

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 Pflege sollen Anpassungen in der Pflegeversicherung vorgenommen werden. Insbesondere sollen die häusliche Pflege gestärkt und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sowie andere Pflegepersonen entlastet werden. Darüber hinaus sollen die Arbeitsbedingungen für professionell Pflegende verbessert sowie die Potentiale der Digitalisierung für Pflegebedürftige und für Pflegende noch besser nutzbar gemacht werden.

Dabei sind die allgemeinen ökonomischen Rahmenbedingungen sowie die finanzielle Lage der sozialen Pflegeversicherung zu beachten. Aufgrund der demographischen Entwicklung, höherer Ausgaben für die zeitlich gestaffelte Eigenanteilsreduzierung in der vollstationären Pflege und der in den letzten Jahren angefallenen 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

Zur Erfüllung der oben genannten Ziele sieht dieser Gesetzentwurf insbesondere folgende Maßnahmen vor:

Zur Absicherung bestehender Leistungsansprüche der sozialen Pflegeversicherung und der im Rahmen dieser Reform vorgesehenen Leistungsanpassungen wird der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung 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 ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf ergeben kann und dass die grundsätzlich vorgesehene, gesetzliche Anpassung des Beitragssatzes in diesen Fällen eine zu lange Vorlaufzeit haben kann. Deshalb wird für den Fall eines kurzfristigen Liquiditätsbedarfs zusätzlich eine Rechtsverordnungsermächtigung für die Bundesregierung zur Anpassung des Beitragssatzes ergänzt.

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

Die Regelungen zum Pflegeunterstützungsgeld werden angepasst: Wenn die Voraussetzungen für eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz vorliegen, soll das Pflegeunterstützungsgeld pro Kalenderjahr für bis zu zehn Arbeitstage für jeden pflegebedürftigen nahen Angehörigen in Anspruch genommen werden können.

Die bisher separat in § 39 und § 42 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (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 flexibel für beide Leistungsarten einsetzen können.

Mit der Einführung der Leistung der Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Versorgungs- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson soll auch der Zugang zu stationären Vorsorgeleistungen erfasst und der Zugang zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erleichtert werden, in dem unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit zur Mitaufnahme des Pflegebedürftigen in die stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung der Pflegeperson erweitert und weiterentwickelt wird. Hierfür wird mit § 42b SGB XI ein eigener Leistungstatbestand im Pflegeversicherungsrecht eingeführt, der dem Anspruch nach § 40 Absatz 3 Satz 11 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) alter Fassung (neu: § 40 Absatz 3a Satz 1 SGB V) nachgebildet ist.

Nachdem zum 1. Januar 2022 Leistungszuschläge eingeführt worden sind, um die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Eigenanteile in der vollstationären pflegerischen Versorgung zu reduzieren, werden diese Leistungszuschläge ab dem 1. Januar 2024 nochmals um 5 bis 10 Prozentpunkte erhöht.

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.

Länder und Kommunen können gemeinsam mit der Pflegeversicherung über ein neu geschaffenes Budget Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier fördern. Die Möglichkeiten der Digitalisierung sollen in der Langzeitpflege 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 ausgeweitet und entfristet. Die bisher weitgehend freiwillige Anbindung der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur wird durch eine verpflichtende Anbindung der Pflegeeinrichtungen ersetzt.

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 der sozialen Pflegeversicherung mit mehreren Kindern werden ab dem zweiten bis zum fünften Kind mit einem Abschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten für jedes Kind entlastet. Dies gilt bis zum Ablauf des Monats, in dem das jeweilige Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat.

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, so dass verfahrens- und leistungsrechtliche Inhalte in voneinander getrennten Vorschriften übersichtlicher und adressatengerechter aufbereitet sind. Zudem werden aus Gründen der Rechtssicherheit inhaltliche Anpassungen vorgenommen.

Die Landesverbände der Pflegekassen werden zukünftig verpflichtet, die Landesrahmenverträge zur pflegerischen Versorgung barrierefrei 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. Der Qualitätsausschuss wird zu mehr Transparenz und zur Einrichtung einer Referentenstelle 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 intensiviert 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 0,07 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 Millionen 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 Jahresbetrags 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.

3. Gesetzliche Rentenversicherung

In der gesetzlichen Rentenversicherung kommt es in Folge der Erhöhung des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung ab dem Jahr 2024 zu höheren Rentenausgaben. Im Jahr 2024 belaufen sich diese (inkl. KVdR) auf rund 150 Millionen Euro. Bis zum Ende des Mittelfrist-Zeitraums 2027 steigen die jährlichen zusätzlichen Ausgaben auf rund 700 Millionen Euro an.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Der Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger beträgt jährlich etwa 13 000 Euro. Der einmalige Erfüllungsaufwand beträgt 130 000 Euro und 1,35 Millionen Stunden. Dem stehen umfangreiche Einsparungen gegenüber, die nicht konkret beziffert werden können. Diese betreffen die Verbesserung der Transparenz für die Versicherten, die Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier sowie die Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege und eines Anspruchs zur Mitaufnahme des Pflegebedürftigen in die stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung der Pflegeperson.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Der Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft beträgt jährlich etwa 21 Millionen Euro, der einmalige Erfüllungsaufwand etwa 83 Millionen Euro. Dem stehen Entlastungen in Höhe von etwa 176 Millionen Euro jährlich gegenüber. Für die Wirtschaft ergibt sich dadurch eine Verringerung des jährlichen Erfüllungsaufwands in Höhe von rund 155 Millionen Euro, was als Entlastung im Sinne der „One in, One out“-Regel zu berücksichtigen ist.

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 Telematikinfrastruktur zu erfüllen; dies bringt zugleich eine Entlastung der Wirtschaft in Höhe von 176 Millionen Euro mit sich. Für die Verlängerung des Förderprogramms für Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von etwa 1,6 Millionen Euro. Die jährliche Belastung durch die Neustrukturierung, Anpassung und Erweiterung der Vorschriften zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit beträgt etwa 84 000 Euro, dadurch

wird die Wirtschaft zugleich um etwa 9 000 Euro entlastet. Die Änderungen im Bereich der digitalen Pflegeanwendungen führen zu etwa 89 000 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 68 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

Keine.

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 geringer 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 5 Millionen Euro und einmalig etwa 76,7 Millionen Euro. 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. Durch die Neustrukturierung, Anpassung und Erweiterung der Vorschriften zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit entsteht ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von etwa 1,6 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 75,5 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 entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen von rund 7 Prozent unter Berücksichtigung des Anteils der Beihilfeberechtigten aus den Leistungsanpassungen 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 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 8a des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) 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 Inhalt und Übermittlung des Gutachtens
- § 18c Entscheidung über den Antrag, Fristen
- § 18d Berichtspflichten und Statistik zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
- § 18e Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen
- § 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) Nach der Angabe zu § 59 wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 59a Berücksichtigung des Beitragsabschlags für Eltern bei der Beitragstragung“.

e) Die Angabe zu § 113a wird gestrichen.

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

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

g) 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“.

h) 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 werden die Wörter „§ 18 Absatz 1 Satz 3“ durch die Wörter „§ 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und Absatz 2“ ersetzt.

b) Absatz 2 Satz 4 und 5 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Bei der Durchführung der Beratung als Videokonferenz gelten die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden. Für digitale Angebote sowie andere digitale Anwendungen nach dieser Vorschrift 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. § 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 durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird in den Jahren 2019 bis 2030 ein einmaliger Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, 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 Investitionen in die IT- und

Cybersicherheit, das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, verbesserte Arbeitsabläufe und Organisation bei der Pflege und die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen unterstützen. Förderfähig sind auch die Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie Schulungen zu digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften in der Langzeitpflege.“

bb) Im neuen Satz 6 wird die Angabe „31. März 2019“ durch die Angabe „31. Oktober 2023“ ersetzt.

5. § 10 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 Satz 2 wird aufgehoben.
6. In § 13 Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „Buches“ die Wörter „oder der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches“ eingefügt.
7. Die Überschrift des Zweiten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Zweites Kapitel

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

8. In § 16 Satz 1 wird die Angabe „§ 18“ durch die Wörter „den §§ 18 bis 18c“ ersetzt.
9. § 17 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „§ 18“ durch die Wörter „den §§ 18 bis 18c“ ersetzt.
 - bb) In Satz 6 wird die Angabe „und 3“ gestrichen.
 - cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Wird schriftlichen Anliegen der in Satz 5 genannten Organisationen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.“
 - b) Nach Absatz 1b wird folgender Absatz 1c eingefügt:

„(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 zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen 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 die Angabe „und 1b“ durch ein Komma und die Angabe „1b und 1c“ ersetzt.
10. 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 bei der zu begutachtenden Person die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. Sie übermitteln die Aufträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit an den Medizinischen Dienst oder an die von ihnen beauftragten Gutachterinnen und Gutachter. Die Übermittlung eines Auftrags hat innerhalb von drei Arbeitstagen ab Eingang des Antrags auf Pflegeleistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 in gesicherter elektronischer Form zu erfolgen; eine davon abweichende Form der Auftragsübermittlung ist bis einschließlich ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des fünften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zulässig. Der Medizinische Dienst Bund regelt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 bis spätestens zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], welche Unterlagen zwingend zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit 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 beziehen 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 eine Liste zu übersenden, in der mindestens drei unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter zur Auswahl benannt werden,

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

Der Antragsteller ist auf die Qualifikation und auf die Unabhängigkeit der benannten Gutachterinnen und Gutachter hinzuweisen. Hat sich der Antragsteller für eine benannte Gutachterin oder einen benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch entsprochen. 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 Pflegekassen und die 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, soweit diese jeweils für die Begutachtung erforderlich sind. 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] zulässig. Für die Pflegekassen und die Krankenkassen gilt § 276 Absatz 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches entsprechend.

§ 18a

Begutachtungsverfahren

(1) Im Rahmen der Prüfung 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. Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Hinsichtlich der Grenzen der Mitwirkung des Versicherten und der Folgen fehlender Mitwirkung gelten die §§ 65 und 66 des Ersten Buches. 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. auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht oder
2. bei einer Krisensituation von nationaler Tragweite oder, bezogen auf den Aufenthaltsort des Versicherten, von regionaler Tragweite der Antrag auf Pflegeleistungen während der Krisensituation gestellt wird oder ein Untersuchungstermin, der bereits vereinbart war, in den Zeitraum einer Krisensituation fällt.

Eine Begutachtung nach Satz 5 Nummer 2 setzt voraus, dass die Krisensituation einer Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich entgegensteht; der Wunsch des Versicherten, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, ist zu berücksichtigen. Grundlage für eine Begutachtung nach Satz 5 Nummer 2 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 nach Satz 5 Nummer 2 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 Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und

Haushaltsführung festzustellen. Beide Bereiche werden bei der rechnerischen Ermittlung des Pflegegrades nicht gesondert berücksichtigt; § 14 Absatz 3 bleibt unberührt. Mit den Feststellungen nach Satz 1 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. Bei der Feststellung nach Satz 1 ist im Einzelnen auf die nachfolgenden Kriterien abzustellen:

1. in Bezug auf 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. in Bezug auf 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 konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die in Satz 4 genannten Kriterien für die Bereiche außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen pflegfachlich unter Berücksichtigung der Ziele nach Satz 3.

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

(5) Die Begutachtung ist unverzüglich, spätestens am fünften Arbeitstag nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen, wenn sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet und

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

Die Frist nach Satz 1 kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. Die verkürzte Begutachtungsfrist nach Satz 1 oder Satz 2 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, so ist

1. eine Begutachtung des Antragstellers spätestens innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und
2. der Antragsteller vom Medizinischen Dienst oder von der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin oder dem von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter an die Pflegekasse weiterleitet.

(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 mindestens die Voraussetzungen 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, einschließlich eines Aufenthalts im Rahmen der Übergangspflege nach § 39e des Fünften Buches, oder im Anschluss an den Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch, hat die abschließende Begutachtung spätestens am zehnten Arbeitstag nach Beginn der Kurzzeitpflege in dieser Einrichtung zu erfolgen.

(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 die Pflegeplanung hinzuweisen. Die Zustimmung des Versicherten nach § 18b Absatz 3 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 beauftragte Gutachterin oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter soll, soweit der Versicherte einwilligt, die behandelnden Ärztinnen und behandelnden Ärzte des Antragstellers, insbesondere die Hausärztin oder den Hausarzt, in die Begutachtung einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie über Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen. Mit Einwilligung des Versicherten sollen auch pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, befragt werden.

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

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

(12) Für die Gutachterinnen und Gutachter, die von den die private Pflege-Pflichtversicherung betreibenden Versicherungsunternehmen beauftragt werden, Pflegebedürftigkeit festzustellen und Pflegegrade zuzuordnen, gilt § 23 Absatz 6 Nummer 1.

§ 18b

Inhalt und Übermittlung des Gutachtens

(1) Das Gutachten des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter beinhaltet

1. die Feststellungen, die in der Begutachtung nach § 18a vorzunehmen sind, insbesondere das Ergebnis der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt, sowie
2. Feststellungen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Vermeidung, Überwindung, Minderung oder Verhinderung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit geeignet, notwendig und zumutbar sind; Empfehlungen auszusprechen sind insbesondere zu
 - a) Maßnahmen der Prävention,
 - b) Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation,
 - c) Maßnahmen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung,
 - d) Maßnahmen zur Heilmittelversorgung,
 - e) anderen therapeutischen Maßnahmen,
 - f) Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds,
 - g) edukativen Maßnahmen und
 - h) einer Beratung zu Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches.

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

(2) 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. Im Umfang des nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b festgestellten Bedarfs an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf diese Leistungen.

(3) 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 Hilfsmittel, die den Zielen nach § 40 dienen, wird das Vorliegen der nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches notwendigen Erforderlichkeit vermutet; insofern bedarf es keiner ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches. Bezüglich der empfohlenen Pflegehilfsmittel wird die

Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 vermutet. Welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel im Sinne von Satz 1 den Zielen von § 40 dienen, wird in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 konkretisiert. Dabei ist auch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches über die Verordnung von Hilfsmitteln zu berücksichtigen.

(4) Das vollständige Gutachten muss vom Medizinischen Dienst oder von der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin oder von dem von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich der Pflegekasse in gesicherter elektronischer Form übermittelt werden; eine davon abweichende Form der Übermittlung ist noch bis einschließlich ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des fünften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zulässig.

§ 18c

Entscheidung über den Antrag, Fristen

(1) Ihre Entscheidung über einen Antrag nach § 33 Absatz 1 Satz 1 hat die zuständige Pflegekasse dem Antragsteller spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags 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) Zusammen mit dem Bescheid wird dem Antragsteller 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 ihn 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 empfohlenen Heilmittel und klärt ihn über die Regelung nach § 32 Absatz 1a des Fünften Buches auf. Die Pflegekasse leitet eine Mitteilung über die empfohlenen Heilmittel der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt schriftlich oder elektronisch zu, wenn der Antragsteller in die Weiterleitung einwilligt.

(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 Präventions- und Rehabilitationsempfehlung und die Informationen nach Satz 2 auch seinen Angehörigen, Personen seines Vertrauens, Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die den Antragsteller versorgen, oder der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt schriftlich oder elektronisch zu. Sobald der Pflegekasse die Information über die Leistungsentscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers nach § 31 Absatz 3 Satz 4 vorliegt, leitet sie diese Information unverzüglich dem Medizinischen Dienst sowie mit Einwilligung des Antragstellers auch an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt sowie an Angehörige des Antragstellers, Personen seines Vertrauens oder an Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die den Antragsteller versorgen, schriftlich oder elektronisch weiter.

(5) Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in § 18a Absatz 5 und 6 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 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 vor, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 so lange unterbrochen, bis die Verzögerung beendet ist; mit Beendigung der Verzögerung läuft die Frist weiter. Die Frist nach Satz 1 beginnt mit Antragstellung gemäß § 33 Absatz 1. Der Lauf der Frist von 25 Arbeitstagen nach Satz 1 bleibt von einer Entscheidung der Pflegekasse nach Absatz 1 Satz 2 unberührt. Die Pflegekasse hat den Antragsteller nach Eingang seines Antrags nach § 33 Absatz 1 Satz 1 auf die Frist für ihre Entscheidung sowie die verkürzten Begutachtungsfristen und die Folgen der Nichteinhaltung der Fristen 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 4 einzureichen, so sind die Fristen nach den Absätzen 1 und 5 Satz 1 so lange unterbrochen, bis die geforderten Unterlagen bei der Pflegekasse eingegangen sind; mit Eingang der Unterlagen läuft die Frist weiter. Die Unterbrechung beginnt mit dem Tag, an dem dem Antragsteller die Aufforderung zur Einreichung der noch fehlenden Unterlagen zugeht.

§ 18d

Berichtspflichten und Statistik zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

(1) Die Pflegekassen berichten dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen 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 von den Pflegekassen insbesondere Folgendes an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen 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 ihre Aufgaben nach § 18c Absatz 4 und § 31 Absatz 3 zu erfüllen.

Die Meldung durch die Pflegekassen erfolgt bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres. Näheres über das Verfahren und die Inhalte der Meldung regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Die Pflegekasse leitet die Meldung zusätzlich der für die Aufsicht über sie zuständigen Stelle zu.

(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 2024 jährlich bis zum 30. Juni des Folgejahres über Daten, die im Zusammenhang mit den Anträgen auf Pflegeleistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und dem weiteren Verfahren bei den Pflegekassen stehen, und über die daraus abzuleitenden Erkenntnisse; dabei ist jeweils nach Erst- und Höherstufungsanträgen zu differenzieren. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statistischen Informationen. Von den Pflegekassen sind insbesondere folgende Daten an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu melden:

1. 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 sowie 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,
2. die Anzahl an Fällen, in denen die Fristen nach § 18c Absatz 1 Satz 1 und nach § 18a Absatz 5 und 6 nicht eingehalten wurden, jeweils unter Angabe der Gründe, die für die Nichteinhaltung der Frist ursächlich waren,

3. die Anzahl an Fällen, in denen eine pauschale Zusatzzahlung nach § 18c Absatz 5 Satz 1 geleistet sowie 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,
4. die Anzahl an Fällen, in denen der Antragsteller eine Untersuchung verweigert hat,
5. die Anzahl an Fällen, in denen im Gutachten Empfehlungen für Heilmittel abgegeben wurden, und die Anzahl an Fällen, in denen die Pflegekasse eine Mitteilung über empfohlene Heilmittel an den Arzt oder die Ärztin des Antragstellers weitergeleitet hat, jeweils unterteilt nach Art der Heilmittel,
6. die Anzahl an Fällen, in denen Widerspruch gegen die Entscheidung der Pflegekasse nach § 18c Absatz 1 Satz 1 und § 18a Absatz 5 und 6 eingelegt wurde, unter Angabe der Gründe, auf die der Widerspruch jeweils gestützt wurde, sowie die Anzahl an zurückgewiesenen und stattgegebenen Widersprüchen, jeweils unter Angabe der Entscheidungsgründe und der Dauer des Widerspruchsverfahrens (bis zur schriftlichen Mitteilung der Entscheidung der Pflegekasse), und, soweit zum Zeitpunkt der Berichtslegung bekannt, in wie vielen Fällen nach erfolgreichem Widerspruchsverfahren Klage erhoben worden ist.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die gemeldeten Daten vor der Berichtslegung aufzubereiten und auf Plausibilität zu prüfen. Für die Berichterstattung über das Geschäftsjahr 2025 beauftragt er eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit einer Evaluation hinsichtlich der Ergebnisse und Wirkungen der Zuleitung von Mitteilungen zu empfohlenen Heilmitteln nach § 18c Absatz 3 Satz 3. Der Bericht über das Geschäftsjahr 2025 hat sich zum Ergebnis der Evaluation zu verhalten; das Ergebnis der Evaluation ist dem Bericht beizufügen.

(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 Absatz 5 und 6 und § 18c Absatz 1 Satz 1.

§ 18e

Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen

(1) Der Medizinische Dienst Bund und die Medizinischen Dienste können Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen zur Weiterentwicklung der Medizinischen Diensten nach den §§ 18 bis 18b zugewiesenen Aufgaben durchführen. Für die Durchführung ist eine Vereinbarung mit den Pflegekassen erforderlich.

(2) Ziel, Dauer, Inhalt und Durchführung eines Modellvorhabens, einer Studie oder einer wissenschaftlichen Expertise sind im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu bestimmen.

(3) Für die Beauftragung und Durchführung der Modellvorhaben, der Studien und der wissenschaftlichen Expertisen kann der Medizinische Dienst Bund aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bis zu 500 000 Euro im Kalenderjahr nutzen. 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.

(4) Bei der Durchführung der Modellvorhaben kann im Einzelfall von der Regelung des § 18a und insoweit von den Richtlinien nach § 53d Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 abgewichen werden. Pflegebedürftige dürfen dadurch jedoch nicht benachteiligt werden.

(5) Für jedes Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Personenbezogene Daten dürfen im Rahmen der Modellvorhaben nur verarbeitet werden, wenn die betroffene Person eingewilligt hat.

(6) Der Medizinische Dienst Bund beauftragt im Rahmen eines Modellvorhabens nach den Absätzen 1 bis 5 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, und erstellt einen Abschlussbericht. Der Abschlussbericht und der Studienbericht sind dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des fünfzehnten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] vorzulegen. Absatz 3 findet Anwendung.“

11. In § 19 wird in der Überschrift das Wort „Pflegerpersonen“ durch das Wort „Pflegerperson“ ersetzt.
12. In § 28 Absatz 1a wird die Angabe „(§ 7a)“ durch die Wörter „gemäß den §§ 7a und 7b“ ersetzt.
13. § 28a wird wie folgt gefasst:

„§ 28a

Leistungen bei Pflegegrad 1

Bei Vorliegen des Pflegegrades 1 gewährt die Pflegeversicherung folgende Leistungen:

1. Pflegeberatung gemäß den §§ 7a und 7b,
2. Beratung in der eigenen Häuslichkeit gemäß § 37 Absatz 3,
3. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a, ohne dass § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erfüllt sein muss,
4. Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 40,
5. finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds gemäß § 40,
6. Leistungen zur ergänzenden Unterstützung bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen sowie zur Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen gemäß den §§ 39a, 40a und 40b,
7. einen monatlichen Zuschuss bei vollstationärer Pflege gemäß § 43 Absatz 3,
8. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b,

9. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung gemäß § 44a,
 10. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45,
 11. den Entlastungsbetrag gemäß § 45b,
 12. die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 45e nach Maßgabe von § 28 Absatz 1b.“
14. § 30 wird wie folgt gefasst:

„§ 30

Dynamisierung

(1) Die im Vierten Kapitel dieses Buches benannten, ab 1. Januar 2024 geltenden Beträge für die Leistungen der Pflegeversicherung 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.

(2) Die neuen Beträge für die Leistungen der Pflegeversicherung werden vom Bundesministerium für Gesundheit jeweils im Bundesanzeiger bekannt gemacht.“

15. § 31 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 wird die Angabe „(§ 18 Abs. 6)“ durch die Wörter „oder anderer von ihr beauftragter unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter (§ 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und Absatz 2)“ ersetzt.
 - b) In Satz 5 wird die Angabe „§ 32 Abs. 1“ durch die Angabe „§ 32 Absatz 1“ ersetzt.
16. § 40a Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 8 werden die Wörter „oder deren Kosten die Vergütungsbeträge nach § 78a Absatz 1 Satz 1 übersteigen“ gestrichen.
 - b) Satz 9 wird aufgehoben.
17. § 40b wird wie folgt geändert:
- a) Der Wortlaut wird Absatz 1.
 - b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Die Pflegekasse informiert den Pflegebedürftigen barrierefrei in schriftlicher oder elektronischer Form über die Kosten, die von ihm für die digitale Pflegeanwendung, einschließlich der Mehrkosten nach § 40a Absatz 2 Satz 8, selbst zu tragen sind, und über die Kosten, die von ihm für ergänzende Unterstützungsleistungen selbst zu tragen sind.“
18. In § 46 Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „§ 18 Absatz 3b“ durch die Angabe „§ 18c Absatz 5“ ersetzt.

19. In § 53d Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 wird die Angabe „§ 18b“ durch die Angabe „§ 17 Absatz 1c“ ersetzt.
20. § 55 wird wie folgt geändert:
- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 55

Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung“.

- b) Absatz 1 Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Der Beitragssatz beträgt, vorbehaltlich des Satzes 2, bundeseinheitlich 3,4 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird grundsätzlich durch Gesetz festgesetzt. Die Bundesregierung wird ermächtigt, den Beitragssatz nach Satz 1 ausschließlich zur mittelfristigen Sicherung der Zahlungsfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates anzupassen, wenn der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung absehbar die Höhe einer Monatsausgabe laut Haushaltsplänen der Pflegekassen zu unterschreiten droht; mehrere Anpassungen durch Rechtsverordnung dürfen insgesamt nicht höher als 0,5 Beitragssatzpunkte über dem jeweils zuletzt gesetzlich festgesetzten Beitragssatz liegen.“

- c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Der Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 und 3 erhöht sich für Mitglieder nach Ablauf des Monats, in dem sie das 23. Lebensjahr vollendet haben, um einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,6 Beitragssatzpunkten (Beitragszuschlag für Kinderlose). Satz 1 gilt nicht für Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden, für Wehr- und Zivildienstleistende sowie für Bezieher von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches. Satz 1 gilt auch nicht für Eltern im Sinne des § 56 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und Absatz 3 Nummer 2 und 3 des Ersten Buches. Für diese reduziert sich der Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 und 3 für jedes Kind ab dem zweiten Kind bis zum fünften Kind um jeweils einen Abschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten bis zum Ablauf des Monats, in dem das jeweilige Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat; bei der Ermittlung des Abschlags nicht berücksichtigungsfähig sind Kinder, die das 25. Lebensjahr vollendet haben. Satz 4 gilt auch für Eltern, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die Elterneigenschaft sowie die Angaben zu den Kindern 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. Um eine einheitliche Rechtsanwendung sicherzustellen und ein möglichst effizientes, schnelles und digitales Verwaltungshandeln zu gewährleisten, wird das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Inneren und für Heimat, dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft ein Verfahren zur Erhebung und zum Nachweis der Anzahl der Kinder bis spätestens 1. Juli 2023 entwickeln. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt Empfehlungen darüber, welche Nachweise geeignet sind. Erfolgt die Vorlage des Nachweises innerhalb von drei Monaten nach der Geburt des Kindes, gilt der Nachweis mit Beginn des Monats der Geburt als erbracht, ansonsten wirkt der Nachweis ab Beginn des Monats, der dem Monat folgt, in dem der Nachweis erbracht wird. Nachweise für vor dem 1. Juli 2023 geborene Kinder, die bis zum

31. Dezember 2023 erbracht werden, wirken vom 1. Juli 2023 an. Können die Abschläge nach Satz 4 und 5 von den beitragsabführenden Stellen und den Pflegekassen nicht ab dem 1. Juli 2023 berücksichtigt werden, sind sie so bald wie möglich, spätestens bis zum 31. Dezember 2024 zu erstatten; § 27 Absatz 1 des Vierten Buches findet bis einschließlich 31. Dezember 2023 keine Anwendung.“

- d) Absatz 3a wird Absatz 4.
- e) Der bisherige Absatz 4 wird aufgehoben.
- f) Absatz 5 Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Sind die Voraussetzungen für einen Beitragszuschlag für Kinderlose nach Absatz 3 Satz 1 erfüllt und handelt es sich nicht um Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden und nicht um Wehr- und Zivildienstleistende, erhöht sich der Zuschlag nach Satz 2 um das Verhältnis des Beitragszuschlags für Kinderlose zu dem Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1. Sind die Voraussetzungen für einen Abschlag nach Absatz 3 Satz 4 und 5 erfüllt und handelt es sich nicht um Wehr- und Zivildienstleistende, reduziert sich der Zuschlag nach Satz 2 um das Verhältnis des Abschlags zu dem Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1; § 59a Satz 2 findet keine Anwendung auf mitarbeitende Familienangehörige.“

21. § 58 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „§ 55 Abs. 3“ durch die Wörter „§ 55 Absatz 3 Satz 1“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „§ 55 Abs. 1 Satz 2“ durch die Wörter „§ 55 Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.

22. In § 59 Absatz 5 wird die Angabe „§ 55 Abs. 3“ durch die Wörter „§ 55 Absatz 3 Satz 1“ ersetzt.

23. Nach § 59 wird folgender § 59a eingefügt:

„§ 59a

Berücksichtigung des Beitragsabschlags für Eltern bei der Beitragstragung

Der Abschlag nach § 55 Absatz 3 Satz 4 und 5 reduziert die vom Mitglied zu tragenden Beiträge. Soweit die Beiträge von Dritten getragen werden, findet der Abschlag nach § 55 Absatz 3 Satz 4 und 5 keine Berücksichtigung.“

24. § 60 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „§ 55 Abs. 3“ durch die Wörter „§ 55 Absatz 3 Satz 1“ ersetzt.
- b) In Absatz 7 Satz 1 wird die Angabe „§ 66“ durch die Angabe „§ 65“ ersetzt.

25. § 61 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3 Satz 2 wird jeweils die Angabe „§ 55 Abs. 3“ durch die Wörter „§ 55 Absatz 3 Satz 1“ ersetzt.

- b) In Absatz 7 Satz 1 wird die Angabe „§ 55 Abs. 1 Satz 2“ durch die Wörter „§ 55 Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.

26. § 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.“

27. § 72 Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

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

28. § 75 wird wie folgt geändert:

- a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

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

- b) Absatz 2 Satz 1 Nummer 10 wird wie folgt gefasst:

„10. die Anforderungen an die nach § 85 Absatz 3 geeigneten Nachweise zur Darlegung der prospektiven Sach- und Personalaufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Personalbeschaffung bei den Vergütungsverhandlungen, soweit nicht von den Richtlinien gemäß § 82c Absatz 4 umfasst.“

- c) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Dies umfasst auch Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal.“

29. § 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.“

30. § 82c wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 2a und 2b eingefügt:

„(2a) Bei Pflegeeinrichtungen, die ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1, Nummer 2 oder Nummer 3 entlohnen, kann eine Bezahlung von Gehältern der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, bis zur Höhe des Tarifvertrags nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 3 nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Ist für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, ein anderer Tarifvertrag oder eine andere kirchliche Arbeitsrechtsregelung als nach Satz 1 zeitlich, räumlich, fachlich oder persönlich anwendbar, so können ihre Gehälter bis zur Höhe der in diesem Tarifvertrag oder dieser kirchlichen Arbeitsrechtsregelung vereinbarten Gehälter nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Bei Pflegeeinrichtungen, die ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 4 entlohnen, gelten hinsichtlich der Bezahlung von Gehältern der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, die allgemeinen Bemessungsgrundsätze nach den §§ 84 und 89.

(2b) Für Entgelte für Personal, das Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen ohne direktes Arbeitsverhältnis mit der zugelassenen Pflegeeinrichtung erbringt, insbesondere für Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes sowie für Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer, die im Rahmen eines Werk- oder Dienstleistungsvertrags eingesetzt werden, gelten die Regelungen nach Absatz 1 und 2 für Beschäftigte, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen mit direktem Arbeitsverhältnis mit der zugelassenen Pflegeeinrichtung erbringen, entsprechend. Die Zahlung von Vermittlungsentgelten kann nicht als wirtschaftlich anerkannt werden.“

b) Dem Absatz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Für eine über die Höhe der Bezahlung von Gehältern nach Absatz 2a hinausgehende Bezahlung der Beschäftigten durch die in Absatz 2 genannten Pflegeeinrichtungen bedarf es eines sachlichen Grundes. Entsprechendes gilt für die Zahlung von Entgelten für Personal im Sinne von Absatz 2b Satz 1.“

31. In § 84 Absatz 7 Satz 1 werden nach den Wörtern „§ 82c Absatz 1 oder“ die Wörter „Absatz 2a und“ eingefügt.
32. § 94 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Nummer 4 wird die Angabe „18“ durch die Angabe „18 bis 18c“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „§ 18“ durch die Angabe „den §§ 18 bis 18c“ ersetzt.
33. In § 97 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „18“ durch die Angabe „18 bis 18c“ ersetzt.
34. § 97d wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 18 erforderlich“ durch die Wörter „der §§ 18 bis 18c erforderlich“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „§ 18“ durch die Angabe „der §§ 18 bis 18c“ ersetzt.

35. In § 111 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 45c“ durch die Wörter „den §§ 45c und 45d“ ersetzt und werden nach den Wörtern „§ 8 Absatz 9 Satz 1 und 2“ die Wörter „sowie § 123 Absatz 2“ eingefügt.
36. § 112 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 Satz 1 werden das Komma und die Wörter „Expertenstandards nach § 113a anzuwenden sowie“ durch das Wort „und“ ersetzt.
- b) Dem Absatz 3 werden die folgenden 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.“
37. § 113 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- a) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
- „Die Anforderungen sind so zu gestalten, dass die Pflegedokumentation in der Regel vollständig in elektronischer Form erfolgen kann.“
- b) In dem neuen Satz 8 wird die Angabe „Satz 3“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.
38. § 113a wird aufgehoben.
39. § 113b wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „113a,“ gestrichen.
- b) In Absatz 3 Satz 8 wird die Angabe „§§ 113, 113a“ durch die Angabe „§§ 113“ 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) Absatz 4a Satz 5 und 6 wird aufgehoben.
- 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 maßgeblichen Interessensvertretungen beim Qualitätsausschuss Pflege ein. Die Interessensvertretungen haben das Recht, die Stelle zu besetzen und den Arbeitsort in Abstimmung mit der Geschäftsstelle zu bestimmen.“
- f) Absatz 8 Satz 1 und 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

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

40. § 113c wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Als sachlicher Grund nach Satz 1 Nummer 3 gilt unter anderem die Vereinbarung einer personellen Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal, das

1. auf Grundlage eines entsprechenden betrieblichen Konzepts ganz oder teilweise in Personalpools oder im Rahmen vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte tätig ist, mit denen die vertragliche vereinbarte Personalausstattung bei kurzfristigen Personalausfällen oder vorübergehend nicht besetzbaren Stellen sichergestellt wird, oder
2. für die Zwecke des Modellprojekts nach § 8 Absatz 3b beschäftigt wird.“

b) 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 Nummer 2 eine Ausbildung, die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderung beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BANz AT 17.02.2016 B3) erfüllt oder

bb) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 3 eine Ausbildung nach Teil 2, Teil 3 oder Teil 5 des Pflegeberufegesetzes oder einen Anpassungslehrgang nach § 40 Absatz 3 oder § 41 Absatz 2, Absatz 3, Absatz 4, Absatz 6 oder Absatz 7 des Pflegeberufegesetzes oder

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

bb) Folgender Satz wird angefügt:

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

c) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt geändert:

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

bb) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. die erforderlichen Qualifikationen für das Pflege- und Betreuungspersonal, das von der Pflegeeinrichtung für die personelle Ausstattung nach Absatz 1 oder Absatz 2 vorzuhalten ist; bei der personellen Ausstattung mit Fachkräften sollen neben Pflegefachkräften auch andere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich vorgehalten werden können; die erforderlichen Qualifikationen für das vorzuhaltende Personal nach Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 werden auch eingehalten, wenn hierfür das Personal mit einer jeweils höheren Qualifikation vorgehalten wird; im Fall des § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1 bis 3 wird die Eingruppierung und im Fall des § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 4 die Zuordnung zu einer Qualifikationsgruppe jeweils durch den konkreten Einsatz bestimmt.“

d) Absatz 7 wird durch die folgenden Absätze 7 und 8 ersetzt:

„(7) 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. Die Prüfung erfolgt insbesondere im Hinblick auf

1. vorliegende Erkenntnisse aus der wissenschaftlich gestützten Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach § 8 Absatz 3b,

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

3. die Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation im Pflegebereich.

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.

(8) Das Bundesministerium für Gesundheit legt alle zwei Jahre, erstmals bis zum 31. Dezember 2023, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Fami-

lie, 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 Bundesanzeiger bekannt gemacht. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit alle zwei Jahre, erstmals bis zum 31. Dezember 2024, aufgeschlüsselt nach Ländern für den Stichtag 1. November des Berichtsjahres, ob vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die eine Pflegesatzvereinbarung 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 vereinbarenden personellen Ausstattung zu erwarten wären. Ferner berichtet der Spitzenverband Bund der Pflegekassen über den Umfang des Pflegehilfskraftpersonals, das nach Absatz 2 Nummer 1 die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 Nummer 1 überschreitet, und über den Umfang des Pflegehilfskraftpersonals, das nach Absatz 3 vorgehalten wird. Die Grundlagen des Berichts nach den Sätzen 3 und 4 legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 30. September 2023 fest. Die Grundlagen des Berichts bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

41. In § 114 Absatz 2a Satz 3 werden nach dem Wort „SARS-CoV-2-Pandemie“ die Wörter „vom Medizinischen Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit“ eingefügt.
42. § 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.“
 - c) In dem neuen Satz 9 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.
43. § 118 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 1 wird die Angabe „§§ 18b, 112a“ durch die Angabe „§ 17 Absatz 1c, § 112a“ ersetzt.
 - b) In Nummer 2 wird die Angabe „113a,“ gestrichen.
44. Die §§ 123 und 124 werden wie folgt gefasst:

„§ 123

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

(1) Im Zeitraum von 2025 bis 2029 fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit bis zu 50 Millionen Euro je Kalenderjahr aus dem Ausgleichsfonds regionalspezifische Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden vor Ort und im Quartier. Die Förderung dient insbesondere dazu,

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

Die Förderung nach Satz 1 erfolgt, wenn die Modellvorhaben auf der Grundlage landes- oder kommunalrechtlicher Vorschriften auch durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft gefördert werden. Sie erfolgt jeweils in gleicher Höhe wie die Förderung, die vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 100 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht werden kann. Die Förderung von Modellvorhaben durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach Satz 1 setzt voraus, dass diese den Empfehlungen nach Absatz 3 entsprechen, und erfolgt jeweils im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

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

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und den Ländern Empfehlungen, in denen festzulegen ist,

1. was die Ziele und der Inhalt der Förderung sind,
2. welche Voraussetzungen vorliegen müssen, damit die Förderung gewährt wird,
3. für welche Dauer die Förderung gewährt wird,
4. wie die Förderung durchgeführt wird,

5. nach welchem Verfahren die Fördermittel vergeben, ausbezahlt und abgewickelt werden,
6. welchen Anforderungen die Einbringung von Zuschüssen der kommunalen Gebietskörperschaften als Personal- oder Sachmittel mit Zweckbindung genügen müssen, sowie wie im Einzelfall zu prüfen ist, ob die Nutzung von Mitteln und Möglichkeiten der Arbeitsförderung zweckentsprechend eingesetzt werden kann, und
7. wie die Zwischen- und Abschlussberichte der wissenschaftlichen Begleitung dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zugehen.

Vor dem Beschluss der Empfehlungen müssen die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Landesverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen und ihrer Angehörigen, das Bundesamt für Soziale Sicherung sowie die oder der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege angehört werden. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Sie sind dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2024 vorzulegen.

(4) Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann von den Regelungen des § 37 Absatz 3 bis 9, des Siebten und des Achten Kapitels abgewichen werden, soweit dies zur Erreichung der Ziele eines Modellvorhabens zwingend erforderlich ist.

(5) Die nach Absatz 1 zur Verfügung stehenden Fördermittel werden nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Die Auszahlung der Mittel für ein Modellvorhaben erfolgt, sobald für das Modellvorhaben eine konkrete Förderzusage durch das Land oder die kommunale Gebietskörperschaft vorliegt. Die Fördermittel, die in einem Land im jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr das Fördervolumen des jeweiligen Landes.

(6) Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann vom 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 zur Durchführung und Abwicklung der Förderung und zur 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) Für jedes Modellvorhaben nach § 123 haben Modellträger eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Die Auswertung erfolgt nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards hinsichtlich der Wirksamkeit, Qualität und Kosten.

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

1. welche personellen oder finanziellen Mittel dies jeweils erfordern würde und auf welche Weise diese personellen und finanziellen Mittel 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.

(3) In der wissenschaftlichen Begleitung sind Zwischenberichte und Abschlussberichte über die Ergebnisse der Auswertungen der Modellvorhaben zu erstellen. Die Zwischenberichte müssen vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen spätestens zur Hälfte der Laufzeit des Modellvorhabens dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt werden, die Abschlussberichte spätestens sechs Monate nach Ende des Modellvorhabens. Die Vorlage muss in barrierefreier Form erfolgen. Über die Veröffentlichung entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene, mit den Ländern und mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

(4) Die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben werden als Teil der Modellvorhaben entsprechend § 123 gefördert.“

45. In § 125a Satz 1 wird die Angabe „2024“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.

46. 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 ambulanten und stationären Langzeitpflege,
2. Entwicklung von konkreten Empfehlungen insbesondere für Leistungserbringer, Pflegekassen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege sowie für Pflegeberatungsstellen, mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Digitalisierung in der Langzeitpflege, unter Berücksichtigung der Vorgaben des § 78a,
3. Prüfung und Nutzung der Möglichkeiten der Digitalisierung bei der Vermittlung von Plätzen und Angeboten im Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege und Erarbeitung von Empfehlungen, und
4. Unterstützung des Wissenstransfers bei Themen der Digitalisierung in der Langzeitpflege für pflegebedürftige Menschen, ihre Pflegepersonen nach § 19, beruflich Pflegenden und Pflegeberatenden 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. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß Satz 1 ergeben. Dieser Finanzierungsanteil kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. 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 auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 sowie deren Pflegepersonen nach § 19, 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 bei der Umsetzung der Aufgaben nach Absatz 1 beteiligt werden sofern diese einen Bezug zur Telematikinfrastruktur aufweisen. Ebenso ist die oder der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit ins Benehmen zu setzen, sofern datenschutzrechtliche Belange betroffen sind. 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 Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V., der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene, der Verbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, des Deutschen Pflegerates, der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 sowie deren Pflegepersonen nach § 19, der für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände 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 oder des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege.

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

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

48. 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.“

49. § 135 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(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 2

Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch, das zuletzt durch Artikel 1 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 die folgenden Angaben eingefügt:

„Dritter Titel

Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege

§ 42a Gemeinsamer Jahresbetrag

Vierter Titel

Pflegerische Versorgung bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson

§ 42b Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson“.

c) In der bisherigen Angabe zum Dritten Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird das Wort „Dritter“ durch das Wort „Fünfter“ ersetzt.

d) In der bisherigen Angabe zum Vierten Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird das Wort „Vierter“ durch das Wort „Sechster“ ersetzt.

- e) In der bisherigen Angabe zum Fünften Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird das Wort „Fünfter“ durch das Wort „Siebter“ ersetzt.
 - f) In der bisherigen Angabe zum Sechsten Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird das Wort „Sechster“ durch das Wort „Achter“ ersetzt.
2. § 7b Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 wird die Angabe „41 bis 43“ durch die Angabe „41, 42b, 43“ ersetzt.
 - b) In Satz 5 werden die Wörter „den §§ 39, 40 Absatz 2,“ durch die Wörter „§ 40 Absatz 2, den §§ 39 sowie 42 jeweils 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) Nach Nummer 5 wird folgende Nummer 5a eingefügt:

„5a. ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen (§ 39a in Verbindung mit § 40b) und digitale Pflegeanwendungen (§ 40a in Verbindung mit § 40b),“.
 - c) In Nummer 7 wird die Angabe „(§ 42)“ durch die Wörter „(§ 42 in Verbindung mit § 42a)“ ersetzt.
 - d) Nach Nummer 7 wird folgende Nummer 7a eingefügt:

„7a. Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson (§ 42b),“.
 - e) In Nummer 14 wird das Komma am Ende durch die Angabe „gemäß § 35a.“ ersetzt.
 - f) Nummer 15 wird Nummer 3a.
 - g) Die Nummern 16 und 17 werden aufgehoben.
4. § 28a wird wie folgt geändert:
- a) Nach Nummer 6 wird folgende Nummer 7 eingefügt:

„7. Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson gemäß § 42b,“.
 - b) Die bisherigen Nummern 7 bis 12 werden die Nummern 8 bis 13.
5. 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 bei Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr“ ersetzt.
6. § 36 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 1 wird die Angabe „724“ durch die Angabe „761“ ersetzt.

- b) In Nummer 2 wird die Angabe „1 363“ durch die Angabe „1 432“ ersetzt.
 - c) In Nummer 3 wird die Angabe „1 693“ durch die Angabe „1 778“ ersetzt.
 - d) In Nummer 4 wird die Angabe „2 095“ durch die Angabe „2 200“ ersetzt.
7. § 37 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 1 wird die Angabe „316“ durch die Angabe „332“ ersetzt.
 - bb) In Nummer 2 wird die Angabe „545“ durch die Angabe „573“ ersetzt.
 - cc) In Nummer 3 wird die Angabe „728“ durch die Angabe „765“ ersetzt.
 - dd) In Nummer 4 wird 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.
8. 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.
9. § 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.“

10. § 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.
- c) Absatz 4 wird aufgehoben.

11. Nach § 42 werden folgender Dritter und Vierter 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.

Vierter Titel

Pflegerische Versorgung bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson

§ 42b

Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson

(1) Pflegebedürftige haben ab dem 1. Juli 2024 Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung nach § 23 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches, nach § 40 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches oder nach § 15 Absatz 2 des Sechsten Buches oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme von einer Pflegeperson des Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden. Leistungen nach dieser Vorschrift werden nur erbracht, wenn kein Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches besteht.

(2) Der Anspruch nach Absatz 1 setzt voraus, dass die pflegerische Versorgung der Pflegebedürftigen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Leistungen zur stationären Vorsorge oder zur medizinischen Rehabilitation sichergestellt ist. Zur Erbringung der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege kann die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung eine nach § 72 zugelassene ambulante Pflegeeinrichtung einsetzen. Kann die pflegerische Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht sichergestellt werden, kann der Anspruch auch in einer nach § 72 zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung wahrgenommen werden.

(3) Der Anspruch nach Absatz 1 umfasst die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Unterkunft und Verpflegung sowie die Übernahme der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen. Pflegebedürftige haben Anspruch auf Erstattung der erforderlichen Fahr- und Gepäcktransportkosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder vollstationären Pflegeeinrichtung nach Absatz 2 entstehen. Erstattungsfähig sind nach vorheriger Antragstellung auch Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist.

(4) Stellt die Pflegeperson einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 23 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches oder nach § 15 Absatz 1 des Sechsten Buches und wünscht die Versorgung des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung, stellt der Antrag zugleich einen Antrag des Pflegebedürftigen auf Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen dar, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, sofern

der Pflegebedürftige zustimmt. Die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, prüft mit den nach § 23 Absatz 5 Satz 1 des Fünften Buches oder § 40 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches benannten Einrichtungen, ob die Versorgung des Pflegebedürftigen in der Einrichtung möglich ist, und holt deren Einverständnis ein. Liegt das Einverständnis der Einrichtung vor, informiert die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen unverzüglich die Krankenkasse. Über den Antrag auf Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 ist unverzüglich zu entscheiden. Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung als der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung versorgt werden, koordiniert die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen des Pflegebedürftigen auf Wunsch der Pflegeperson und mit Einwilligung des Pflegebedürftigen dessen Versorgung.

(5) Die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, hat unmittelbar der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen gemäß Absatz 3 zu erstatten. Die Vergütung erfolgt nach dem durchschnittlichen Gesamtheimentgelt nach § 87a Absatz 1 Satz 1 aller zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtungen im jeweiligen Land. Das durchschnittliche Gesamtheimentgelt wird durch die Landesverbände der Pflegekassen auf Grundlage des vorangehenden Jahres ermittelt und jeweils ab dem 1. April für die Dauer eines Jahres bis zum 31. März festgelegt. Die Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise zu veröffentlichen. Erfolgt die Versorgung des Pflegebedürftigen gemäß Absatz 2 Satz 3 in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen im Umfang des für diese Pflegeeinrichtung geltenden Gesamtheimentgelts unmittelbar der Pflegeeinrichtung zu erstatten.

(6) Abweichend von § 34 Absatz 2 ruht der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege einschließlich des Pflegegeldes oder anteiligen Pflegegeldes, solange sich die Pflegeperson in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung befindet und der Pflegebedürftige nach Absatz 1 Satz 1 oder § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches versorgt wird; § 34 Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz und Absatz 3 bleibt unberührt.

(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen vereinbaren bis zum 30. Juni 2024 gemeinsame Empfehlungen insbesondere zum Antrags-, Genehmigungs- und Kostenerstattungsverfahren und zur Sicherung der Qualität der Versorgung der Pflegebedürftigen. Die Deutsche Rentenversicherung Bund und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen schließen bis zum 30. Juni 2024 eine Verwaltungsvereinbarung zum Antrags- und Genehmigungsverfahren. Die gemeinsamen Empfehlungen sind durch das Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

(8) Die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung hat den Landesverbänden der Pflegekassen vor erstmaliger Versorgung Pflegebedürftiger ein auf Grundlage der gemeinsamen Empfehlungen nach Absatz 7 erstelltes Konzept zur qualitätsgesicherten Versorgung Pflegebedürftiger vorzulegen und in regelmäßigen Abständen dessen Einhaltung nachzuweisen.

(9) Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen erheben Statistiken über Anträge auf Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie deren Erledigung und Durchführung. Zur Durchführung des Antrags-, Genehmigungs- und Kostenerstattungsverfahrens dürfen die Pflegekassen oder die privaten Versicherungsunternehmen die dafür erforderlichen Daten des Pflegebedürftigen sowie der Krankenkasse oder des Rentenversicherungsträgers der Pflegeperson den beteiligten Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen übermitteln, sofern der Pflegebedürftige und die Pflegeperson in die Übermittlung einwilligen.“

12. Der bisherige Dritte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird der Fünfte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels.
13. Der bisherige Vierte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird der Sechste Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels.
14. Der bisherige Fünfte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird der Siebte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels.
15. Der bisherige Sechste Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird der Achte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels.
16. § 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.
17. § 44a wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „insgesamt zehn Arbeitstage“ durch die Wörter „zehn Arbeitstage je Kalenderjahr“ ersetzt.
 - 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.
18. § 45b Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die Erstattung der Aufwendungen aus dem Entlastungsbetrag erfolgt auch in dem Fall, in dem für die in Satz 3 genannten Leistungen Mittel im Rahmen einer Verhinderungspflege gemäß § 39 eingesetzt werden.“
19. In § 46 Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „3,2“ durch die Angabe „3“ ersetzt.
20. § 108 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Auf Anforderung unterrichten die Pflegekassen die Versicherten mittels

1. Übermittlung einer Übersicht über die in einem Zeitraum von mindestens 18 Monaten vor der Anforderung in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten; auf Wunsch der Versicherten wird ihnen eine Übersicht über die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten bis auf Widerruf regelmäßig jedes Kalenderhalbjahr übermittelt;
2. Auskünften 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;
3. Übermittlung einer Durchschrift der von Leistungserbringenden bei der Pflegekasse eingereichten Abrechnungsunterlagen; sind die Abrechnungen in einer Form bei der Pflegekasse eingereicht worden, von der eine Durchschrift nicht gefertigt werden kann, sind die Abrechnungsinhalte in einer Form aufzubereiten und an die Versicherten zu übermitteln, die inhaltlich einer Durchschrift von Abrechnungsunterlagen entspricht; erforderlichenfalls sind dazu Erläuterungen zur Verfügung zu stellen, die die Abrechnungsinhalte für die Versicherten nachvollziehbar und verständlich machen.

Die Übermittlung aller nach diesem Absatz bereitgestellten Informationen hat in einer für die Versicherten wahrnehmbaren Form zu erfolgen; die geltenden Anforderungen an den Datenschutz sind dabei zu beachten und die erforderliche Datensicherheit ist zu gewährleisten.“

- b) Im bisherigen Satz 2 werden nach dem Wort „Versicherten“ die Wörter „nach diesem Absatz“ eingefügt.

Artikel 3

Änderung des Mikrozensusgesetzes

Dem § 8 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe e des Mikrozensusgesetzes vom 7. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2826), das zuletzt durch Artikel 12 Absatz 23 des Gesetzes vom 16. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2328) geändert worden ist, wird folgender Doppelbuchstabe hh angefügt:

„hh) Höhen der Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung,“.

Artikel 4

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

Das Sozialgerichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), das zuletzt Artikel 13 Absatz 1 des Gesetzes vom 10. März 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 64) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 29 Absatz 4 Nummer 4 wird die Angabe „§ 17 Absatz 1, §§ 18b, 112a“ durch die Wörter „§ 17 Absatz 1 und 1c, § 112a“ ersetzt.

2. In § 210 Absatz 3 Satz 1 werden nach den Wörtern „§ 114c Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch“ die Wörter „in der am 31. Dezember 2022 geltenden Fassung“ eingefügt.

Artikel 5

Änderung der Beitragsverfahrensverordnung

Die Beitragsverfahrensverordnung vom 3. Mai 2006 (BGBl. I S. 1138), die zuletzt durch Artikel 29 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2759) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 2 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 3 werden nach dem Wort „Pflegeversicherung“ die Wörter „nach § 55 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.
 - b) Folgender Satz wird angefügt:

„Die den Beitragsanteil des Beschäftigten reduzierenden Beträge werden durch Anwendung des maßgebenden Beitragsabschlags auf die beitragspflichtige Einnahme nach § 20 Absatz 2a Satz 6 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch berechnet und auf zwei Dezimalstellen gerundet.“
2. In § 8 Absatz 2 Satz 1 Nummer 11 werden nach dem Wort „Elterneigenschaft“ die Wörter „sowie den Nachweis über die Anzahl der zu berücksichtigenden Kinder“ eingefügt.

Artikel 6

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 1b des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 23 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „pflegende Angehörige“ durch die Wörter „Pflegeperson im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.
 - b) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „pflegender Angehöriger“ durch die Wörter „von Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.
 - c) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:

„(5a) Gilt nach § 42b Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach Absatz 4 Satz 1 zugleich als Antrag eines Pflegebedürftigen auf Leistungen nach § 42b Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches,

so leitet die Krankenkasse den Antrag an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, weiter und benennt gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, unverzüglich geeignete Einrichtungen, sofern die Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 42b Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches in derselben Einrichtung gewünscht ist.“

2. In § 24 Absatz 2 wird die Angabe „Abs. 5“ durch die Wörter „Absatz 5 und 5a“ ersetzt.
3. In § 33 Absatz 1 Satz 10 und Absatz 5a Satz 3 wird jeweils die Angabe „§ 18 Absatz 6a“ durch die Angabe „§ 18b Absatz 3“ ersetzt.
4. § 40 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 2 Satz 2 und 3 werden jeweils die Wörter „pflegende Angehörige“ durch die Wörter „Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.
 - b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „pflegender Angehöriger“ durch die Wörter „von Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.
 - bb) Die Sätze 11 und 12 werden aufgehoben.
 - cc) Im neuen Satz 12 wird die Angabe „Satz 13“ durch die Angabe „Satz 11“ ersetzt.
 - dd) Im neuen Satz 13 wird die Angabe „Satz 13“ durch die Angabe „Satz 11“ ersetzt.
 - ee) Im neuen Satz 17 wird die Angabe „Satz 18“ durch die Angabe „Satz 16“ ersetzt.
 - c) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Bei einer stationären Rehabilitation haben Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches auch Anspruch auf die Versorgung der Pflegebedürftigen, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden. Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen als in der Einrichtung der Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch der Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen. Gilt nach § 42b Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Absatz 2 Satz 1 zugleich als Antrag eines Pflegebedürftigen auf Leistungen nach § 42b Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, so leitet die Krankenkasse den Antrag an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, weiter und benennt gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, unverzüglich geeignete Einrichtungen, sofern die Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 42b des Elften Buches in derselben Einrichtung gewünscht ist.“
5. In § 41 Absatz 2 wird die Angabe „Abs. 3“ durch die Angabe „Absatz 3, 3a“ ersetzt.
6. § 60 Absatz 5 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 2 werden die Wörter „pflegenden Angehörigen“ durch die Wörter „Pflegerpersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches“ und werden die Wörter „§ 40 Absatz 3 Satz 2 und 3“ durch die Wörter „§ 40 Absatz 3a Satz 1 und 2“ ersetzt.

b) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Reisekosten von Pflegebedürftigen, die gemäß § 40 Absatz 3a Satz 2 während einer stationären Rehabilitation ihrer Pflegeperson im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches eine Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches erhalten, hat die Pflegekasse des Pflegebedürftigen der Krankenkasse der Pflegeperson im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches zu erstatten.“

7. § 111 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Wörter „pflegende Angehörige“ durch die Wörter „Pflegerpersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 4 werden die Wörter „Absatz 5 Satz 7 und 8“ durch die Wörter „Absatz 5 Satz 6 und 7“ ersetzt.

8. Dem § 341 wird folgender Absatz 8 angefügt:

„(8) Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach dem Elften Buch haben bis zum 1. Juli 2025 alle Voraussetzungen zu erfüllen, um den Zugriff auf die elektronische Patientenakte und den Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 306 umzusetzen.“

Artikel 7

Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Das Sechste Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 2. März 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 56) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 13 Absatz 1 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „der Träger der Rentenversicherung berücksichtigt bei seiner Entscheidung die besonderen Belange von Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches“ eingefügt.

2. § 154 Absatz 3a Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die von den Rentnerinnen und Rentnern zu tragenden Sozialversicherungsbeiträge berechnen sich, indem die Standardrente des betreffenden Kalenderjahres mit der Summe des von den Rentnerinnen und Rentnern zu tragenden Anteils des allgemeinen Beitragssatzes sowie des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes zur gesetzlichen Krankenversicherung und des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung des betreffenden Kalenderjahres vervielfältigt wird, deren jeweilige Höhe der Bekanntmachung des Gesamtsozialversicherungsbeitragssatzes nach § 20 Absatz 2a Satz 5 des Vierten Buches im Bundesanzeiger zu entnehmen ist.“

3. In § 255e Absatz 2 wird die Erläuterung zu NQ_t^{SR} wie folgt gefasst:

„ NQ_t^{SR} = Nettoquote der Standardrente für das laufende Kalenderjahr, die sich ermittelt, indem vom Wert 100 Prozent die Summe des von den Rentnerinnen und Rentnern zu tragenden Anteils des allgemeinen Beitragssatzes sowie des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes zur gesetzlichen Krankenversicherung und des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung des laufenden Kalenderjahres abgezogen wird, deren jeweilige Höhe der Bekanntmachung des Gesamtsozialversicherungsbeitragssatzes nach § 20 Absatz 2a Satz 5 des Vierten Buches im Bundesanzeiger zu entnehmen ist.“

Artikel 8

Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch

In § 2 Absatz 1 Nummer 17 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2759) geändert worden ist, werden die Wörter „§ 18 Absatz 5a Satz 3 Nummer 2“ durch die Wörter „§ 18a Absatz 3 Satz 4 Nummer 2“ ersetzt.

Artikel 9

Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes

§ 16a Absatz 1 Satz 2 des Künstlersozialversicherungsgesetzes vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), das zuletzt durch Artikel 17 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2759) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„Der Beitragsanteil erhöht oder reduziert sich entsprechend der Beträge, die sich aus § 55 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ergeben.“

Artikel 10

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 4 am 1. Juli 2023 in Kraft.

(2) Artikel 1 Nummer 48 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2023 in Kraft.

(3) Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe a, Nummer 2, 3 Buchstabe a, Nummer 7, 8, 9, 10, 11, 15, 18, 19, 32, 33, 34, 43 Buchstabe a und Nummer 47, Artikel 4, 6 Nummer 3 und Artikel 8 treten am ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in Kraft.

(4) Artikel 2, Artikel 3, Artikel 6 Nummer 1, 2, 4, 5, 6 und 7 und Artikel 7 Nummer 1 treten am 1. Januar 2024 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 Pflege sollen Anpassungen in der Pflegeversicherung vorgenommen werden. Insbesondere sollen die häusliche Pflege gestärkt und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sowie andere Pflegepersonen entlastet werden. Darüber hinaus sollen die Arbeitsbedingungen für professionell Pflegende verbessert sowie die Potentiale der Digitalisierung für Pflegebedürftige und für Pflegende noch besser nutzbar gemacht werden.

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 der in den letzten Jahren angefallenen 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

Zur Erfüllung der oben genannten Ziele sieht dieser Gesetzentwurf insbesondere 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.

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.

Versorgung Pflegebedürftiger bei Aufenthalt der Pflegeperson in einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung:

Zur Stabilisierung und Stärkung der häuslichen Pflege erhalten Pflegebedürftige einen Anspruch auf Erstattung aller anfallenden Kosten, die während einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme der Pflegeperson anfallen. Zugleich wird die Unterstützung bei der Organisation der umfassenden Versorgung während der Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme geregelt, wenn die pflegebedürftige Person währenddessen stationär versorgt werden soll. So wird die Inanspruchnahme stationärer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der häuslichen Pflegeperson deutlich attraktiver gestaltet. Denn Pflegepersonen haben in vielen Fällen einen Rechtsanspruch auf Rehabilitation, sind aber durch die Pflege faktisch daran gehindert, diesen geltend zu machen. Ziel dieser Regelung ist es, die Versorgung der Pflegebedürftigen zu gewährleisten und gleichzeitig die Rehabilitation der Pflegeperson zu ermöglichen und damit deren Gesundheit und Erwerbsfähigkeit zu erhalten.

Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld:

Das Pflegeunterstützungsgeld soll pro Kalenderjahr für bis zu zehn Arbeitstage für jeden pflegebedürftigen nahen Angehörigen in Anspruch genommen werden können, wenn die Voraussetzungen für eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz vorliegen. Die Änderung dient dem Ziel der weiteren Unterstützung und Verbesserung häusli-

cher Pflegearrangements und soll Beschäftigte, die sich neben ihrer Beschäftigung um pflegebedürftige nahe Angehörige kümmern, in einer akut aufgetretenen Pflegesituation entlasten.

Regelhafte 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 regelhaft 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. Das Bundesministerium für Gesundheit wird bis zum 31. Mai 2024 Empfehlungen für eine stabile und dauerhafte Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung vorlegen. Hierbei soll insbesondere auch die Ausgabenseite der sozialen Pflegeversicherung betrachtet werden. Bei der Erarbeitung der Empfehlungen werden das Bundesministerium der Finanzen, das Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz, das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend beteiligt.

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 mit einem Abschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten für jedes Kind entlastet. Ab dem fünften Kind bleibt es bei einer Entlastung in Höhe eines Abschlags von insgesamt bis zu 1,0 Beitragssatzpunkten. Der Abschlag gilt bis zum Ablauf des Monats, in dem das jeweilige Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat. Auch Mitglieder mit Kindern, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können die Beitragsabschläge erhalten. 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 Budget fördern Länder und Kommunen gemeinsam mit der Pflegeversicherung 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 verbessert 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 Land bzw. die jeweilige Kommune als für die Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur bzw. die Daseinsvorsorge zuständige Beteiligte.

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. 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 SGB XI vorab in schriftlicher oder elektronischer Form zu informieren.

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

Die Gesetzgebungskompetenz für Artikel 3 (Änderung des Mikrozensusgesetzes) folgt aus Artikel 73 Absatz 1 Nummer 11 GG (Statistik für Bundeszwecke).

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 barrierefreien Veröffentlichung der Rahmenverträge zur pflegerischen Versorgung wird für alle Beteiligten Transparenz über wesentliche Grundsätze und Absprachen im Bereich der Langzeitpflege auf Landesebene schaffen.

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 0,07 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 rund 200 Millionen 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 Jahresbetrags für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege mit Entfallen der Vorpflegezeit bei der Verhinderungspflege führt im ersten Jahr (2024) zu Mehrausgaben von 0,5 Milliarden Euro.
- Die Regelung zum Pflegeunterstützungsgeld 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 (davon entfallen 10 Millionen Euro an Mehrausgaben auf das Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege (Laufzeit 2023 bis 2027)).
- Die Schaffung eines Förderbudgets für den Medizinischen Dienst Bund zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen führt zu Mehrausgaben von bis zu 500 000 Euro pro Kalenderjahr. Die tatsächlich anfallenden Kosten sind abhängig von der Anzahl und der jeweiligen Höhe der durchgeführten Modellvorhaben, Studien und wissenschaftlichen Expertisen.
- 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.

In der gesetzlichen Rentenversicherung kommt es in Folge der Erhöhung des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung ab dem Jahr 2024 zu höheren Rentenausgaben. Im Jahr 2024 belaufen sich diese (inkl. KVdR) auf rund 150 Millionen Euro. Bis zum Ende des Mittelfrist-Zeitraums 2027 steigen die jährlichen zusätzlichen Ausgaben auf rund 700 Millionen Euro an.

Die Einführung eines Anspruchs auf Erstattung aller anfallenden Kosten für eine Versorgung des Pflegebedürftigen, die während einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme der Pflegeperson anfallen, ist insgesamt kostenneutral. Die Kosten einer Rehabilitations- bzw. Vorsorgemaßnahme amortisieren sich bei Rentenbeziehenden nach rechnerisch 2,5 Monaten und bei Erwerbstätigen nach rechnerisch knapp 3 Monaten, wenn weiterhin ein pflegender Angehöriger tätig ist (anstelle Pflegesachleistungen oder stationärer Pflege). Dies kann im Durchschnitt angenommen werden, da andernfalls die Wirksamkeit der Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahme insgesamt in Frage gestellt werden müsste. Im Übrigen ruht während der Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahme das Pflegegeld.

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 einmaliger Erfüllungsaufwand dadurch, dass sie der beitragsabführenden Stelle bzw. der Pflegekasse die Anzahl ihrer Kinder mitteilen müssen, sofern diese jünger als 25 Jahre sind. Von den 57,6

Millionen beitragszahlenden Mitgliedern haben ca. 9 Millionen Mitglieder zwei und mehr Kinder unter 25 Jahren. Bei 10 Prozent dieser Mitglieder (= 0,9 Millionen) dürfte der beitragsabführenden Stelle bzw. der Pflegekasse die genaue Anzahl der Kinder unter 25 Jahren bekannt sein. Bei den verbleibenden 90 Prozent der Mitglieder (= 8,1 Millionen) dürfte die genaue Anzahl der Kinder unter 25 Jahren nicht bekannt sein, so dass die Mitglieder die beitragsabführende Stelle bzw. die Pflegekasse entsprechend informieren müssen. Hierbei ist von einem Zeitaufwand von 10 Minuten auszugehen, so dass sich ein zeitlicher Aufwand in Höhe von 1,35 Millionen Stunden ergibt (8,1 Millionen Mitglieder x 10 Minuten = 81 Millionen Minuten = 1,35 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 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 eingereichten 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. Durch die Einführung eines Anspruchs auf Versorgung Pflegebedürftiger bei Aufenthalt der Pflegeperson in einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, der alle anfallenden Kosten umfasst und vollständig koordiniert wird, werden die Bürgerinnen und Bürger deutlich von Abrechnungs-, Such- und Koordinierungsaufwand entlastet.

2. Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

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

Mit dem DVPMG wurde bereits die Grundlage für eine weitergehende Anbindung der Pflege an die TI geschaffen. Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben nach § 360 Absatz 5 und 8 SGB V ist die elektronische Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP) sowie außerklinischer Intensivpflege (AKI) künftig verpflichtend vorgesehen. Die entsprechenden Leistungserbringer müssen sich zu diesem und anderen Zwecken 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 circa 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 Telematikinfrastuktur 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. Aufwandseinsparungen 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.

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 30,00 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 260 055 Euro pro Jahr, insgesamt 1 560 330 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	30,00	15/60 x 30,00= 7,5	
III. Ausfüllen von Formularen	10	30,00	10/60 x 30,00= 5,0	
IV. Durchführen von Berechnungen	10	30,00	10/60 x 30,00= 5,0	
VIII. Datenübermittlung	2	30,00	2/60 x 30,00= 1,0	
XI. Kopieren, archivieren, verteilen	2	22,90	2/60 x 22,90 = 0,76	
Summe Personalaufwendungen pro Fall			19,26	
Summe (Personalaufwand pro Jahr): Zahl der voraussichtlich teilnehmenden Unternehmen x Kosten pro Fall = 13.500 x 19,26				260.055

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 84 419 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.

Personalkosten					
Betroffene	Rechenweg (Anzahl Heilmittelempfehlungen x Zeitaufwand (elektronisch bzw. postalisch) x Stundenlohnkosten)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit		Entlastung (in Euro)
			einmalig	jährlich	
PKV- Unternehmen	19 274 x 1 Minute x 54,60 Euro	17.539,34		x	

PKV- Unternehmen	19 274 x 2 Minuten x 54,60 Euro	35.079		x	
Sachkosten					
Betroffene	Rechenweg (Anzahl Heilmittlempfehlungen x (Materialkosten + Porto))	Betrag (in Euro)	Häufigkeit		Entlastung (in Euro)
			einmalig	jährlich	
PKV- Unternehmen	19 274 x 1,65 Euro	31.801,28		x	

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 89 000 Euro für die Prüfung von ergänzenden Unterstützungsleistungen (siehe auch in 1.3 c)).

Personalkosten					
Betroffene	Rechenweg (Stunden x Lohnkosten)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit		Entlastung (in Euro)
			einmalig	jährlich	
PKV-Unternehmen	1.500 x 59,10 Euro	88.650	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 Gesamtleistungshöchst-

betrags. 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.

Versorgung Pflegebedürftiger bei Aufenthalt der Pflegeperson in einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 42b SGB XI):

Durch die Einführung eines Anspruchs auf Versorgung Pflegebedürftiger bei Aufenthalt der Pflegeperson in einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung entsteht für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, Erfüllungsaufwand hinsichtlich der Umstellung der Antragsbearbeitung.

Hinsichtlich der Umstellung der Antragsbearbeitung fällt bei den PKV-Unternehmen einmaliger Programmieraufwand an, der sich auf insgesamt rund 24 024 Euro beläuft.

Betroffene	Rechenweg (Anzahl PKV-Unternehmen x Stunden x Stundenlohnkosten)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit	
			einmalig	jährlich
44 PKV-Unternehmen	44 x 10 Stunden x 54,60 Euro	24.024,00	X	

Bei den Einrichtungen (Pflegeeinrichtungen oder stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen), die Leistungen zur Versorgung Pflegebedürftiger erbringen, fällt ein einmaliger Programmieraufwand zur Änderung der Rechnungsformulare an. Insgesamt beläuft sich der einmalige Aufwand auf 5 910 Euro.

Betroffene	Rechenweg (Abrechnungsprogramme x Stunden x Stundenlohnkosten)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit	
			einmalig	jährlich

10 Abrechnungsprogramme	10 x 10 Stunden x 59,10 Euro	x	5.910,00	X	
-------------------------	------------------------------	---	----------	---	--

Der wiederkehrende Erfüllungsaufwand beträgt pro Antrag in zeitlicher Hinsicht 10 Minuten für die Antragsbearbeitung, 10 Minuten für die Fahrtkostenprüfung sowie weitere 10 Minuten für die Organisation der Unterbringung. Dies führt bei den privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, zu Personalkosten in Höhe von etwa 29,55 Euro pro zu prüfendem Antrag. Der Erfüllungsaufwand für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beträgt bei einer angenommen jährlichen Fallzahl von insgesamt 50.000 im Saldo etwa 1,5 Millionen Euro für die Prüfung von Anträgen.

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).

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 sowie die Betriebsrentenbeziehenden mit zwei und mehr Kindern unter 25 Jahren einem neuen Beitragssatz zugeordnet und der Beitrag neu berechnet werden. Bei rund 7,4 Millionen Pflichtmitgliedern und ca. 65.000 Betriebsrentenbeziehenden mit zwei und mehr Kindern unter 25 Jahren und einem zeitlichen Aufwand des Arbeitgebers von 15 Minuten entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 68 Millionen Euro (36,30 Euro /Stunde (Durchschnitt Gesamtwirtschaft)) = 9,08 Euro pro Mitglied; rund 7,5 Millionen Mitglieder x 9,08 Euro = rund 68 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 barrierefreien Veröffentlichung der Landesrahmenverträge sowie zur Konkretisierung der Landesrahmenverträge (§ 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 zur Umsetzung von Konzepten für Personalpools insbesondere zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal (§ 75 Absatz 3 SGB XI) und für vollstationäre Pflege hinsichtlich des Vorweises der prospektiven Aufwendungen in den Pflegevergütungsverhandlungen (§ 75 Absatz 2 Satz 1 Nr. 10 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. Pflege-satzverhandlungen 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		Entlas- tung (in Euro)
			einmalig	jährlich	
Einrichtungsträger- verbände auf Lan- desebene*	1.152h (16 BL x 6P x 12h) x 33,90 Euro für Anpassung der Landesrahmen- verträge (§ 75 Abs. 2 S. 1 Nr. 10, Abs. 3 SGB XI)	39.052	X		Nicht quantifi- zierbar
Verband der privaten Krankenversicherung e. V. auf Landes- ebene	12 h (1P x 6h) x 33,90 Euro	407	X		Nicht quantifi- zierbar

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

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 der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Länder 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 anteilig 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 Krankenversicherung e. V.	99 Std. x 70,50 Euro	7.000	7.000	-	-
10 Mitarbeitende des Verband der privaten Krankenversicherung 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 Interessensvertreterinnen und –vertreter und Verbandsvertreterinnen und –vertreter der Wirtschaft	Reisekosten: 500 km x 0,3 Euro	2.250	x		
15 Interessensvertreterinnen und –vertreter und Verbandsvertreterinnen und –vertreter der Wirtschaft	Zeitaufwand 3 h x 3 Sitzungen x 58,40 Euro	7.884		X	

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Keine.

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 höheren Dienst	280 Stunden x 70,50 Euro x 5	98.700	x		
13 Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Bundesministerien, die Pflegebevollmächtigte und weiterer Interessensvertreterinnen und -vertreter aus Bundesverbänden	13 x 3 h x 3 Sitzungen x 70,50 Euro x 5	41.242,5	x		

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

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 6 SGB XI). Somit entsteht für das Bundesamt für Soziale Sicherung ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 4 500 Euro.

Betroffene	Rechenweg (Stunden x Lohnkosten)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit		Entlastung (in Euro)
			einmalig	jährlich	
Mitarbeitende des Bundesamts für Soziale Sicherung	64 Stunden x 70,50 Euro	4.500	x		

Modellvorhaben, Studien und Expertisen (§§ 18e, 123f. sowie 125b SGB XI):

Anträge auf und die administrative Begleitung von Modellvorhaben, Expertisen oder Studien lösen beim Bundesamt für Soziale Sicherung beim Bearbeiten von Anträgen und im Falle der Bewilligung beispielsweise durch das Erfordernis, nach Prüfung Mittel zur Verfügung zu stellen und die Vorhaben administrativ zu betreuen, Erfüllungsaufwand aus. Dieser ist einerseits abhängig von vereinbarten Empfehlungen und Verfahren und andererseits von der Zahl der Anträge und der bewilligten Vorhaben. Eine konkrete Bezifferung des Erfüllungsaufwands ist aus diesen Gründen nicht möglich.

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

Verlängerung des Förderprogramms nach § 8 Absatz 7 SGB XI:

Die Bearbeitung der Anträge (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 36,80 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 182 250 Euro pro Jahr, insgesamt 1 093 500 Euro für die angegebene Laufzeit von sechs Jahren.

Prozess	Behörde	Zeitaufwand (pro Fall)	Lohnsatz pro Stunde (in Euro)	Berechnung
Prüfung des An- trags	Landesverband der Pflegekassen	15	36,80 (m. D.)	15/60 x 36,80 = 9,20
Berechnung der Fördersumme	Landesverband der Pflegekassen	5	36,80 (m. D.)	5/60 x 36,80 = 3,07
Überweisung des Förderbetrags	Landesverband der Pflegekassen	2	36,80 (m. D.)	2/60 x 36,80 = 1,23
Summe Personalaufwand pro Fall (in Euro)				13,50
Summe Personalaufwand pro Jahr (in Euro)				182.250
Zahl der erwarteten Anträge x Kosten pro Fall = 13.500 x 13,50				

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.

Personalkosten					
Betroffene	Rechenweg	Betrag (in Euro)	Häufigkeit		Entlas- tung (in Euro)
			einmalig	jährlich	

	(Anzahl Heilmittlempfehlungen x Zeitaufwand (elektronisch bzw. postalisch) x Stundenlohnkosten)				
Pflegekassen	355 225 x 1 Minute x 46,50 Euro	275.299,38		x	
Pflegekassen	355 225 x 2 Minuten x 46,50 Euro	550.600		x	
Sachkosten					
Betroffene	Rechenweg (Anzahl Heilmittlempfehlungen x (Materialkosten + Porto))	Betrag (in Euro)	Häufigkeit		Entlastung (in Euro)
			einmalig	jährlich	
Pflegekassen	355 225 x 1,65 Euro	586.121,25		x	

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 (durch Zusammenführung von Kassenmeldungen) und die Pflegekassen (durch Auswertung der kasseninternen Unterlagen) ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von insgesamt rund 165 000 Euro.

Betroffene	Rechenweg (Anzahl Pflegekassen x Zeitaufwand x Stundenlohnkosten)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit		Entlastung (in Euro)
			einmalig	jährlich	
Pflegekassen	96 x 40 Stunden x 42,20 Euro	162.048		x	
GKV-SV	1 x 80 Stunden x 42,20 Euro	3.376		x	

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.

Der dem Medizinischen Dienst Bund einmalig entstehende geringfügige Erfüllungsaufwand durch eine zu schließende Vereinbarung über das Verfahren zur Auszahlung der Fördermittel mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung ist mit der Fördersumme abgegolten.

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 4 200 Euro.

Betroffene	Rechenweg (Anzahl Pflegekassen x Stunden x Stunden- lohnkosten)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit		Entlastung (in Euro)
			einmalig	jährlich	
96 Pflegekassen	96 x 1 Stunde x 43,90 Euro	4.214,30	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 6 300 Euro beläuft.

Betroffene	Rechenweg	Betrag (in Euro)	Häufigkeit	
			einmalig	jährlich

	(Anzahl Pflegekassen x Stunden x Stundenlohnkosten)			
96 Pflegekassen	96 x 1,5 Stunden x 43,90 Euro	6.321,60	X	

Versorgung Pflegebedürftiger bei Aufenthalt der Pflegeperson in einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung:

Durch die Einführung eines Anspruchs auf Versorgung Pflegebedürftiger bei Aufenthalt der Pflegeperson in einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung entsteht für die Pflegekassen Erfüllungsaufwand hinsichtlich der Umstellung der Antragsbearbeitung; der einmalige Programmieraufwand beläuft sich auf insgesamt rund 5 300 Euro.

Betroffene	Rechenweg (Anzahl Pflegekassen x Stunden x Stundenlohnkosten)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit	
			einmalig	jährlich
96 Pflegekassen	96 x 1,25 Stunden x 43,90 Euro	5.268	X	

Der wiederkehrende Erfüllungsaufwand beträgt pro Antrag in zeitlicher Hinsicht 10 Minuten für die Antragsbearbeitung, 10 Minuten für die Fahrtkostenprüfung sowie weitere 10 Minuten für die Organisation der Unterbringung. Dies führt bei den Pflegekassen zu Personalkosten in Höhe von etwa 21,95 Euro pro zu prüfendem Antrag. Der Erfüllungsaufwand für die Pflegekassen beträgt bei einer angenommenen jährlichen Fallzahl von insgesamt 50.000 im Saldo etwa 1,1 Millionen Euro für die Prüfung von Anträgen.

Durch die Einführung eines Anspruchs auf Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson entsteht der Deutsche Rentenversicherung Bund ein nur geringfügiger, nicht zu beziffernder Erfüllungsaufwand durch die gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen abzuschließende Verwaltungsvereinbarung (nach § 42b Absatz 7 SGB XI).

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	
96 Pflegekassen	96 x 30 Minuten x 43,90 Euro	2.107,2	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 Stundenlohnkosten)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit		Entlastung (in Euro)
			einmalig	jährlich	
96 Pflegekassen	96 x 15 Minuten x 43,90 Euro	1.053,60	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):

Aufgrund des zwischen den Pflegekassen und ihren Mitgliedern bestehenden Versicherungsverhältnisses und der in den §§ 13 ff. Erstes Buch geregelten Beratungs- und Informationspflichten sind die Pflegekassen verpflichtet, ihre Mitglieder individuell über die ab dem 1. Juli 2023 geltenden Beitragsabschläge für Mitglieder mit zwei und mehr Kindern unter 25 Jahren zu informieren. Durch die Erstellung dieses Informationsschreibens durch die Pflegekassen sowie das Update der Software bei den Pflegekassen und den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung sowie die Neuberechnung der Beiträge entsteht Erfüllungsaufwand. 96 Pflegekassen haben 57,6 Millionen Mitglieder über die neue Rechtslage und ihre Folgen für die Beitragssatzgestaltung zu informieren, sie aufzufordern, noch nicht bekannte Kinder, die jünger als 25 Jahre sind, möglichst zeitnah den beitragsabführenden Stellen mitzuteilen, und auf die Folgen einer verspäteten Mitteilung hinzuweisen. Für die Erstellung des Informationsschreibens entsteht Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 15 400 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 96 Pflegekassen = rund 15 400 Euro). Für den automatisierten Versand des Informationsschreibens an 57,6 Millionen Mitglieder entsteht Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 14 200 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 96 Pflegekassen = rund 14 200 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 und den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung 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 für Mitglieder mit zwei und mehr Kindern unter 25 Jahren müssen ca. 1,35 Millionen freiwillige Mitglieder (Selbstzahler) und ca. 0,6 Millionen Rentner einem neuen Beitragssatz zugeordnet und der Beitrag neu berechnet werden. Bei diesen Mitgliedern müssen zuvor eingereichte Nachweise zu den Kindern geprüft, verarbeitet und archiviert werden. Bei 1,95 Millionen Mitgliedern und einem zeitlichen Aufwand der Pflegekassen und des Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung hierfür von durchschnittlich 15 Minuten entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 17,9 Millionen Euro (36,80 Euro /Stunde (Mittlerer Dienst Sozialversicherung)) = 9,20 Euro pro Mitglied; 1,95 Millionen Mitglieder x 9,20 Euro = rund 17,9 Millionen Euro).

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 nur sehr selten noch Kinder 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).

Auftrag an die Pflegeselbstverwaltung zur barrierefreien Veröffentlichung der Landesrahmenverträge sowie zur Konkretisierung der Landesrahmenverträge (§ 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 zur Umsetzung von Konzepten für Personalpools insbesondere zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal (§ 75 Absatz 3 SGB XI) und für vollstationäre Pflege hinsichtlich des Vorweises der prospektiven Aufwendungen in den Pflegevergütungsverhandlungen (§ 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 10 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		Entlas- tung (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. 10, Abs. 3 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. 10, Abs. 3 SGB XI)	17.356	X		Nicht quantifizierbar
Medizinischer Dienst	12 h (1P x 12h) x 45,20 Euro	542	X		Nicht quantifizierbar

*16 Länder, ausgewählte Vertreter von durchschnittlich 8 Pflegekassenverbänden, Lohnkosten siehe Leitfaden (09/2022) S. 69 unter Sozialversicherung 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 mindestens bis zu 18 Monate in der Vergangenheit beziehen, ist aber jedes Mal erneut zu beantragen. Mit der neuen Ergänzung in der Regelung 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. Ist dies aufgrund der technischen Form der Einreichung der Abrechnung nicht möglich, sind die Abrechnungsinhalte an die Versicherten in einer Form zu übermitteln, die inhaltlich einer Durchschrift der Abrechnungsunterlagen entspricht und für die Versicherten nachvollziehbar und verständlich ist. Erforderlichenfalls sind die Abrechnungsunterlagen mit Erläuterungen zu versehen, z. B. ist eine Legende für verwendete Abkürzungen beizufügen. Es ist davon auszugehen, dass Versicherte, bei denen ein entsprechendes Informationsinteresse bestand, auch bisher ver-

sucht 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 6 300 Euro beläuft.

Betroffene	Rechenweg (Anzahl Pflegekassen x Stunden x Stundenlohn- kosten)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit	
			einmalig	jährlich
96 Pflegekas- sen	96 x 1,5 Stunden x 43,90 Euro	6.321,60	X	

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 im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung und den Länder Empfehlungen zu den Modellvorhaben (§ 123 Absatz 1 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 6 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 Spitzenverband Bund der Pflegekassen ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 4 500 Euro.

Betroffene	Rechenweg (Stunden x Lohnkosten)	Betrag (in Euro)	Häufigkeit		Entlastung (in Euro)
			einmalig	jährlich	
Mitarbeitende des Spitzenverband Bund der Pflege- versicherung	99 Stunden x 70,50 Euro	7.000	x		
Mitarbeitende des Spitzenverbands Bund der Pflege- versicherung	64 Stunden x 70,50 Euro	4.500	x		

Sofern Anträge auf Modellvorhaben gestellt werden, löst das bei den Pflegekassen Bearbeitungsaufwand aus. Der hierdurch entstehende Erfüllungsaufwand ist aktuell noch nicht abschätzbar.

5. Weitere Kosten

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen von rund 7 Prozent unter Berücksichtigung des Anteils der Beihilfeberechtigten aus den Leistungsanpassungen 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.

Das Bundesministerium für Gesundheit wird die finanziellen Auswirkungen der mit diesem Gesetz umgesetzten Regelungen, vor allem Beitragssatzerhöhung und Leistungsanpassungen, im Rahmen der ohnehin laufend erfolgenden Beobachtung und Analyse der finanziellen Situation der Sozialen Pflegeversicherung begleiten. Die Wirkungen des Gesetzes werden zudem im Achten Pflegebericht (Berichtszeitraum 2020-2023) analysiert, mit dem die Bundesregierung nach § 10 Absatz 1 SGB XI den gesetzgeberischen Körperschaften des Bundes über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland berichtet.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

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

Zu Nummer 2

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen infolge der Neustrukturierung der Regelungen der §§ 18 ff.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen infolge der Neustrukturierung der Regelungen der §§ 18 ff.

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 eines digitalen Angebots 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 digitalem Angebot wie zum Beispiel Videoberatungen 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

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. Darüber hinaus umfasst die Regelung auch Projekte, wie bspw. das Projekt "Gute Arbeitsbedingungen in der Pflege zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf" (GAP) der Pflegebevollmächtigten, die auf eine ganzheitliche Organisationsentwicklung mit dem Ziel einer besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf ausgerichtet sind. Sie sind zu den allgemeinen Konditionen 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 oder Familienpflege 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 und Doppelbuchstabe bb

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 Verlängerung bis 2030 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 Beteiligung 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.

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. Oktober 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 5

Wegen Zeitablaufs werden die angegebenen Sätze aufgehoben.

Zu Nummer 6

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 7

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

Zu Nummer 8, Nummer 9

Bei Nummer 8 und Nummer 9 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa und Buchstabe b und c handelt sich um redaktionelle Anpassungen infolge der Neustrukturierung der Regelungen der §§ 18 ff. Der neue § 17 Absatz 1c enthält die derzeit geltende Regelung des § 18b.

Mit Nummer 9 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb und cc 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 (Mitberatungsrecht). Wird einem schriftlichen Anliegen der zu beteiligenden Organisationen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.

Zu Nummer 10

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 ersten Tag 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 3 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 ersten Tag 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 4 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 zum letzten Tag 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 mit lediglich klarstellenden sprachlichen Korrekturen.

Zu Absatz 4

In Absatz 4 Satz 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 ersten Tag des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] anzuwenden.

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 Satz 1 bis 4 handelt es sich um den derzeit geltenden § 18 Absatz 2 Satz 1 bis 3 und Satz 5. Danach erfolgt die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit grundsätzlich durch eine umfassende persönliche Befunderhebung im Wohnbereich der antragstellenden Person. 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. Der neue Satz 5 Nummer 1 enthält die aktuelle Regelung des § 18 Absatz 2 Satz 4.

Die Erfahrungen mit der COVID-19-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. Der neue Satz 5 Nummer 2 gewährleistet den Versicherten auch in Krisensituationen einen zeitnahen Zugang zu den ihnen zustehenden Leistungen. Krisenlagen können auf nationaler oder, bezogen auf den Aufenthaltsort des Versicherten, 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 Bevollmächtigten und rechtlichen Betreuer sowie Angehörigen und sonstigen zur Auskunft fähigen Personen (wie beispielsweise Ärztinnen und Ärzte der antragstellenden Person, Mitarbeitende des bisherigen Pflegedienstes, Nachbarinnen und Nachbarn) erstellt werden (Satz 7). Anhand der eingeholten Unterlagen und Informationen entscheiden die Gutachterinnen und Gutachter über das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit und empfehlen die Zuordnung zu einem Pflegegrad. Die Vorgaben für die Pflegebegutachtung im Übrigen bleiben unberührt.

In Satz 8 wird der Medizinische Dienst Bund beauftragt, im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis spätestens am letzten Tag 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 nach Satz 5 Nummer 2 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. Neben rein sprachlichen Anpassungen der Regelung wird aus Klarstellungsgründen 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 pflegfachliches Konzept zugrunde liegt, erfasst in insgesamt acht Bereichen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die die Situation pflegebedürftiger Menschen prägen. Um gleichgerichtete Beeinträchtigungen jedoch nicht doppelt zu berücksichtigen, werden die in Satz 1 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 Begutachtung 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 pflegefachliche Erwägungen zugrunde, nach denen der konkrete Pflegegrad der pflegebedürftigen Person erst in deren Wohnbereich festgestellt werden kann. Eine grundsätzlich persönliche Befunderhebung der antragstellenden Person noch im Krankenhaus oder in der stationären Rehabilitationseinrichtung wird aus pflegefachlicher Sicht als nicht zielführend angesehen. Hinzu kommen weitere Unwägbarkeiten, beispielsweise Störungen des Krankenhausablaufs durch die Untersuchung der antragstellenden Person oder deren fehlende Privatsphäre aufgrund des Aufenthalts in einem Mehrbettzimmer. Aus vorgenannten Gründen und unter Berücksichtigung des neuen Absatzes 7 Satz 2, der regelt, dass die abschließende – grundsätzlich im Wohnbereich des Versicherten stattfindende – Begutachtung unverzüglich nachzuholen ist, 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 haben, 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 Absatz 7 Satz 3 geregelt, dass die abschließende Begutachtung spätestens am zehnten Arbeitstag

nach Beginn der Kurzzeitpflege in dieser Einrichtung vorzunehmen ist. Einem im Nachhinein gegebenenfalls veränderten Hilfebedarf des Antragstellers, der etwa dadurch vorliegt, dass sich der Versicherte wieder in seiner vertrauten Umgebung befindet, wird durch die Möglichkeiten einer Wiederholungsbegutachtung oder der Befristung des Leistungsbescheides (§ 33 Absatz 1 Satz 4) hinreichend Rechnung getragen. Mit Satz 3 werden auch Fälle berücksichtigt, in denen die pflegebedürftige Person zwischen dem Aufenthalt im Krankenhaus und der stattfindenden Kurzzeitpflege Übergangspflege nach § 39e SGB V 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 Antragstellers 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 dem ersten Tag 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 Änderungen in der Pflegeberufausbildung um „Gutachterinnen und Gutachter mit einer Qualifikation als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann“ erweitert. Mit dieser Ergänzung wird der Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufegesetz Rechnung getragen, durch die die generalistisch ausgebildeten Pflegekräfte befähigt werden, in allen Bereichen der Pflege – Akutpflege, Kinderkrankenpflege, stationäre oder ambulante Langzeitpflege sowie allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsychiatrische Versorgung – tätig zu werden.

In Absatz 11 sind der derzeit geltende § 18 Absatz 7 Satz 4 und § 18 Absatz 3a Satz 5 zusammgeführt. 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 (Inhalt und Übermittlung des Gutachtens)

Zu Absatz 1

Absatz 1 Satz 1 umschreibt den erforderlichen Inhalt des Gutachtens. Inhaltlich aufgenommen sind die derzeit geltenden Regelungen des § 18 Absatz 1 Satz 3 und 4, Absatz 6 Satz 2 und Absatz 6a Satz 1. Zudem wurde in Satz 1 Nummer 2 der Wortlaut aktualisiert und mit weiteren Regelungen des Sozialgesetzbuches sprachlich in Einklang gebracht (beispielsweise mit § 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder § 10 des Ersten Buches 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. Beispielhaft werden 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).

Bei der Regelung in Absatz 1 Satz 2 handelt es sich um den aktuellen § 18 Absatz 6 Satz 4.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 beinhaltet die Regelungen des derzeit geltenden § 18 Absatz 1 Satz 3 Halbsatz 2 und Absatz 6 Satz 3.

Zu Absatz 3

Absatz 3 enthält die derzeit geltende Regelung des § 18 Absatz 6a Satz 2 bis 7.

Zu Absatz 4

Absatz 4 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 4 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 ersten Tag des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats vorgesehen.

Zu § 18c (Entscheidung über den Antrag, Fristen)

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. Dies beinhaltet zugleich, dass bei Bedarf das Ergebnis des Gutachtens barrierefrei darzustellen 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 Satz 5 und 6 beinhaltet die Regelungen des derzeit geltenden § 18 Absatz 3 Satz 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 Unsicherheiten. 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 und 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, den Antragsteller über die Besonderheiten des langfristigen Heilmittelbedarfs gemäß § 32 Absatz 1a SGB V in Verbindung mit § 8 der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses bzw. § 7 der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte des Gemeinsamen Bundesausschusses aufzuklären. Darüber hinaus wird die Pflegekasse in Satz 3 dazu angehalten, bei vorliegender Einwilligung des Versicherten der behandelnden Ärztin beziehungsweise dem behandelnden Arzt eine Mitteilung über die konkreten Heilmittelempfehlungen zuzuleiten mit dem Ziel, die Prüfung sowie Ausstellung einer Heilmittelverordnung durch die Ärztin beziehungsweise den Arzt zu befördern.

Zu Absatz 4

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

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.

Die Erweiterung des neuen Absatzes 5 um Satz 4 hat klarstellenden Charakter dahingehend, dass ein Verzögerungsgrund, der nicht von der Pflegekasse zu vertreten ist, wie beispielsweise ein Aufenthalt der versicherten Person im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung, den Fristenlauf hemmt. Während der Zeit des Aufenthalts läuft die Frist nicht mit, sondern wird nach dessen Beendigung fortgesetzt; ein neuer Fristbeginn ist damit nicht verbunden. 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 5 wird ferner, dass zwischen leistungsrechtlichem Anspruchsbeginn nach § 33 Absatz 1 und zusatzzahlungsrelevantem Fristbeginn nach Absatz 5 Satz 1 nicht unterschieden wird. Es ist jeweils auf den Eingang des (gegebenenfalls formlosen) Antrags auf Pflegeleistungen bei der zuständigen Pflegekasse abzustellen. Sofern für die Beauftragung des Medizinischen Dienstes erforderliche Angaben bzw. Unterlagen des Versicherten fehlen, hat die Pflegekasse die Pflicht, beim Versicherten unverzüglich auf die Übermittlung dieser Unterlagen und Informationen hinzuwirken (Hinwirkungspflicht nach § 16 Absatz 3 Erstes Buch).

Der dem Absatz 5 angefügte neue Satz 6 erfolgt ebenfalls aus Klarstellungsgründen. Der Sinn und Zweck der Regelung zur Sanktionszahlung besteht darin, den sich auf die abschließende Untersuchung des Antragstellers beziehenden Bescheid zügig zu erteilen (vergleiche auch BT-Drs. 17/9369 - S. 36). Eine dem Antragsteller mitgeteilte Entscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit dem Grunde nach (nebst vorläufigem Pflegegrad) nach Absatz 1 Satz 2 genügt dem nicht und lässt die Frist nach Absatz 5 Satz 1 daher unberührt. Nach Satz 7 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 4 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 und Statistik zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit)

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. Absatz 1 enthält rein sprachliche Anpassungen.

Zu Absatz 3

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erhält den gesetzlichen Auftrag, dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmalig zum 30. Juni 2025, über 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 sowie 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 an Fällen, in denen die Fristen nach § 18c Absatz 1 Satz 1 und nach § 18a Absatz 5 und 6 nicht eingehalten wurden, jeweils 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 geleistet sowie 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,
- die Anzahl an Fällen, in denen der Antragsteller eine Untersuchung verweigert hat,
- die Anzahl an Fällen, in denen im Gutachten Empfehlungen für Heilmittel abgegeben wurden, und die Anzahl an Fällen, in denen die Pflegekasse eine Mitteilung über empfohlene Heilmittel an den Arzt oder die Ärztin des Antragstellers weitergeleitet hat, jeweils unterteilt nach Art der Heilmittel,
- 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, sowie die Anzahl an zurückgewiesenen und stattgegebenen Widersprüchen, jeweils unter Angabe der Entscheidungsgründe und der Dauer des Widerspruchsverfahrens (bis zur schriftlichen Mitteilung der Entscheidung der Pflegekasse), und, soweit zum Zeitpunkt der Berichterlegung bekannt, in wie vielen Fällen nach erfolglosem Widerspruchsverfahren Klage erhoben worden ist. 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,

Darüber hinaus wäre es beispielsweise hilfreich im Sinne des Regelungszwecks zu berichten über

- die Anzahl an Fällen in denen die Pflegekasse die Verzögerung der Nichteinhaltung von Fristen zu vertreten beziehungsweise nicht zu vertreten hat,
- die Gründe 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,
- gegebenenfalls unter Angabe der Gründe die Anzahl an Fällen, in denen eine Benennung nach § 18 Absatz 3 Satz 1 trotz Vorliegens des Tatbestandes unterblieben ist,

- die Gründe, weshalb der Antragsteller nicht in die Weiterleitung einer Mitteilung über empfohlene Heilmittel an seine Ärztin oder seinen Arzt eingewilligt hat,
- die Anzahl an Fällen, die unter den Geltungsbereich der Richtlinie nach § 17 Absatz 1b fallen oder
- die Anzahl an Fällen, in denen eine Befristung der Bewilligung von Pflegeleistungen empfohlen wurde.

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 5 wird bestimmt, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine wissen-schaftliche Evaluation über die Ergebnisse und Wirkungen der Zuleitung von Mitteilungen zu Heilmittellempfehlungen nach § 18c Absatz 3 Satz 3 durchführen lässt. Dabei sind ins-besondere auch die Anzahl der gutachterlichen Empfehlungen für Heilmittel, die Anzahl der (nicht) zugeleiteten Mitteilungen und die Anzahl der aufgrund der Zuleitungsmitteilung ver-ordneten 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. Der Bericht über das Geschäftsjahr 2025 hat sich zum Ergebnis der Evaluation zu verhalten. Auch ist das Ergebnis der Evaluation dem Bericht beizufügen.

Zu Absatz 4

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

Zu § 18e (Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen)

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 Vor-haben 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 weiterzuent-wickeln 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 er-proben. Als Vereinbarungspartner sind neben den Medizinischen Diensten auch die Pfl-egekassen zu beteiligen.

Zu Absatz 2

Die jeweiligen Vorhaben sind hinsichtlich Ziel, Dauer und Durchführung im Einvernehmen mit dem mit dem BMG abzustimmen.

Zu Absatz 3

Der Medizinische Dienst Bund kann für die Beauftragung und Durchführung der Modellvor-haben, der Studien und der wissenschaftlichen Expertisen Mittel des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung von insgesamt bis zu 500 000 Euro im Kalenderjahr verwenden.

Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel ist zwischen dem Medizinischen Dienst Bund und dem Bundesamt für Soziale Sicherung zu vereinbaren.

Zu Absatz 4

Absatz 4 eröffnet die Möglichkeit, bei der Durchführung der Modellvorhaben im Einzelfall von der Regelung des § 18a und insoweit von den Richtlinien nach § 53d Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 abzuweichen. Dabei ist zwingend darauf zu achten, dass Pflegebedürftige durch das Abweichen von diesen Vorgaben nicht benachteiligt werden. Die Einhaltung der sonstigen Vorschriften zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 18 ff. ist sicherzustellen.

Zu Absatz 5

Für jedes Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können sie nur mit Einwilligung der betroffenen Personen verarbeitet werden.

Zu Absatz 6

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 nach § 18a Absatz 2 Satz 5 anstelle einer persönlichen Begutachtung Aktenlagegutachten oder in Krisensituationen Gutachten auf Grundlage von zur Verfügung stehenden Unterlagen und strukturierter Telefoninterviews erstellt werden.

Absatz 6 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 in Form des Studienberichts und eines durch den Medizinischen Dienst Bund zu erstellenden Abschlussberichts binnen weiteren 11 Monaten vorzulegen. Entsprechend der Vorgaben von Absatz 2 sind auch Ziel, Inhalte und Durchführung des Projektes im Einvernehmen mit dem BMG zu klären.

Zu Nummer 11

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

Zu Nummer 12

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an die in § 28a bereits enthaltene Formulierung. Neben § 7a wird hier auch § 7b mit benannt, der in seinem Regelungsbereich eine Konkretisierung des § 7a beinhaltet.

Zu Nummer 13

§ 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 bisherigen 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. Dabei kommt es zum Teil zu einer redaktionell neuen Nummerierung. Die Bezugnahmen auf §§ 39a, 40a und 40b werden hierbei in einer Nummer zusammengefasst. Verweise werden zum Teil redaktionell vereinfacht.

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.

Im Zuge der Neustrukturierung wird auch der Einleitungssatz zu § 28a mit angepasst. Die Vorschrift dient vor allem dazu, einen Überblick über die Leistungen zu geben, die bei Vorliegen des Pflegegrades 1 gewährt werden. Eine Bezugnahme auf § 28 ist hierbei nicht erforderlich, denn es handelt sich nicht um Änderungen der Leistungsarten, die die Pflegeversicherung grundsätzlich umfasst, sondern dient im Wesentlichen zur leichteren Orientierung im SGB XI speziell im Hinblick auf die Leistungen, die die Pflegeversicherung für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 bereithält.

Zu Nummer 14

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 15

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 16

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 17

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. Sofern den Pflegekassen die detaillierte Vorabinformation durch beispielsweise noch nicht abgeschlossene Preisverhandlungen nicht möglich ist, sind grundsätzliche Informationen zu den gegebenenfalls anfallenden Eigenanteilen zu erteilen. Dies gilt sowohl für die digitalen Pflegeanwendungen, die Mehrkosten nach § 40a Absatz 2 Satz 8 als auch für die ergänzenden Unterstützungsleistungen.

Zu Nummer 18

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 am erst Tag des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats in Kraft.

Zu Nummer 19

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund der Einbindung des bisherigen § 18b (Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren) in die Regelung des § 17 als neuer § 17 Absatz 1c.

Zu Nummer 20

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 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 absehbar kurzfristig eintretenden Liquiditätsbedarfs zusätzlich eine Rechtsverordnungsermächtigung für die Bundesregierung zur Anpassung des Beitragssatzes nach § 55 Absatz 1 Satz 1 ergänzt. Die Anhebungen durch Rechtsverordnungen dürfen nur die mittelfristige Liquiditätssicherung zum Ziel haben und insgesamt nicht höher ausfallen als 0,5 Beitragssatzpunkte oberhalb des zuletzt gesetzlich festgelegten Beitragssatzes. Der Mittelbestand von einer Monatsausgabe ist die technische Untergrenze für die Funktionsfähigkeit des Finanzausgleichs zwischen dem Ausgleichsfonds und den Pflegekassen.

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 Pflegeversicherung 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 hat schließlich ausgesprochen, der Gesetzgeber werde sich mit der Frage zu befassen haben, ob die beitragsrechtliche Privilegierung der Eltern wie bisher lebenslang gelten oder auf den Zeitraum beschränkt werden solle, in dem Erziehungsaufwand typischerweise tatsächlich anfalle (BVerfG 2022, a.a.O., Rn. 371).

Zu Satz 1

Der Beitragszuschlag für Kinderlose wird von 0,35 auf 0,6 Beitragssatzpunkte angehoben. Der Gesamtbeitrag zur Pflegeversicherung für Mitglieder ohne Kinder beläuft sich somit auf 4 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen.

Durch die erneute Anhebung des Zuschlags für Mitglieder ohne Kinder um 0,25 Beitragssatzpunkte 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 wieder mehr zu entsprechen. Zum anderen dient die Anhebung dazu, die vom Bundesverfassungsgericht mit Beschluss vom 7. April 2022 geforderte Beitragssatzdifferenzierung 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 Satz 2 und 3

Die neuen Sätze 2 und 3 sind bereits geltendes Recht. Satz 2 entspricht dem bisherigen Satz 7. Aufgrund des Sachzusammenhangs mit Satz 1 wird er vorgezogen. Satz 3 entspricht dem bisherigen Satz 2.

Zu Satz 4

Mit dem neuen Satz 4 werden die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts in seinem Beschluss vom 7. April 2022 zur Beitragssatzdifferenzierung nach Kinderzahl umgesetzt:

Grundsätzliche Unterscheidung zwischen Mitgliedern mit Kindern und Mitgliedern ohne Kinder

Für Eltern mit einem Kind gilt weiterhin der reguläre Beitragssatz gemäß Absatz 1 Satz 1 oder 3. Ihr Beitrag beläuft sich somit 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 auch künftig Folge geleistet, das eine Entlastung (im Vergleich zu kinderlosen Mitgliedern) bereits ab dem ersten Kind fordert (BVerfG 2001, a.a.O., Rn. 73); hierdurch erfolgt eine grundsätzliche Unterscheidung zwischen Mitgliedern mit Kindern und Mitgliedern ohne Kinder.

Lebenslange Berücksichtigung der Elterneigenschaft

Das Bundesverfassungsgericht hat ausgesprochen, der Gesetzgeber werde sich mit der Frage zu befassen haben, 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). Der Gesetzgeber hat sich dazu entschieden, die Elternschaft mit einem Beitragssatz in Höhe von 3,4 % und damit im Vergleich zu Kinderlosen mit einem um 0,6 Beitragssatzpunkten geringeren Beitragssatz anzuerkennen. Dies erfolgt vor folgendem Hintergrund:

Der primär umlagefinanzierten Pflegeversicherung ist immanent, dass Kinder als zukünftige Beitragszahlende nachfolgen müssen. Dieser schon ab einem Kind erbrachte konstitutive Beitrag für die Funktionsfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung (vgl. BVerfG 2001, a.a.O., Rn. 61) unterscheidet Mitglieder mit Kindern generell von Mitgliedern ohne Kinder. In Anlehnung an die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 3. April 2001 hält es der Gesetzgeber deshalb für sachgerecht, die generelle Differenzierung zwischen Mitgliedern mit Kindern und Mitgliedern ohne Kinder und somit die Beitragszuschlagspflicht für Mitglieder ohne Kinder wie bisher auch schon im geltenden Recht mit dem regulären Beitragssatz für Eltern lebenslang beizubehalten. Diese konstitutive Bedeutung der Erziehungsleistung wirkt auch über den Zeitraum, in dem ein Erziehungsaufwand typischerweise anfällt, hinaus. Sie kommt insbesondere dann zum Tragen, wenn die Kinder selbst als Beitragszahlende 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. Auch sind sie die Pflegekräfte, die nicht nur die Pflege der eigenen Eltern übernehmen könnten, sondern im Rahmen der professionellen Pflege auch die Versorgung der Mitglieder ohne Kinder. Somit ist an den Umstand der Elternschaft die Tatsache geknüpft, dass diese lebenslang den regulären Beitragssatz zahlen und keinen Kinderlosenzuschlag, wenn die Phase der Kindererziehung vorbei ist.

Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 hinsichtlich der Differenzierung ab dem 2. Kind

Darüber hinaus wird mit dem neuen Satz 4 der Tatsache Rechnung getragen, dass das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 7. April 2022 festgestellt hat, dass die kinderzahlunabhängige Beitragsbelastung der Eltern diese bereits ab einschließlich dem zweiten Kind belaste. Daher reduziert sich für Mitglieder mit mehreren Kindern ab dem zweiten bis zum fünften Kind der Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 und 3 um einen Abschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten je Kind für die Zeit der Kindererziehung, das heißt, bis zum Ablauf des Monats, in dem das jeweilige Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat. Damit wirkt sich die Anzahl der Kinder in der Phase der jeweiligen aktiven Kindererziehungszeit ab dem zweiten Kind beitragsmindernd aus.

Der Pflegeversicherungsbeitrag reduziert sich damit wie folgt:

Der Pflegeversicherungsbeitrag für Eltern mit zwei Kindern reduziert sich um einen Abschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten. Ihr Beitrag beläuft sich somit auf insgesamt 3,15 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen und ist somit um 0,85 Beitragssatzpunkte niedriger als der Beitrag von Mitgliedern ohne Kinder.

Der Pflegeversicherungsbeitrag für Eltern mit drei Kindern reduziert sich um einen Abschlag in Höhe von bis zu insgesamt 0,5 Beitragssatzpunkten. Ihr Beitrag beläuft sich somit auf bis zu insgesamt 2,9 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen und ist somit um bis zu 1,1 Beitragssatzpunkte niedriger als der Beitrag von Mitgliedern ohne Kinder.

Der Pflegeversicherungsbeitrag für Eltern mit vier Kindern reduziert sich um einen Abschlag in Höhe von bis zu insgesamt 0,75 Beitragssatzpunkten. Ihr Beitrag beläuft sich somit auf bis zu insgesamt 2,65 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen und ist somit um bis zu 1,35 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 bis zu insgesamt 1,0 Beitragssatzpunkten. Ihr Beitrag beläuft sich somit auf bis zu insgesamt 2,4 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen und ist somit um bis zu 1,6 Beitragssatzpunkte niedriger als der Beitrag von Mitgliedern ohne Kinder. 1,0 Beitragssatzpunkte ist damit die maximale Höhe der Abschlagsmöglichkeit.

Der Abschlag gilt für jedes Kind ab dem zweiten Kind bis zum fünften Kind bis zum Ende des Monats, in dem das Kind jeweils sein 25. Lebensjahr vollendet hat. Danach entfällt der Abschlag für dieses Kind. Kinder, die das 25. Lebensjahr bereits überschritten haben, können für die Ermittlung des Abschlags nicht berücksichtigt werden. Sobald bei Mitgliedern mit mehr als zwei Kindern eines der Kinder das 25. Lebensjahr vollendet hat, führt dies demnach dazu, dass die Reduzierung der Beiträge ab dem zweiten Kind nur noch für die jeweilige Anzahl der Kinder unter 25 Jahren berücksichtigt wird. Bei Mitgliedern mit vier Kindern beispielsweise bedeutet dies, dass in der Zeit, in der alle Kinder noch nicht das 25. Lebensjahr vollendet haben, der Abschlag insgesamt 0,75 Beitragssatzpunkte beträgt. Vollendet eines der Kinder das 25. Lebensjahr, beträgt der Abschlag ab dem Folgemonat nur noch 0,5 Beitragssatzpunkte, vollendet ein weiteres Kind das 25. Lebensjahr, beträgt der Abschlag nur noch 0,25 Beitragssatzpunkte.

Für Mitglieder mit mehr als fünf Kindern ist keine weitere Differenzierung 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 2,4 Prozent), dass die Höhe des Beitrags nicht mehr in einem angemessenen Verhältnis zum Wert der versicherten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit stünde.

Begrenzung der Abschläge auf die Erziehungszeit

Der Gesetzgeber hat sich dazu entschieden, die konstitutive Wirkung der Elternschaft mit einem Beitragssatz in Höhe von 3,4 Prozent lebenslang anzuerkennen. Während der Phase der Kindererziehung, das heißt, bis das Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat, erfolgen zudem ab dem zweiten Kind Beitragsabschläge gestaffelt bis zum fünften Kind. Nach Ansicht des Gesetzgebers ist es gerechtfertigt, die Beitragsabschläge bei Mitgliedern mit mehreren Kindern auf den Zeitraum zu beschränken, in dem der wirtschaftliche Aufwand der Kindererziehung typischerweise anfällt und am größten ist, und dieser Tatsache in dieser Phase besonders Rechnung zu tragen. Dabei ist laut den Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts zwischen dem Realaufwand, also den erziehungsbedingten Konsumausgaben, und den Opportunitätskosten, also den erziehungsbedingt entgangenen Erwerbs- und Versorgungschancen, zu unterscheiden (vgl. BVerfG 2022, a.a.O., Rn. 255).

Die Realkosten fallen primär in der Kindheits-, Jugend- und Ausbildungszeit der Kinder an. In Anlehnung an die in § 25 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 vorgesehene Höchstaltersgrenze bei der Familienversicherung von 25 Jahren hält es der Gesetzgeber deshalb für sachgerecht, diese Altersgrenze auf die Entlastung von Mitgliedern mit Kindern im Beitragsrecht zu übertragen. Denn in der Regel haben Kinder spätestens in diesem Alter ihre Schul- und Berufsausbildung abgeschlossen und sind finanziell selbständig.

Die Opportunitätskosten können sich hingegen nach Ansicht des Gesetzgebers im Hinblick auf entgangene Erwerbs- und Versorgungschancen lebenslang auswirken, wobei hierbei auch Berücksichtigung finden muss, dass diese stärker in der Phase der Kindheit anfallen

und je älter die Kinder werden, umso größer sind die Möglichkeiten der Eltern, wieder oder in größerem zeitlichem Umfang am Erwerbsleben teilzunehmen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Eltern heute in erheblichem Umfang bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie unterstützt werden. So gibt es neben dem Anspruch auf Elternzeit und Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz einen Anspruch für alle Kinder ab dem ersten Lebensjahr auf Förderung in einer Tageseinrichtung oder in einer Kindertagespflege (§ 24 SGB VIII). Zudem bieten bereits heute viele Grundschulen eine Ganztagsbetreuung an. Mit dem Gesetz zur ganztägigen Förderung von Kindern im Grundschulalter (Ganztagsförderungsgesetz - GaFöG) vom 2. Oktober 2021 hat die Bundesregierung außerdem den Anspruch auf ganztägige Betreuung rechtlich verankert. Ab August 2026 sollen zunächst alle Kinder der ersten Klassenstufe einen Anspruch darauf haben, ganztägig gefördert zu werden. Der Anspruch soll in den Folgejahren um je eine Klassenstufe ausgeweitet werden, damit ab August 2029 jedes Grundschulkind der Klassenstufen 1 bis 4 einen Anspruch auf ganztägige Betreuung hat. Auch das Rentenrecht enthält Anreize, eine Erwerbstätigkeit baldmöglichst wieder aufzunehmen und honoriert dies etwa mit höheren Rentenanwartschaften bei Erwerbstätigkeit neben der Kindererziehung. Zu nennen ist insbesondere, dass die Kindererziehungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung neben Beitragszeiten aus eigener Erwerbstätigkeit bis zur Beitragsbemessungsgrenze bewertet werden können. Insoweit werden Kindererziehungszeiten neben gleichzeitig vorhandenen Beitragszeiten additiv berücksichtigt. Außerdem werden niedrige Pflichtbeiträge während der Kinderberücksichtigungszeit im Anschluss an die Kindererziehungszeit ab 1992 um 50 % auf maximal 100 % des Durchschnittseinkommens aufgewertet, um erziehungsbedingte Nachteile auszugleichen. Hiervon begünstigt werden vor allem Eltern, die ihre Arbeitszeit wegen der Erziehung reduziert haben. Auch im Rahmen der geförderten privaten Altersvorsorge (Riester-Rente) wird die Kindererziehung über die Kinderzulage in Höhe von jährlich 300 Euro besonders honoriert. Zudem haben wegen der Kindererziehung in Teilzeit beschäftigte Personen keine Nachteile gegenüber Vollzeitbeschäftigten, die Zulagen werden in gleicher Höhe gewährt. Im Hinblick auf diese Rahmenbedingungen haben auch Eltern mit mehreren Kindern in zunehmendem Maße die Möglichkeit, frühzeitig wieder einer Vollerwerbstätigkeit nachzugehen und somit gleichzeitig Nachteile bei der Altersversorgung zu vermeiden. Daher hält es der Gesetzgeber für gerechtfertigt, die Abschläge auf die Erziehungszeit zu begrenzen.

Nach der Zeit, in der der wirtschaftliche Aufwand der Kindererziehung typischerweise anfällt, ist eine weitere Differenzierung zwischen Mitgliedern mit unterschiedlicher Kinderzahl nach Ansicht des Gesetzgebers nicht mehr erforderlich. Der Gesetzgeber sieht es als gerechtfertigt an, dass Mitglieder nach der Erziehungszeit wieder „nur“ den regulären Beitragssatz in Höhe von 3,4 Prozent zahlen. Während der wirtschaftliche (Mehr-) Aufwand der Kindererziehung sowohl für die höheren Realkosten als auch für die höheren Opportunitätskosten für Mitglieder mit mehreren Kindern durch den Abschlag Berücksichtigung findet, eint Eltern nach der Erziehungszeit die Tatsache, dass sie einen konstitutiven Beitrag zum Erhalt der sozialen Pflegeversicherung geleistet haben. Ohne diesen ist ein fast ausschließlich umlagefinanziertes System wie die soziale Pflegeversicherung, das zudem ein primär im Alter auftretendes Lebensrisiko abdeckt, nicht denkbar (vgl. BVerfG 2001, a.a.O., Rn. 61).

Der Gesetzgeber ist sich der Tatsache bewusst, dass dies für Mitglieder mit einem Kind dazu führt, dass diese lebenslang einen Beitragssatz in Höhe von 3,4 Prozent zahlen. Er sieht die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts allerdings auch mit dieser entsprechenden Wirkung als erfüllt an, da zum einen mit dem regulären Beitragssatz und dem Kinderlosenzuschlag die Gruppen „Mitglieder mit Kindern“ und „Mitglieder ohne Kinder“ miteinander verglichen werden und zum anderen der besonderen Forderung des Gerichts Rechnung getragen wird, Mitglieder mit Kindern (erst) ab dem zweiten Kind (weiter) zu entlasten. Bezüglich der konkreten Ausgestaltung – darunter fällt auch die Frage, ob lebenslang zu entlasten ist – hat das Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber einen großen Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsspielraum zugestanden. Der Gesetzgeber hat sich dazu

entschieden, die konstitutive Wirkung grundsätzlich mit einem Beitragssatz in Höhe von 3,4 Prozent und damit einem gegenüber Mitgliedern ohne Kinder 0,6 Beitragssatzpunkten geringeren Beitragssatz anzuerkennen. Da während der Kindererziehungszeit ab dem zweiten Kind ein Abschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten je Kind gewährt wird, führt dies dazu, dass Eltern nach der Erziehungszeit (wenn das Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat) wieder den regulären Beitragssatz zahlen. Umgekehrt bedeutet dies, dass bei der Ermittlung des Abschlags diejenigen Kinder nicht berücksichtigungsfähig sind, die das 25. Lebensjahr vollendet haben. Wenn beispielsweise das erste Kind 28 Jahre alt ist und das zweite Kind 20 Jahre, dann kann das erste Kind bei der Ermittlung des Abschlags nicht berücksichtigt werden und es verbleibt bei dem regulären Beitragssatz. Dies ergibt sich daraus, dass der Gesetzgeber bei nur einem (berücksichtigungsfähigen) Kind die Anerkennung des generativen Beitrages nicht durch einen Abschlag realisiert, sondern durch die Geltung des regulären Beitragssatzes und zwar lebenslang.

Zu Satz 5

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.

Da der Beitragszuschlag für Kinderlose erst nach Ablauf des Monats zu entrichten ist, in dem die Mitglieder das 23. Lebensjahr vollendet haben, tragen unter 23-Jährige mit einem Kind denselben Beitragssatz wie unter 23-Jährige ohne Kinder. Erst ab dem zweiten Kind sind geringere Beitragssätze zu entrichten. Diese Gleichbehandlung der unter 23-Jährigen mit einem Kind und der unter 23-Jährigen ohne Kinder ist bereits im bisher geltenden Recht angelegt. Ausweislich der Begründung zum Kinder-Berücksichtigungsgesetz vom 3. September 2004 (vgl. BT-Drs. 15/3671, Seite 6) sprachen für den Gesetzgeber folgende Überlegungen für die 23-Jahres-Grenze:

„Da Kinder und junge Erwachsene in der Regel im Rahmen der Familienversicherung beitragsfrei mitversichert sind, sind sie schon aus diesem Grunde auch nicht zur Tragung des Beitragszuschlags verpflichtet. Sofern jedoch jüngere Versicherte bereits in der sozialen Pflegeversicherung beitragspflichtig sind (z. B. bei Bezug einer Waisenrente), sieht das Gesetz für sie erst ab Vollendung des 23. Lebensjahres die Pflicht zur Tragung des Beitragszuschlags vor.“

Es wäre nicht gerechtfertigt, auch von Kindern und jungen Erwachsenen einen Beitragszuschlag wegen Kinderlosigkeit zu erheben. Eine Mehrbelastung von Kindern und jungen Erwachsenen würde nicht ohne weiteres im Einklang stehen mit der erstrebten Besserstellung von Eltern und Familien. Kinder und junge Erwachsene sind nicht der Gruppe der Kinderlosen, die gegenüber (ihren und anderen) Eltern einen Ausgleich erbringen müssen, zuzuordnen, sie sollen vielmehr an der Seite ihrer Eltern von den Ausgleichsleistungen der Kinderlosen mit profitieren.

Aus Gründen der Praktikabilität und Verwaltungsvereinfachung ist eine feste Altersgrenze vorgesehen, die eine Prüfung im Einzelfall, ob das Kind bereits wirtschaftlich selbständig ist, erübrigt. Die Altersgrenze von 23 Jahren entspricht der Altersgrenze für die Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegeversicherung, ab der für nicht erwerbstätige junge Erwachsene die Familienversicherung endet und sie selbst Beiträge zu entrichten haben.“

Soweit die 23-Jahres-Grenze für den Beitragszuschlag wegen Kinderlosigkeit dazu führt, dass Mitglieder unter 23 Jahren bei Geburt eines Kindes nicht entlastet werden, ist dies als Folge einer gesetzgeberischen Typisierung zulässig. Sie kann insbesondere mit Blick auf die geringe Anzahl der Beitragszahler unter 23 Jahren mit Kindern hingenommen werden: Laut Ergebnissen des Mikrozensus sind 99 % der unter 20-Jährigen und 91 % der unter

25-Jährigen kinderlos (vgl. Kinderlosigkeit, Geburten und Familien, Ergebnisse des Mikrozensus 2018, Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019, Seite 37; keine Unterteilung nach einzelnen Lebensjahren verfügbar).

Zu Satz 6

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

Zu Satz 7

Zur Sicherstellung möglichst reibungsloser und verwaltungsarmer Verfahrensabläufe im Zusammenhang mit der Erhebung und zum Nachweis der Anzahl der Kinder sollen möglichst zeitnah einheitliche, zentralisierte und digitalisierte Verfahren installiert werden, die vor allem die beitragsabführenden Stellen soweit als möglich vor zusätzlichem Aufwand bewahren. Dies erfordert neben der Prüfung der technischen Voraussetzungen die Identifizierung entsprechender Stellen, denen derartige Aufgaben übertragen werden können und auch die Prüfung der rechtlichen Voraussetzungen.

Das Bundesministerium für Gesundheit wird gemeinsam mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Inneren und für Heimat sowie dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft spätestens bis zum 1. Juli 2023 entsprechende Vorschläge erarbeiten.

Zu Satz 8, 9 und 10

Die neuen Sätze 8 und 9 sind bereits geltendes Recht. Sie entsprechen den bisherigen Sätzen 4 und 5.

Mitglieder mit Kindern können nur dann in den Genuss der Beitragsabschläge kommen, wenn der beitragsabführenden Stelle bzw. der Pflegekasse die Anzahl der Kinder sowie ihr Alter bekannt sind. 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 und neue Satz 9 vor. Angepasst wird der bisherige Satz 6 und neue Satz 10: 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 Satz 11

Die Beitragsabschläge nach Satz 4 und 5 gelten ab Inkrafttreten der Regelung am 1. Juli 2023. Damit kommt der Gesetzgeber dem Auftrag des Bundesverfassungsgerichts aus seinem Beschluss vom 7. April 2022 nach. Allerdings erfordert die verwaltungsmäßige Umsetzung der nach Kinderzahl gestaffelten Beitragserhebung bei den Pflegekassen und den beitragsabführenden Stellen erheblichen vom Gesetzgeber anzuerkennenden Umstellungsaufwand. So ist es erforderlich, die eingehenden Nachweise über die Kinderzahl und das Alter der Kinder zu be- und verarbeiten. Auch sind die vorhandenen elektronischen Bearbeitungssysteme entsprechend zu programmieren. Hinzu kommt der Aufwand, Rückerstattungsansprüche zu erfüllen, die ab Einführung des neuen Rechts gemäß § 26 Absatz 2 Viertes Buch gegenüber den Pflegekassen entstehen, aber beispielsweise durch die Arbeitgeber abzuwickeln sind. Um diese Herausforderungen bewältigen zu können, wird den zuständigen Stellen ein Zeitraum bis spätestens zum 31. Dezember 2024 eingeräumt. Der Wortlaut des neuen Satzes 11 bringt dies dadurch zum Ausdruck, dass alle Erstattungsansprüche, die sich daraus ergeben, dass Mitgliedern mit zwei oder mehr Kindern auf den

monatlichen Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 und 3 ein Abschlag zusteht, der angesichts des Umstellungsaufwands nicht von Beginn an berücksichtigt werden kann, so bald wie möglich, spätestens bis zu diesem Zeitpunkt zu erfüllen sind. Für die Praxis heißt dies, dass zunächst der Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 und 3 erhoben werden darf und es innerhalb des Umstellungszeitraums zu Ausgleichen kommen muss. Ergänzend wird geregelt, dass § 27 Absatz 1 Viertes Buch bis zum 31. Dezember 2023 keine Anwendung findet. Die zuständigen Stellen sollen bis zum 31. Dezember 2023 von der aufwändigen Berechnung von Zinsansprüchen für aufgelaufene Erstattungsansprüche befreit sein, weil dies im Lichte der zu erwartenden Zinshöhe nach Auffassung des Gesetzgebers nicht vertretbaren Zusatzaufwand auslöst. Dies ist auch dadurch gerechtfertigt, dass Mitglieder die Möglichkeit haben, Nachweise für ihre vor dem 1. Juli 2023 geborenen Kinder bis zum 31. Dezember 2023 vorzulegen mit der Folge, dass der ihnen zustehende Abschlag rückwirkend vom 1. Juli 2023 an gewährt wird.

Absatz 3 insgesamt trägt mithin den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts Rechnung, ohne die Erfordernisse der Verwaltungspraxis zur Umstellung auf das neue System nach Kinderzahl gestaffelter Beitragsabschläge zu vernachlässigen.

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 der Beitragszuschlag für Kinderlose und die Abschläge für Eltern abhängig von der Kinderzahl bei der Berechnung des Zuschlags auf den Krankenversicherungsbeitrag berücksichtigt werden. Um mitarbeitende Familienangehörige mit mehr als einem Kind nicht von der Möglichkeit von Abschlägen für Eltern auszuschließen, findet § 59a Satz 2 für mitarbeitende Familienangehörige, deren Beitrag zur Pflegeversicherung von den landwirtschaftlichen Unternehmern getragen wird, keine Anwendung.

Zu Nummer 21

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 55 Absatz 3.

Zu Nummer 22

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 55 Absatz 3.

Zu Nummer 23 (§ 59a)

Mit dem neuen § 59a wird geregelt, dass sich die aus der Beitragssatzdifferenzierung resultierende Entlastung ausschließlich bei dem vom Mitglied zu tragenden Beitragsanteil auswirken soll. So reduziert sich beispielsweise bei Beschäftigten mit zwei und mehr Kindern ausschließlich der Beitragsanteil des Arbeitnehmers am Pflegeversicherungsbeitrag, nicht jedoch der Beitragsanteil des Arbeitgebers.

Soweit die Beiträge von Dritten getragen werden, findet der Abschlag nach § 55 Absatz 3 Satz 4 und 5 keine Berücksichtigung. Denn eine Reduzierung des Beitragssatzes bei Mitgliedern mit mehr als einem Kind ist dann nicht einzuräumen, wenn das Mitglied an der Beitragstragung nicht beteiligt ist.

Zu Nummer 24 (§ 60)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 55 Absatz 3.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um die Korrektur eines fehlerhaften Verweises.

Zu Nummer 25

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

Zu Nummer 26

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

Zu Buchstabe b

Zu Nummer 27

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

Zu Nummer 28

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 und barrierefrei erfolgen, beispielsweise auf den jeweiligen Internetseiten, wie es von verschiedenen Pflegekassen in einigen Ländern 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 10 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 Personalauf-

wendungen geeignet sein können. Die Umsetzung dieses Auftrags stellt damit eine Ergänzung der bestehenden Vorgaben aus § 82c und den Pflegevergütungs-Richtlinien nach § 82c Absatz 4 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 Buchstabe c

Mit dem Auftrag an Pflegeselbstverwaltung zur Ergänzung der Landesrahmenverträge werden, auch für ambulante und teilstationäre Pflegeeinrichtungen, die Rahmenbedingungen dafür geschaffen, Personal- bzw. „Springerpools“ sowie vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte zu etablieren. Das Ziel ist – entsprechend der Vereinbarungen der Konzertierte(n) Aktion Pflege – die Anzahl der Leiharbeiterinnen und –arbeitnehmer in der Langzeitpflege wieder zu reduzieren und – entsprechend der Vereinbarungen des Koalitionsvertrags – Pflegekräfte zügig und spürbar zu entlasten und den Pflegeberuf wieder attraktiver zu machen. Für vollstationäre Pflegeeinrichtungen wird die Möglichkeit zur Vereinbarung von Personal für Personal- bzw. Springerpools ergänzend in § 113c Absatz 2 Nummer 3a) konkretisiert.

Zu Nummer 29

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 digitalen Pflegeanwendungen vereinbarten Vergütungsbeträge nach § 78a Absatz 1 Satz 1 für die Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen auf Bundesebene und gegenüber den Pflegebedürftigen bindend sind. Mithilfe der Klarstellung in § 78a 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 30

Zu Buchstabe a

Mit der Einfügung von Absatz 2a erfolgt bezogen auf Pflegeeinrichtungen, die sich an einen Tarifvertrag oder eine kirchliche Arbeitsrechtsregelung anlehnen, eine Klarstellung zur Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen. Damit wird aufgegriffen, dass sich Pflegeeinrichtungen in der Regel für alle ihre Beschäftigten an einen Tarifvertrag oder eine kirchliche Arbeitsrechtsregelung anlehnen und eine diesbezügliche Berücksichtigung der prospektiven Personalaufwendungen bei der Vergütungsvereinbarung wird vereinfacht. Für Pflegeeinrichtungen, die die Zulassungsvoraussetzungen gemäß

§ 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 4 (sog. Durchschnittsanwender) erfüllen, wird ebenfalls klargestellt, dass hinsichtlich der Personalaufwendungen für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, die allgemeinen Bemessungsgrundsätze gemäß § 84 im stationären und gemäß § 89 im ambulanten Bereich gelten.

Die Regelung des Absatzes 2b überträgt die bereits für die Vergütung bzw. Entlohnung von Beschäftigten von Pflegeeinrichtungen geltenden Wirtschaftlichkeitsgrundsätze auf die Wirtschaftlichkeit von Überlassungsentgelten für Personal, das im Rahmen von Arbeitnehmerüberlassungen oder Werk- bzw. Dienstleistungsvertragsverhältnissen in einer Pflegeeinrichtung tätig wird. Dies trägt dazu bei, dass Leiharbeit und vergleichbare Maßnahmen nur zusätzliche Instrumente bleiben, um bei kurzfristigen Personalausfällen und nicht besetzbaren Stellen die vertraglich vereinbarte Personalausstattung vorübergehend sicherzustellen. Insbesondere soll vermieden werden, dass wirtschaftliche Anreize für das Verleihen von Pflege- und Betreuungspersonal auf Kosten der Solidargemeinschaft bzw. der Pflegebedürftigen und ihrer Familien bestehen. Darüber hinaus soll ein wirtschaftlicher Anreiz gesetzt werden, Stammpersonal im Betrieb zu halten und ungleiche Arbeits- und Entlohnungsbedingungen zu Lasten des Stammpersonals zu beschränken.

Die Anerkennung von Entgelten für die Vermittlung von Leiharbeitnehmenden (z. B. bei Übernahme in die Stammebelegschaft des Entleihers) als wirtschaftlich wird ausgeschlossen. Die Regelung steht in einem engen Zusammenhang mit dem Auftrag an die Pflege selbstverwaltung zur Konkretisierung der Landesrahmenverträge nach § 75 Absatz 3 insbesondere zur Umsetzung von Personalpools sowie für den vollstationären Bereich hinsichtlich der Vereinbarung von Personalstellen nach § 113c Absatz 2 zur Umsetzung dieser Konzepte.

Zu Buchstabe b

Hierbei handelt es sich um Folgeänderungen aufgrund der Einfügung der neuen Absätze 2a und 2b.

Zu Nummer 31

Hierbei handelt es sich um Folgeänderungen aufgrund der Einfügung des neuen Absatz 2a. Insgesamt wird dadurch klargestellt, dass sich die Einhaltung der bei der Vergütungsvereinbarung zugrunde gelegten Gehälter bzw. Entlohnungen auf alle Mitarbeitenden einer Pflegeeinrichtung erstreckt und diese auch von dem entsprechenden Nachweisverfahren mitumfasst sind. Damit wird zugleich eine Forderung des GKV-Spitzenverbandes aus dem Genehmigungsverfahren der Richtlinien gemäß § 84 Absatz 7 Satz 3 aufgegriffen.

Zu Nummer 32

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

Zu Nummer 33

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

Zu Nummer 34

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

Zu Nummer 35

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 36

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 37

Zu Buchstabe a

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 Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 38

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 39

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 – beratend mit und haben zudem das Recht, Anträge zu stellen. Hinsichtlich der Geschäftsordnung entscheiden Sie als Vereinbarungspartner auf Augenhöhe mit. 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 40

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

Die Einrichtung von Personalpools (sogenannten „Springerpools“) oder vergleichbaren betrieblichen Ausfallkonzepten trägt dazu bei, dass im Fall von Personalengpässen statt Leiharbeiterinnen und -nehmern beruflich Pflegende zum Einsatz kommen, die den Betrieb und die Abläufe sowie gegebenenfalls sogar die Bewohnerinnen und Bewohner einer vollstationären Pflegeeinrichtung kennen. Pflegeeinrichtungen können einen entsprechenden Personalmehrbedarf mit den Pflegekassen vereinbaren und auf Grundlage entsprechender Konzepte in ihren Einrichtungen umsetzen. Damit wird zum einen die entsprechende Vereinbarung im Koalitionsvertrag mit dem Ziel der Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufs umgesetzt. Darüber hinaus entspricht die Regelung auch der Vereinbarung

der Konzertierte(n) Aktion Pflege, AG 2, Handlungsfeld IV, Ziffer 4.2., Nummer 2, die zum Ziel hat, die Zahl der Leiharbeiterinnen und –nehmer in der Pflege nachhaltig zu reduzieren und das Stammpersonal im Betrieb zu halten.

Zu Buchstabe b

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 Pflegeberufegesetzes erworbenen Berufsqualifikation vorzuhalten, das während der Beschäftigung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung an einem für die Anerkennung erforderlichen Anpassungslehrgang nach dem Pflegeberufegesetz 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 10 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 Assistenz Ausbildung 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 Pflegeberufegesetz 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. Dezember 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, beispielsweise durch eine beidseitig unterzeichnete Absichtserklärung, dass die Pflegehilfskraft die landesrechtlich geregelte Helfer- oder Assistenz Ausbildung zum nächstmöglichen Zeitpunkt, spätestens jedoch am 30. Dezember 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. Dezember 2028 begrenzt und kann auch bei nicht zu vertretenden Verzögerungen oder Arbeitgeberwechsel innerhalb des Landes 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 c

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 d

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.

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. 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 landbezogen 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 Personalanhaltszahlen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 auswirkt.

Zu Nummer 41

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 42

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 Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 43

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 § 17 Absatz 1c.

Zu Buchstabe b

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

Zu Nummer 44

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

Zu Absatz 1

Es werden innovative regionalspezifische Modellvorhaben zur Entwicklung von Maßnahmen und Strukturen gefördert, die Pflegebedürftige und deren Pflegepersonen unterstützen. Die Modellvorhaben sollen einer Reihe von Verbesserungen dienen, die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen soll erleichtert werden. Dazu zählt auch die Verbesserung des Zugangs zu und der Nutzung von insbesondere regionalen Pflege- und Unterstützungsangeboten am Lebensort der Pflegebedürftigen und in der Nähe. Deshalb sollen die Modellvorhaben 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, auch indem Pflegeangebote untereinander digital vernetzt werden. Soweit dies sinnvoll erscheint, können ergänzend auch digitale Angebote einbezogen werden, die ggf. einen niedrighschweligen Zugang hierzu schaffen. Ziel ist es ebenso, die Pflegeprävalenz positiv zu beeinflussen, zum Beispiel durch Ansätze einer verbesserten Prävention oder zur Vermeidung von Pflegebedarf. Die Förderung der Modellvorhaben kann auch einer besseren Deckung des Fachkräftebedarfs sowie dem Auf- und Ausbau ehrenamtlicher Strukturen dienen.

Die innovativen Modellvorhaben sollen die Strukturen besonders im Hinblick auf eine intensivierte Unterstützung der häuslichen Pflege verbessern, die Situation der stationäre Pflege und von anderen Wohnformen vor Ort und im Quartier sind dabei zu berücksichtigen. 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, weiteren Hilfsstrukturen und einer bedarfsgerechten Sozialplanung 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 Unterstützungs- und Entlastungsstrukturen für Pflegearrangements, der Beratungsangebote vor Ort, eine Stärkung der gesellschaftlichen Solidarität sowie die bessere Gewinnung, Aktivierung und Vernetzung sowohl ehrenamtlicher als auch professioneller Helfer und Leistungserbringer sein.

Die Anteilsfinanzierung im Rahmen der Förderung durch die soziale und private Pflegeversicherung setzt eine entsprechende Förderung durch Land oder/und Kommune voraus, die dem Förderzweck dient, und den Ländern und Kommunen freisteht. Voraussetzung für die Förderung ist, dass die Umsetzung durch die Länder oder/und Kommunen in eigener Zuständigkeit den beschlossenen Empfehlungen entspricht, da die Beteiligten die Förderbedingungen gemeinsam konkretisieren. Im Ergebnis kann ein Fördervolumen von bis zu 100 Millionen Euro im Kalenderjahr zur Verfügung stehen. 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

(Kompetenz der Daseinsvorsorge) und der Pflegeversicherung (Kompetenz der Sozialversicherung) 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.

Die Förderung setzt voraus, dass die Modellvorhaben den Empfehlungen nach Absatz 3 entsprechen. Die Förderzusage auf Seiten der Pflegeversicherung erfolgt jeweils im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die finanzielle Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, an der Förderung der Modellvorhaben, welche der Verbesserung der Sozialversicherung dienen und entsprechend der privaten Pflege-Pflichtversicherung dienen. Insbesondere eine bessere Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, aber auch eine bessere Versorgung von Pflegebedürftigen wirkt sich positiv auf die Pflegeversicherung, aber auch auf die Unternehmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung aus.

Zu Absatz 3

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. und den Ländern. Vor Beschluss der Empfehlungen sind die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Landesverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen und ihrer Angehörigen und die oder der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege anzuhören. Zu ihrem Vorbringen sollen die Beschlussfassenden nachvollziehbar Stellung nehmen. Die Stellungnahme ist dem Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Zustimmungsverfahrens zu den Empfehlungen 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, sodass ein Einvernehmen mit allen Fördergebern besteht. Dabei ist es wichtig, wie die Mittel ausschließlich und unmittelbar dazu dienen, den Förderzweck zu erreichen. Ebenfalls festzulegen in den Empfehlungen ist, wie im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der genannten Zwecke Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können.

Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Sie sind dem Bundesministerium für Gesundheit fristgerecht vorzulegen.

Zu Absatz 4

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 § 37 Absatz 3 bis 9, 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. Insbesondere die Einhaltung sowohl der Kompetenzordnung als auch der Finanzverfassung, aber auch weitere verfassungsrechtliche Aspekte, wie etwa Artikel 84 Absatz 1 Satz 7 Grundgesetz, sind zu prüfen, soweit die Modellvorhaben solche berühren oder bei einer Übernahme in eine Regelversorgung berühren würden.

Zu Absatz 5

Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung auf die einzelnen Länder 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 3 zu regeln.

Zu Absatz 6

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 und das Verfahren der Durchführung und Abwicklung der Förderung nebst Regelung des Abrechnungsverfahrens zur Förderung einschließlich Regeln zu etwaigen Rückforderungen 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

Für jedes 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 Mittel das Vorhaben erfordert und wie bzw. aus welchen Quellen diese Mittel zur Verfügung gestellt oder konkret erschlossen werden können. Personelle Mittel sind auch hinsichtlich der erforderlichen Qualifikation zu differenzieren, finanzielle Mittel auch hinsichtlich der Übernahme von Aufgaben der Pflegeversicherung und des Landes oder der Kommunen. Die Auswertung soll so konkret wie möglich erfolgen und Mittel 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.

Zu Absatz 3

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 den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene, mit den Ländern und mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen über eine Veröffentlichung entscheidet.

Zu Absatz 4

Die Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und der Auswertung der Modellvorhaben werden als Teil der Förderung der Modellvorhaben nach § 123 getragen.

Zu Nummer 45

Die Bereitstellung der Mittel aus dem Ausgleichsfonds für die wissenschaftliche Erprobung der Telepflege in den Pflegeeinrichtungen soll bis Ende 2025 verlängert werden, da sich die Ausschreibung des Modellvorhabens aus organisatorischen Gründen bis Mitte des Jahres 2023 verzögert, die Projektlaufzeit insgesamt aber mit dem Ziel gute Ergebnisse zu erzielen, erhalten bleiben soll.

Zu Nummer 46

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 ambulanten und stationären 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 die Praxis bei der Umsetzung unterstützt werden. Unter Berücksichtigung der Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege soll das Kompetenzzentrum die Förderung einer strukturierten Implementierung einer digital unterstützten Pflege und eines digitalen Gesundheitswesens unterstützend begleiten. Bei konkreten Empfehlungen die digitalen Pflegeanwendungen betreffend ist das vorgesehene Verfahren zur Einhaltung der Datensicherheit und des Datenschutzes für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a SGB XI zu berücksichtigen, damit nur solche Anwendungen empfohlen werden, die das gesetzlich vorgesehene Verfahren durchlaufen haben.

Zu Absatz 2

Für die Arbeit des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege werden im Zeitraum 2023 bis 2027 insgesamt 10 Millionen Euro aus Mitteln des Ausgleichsfonds zur Verfügung gestellt. Die private Pflege-Pflichtversicherung beteiligt sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten. 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 zur Telematikinfrastruktur und ihrer Weiterentwicklung 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 oder die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit ist ebenfalls ins Benehmen zu setzen soweit datenschutzrechtliche Belange betroffen sind.

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 ambulanten und stationären Langzeitpflege insbesondere für die Leistungserbringer, die Pflegekassen und die Digitalwirtschaft.
- Eruierung der Möglichkeiten der digitalgestützten bedarfsgerechten Suche und Vermittlung passgenauer und verfügbarer Angebote der pflegerischen Versorgung durch Pflegeeinrichtungen und flankierende Unterstützungsangebote zur Entlastung pflegebedürftiger Menschen, Pflegepersonen, weiteren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden, Mitarbeitenden in Sozialdiensten in Krankenhäusern sowie Beratungseinrichtungen und professionell Pflegenden sowie Erstellung konkreter Handlungsempfehlungen für den Gesetzgeber. Dabei sind bestehende (digitale) Informationsangebote der Pflegekassen, der Länder und Kommunen sowie privatwirtschaftlicher Akteure, wie z.B. die Preis- und Vergleichslisten der Pflegekassen, die Prüfergebnisse der stationären Pflegeeinrichtungen nach Landesrecht oder digitale Lösungen für das Entlass-, Aufnahme und Überleitungsmanagement zu berücksichtigen sowie die Zielgruppen bei der Bearbeitung einzubeziehen.
- Der Wissenstransfer durch die Umsetzung zielgruppengerechter Aufbereitung von Themen der Digitalisierung in der Langzeitpflege in geeigneten Formaten für pflegebedürftige Menschen, Pflegepersonen nach § 19, beruflich Pflegenden 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 47

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

Zu Nummer 48

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 49

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 2 (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.

Zudem wird in Satz 1 der neue Leistungsanspruch nach § 42b zur Mitaufnahme des Pflegebedürftigen in die stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung der Pflegeperson aufgenommen.

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 jeweils 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

Die bisherige Nummer 16 wird in angepasster Fassung die neue Nummer 5a. Mit dieser redaktionellen Um-Nummerierung wird die Übersichtlichkeit in § 28 Absatz 1 erhöht. Die Bezugnahmen auf § 39a und § 40a werden zudem jeweils um die Formulierung „in Verbindung mit § 40b“ ergänzt, da diese Vorschriften jeweils in Verbindung miteinander zu betrachten sind.

Zu Buchstabe c

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

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einführung des Anspruchs auf Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Versorgungs- und Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson in § 42b.

Zu Buchstabe e

Mit der Ergänzung wird „gemäß § 35a“ in Nummer 14 aufgenommen und so die Orientierung im SGB XI erleichtert.

Zu Buchstabe f

Mit der redaktionellen Um-Nummerierung wird die Übersichtlichkeit in § 28 Absatz 1 erhöht.

Zu Buchstabe g

Die bisherige Nummer 16 wird in angepasster Fassung die neue Nummer 5a, Nummer 16 wird folglich aufgehoben. Infolge der Aufnahme des § 40b in die neue Nummer 5a kann zudem die bisherige Nummer 17 aufgehoben werden, ohne dass damit eine inhaltliche Änderung verbunden ist.

Zu Nummer 4

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einführung des Anspruchs auf Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Versorgungs- und Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson in § 42b.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 5

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 6

Um die häusliche Pflege zu stärken und die gestiegenen Kosten der letzten Jahre zu berücksichtigen, werden die Leistungsbeträge für ambulante Pflegesachleistungen zum 1. Januar 2024 um 5 Prozent angehoben.

Zu Nummer 7

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 8

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 9

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 Jahresbetrags 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: 23.03.2023)). 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.

Dazu gehört zum einen, ob eine Verhinderung der Pflegeperson vorlag. Hierbei kann die Pflegekasse gegebenenfalls auch die Benennung des Verhinderungsgrundes verlangen. Zum anderen sind die Kosten der notwendigen Ersatzpflege gegenüber der Pflegekasse nachzuweisen. Dazu sollten am besten schon im Rahmen der Beantragung der Kostenerstattung bei der Pflegekasse entsprechende Unterlagen mit eingereicht werden.

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. Bislang wurde der Leistungsbetrag hierfür in § 39 selbst angegeben. Als Folge der Festlegung des insgesamt je Kalenderjahr einsetzbaren Gemeinsamen Jahresbetrags 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 Jahresbetrags 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 der Höchstgrenze des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a übernehmen, soweit dieser in dem Kalenderjahr noch nicht verbraucht worden ist.

Zu Nummer 10

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 Jahresbetrags 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. Das bedeutet, dass der Anspruch auf eine Kurzzeitpflege nach § 39c des Fünften Buches im Hinblick auf die Leistungsdauer weiterhin bis zu acht Wochen umfasst und sich die Leistungshöhe ab 1. Januar 2024 auf bis zu 3.386 Euro beläuft.

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 Buchstabe c

Die Aufhebung des § 42 Absatz 4 ist aufgrund der Einführung des neuen § 42b erforderlich, um Doppelregelungen mit unterschiedlichen leistungsrechtlichen Inhalten zu vermeiden.

Zu Nummer 11

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 Jahresbetrags nach § 42a. Die bisher separat in § 39 und § 42 vorgesehenen Leistungsbeträge für Leistungen der Verhinderungspflege

pflege 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 sollten 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 Jahresbetrags 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. Sofern die Pflegebedürftigen Leistungen der Hilfe zur Pflege beziehen, kann die Übersicht auf Wunsch und mit Zustimmung der Pflegebedürftigen auch unmittelbar an den zuständigen Träger der Hilfe zur Pflege übermittelt werden. Auf Wunsch der Pflegebedürftigen soll die Übermittlung barrierefrei in einer für die Pflegebedürftigen wahrnehmbaren Form erfolgen.

Wird den Pflegebedürftigen unverzüglich nach der Leistungserbringung eine Rechnung oder deren Durchschrift übermittelt und auf dieser zusätzlich zu den jeweiligen Rechnungsbeträgen sehr einfach und deutlich erkennbar ausgewiesen, welcher Betrag zur Abrechnung über den Gemeinsamen Jahresbetrag vorgesehen ist, ist dies als eine dem Absatz 3 entsprechende Übersicht anzusehen.

Die Verpflichtung nach Absatz 3 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 Verschwägerter, 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 Titel 0 (Pflegerische Versorgung bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson)

Zu § 42b (Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson)

Zu Absatz 1

Pflegepersonen verzichten häufig auf Leistungen zur stationären Vorsorge und zur medizinischen Rehabilitation, da es einen hohen Aufwand erfordert, die Pflege der pflegebedürftigen Person für die Dauer der Maßnahme zu organisieren. Darüber hinaus wird der Erfolg von Maßnahmen beeinträchtigt, wenn der Kontakt zum Pflegebedürftigen aufgrund der Entfernung nicht hergestellt werden kann oder dessen Pflege aus der Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme heraus koordiniert werden muss.

Abhilfe kann geschaffen werden, indem die Mitaufnahme des Pflegebedürftigen in die stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung der Pflegeperson ermöglicht und die Versorgung des Pflegebedürftigen für die Dauer der Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme der Pflegeperson sichergestellt wird.

Mit der Einführung des Anspruchs auf Versorgung Pflegebedürftiger bei Aufenthalt der Pflegeperson in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung wird ab dem 1. Juli 2024 ein eigener Leistungstatbestand im Recht der Pflegeversicherung geschaffen, um den Zugang von Pflegepersonen zu Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen zu erleichtern und zu stärken. Damit besteht zukünftig für den Pflegebedürftigen unter bestimmten Voraussetzungen eine Möglichkeit zur Mitaufnahme in die stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung der Pflegeperson.

Satz 2 erfasst das Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung und der Krankenversicherung. Sofern die Voraussetzungen des § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches erfüllt sind, ist dieser Anspruch vorrangig gegenüber dem Anspruch gemäß § 42b Absatz 1 Satz 1.

Zu Absatz 2

Eine Mitaufnahme in die zugelassene Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung der Pflegeperson ist nur möglich, wenn die Pflege des Pflegebedürftigen von der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung sichergestellt werden kann. Die Pflege kann auch sichergestellt werden, indem die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung die körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege durch nach § 72 zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen erbringen lässt. In diesem Fall hat die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung entsprechende vertragliche Vereinbarungen mit den nach § 72 zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen zu schließen. Gegenüber der Pflegekasse bleibt die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung in der Verantwortung für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung. Die Vergütung der Leistungen der nach § 72 zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen obliegt der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung.

Alternativ dazu besteht die Möglichkeit, dass die pflegebedürftige Person in einer nahegelegenen zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung versorgt wird, wenn die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung die pflegerische Versorgung nicht (auch nicht unter Einbindung von zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen) durchführen kann oder will. Denn es soll auch dann der Pflegeperson möglich sein, den Pflegebedürftigen an den Ort der Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme mitzunehmen und mit ihm im persönlichen Kontakt zu bleiben, wenn die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung die pflegerische Versorgung nicht erbringen kann oder will.

Zu Absatz 3

Der Leistungsanspruch besteht gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, und umfasst neben dem Anspruch auf Unterkunft und Verpflegung auch den Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und die betriebsnotwendigen Investitionen. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson eine stationäre Maßnahme zur Vorsorge nach § 23 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches oder zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches oder nach § 15 Absatz 2 des Sechsten Buches in Anspruch nimmt. Der Begriff der Pflegeperson richtet sich dabei nach § 19 Satz 1.

Erforderliche Fahr- und Gepäcktransportkosten werden übernommen, sofern diese im Zusammenhang mit der Versorgung nach Absatz 1 Satz 1 stehen. Erstattungsfähig sind nach vorheriger Antragstellung auch Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist.

Fahrkosten werden in Höhe des Betrags zugrunde gelegt, der bei Benutzung eines regelmäßig verkehrenden öffentlichen Verkehrsmittels der niedrigsten Beförderungsklasse des zweckmäßigsten öffentlichen Verkehrsmittels zu zahlen ist, bei Benutzung sonstiger Verkehrsmittel in Höhe der Wegstreckenentschädigung nach § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes.

Zu Absatz 4

Stellt die Pflegeperson einen Antrag auf Leistungen zur stationären Vorsorge nach § 23 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches oder zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches oder nach § 15 Absatz 1 des Sechsten Buches und übermittelt sie den Wunsch auf Versorgung des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung, gilt dies zugleich als Antrag des Pflegebedürftigen auf Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 an die Pflegekasse, sofern der Pflegebedürftige zustimmt. Die Zustimmung erfolgt gegenüber der Pflegeperson und wird im Antragsformular schriftlich dokumentiert. Die Pflegekasse entscheidet anhand des Antrags über die pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen und teilt die Entscheidung dem zuständigen Rentenversicherungsträger mit. Der Rentenversicherungsträger entscheidet anschließend über den Antrag der Pflegeperson. Näheres zum Verfahren vereinbaren die Deutsche Rentenversicherung Bund mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach Absatz 7.

Die Krankenkasse leitet den Antrag auf Versorgung Pflegebedürftiger in derselben Einrichtung an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, weiter und benennt der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen unverzüglich geeignete Einrichtungen. Die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, klärt mit den benannten Einrichtungen ab, ob die Übernahme der Versorgung des Pflegebedürftigen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung möglich ist, und holt deren Einverständnis ein. Ob die Versorgung im Einzelfall übernommen werden kann, obliegt maßgeblich der Entscheidung und Einschätzung der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung. Daher wird klargestellt, dass die Mitaufnahme des Pflegebedürftigen das Einverständnis der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung voraussetzt. Liegt deren Einverständnis vor, informiert die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, unverzüglich die Krankenkasse oder den Rentenversicherungsträger.

Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen als in der Einrichtung der pflegenden Angehörigen aufgenommen werden, koordiniert die Pflegekasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch der pflegenden Angehörigen und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen. Die Pflegekasse der Pflegebedürftigen entscheidet über die Pflegeleistungen, die

für die Versorgung der Pflegebedürftigen erforderlich sind, nach den für sie geltenden Vorschriften. Wenn pflegende Angehörige dies wünschen und die Pflegebedürftigen einwilligen, ist die Krankenkasse der pflegenden Angehörigen verpflichtet, das Bewilligungsverfahren zur Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung mit dem Antragsverfahren bei der Pflegekasse der Pflegebedürftigen zu koordinieren. Pflegende Angehörige sollen so davon entlastet werden, sich um die gleichzeitige Unterbringung der Pflegebedürftigen kümmern zu müssen.

Zu Absatz 5

Die Pflegekasse ist gegenüber der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erstattungspflichtig für die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen. Die Vergütung erfolgt nach dem durchschnittlichen Gesamtheimentgelt nach § 87a Absatz 1 Satz 1 aller zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtungen im jeweiligen Land. Dadurch wird zusätzlicher Verhandlungsaufwand vermieden und ein an den tatsächlichen Aufwendungen für Kurzzeitpflege orientierter Wert zur Vergütung der entstehenden Aufwendungen gewählt. Um eine verbindliche Feststellung dieses Wertes sicherzustellen, wird das durchschnittliche Gesamtheimentgelt durch die Landesverbände der Pflegekassen auf Grundlage des vorangehenden Jahres ermittelt und jeweils ab dem 1. April für die Dauer eines Jahres bis zum 31. März festgelegt. Die Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise, z. B. im Internet oder durch Mitteilung der Verbände der Einrichtungsbetreiber, zu veröffentlichen.

Erfolgt die Versorgung des Pflegebedürftigen in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen die entsprechenden Aufwendungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen unmittelbar an die Pflegeeinrichtung zu zahlen; § 87a Absatz 3 Satz 1 und 2 gilt entsprechend. In diesem Fall ist das für die Einrichtung geltende Gesamtheimentgelt für die Kurzzeitpflege zu zahlen und nicht das durchschnittliche Gesamtheimentgelt.

Zu Absatz 6

Abweichend von § 34 Absatz 2 ruht der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege einschließlich des Pflegegeldes oder anteiligen Pflegegeldes, solange sich die Pflegeperson in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung befindet und der Pflegebedürftige nach Absatz 1 oder § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches versorgt wird. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass in dieser Konstellation der Pflegebedürftige keine gesonderten Kosten zu tragen hat und keine Pflege im häuslichen Bereich erforderlich ist, ist es folgerichtig, dass der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege und auf Pflegegeld ruht. Im Gegensatz zur Inanspruchnahme von Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege werden im Rahmen der Unterbringung des Pflegebedürftigen in derselben Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder einer zugelassenen Pflegeeinrichtung die vollen Kosten übernommen.

§ 34 Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz und § 34 Absatz 3 bleibt unberührt. Das bedeutet zum einen, dass das Pflegegeld oder anteilige Pflegegeld bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Absatz 6 Satz 1 des Zwölften Buches Anwendung findet, weitergezahlt wird. Es bedeutet zum anderen, dass die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson nach § 44 und § 44a nicht ruhen, soweit die Regelungen des § 34 Absatz 3 dies vorsehen.

Zu Absatz 7

Gemäß Absatz 7 sind der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V und die für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen verpflichtet, bis zum 30. Juni 2024 gemeinsame Empfehlungen insbesondere zum Antrags-, Genehmigungs- und Kostenerstattungsverfahren und zur Sicherung der Qualität der Leistung zu vereinbaren. Die Deutsche Rentenversicherung Bund schließt mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 30. Juni 2024 eine Verwaltungsvereinbarung zum Antrags- und Genehmigungsverfahren ab. Im Rahmen des Genehmigungsverfahrens sollte insbesondere vereinbart werden, wie sichergestellt werden kann, dass die Genehmigungsbescheide von der Krankenkasse bzw. dem Rentenversicherungsträger einerseits und der Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen andererseits zeitnah zueinander erteilt werden. Maßgeblicher Zeitpunkt ist die Information der Krankenkasse bzw. des Rentenversicherungsträgers durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, dass eine geeignete Einrichtung zur Verfügung steht (siehe Absatz 4 Satz 3). Hintergrund ist, dass für die Pflegeperson und den Pflegebedürftigen beide Leistungen zusammengehören. Darüber hinaus sollen die Empfehlungen den aktuellen Stand des pflegerischen Wissens und der Qualitätsentwicklung in der Pflege berücksichtigen und Ausführungen zum internen Qualitätsmanagement enthalten. Die Empfehlungen sind durch das Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

Zu Absatz 8

Die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung hat den Landesverbänden der Pflegekassen vor erstmaliger Erbringung einer Leistung nach Absatz 1 Satz 1 ein Konzept zur qualitätsgesicherten Versorgung Pflegebedürftiger vorzulegen und umzusetzen. Das Konzept kann als Voraussetzung nur anerkannt werden, wenn es auf der Grundlage der gemeinsamen Empfehlungen nach Absatz 7 erstellt wurde. Mit Vorlage dieses Konzepts zeigt die jeweilige Rehabilitationseinrichtung, dass sie für die pflegerische Versorgung des pflegebedürftigen Angehörigen geeignet ist.

Darüber hinaus soll die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung die Einhaltung des Konzepts in regelmäßigen Abständen gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen nachweisen. Die Form und die Intervalle des Nachweises sind in den gemeinsamen Empfehlungen nach Absatz 7 zu regeln. Die Vorlage des Konzepts und der regelmäßige Nachweis der Einhaltung dienen der Sicherstellung der qualitätsgerechten Versorgung der Pflegebedürftigen.**Zu Absatz 9**

Die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, statistische Daten über die Anzahl der Fälle, in denen Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 beantragt, genehmigt oder durchgeführt worden sind, zu erheben. Zur Durchführung des Antrags-, Genehmigungs- und Kostenerstattungsverfahrens können die Pflegekassen oder die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, personenbezogene Daten des Pflegebedürftigen und der Pflegeperson den beteiligten Stellen übermitteln. Dies setzt die Einwilligung des Pflegebedürftigen und der Pflegeperson voraus.

Zu Nummer 12

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

Zu Nummer 13

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

Zu Nummer 14

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

Zu Nummer 15

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

Zu Nummer 16

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 17

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Der derzeitige Gesetzeswortlaut des Absatzes 3 sieht vor, dass Beschäftigte bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz „Anspruch auf einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu insgesamt zehn Arbeitstage“ haben können. Indem die Wörter „insgesamt zehn Arbeitstage“ durch die Wörter „zehn Arbeitstage je Kalenderjahr“ ersetzt werden, wird bestimmt, dass es sich bei dem Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld grundsätzlich um einen Jahresanspruch handelt. Die Änderung dient dem Ziel der weiteren Unterstützung und Verbesserung häuslicher Pflegearrangements und soll Beschäftigte, die sich neben ihrer Beschäftigung um pflegebedürftige nahe Angehörige kümmern, in einer akut aufgetretenen Pflegesituation entlasten.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Aufnahme der Wörter „je Kalenderjahr“ stellt klar, dass die Bestimmung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld gemäß Satz 1 als Jahresanspruch 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 Bestimmung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld als Jahresanspruch, der Beschäftigten zugutekommt, ebenfalls auf landwirtschaftliche Unternehmer übertragen. Diese erhalten statt des Pflegeunterstützungsgeldes entweder Betriebshilfe oder, bei einer privaten Pflegeabsicherung, Kostenerstattung.

Zu Nummer 18

Mit der Änderung wird Satz 4 in § 45b Absatz 1 neu gefasst, der bisher lautete: „Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für die Finanzierung der in Satz 3 genannten Leistungen Mittel der Verhinderungspflege gemäß § 39 eingesetzt werden.“ In seiner neuen Fassung lautet Satz 4: „Die Erstattung der Aufwendungen aus dem Entlastungsbetrag erfolgt auch in dem Fall, in dem für die in Satz 3 genannten Leistungen Mittel im Rahmen einer Verhinderungspflege gemäß § 39 eingesetzt werden.“

Es handelt sich hierbei um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags, mit der die Bezugnahme auf § 39 in § 45b Absatz 1 Satz 4 neu 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.

Der Anspruch auf den Entlastungsbetrag wird inhaltlich durch die Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege nicht berührt und bleibt unverändert bestehen. Es handelt sich hierbei weiterhin um vollständig voneinander unabhängige Leistungen mit je eigenen Leistungsvoraussetzungen, die jeweils eigenständig geprüft werden müssen.

Zu Nummer 19

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 20

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. Im Zuge der Neustrukturierung des Absatz 1 Satz 1 wird dieser Anspruch dahingehend umformuliert, dass die Versicherten eine entsprechende Übersicht bei der Pflegekasse anfordern, die Versicherten oder deren Betreuerin oder Betreuer oder von den Versicherten hierzu bevollmächtigte Personen sich also bei der Pflegekasse melden und mitteilen, dass eine entsprechende Übersicht übermittelt werden soll. Um für Versicherte, die eine regelmäßige Übersicht über die von ihnen bezogenen Leistungen und deren Kosten wünschen, das Verfahren zu vereinfachen, wird mit einer neuen Regelung ergänzt, dass eine Übersicht regelmäßig jedes Kalenderhalbjahr übermittelt wird, wenn die Versicherten dies wünschen. Der Wunsch, der zugleich als entsprechende Anforderung 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. Nach dem Ende der Leistungspflicht sollte noch eine abschließende Übersicht übersandt werden. Mit dieser Regelung entfällt die bisherige Voraussetzung, dass jedes Mal erneut ein Antrag auf Unterrichtung eingereicht werden muss. Eine Unterrichtung der Versicherten unabhängig von dem Halbjahreszeitraum bleibt dabei unberührt, eine Anforderung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erster Halbsatz kann weiterhin jederzeit an die Pflegekasse gerichtet 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 Darstellungen sollten dabei möglichst transparent erfolgen. 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 Anforderung 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 Leistungserbringende 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 Anforderung erhalten Versicherte auch eine Durchschrift der von Leistungserbringenden bei der Pflegekasse eingereichten Abrechnungsunterlagen. Erforderlichenfalls sind diese seitens der Pflegekasse zu erläutern bzw. mit Erläuterungen zu versehen, die die Abrechnungsinhalte für die Versicherten nachvollziehbar und verständlich machen. So kann es sein, dass mit Kürzeln oder Ziffern gearbeitet wird, zu denen dann eine Legende oder Erläuterung beigefügt wird oder zu denen auf eine für die Versicherten einfach zugängliche Quelle mit entsprechenden Informationen hingewiesen wird. Sind die Abrechnungen in einer Form bei der Pflegekasse eingereicht worden, von der eine Durchschrift nicht gefertigt werden kann, sind die Abrechnungsinhalte in einer Form aufzubereiten und an die Versicherten zu übermitteln, die inhaltlich einer Durchschrift der Abrechnungsunterlagen entspricht und für die Versicherten nachvollziehbar und verständlich ist. Wird die Abrechnung beispielsweise durch Eintragungen in eine Datenbank vorgenommen, so ist ein entsprechender Auszug aus der Datenbank zu erstellen und in eine an die Versicherten übermittelbare Form zu bringen. Damit wird ebenfalls hinsichtlich der konkret abgerechneten Leistungen Transparenz geschaffen, wenn Versicherte entsprechende Informationen bei ihrer Pflegekasse anfordern.

Die Übermittlung aller nach § 108 Absatz 1 bereitgestellten Informationen hat in einer für die Versicherten wahrnehmbaren Form zu erfolgen; auf Wunsch der Versicherten sind die Informationen auch barrierefrei zu übermitteln. Die geltenden Anforderungen an den Datenschutz sind dabei zu beachten und die erforderliche Datensicherheit ist zu gewährleisten. Das gilt insbesondere, wenn Pflegekassen-Apps oder dementsprechende elektronische Formen eingesetzt werden.

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 3 (Änderung des Mikrozensusgesetzes)

Zu Nummer 1

Es handelt sich hierbei um eine redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 2

Mit der Änderung des § 44a Absatz 3 Satz 1 SGB XI wird bestimmt, dass es sich bei dem Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld grundsätzlich um einen Jahresanspruch handelt. Wenn die Voraussetzungen für eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz vorliegen, soll das Pflegeunterstützungsgeld pro Kalenderjahr für bis zu zehn Arbeitstage für jeden pflegebedürftigen nahen Angehörigen in Anspruch genommen werden können. Durch die Bestimmung des Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld als Jahresanspruch wird mit einer Zunahme der Anträge auf diese Leistung gerechnet. Gleichzeitig ist durch die demografische Entwicklung (Zunahme der Pflegefälle) damit zu rechnen, dass insgesamt die Leistungen aus der Pflegeversicherung als Einkommensart der privaten Haushalte eine stärkere Bedeutung erhalten werden. Derzeit erfolgt die Erfassung von Leistungen aus der Pflegeversicherung als Teil des Haushaltseinkommens nur freiwillig, so dass Schätzungen vorgenommen werden müssen, die teilweise mit Limitationen verbunden sind. Um diese Leistungen als Teil des Haushaltseinkommens künftig besser erfassen zu können und insbesondere europäische Berichtspflichten zu erfüllen, soll eine Erhebung von sämtlichen gewährten Leistungen der (gesetzlichen) Pflegeversicherung mit einer Auskunftspflicht versehen werden.

Zu Artikel 4 (Änderung des Sozialgerichtsgesetzes)

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen aufgrund der Einbindung des bisherigen § 18b SGB XI (Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren) in die Regelung des § 17 SGB XI als neuer Absatz 1c, siehe Artikel 1 Nummer 9 Buchstabe b.

Zu Artikel 5 (Änderung der Beitragsverfahrensverordnung)

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 55 Absatz 3 SGB XI. Die Einfügung stellt klar, dass in der Systematik der Berechnung des Beitragsanteils des Arbeitgebers in den Fällen des Übergangsbereichs ausschließlich ein Arbeitnehmer-Beitragsanteil in Abzug gebracht werden kann, der den jeweiligen Beitragssatzabschlag nach § 55 Absatz 3 Satz 4 und 5 SGB XI nicht berücksichtigt. Anderenfalls würde sich ein um den Abschlagsbetrag erhöhter Arbeitgeber-Beitragsanteil ergeben.

Eine Änderung des Absatzes 1 Satz 3 und 4 ist nicht erforderlich. Die Regelungen stellen auf die geltenden Beitragssätze ab, die begrifflich die Abschläge nach § 55 Absatz 3 Satz 4 und 5 SGB XI beinhalten.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 55 Absatz 3 SGB XI. Analog zur Regelung des allein zu tragenden Beitragszuschlags auf den Pflegeversicherungsbeitrag nach Satz 4 ist auch der individuelle Beitragsabschlag für jedes zweite und weitere Kind in den Berechnungsvorschriften für den Pflegeversicherungsbeitrag zu regeln. Damit wird klargestellt, dass ausschließlich der Beitragsanteil des Beschäftigten reduziert werden darf.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 55 Absatz 3 SGB XI. Auf Grund der individuellen Berechnung des Pflegeversicherungsbeitrags nach Anzahl der jeweiligen Kinder ist nunmehr nicht nur die Elterneigenschaft, sondern auch der Nachweis der Kinderanzahl in den Entgeltunterlagen zu führen.

Zu Artikel 6 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Es wird klargestellt, dass die Vorsorgemöglichkeiten von Pflegepersonen gestärkt werden sollen. Der Begriff der Pflegeperson richtet sich dabei nach § 19 Absatz 1 des Elften Buches.

Zu Buchstabe b

Es wird klargestellt, dass die Vorsorgemöglichkeiten von Pflegepersonen gestärkt werden sollen. Der Begriff der Pflegeperson richtet sich dabei nach § 19 Absatz 1 des Elften Buches.

Zu Buchstabe c

Stellt die Pflegeperson einen Antrag auf Leistungen zur stationären Vorsorge nach § 23 Absatz 4 Satz 1 und übermittelt sie den Wunsch auf Versorgung des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung, gilt dies zugleich als Antrag auf Leistungen nach § 42b Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, sofern der Pflegebedürftige zustimmt. Die Zustimmung erfolgt gegenüber der Pflegeperson und wird im Antragsformular schriftlich dokumentiert.

Die Krankenkasse leitet den Antrag auf Versorgung Pflegebedürftiger an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, weiter und benennt der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, unverzüglich geeignete Einrichtungen. Die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, klärt mit den benannten Einrichtungen ab, ob die Übernahme der Versorgung des Pflegebedürftigen im Einzelfall in der Vorsorgeeinrichtung möglich ist, und holt deren Einverständnis ein. Liegt deren Einverständnis vor, informiert die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, unverzüglich die Krankenkasse.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 1 lit. c).

Zu Nummer 23

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 10 (Neustrukturierung der Regelungen der §§ 18 ff. SGB XI).

Zu Nummer 4

Zu Buchstabe a

Es wird klargestellt, dass die Rehabilitationsmöglichkeiten von Pflegepersonen gestärkt werden sollen. Der Begriff der Pflegeperson richtet sich dabei nach § 19 Absatz 1 des Elften Buches.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es wird klargestellt, dass die Rehabilitationsmöglichkeiten von Pflegepersonen gestärkt werden sollen. Der Begriff der Pflegeperson richtet sich dabei nach § 19 Absatz 1 des Elften Buches.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit dem Ziel, die Rechtsanwendung in der Praxis zu erleichtern, werden die Sätze 11 und 12 in einen neuen Absatz 3a verschoben, der künftig Regelungen zur Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson enthält.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung des Verweises in Folge der Aufhebung der bisherigen Sätze 11 und 12.

Zu Doppelbuchstabe dd

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung des Verweises in Folge der Aufhebung der bisherigen Sätze 11 und 12.

Zu Doppelbuchstabe ee

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung des Verweises in Folge der Aufhebung der bisherigen Sätze 11 und 12.

Zu Buchstabe c

Mit dem Ziel, die Rechtsanwendung in der Praxis zu erleichtern, werden die Sätze 11 und 12 in einen neuen Absatz 3a verschoben, der künftig Regelungen zur Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson enthält.

Stellt die Pflegeperson einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 2 Satz 1 und übermittelt sie den Wunsch auf Versorgung des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung, gilt dies zugleich als Antrag auf Leistungen nach § 42b Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches, sofern der Pflegebedürftige zustimmt. Die Zustimmung erfolgt gegenüber der Pflegeperson und wird im Antragsformular schriftlich dokumentiert.

Die Krankenkasse leitet den Antrag auf Versorgung Pflegebedürftiger nach § 40 Absatz 3 Satz 1 2. Halbsatz an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, weiter und benennt der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, unverzüglich geeignete Einrichtungen. Die Pflegekasse oder das private Versiche-

rungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, klärt mit den benannten Einrichtungen ab, ob die Übernahme der Versorgung des Pflegebedürftigen im Einzelfall in der Rehabilitationseinrichtung möglich ist, und holt deren Einverständnis ein. Liegt deren Einverständnis vor, informiert die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, unverzüglich die Krankenkasse.

Zu Nummer 5

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 4 lit. c).

Zu Nummer 6

Zu Buchstabe a

Es wird ein unrichtig gewordener Verweis korrigiert und eine redaktionelle Anpassung vorgenommen, indem der Begriff pflegende Angehörige durch Pflegeperson im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches ersetzt wird.

Zu Buchstabe b

Der Satz wird neu gefasst, indem unrichtig gewordene Verweise korrigiert und eine redaktionelle Anpassung vorgenommen werden.

Zu Nummer 7

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Der Begriff der Pflegeperson richtet sich nach § 19 Absatz 1 des Elften Buches.

Zu Buchstabe b

Es wird ein unrichtig gewordener Verweis korrigiert.

Zu Nummer 8

Bisher haben ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit sich freiwillig an die Telematikinfrastruktur 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 anzuschließen 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 Telematikinfrastruktur entstehenden Kosten ist nach § 106b SGB XI bereits geregelt: ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, die von der Möglichkeit zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur 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 01.07.2025 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 Telematikinfrastruktur nach § 125 SGB XI (Laufzeit 2020-2024) stellt hierfür kontinuierlich Erkenntnisse zur Vorbereitung auf den Anschluss an die TI zur Verfügung.

Zu Artikel 7 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Das Durchschnittsalter von Versicherten, die im Jahr 2019 über die Deutsche Rentenversicherung eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation abgeschlossen haben, lag bei 52 Jahren. In dieser Altersgruppe haben ungefähr 13 Prozent der Erwerbstätigen pflegebedürftige Angehörige zu versorgen, bei den Beschäftigten ab 60 Jahren betrifft dies 18 Prozent. Mit steigendem Lebensalter sind vermehrt pflegebedürftige Angehörige zu versorgen, was sowohl die Gesundheit als auch die Erwerbsfähigkeit der Betroffenen gefährdet.

Während im Krankenversicherungsrecht die Krankenkassen bei ihrer Entscheidung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die besonderen Belange pflegender Angehöriger bereits zu berücksichtigen haben und ein Leistungsanspruch auf Mitaufnahme des pflegebedürftigen Angehörigen in derselben Rehabilitationseinrichtung besteht, fehlten bisher entsprechende Regelungen für erwerbstätige Pflegepersonen. Mit der Einführung der Leistung der Versorgung Pflegebedürftiger soll daher auch der Zugang zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Sechsten Buch erfasst und erleichtert werden, in dem unter bestimmten Voraussetzungen eine Möglichkeit zur Mitaufnahme des pflegebedürftigen in die stationäre Rehabilitationseinrichtung der Pflegeperson geschaffen wird. Hierfür wird ein eigener Leistungstatbestand im Pflegeversicherungsrecht eingeführt. Der Begriff der Pflegeperson richtet sich dabei nach § 19 Absatz 1 des Elften Buches.

Zudem werden die Träger der Rentenversicherung gemäß § 13 Absatz 1 Satz 1 verpflichtet, bei der Entscheidung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die besonderen Belange von Pflegepersonen zu berücksichtigen. Damit sollen die Rehabilitationsmöglichkeiten von erwerbstätigen Pflegepersonen gestärkt werden.

Im Übrigen gilt § 15 Absatz 6a (i.d.F. des Gesetzes zur Verbesserung der Transparenz in der Alterssicherung und der Rehabilitation sowie zur Modernisierung der Sozialversicherungswahlen und zur Änderung anderer Gesetze vom 11.02.2021 (BGBl. I S. 154)) in Verbindung mit § 42b Absatz 3 des Elften Buches.

Zu Nummer 2

Folgeänderung zur Anhebung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung nach § 55 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zum 1. Juli 2023. Hierdurch bleibt es dabei, dass bei der Berechnung des verfügbaren Durchschnittsentgelts und der verfügbaren Standardrente die zum gleichen Zeitpunkt geltenden Beitragssätze zur Sozialversicherung berücksichtigt werden.

Zu Nummer 3

Folgeänderung zur Anhebung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung nach § 55 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zum 1. Juli 2023. Hierdurch bleibt es dabei, dass bei der Berechnung der Nettoquote der Standardrente und der Nettoquote des Durchschnittsentgelts die zum gleichen Zeitpunkt geltenden Beitragssätze zur Sozialversicherung berücksichtigt werden.

Zu Artikel 8 (Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch)

Es handelt sich um eine Folgeänderung der mit Artikel 1 Nummer 10 verfolgten Neustrukturierung der §§ 18 ff. SGB XI.

Zu Artikel 9 (Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 55 Absatz 3 SGB XI. Auch für Versicherte in der Künstlersozialversicherung gelten die in der sozialen Pflegeversicherung reduzierten Beitragssätze nach § 55 Absatz 3 Satz 4 und 5 SGB XI in entsprechender Anwendung.

Zu Artikel 10 (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 Regelung zur Klarstellung der steuerlichen Einordnung des Pflegevorsorgefonds tritt rückwirkend zum 1. Januar 2023 in Kraft.

Zu Absatz 3

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 1 Nummer 10 und für die mit der Neustrukturierung verbundenen redaktionellen Folgeänderungen in Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe a, Nummer 2, 3 Buchstabe a, Nummer 7, 8, 9, 11, 15, 18, 19, 32, 33, 34, 43 Buchstabe a und Nummer 47, Artikel 4, 6 Nummer 3 sowie Artikel 8 ein von Absatz 1 abweichendes Inkrafttreten zum ersten Tag des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats festgelegt.

Zu Absatz 4

Die in Absatz 4 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 Jahresbetrags 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 Inanspruchnahmemöglichkeit des Pflegeunterstützungsgeldes (§ 44a SGB XI).

Des Weiteren treten die im Zusammenhang mit der Einführung des Anspruchs auf Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson nach § 42b SGB XI stehenden Änderungen und die im SGB V und SGB VI damit einhergehenden Änderungen am 1. Januar 2024 in Kraft.

Auch die Änderung des Mikrozensusgesetzes tritt am 1. Januar 2024 in Kraft.