsbetrag von im Monat höchstens 50 Euro je Pflegebedürftigen erstatten lassen können. Ein solches Verständnis ist dem SGB XI nicht fremd, sondern liegt insbesondere auch den §§ 84 Absatz 3, zweiter Halbsatz und 89 Absatz 1 Satz 6 zugrunde.

Gleichwohl hat der Verweis in § 40a Absatz 2 Satz 8 Missverständnisse ausgelöst und wird insoweit korrigiert und durch den § 78a Absatz 4 Satz 7 ergänzt.

Zu Buchstabe b

Die Informationspflicht der Pflegekassen wird nunmehr im neuen § 40b Absatz 2 geregelt.

Zu Nummer 18

Zu Buchstabe a

Der bisherige Wortlaut wird zu Absatz 1.

Zu Buchstabe b

Es soll sichergestellt werden, dass die Pflegebedürftigen größtmögliche Transparenz über die selbst zu tragenden Kosten und Mehrkosten erhalten. Die Pflegekassen werden daher verpflichtet, die Pflegebedürftigen vorab über möglicherweise anfallende Eigenanteile so detailliert wie möglich zu informieren. Dies gilt sowohl für die digitalen Pflegeanwendungen, die Mehrkosten nach § 40a Absatz 2 Satz 8 als auch für die ergänzenden Unterstützungsleistungen.

Zu Nummer 19

Des Weiteren erfolgt eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung der Regelungen zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§§ 18 ff.). Wie alle Folgeänderungen zur Neustrukturierung einschließlich der Neustrukturierung selbst tritt auch diese Änderung zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in Kraft.

Zu Nummer 20

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 Nummer 21

Zu Buchstabe a

Da eine Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung in § 55 Absatz 1 eingeführt wird, wird der Überschrift der Vorschrift das Wort „Verordnungsermächtigung“ angefügt.

Zu Buchstabe b

Der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung wird um 0,35 Beitragssatzpunkte angehoben. Die Mehreinnahmen sind zur Stabilisierung der Finanzsituation und diesbezüglich der Absicherung bestehender und mit diesem Gesetz angepasster Leistungsansprüche der sozialen Pflegeversicherung, die pandemiebedingt schwer belastet ist, nötig.

Die finanzielle Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung in den letzten Jahren hat gezeigt, dass sich kurzfristig zusätzlicher Finanzierungsbedarf ergeben kann und die grundsätzlich vorgesehene, gesetzliche Anpassung des Beitragssatzes in diesen Fällen eine zu lange Vorlaufzeit haben kann. Deshalb wird für Fälle eines kurzfristigen Liquiditätsbedarfs zusätzlich eine Rechtsverordnungsermächtigung für die Bundesregierung zur Anpassung des Beitragssatzes nach § 55 Absatz 1 Satz 1 ergänzt. Das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagesoll ergibt sich nach § 64 Absatz 2 aus dem Rücklagesoll von 0,5 Monatsausgaben und mit dem vom Bundesamt für soziale Sicherung über die Festlegung der Ausgabendeckungsquote konkretisierten Betriebsmittelsoll.

Zu Buchstabe c

Die Änderungen des Absatzes 3 gehen auf den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 zu den Verfahren mit den Aktenzeichen 1 BvL 3/18, 1 BvR 717/16, 1 BvR 2257/16 und 1 BvR 2824/17 zurück (BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 7. April 2022, 1 BvL 3/18 – BVerfG 2022, a.a.O.). In diesem hat das Bundesverfassungsgericht festgestellt, dass es mit dem Grundgesetz unvereinbar sei, dass beitragspflichtige Eltern in der sozialen Pflegeversicherung unabhängig von der Zahl der von ihnen betreuten und erzogenen Kinder mit gleichen Beiträgen belastet werden. Es handele sich um eine verfassungsrechtlich nicht gerechtfertigte Gleichbehandlung von wesentlich Ungleichem (vgl. BVerfG 2022, a.a.O., Rn. 237 f.).

Das Bundesverfassungsgericht hat die Verfassungswidrigkeit des § 55 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 Satz 1 und 2 sowie des § 57 Absatz 1 Satz 1 ausgesprochen, gleichzeitig aber auch die Fortgeltung der Normen (vgl. BVerfG 2022, a.a.O., Rn. 369 f. und 372 f.). Es hat dem Gesetzgeber aufgegeben, bis spätestens zum 31. Juli 2023 einen verfassungsgemäßen Zustand zu schaffen. Bis zu diesem Zeitpunkt gelte das bisherige Recht (vgl. BVerfG 2022, a.a.O., Rn. 373 f.). Diesem Auftrag kommt der Gesetzgeber mit den Änderungen des § 55 Absatz 3, aber auch mit Änderungen in weiteren Regelungen nach.

Der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts enthält wichtige Hinweise für die Ausgestaltung eines verfassungskonformen Beitragsrechts:

Zum einen hat das Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber einen großen Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsspielraum bei der Ausgestaltung zugesprochen. Dieser betreffe nicht nur die Frage, in welchem Umfang im gewählten System der sozialen Pflege-

versicherung der wirtschaftliche Kindererziehungsaufwand im Beitragsrecht zu berücksichtigen sei, sondern auch, auf welche Weise und auf wessen Kosten dies erfolge (vgl. BVerfG 2022, a.a.O., Rn. 287 und 371). Praktikabilitätserwägungen und Gesichtspunkte der Verwaltungsvereinfachung dürften dabei berücksichtigt werden, sie könnten jedoch keine Regelung rechtfertigen, die sich als in substantiellem Umfang gleichheitswidrig erweise (BVerfG 2022, a.a.O., Rn. 325).

Zum anderen hat das Bundesverfassungsgericht festgestellt, dass die kinderzahlunabhängige Beitragsbelastung der Eltern diese bereits ab einschließlich dem zweiten Kind belaste (BVerfG 2022, a.a.O., Rn. 269 und 273). Der substantiell ansteigenden Kostenlast der Kindererziehung werde nicht mit einer (relativen) Beitragsentlastung im Verhältnis zu Versicherten mit weniger Kindern Rechnung getragen (BVerfG 2022, a.a.O., Rn. 273). Auch machen nach Auffassung des Gerichts die von der bisher geltenden Typisierung (einerseits kinderlose Versicherte, andererseits Versicherte mit Kindern) nachteilig betroffenen Versicherten mit zwei und mehr Kindern keine nur verhältnismäßig kleine Zahl von Personen aus. Vielmehr sei der Anteil der Familien mit einem Kind ungefähr gleich groß wie der Anteil der Familien mit zwei oder mehr Kindern (vgl. BVerfG 2022, a.a.O., Rn. 320).

Das Bundesverfassungsgericht gibt dem Gesetzgeber zudem den Auftrag zu prüfen, ob die beitragsrechtliche Privilegierung der Eltern wie bisher lebenslang gelten oder auf den Zeitraum beschränkt werden solle, in dem Erziehungsaufwand typischerweise tatsächlich anfallt (BVerfG 2022, a.a.O., Rn. 371).

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit dieser Regelung wird der Zuschlag für Mitglieder ohne Kinder von 0,35 auf 0,6 Beitragsatzpunkte angehoben. Der Gesamtbeitrag zur Pflegeversicherung für Mitglieder ohne Kinder beläuft sich somit auf 4,0 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen.

Durch die erneute Anhebung des Zuschlags für Mitglieder ohne Kinder um 0,25 Beitragsatzpunkte wird die Beitragsdifferenzierung zwischen Mitgliedern mit und ohne Kinder noch einmal maßvoll erhöht. Dies dient zum einen dem Ziel, der Ausgangsrelation zwischen dem regulären Beitragssatz und dem Beitragszuschlag für Kinderlose aus dem Jahr 2005 zu entsprechen. Zum anderen dient die Anhebung dazu, die vom Bundesverfassungsgericht mit Beschluss vom 7. April 2022 geforderte Beitragsatzdifferenzierung nach Kinderzahl zu finanzieren. Das Bundesverfassungsgericht hat zu diesem Punkt in seinem Beschluss ausdrücklich festgestellt, dass es dem Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers unterfalle, auf wessen Kosten die verfassungsgemäße Ausgestaltung des Beitragsrechts erfolge (vgl. BVerfG 2022, a.a.O., Rn. 287). In Anknüpfung an die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 3. April 2001 zu dem Verfahren mit dem Aktenzeichen 1 BvR 1629/94 (BVerfG, Urteil des Ersten Senats vom 3. April 2001, 1 BvR 1629/94 – BVerfG 2001, a.a.O.) ist es nach Ansicht des Gesetzgebers sachgerecht, dass die verfassungsgemäße Ausgestaltung des Beitragsrechts von den Mitgliedern ohne Kinder aufgefangen wird. Denn das Bundesverfassungsgericht hat in dieser Entscheidung Folgendes ausgeführt (BVerfG 2001, a.a.O., Rn. 61):

„Wenn aber ein solches Leistungssystem ein Risiko abdecken soll, das vor allem die Altengeneration trifft, und seine Finanzierung so gestaltet ist, dass sie im Wesentlichen nur durch das Vorhandensein nachwachsender Generationen funktioniert, die jeweils im erwerbsfähigen Alter als Beitragszahler die mit den Versicherungsfällen der vorangegangenen Generationen entstehenden Kosten mittragen, dann ist für ein solches System nicht nur der Versicherungsbeitrag, sondern auch die Kindererziehungsleistung konstitutiv. (...) Die kindererziehenden Versicherten sichern die Funktionsfähigkeit der Pflegeversicherung also nicht nur durch Beitragszahlung, sondern auch durch Betreuung und Erziehung von Kindern.“

Nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts ist die Erziehungsleistung somit konstitutiv für die Funktionsfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung. Bei Mitgliedern ohne Kinder tritt folglich der Beitragszuschlag für Kinderlose an die Stelle der Erziehungsleistung. Bei einem Beitragszuschlag für Kinderlose in Höhe von 0,6 Beitragssatzpunkten erbringen Mitglieder ohne Kinder einen um knapp 18 Prozent höheren Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung als Mitglieder ohne Beitragszuschlag.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit dem neuen Satz 3 werden die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts in seinem Beschluss vom 7. April 2022 zur Beitragssatzdifferenzierung nach Kinderzahl umgesetzt:

Der Pflegeversicherungsbeitrag für Eltern mit zwei Kindern reduziert sich um einen Abschlag in Höhe von 0,15 Beitragssatzpunkten. Ihr Beitrag beläuft sich somit auf insgesamt 3,25 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen und ist somit um 0,75 Beitragssatzpunkte niedriger als der Beitrag von Mitgliedern ohne Kinder.

Der Pflegeversicherungsbeitrag für Eltern mit drei Kindern reduziert sich um einen Abschlag in Höhe von 0,3 Beitragssatzpunkten. Ihr Beitrag beläuft sich somit auf insgesamt 3,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen und ist somit um 0,9 Beitragssatzpunkte niedriger als der Beitrag von Mitgliedern ohne Kinder.

Der Pflegeversicherungsbeitrag für Eltern mit vier Kindern reduziert sich um einen Abschlag in Höhe von 0,45 Beitragssatzpunkten. Ihr Beitrag beläuft sich somit auf insgesamt 2,95 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen und ist somit um 1,05 Beitragssatzpunkte niedriger als der Beitrag von Mitgliedern ohne Kinder.

Der Pflegeversicherungsbeitrag für Eltern mit fünf und mehr Kindern reduziert sich um einen Abschlag in Höhe von 0,6 Beitragssatzpunkten. Ihr Beitrag beläuft sich somit auf insgesamt 2,8 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen und ist somit um 1,2 Beitragssatzpunkte niedriger als der Beitrag von Mitgliedern ohne Kinder.

Eine weitere Differenzierung ist nicht vorgesehen. Nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes, auf die auch das Bundesverfassungsgericht verweist (BVerfG 2022, a.a.O., Rn. 320), haben 50,7 Prozent der Familien mit minderjährigen Kindern ein Kind, 37,4 Prozent haben zwei Kinder, 9,2 Prozent haben drei Kinder, 2,1 Prozent haben vier Kinder und 0,6 Prozent haben fünf und mehr Kinder (Statistisches Bundesamt, Fachserie 1, Reihe 3, 2019, Tabellen 1.1, S. 35 f. und Tabelle 5.2, S. 125 ff.). Nach Ansicht des Gesetzgebers ist es vor dem Hintergrund dieser Angaben verfassungskonform, bis zu Familien mit fünf Kindern zu differenzieren, danach aber nicht mehr. Nach Ansicht des Gesetzgebers ist die Gruppe der Familien mit fünf und mehr Kindern klein genug, um nicht weiter zu differenzieren. Außerdem hätte eine weitere Absenkung bei Familien mit mehr als fünf Kindern zur Folge, dass der Pflegeversicherungsbeitrag so niedrig wäre (kleiner als 2,8 Prozent), dass die Höhe des Beitrags nicht mehr in einem angemessenen Verhältnis zum Wert der versicherten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit stünde.

Auch Eltern, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, profitieren von den Abschlägen. Denn die erbrachte Erziehungsleistung, die die Abschläge rechtfertigt, ist unabhängig vom Alter der Eltern.

Für Eltern mit einem Kind gilt weiterhin der reguläre Beitragssatz gemäß Absatz 1 Satz 1 oder 3. Ihr Beitrag beläuft sich auf 3,4 Prozent (bzw. 1,7 Prozent im Fall des Absatzes 1 Satz 3) der beitragspflichtigen Einnahmen und ist somit um 0,6 Beitragssatzpunkte niedriger als der Beitrag von Mitgliedern ohne Kinder. Damit wird dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 3. April 2001 nach wie vor Folge geleistet, das eine Entlastung bereits ab dem ersten Kind fordert (BVerfG 2001, a.a.O., Rn. 73).

Nach Ansicht des Gesetzgebers ist es gerechtfertigt, die Befreiung vom Beitragszuschlag für Kinderlose bei Mitgliedern mit einem Kind sowie die Abschläge bei Mitgliedern mit mehreren Kindern lebenslang gelten zu lassen und nicht auf den Zeitraum zu beschränken, in dem Erziehungsaufwand typischerweise anfällt. Dies galt auch für die bisherige Befreiung vom Beitragszuschlag für Kinderlose.

Zwar dürfte der Realaufwand, also die erziehungsbedingten Konsumausgaben (vgl. BVerfG 2022, a.a.O., Rn. 255), primär auf die Kindheits-, Jugend- und Ausbildungszeit der Kinder entfallen. Anders verhält es sich jedoch mit den Opportunitätskosten, also den erziehungsbedingt entgangenen Erwerbs- und Versorgungschancen (vgl. BVerfG 2022, a.a.O., Rn. 255). Denn diese wirken sich – insbesondere in Form von erziehungsbedingten Freistellungen und Teilzeiterwerbstätigkeit – nicht nur über die Erwerbsphase aus. Sie erstrecken sich vielmehr auf die Altersversorgung, da Einkommenseinbußen und entgangene Karrierechancen im Verlauf der Erwerbsbiografie kaum mehr kompensiert werden können (so auch BVerfG 2022, a.a.O., Rn. 259).

In Anlehnung an die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 3. April 2001 spricht ein weiteres Argument dafür, die Befreiung vom Beitragszuschlag für Kinderlose bei Mitgliedern mit einem Kind sowie die Abschläge bei Mitgliedern mit mehreren Kindern lebenslang gelten zu lassen:

Nach dieser Entscheidung ist die Erziehungsleistung konstitutiv für die Funktionsfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung (vgl. BVerfG 2001, a.a.O., Rn. 61). Diese konstitutive Bedeutung der Erziehungsleistung wirkt sich über den Zeitraum, in dem Erziehungsaufwand typischerweise anfällt, hinaus. Vielmehr kommt sie zum Tragen, wenn die Kinder selbst als Beitragszahler für die Pflegekosten der Elterngeneration aufkommen. Denn sie kommen dann auch für die Pflegekosten der Versicherten auf, die keine Erziehungsleistung, also keinen generativen Beitrag erbracht haben.

Zu Doppelbuchstabe cc

Da nunmehr nicht nur die Elterneigenschaft für die Höhe der Pflegeversicherungsbeiträge maßgeblich ist, sondern auch die Anzahl der Kinder, ist diese künftig auch gegenüber der beitragsabführenden Stelle bzw. bei Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse nachzuweisen.

Zu Doppelbuchstabe dd

Mitglieder mit Kindern können nur dann in den Genuss der Beitragsabschläge kommen, wenn der beitragsabführenden Stelle bzw. der Pflegekasse die Anzahl der Kinder bekannt ist. Bei Vorlage innerhalb von drei Monaten nach der Geburt eines Kindes gilt der Nachweis rückwirkend ab dem Beginn des Monats der Geburt, ansonsten ab Beginn des Monats, der dem Monat folgt, in dem der Nachweis erbracht wird. So sieht es der bisherige Satz 5 von Absatz 3 vor und dies gilt weiterhin. Angepasst wird der bisherige Satz 6: In einer Übergangszeit bis zum 31. Dezember 2023 wirken Nachweise für vor dem 1. Juli 2023 geborene Kinder vom 1. Juli 2023 an, wenn sie bis zum 31. Dezember 2023 erbracht werden.

Zu Doppelbuchstabe ee

Die bis 1940 geborenen Jahrgänge haben in so ausreichendem Maße Kinder geboren und erzogen, dass es der Gesetzgeber im Rahmen des Kinder-Berücksichtigungsgesetzes vom 15. Dezember 2004 als sachgerecht erachtete, die vor dem 1. Januar 1940 geborenen Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung von der Beitragszuschlagspflicht für Kinderlose auszunehmen. Aus demselben Grund ist es gerechtfertigt, sie in den Genuss der Beitragsabschläge nach dem neuen Satz 3 kommen zu lassen.

Die Beitragsabschläge gelten hingegen nicht für Wehr- und Zivildienstleistende sowie für Bezieher von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches. Dies regelt der neue Satz 8. Hintergrund ist, dass diese Personengruppen ihre Beiträge nicht selber tragen, sondern dass der Bund die Beiträge für sie trägt (§ 59 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit § 251 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches). Die Beitragsabschläge nach dem neuen Satz 3 sollen nicht den Bund von Aufwendungen entlasten, sondern es soll die Erziehungsleistung der Mitglieder mit Kindern in finanzieller Hinsicht berücksichtigt werden.

Zu Buchstabe d

Zur besseren Übersichtlichkeit wird der bisherige Absatz 3a in Absatz 4 umbenannt.

Zu Buchstabe e

Wegen Zeitablaufs wird Absatz 4 aufgehoben.

Zu Buchstabe f

Die Neuregelungen in Absatz 3 werden auf die landwirtschaftlichen Unternehmer sowie mitarbeitende Familienangehörige übertragen. Auch für diese sollen die Zu- und Abschläge abhängig von der Elterneigenschaft sowie der Kinderzahl bei der Berechnung des Zuschlags auf den Krankenversicherungsbeitrag berücksichtigt werden.

Zu Nummer 22

Mit dem neuen Satz 4 wird geregelt, dass der Abschlag nach § 55 Absatz 3 Satz 3 Nummer 1 bis 4 ausschließlich den Beitragsanteil der Beschäftigten am Pflegeversicherungsbeitrag reduziert. Damit werden nur die Mitglieder mit zwei Kindern und mehr bei den Beiträgen entlastet, nicht die Arbeitgeber.

Zu Nummer 23

Für Bezieher von Leistungen nach dem Dritten Buch ist aus Gründen der Verwaltungvereinfachung im Jahr 2004 eine pauschale Beitragszahlungsregelung getroffen worden. In dieser ist die Anhebung des Beitragszuschlags für Kinderlose von ursprünglich 0,25 Beitragssatzpunkten auf nunmehr 0,6 Beitragssatzpunkten nachzuvollziehen. Die pauschale Beitragszahlung beläuft sich zukünftig auf einen Betrag in Höhe von 50 Millionen Euro pro Jahr, der von der Bundesagentur für Arbeit an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung überwiesen wird.

Zu Nummer 24

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einführung eines neuen Satzes 2 in § 55 Absatz 1.

Zu Nummer 25

Angesichts der angespannten Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung wird die Rückzahlungsfrist des vom Bund gewährten Darlehens von Ende 2023 auf Ende 2028 verlängert.

Zu Nummer 26

Es handelt sich um Folgeänderungen zu der Aufhebung des § 113a.

Zu Nummer 27

Zu Buchstabe a

Die von der Pflegeselbstverwaltung verhandelten und vereinbarten Rahmenverträge nach § 75 bilden die Grundlage für die Sicherstellung einer wirksamen und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgung der Versicherten auf Landesebene und haben damit enorme Bedeutung für die Beteiligten der Pflegeselbstverwaltung wie auch die Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Um den Zugang zu ihnen zu erleichtern, werden die Landesverbände der Pflegekassen daher ergänzend verpflichtet, die Landesrahmenverträge zu veröffentlichen. Diese sollte möglichst leicht zugänglich erfolgen, beispielsweise auf den jeweiligen Internetseiten, wie es von verschiedenen Pflegekassen in einigen Bundesländern bereits gehandhabt wird. Damit erhalten auch die Versicherten selbst und ihre Angehörigen einen unkomplizierten Zugang zu diesen Dokumenten und damit die Möglichkeit, sich über die Vorgaben und Gegebenheiten hinsichtlich der pflegerischen Versorgung in ihrem Land zu informieren. Insgesamt wird ein Beitrag für mehr Transparenz geleistet.

Zu Buchstabe b

Aus der Pflegeselbstverwaltung werden regelmäßig Fragen hinsichtlich geeigneter Unterlagen zur Darlegung der prospektiven Aufwendungen in den Pflegevergütungsverhandlungen vorgetragen. Diese treten insbesondere im Zusammenhang mit der Berücksichtigung von Aufwendungen bezüglich der Personalbeschaffung bei der Vereinbarung der Pflegevergütung nach den §§ 84 und 89 auf. Daher wird zur Klarstellung § 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 11 zu den bestehenden Regelungsinhalten der Landesrahmenverträge diesbezüglich konkretisiert.

Die Vereinbarungspartner sollen in den Verträgen auf Landesebene regeln, welche Dokumente und Parameter hinsichtlich der prospektiv zu erwartenden Sach- und Personalaufwendungen geeignet sein können. Die Umsetzung dieses Auftrags stellt damit eine Ergänzung der bestehenden Vorgaben aus § 82c und den Pflegevergütungs-Richtlinien nach § 82c Absatz 3 dar und soll insbesondere auch solche Aufwendungen für die Beschaffung von inländisch oder im Ausland angeworbenem Personal umfassen. Damit wird auch ein Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes zur Berücksichtigung zuletzt genannter Positionen in den Vergütungsverhandlungen aufgegriffen.

Zu Nummer 28

Zu Buchstabe a

Der neu eingefügte § 78a Absatz 4 Satz 7 stellt klar, dass die mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen für die im Verzeichnis gelisteten digitale Pflegeanwendungen vereinbarten Vergütungsbeträge nach § 78a Absatz 1 Satz 1 für die Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen auf Bundesebene und die Pflegebedürftigen gleichermaßen bindend sind. Mithilfe der Klarstellung in § 78 Absatz 4 Satz 7 werden etwaige Differenzen bei der Auslegung vermieden.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Vorlage des erstmaligen Berichts nach § 78a Absatz 9 zu den Leistungen nach §§ 39a, 40a wird vom 1. Februar auf den 1. April 2024 verschoben, um eine ausreichende Vorlaufzeit zu gewährleisten.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Ergänzung wird im Gesetz klargestellt, dass hinsichtlich der privaten Pflege-Pflichtversicherung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. mit einbezogen wird.

Zu Nummer 29

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

Zu Nummer 30

Da die früher allein in § 45c enthaltenen Fördertatbestände inzwischen in den §§ 45c und 45d geregelt sind, wird der Verweis in § 111 Absatz 1 Satz 1 entsprechend redaktionell angepasst. Zudem wird ein Bezug auf die Mittel gemäß § 123 Absatz 2 ergänzt.

Zu Nummer 31

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Aufhebung des § 113a.

Zu Buchstabe b

Der Medizinische Dienst und der Prüfdienst der privaten Krankenkassen haben nach § 112 Absatz 3 SGB XI den Auftrag, Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung zu beraten, mit dem Ziel, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen und ihrer Träger für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken. In Krisensituationen (z.B. pandemische Notlagen) kann der Beratungsbedarf angesichts stark veränderter Rahmenbedingungen besonders hoch sein. Die Träger der Prüfinstitutionen werden nunmehr ausdrücklich verpflichtet, durch geeignete organisatorische und technische Maßnahmen (z.B. Einrichtung von Krisentelefonen etc.) sicherzustellen, dass auch in Krisensituationen eine qualifizierte Beratung erfolgen kann. Damit wird gewährleistet, dass die Fachkompetenz der Prüfinstanzen in herausfordernden Situationen genutzt werden kann. Die Maßnahmen sind effizient bekanntzumachen und ständig zu aktualisieren.

Zu Nummer 32

Die Ergänzung soll sicherstellen, dass alle zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland auch im Bereich der Pflegedokumentation in der Regel von den Möglichkeiten der Digitalisierung profitieren können. Eine vollständig elektronische Dokumentation hat das Potential, im Alltag der Pflegekräfte für optimierte Abläufe und Arbeits erleichterungen zu sorgen.

Zu Nummer 33

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 bisher kein einziger Standard verbindlich eingeführt. Es wurde lediglich ein Expertenstandard entwickelt. Dabei handelt es sich um den Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“. Im Nachgang zu seiner modellhaften Implementierung wurde von den Vertragsparteien im Februar 2018 jedoch nur eine Empfehlung zur freiwilligen Einführung des Expertenstandards ausgesprochen. Im Jahr 2019 wurde der Standard aktualisiert und seit Mitte 2022 findet im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege erneut eine Begleitforschung statt.

Diese Bilanz zeigt, dass das Verfahren zu schwerfällig ist und nicht das vom Gesetzgeber erwartete Ergebnis bringt. Der gesetzliche Auftrag an die Selbstverwaltung wird deshalb in dieser Form nicht aufrechterhalten. Es bleibt den Vertragsparteien überlassen, ob sie nach Erhalt des Abschlussberichts eine weitere Empfehlung zur freiwilligen Einführung des Expertenstandards Mobilität abgeben und weiterhin seine Einführung in die Praxis unterstützen. Der Expertenstandard ist für die Einrichtungen nicht unmittelbar verpflichtend. Aber 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 Nummer 34

Zu Buchstabe a und Buchstabe b

Es handelt sich jeweils um eine Folgeänderung zu der Aufhebung des § 113a.

Mit den weiteren Änderungen in § 113b werden die Regelungen zur Arbeitsweise des Qualitätsausschusses und des Beteiligungsverfahrens nachjustiert mit dem Ziel, zum einen mehr Transparenz zu schaffen und zum anderen die Betroffenenorganisationen bei der Wahrnehmung ihrer Rechte effektiv zu unterstützen. Darüber hinaus wird eine jährliche Berichtspflicht gegenüber dem BMG eingeführt.

Zu Buchstabe c

Mit dieser Regelung zur Einführung von mehr Transparenz wird insbesondere eine Forderung der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung und der Betroffenenvertretungen aufgegriffen: Für die beschlussfassenden Sitzungen des Qualitätsausschusses werden die für den Gemeinsamen Bundesausschuss geltenden Transparenzregelungen (§ 91 Absatz 7 Satz 6 SGB V) nachgebildet. Zukünftig sollen diese Sitzungen auch öffentlich sein. Wie bei den Sitzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses wird nur eine begrenzte Anzahl von Personen an den Sitzungen teilnehmen können, deshalb sollen die Sitzungen unter Nutzung der zeitgemäßen, technischen Möglichkeiten im Internet live, unkommentiert und in voller Länge übertragen werden. Zudem wird dem Qualitätsausschuss aufgegeben, für einen späteren Abruf alle Beiträge in einer Mediathek im Internetangebot des Qualitätsausschusses zur Verfügung zu stellen.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Neuregelung des § 113b Absatzes 8 Satz 3.

Zu Buchstabe e

Mit dieser Regelung soll es den Betroffenenorganisationen erleichtert werden, ihre Sichtweise und Expertise effizient in die Verfahren des Qualitätsausschusses einzubringen. Auch die Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung hat in diesem Zusammenhang auf die Komplexität der im Qualitätsausschuss beratenen Themen und auf den Umfang der Unterlagen hingewiesen. Die Betroffenenorganisationen wirken gemäß § 118 SGB XI an den Entscheidungen des Qualitätsausschusses – auch in seiner erweiterten Form – bera-

tend mit und haben zudem das Recht, Anträge zu stellen. Hinsichtlich der Geschäftsordnung besitzen sie Stimmrecht. Die Vertragsparteien werden nunmehr verpflichtet, ab dem 1. September 2023 dauerhaft zusätzlich eine Referentenstelle einzurichten, die die Betroffenenorganisationen bei der Wahrnehmung dieser Rechte inhaltlich und organisatorisch unterstützt. Die Stelle (eine Vollbeschäftigteinheit VBE) zur Unterstützung der Betroffenenverbände ist im Haushalt der Geschäftsstelle zu verorten, wobei die Stellenbesetzung durch die Betroffenenverbände erfolgt. Ob der oder die Mitarbeitende (es ist auch eine Besetzung der Stelle durch mehr als eine Person in Teilzeit möglich) auch die Räumlichkeiten der Geschäftsstelle nutzt, obliegt der Entscheidung der Betroffenenverbände in Abstimmung mit der Geschäftsstelle. Eine Erstattung von Sach- und Bürokosten außerhalb der Geschäftsstelle ist nicht vorgesehen.

Zu Buchstabe f

Neu eingeführt wird eine kontinuierliche und näher konkretisierte jährliche Berichtspflicht des Qualitätsausschusses gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit. Eine solche Berichtspflicht ist sinnvoll, weil das Bundesministerium für Gesundheit über die Vorlagepflicht und das Beanstandungsrecht gemäß § 113b Absatz 9 von den Vorgängen betroffen ist. Die Darlegungspflichten bezüglich Aufgaben, die mit Fristen hinterlegt sind, verdeutlichen, dass seitens des Qualitätsausschusses alle erforderlichen Maßnahmen ergriffen werden müssen, um Fristen einzuhalten. Er ist im Falle einer Fristüberschreitung zukünftig darüber rechenschaftspflichtig, welche besonderen Schwierigkeiten dazu geführt haben. Der Bericht hat detailliert darauf einzugehen, welche Maßnahmen gegebenenfalls ergriffen wurden bzw. ergriffen werden, um die Einhaltung von Fristen zu gewährleisten. Unabhängig von der kontinuierlichen Berichtspflicht wird das Recht des Bundesministeriums für Gesundheit verankert, sich jederzeit von den Vertragsparteien einen konkreten qualifizierten Zeitplan für die Bearbeitung der Aufgaben vorlegen zu lassen.

Zu Nummer 35

Der Koalitionsvertrag sieht vor, dass die Umsetzung der Personalbemessung in der vollstationären Pflege beschleunigt werden soll. Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754; 2022 I S. 1025) (GVWG) wurden bereits bundeseinheitliche Personalanhaltswerte in drei Qualifikationsstufen festgelegt. Die vollstationären Pflegeeinrichtungen können dadurch insbesondere mehr Pflegehilfskraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege vereinbaren. Allerdings stellt die Arbeitsmarktlage die Pflegeeinrichtungen vor die zunehmende Herausforderung, Personal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege zu gewinnen. In der Roadmap zur Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens haben die Länder zugesagt, die Ausbildungskapazitäten bedarfsgerecht anzupassen. Um die vollstationären Pflegeeinrichtungen darüber hinaus darin zu unterstützen, die bundeseinheitlichen Personalanhaltswerte schneller umzusetzen, werden mit der vorliegenden Änderung Anpassungen vorgenommen. Diese setzen unter anderem weitere Anreize, Pflegehilfskraftpersonal ohne Ausbildung perspektivisch zu Pflegehilfskraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege ausbilden zu lassen. Sofern die Länder Regelungen treffen, nach denen Pflegehilfskraftpersonal ohne Berufsabschluss aber mit langjähriger Berufserfahrung in der Pflege als Pflegehilfskraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege anerkannt werden kann, soll dies auch vorliegend berücksichtigt werden können.

Zu Buchstabe a

Durch die Änderung von Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 wird die Möglichkeit zur Zuordnung von Pflege- und Betreuungspersonal im Ausbildungskontext zu den Personalanhaltswerten nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3 erweitert.

Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb ermöglicht es, auch Pflege- und Betreuungspersonal mit einer außerhalb des Geltungsbereichs des Pflegeberufgesetzes erworbenen Berufsqualifikation vorzuhalten, das während der Beschäftigung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung an einem für die Anerkennung erforderlichen Anpassungslehrgang nach dem Pflegeberufgesetz teilnimmt. Im Hinblick auf die Aufwendungen für die Beschaffung von im Ausland angeworbenen Personal sollen die Landesrahmenverträge entsprechende Vorgaben nach § 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 11 regeln. Die Landesrahmenverträge gelten nach Absatz 5 Satz 3 entsprechend.

Gleiches gilt nach Absatz 3 Nummer 2 Buchstabe b für Personal nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, das nach landesrechtlichen Regelungen zur berufsqualifizierenden Prüfung in der Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege zugelassen wurde, weil es berufspraktische Erfahrungen oder andere Qualifizierungsmaßnahmen in einem bestimmten Umfang nachweisen konnte (beispielsweise § 17 Landesverordnung über die Berufe in der Pflegehilfe – Schleswig-Holstein, § 10 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der generalistisch ausgebildeten Pflegefachassistentin und des generalistisch ausgebildeten Pflegefachassistenten – Nordrhein-Westfalen; auch als „Externenprüfung“ bezeichnet) und es die Prüfung bestanden hat. Damit wird eine weitere Möglichkeit geschaffen, die Verfügbarkeit an ausgebildeten Pflegehilfskräften leistungserbringerrechtlich zu unterstützen. Der Umfang der erforderlichen berufspraktischen Erfahrung sowie Art und Umfang der berücksichtigungsfähigen Qualifizierungsmaßnahmen einschließlich anrechenbarer Zeiten einer Ausbildung nach dem Pflegeberufgesetz richtet sich ausschließlich nach den landesrechtlichen Vorgaben, die insofern Gewähr für eine hinreichend qualifizierte Leistungserbringung im Rahmen des SGB XI bieten. Vorstellbar ist auch, dass nach dem Willen der Ländergesetzgeber eine berufspraktische Erfahrung das Erfordernis schulischer Ausbildung vollständig kompensiert, um zur berufsqualifizierenden Prüfung zugelassen zu werden. Die Regelung greift in diese Gesetzgebungskompetenz der Länder nicht ein, da sie lediglich bestimmt, unter welchen qualitativen Mindestvoraussetzungen (Umfang der Pflegebasisschulung und der berufspraktischen Erfahrung) eine Leistungserbringung auf dem Niveau QN 3 der Personalbemessungsstudie zu Lasten der sozialen Pflegeversicherung möglich ist.

Damit begrenzte örtliche Ausbildungskapazitäten die Umsetzung der Regelung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa nicht behindern, wird im neuen Satz 4 bei berufserfahrenem Hilfskraftpersonal eine längstens bis zum 30. Juni 2028 während notwendige Wartezeit bis zum Beginn der berufsbegleitenden Ausbildung mit einer bereits laufenden Durchführung gleichgestellt. Dadurch wird der teils notwendige Aufbau von Ausbildungskapazitäten in den Ländern angemessen berücksichtigt. Die Pflegeeinrichtung hat in diesem Fall nachzuweisen, dass die Pflegehilfskraft die landesrechtlich geregelte Helfer- oder Assistenzausbildung zum nächstmöglichen Zeitpunkt, spätestens jedoch am 30. Juni 2028, an einer geeigneten Berufsbildungseinrichtung beginnen kann, die nach den maßgeblichen landesrechtlichen Vorgaben ausbildet. Nachträglich auftretende Gründe für eine Verzögerung, einen Nichtantritt oder Abbruch der Ausbildung gehen nicht zu Lasten der Pflegeeinrichtung, wenn diese nicht von ihr zu vertreten sind. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn die Pflegehilfskraft das Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis kündigt, die Ausbildung nicht erfolgreich abschließt oder die zugesicherte Ausbildungsmöglichkeit an der Berufsbildungseinrichtung aus objektiven Gründen, so z. B. durch Wegfall des Lehrpersonals, nachträglich entfällt, ohne dass eine zweckentsprechende Ersatzmöglichkeit gefunden werden kann. Der berücksichtigungsfähige Zeitraum einer Ausbildungsanwartschaft ist strikt bis zum 30. Juni 2028 begrenzt und kann auch bei nicht zu vertretenden Verzögerungen oder Arbeitgeberwechsel innerhalb des Bundeslandes nicht verlängert werden. Sofern die Ausbildung nicht zum nachgewiesenen Zeitpunkt begonnen wird, die Ausbildung vorzeitig endet oder nicht erfolgreich abgeschlossen wird, ist die Stelle wieder in den Personalanhaltswerten nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 zu berücksichtigen. Absatz 2 Nummer 1 ist in den Fällen des Absatzes 3 Satz 1 Nummer 2 nicht anzuwenden.

Die Zuordnung des in Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a genannten Personals zu Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3 orientiert sich an der entsprechenden Zielqualifikation, d.

h. in der Ausbildung befindliches Personal kann auf die Stellenanteile angerechnet werden, die dem angestrebten Qualifizierungsniveau entsprechen. Finanziert wird jedoch bis zum Erreichen der Zielqualifikation das Gehalt einer Pflegehilfskraft unter Abzug der Ausbildungsvergütung. Die Ausbildungsvergütung wird weiterhin über § 82a SGB XI beziehungsweise über die Ausgleichsfonds nach dem Pflegeberufegesetz finanziert.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Ergänzung in Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 wird klargestellt, dass Fachkraft- und Hilfskraftpersonal auch in den Personalanhaltswerten der niedrigeren Qualifikationsstufen nach Satz 1 Nummer 2 und 1 bzw. Satz 1 Nummer 1 berücksichtigt werden kann. Hierdurch wird ein weiterer Weg aufgezeigt, den Personalanhaltswerten mit verfügbarem Personal zu entsprechen. Die Finanzierung erfolgt tätigkeitsbezogen auf der Stufe, für die das Personal berücksichtigt wurde. In Folge dessen wird auch die Verpflichtung der Pflegeeinrichtung nach § 72 Absatz 3b Satz 1 angepasst, eine Entlohnung entsprechend der ausgeübten Tätigkeit zu zahlen.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Zur Umsetzung des Koalitionsvertrages wird der in Absatz 7 vorgesehene Prüfauftrag zur weiteren Umsetzung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen im Verfahren konkretisiert.

Es wird in Kohärenz mit der neuen Berichtspflicht nach Absatz 8 ein regelmäßiger Turnus festgeschrieben, in dem weitere Personalausbaustufen geprüft werden. Die Prüfung dieser Personalausbaustufen wird dabei von den Ergebnissen der Maßnahmen nach § 8 Absatz 3b SGB XI zeitlich entkoppelt. Dadurch können weitere Personalausbaustufen bereits geprüft werden, auch wenn Ergebnisse aus den Modellprojekten noch nicht vorliegen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur.

Zu Dreifachbuchstabe bbb und Doppelbuchstabe cc

Die Umsetzung der Personalbemessung zielt weiterhin auf eine Verbesserung der personellen Ausstattung in allen vollstationären Pflegeeinrichtungen ab. Darüber hinaus wird unverändert angestrebt, dass sich die individuell vereinbarte personelle Ausstattung in allen vollstationären Pflegeeinrichtungen in Richtung der bundeseinheitlichen Personalanhaltswerte nach Absatz 1 angleicht (sog. Konvergenzphase). Deshalb soll der Korridor, in welchem die personelle Ausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen vereinbart werden kann, nicht vergrößert werden. Eine Anhebung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 soll perspektivisch mit einer Erhöhung der Vorgaben für die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung einhergehen. Diese ist nach der aktuellen Rechtslage in den Landesrahmenverträgen nach Absatz 5 Nummer 1 in Verbindung mit § 75 Absatz 1 SGB XI

geregelt. Ziel ist es, zukünftig auf Grundlage der Erkenntnisse nach Absatz 8, bundeseinheitliche Festlegungen für eine mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung zu treffen. Dabei darf es jedoch nicht in Folge der Situation am Arbeitsmarkt zu einem Abwettbewerb zwischen den Pflegeeinrichtungen kommen. Zudem darf auch nicht die pflegerische Versorgung gefährdet werden, indem die Vorgaben auf ein Niveau angehoben werden, welches die vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Grund der Situation am Arbeitsmarkt nicht einhalten können und somit in einem unerwünschten Umfang als Leistungserbringer entfallen.

Auf Grundlage der Prüfungsergebnisse nach Satz 1 berichtet das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit den anderen betroffenen Ressorts dem Gesetzgeber und unterbreitet Vorschläge zur regulativen Weiterentwicklung der Personalbemessungsregelungen.

Zu Buchstabe d

Bisher liegen keine aggregierten Informationen darüber vor, welche personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal zwischen den Pflegeeinrichtungen und den Pflegekassen vereinbart wurde. Die Pflegestatistik gemäß § 109 SGB XI erhebt zwar im Zweijahresrhythmus die Zahl und Struktur der Bewohner von Pflegeheimen und deren Personalausstattung. Wie in der Expertise „Quantifizierung der Personalverbesserungen in der stationären Pflege im Zusammenhang mit der Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes“ (Rothgang/Wagner, 2019) dargelegt, weisen die veröffentlichten Daten des Statistischen Bundesamtes jedoch Unschärfen aus. Diese sind zum einen auf eine nur grobe Erfassung der Teilzeit und deren Umrechnung in Vollzeitäquivalente zurückzuführen. Zum anderen entstehen Über- und Unterschätzungen bei der Abgrenzung des Personals im Bereich Pflege- und Betreuung von anderen Bereichen wie z. B. der Verwaltung. Aus diesem Grund bezieht sich der Abschlussbericht im Projekt „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM)“ bei der Berechnung der durchschnittlichen Ist-Stellenschlüssel auf die personelle Ausstattung in den Bereichen Pflege- und Betreuung, die auf der Grundlage der Landesrahmenverträge nach § 75 Absatz 1 SGB XI hätte vereinbart werden können. Bei Ländern, die in ihren Landesrahmenverträgen Bandbreiten bzw. Korridore vorsehen, wird sich in der Regel auf den Mittelwert des Korridors bezogen.

Um für die Prüfung nach Absatz 7 Informationen zu erhalten, wird daher eine neue Berichtspflicht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen in Absatz 8 eingeführt.

Der Bericht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen soll in zweijährigem Intervall bundeslandbezogen Hinweise liefern, ob Zielwerte für eine personelle Mindestausstattung von den vollstationären Pflegeeinrichtungen angesichts der Situation am Arbeitsmarkt eingehalten werden könnten. Darüber hinaus soll die Berichtspflicht Hinweise liefern, welche Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung zu erwarten wären, sollten die angestrebten Zielwerte nicht von allen Pflegeeinrichtungen vollumfänglich erfüllt werden können. Als notwendige Grundlage des Berichts wird in einem ersten Schritt durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales nach Anhörung der weiteren Beteiligten ein Zielwert für eine anzustrebende bundeseinheitliche personelle Ausstattung festgelegt und im elektronischen Bundesanzeiger veröffentlicht.

In dem Bericht ist auch die Anzahl der Pflegehilfskräfte (Vollzeitäquivalente und Personen), die im Rahmen der Bestandsschutzregelung nach Absatz 2 Nummer 1 über die personelle Ausstattung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 hinausgeht bzw. Personal, das abweichend von den Qualifikationsvorgaben nach Absatz 3 vorgehalten wird, darzustellen. Dies zielt darauf ab, Erkenntnisse zu erlangen, in welchem Umfang die Bestandsschutzregelung

greift und Qualifizierungsmaßnahmen von Pflegehilfskräften in Anspruch genommen werden, die sich auf die zukünftige Verteilung des Personals auf die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 auswirken. Ferner kann Aufschluss darüber gewonnen werden, inwieweit sich eine erfahrungsbasierte Qualifikation nach Absatz 3 Satz 1 Ziffer 2 Buchstabe b) positiv auf die Einhaltung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 auswirkt.

Zu Nummer 36

Gemäß § 114a Absatz 7 beschließt der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zur verfahrensrechtlichen Konkretisierung Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich. Es ist sachdienlich, wenn die Zuständigkeit für die Aktualisierung der Bestimmungen für die Durchführung von Qualitätsprüfungen unter Berücksichtigung der Entwicklung der SARS-CoV-2-Pandemie (§ 114 Absatz 2a) auch bei dem Richtliniengeber liegt.

Zu Nummer 37

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird mehr Verbindlichkeit hergestellt und das Ermessen der Landesverbände der Pflegekassen reduziert: Wenn die Pflegeeinrichtung entsprechend den Richtlinien nach Satz 3 (neu) ein hohes Qualitätsniveau erreicht hat, ist im Regelfall eine Verlängerung des Prüfrhythmus vorzunehmen es sei denn, außerordentliche Umstände sprechen dagegen (Ausnahmefall).

Zu Buchstabe b

Mit dem Ziel einer bundeseinheitlichen Rechtsanwendung wird zum einen die Zuständigkeit für die Benachrichtigung der Einrichtungen, bei denen der Prüfrhythmus wegen des hohen Qualitätsniveaus verlängert werden soll, einheitlich bei den Landesverbänden der Pflegekassen verankert und zum anderen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen aufgegeben, ein einheitliches Informationsverfahren (z.B. Regelungen zur Identifikation der Einrichtungen nach Satz 1, Frist und Form der Information) festzulegen. Die Festlegung dieser Strukturen soll dazu dienen, dass das vom Gesetzgeber mit der Regelung verfolgte Ziel, Anreize zur Erreichung eines hohen Qualitätsniveaus zu setzen, erfolgreich umgesetzt wird. Die Einrichtungen sollen darauf vertrauen dürfen, dass sie innerhalb einer angemessenen Frist zuverlässig erfahren, ob der Prüfrhythmus verlängert wird.

Zu Nummer 38

Zu Buchstabe a

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 Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Aufhebung des § 113a.

Zu Nummer 39

Zu § 123 (Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier, Verordnungsermächtigung)

Zu Absatz 1

Es werden regionalspezifische Modellvorhaben zur Entwicklung von Maßnahmen und Strukturen gefördert, die Pflegebedürftige und deren Pflegepersonen unterstützen. Die Modellvorhaben sollen der Verbesserung des Zugangs zu und der Nutzung insbesondere von regionalen Pflege- und Unterstützungsangeboten am Lebensort der Pflegebedürftigen und in der Nähe dienen und deshalb vor Ort und im Quartier durchgeführt und erprobt werden. Ein möglicher Ansatz kann eine Verzahnung verschiedener Angebote von unterschiedlichen Leistungsträgern und -erbringern wie Pflegekassen, Pflegediensten, stationären Pflegeeinrichtungen und ehrenamtlichen Angeboten mit kommunalen Angeboten und Diensten sein, um bessere Zugänge zu vorhandenen Hilfeleistungen zu schaffen und deren Transparenz zu erhöhen. Soweit dies sinnvoll erscheint, können ergänzend auch digitale Angebote einbezogen werden, die ggf. einen niedrighschwelligen Zugang hierzu schaffen.

Die innovativen Modellvorhaben sollen die Strukturen besonders im Hinblick auf eine intensive Unterstützung der häuslichen Pflege verbessern, es sollen aber auch die stationäre Pflege und andere Wohnformen mit in die Betrachtung einbezogen werden. Dabei sollen unterschiedliche Pflege-, Wohn- und Lebenssituationen betrachtet werden. Großstädte, mittlere und kleine Städte sowie Städte und Gemeinden im ländlichen Raum haben je eigene Besonderheiten, die es herauszuarbeiten und zu beachten gilt, um eine im jeweiligen Nahraum gut funktionierende Versorgung zu erreichen und zu fördern. Das sind besonders wichtige Aspekte bei der Förderung der gemeinsamen Modellvorhaben.

Indem ein gutes, sich ergänzendes Zusammenspiel von Pflegeleistungen, medizinischer Versorgung, Altenhilfe, Wohnberatung und weiteren Hilfsstrukturen bis hin zu ggf. erforderlichen Leistungen der Hilfe zur Pflege hergestellt wird, kann eine strukturierte Zusammenarbeit der verschiedenen Träger und Kommunen dabei helfen, die Situation von Pflegebedürftigen sowie ihren Angehörigen und Pflegepersonen zu verbessern. Auch präventive Maßnahmen können hierbei mit einbezogen werden. Hilfreich kann ferner der Blick auf Verbesserungen hinsichtlich der Wohn- und Versorgungsstrukturen, der Beratungsangebote vor Ort sowie die bessere Gewinnung, Aktivierung und Vernetzung sowohl ehrenamtlicher als auch professioneller Helfender und Leistungserbringer sein.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die finanzielle Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, an der Förderung der Modellvorhaben.

Zu Absatz 3

Die in Absatz 1 vorgesehene Anteilsfinanzierung im Rahmen der Förderung setzt eine entsprechende Förderung der Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier durch Land oder/und Kommunen voraus, so dass im Ergebnis ein Fördervolumen von 100 Millionen Euro im Kalenderjahr zur Verfügung stehen kann. Der Zuschuss aus Mitteln der Pflegeversicherung wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss von Land oder/und Kommune. Die Modellvorhaben sollen gemeinsam von den Kommunen bzw. den Ländern und der Pflegeversicherung getragen werden. Deshalb ist für die Finanzierung der Modellvorhaben eine je hälftige Finanzierung der Gesamtausgaben vorgesehen. Die gemeinsame Finanzierung der Modellvorhaben trägt auch dazu bei, möglichst nachhaltige Verbesserungen auf den Weg zu bringen.

Zu Absatz 4

Bei der Förderung zu gleichen Teilen von Seiten der Pflegeversicherung und von Land oder Kommune können Zuschüsse der kommunalen Gebietskörperschaften auch als Personal- oder Sachmittel eingebracht werden, sofern darüber ausdrückliches Einvernehmen mit allen Fördergebern besteht. Die Mittel müssen nachweislich ausschließlich und unmittelbar dem Ziel dienen, den jeweiligen Förderzweck zu erreichen. Mittel der Arbeitsförderung, die bei einem Projekt eingesetzt werden, sind einem von Land oder Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt. Auch für den Einsatz von Mitteln der Arbeitsförderung gilt, dass diese nachweislich und unmittelbar dem Ziel dienen müssen, den jeweiligen Förderzweck zu erreichen.

Zu Absatz 5

Die Modellvorhaben sind auf maximal fünf Jahre beschränkt. Im Rahmen der Bewilligung der Förderung sind die Modellprojekte darauf hinzuweisen, dass eine Anschlussförderung aus Mitteln der Pflegeversicherung über fünf Jahre hinaus nicht in Aussicht gestellt wird und eine Übernahme in die Regelversorgung nicht zugesagt werden kann. Im Rahmen der Förderung der Modellvorhaben können während der Laufzeit aber auch Möglichkeiten mit untersucht werden, wie sich das jeweilige Vorhaben nach Ablauf des Förderzeitraumes selbst tragen kann.

Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann von den Regelungen des Vierten, des Siebten und des Achten Kapitels des Elften Buchs Sozialgesetzbuch abgewichen werden, wenn es für die Erreichung der Ziele eines Modellvorhabens zwingend erforderlich ist. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der dort geregelten Zuständigkeiten respektive der Zuordnung zu bestimmten Leistungserbringern. Um genügend Spielraum zu haben für die Erprobung innovativer Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen in naher örtlicher Umgebung, hinsichtlich der Art der Leistungserbringung, der Finanzierung und Vergütung der Leistung, neuer Gestaltungsformen und Verfahren sowie der Beziehung zu Leistungserbringern, wird die Abweichung im Rahmen des Modellvorhabens ermöglicht. Abweichungen von den Regelungen müssen zwingend erforderlich sein, dies ist im Rahmen des Konzepts zu prüfen und darzulegen. § 2 und § 11 Absatz 2 Satz 1 und 2 sind zu berücksichtigen.

Eine Förderung kommt nur für Modellvorhaben in Betracht, die die Vorgaben des Grundgesetzes beachten und auch bei einer Übernahme in eine Regelversorgung im Rahmen der Pflegeversicherung verfassungsgemäß wären. Dies betrifft insbesondere sowohl die Kompetenzordnung als auch die Finanzverfassung, aber auch weitere verfassungsrechtliche Aspekte, soweit die Modellvorhaben solche berühren oder bei einer Übernahme in eine Regelversorgung berühren würden.

Zu Absatz 6

Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung auf die einzelnen Bundesländer zu erreichen, kommt als Verteilungsschlüssel der Königsteiner Schlüssel zur Anwendung, um das Fördervolumen anteilig auf die Länder zu verteilen. Voraussetzung für die Auszahlung der Fördermittel für ein Modellvorhaben ist eine konkrete Förderzusage der anderen Hälfte der Finanzierung des Modellvorhabens durch das Land oder die kommunale Gebietskörperschaft. Fördermittel, die in einem Land im jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr das Fördervolumen des jeweiligen Landes. Das konkrete Verfahren zur Übertragung von Fördermitteln in das Folgejahr und der Information der Beteiligten über den verfügbaren Mittelbestand einschließlich des Zeitpunkts zur Feststellung des konkreten Betrags ist in den Empfehlungen nach Absatz 7 zu regeln.

Zu Absatz 7

Verantwortlich für die Erstellung von Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Vor Beschluss der Empfehlungen sind die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen anzuhören. Zu ihrem Vorbringen sollen die Beschlussfassenden nachvollziehbar Stellung nehmen. Die Stellungnahme ist dem Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Zustimmungsverfahrens mit zuzuleiten.

In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, welche Anforderungen für die Einbringung von Zuschüssen der kommunalen Gebietskörperschaften als Personal- oder Sachmittel zu erfüllen sind. Bestandteil der Empfehlungen ist ebenfalls, wie im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der in Absatz 1 genannten Zwecke Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit unter Beteiligung der Länder. Sie sind dem Bundesministerium für Gesundheit fristgerecht vorzulegen. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen.

Zu Absatz 8

Das Bundesamt für Soziale Sicherung, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. regeln durch eine Vereinbarung das Verfahren der Auszahlung der Fördermittel aus dem Ausgleichsfonds sowie das Verfahren über die Zahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen.

Zu § 124 (Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der gemeinsamen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier)

Zu Absatz 1

In Bezug auf die jeweiligen Modellvorhaben ist eine nach anerkannten wissenschaftlichen Standards durchzuführende Begleitung und Auswertung erforderlich, die insbesondere die Wirksamkeit, Qualität und Kosten der Modellvorhaben analysiert und bewertet. Dabei soll vor allem ausgewertet werden, ob und inwiefern durch die Modellvorhaben die Situation der Pflegebedürftigen und deren Pflegepersonen sowie die Inanspruchnahme von Unterstützung vor Ort und im Quartier verbessert wird und mit welchem Ressourceneinsatz dies erreicht wird.

Zu Absatz 2

Die Regelung sieht die Verpflichtung vor, im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung über die Analyse der Wirksamkeit, Qualität und Kosten in Bezug auf die einzelnen Projekte nach Absatz 1 hinaus zu untersuchen, welche Folgen eine Übernahme der jeweiligen Projekte in eine flächendeckende Regelversorgung mit sich bringen würde. Die Modellvorhaben müssen darauf ausgerichtet sein, dass innovative neue Lösungen in die Regelversorgung übertragen werden können und hierfür ausreichende Ressourcen zur Verfügung stehen oder nachvollziehbar erschlossen werden können. Um die Modellvorhaben und deren eventuelle Umsetzung im Rahmen einer Regelversorgung beurteilen zu können, sind bereits während der Erprobung entsprechende Informationen zusammenzutragen und im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung auszuwerten. Ebenso soll untersucht und in den vorzulegenden Berichten dargestellt werden, welche Vorteile und welche Nachteile sich

gegenüber der geltenden Rechtslage ergeben würden und welche Rechtsgrundlagen ggf. geändert oder neu geschaffen werden müssten, wenn das jeweilige Modellvorhaben in eine Regelversorgung übertragen würde.

Zu Nummer 1

Zu untersuchen sind im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung, welche personellen und finanziellen Ressourcen das Vorhaben erfordert und wie bzw. aus welchen Quellen diese Ressourcen zur Verfügung gestellt oder konkret erschlossen werden können. Personelle Ressourcen sind auch hinsichtlich der erforderlichen Qualifikation zu differenzieren, finanzielle Ressourcen auch hinsichtlich der Übernahme von Aufgaben der Pflegeversicherung und des Landes oder der Kommunen. Die Auswertung soll so konkret wie möglich erfolgen und Ressourcen jeweils realistisch sowie auch rechtskonform benennen.

Zu Nummer 2

Vor- und Nachteile gegenüber der geltenden Rechtslage sind darzulegen, es bedarf eines Vergleichs mit der aktuellen Versorgung und Regelung.

Zu Nummer 3

Darzulegen ist auch, welche Rechtsgrundlagen für eine Umsetzung in der Regelversorgung zu ändern oder zu schaffen wären. Bereits im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung muss ebenso ermittelt werden, wie das Konzept des Modellvorhabens auch mit dem geltenden Recht vereinbar umgesetzt werden kann (darunter ebenfalls verfassungsrechtlich).

Als Teil der wissenschaftlichen Begleitung sind Zwischenberichte und Abschlussberichte über die Ergebnisse der Auswertung der Modellvorhaben zu erstellen; Zwischenberichte jeweils zur Hälfte der Projektlaufzeit und die Abschlussberichte spätestens sechs Monate nach dem Ende des Modellvorhabens. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen leitet diese Berichte dem Bundesministerium für Gesundheit zu, das im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene und den Ländern über eine Veröffentlichung entscheidet.

Zu Absatz 3

Die Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und der Auswertung der Modellvorhaben tragen je zur Hälfte jeweils das für das Modellvorhaben zuständige Land oder die zuständige kommunale Gebietskörperschaft und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, dessen Beitrag aus Mitteln des Ausgleichsfonds finanziert wird.

Zu Nummer 40

Einfügung der Regelung zum Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege.

Zu § 125b (Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege)

Zu Absatz 1

Die Chancen der Digitalisierung für eine bessere Versorgung in der Langzeitpflege durch die Entlastung von Pflege- und Betreuungskräften und die Unterstützung des Erhalts von Selbständigkeit der Pflegebedürftigen werden noch nicht optimal genutzt. Mit der Einrichtung eines interdisziplinär arbeitenden Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege im Zeitraum 2023 bis 2027 sollen hinderliche Gründe dafür analysiert, innovative Ideen überprüft und Lösungsoptionen für die Praxis der Langzeitpflege entwickelt und konkret umgesetzt werden. Unter Berücksichtigung der im Koalitionsvertrag für die 20. Legislaturperiode vorgesehenen Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege soll mit

dem Kompetenzzentrum ein Baustein zur Förderung einer strukturierten Implementierung einer digital unterstützten Pflege und eines digitalen Gesundheitswesens geleistet werden.

Zu Absatz 2

Für die Arbeit des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege werden im Zeitraum 2023 bis 2027 insgesamt 10 Millionen Euro aus Mitteln des Ausgleichfonds zur Verfügung gestellt. Die Ziele, Inhalte und Durchführung des Kompetenzzentrums bestimmt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Benehmen mit den Verbänden der Pflegekassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, dem Deutschen Pflegerat, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie mit der Gesellschaft für Telematik. Wenn Kompetenzzentren zum Handlungsfeld Digitalisierung und Pflege auf Bundes- und Landesebene vorhanden sind, sollen diese ebenfalls einbezogen werden. Die Gesellschaft für Telematik soll insbesondere aufgrund eventuell möglicher Schnittstellen bei der Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur beteiligt werden. Bei der Auswahl der relevanten Verbände der Digitalwirtschaft sind die für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege zu beteiligen.

Der Schwerpunkt der Arbeit des Kompetenzzentrums soll unter Berücksichtigung bereits laufender Vorhaben (wie den Modellvorhaben nach § 8 Absatz 3b, § 125 und § 125a SGB XI) auf der regelmäßigen Analyse und Evaluation der Umsetzung digitaler Potentiale im Bereich der Langzeitpflege liegen. Weitere Aufgaben des Kompetenzzentrums sind:

- Die Erarbeitung von konkreten Handlungsempfehlungen zur Digitalisierung in der Langzeitpflege insbesondere für die Leistungserbringer, die Pflegekassen und die Digitalwirtschaft.
- Der Wissenstransfer durch die Umsetzung zielgruppengerechter Aufbereitung von Themen der Digitalisierung in der Langzeitpflege in geeigneten Formaten für pflegebedürftige Menschen, pflegende An- und Zugehörige, beruflich Pflegende und Pflegeberatende (z. B. Broschüren, Erklärfilme, (Online-)Veranstaltungen wie Werkstattgespräche, Podcasts etc.) einschließlich eines Überblicks über bestehende praxisorientierte Experimentierräume und Laboratorien in Deutschland, in denen digitale Anwendungen erprobt werden können.
- Darauf aufbauend Beratung und ggf. Entwicklung von konkreten Handlungsempfehlungen zur Umsetzung digitaler Anwendungen insbesondere für Leistungserbringer, Pflegekassen und die Digitalwirtschaft (z. B. zu Themen wie Telematikinfrastruktur, Interoperabilität, Standards, Bürokratieabbau, etc.). Insbesondere für die Pflegeberatungsstellen sollen adäquate Schulungen entwickelt und durchgeführt werden, damit die Beratung zu digitalen Anwendungen in der Pflege stets auf dem aktuellen Stand ist.
- Entwicklung und Kommunikation von Qualifizierungskonzepten für Fachkräfte, um die praxisorientierte Umsetzung der bereits existierenden und noch entstehenden digitalen Anwendungen zu unterstützen (wie bspw. die Fortbildung zu „Digital-technischen Assistenten“), sowie von innovativen Bildungskonzepten zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften unter Nutzung digitaler Technologien.
- Erarbeitung von bundeseinheitlichen Schulungsmaterialien zur Schulung von Multiplikatoren für Pflege und Telematikinfrastruktur.
- Entwicklung von Unterstützungskonzepten für ehrenamtlich in der Pflege Engagierte.
- Die Bereitstellung fachlicher Expertise als Brücke zwischen Praxis und Gesetzgebung.
- Die Förderung des fachlichen Austauschs – insbesondere von best practice Beispielen – zwischen Digitalwirtschaft, Pflegekassen, privaten Versicherungsunternehmen,

die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, Leistungserbringern und Pflegekräften in der Langzeitpflege und den anderen Sektoren im Gesundheitswesen.

- Identifizierung und Bewertung von neuen, innovativen Entwicklungen („Thinktank“-Funktion).

Zu Absatz 3

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

Zu Absatz 4

Die Qualität, Wirksamkeit und Kosten der Arbeit des Kompetenzzentrums sollen wissenschaftlich begleitet und in regelmäßigen Berichten durch unabhängige Sachverständige ausgewertet werden. Darauf aufbauend legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag jährlich einen barrierefreien Bericht über die Arbeit und Ergebnisse des Kompetenzzentrums vor. Der erste Bericht ist zum 1. März 2024 vorzulegen, der letzte Bericht zum 1. Februar 2028.

Zu Absatz 5

Ein vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen eingerichteter Beirat zur Begleitung der Arbeit des Kompetenzzentrums tagt mindestens dreimal jährlich. Ein Fokus soll bei der Beratung auf den Chancen der Digitalisierung bei der Überbrückung von Sektorengrenzen liegen.

Zu Absatz 6

Zentraler Bestandteil der Kommunikation über die laufende Arbeit des Kompetenzzentrums (s. dazu Absatz 2) ist eine für diesen Zweck eigens eingerichtete Internetpräsenz, die aktuell und regelmäßig sowie allgemeinverständlich u. a. über die einzelnen Aktivitäten, Veranstaltungen, Empfehlungen, Handreichungen etc. informiert.

Zu Nummer 41

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

Zu Nummer 42

Der Pflegevorsorgefonds wurde durch das Erste Pflegestärkungsgesetz zum 1.1.2015 als teilrechtsfähiges Sondervermögen in der sozialen Pflegeversicherung eingeführt (§ 131 und § 133 SGB XI sowie BT-Drs. 18/1798, S. 42). Die Regelung dient der Klarstellung, dass dem Pflegevorsorgefonds für die Zwecke der mit anderen Staaten bestehenden Doppelbesteuerungsabkommen Rechtspersönlichkeit zukommt und der Pflegevorsorgefonds somit zumindest der abstrakten Steuerpflicht in Deutschland unterliegt. Damit wird deutlicher als bislang herausgestellt, dass der Pflegevorsorgefonds aus deutscher Sicht die Voraussetzungen für die Abkommensberechtigung erfüllt.

Zu Nummer 43

Um angesichts der aktuell schwierigen Finanzlage der sozialen Pflegeversicherung deren Liquidität kurzfristig zu stabilisieren und die Versorgung sicherzustellen, bis Reformvorhaben in Kraft treten können, erfolgt die Zuführung von Mitteln zum Pflegevorsorgefonds für

das Jahr 2023 später. Um die Zuführungen in einer für die Mittelanlage der Deutschen Bundesbank monatlich operativ umsetzbaren Größenordnung zu halten, erfolgen diese in zwölf Monatsraten im Jahr 2024.

Zu Artikel 3 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Bei den Änderungen der Inhaltsübersicht 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

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege als Gesamtleistungsbetrag in dem neuen § 42a. Der bislang in Satz 1 genannte § 42 wird in Satz 5 überführt und dort in Verbindung mit § 42a genannt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege als Gesamtleistungsbetrag in dem neuen § 42a. Der bisher bereits in Satz 5 genannte § 39 wird hier nun – ebenso wie § 42 – in Verbindung mit § 42a genannt. Demnach finden die Sätze 1 bis 4 des Absatz 1 auch Anwendung bei der erstmaligen Beantragung von Leistungen nach §§ 39 sowie 42 in Verbindung mit § 42a.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in § 42a und die Bezeichnung des § 39 als Verhinderungspflege.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in § 42a.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Ergänzung, die die Orientierung im SGB XI erleichtert, indem § 35a in § 28 mit genannt wird.

Zu Nummer 4

Die Dauer, für die die Leistungen zur sozialen Sicherung nach den §§ 44 und 44a während eines Erholungsurlaubs der Pflegeperson nicht ruhen, wird in Synchronisation mit der angehobenen Höchstdauer in § 39 auf acht Wochen im Kalenderjahr angehoben.

Zu Nummer 5

Um die häusliche Pflege zu stärken und die gestiegenen Kosten infolge der künftig verpflichtenden tariflichen Entlohnung zu berücksichtigen, werden die Leistungsbeträge für ambulante Pflegesachleistungen zum 1. Januar 2024 um 5 Prozent angehoben.

Zu Nummer 6

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. Januar 2024 um 5 Prozent angehoben.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Erhöhung der Höchstdauer der Verhinderungspflege auf bis zu acht Wochen im Kalenderjahr. Dem entsprechend wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes während einer Kurzzeitpflege nach § 42 und während einer Verhinderungspflege nach § 39 jeweils für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

Zu Nummer 7

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Erhöhung der Höchstdauer der Verhinderungspflege auf bis zu acht Wochen im Kalenderjahr. Dem entsprechend wird das anteilige Pflegegeld während einer Kurzzeitpflege nach § 42 und während einer Verhinderungspflege nach § 39 jeweils für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleisteten Höhe fortgewährt.

Zu Nummer 8

Zu § 39 (Verhinderungspflege)

Die Überschrift der Regelung wird an die bereits seit vielen Jahren geübte Praxis angepasst, den Anspruch auf Leistungen nach § 39 als „Verhinderungspflege“ zu bezeichnen.

Zu Absatz 1

Dadurch, dass der bisher in § 39 vorgesehene Leistungsbetrag für Leistungen der Verhinderungspflege zusammen mit dem Leistungsbetrag für Leistungen der Kurzzeitpflege Bestandteil des Gemeinsamen Jahresbetrages nach § 42a als Gesamtleistungsbetrag wird, ist § 39 entsprechend anzupassen: In § 39 wird kein separater Leistungsbetrag mehr genannt und die Übertragungsmöglichkeiten von Leistungsbeträgen der Kurzzeitpflege zugunsten der Verhinderungspflege müssen in der Vorschrift nicht mehr geregelt werden. Auf welche Höhe sich die Kostenübernahme für die Ersatzpflege durch die Pflegekasse belaufen darf, bestimmt sich vielmehr jeweils nach den Absätzen 2 und 3 in Verbindung mit § 42a.

Wie bisher wird in Absatz 1 des neu gefassten § 39 geregelt, dass die Pflegekasse in dem Fall, in dem eine Pflegeperson, die einen Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung pflegt, wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert ist, die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für den Pflegebedürftigen übernimmt. Dabei muss auch weiterhin der Pflegebedürftige zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft sein. § 34 Absatz 2 Satz 1 gilt weiterhin nicht.

Neu ist, dass die Voraussetzung, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt

hat, wegfällt. Damit ist der Anspruch auf Verhinderungspflege bereits unmittelbar ab Vorliegen des Pflegegrades 2 nutzbar. Die Abschaffung der Vorpflegezeit dient der Harmonisierung mit dem bereits bisher bestehenden Einsetzen des Anspruchs auf Kurzzeitpflege und macht den Gemeinsamen Jahresbetrag damit ohne Weiteres flexibel einsetzbar. Zudem entlastet es Pflegebedürftige und Pflegepersonen, da diese die Ersatzpflege nicht mehr in Abhängigkeit von der Vorpflegedauer ggf. anders organisieren müssen. So ist es, wenn eine Pflegeperson innerhalb der ersten sechs Monate der häuslichen Pflege plötzlich erkrankt, nicht mehr erforderlich, eine vollstationäre Kurzzeitpflege als Ersatzversorgung in Anspruch zu nehmen, sondern die Ersatzpflege kann auch beispielsweise zu Hause im Rahmen der Verhinderungspflege organisiert werden. Dies bietet erweiterte Möglichkeiten, auch andere Ersatzpflegende einzusetzen.

Bereits bisher war es Praxis der Pflegekassen, dass die Verhinderungspflege keiner vorherigen Antragstellung bedurfte (siehe Gemeinsames Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes als Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 20.12.2022, Seite 195 unter „2. Anspruchsvoraussetzungen“: „(2) Anspruchsvoraussetzung ist nicht, dass die Leistung im Voraus beantragt wird.“ (Quelle: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/empfehlungen_zum_leistungsrecht/2022_12_20_Pflege_Gemeinsames_Rundschreiben.pdf, Abrufdatum: [...]**XX.XX**.2023)). Damit reagierte die Praxis darauf, dass Verhinderungssituationen oftmals unverhofft eintreten und sehr schnell Ersatz gefunden werden muss, wenn eine Pflegeperson ausfällt. Diese sachgerechte Handhabung, die die in der Situation gebotene Flexibilität gewährleistet, wird nunmehr auch in den Gesetzestext selbst aufgenommen. Gleichwohl ist den Pflegebedürftigen und Pflegepersonen dringend zu empfehlen, möglichst rasch mit der entsprechenden Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, Kontakt aufzunehmen. Zum einen können diese bei der notwendigen Organisation der Ersatzpflege im Rahmen der Pflegeberatung auch unterstützen, zum anderen sollte möglichst frühzeitig abgeklärt werden, welche Ersatzpflegekosten tatsächlich übernommen werden können.

Die Pflegekasse prüft weiterhin, ob die Voraussetzungen einer Verhinderungspflege nach § 39 vorliegen bzw. vorlagen.

Zu Absatz 2

Der neue Absatz 2 knüpft an die bisher in § 39 Absatz 1 Satz 3 geregelte Höhe des Leistungsanspruches an, wenn die Ersatzpflege durch andere Personen sichergestellt wird als solche, die mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben. Bisher wurde der Leistungsbetrag hierfür in § 39 selbst angegeben. Als Folge der Festlegung des insgesamt je Kalenderjahr einsetzbaren Gemeinsamen Jahresbetrages für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in dem neuen § 42a ergibt sich die Höhe der Aufwendungen, bis zu der die Pflegekasse in diesem Fall Ersatzpflegekosten erstatten kann, künftig aus § 42a. Dieser bildet, soweit er in dem Kalenderjahr noch nicht verbraucht worden ist, die Höchstgrenze der Kostenübernahme.

Zu Absatz 3

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

- Die Ersatzpflege wird erwerbsmäßig ausgeübt. Dann dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse für die Ersatzpflege sich je Kalenderjahr bis auf die Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a belaufen, soweit dieser in dem Kalenderjahr noch nicht verbraucht worden ist.
- Wird die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt, 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. Da die in § 37 Absatz 1 Satz 3 genannten Pflegegeldbeträge sich jeweils auf volle Monate beziehen, wird an dieser Stelle aus Gründen der Vereinfachung und besseren Nachvollziehbarkeit durch die Anspruchsberechtigten dabei auf die Beträge für bis zu zwei Monate Bezug genommen (anstatt auf Beträge für bis zu acht Wochen). Die insoweit durch die Pflegekasse übernommenen Beträge stellen eine Inanspruchnahme des Gemeinsamen Jahresbetrages nach § 42a dar.
- Ebenso wie im bisherigen Recht können nicht erwerbsmäßig tätige Ersatzpflegepersonen, die mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, zudem nachgewiesene notwendige Aufwendungen geltend machen, die ihnen 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 kann die Pflegekasse insgesamt Kosten nur bis zu Höchstgrenze des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a übernehmen, soweit dieser in dem Kalenderjahr noch nicht verbraucht worden ist.

Zu Nummer 9

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Klarstellung, die im Wortlaut besser abbildet, dass Kurzzeitpflege sowohl in sonstigen Krisensituationen als auch in anderen Situationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist, in Betracht kommt.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags. Dadurch, dass der bisher in § 42 vorgesehene Leistungsbetrag für Leistungen der Kurzzeitpflege zusammen mit dem Leistungsbetrag für Leistungen der Verhinderungspflege Bestandteil des Gemeinsamen Jahresbetrages nach § 42a als Gesamtleistungsbetrag wird, ist § 42 entsprechend anzupassen: In § 42 wird kein separater Leistungsbetrag mehr genannt. Der maximale Leistungsbetrag ergibt sich künftig aus § 42a.

Da gemäß § 39c Satz 2 des Fünften Buches bei dem Anspruch auf Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit oder Vorliegen von Pflegegrad 1 im Hinblick auf die Leistungsdauer und die Leistungshöhe § 42 Absatz 2 Satz 1 und 2 entsprechend gilt, ergibt sich mit der Änderung auch hinsichtlich des Anspruchs nach § 39c des Fünften Buches die Leistungshöhe künftig aus § 42a.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags. Da ein Gesamtleistungsbetrag geschaffen wird, sind Übertragungsregelungen nicht mehr erforderlich.

Zu Nummer 10

In den Dritten Abschnitt des Vierten Kapitels wird ein neuer Dritter Titel eingefügt, der als Neuregelung den Gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege aufnimmt.

Zu Titel 0 (Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege)

Zu § 42a (Gemeinsamer Jahresbetrag)

Zu Absatz 1

Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 haben künftig Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege nach Maßgabe des § 39 sowie Leistungen der Kurzzeitpflege nach Maßgabe des § 42 in Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrages nach § 42a. Die bisher separat in § 39 und § 42 vorgesehenen Leistungsbeträge für Leistungen der Verhinderungspflege und für Leistungen der Kurzzeitpflege werden in dem neuen Gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege zusammengeführt. Damit steht für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege künftig ein Gesamtleistungsbetrag zur Verfügung, den die Anspruchsberechtigten nach ihrer Wahl flexibel für beide Leistungsarten einsetzen können. Der neue Gemeinsame Jahresbetrag nach § 42a beläuft sich auf eine Höhe von bis zu insgesamt 3.386 Euro pro Kalenderjahr.

Die jeweiligen Tatbestandsvoraussetzungen, unter denen Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden können, bleiben weiterhin in § 39 und § 42 geregelt, denn die beiden Regelungen bieten jeweils auf die jeweiligen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen abgestimmte Voraussetzungen und in der Abwicklung auf die jeweils vorliegende Pflegesituation bezogene Vorteile. So handelt es sich bei dem Anspruch auf Verhinderungspflege um einen Kostenerstattungsanspruch, der es ermöglicht, eine – vielleicht ad hoc notwendige – Ersatzpflege schnell und flexibel zu organisieren und dabei aus einer Bandbreite an Möglichkeiten der Organisation zu wählen – vom nahen Verwandten bis hin zum Heranziehen einer Pflegeeinrichtung. Die Verhinderungspflege kann dadurch auch schnell individuell der jeweiligen Situation angepasst werden. Bei der Kurzzeitpflege handelt es sich um eine Sachleistung und dies ist auch sachgerecht, denn sie kommt in Fällen zum Einsatz, in denen die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und auch teilstationäre Pflege nicht ausreicht. In diesen Fällen entlastet der Sachleistungscharakter die Pflegebedürftigen und ihre Familien, da hier eine Direktabrechnung zwischen Pflegeeinrichtung und Pflegekasse erfolgt, die Pflegekasse auf Beantragung der Leistung hin auch die Gelegenheit zur Beratung und zur Unterstützung bei der Organisation der weiteren Versorgung erhält und für diesen Bereich auch der Sicherstellungsauftrag greift. Die Einzelheiten der Kurzzeitpflegeteilleistung müssen auch nicht zwischen Pflegebedürftigen und Pflegeteilleistenden vereinbart werden, sondern hierzu bestehen bereits Vereinbarungen zur Sachleistungserbringung. Das gilt ebenfalls hinsichtlich der Vergütung. Daher ist es sachgerecht, diese den Pflegebedürftigen zugutekommenden Wirkungen weiter in den bisherigen Leistungstatbeständen zu regeln.

Gleichzeitig werden die geltenden Voraussetzungen soweit als möglich angeglichen, wo die Vereinheitlichung dazu dient, den flexiblen Einsatz des Gesamtleistungsbetrags zu ermöglichen und Hindernisse abzubauen. So wird die zeitliche Höchstdauer der Verhinderungspflege auf acht Wochen im Kalenderjahr angehoben und damit der zeitlichen Höchstdauer der Kurzzeitpflege angeglichen. Gleiches gilt für den Zeitraum der hälftigen Fortzahlung eines bisher bezogenen (anteiligen) Pflegegeldes sowohl während der Verhinderungspflege als auch während der Kurzzeitpflege. Bei der Verhinderungspflege wird darüber hinaus die bisher erforderliche Vorpflegezeit von mindestens sechs Monaten aufgehoben. Hiermit wird ein Hindernis der flexiblen Einsetzbarkeit des Gemeinsamen Jahresbetrags beseitigt, das ansonsten bestünde: Dieser ist nunmehr – wie bisher schon der Anspruch auf Kurzzeitpflege – unmittelbar ab Vorliegen mindestens des Pflegegrades 2 nutzbar, ohne

dass noch Wartezeiten zu beachten sind. Gleichzeitig entfällt bei der Verhinderungspflege damit ein Prüfschritt, sodass der Wegfall der Vorpflegezeit auch zur Entbürokratisierung beiträgt. Schließlich werden die vorgenommenen Neuregelungen auch genutzt, bisher in der Praxis bereits angewendete, im Gesetzeswortlaut aber nicht wiedergegebene Vereinfachungen für die Anspruchsberechtigten nun auch in den Gesetzeswortlaut aufzunehmen (siehe dazu die Begründungen zu § 39 und zu § 42).

Zu Absatz 2

Die Schaffung eines kalenderjährlich einheitlichen Gesamtleistungsbetrages für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege muss auch mit Regelungen zur Transparenz und Information der Pflegebedürftigen sowie der Pflegekassen einhergehen, damit jederzeit eine sachgerechte Handhabung ermöglicht wird. So muss insbesondere zu jeder Zeit ersichtlich sein, in welchem Umfang der Gesamtleistungsbetrag bereits verbraucht ist und in welchem er folglich noch zur Verfügung steht. Hierzu werden Regelungen in Bezug auf die Pflegekassen in Absatz 2 und in Bezug auf die Pflegebedürftigen in Absatz 3 getroffen.

Werden Leistungen der Verhinderungspflege durch Pflegeeinrichtungen – insbesondere auch durch ambulante Pflegedienste oder ambulante Betreuungsdienste – erbracht, haben diese der Pflegekasse des Pflegebedürftigen die Leistungserbringung und deren Umfang spätestens bis zum Ende des auf den Monat der Leistungserbringung folgenden Kalendermonats anzuzeigen. Da es sich bei der Verhinderungspflege um einen Kostenerstattungsanspruch handelt und da aus Gründen der Flexibilität in der Praxis eine vorherige Antragstellung nicht erforderlich ist, ist die Regelung einer Anzeigepflicht gegenüber der Pflegekasse notwendig, da diese sonst zeitnah keine Kenntnis darüber erlangt, dass entsprechende Leistungen erbracht worden sind und ein Kostenerstattungsanspruch bereits entstanden ist. Dies ist aber notwendig. Zum einen, damit die Pflegekasse im Interesse der Pflegebedürftigen mitverfolgen kann, inwiefern der Gesamtleistungsbetrag bereits verbraucht ist, um ggf. beratend tätig werden zu können. Zum anderen, weil die Pflegekasse bei Beantragung einer Kurzzeitpflege jederzeit wissen muss, inwiefern die Sachleistungskosten noch übernommen werden können. Um dies beurteilen zu können, ist zum einen eine zeitnahe Kenntnis erforderlich. Daher wird bestimmt, dass eine Leistungserbringung im Rahmen der Verhinderungspflege bis zum Ende des Kalendermonats angezeigt werden muss, der auf die Leistungserbringung folgt. Zum anderen muss der ungefähre Umfang der Leistungserbringung mitgeteilt werden, damit die Pflegekasse beurteilen kann, in welcher Höhe der Gesamtleistungsbetrag damit verbraucht wird. Hierbei ist aber noch keine Spitzabrechnung erforderlich. Ausreichend ist vielmehr eine Angabe, aus der sich die zeitliche Dauer der Leistungserbringung ergibt (zur Verfolgung der geltenden zeitlichen Höchstgrenzen) und die Größenordnung, in der die Kosten entstanden sind, nach verständiger Bestimmung. Hierbei reicht also eine überschlägige Angabe.

Sollten die Pflegeeinrichtungen die Kosten für die notwendige Ersatzpflege aufgrund der Verhinderung der Pflegeperson im Rahmen einer vorliegenden wirksamen Bevollmächtigung, Abtretung oder sonstigen zivilrechtlichen Ermächtigung innerhalb der Anzeigefrist unmittelbar zur Abrechnung bei der Pflegekasse einreichen, gilt die Anzeige mit dem Zugang von entsprechend aussagekräftigen Abrechnungsunterlagen bei der Pflegekasse als erfolgt.

Die Regelung wird auf Pflegeeinrichtungen beschränkt, da diese mit den Pflegekassen bereits regelmäßig in Verbindung stehen und die zusätzliche Anzeige in diesem Zusammenhang einen zumutbaren Aufwand darstellt. Bei anderen Leistungserbringenden im Rahmen der Verhinderungspflege greift hingegen zuvorderst Absatz 3.

Werden Leistungen der Kurzzeitpflege erbracht, ist die Pflegekasse typischerweise darüber informiert, dass eine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden soll. Allerdings ist nicht immer eine zeitnahe Abrechnung gewährleistet. Daher kann es auch in Fällen der Erbringung von Kurzzeitpflege notwendig sein, die Pflegekasse zeitnah darüber in Kenntnis zu

setzen, in welchem zeitlichen Umfang und in welcher überschlägig ermittelten Größenordnung die Leistungen erbracht wurden, damit die Pflegekasse zum einen ihrem Beratungsauftrag nachkommen kann und zum anderen über die Höhe des verfügbaren Gesamtleistungsbetrages auf dem Laufenden ist. Wird die Abrechnung von Leistungen der Kurzzeitpflege gegenüber der Pflegekasse des Pflegebedürftigen nicht bis zum Ende des auf den Monat der Leistungserbringung folgenden Kalendermonats vorgenommen (Zugang bei der Pflegekasse), ist daher auch bei der Kurzzeitpflege die Leistungserbringung und deren ungefähre Umfang bis zum Ablauf dieses Zeitraums gegenüber der Pflegekasse anzuzeigen.

Da es sich bei der Kurzzeitpflege um vollstationäre Leistungen handelt, ist davon auszugehen, dass alle Leistungserbringenden organisatorisch so aufgestellt sind, dass ihnen eine zeitnahe Anzeige an die Pflegekasse zumutbar ist. Die Anzeigepflicht bezieht sich hier daher auf alle in Betracht kommenden Leistungserbringer der Kurzzeitpflege.

Zur Umsetzung dieser Anzeigepflicht in der Praxis können die Pflegekassen – vorzugsweise über den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, um ein einheitliches Vorgehen zu gewährleisten – auch Empfehlungen hinsichtlich des Verfahrens beschließen sowie Muster bereitstellen oder die Pflegekassen können Vereinbarungen mit den Leistungserbringern respektive ihren Verbänden treffen.

Zu Absatz 3

Im Hinblick auf die notwendige Verwaltung des Gesamtleistungsbetrages über das Kalenderjahr hinweg ist es für die Pflegebedürftigen unverzichtbar, Kenntnis darüber zu haben, welcher Anteil des Gemeinsamen Jahresbetrages im Jahresverlauf jeweils bereits verbraucht worden ist. Daher werden Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege oder im Rahmen der Kurzzeitpflege erbringen, verpflichtet, den Pflegebedürftigen im Anschluss an die Leistungserbringung unverzüglich eine schriftliche Übersicht über die dafür angefallenen Aufwendungen zu übermitteln oder auszuhändigen. Auf dieser Übersicht ist dabei für die Pflegebedürftigen einfach und deutlich erkennbar auszuweisen, welcher Betrag davon zur Abrechnung über den Gemeinsamen Jahresbetrag vorgesehen ist. Mit Zustimmung des Pflegebedürftigen kann die Übersicht auch in Textform, beispielsweise durch ein maschinell erstelltes Schreiben, per Fax oder per E-Mail übermittelt werden.

Diese Verpflichtung trifft auch alle anderen Leistungserbringenden, die Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege oder im Rahmen der Kurzzeitpflege erbringen, es sei denn, es handelt sich bei diesen Leistungserbringenden um natürliche Personen. Denn auch bei den anderen Leistungserbringenden als Pflegeeinrichtungen ist davon auszugehen, dass sie ohnehin so aufgestellt sein müssen, dass sie den Pflegebedürftigen Belege auszuhändigen haben, die zur Kostenerstattung eingereicht werden können, oder dass sie die Leistungen gegenüber der Pflegekasse abrechnen. Daher ist es ihnen zuzumuten, den Pflegebedürftigen auch eine entsprechende Übersicht auszuhändigen oder zu übermitteln. Im Rahmen der Verhinderungspflege können allerdings auch nahe oder entferntere Verwandte oder Schwäger, Freunde, Nachbarn oder andere Einzelhelfende zum Einsatz kommen, die die notwendige Ersatzpflege übernehmen. Für diese wäre die zusätzliche Erstellung einer schriftlichen Übersicht ggf. ein Zusatzaufwand, insbesondere bei Beschränkung der Kostenerstattung im Rahmen der Verhinderungspflege auf den zweifachen Pflegegeldbetrag nach § 39 Absatz 3 Satz 2. Zudem ist hierbei davon auszugehen, dass ein besonderes Näheverhältnis zum Pflegebedürftigen besteht und dieser und seine Vertreter oder Betreuer daher darüber informiert sind, welche Kostenerstattungsbeträge und -zeiten im Rahmen der Verhinderungspflege geltend gemacht werden. Daher werden natürliche Personen von der Verpflichtung nach Absatz 3 ausgenommen.

Zu Nummer 11

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung des neuen Dritten Titels in den Dritten Abschnitt des Vierten Kapitels.

Zu Nummer 12

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung des neuen Dritten Titels in den Dritten Abschnitt des Vierten Kapitels.

Zu Nummer 13

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung des neuen Dritten Titels in den Dritten Abschnitt des Vierten Kapitels.

Zu Nummer 14

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung des neuen Dritten Titels in den Dritten Abschnitt des Vierten Kapitels.

Zu Nummer 15

Zu Buchstabe a

Zur weiteren Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile bei vollstationärer Pflege wird der nach Verweildauern gestaffelte Prozentsatz des Zuschlags zum Leistungsbetrag bei einer Verweildauer von unter einem Jahr um 10 Prozentpunkte angehoben.

Zu Buchstabe b

Zur weiteren Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile bei vollstationärer Pflege wird der nach Verweildauern gestaffelte Prozentsatz des Zuschlags zum Leistungsbetrag bei einer Verweildauer von mehr als zwölf Monaten um 5 Prozentpunkte angehoben.

Zu Buchstabe c

Zur weiteren Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile bei vollstationärer Pflege wird der nach Verweildauern gestaffelte Prozentsatz des Zuschlags zum Leistungsbetrag bei einer Verweildauer von mehr als 24 Monaten um 5 Prozentpunkte angehoben.

Zu Buchstabe d

Zur weiteren Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile bei vollstationärer Pflege wird der nach Verweildauern gestaffelte Prozentsatz des Zuschlags zum Leistungsbetrag bei einer Verweildauer von mehr als 36 Monaten um 5 Prozentpunkte angehoben.

Zu Nummer 16

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Nach geltender Rechtslage wird das Pflegeunterstützungsgeld je pflegebedürftigem nahen Angehörigen nur einmal für bis zu zehn Arbeitstage gewährt. Dies macht das Wort „insgesamt“ deutlich. Wurde Pflegeunterstützungsgeld für zehn Arbeitstage gewährt, besteht kein erneuter Anspruch im Hinblick auf denselben pflegebedürftigen Angehörigen, auch wenn

die Voraussetzungen des § 2 Pflegezeitgesetz ein weiteres Mal vorliegen und das Recht auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung von dem oder der Beschäftigten genutzt wird.

Indem das Wort „insgesamt“ gestrichen wird, entfällt diese Beschränkung. Gleichzeitig bestimmt die Aufnahme der Wörter „je Kalenderjahr“, dass sich der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld je pflegebedürftigem nahen Angehörigen künftig auf bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr beläuft. Die Änderung dient der weiteren Unterstützung häuslicher Pflegearrangements und soll Beschäftigte entlasten, die sich neben ihrer Beschäftigung um pflegebedürftige nahe Angehörige kümmern.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Aufnahme der Wörter „je Kalenderjahr“ stellt klar, dass die Ausweitung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld gemäß Satz 1 auch dann gilt, wenn mehrere Beschäftigte das Recht auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung gemäß § 2 Absatz 1 Pflegezeitgesetz für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen geltend machen. In dem Fall gilt, dass die mehreren Beschäftigten zusammen insgesamt für bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr in Bezug auf denselben pflegebedürftigen nahen Angehörigen Pflegeunterstützungsgeld erhalten können.

Zu Buchstabe b

Durch Aufnahme der Wörter „je Kalenderjahr“ in Absatz 6 Satz 1 und 3 wird die Ausweitung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld, die Beschäftigten zugutekommt, ebenfalls auf landwirtschaftliche Unternehmer übertragen. Diese erhalten statt des Pflegeunterstützungsgeldes entweder Betriebshilfe oder, bei einer privaten Pflegeabsicherung, Kostenerstattung.

Zu Nummer 17

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags, mit der die Bezugnahme auf § 39 in § 45b Absatz 1 Satz 4 formuliert wird. In der Sache bleibt der Regelungsinhalt unverändert: Werden für die Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, der Kurzzeitpflege, der ambulanten Pflegedienste oder ambulanten Betreuungsdienste 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 zum Teil entsprechend verfügbaren Sachleistungsbeträge, beispielsweise gemäß § 41, eingesetzt, sondern werden für diese in § 45b Absatz 1 Satz 3 genannten Leistungen teilweise oder vollständig Mittel im Rahmen einer Verhinderungspflege nach Maßgabe des § 39 eingesetzt, 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 18

Die Verwaltungskostenerstattung wird von 3,2 Prozent des Mittelwerts von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen auf 3,0 Prozent dieses Werts angepasst. Die Höhe der Verwaltungskostenpauschale, die von den Pflegekassen an die Krankenkassen gezahlt wird, steigt regelmäßig mit dem Anstieg der Leistungsausgaben bzw. Beitragseinnahmen der sozialen Pflegeversicherung. Sie ist angesichts des dynamischen Anstiegs beider Indikatoren allein zwischen 2016 und 2021 um knapp 50 Prozent angewachsen. Der tatsächliche Verwaltungskostenaufwand bei den Pflegekassen ist keineswegs im selben Umfang angestiegen. Die vorgeschlagene Absenkung des Bemessungssatzes führt nicht zu Kürzungen, sondern reduziert nur den weiteren Anstieg auf den notwendigen Umfang.

Zu Nummer 19

Zu Buchstabe a

Bereits bisher haben Versicherte gemäß § 108 Absatz 1 Anspruch darauf, auf Antrag darüber unterrichtet zu werden, welche Leistungen der Pflegeversicherung sie in einem Zeitraum von mindestens 18 Monaten vor Antragstellung in Anspruch genommen haben und welche Kosten diese jeweils hatten. Um für Versicherte, die eine regelmäßige Übersicht über die von ihnen bezogenen Leistungen und deren Kosten wünschen, das Verfahren zu vereinfachen, wird in dem neuen Satz 2 geregelt, dass eine Übersicht regelmäßig jedes Kalenderhalbjahr übermittelt wird, wenn die Versicherten dies wünschen. Der Wunsch, der zugleich als entsprechende Antragstellung zu werten ist, muss dabei nur einmal geäußert werden. Die Übersichten werden dann seitens der Pflegekasse künftig automatisch übersandt, bis der Wunsch widerrufen wird oder die Leistungspflicht der Pflegekasse endet. Auch nach dem Ende der Leistungspflicht sollte eine abschließende Übersicht aber dann noch übersandt werden. Mit dieser Regelung entfällt die Voraussetzung, dass jedes Mal erneut ein Antrag auf Unterrichtung eingereicht werden muss. Eine Unterrichtung der Versicherten unabhängig von dem Halbjahreszeitraum bleibt dabei unberührt, ein Antrag nach Satz 1 kann weiterhin jederzeit gestellt werden.

Bei der Übermittlung der Übersicht soll dabei darauf hingewiesen werden, wenn und inwiefern die Möglichkeit besteht, dass noch nicht alle Leistungsabrechnungen für den Zeitraum, für den die Übersicht erstellt wird, vorliegen und die Übersicht insofern nicht abschließend sein könnte.

Damit, dass die Übersichten regelmäßig übersandt werden, erhalten die Versicherten, die dies wünschen, einen regelmäßigen Überblick darüber, welche Leistungen im welchem Umfang sie bezogen haben. Dadurch dass bekannt ist, welche Unterstützungsleistungen in welchem Umfang bereits in Anspruch genommen wurden und in welchem sie demgemäß noch zur Verfügung stehen, wird die Planung des Hilfe-Mixes erheblich erleichtert. Das gilt gerade bei jahresbezogenen Ansprüchen. Es wird hier Klarheit hergestellt, inwieweit der Jahresleistungsbetrag hierfür bereits ausgeschöpft ist und inwieweit die Leistungen im Jahresverlauf noch zur Verfügung stehen. Ähnliches gilt in Bezug darauf, inwieweit Kostenerstattungsansprüche bereits ausgeschöpft worden sind oder welche Leistungsbeträge noch verfügbar sind. Auch hinsichtlich der monatsbezogenen Ansprüche helfen die Informationen für die Hilfeplanung in der Zukunft. Die Übersichten, die von der Pflegekasse übermittelt werden, sollen daher auch leicht verständlich und für die Versicherten übersichtlich gestaltet werden, sodass eine einfache und schnelle Information ermöglicht wird.

Es sollte zudem eine für die Versicherten zugängliche Informationsquelle mit angegeben werden, aus der die Versicherten sich über die jeweiligen Leistungen und deren Voraussetzungen bei Bedarf gut nachvollziehbar informieren können.

Die Regelung ist bewusst technologieoffen formuliert. So können die Übersichten beispielsweise für Versicherte, die eine entsprechende App der Pflegekasse nutzen, auch in die App eingestellt werden. Ebenso ist bei Vorliegen einer Einwilligung in diesen Übermittlungsweg auch die elektronische Übermittlung in Textform möglich, sofern hierbei die Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit eingehalten werden. Versicherte, die dies wünschen, sollen die Übersicht aber ebenfalls in ausgedruckter Form erhalten können.

Die Pflegekassen können die von den Versicherten gewünschten Informationen auch in kürzeren Abständen zur Verfügung stellen als in dem gesetzlich geregelten Halbjahreszeitraum, beispielsweise einmal pro Kalendervierteljahr. Gerade bei Nutzung digitaler Übermittlungswege wie beispielsweise einer Pflegekassen-App sind auch fortlaufende Aktualisierungen denkbar, soweit diese vorliegen. In diesem Fall sind allerdings die Hinweise, inwieweit die Daten vorliegen und inwieweit sie noch Änderungen unterliegen können oder unvollständig sein können, besonders wichtig.

Wenn die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, ihren Versicherten ebenfalls entsprechende Übersichten zur Verfügung stellen, wäre dies auch im Rahmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung hilfreich.

Durch die Vorschriften wird zur Transparenz des Leistungsgeschehens beigetragen und Versicherten der sozialen Pflegeversicherung auch eine Plausibilitätsprüfung der abgerechneten Leistungen ermöglicht. Hierzu sollen auf Wunsch der Versicherten außerdem geeignete detailliertere Informationen zu den abgerechneten Leistungen übermittelt werden. Dabei wird in für die Versicherten verständlicher Form aufbereitet, welche konkreten Elemente der Leistungserbringung im Detail Leistungserbringer in dem Zeitraum, für den die Versicherten die Auskunft anfordern, in Bezug auf die Versicherten abgerechnet haben. Ob sich die Auskunft auf bestimmte Leistungserbringende oder auf alle Abrechnungen in einem bestimmten Zeitraum beziehen sollen, richtet sich nach dem Auskunftersuchen der Versicherten. Auf Wunsch erhalten Versicherte auch eine Durchschrift der von Leistungserbringern bei der Pflegekasse eingereichten Abrechnungsunterlagen. Damit wird ebenfalls hinsichtlich der konkret abgerechneten Leistungen Transparenz geschaffen, wenn Versicherte entsprechende Informationen bei ihrer Pflegekasse anfordern.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich anlässlich der Ergänzung des Absatz 1 um eine Klarstellung, dass der bisherige Satz 2 – ebenso wie der bisherige Satz 3 – weiterhin auf den ganzen Absatz 1 Anwendung findet.

Zu Artikel 4 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Dieses Gesetz tritt am 1. Juli 2023 in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts anderes bestimmt ist.

Zu Absatz 2

Die Regelungen der §§ 18 bis 18e SGB XI und damit einhergehende Folgenänderungen müssen in der Praxis umgesetzt werden, d.h. Eingang in die untergesetzlichen Regelungen oder beispielsweise auch in die das Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit betreffenden Materialien und Formulare finden. Die Anpassungen an die neue Regelungssystematik bedürfen eines entsprechend zeitlichen Vorlaufs. Daher wird für Artikel 2 Nummer 12 und für die mit der Neustrukturierung verbundenen redaktionellen Folgeänderungen in Artikel 1 Nummer 1 und Artikel 2 Nummer 1 Buchstabe a, Nummer 2, 3 Buchstabe a, Nummer 8, 9, 10, 11, 13, 16, 19, 20, 29, 38 Buchstabe a und Nummer 41 ein von Absatz 1 abweichendes Inkrafttreten zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] festgelegt.

Zu Absatz 3

Die in Absatz 3 aufgeführten Änderungen treten mit Wirkung zum 1. Januar 2024 in Kraft. Es handelt sich im Kern um alle erforderlichen Anpassungen, die im Zusammenhang mit der Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrages für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege (§§ 39, 42, 42a SGB XI) stehen sowie um die Anhebungen der Leistungsbeträge für ambulante Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) und des Pflegegeldes (§ 37 SGB XI) sowie der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI für Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen und um die Ausweitung der Inanspruchnahmemöglichkeit des Pflegeunterstützungsgeldes (§ 44a SGB XI).

Zu Absatz 4

Die Regelung zur Klarstellung der steuerlichen Einordnung des Pflegevorsorgefonds tritt rückwirkend zum 1. Januar 2023 in Kraft.