

## **Beschlussempfehlung und Bericht**

**des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)**

- a) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP  
– Drucksache 20/6544 –

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

- b) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung  
– Drucksache 20/6869 –

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

- c) zu dem Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Jörg Schneider, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD  
– Drucksache 20/4669 –

**Pflegeversicherung – Bürokratie abbauen, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen entlasten**

**d) zu dem Antrag der Abgeordneten Ates Gürpınar, Susanne Ferschl, Gökay Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.  
– Drucksache 20/6546 –**

## **Gute Pflege stabil finanzieren**

### **A. Problem**

Zu den Buchstaben a und b

Auf der Basis von im Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP für diese Legislaturperiode vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der Pflege sollen Anpassungen in der Pflegeversicherung vorgenommen werden, heißt es im Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP auf Drucksache 20/6544 (Buchstabe a), der wortidentisch mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 20/6869 (Buchstabe b) ist. Insbesondere sollen die häusliche Pflege gestärkt und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sowie andere Pflegepersonen entlastet werden. Darüber hinaus sollen die Arbeitsbedingungen für professionell Pflegenden verbessert sowie die Potenziale der Digitalisierung für Pflegebedürftige und für Pflegenden noch besser nutzbar gemacht werden. Dabei sind die allgemeinen ökonomischen Rahmenbedingungen sowie die finanzielle Lage der sozialen Pflegeversicherung zu beachten.

Zu Buchstabe c

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und gegebenenfalls die Einstufung in einen der fünf Pflegegrade erfolgt auf Basis einer Begutachtung. Aufgrund der im Rahmen der Corona-Pandemie-Maßnahmen eingeführten Sonderregelungen sei laut Antrag die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ohne Hausbesuch durch den Gutachter nach Aktenlage und gegebenenfalls einer telefonischen Befragung möglich gewesen. Diese Regelung sei am 31. März 2022 ausgefallen.

Zu Buchstabe d

Der finanzielle Zustand der sozialen Pflegeversicherung ist laut Antrag miserabel. Obwohl sich diese Situation seit Längerem zuspitze, sei die Bundesregierung bislang untätig. Mit ihrem Gesetzentwurf bleibe sie ein Konzept für eine nachhaltige und gerechte Finanzierung schuldig. Es sei daher notwendig, eine Alternative zu einerseits reinen Beitragserhöhungen, die im Wesentlichen Gering- und Durchschnittsverdienende belasteten, und zu andererseits einer dauerhaften Steuerfinanzierung aufzuzeigen.

## B. Lösung

Zu Buchstabe a

Zur Absicherung bestehender Leistungsansprüche der sozialen Pflegeversicherung und der im Rahmen dieser Reform vorgesehenen Leistungsanpassungen soll der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung zum 1. Juli 2023 moderat um 0,35 Prozentpunkte angehoben werden. Zudem soll die Rückzahlung der Liquiditätshilfe des Bundes an den Ausgleichsfonds von 1 Milliarden Euro bis spätestens zum 31. Dezember 2023 zur Hälfte erfolgen. Um die häusliche Pflege zu stärken, soll das Pflegegeld zum 1. Januar 2024 um 5 Prozent erhöht werden. Angesichts lohnbedingt steigender Pflegevergütungen ambulanter Pflegeeinrichtungen sollen ebenso die ambulanten Sachleistungsbeträge zum 1. Januar 2024 um 5 Prozent erhöht und die Regelungen zum Pflegeunterstützungsgeld zudem angepasst werden.

**Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/6544 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE.**

Zu Buchstabe b

**Erledigterklärung des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/6869 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE.**

Zu Buchstabe c

Es soll sichergestellt werden, dass wieder eine entsprechende Regelung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ohne Hausbesuch durch den Gutachter nach Aktenlage und gegebenenfalls einer telefonischen Befragung geschaffen wird. Die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 SGB XI sollen wieder per Telefon, digital oder per Videokonferenz durchgeführt werden können. Ein Hausbesuch soll nur dann erfolgen, wenn der Pflegebedürftige dies wünsche oder sich aus Sicht der Pflegeversicherung nach telefonischer, digitaler oder per Videokonferenz erfolgter Beratung im Einzelfall die Notwendigkeit ergebe.

**Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/4669 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.**

Zu Buchstabe d

Zur Gegenfinanzierung sofortiger Leistungsverbesserungen sollen übergangsweise Steuermittel des Bundes eingesetzt werden. Der Steueranteil soll sich mit der Einführung einer stabilen Beitragsfinanzierung sukzessive verringern. Die Beitragsbemessungsgrenze und die Jahresarbeitsentgeltgrenze sollen abgeschafft werden. Ein Jahr später soll die Beitragspflicht Pflichtversicherter von Arbeits- und Renteneinkommen auf alle Einkommensarten, also beispielsweise auch auf Kapitaleinkommen, ausgeweitet werden.

**Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/6546 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und AfD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE.**

### C. Alternativen

Zu den Buchstaben a und b

Ablehnung des Gesetzentwurfs.

Zu Buchstabe c

Annahme des Antrags.

Zu Buchstabe d

Annahme des Antrags.

### D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zu den Buchstaben a und b

#### 1. Bund, Länder und Gemeinden

Bund, Länder und Gemeinden werden laut Gesetzentwurf aufgrund der Beitragssatzerhöhung in ihrer Funktion als Arbeitgeber ab dem Jahr 2023 mit etwa 0,2 Milliarden Euro jährlich belastet. Zusätzlich entstünden 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 ergäben sich aus den Leistungsanpassungen insgesamt Mehrausgaben in Höhe von rund 0,07 Milliarden Euro jährlich. Im Bereich der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ergäben sich Kosten von etwa 0,03 Milliarden Euro im Jahr. Des Weiteren ergäben 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 ergäben sich bei den Beiträgen zur sozialen Pflegeversicherung insgesamt Mehrausgaben in der Größenordnung eines mittleren zweistelligen Millionenbetrags. Für die Träger der Sozialhilfe ergäben sich insbesondere durch die Anhebung der Zuschläge gemäß § 43c des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) ab dem Jahr 2024 jährlich finanzielle Entlastungen in Höhe von rund 200 Millionen Euro.

#### 2. Soziale Pflegeversicherung

Für die soziale Pflegeversicherung ergäben sich aus den Leistungsanpassungen dieses Gesetzes (insbesondere: Anhebung des Pflegegeldes und der Pflegesachleistungen, Anhebung der Zuschläge zur Begrenzung der vollstationären Eigenanteile) mittelfristig jährliche Mehrausgaben von rund 2 Milliarden Euro, denen Minderausgaben von 0,1 Milliarden Euro aufgrund der Absenkung der Verwaltungskostenpauschale sowie im Jahr 2024 Minderausgaben in Höhe von 3,2 Milliarden Euro aufgrund der Verschiebung der Leistungsdynamisierung um ein Jahr gegenüberstünden. Durch die Verschiebung der Zuführung der monatlichen Raten zum Pflegevorsorgefonds für das Jahr 2023 in das Jahr 2024 ergäben 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 entstünden im Jahr 2023 Mehreinnahmen von 3,15 Milliarden Euro sowie ab dem Jahr 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 komme es infolge der Erhöhung des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung ab dem Jahr 2024 zu höheren Rentenausgaben. Im Jahr 2024 beliefen sich diese auf rund 150 Millionen Euro. Bis zum Ende des Mittelfrist-Zeitraums 2027 stiegen die jährlichen zusätzlichen Ausgaben auf rund 700 Millionen Euro an.

Zu den Buchstaben c und d

Die Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand wurden nicht erörtert.

## E. Erfüllungsaufwand

### E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Zu den Buchstaben a und b

Der zusätzliche jährliche Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger beträgt laut Gesetzentwurf etwa 13 000 Euro und 141 000 Stunden. Dazu komme ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 1,35 Millionen Stunden. Dem stünden umfangreiche Einsparungen gegenüber, die nicht konkret beziffert werden könnten. Diese beträfen die Verbesserung der Transparenz für die Versicherten sowie die Einführung eines Anspruchs zur Mitaufnahme des Pflegebedürftigen in die stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung der Pflegeperson.

Zu den Buchstaben c und d

Der Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger wurde nicht erörtert.

### E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Zu den Buchstaben a und b

Der Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft betrage jährlich etwa 21 Millionen Euro, der einmalige Erfüllungsaufwand etwa 81,6 Millionen Euro. Dem stünden jährliche Entlastungen in Höhe von etwa 176 Millionen Euro gegenüber, von denen rund 150 Millionen als Entlastung im Sinne der „One in, One out“-Regel zu berücksichtigen seien.

#### Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Keine.

Zu den Buchstaben c und d

Der Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft wurde nicht erörtert.

### E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Zu den Buchstaben a und b

#### a) Bund

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

#### b) Länder und Kommunen

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

#### c) Sozialversicherung

Der Erfüllungsaufwand für die Sozialversicherung betrage jährlich im Saldo etwa 5 Millionen Euro und einmalig etwa 75,6 Millionen Euro.

Zu den Buchstaben c und d

Der Erfüllungsaufwand der Verwaltung wurde nicht erörtert.

### F. Weitere Kosten

Zu den Buchstaben a und b

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich laut Gesetzentwurf 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 0,07 Milliarden Euro. Mögliche Auswirkungen auf Löhne und Preise, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, seien geringfügig, jedoch nicht konkret abschätzbar.

Zu den Buchstaben c und d

Die weiteren Kosten wurden nicht erörtert.

## **Beschlussempfehlung**

Der Bundestag wolle beschließen,

- a) den Gesetzentwurf auf Drucksache 20/6544 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen;
- b) den Gesetzentwurf auf Drucksache 20/6869 für erledigt zu erklären;
- c) den Antrag auf Drucksache 20/4669 abzulehnen;
- d) den Antrag auf Drucksache 20/6546 abzulehnen.

Berlin, den 24. Mai 2023

## **Der Ausschuss für Gesundheit**

**Dr. Kirsten Kappert-Gonther**  
Stellvertretende Vorsitzende

**Claudia Moll**  
Berichterstatterin

**Erich Irlstorfer**  
Berichterstatter

**Kordula Schulz-Asche**  
Berichterstatterin

**Nicole Westig**  
Berichterstatterin

**Martin Sichert**  
Berichterstatter

**Ates Gürpınar**  
Berichterstatter

## Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege  
(Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)  
– Drucksache 20/6544 –  
mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
<b>Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege</b>	<b>Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege</b>
<b>(Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)</b>	<b>(Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)</b>
Vom ...	Vom ...
Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:
<b>Artikel 1</b>	<b>Artikel 1</b>
<b>Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch</b>	<b>Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch</b>
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:	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:	1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
a) Die Angabe zum Zweiten Kapitel wird wie folgt gefasst:	a) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
„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	



<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
§ 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“.	b) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
c) Die Angabe zu § 55 wird wie folgt gefasst: „§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung“.	c) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
d) Nach der Angabe zu § 59 wird folgende Angabe eingefügt: „§ 59a Berücksichtigung des Beitragsabschlags für Eltern bei der Beitragstragung“.	d) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
e) Die Angabe zu § 113a wird gestrichen.	e) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
f) Nach der Angabe zu § 125a wird folgende Angabe eingefügt: „§ 125b Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege“.	f) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
	<b>g) Nach der Angabe zu § 142 wird folgende Angabe eingefügt: „§ 142a Übergangsregelung für eine telefonische Begutachtung“.</b>
2. In § 7 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 wird die Angabe „§ 18a Absatz 1“ durch die Angabe „§ 18c Absatz 4“ ersetzt.	2. <b>u n v e r ä n d e r t</b>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. § 7a wird wie folgt geändert:	3. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
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 wie folgt gefasst:	
„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 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.“	
	<b>3a. In § 7c Absatz 1a Satz 1 werden die Wörter „bis zum 31. Dezember 2023“ gestrichen.</b>
4. § 8 Absatz 8 wird wie folgt geändert:	4. § 8 wird wie folgt geändert:
	<b>a) Absatz 7 wird wie folgt geändert:</b>
	<b>aa) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:</b>
	<b>„Die Maßnahmen nach Satz 1 werden in den Jahren 2025 bis 2030 mit den in den Jahren 2023 und 2024 nicht in Anspruch genommenen Fördermitteln aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung gefördert. Das verfügbare Fördervolumen in den Jahren 2025 bis 2030 wird zudem um die für Modellvorhaben nach § 123 beanspruchten Mittel des Ausgleichsfonds verringert.“</b>
	<b>bb) Die neuen Sätze 5 und 6 werden durch folgenden Satz ersetzt:</b>
	<b>„Ab dem 1. Juli 2023 sind folgende jährliche Förderzuschüsse möglich:</b>
	<b>1. bei Pflegeeinrichtungen mit bis zu 25 in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Höhe von bis zu 10 000 Euro; dabei werden bis zu 70 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung</b>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	für eine Maßnahme verausgabten Mittel gefördert;
	2. bei Pflegeeinrichtungen ab 26 in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Höhe von bis zu 7 500 Euro; dabei werden bis zu 50 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel gefördert.“
	<b>b) Absatz 8 wird wie folgt geändert:</b>
a) Die Sätze 1 und 2 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:	<b>aa) un verändert</b>
„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.“	
b) Im neuen Satz 6 wird die Angabe „31. März 2019“ durch die Angabe „31. Oktober 2023“ ersetzt.	<b>bb) In dem neuen Satz 6 wird die Angabe „31. März 2019“ durch die Angabe „31. Oktober 2023“ ersetzt.</b>
	<b>cc) In dem neuen Satz 9 wird die Angabe „Satz 7“ durch die Angabe „Satz 8“ ersetzt.</b>
5. § 10 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 Satz 2 wird aufgehoben.	5. un verändert
6. In § 13 Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „Buches“ die Wörter „oder der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches“ eingefügt.	6. un verändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
7. Die Überschrift des Zweiten Kapitels wird wie folgt gefasst:	7. u n v e r ä n d e r t
„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.	8. u n v e r ä n d e r t
9. § 17 wird wie folgt geändert:	9. u n v e r ä n d e r t
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	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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:	10. u n v e r ä n d e r t
„§ 18	
Beauftragung der Begutachtung	
<p>(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.</p>	
<p>(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,</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>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.</p>	
<p>(3) Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller eine Liste zu übersenden, in der mindestens drei unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter zur Auswahl benannt werden,</p>	
<p>1. wenn nach Absatz 1 unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen oder</p>	
<p>2. wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.</p>	
<p>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.</p>	
<p>(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 fünf-</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
ten 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	
<p>(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.</p>	
<p>(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</p>	
<p>1. auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht oder</p>	
<p>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.</p>	
<p>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</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>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.</p>	
<p>(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:</p>	
<p>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;</p>	
<p>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.</p>	



Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>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 pflegefachlich unter Berücksichtigung der Ziele nach Satz 3.</p>	
<p>(4) Im Übrigen erstreckt sich die Begutachtung auf die im Gutachten gemäß § 18b darzulegenden Feststellungen und Empfehlungen.</p>	
<p>(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</p>	
<p>1. Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder</p>	
<p>2. die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde oder</p>	
<p>3. mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart wurde.</p>	
<p>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.</p>	
<p>(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</p>	
<p>1. eine Begutachtung des Antragstellers spätestens innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>2. der Antragsteller vom Medizinischen Dienst oder von der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin oder von 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.</p>	
<p>(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.</p>	
<p>(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.</p>	
<p>(9) Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter soll,</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>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.</p>	
<p>(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.</p>	
<p>(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.</p>	
<p>(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.</p>	
<p style="text-align: center;">§ 18b</p>	
<p style="text-align: center;">Inhalt und Übermittlung des Gutachtens</p>	
<p>(1) Das Gutachten des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter beinhaltet</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>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.</p>	
<p>(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.</p>	
<p>§ 18c</p>	
<p>Entscheidung über den Antrag, Fristen</p>	
<p>(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.</p>	
<p>(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 Be-</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>nehmen 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.</p>	
<p>(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.</p>	
<p>(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</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>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.</p>	
<p>(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 Pflege-Pflichtversicherung 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.</p>	
<p>(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</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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,	



Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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 erfolglosem 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	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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 den 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 vorzu-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
sehen. Personenbezogene Daten dürfen im Rahmen der Modellvorhaben nur verarbeitet werden, wenn die betroffene Person eingewilligt hat.	
<p>(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.“</p>	
11. In § 19 wird in der Überschrift das Wort „Pflegepersonen“ durch das Wort „Pflegeperson“ ersetzt.	11. u n v e r ä n d e r t
12. In § 28 Absatz 1a wird die Angabe „(§ 7a)“ durch die Wörter „gemäß den §§ 7a und 7b“ ersetzt.	12. u n v e r ä n d e r t
13. § 28a wird wie folgt gefasst:	13. u n v e r ä n d e r t
<p style="text-align: center;">„§ 28a</p>	
<p style="text-align: center;">Leistungen bei Pflegegrad 1</p>	
<p style="text-align: center;">Bei Vorliegen des Pflegegrades 1 gewährt die Pflegeversicherung folgende Leistungen:</p>	
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,	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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:	14. § 30 wird wie folgt gefasst:
„§ 30	„§ 30
Dynamisierung	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.	(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 4,5 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.“	(2) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
15. § 31 Absatz 3 wird wie folgt geändert:	15. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
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.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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:	16. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
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:	17. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
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.	18. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
19. In § 53d Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 wird die Angabe „§ 18b“ durch die Angabe „§ 17 Absatz 1c“ ersetzt.	19. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
20. § 55 wird wie folgt geändert:	20. § 55 wird wie folgt geändert:
a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:	a) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
„§ 55	
Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze, Verordnungsermächtigung“.	
b) Absatz 1 Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	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	„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 <b>nach Maßgabe des Absatzes 1a</b> durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates anzupassen.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p><i>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.“</i></p>	
	<p><b>c) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:</b></p>
	<p><b>„(1a) Die Bundesregierung darf den Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 ausschließlich zur mittelfristigen Sicherung der Zahlungsfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung anpassen, 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. Die Rechtsverordnung nach Absatz 1 Satz 2 ist dem Bundestag vor der Zuleitung an den Bundesrat zuzuleiten. Sie kann durch Beschluss des Bundestages geändert oder abgelehnt werden. Der Beschluss des Bundestages wird der Bundesregierung zugeleitet. Hat sich der Bundestag nach Ablauf von drei Sitzungswochen seit Eingang der Rechtsverordnung nicht mit ihr befasst, so wird die unveränderte Rechtsverordnung dem Bundesrat zugeleitet.“</b></p>
<p><b>c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:</b></p>	<p><b>d) Absatz 3 wird durch die folgenden Absätze 3 bis 3d ersetzt:</b></p>
<p>„(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</p>	<p>„(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</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>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. <i>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 Innern und für Heimat sowie dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft ein Verfahren zur Erhebung und zum Nachweis der Anzahl der Kinder bis spätestens zum 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 Abschlüsse nach den Sätzen 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.“</i></p>	<p>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 <b>oder vollendet hätte</b>; 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.</p>
	<p><b>(3a) Die Elterneigenschaft sowie die Anzahl der Kinder unter 25 Jahren müssen gegenüber der beitragsabführenden</b></p>



Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>Stelle, von Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse, nachgewiesen sein, sofern diesen die Angaben nicht bereits bekannt sind. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt Empfehlungen darüber, welche Nachweise geeignet sind.</p>
	<p>(3b) Nachweise für vor dem 1. Juli 2023 geborene Kinder wirken vom 1. Juli 2023 an; erfolgt der Nachweis für zwischen dem 1. April 2023 und dem 30. Juni 2023 geborene Kinder innerhalb von drei Monaten nach der Geburt des Kindes, gilt der Nachweis in Bezug auf den Beitragszuschlag für Kinderlose mit Beginn des Monats der Geburt als erbracht. Nachweise für Kinder, die im Zeitraum vom 1. Juli 2023 bis zum 30. Juni 2025 geboren werden, wirken ab Beginn des Monats der Geburt. Erfolgt der Nachweis für ab dem 1. Juli 2025 geborene Kinder 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; für Nachweise, die im Verfahren nach Absatz 3c Satz 1 abgerufen werden, gilt Satz 2.</p>
	<p>(3c) Um eine einheitliche Rechtsanwendung sicherzustellen und ein möglichst effizientes, schnelles und bürgerfreundliches Verwaltungshandeln zu gewährleisten, wird bis zum 31. März 2025 ein digitales Verfahren zur Erhebung und zum Nachweis der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder entwickelt. Die Bundesregierung berichtet bis zum 31. Dezember 2023 über den Stand der Entwicklung des digitalen Verfahrens.</p>
	<p>(3d) Können die Abschlüsse nach Absatz 3 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 30. Juni 2025 zu erstatten. In dem Zeitraum vom 1. Juli 2023 bis zum 30. Juni 2025 gilt der Nachweis auch dann als erbracht, wenn das Mitglied auf Anforderung der beitragsabführenden Stelle oder der Pflegekasse die erforderlichen</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<b>Angaben zu den berücksichtigungsfähigen Kindern mitteilt.“</b>
d) Absatz 3a wird Absatz 4.	e) Absatz 3a wird Absatz 4 <b>und die Angabe „Satz 2“ wird durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.</b>
e) Der bisherige Absatz 4 wird aufgehoben.	f) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
f) Absatz 5 Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	g) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
„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:	21. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
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.	22. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
23. Nach § 59 wird folgender § 59a eingefügt:	23. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
„§ 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.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
24. § 60 wird wie folgt geändert:	24. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
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:	25. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
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:	26. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
a) Der Wortlaut wird Absatz 1.	
b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:	
<p>„(2) Das entsprechend dem Haushaltsgesetz 2022 der sozialen Pflegeversicherung vom Bund gewährte Darlehen in Höhe von 1 Milliarde Euro ist in Höhe von 0,5 Milliarden Euro bis zum 31. Dezember 2023 und in Höhe von 0,5 Milliarden Euro bis zum 31. Dezember 2028 zurückzuzahlen.“</p>	
27. § 72 Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:	27. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
a) Nummer 4 wird aufgehoben.	
b) Die Nummern 5 und 6 werden die Nummern 4 und 5.	
28. § 75 wird wie folgt geändert:	28. § 75 wird wie folgt geändert:
a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:	a) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
<p>„Sie sind von den Landesverbänden der Pflegekassen zu veröffentlichen.“</p>	
b) Absatz 2 Satz 1 Nummer 10 wird wie folgt gefasst:	b) Absatz 2 Satz 1 Nummer 10 wird wie folgt gefasst:
<p>„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.“</p>	<p>„10. die Anforderungen an die nach § 85 Absatz 3 geeigneten Nachweise zur Darlegung der prospektiven Sach- und Personalaufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Personalbeschaffung <b>sowie geeigneter Qualitätsnachweise für die Anwerbung von Pflegepersonal aus Drittstaaten</b> umfasst.“</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	bei den Vergütungsverhandlungen, soweit nicht von den Richtlinien gemäß § 82c Absatz 4 umfasst.“
c) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:	c) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
„Dies umfasst auch Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte zur Vermeidung des Einsatzes von Fremdpersonal.“	„Dies umfasst auch Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte <b>auf Grundlage einer einrichtungsspezifischen Konzeption, mit denen die vertraglich vereinbarte Personalausstattung bei kurzfristigen Personalausfällen oder vorübergehend nicht besetzbaren Stellen sichergestellt wird.</b> “
29. § 78a wird wie folgt geändert:	29. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
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:	30. § 82c wird wie folgt geändert:
a) Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 2a und 2b eingefügt:	a) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
„(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	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>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.</p>	
<p>(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 den Absätzen 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.“</p>	
<p>b) Dem Absatz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:</p>	<p>b) Dem Absatz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:</p>
<p>„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.“</p>	<p>„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. <b>Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der</b></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p><b>Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene geben, erstmals bis zum 31. Dezember 2023, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe gemeinsame Empfehlungen zu sachlichen Gründen nach Satz 4 ab. § 113c Absatz 4 Satz 2 bis 8 gelten entsprechend.</b></p>
31. In § 84 Absatz 7 Satz 1 werden nach den Wörtern „§ 82c Absatz 1 oder“ die Wörter „Absatz 2a und“ eingefügt.	31. un verändert
32. § 94 wird wie folgt geändert:	32. un verändert
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 Wörter „den §§ 18 bis 18c“ ersetzt.	
33. In § 97 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „18“ durch die Angabe „18 bis 18c“ ersetzt.	33. un verändert
34. § 97d wird wie folgt geändert:	34. un verändert
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 Wörter „den §§ 18 bis 18c“ ersetzt.	
35. In § 111 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 45c“ durch die Wörter „den §§ 45c und 45d“ ersetzt.	35. In § 111 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 45c“ durch die Wörter „den §§ 45c, 45d und 123“ ersetzt <b>und werden nach den Wörtern „§ 8 Absatz 9 Satz 1 und 2“ die Wörter „und § 125b Absatz 2 Satz 2“ eingefügt.</b>
36. § 112 wird wie folgt geändert:	36. un verändert
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,	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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:	37. un verändert
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.	38. un verändert
39. § 113b wird wie folgt geändert:	39. un verändert
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.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
f) Absatz 8 Satz 1 und 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	
<p>„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 den Absätzen 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.“</p>	
40. § 113c wird wie folgt geändert:	40. § 113c wird wie folgt geändert:
a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:	a) <code>u n v e r ä n d e r t</code>
<p>„Als sachlicher Grund nach Satz 1 Nummer 3 gilt unter anderem die Vereinbarung einer personellen Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal, das</p>	
<p>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</p>	
<p>2. für die Zwecke des Modellprojekts nach § 8 Absatz 3b beschäftigt wird.“</p>	
b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	b) <code>u n v e r ä n d e r t</code>
aa) Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:	
<p>„2. kann die Pflegeeinrichtung für die Stellenanteile der personellen Ausstattung, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgeht, auch Pflegehilfskraftpersonal vorhalten,</p>	



Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>a) das eine der folgenden Ausbildungen berufsbegleitend durchläuft:</p>	
<p>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</p>	
<p>bb) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 3 eine Ausbildung nach Teil 2, Teil 3 oder Teil 5 des Pflegeberufgesetzes oder einen Anpassungslehrgang nach § 40 Absatz 3 oder § 41 Absatz 2, Absatz 3, Absatz 4, Absatz 6 oder Absatz 7 des Pflegeberufgesetzes oder</p>	
<p>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.“</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bb) Folgender Satz wird angefügt:	
<p>„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.“</p>	
c) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt geändert:	c) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt geändert:
aa) <i>In Nummer 2 wird das Wort „die“ vor dem Wort „Qualitätsbeauftragte“ gestrichen.</i>	aa) Nummer 2 wird <b>wie folgt gefasst:</b>
	<p><b>„2. besondere Personalbedarfe beispielsweise für die Pflegedienstleitung, für Qualitätsbeauftragte oder für die Praxisanleitung, die zusätzlich zur personellen Ausstattung nach Absatz 1 vereinbart werden können.“</b></p>
bb) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:	bb) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
<p>„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</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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:	d) u n v e r ä n d e r t
„(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. die vorliegenden 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 Familie, Se-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>nioren, 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 Pflege-satzvereinbarung im Sinne von Absatz 1 geschlossen haben, die Zielwerte nach Satz 1 einhalten können und welche Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung durch die Einführung einer bundeseinheitlichen, mindestens zu 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.“</p>	
<p>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.</p>	<p>41. <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>42. § 114c Absatz 1 wird wie folgt geändert:</p>	<p>42. <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>a) In Satz 1 wird das Wort „kann“ durch das Wort „soll“ ersetzt.</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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:	43. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
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.	
	<b>43a. Die §§ 123 und 124 werden wie folgt gefasst:</b>
	<b>„§ 123</b>
	<b>Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier</b>
	<p><b>(1) Im Zeitraum von 2025 bis 2028 fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit bis zu 30 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,</b></p>
	<p><b>1. die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu erleichtern,</b></p>
	<p><b>2. den Zugang zu den vorhandenen Pflege- und Unterstützungsangeboten zu verbessern,</b></p>
	<p><b>3. die Pflegeprävalenz positiv zu beeinflussen,</b></p>
	<p><b>4. den Fachkräftebedarf zu decken sowie ehrenamtliche Strukturen aufzubauen,</b></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	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 60 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,

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	5. nach welchem Verfahren die Fördermittel vergeben, ausgezahlt 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 vier 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 Satz 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.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	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



Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>3. welche Rechtsgrundlagen für eine Umsetzung zu ändern oder zu schaffen wären.</p>
	<p>(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 sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V.</p>
	<p>(4) Die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben werden als Teil der Modellvorhaben entsprechend § 123 gefördert.“</p>
<p>44. In § 125a Satz 1 wird die Angabe „2024“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.</p>	<p>44. un verändert</p>
<p>45. Nach § 125a wird folgender § 125b eingefügt:</p>	<p>45. Nach § 125a wird folgender § 125b eingefügt:</p>
<p>„§ 125b</p>	<p>„§ 125b</p>
<p>Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege</p>	<p>Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege</p>
<p>(1) Beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege eingerichtet. Die Aufgaben des Kompetenzzentrums umfassen:</p>	<p>(1) un verändert</p>
<p>1. regelmäßige Analyse und Evaluation der Umsetzung digitaler Potentiale im Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege,</p>	
<p>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</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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 Pflegeberatende mit geeigneten Maßnahmen.	
<p>(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 Pflegepflichtversicherung 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., dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 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 Pflegeerrat, 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</p>	<p>(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 Pflegepflichtversicherung 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., dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 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 Pflegeerrat, 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</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>(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.</p>	<p>(3) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>(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.</p>	<p>(4) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>(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</p>	<p>(5) u n v e r ä n d e r t</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>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.</p>	
<p>(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen informiert regelmäßig und aktuell über die Aktivitäten und Ergebnisse des Kompetenzzentrums auf einer eigens dafür eingerichteten barrierefreien Internetseite.“</p>	(6) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
<p>46. In § 127 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 wird die Angabe „§ 18“ durch die Wörter „den §§ 18 bis 18c“ ersetzt.</p>	46. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
<p>47. Dem § 134 wird folgender Absatz 3 angefügt:</p>	47. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
<p>„(3) Für Zwecke der Doppelbesteuerungsabkommen gilt das Sondervermögen als in Deutschland ansässige Person, die der deutschen Besteuerung unterliegt.“</p>	
<p>48. § 135 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:</p>	48. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
<p>„(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.“</p>	
	49. <b>Nach § 142 wird folgender § 142a eingefügt:</b>
	<p style="text-align: center;"><b>„§ 142a</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b>Übergangsregelung für eine telefonische Begutachtung</b></p>
	<p><b>(1) Um die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ergänzend oder alternativ zu einer Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich zu ermöglichen, hat der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Richtlinien nach § 17 Absatz 1 unter Berück-</b></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	sichtigung der Maßgaben des Absatzes 2 anzupassen. § 17 Absatz 1 Satz 2 bis 6 findet Anwendung.
	<p>(2) Den Anpassungen nach Absatz 1 sind die Ergebnisse mindestens einer durch den Medizinischen Dienst Bund oder durch einen Medizinischen Dienst nach § 278 des Fünften Buches beauftragten pflegewissenschaftlichen Studie zugrunde zu legen, die fachlich begründete Aussagen dazu trifft, ob, in welchen Fallkonstellationen und jeweils unter welchen Voraussetzungen eine Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch ein strukturiertes telefonisches Interview ergänzend oder alternativ zur Untersuchung des Antragstellers in seinem Wohnbereich erfolgen kann. Die Studien nach Satz 1 haben ebenfalls Aussagen darüber zu beinhalten, ob die Ergebnisse zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch ein strukturiertes telefonisches Interview im Hinblick auf den festzustellenden Pflegegrad und die gutachterlichen Empfehlungen und Stellungnahmen nach dem Zweiten Kapitel den Ergebnissen einer persönlichen Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich gleichzusetzen sind. Eine Begutachtung aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ist ausgeschlossen, wenn</p>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. es sich um eine erstmalige Untersuchung des Antragstellers handelt, in der geprüft wird, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt,</li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. es sich um eine Untersuchung aufgrund eines Widerspruchs gegen eine Entscheidung der Pflegekasse zum festgestellten Pflegegrad handelt,</li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. es sich um eine Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern handelt oder</li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. die der Begutachtung unmittelbar vorausgegangene Begutachtung das Ergebnis enthält, dass Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 Absatz 1 nicht vorliegt.</li> </ol>
	Sowohl Personen- und Altersgruppen als auch Begutachtungsanlässe und Begutachtungssituationen, in denen eine Begutachtung durch ein strukturiertes telefonisches Interview aus fachlicher Sicht entweder nicht oder nur bei Anwe-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>senheit einer weiteren Person, die die antragstellende Person bei der Begutachtung unterstützt, angezeigt ist, sind in den Anpassungen nach Absatz 1 abschließend aufzuführen. Für Fallkonstellationen nach Satz 4 ist eine ergänzende oder alternative Begutachtung aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ausgeschlossen oder, sofern die Anwesenheit einer weiteren Person zur Unterstützung bei der Begutachtung angezeigt ist, nur bei Anwesenheit einer weiteren Person möglich; die Anwesenheit der Unterstützungsperson ist vor Beginn der Begutachtung festzustellen. Gutachterinnen und Gutachter, die strukturierte telefonische Interviews durchführen, müssen über Vorerfahrungen in der Begutachtung mittels persönlicher Untersuchung von Versicherten in deren Wohnbereich verfügen; weitere Einzelheiten zu der Qualifikation von Gutachterinnen und Gutachtern sind in den Anpassungen nach Absatz 1 vorzugeben.</p>
	<p>(3) § 17 Absatz 2 findet Anwendung. Eine Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit wird frühestens am 15. August 2023 wirksam. Die Nichtbeanstandung der nach Absatz 1 angepassten Richtlinien kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Erfüllung dieser Auflagen eine angemessene Frist setzen.</p>
	<p>(4) Mit Wirksamwerden der nach Absatz 1 vorgenommenen Anpassungen der Richtlinien nach § 17 Absatz 1 kann abweichend von den entsprechenden Bestimmungen des Zweiten Kapitels die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad ergänzend oder alternativ zur Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews erfolgen. Der Wunsch des Antragstellers, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, geht einer Begutachtung durch ein strukturiertes telefonisches Interview vor. Der Antragsteller ist über sein Wahlrecht nach Satz 2 durch die Gutachterin oder den Gutachter zu informieren; die Entscheidung des Antragstellers ist im Begutachtungsfeld schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>(5) Der Medizinische Dienst Bund berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2024 über die Erfahrungen der Medizinischen Dienste mit der Durchführung von strukturierten telefonischen Interviews zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und über erforderliche Änderungsbedarfe in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1. Für die Berichterstattung nach Satz 1 beauftragt der Medizinische Dienst Bund eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit der begleitenden Evaluation von Begutachtungen, die auf Grundlage der Anpassungen nach Absatz 1 durchgeführt werden; der Evaluationsbericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich vorzulegen.“</p>
<p style="text-align: center;"><b>Artikel 2</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Artikel 2</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch</b></p>
<p>Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch, das zuletzt durch Artikel 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>	<p>Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch, das zuletzt durch Artikel 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>
<p>1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:</p>	<p>1. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>a) Nach der Angabe zu § 42 werden die folgenden Angaben eingefügt:</p>	
<p style="text-align: center;">„Dritter Titel</p> <p style="text-align: center;">Pflegerische Versorgung bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson</p>	
<p>§ 42a Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson“.</p>	
<p>b) In der bisherigen Angabe zum Dritten Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird das Wort „Dritter“ durch das Wort „Vierter“ ersetzt.</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
c) In der bisherigen Angabe zum Vierten Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird das Wort „Vierter“ durch das Wort „Fünfter“ ersetzt.	
d) In der bisherigen Angabe zum Fünften Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird das Wort „Fünfter“ durch das Wort „Sechster“ ersetzt.	
e) In der bisherigen Angabe zum Sechsten Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird das Wort „Sechster“ durch das Wort „Siebter“ ersetzt.	
2. § 28 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	2. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
a) 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),“.	
b) Nach Nummer 7 wird folgende Nummer 7a eingefügt:	
„7a. Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson (§ 42a),“.	
c) In Nummer 14 wird das Komma am Ende durch die Angabe „gemäß § 35a.“ ersetzt.	
d) Nummer 15 wird Nummer 3a.	
e) Die Nummern 16 und 17 werden aufgehoben.	
3. § 28a wird wie folgt geändert:	3. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
a) Nach Nummer 6 wird folgende Nummer 7 eingefügt:	
„7. Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson gemäß § 42a,“.	
b) Die bisherigen Nummern 7 bis 12 werden die Nummern 8 bis 13.	
4. § 36 Absatz 3 wird wie folgt geändert:	4. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
a) In Nummer 1 wird die Angabe „724“ durch die Angabe „761“ ersetzt.	



Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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.	
5. § 37 Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt geändert:	5. un verändert
a) In Nummer 1 wird die Angabe „316“ durch die Angabe „332“ ersetzt.	
b) In Nummer 2 wird die Angabe „545“ durch die Angabe „573“ ersetzt.	
c) In Nummer 3 wird die Angabe „728“ durch die Angabe „765“ ersetzt.	
d) In Nummer 4 wird die Angabe „901“ durch die Angabe „947“ ersetzt.	
	5a. § 39 wird wie folgt geändert:
	a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:
	„Auf den in Satz 1 genannten Erhöhungsbetrag von bis zu 806 Euro findet § 30 Absatz 1 und 2 entsprechende Anwendung.“
	b) Die folgenden Absätze 4 und 5 werden angefügt:
	<p>„(4) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, die einen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 oder 5 pflegt, der das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, übernimmt die Pflegekasse abweichend von Absatz 1 Satz 1 die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens acht Wochen je Kalenderjahr. Abweichend von Absatz 1 Satz 2 ist es dabei nicht erforderlich, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. In dem in Satz 1 genannten Fall der Verhinderung gilt Absatz 3 Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu zwei Monate nicht überschreiten dürfen. In dem in Satz 1 genannten Fall</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>der Verhinderung kann der Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 abweichend von Absatz 2 sowie Absatz 3 Satz 2 und 4 in Verbindung mit Absatz 2 im Kalenderjahr um bis zu 100 Prozent der Mittel für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 erhöht werden, soweit die Mittel der Kurzzeitpflege in dem Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommen worden sind. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 angerechnet.</p>
	<p>(5) In dem in Absatz 4 Satz 1 genannten Fall der Verhinderung wird abweichend von § 37 Absatz 2 Satz 2 die Hälfte eines bisher bezogenen Pflegegeldes für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr fortgewährt sowie abweichend von § 38 Satz 4 die Hälfte eines vor Beginn der Verhinderungspflege bezogenen anteiligen Pflegegeldes für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr fortgewährt.“</p>
6. § 42 wird wie folgt geändert:	6. § 42 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 werden nach dem Wort „Krisensituationen“ die Wörter „oder anderen Situationen“ eingefügt.	a) u n v e r ä n d e r t
	b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:
	„Auf den in Satz 3 genannten Erhöhungsbetrag von bis zu 1 612 Euro findet § 30 Absatz 1 und 2 entsprechende Anwendung.“
b) Absatz 4 wird aufgehoben.	c) u n v e r ä n d e r t
7. Nach § 42 wird folgender Dritter Titel eingefügt:	7. u n v e r ä n d e r t
„Dritter Titel	
Pflegerische Versorgung bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p style="text-align: center;">§ 42a</p>	
<p style="text-align: center;">Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson</p>	
<p>(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.</p>	
<p>(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.</p>	
<p>(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 Zusam-</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>menhang 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.</p>	
<p>(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.</p>	
<p>(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 er-</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>folgt nach dem durchschnittlichen Gesamtheim-entgelt nach § 87a Absatz 1 Satz 1 aller zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtungen im jeweiligen Land. Das durchschnittliche Gesamtheim-entgelt 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 Gesamtheim-entgelts unmittelbar der Pflegeeinrichtung zu erstatten.</p>	
<p>(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.</p>	
<p>(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, 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 gemeinsamen Empfehlungen sind durch das Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Deutsche Rentenversicherung Bund und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen schließen bis</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
zum 30. Juni 2024 eine Verwaltungsvereinbarung zum Antrags- und Genehmigungsverfahren.	
(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.“	
8. Der bisherige Dritte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird der Vierte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels.	8. un v e r ä n d e r t
9. Der bisherige Vierte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird der Fünfte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels.	9. un v e r ä n d e r t
10. Der bisherige Fünfte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird der Sechste Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels.	10. un v e r ä n d e r t
11. Der bisherige Sechste Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird der Siebte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels.	11. un v e r ä n d e r t
12. § 43c wird wie folgt geändert:	12. un v e r ä n d e r t
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.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
13. § 44a wird wie folgt geändert:	13. un v e r ä n d e r t
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.	
14. § 45b Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt gefasst:	14. un v e r ä n d e r t
„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.“	
15. In § 46 Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „3,2“ durch die Angabe „3“ ersetzt.	15. un v e r ä n d e r t
16. § 108 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	16. un v e r ä n d e r t
a) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	
„Die Pflegekassen unterrichten die Versicherten, indem sie den Versicherten auf Anforderung	
1. eine Übersicht über die in einem Zeitraum von mindestens 18 Monaten vor der Anforderung in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten übermitteln; 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. Auskünfte darüber geben, 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;	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>3. eine Durchschrift der von Leistungserbringenden bei der Pflegekasse eingereichten Abrechnungsunterlagen übermitteln; 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.</p>	
<p>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.“</p>	
<p>b) In dem neuen Satz 3 werden nach dem Wort „Versicherten“ die Wörter „nach diesem Absatz“ eingefügt.</p>	
	<p><b>Artikel 2a</b></p>
	<p><b>Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch</b></p>
	<p><b>Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch, das zuletzt durch Artikel 2 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</b></p>
	<p><b>1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:</b></p>
	<p><b>a) Die Angabe zu § 39 wird wie folgt gefasst:</b></p>
	<p>„§ 39 <b>Verhinderungspflege</b>“.</p>
	<p><b>b) Nach der Angabe zu § 42 werden die folgenden Angaben eingefügt:</b></p>
	<p><b>„Dritter Titel</b></p>
	<p><b>Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege</b></p>



Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	§ 42a
	Gemeinsamer Jahresbetrag“.
	c) In der bisherigen Angabe zu § 42a wird die Angabe „§ 42a“ durch die Angabe „§ 42b“ ersetzt.
	d) In der bisherigen Angabe zum Dritten Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird das Wort „Dritter“ durch das Wort „Vierter“ ersetzt.
	e) In der bisherigen Angabe zum Vierten Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird das Wort „Vierter“ durch das Wort „Fünfter“ ersetzt.
	f) In der bisherigen Angabe zum Fünften Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird das Wort „Fünfter“ durch das Wort „Sechster“ ersetzt.
	g) In der bisherigen Angabe zum Sechsten Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird das Wort „Sechster“ durch das Wort „Siebter“ ersetzt.
	h) In der bisherigen Angabe zum Siebten Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird das Wort „Siebter“ 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) In Nummer 7 wird die Angabe „(§ 42)“ durch die Wörter „(§ 42 in Verbindung mit § 42a)“ ersetzt.
	c) In Nummer 7a wird die Angabe „(§ 42a)“ durch die Angabe „(§ 42b)“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	4. In § 28a Nummer 7 wird die Angabe „§ 42a“ durch die Angabe „§ 42b“ ersetzt.
	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. In § 37 Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „für bis zu acht Wochen“ gestrichen und werden die Wörter „für bis zu sechs Wochen“ durch die Wörter „jeweils für bis zu acht Wochen“ ersetzt.
	7. In § 38 Satz 4 werden die Wörter „für bis zu acht Wochen“ gestrichen und werden die Wörter „für bis zu sechs Wochen“ durch die Wörter „jeweils für bis zu acht Wochen“ ersetzt.
	8. § 39 wird wie folgt gefasst:
	„§ 39
	<b>Verhinderungspflege</b>
	<p>(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 vor Durchführung der Ersatzpflege 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.</p>
	<p>(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.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>(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.“</p>
	<p>9. § 42 Absatz 2 wird wie folgt geändert:</p>
	<p>a) 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.</p>
	<p>b) Die Sätze 3 bis 5 werden aufgehoben.</p>
	<p>10. Nach § 42 wird folgender Dritter Titel eingefügt:</p>
	<p style="text-align: center;"><b>„Dritter Titel</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b>Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b>§ 42a</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b>Gemeinsamer Jahresbetrag</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b>(1) Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 haben Anspruch auf Leistungen</b></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>der Verhinderungspflege nach Maßgabe des § 39 sowie Leistungen der Kurzzeitpflege nach Maßgabe des § 42 in Höhe eines Gesamtleistungsbetrages von insgesamt bis zu 3 539 Euro je Kalenderjahr (Gemeinsamer Jahresbetrag).</p>
	<p>(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. Die Anzeige gilt als erfolgt, wenn die zur Kostenerstattung im Rahmen der Verhinderungspflege erforderlichen Nachweise und Unterlagen innerhalb dieses Zeitraums bei der Pflegekasse eingereicht worden sind und die Pflegeeinrichtung hierüber nachweisbar sichere Kenntnis hat. 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.</p>
	<p>(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.“</p>
	<p>11. Der bisherige Dritte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird der Vierte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	12. Der bisherige § 42a wird § 42b.
	13. Der bisherige Vierte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird der Fünfte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels.
	14. Der bisherige Fünfte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird der Sechste Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels.
	15. Der bisherige Sechste Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird der Siebte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels.
	16. Der bisherige Siebte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird der Achte Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels.
	17. Dem § 144 wird folgender Absatz 6 angefügt:
	<p>„(6) Die Leistungsbeträge, die für Leistungen der Verhinderungspflege gemäß § 39 sowie für Leistungen der Kurzzeitpflege gemäß § 42 im Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis einschließlich zum 30. Juni 2025 verbraucht worden sind, werden auf den Leistungsbetrag des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a für das Kalenderjahr 2025 angerechnet.“</p>
<b>Artikel 3</b>	<b>Artikel 3</b>
<b>Änderung des Mikrozensusgesetzes</b>	<b>u n v e r ä n d e r t</b>
<p>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:</p>	
<p>„hh) Höhen der Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung,“.</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<b>Artikel 4</b>	<b>Artikel 4</b>
<b>Änderung des Sozialgerichtsgesetzes</b>	<b>u n v e r ä n d e r t</b>
<p>Das Sozialgerichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), das zuletzt durch Artikel 13 Absatz 1 des Gesetzes vom 10. März 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 64) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>	
<p>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.</p>	
<p>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.</p>	
<b>Artikel 5</b>	<b>Artikel 5</b>
<b>Änderung der Beitragsverfahrensverordnung</b>	<b>u n v e r ä n d e r t</b>
<p>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:</p>	
<p>1. § 2 Absatz 2 wird wie folgt geändert:</p>	
<p>a) In Satz 3 werden nach dem Wort „Pflegeversicherung“ die Wörter „nach § 55 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.</p>	
<p>b) Folgender Satz wird angefügt:</p>	
<p>„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.“</p>	
<p>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.</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 6	Artikel 6
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	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:	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:	1. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „pflegende Angehörige“ durch die Wörter „Pflegepersonen 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 § 42a 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 § 42a 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 § 42a 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.	2. u n v e r ä n d e r t
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.	3. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
4. § 40 wird wie folgt geändert:	4. u n v e r ä n d e r t
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:	
<p>„(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 § 42a 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 § 42a 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</p>	



Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, unverzüglich geeignete Einrichtungen, sofern die Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 42a 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.	5. un verändert
6. § 60 Absatz 5 wird wie folgt geändert:	6. un verändert
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:	7. un verändert
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.	
	<b>7a. § 120 Absatz 3b wird wie folgt geändert:</b>
	a) In Satz 3 Nummer 5 werden die Wörter „oder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Absatz 1“ gestrichen.
	b) In Satz 4 werden nach den Wörtern „ein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wurde“ die Wörter „oder zu diesem Zeitpunkt keine Notdienstpraxis in oder an dem jeweiligen Krankenhaus gemäß § 75 Absatz 1b Satz 3 in unmittelbarer Nähe geöffnet ist“ eingefügt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	7b. § 132a Absatz 4 wird wie folgt geändert:
	a) In Satz 1 wird das Wort „Krankenkassen“ durch die Wörter „die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich“ ersetzt.
	b) Nach Satz 7 wird folgender Satz eingefügt:
	„Bei nicht tarifgebundenen oder nicht an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Leistungserbringern gilt § 82c Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches entsprechend.“
	c) In dem neuen Satz 9 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 7“ ersetzt.
	d) Der neue Satz 11 wird wie folgt gefasst:
	„Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesamt für Soziale Sicherung innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen bestimmt; Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung der Schiedsperson durch das Bundesamt für Soziale Sicherung haben keine aufschiebende Wirkung.“
	7c. In § 275b Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „Satz 14“ durch die Angabe „Satz 15“ ersetzt.
8. Dem § 341 wird folgender Absatz 8 angefügt:	8. un verändert
„(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.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<b>Artikel 6a</b>
	<b>Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b>
	<b>Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch, das zuletzt durch Artikel 6 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</b>
	1. In § 23 Absatz 5a wird jeweils die Angabe „§ 42a“ durch die Angabe „§ 42b“ ersetzt.
	2. In § 40 Absatz 3a wird jeweils die Angabe „§ 42a“ durch die Angabe „§ 42b“ ersetzt.
<b>Artikel 7</b>	<b>Artikel 7</b>
<b>Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch</b>	<b>u n v e r ä n d e r t</b>
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.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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.“	
<b>Artikel 8</b>	<b>Artikel 8</b>
<b>Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch</b>	<b>u n v e r ä n d e r t</b>
In § 2 Absatz 1 Nummer 17 des Siebten Buches 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.	
<b>Artikel 9</b>	<b>Artikel 9</b>
<b>Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes</b>	<b>u n v e r ä n d e r t</b>
§ 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.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<b>Artikel 9a</b>
	<b>Änderung des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit</b>
	<b>In § 282 Absatz 1 des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit vom 17. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2586, 2587), das zuletzt durch Artikel 22 des Gesetzes vom 22. Februar 2023 (BGBl. I Nr. 51) geändert worden ist, wird die Angabe „§ 18“ durch die Angabe „§ 18b“ ersetzt.</b>
<b>Artikel 10</b>	<b>Artikel 10</b>
<b>Inkrafttreten</b>	<b>Inkrafttreten</b>
(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 4 am 1. Juli 2023 in Kraft.	(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 5 am 1. Juli 2023 in Kraft.
(2) Artikel 1 Nummer 47 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2023 in Kraft.	(2) Artikel 1 Nummer 47 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2023 in Kraft.
(3) Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe a, Nummer 2, 3 Buchstabe a, Nummer 7 bis 11, 15, 18, 19, 32 bis 34, 43 Buchstabe a und Nummer 46, Artikel 4, 6 Nummer 3 <i>und</i> Artikel 8 treten am ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in Kraft.	(3) Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe a, Nummer 2, 3 Buchstabe a, Nummer 7 bis 11, 15, 18, 19, 32 bis 34, 43 Buchstabe a und Nummer 46, <b>die</b> Artikel 4, 6 Nummer 3 <b>sowie die</b> Artikel 8 <b>und 9a</b> treten am ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in Kraft.
(4) Artikel 2, 3, 6 Nummer 1, 2 und 4 bis 7 und Artikel 7 Nummer 1 treten am 1. Januar 2024 in Kraft.	(4) <b>Die</b> Artikel 2, 3, 6 Nummer 1, 2 und 4 bis 7 und Artikel 7 Nummer 1 treten am 1. Januar 2024 in Kraft.
	<b>(5) Die Artikel 2a und 6a treten am 1. Juli 2025 in Kraft.</b>

## Bericht der Abgeordneten Claudia Moll, Erich Irlstorfer, Kordula Schulz-Asche, Nicole Westig, Martin Sichert und Ates Gürpinar

### A. Allgemeiner Teil

#### I. Überweisung

Zu den Buchstaben a und d

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 20/6544** und den Antrag auf **Drucksache 20/6546** in seiner 100. Sitzung am 27. April 2023 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Den Gesetzentwurf auf Drucksache 20/6544 hat er zudem zur Mitberatung an den Rechtsausschuss, den Ausschuss für Arbeit und Soziales, den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, den Ausschuss für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz, den Ausschuss für Digitales und den Ausschuss für Wohnen, Stadtentwicklung, Bauwesen und Kommunen überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung und zur Beratung nach § 96 GO an den Haushaltsausschuss überwiesen. Den Antrag auf Drucksache 20/6546 hat er zur Mitberatung an den Haushaltsausschuss überwiesen.

Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 20/6869** in seiner 105. Sitzung am 24. Mai 2023 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Zudem hat er ihn zur Mitberatung an den Rechtsausschuss, den Ausschuss für Arbeit und Soziales, den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, den Ausschuss für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz, den Ausschuss für Digitales und den Ausschuss für Wohnen, Stadtentwicklung, Bauwesen und Kommunen überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung und zur Beratung nach § 96 GO an den Haushaltsausschuss überwiesen.

Zu Buchstabe c

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 20/4669** in seiner 73. Sitzung am 1. Dezember 2022 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Ferner hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Arbeit und Soziales und den Ausschuss für Digitales überwiesen.

#### II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu den Buchstaben a und b

Auf der Basis von im Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP für diese Legislaturperiode vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der Pflege sollen laut Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Buchstabe a) sowie des inhaltsgleichen Gesetzentwurfs der Bundesregierung (Buchstabe b) 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 Pflegenden verbessert sowie die Potenziale der Digitalisierung für Pflegebedürftige und für Pflegenden noch besser nutzbar gemacht werden. Dabei seien 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 seien Maßnahmen zur Verbesserung der Einnahmensituation der sozialen Pflegeversicherung unumgänglich. Zudem sei aufgrund des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 der Gesetzgeber gehalten, bis spätestens zum 31. Juli 2023 das Beitragsrecht der sozialen

Pflegeversicherung im Hinblick auf die Berücksichtigung des Erziehungsaufwands von Eltern verfassungskonform auszugestalten.

Zur Erfüllung der oben genannten Ziele sehen die inhaltsgleichen Gesetzentwürfe insbesondere folgende Maßnahmen vor: Zur Absicherung bestehender Leistungsansprüche der sozialen Pflegeversicherung und der im Rahmen dieser Reform vorgesehenen Leistungsanpassungen soll der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung zum 1. Juli 2023 moderat um 0,35 Prozentpunkte angehoben werden. Die finanzielle Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung in den letzten Jahren habe gezeigt, dass sich kurzfristig ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf ergeben könne und dass die grundsätzlich vorgesehene, gesetzliche Anpassung des Beitragssatzes in diesen Fällen eine zu lange Vorlaufzeit haben könne. Deshalb werde für den Fall eines kurzfristigen Liquiditätsbedarfs zusätzlich eine Rechtsverordnungsermächtigung für die Bundesregierung zur Anpassung des Beitragssatzes ergänzt. Zudem werde die Rückzahlung der Liquiditätshilfe des Bundes an den Ausgleichsfonds von 1 Milliarden Euro nunmehr bis spätestens zum 31. Dezember 2023 zur Hälfte erfolgen. Die verbleibenden 500 Millionen Euro sollen bis spätestens zum 31. Dezember 2028 zurückgezahlt werden. Um die häusliche Pflege zu stärken, soll das Pflegegeld zum 1. Januar 2024 um 5 Prozent erhöht werden. Angesichts lohnbedingt steigender Pflegevergütungen ambulanter Pflegeeinrichtungen sollen ebenso die ambulanten Sachleistungsbeträge zum 1. Januar 2024 um 5 Prozent erhöht werden. Die Regelungen zum Pflegeunterstützungsgeld werden zudem angepasst. Nachdem zum 1. Januar 2022 Leistungszuschläge eingeführt worden seien, um die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Eigenanteile in der vollstationären pflegerischen Versorgung zu reduzieren, sollen diese Leistungszuschläge ab dem 1. Januar 2024 nochmals um 5 bis 10 Prozentpunkte erhöht werden. Ferner soll der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 zur Berücksichtigung des Erziehungsaufwands von Eltern im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung umgesetzt werden. Hierfür soll der Kinderlosenzuschlag um 0,25 Beitragssatzpunkte auf 0,6 Beitragssatzpunkte angehoben werden. Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung mit mehreren Kindern werden ab dem zweiten 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, entlastet.

Der Bundesrat hat in seiner 1033. Sitzung am 12. Mai 2023 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes Stellung zu nehmen (Drucksache 20/6869).

Dazu hat die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung auf Drucksache 20/6869 Stellung genommen.

Der Nationale Normenkontrollrat (NKR) hat gemäß § 6 Absatz 1 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates (NKR) auf NKR-Nr. 6656 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 20/6869 Stellung bezogen. Er kommt zu dem Schluss, dass die Darstellung der Regelungsfolgen nicht in jeder Hinsicht nachvollziehbar/methodengerecht ist.

Zu Buchstabe c

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und gegebenenfalls die Einstufung in einen der fünf Pflegegrade erfolgt laut Antrag gemäß dem Ergebnis einer Begutachtung. Im Bereich der sozialen Pflegeversicherung werde die Begutachtung auf Anforderung durch die Pflegekasse durch den Medizinischen Dienst durchgeführt, im Bereich der privaten Pflegepflichtversicherung durch die Medicproof GmbH. Die Einstufungskriterien seien in beiden Systemen gleich. Die Einstufung könne auf Antrag des Versicherten oder auf Veranlassung der Versicherung mittels einer erneuten Begutachtung überprüft werden. Aufgrund der im Rahmen der Corona-Pandemie-Maßnahmen eingeführten Sonderregelungen seien die Wiederholungsgutachten ausgesetzt worden und die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sei ohne Hausbesuch durch den Gutachter nach Aktenlage und gegebenenfalls nach einer telefonischen Befragung möglich. Diese Regelung sei am 31. März 2022 ausgelaufen.

Nach dem Willen der Antragsteller soll sichergestellt werden, dass eine entsprechende Regelung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ohne Hausbesuch durch den Gutachter nach Aktenlage und gegebenenfalls einer telefonischen Befragung für Fälle, in denen der Versicherte nicht ausdrücklich einen Hausbesuch wünsche, wieder geschaffen werde. Außerdem sollten Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 SGB XI wieder per Telefon, digital oder per Videokonferenz durchgeführt werden können. Ein Hausbesuch solle nur dann erfolgen, wenn der Pflegebedürftige dies wünsche oder sich aus Sicht der Pflegeversicherung nach telefonischer, digitaler oder per Videokonferenz durchgeführten Beratung im Einzelfall die Notwendigkeit ergebe.

Zu Buchstabe d

Der finanzielle Zustand der sozialen Pflegeversicherung ist laut Antrag miserabel. Obwohl sich diese Situation seit längerem zuspitze, bleibe die Bundesregierung bislang untätig. Nun lege sie einen Gesetzentwurf vor, der auf Kosten der Beitragszahlenden die Pflegeversicherung kurzfristig zu stabilisieren versuche. Damit bleibe sie ein Konzept für eine nachhaltige und gerechte Finanzierung schuldig. Es sei daher notwendig, eine Alternative aufzuzeigen zu einerseits reinen Beitragserhöhungen, die im Wesentlichen Gering- und Durchschnittsverdienende belasteten, und zu andererseits einer dauerhaften Steuerfinanzierung, die dazu führen würde, dass das Bundesministerium der Finanzen künftig stets mitentscheiden würde, wie viel Pflege bezahlt werde. Neben der finanziellen Sanierung der Pflegeversicherung brauche es auch bessere Leistungen für die Versicherten und bessere Löhne für die in der Pflege Beschäftigten. Die Dringlichkeit sei geboten, da der Pflegebedarf in der Gesellschaft zunehme. Die Voraussetzung für all dies sei eine zukunftsfähige Finanzierung der Pflegeversicherung. Sie müsse endlich ein stabileres Fundament erhalten und brauche nicht nur Notreparaturen.

Die Antragsteller fordern, zur Gegenfinanzierung sofortiger Leistungsverbesserungen übergangsweise Steuermittel des Bundes einzusetzen. Der Steueranteil solle sich sukzessive mit der Einführung einer stabilen Beitragsfinanzierung reduzieren. Die Beitragsbemessungsgrenze und die Jahresarbeitsentgeltgrenze (Versicherungspflichtgrenze) sollten abgeschafft werden. Ein Jahr später solle die Beitragspflicht Pflichtversicherter von lediglich Arbeits- und Renteneinkommen auf alle Einkommensarten ausgeweitet. Auch solle die private Pflegeversicherung in den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung einbezogen werden. Damit sollten die unterschiedlichen Ausgaben pro Versicherten zwischen der privaten und sozialen Pflegeversicherung ausgeglichen werden.

### III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a

Der **Rechtsausschuss** hat in seiner 58. Sitzung am 24. Mai 2023 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE. beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/6544 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 50. Sitzung am 24. Mai 2023 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE. beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/6544 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung zu empfehlen. Außerdem hat er einen Bericht nach § 96 GO-BT abgegeben.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 48. Sitzung am 24. Mai 2023 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE. beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/6544 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 39. Sitzung am 24. Mai 2023 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE. beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/6544 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz** hat in seiner 43. Sitzung am 24. Mai 2023 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE. beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/6544 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Digitales** hat in seiner 39. Sitzung am 24. Mai 2023 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE. beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/6544 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Wohnen, Stadtentwicklung, Bauwesen und Kommunen** hat in seiner 44. Sitzung am 24. Mai 2023 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen



der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE. beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/6544 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung zu empfehlen.

Zu Buchstabe b

Der **Rechtsausschuss**, der **Haushaltsausschuss**, der **Ausschuss für Arbeit und Soziales**, der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend**, der **Ausschuss für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz**, der **Ausschuss für Digitales** sowie der **Ausschuss für Wohnen, Stadtentwicklung, Bauwesen und Kommunen** haben in ihren jeweiligen Sitzungen am 24. Mai 2023 den Gesetzentwurf auf Drucksache 20/6869 jeweils einvernehmlich für erledigt erklärt.

Der **Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung** hat sich gemäß Einsetzungsantrag auf Drucksache 20/696 in seiner 38. Sitzung am 24. Mai 2023 mit dem Gesetzentwurf auf Drucksache 20/6869 befasst und ist in seiner gutachtlichen Stellungnahme zu dem Ergebnis gekommen, dass die Darstellung der Nachhaltigkeitsprüfung plausibel und eine Prüfbitte daher nicht erforderlich ist (Ausschussdrucksache 20(26)62-9).

Zu Buchstabe c

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 48. Sitzung am 24. Mai 2023 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/4669 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Digitales** hat in seiner 39. Sitzung am 24. Mai 2023 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/4669 zu empfehlen.

Zu Buchstabe d

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 50. Sitzung am 24. Mai 2023 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und AfD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/6546 zu empfehlen.

#### IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Zu den Buchstaben a bis d

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 67. Sitzung am 10. Mai 2023 seine Beratungen zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 20/6544 (Buchstabe a) aufgenommen und beschlossen, eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

Zum Antrag auf Drucksache 20/4669 (Buchstabe c) hat er bereits in seiner 52. Sitzung am 25. Januar 2023 seine Beratungen aufgenommen und beschlossen, eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

Zum Antrag auf Drucksache 20/6546 (Buchstabe d) hat er in seiner 64. Sitzung am 26. April 2023 vorbehaltlich der Überweisung der Vorlage durch das Plenum beschlossen, eine öffentliche Anhörung durchzuführen. Seine Beratungen zu dieser Vorlage hat er in der 67. Sitzung am 10. Mai 2023 aufgenommen.

Die öffentliche Anhörung zu allen drei Vorlagen fand in der 68. Sitzung am 10. Mai 2023 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: AWO Bundesverband e. V., Bundesarbeitgeberverband der Personaldienstleister e. V. (BAP), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e. V. (BAGSO), Bundesverband der kommunalen Spitzenverbände, Bundesverband Gesundheits-IT e. V. (bvitg), Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED), Deutsche Rentenversicherung, Deutsche Stiftung Patientenschutz, Deutscher Caritasverband e. V., Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V., Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V. (EWDE), Familienbund der Katholiken (FDK), GKV-Spitzenverband, Medizinischer Dienst Bund KöR, Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), Sozialverband VdK Deutschland e. V., ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Verband privater

Krankenversicherung e. V. (PKV), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), wir pflegen – Interessenvertretung und Selbsthilfe pflegender Angehöriger e. V. Als namentlich benannte Sachverständige wurden eingeladen: Ulrike Elsner (Vorstandsvorsitzende Verband der Ersatzkassen (vdek)), Dr. Gerald Gaß (Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)), Prof. Dr. Christian Hagist (WHU – Otto Beisheim School of Management), Anja Ortelt (Kinderkrankenschwester und Pflegeberaterin), Dr. Carola Reimann (Vorstandsvorsitzende AOK-Bundesverband), Prof. Dr. Heinz Rothgang (SOCIMUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik Universität Bremen). Auf das Protokoll der Anhörung und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen wird verwiesen.

Zum Antrag auf Drucksache 20/4669 lag dem Ausschuss eine Petition vor. Diese wurde in die Beratungen einbezogen.

Der Ausschuss hat in seiner 69. Sitzung am 24. Mai 2023 seine Beratungen zu den drei Vorlagen fortgesetzt und abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE., den Gesetzentwurf auf Drucksache 20/6544 in der vom Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Weiter empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE., den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 20/6869 für erledigt zu erklären.

Weiter empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 20/4669 abzulehnen.

Ferner empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und AfD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE., den Antrag auf Drucksache 20/6546 abzulehnen.

### **Änderungsanträge**

Dem Ausschuss für Gesundheit haben Änderungsanträge der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP auf Ausschussdrucksache 20(14)101.3 vorgelegen.

Die Änderungsanträge 1 bis 5 und 7 bis 10 auf Ausschussdrucksache 20(14)101.3 wurden mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD angenommen.

Der Änderungsantrag 6 auf Ausschussdrucksache 20(14)101.3 wurde mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD angenommen.

Ferner hat die Fraktion der CDU/CSU zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 20/6544 vier Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 20(14)101.1 mit folgendem Inhalt vorgelegt:

#### Änderungsantrag 1

##### Zu Artikel 2 Nummer 7a – neu - und Artikel 10 (§ 42b des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

*(Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege)*

*1. Nach Artikel 2 Nummer 7 wird die folgende Nummer 7a eingefügt:*

*,7a. Nach § 42a wird der folgende § 42b eingefügt:*

*„§ 42b*

*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.“

2. In Artikel 2 werden zusätzlich die notwendigen Folgeänderungen analog des Referentenentwurfes zum PUEG zum gemeinsamen Jahresbetrag in der Inhaltsübersicht, der Titel sowie den §§ 7b, 28, 39, 42 und 45b ergänzt.

3. In Artikel 10 wird folgender Absatz angefügt:

„(5) Artikel 2 Nummer 7a und die notwendigen Folgeänderungen nach 2. treten am 1. Januar 2024 in Kraft.“

#### Begründung

Die Stärkung der häuslichen Pflege ist ein zentrales Element, um die Herausforderungen in der Zukunft in der Pflege zu bewältigen. Eine vollstationäre Unterbringung kann dadurch vermieden oder hinausgezögert werden. Pflege in der Familie muss daher flexibel und unbürokratisch möglich sein.

Der im Referentenentwurf des PUEG seinerzeit vorgesehene gemeinsame Jahresbetrag für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege kann dazu einen wichtigen Beitrag leisten und ist daher ein wichtiges Instrument.

Mit diesem Änderungsantrag wird diese zunächst im Gesetzentwurf enthaltene, jedoch im weiteren Verlauf wieder entfallene Regelung wieder in das Gesetz aufgenommen.

Diese Regelung eröffnet insbesondere Eltern mit einem zu pflegenden, behinderten Kind flexible Möglichkeiten, um zum Beispiel eine dringend notwendige Erholung zu verwirklichen.

#### Änderungsantrag 2

Zu Artikel 1 Nummer 20 (§ 55 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

(Verordnungsermächtigung)

Artikel 1 Nummer 20 Buchstaben a und b werden gestrichen.

#### Begründung

Mit dieser Änderung wird die bislang vorgesehene Verordnungsermächtigung mit der die Bundesregierung ermächtigt wird, den Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates anzupassen, wieder gestrichen.

Eine Beitragssatzanpassung muss – wie bislang - weiter aufgrund ihrer weitgehenden Bedeutung und Folgen dem Parlament vorbehalten sein.

#### Änderungsantrag 3

Zu Artikel 1 Nummer 10 (§ 18a des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

(Strukturierte telefonische Begutachtung)

Artikel 1 Nummer 10 § 18a Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 5 wird am Ende der Punkt durch ein „und“ ersetzt.

b) In Satz 5 wird die folgende Nummer 3 eingefügt:

„3. sofern keine erstmalige Pflegebedürftigkeit festgestellt wird, in geeigneten Fällen eine ortsunabhängige Begutachtung per Telefon oder mit Hilfe anderer digitaler Kommunikationsmittel durchgeführt werden kann und der Versicherte dem zugestimmt hat.“

c) In Satz 8 wird nach „Nummer 2“ die Angabe „und 3“ eingefügt.

#### Begründung

Die ortsunabhängige strukturierte Begutachtung mit Hilfe des Telefons oder anderer digitaler Kommunikationsmittel hat sich in der Vergangenheit, insbesondere in der Corona Pandemie bewährt.

Diese Art von Begutachtung bietet in bestimmten Fällen, insbesondere für Höherstufungsanträge bei fortschreitenden chronischen Erkrankungen oder Wiederholungsbegutachtungen ein adäquates Mittel, um zum einen eine sachgerechte Begutachtung zu ermöglichen, zum anderen aber auch einen effizienten Personaleinsatz auf Seiten des Medizinischen Dienstes zu erreichen.

Das Nähere, insbesondere zu den geeigneten Fällen konkretisiert der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen.

#### Änderungsantrag 4

Zu Artikel 1 Nummer 1 und 43a – neu - (§§ 123, 124 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

*(Modellvorhaben innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige vor Ort und im Quartier)*

1. Artikel 1 Nummer 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach dem Buchstabe e) in der Inhaltsübersicht werden die Buchstaben f) und g) eingefügt:

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

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

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“

b) Der bisherige Buchstabe f) wird zu Buchstabe h)

2. Nach Artikel 1 Nummer 43 wird die folgende Nummer 43a eingefügt:

„43a. Die §§ 123 und 124 werden durch die folgenden §§ 123 und 124 ersetzt:

„§ 123

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

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

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

(3) Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt eine Förderung der in Absatz 1 genannten Zwecke durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. Der Zuschuss wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss, der vom Land oder von der kommunalen

Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, sodass insgesamt ein Fördervolumen von 100 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht wird.

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

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

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

(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die in Absatz 1 genannten Zwecke. In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, welchen Anforderungen die Einbringung von Zuschüssen der kommunalen Gebietskörperschaften als Personal- oder Sachmittel genügen muss und dass jeweils im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der in Absatz 1 genannten Zwecke Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit unter Beteiligung der Länder. Sie sind dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2023 vorzulegen. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen.

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

#### § 124

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

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

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

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

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

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

#### *Begründung*

*Zu 1:*

*Folgeänderung im Inhaltsverzeichnis durch Einfügung Nr. 2.*

*Zu 2:*

*Mit diesem Änderungsantrag wird das zunächst im Referentenentwurf enthaltene, jedoch im weiteren Verlauf entfallene Förderprogramm für Modellvorhaben in leicht modifizierter Form wieder in das Gesetz aufgenommen. Angesichts des demographischen Wandels und des Fachkräftemangels in der Pflege ist absehbar, dass vielerorts eine Anpassung der bestehenden pflegerischen Organisationsstrukturen – insbesondere in der Langzeitpflege – für eine adäquate, pflegerische Versorgung notwendig sind. Gerade die Kommunen stehen vor enormen Herausforderungen, erforderliche Pflege- und Unterstützungsangebote vor Ort für Pflegebedürftige und deren Angehörige sicherzustellen. Da Kommunen die Bedürfnisse der Menschen sowie Versorgungsstrukturen und Akteure vor Ort am besten kennen, sind sie der Schlüssel für eine zukünftig flächendeckend und niedrigschwellig organisierte, bedarfsgerechte Pflege, durch auf die regionalen Bedürfnisse und Strukturen ausgerichtete Lösungen für eine moderne Pflege. Nur sie können einen wohnortnahen, an den Bedarfen ausgerichteten Versorgungsmix vor Ort organisieren und eine Pflegekultur als „caring Community“ etablieren.*

*Um älteren hilfe- und pflegebedürftigen Menschen auch zukünftig möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben im vertrauten Umfeld zu ermöglichen und um pflegende Angehörige zu entlasten, ist die regional ausgerichtete Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur und Erprobung entsprechender, neuer Versorgungsansätze unerlässlich.*

*Zur Unterstützung der Kommunen bei dieser Umstrukturierung sowie zur Erarbeitung und Erprobung innovativer Versorgungsansätze wird daher das im Referentenentwurf des PUEG seinerzeit vorgesehene Förderprogramm für gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier - im Hinblick auf die Finanzierung in leicht modifizierter Form wieder - aufgenommen. Dies entspricht auch der Positionierung des Bundesrats (vgl. Bundesratsdrucksache 165/1/23 Nr. 29).*

*Die wissenschaftliche Begleitung geförderter Modellprojekte soll auch Aufschluss darüber geben, inwiefern das jeweilige Modell auch auf andere Regionen übertragbar und eine Fortführung der Modelle im Rahmen einer geregelten Finanzierung abbildbar ist.*

*Die vier Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 20(14)101.1 wurden mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der CDU/CSU bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und DIE LINKE. abgelehnt.*

*Zudem hat die Fraktion DIE LINKE. zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 20/6544 einen Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 20(14)101.2 mit folgendem Inhalt vorgelegt:*

*1. § 30, Dynamisierung (1) wird wie folgt geändert*

*(1) Die im Vierten Kapitel dieses Buches benannten Beträge für die Leistungen der Pflegeversicherung steigen rückwirkend zum 1. Januar 2023 um 20 Prozent und ab dem 1. Januar 2024 jährlich in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate der letzten zwölf Monate, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen.*

### Begründung

*Im Gesetzentwurf zum PUEG betonen die einbringenden Koalitionsfraktionen, dass mit den Veränderungen vor allem „die häusliche Pflege gestärkt und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sowie andere Pflegepersonen entlastet werden“ sollen. Dieses Versprechen kann das vorliegende Gesetz aber aus mehreren Gründen nicht einlösen. Ein umfassender Umbau der finanziellen Absicherung in der häuslichen Pflege wäre notwendig. Da die Bundesregierung nicht gewillt scheint, dies anzugehen, sollten zumindest die bestehenden Leistungen auskömmlich sein, da Pflegehaushalte ansonsten massive Verschlechterungen hinnehmen müssen.*

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 20(14)101.2 wurde mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen AfD und DIE LINKE. abgelehnt.

### **Fraktionsmeinungen**

Die **Fraktion der SPD** warb um Zustimmung. Mit dem Gesetz stärke man die häusliche Pflege. Schon ab dem Jahr 2024 würden 100 Prozent der Kurzzeitpflege für die Verhinderungspflege für Kinder und Jugendliche und insbesondere für Familien mit schwerstbehinderten Kindern übernommen. Ab dem Jahr 2025 gilt die volle Flexibilität des sog. Entlastungsbudgets dann für alle Betroffenen. Dafür habe man sich als Fraktion eingesetzt. Die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals würden verbessert und Förderprogramme zur Vereinbarung von Familie, Pflege und Beruf verlängert. Maßnahmen gegen unnötige Leiharbeit in der Pflege würden implementiert. Zudem Sorge man für dringend notwendige Anpassungen von Leistungen der Pflegeversicherung. Zusammen mit den von den Koalitionsfraktionen eingebrachten Änderungsanträgen kann dem Gesetzentwurf zugestimmt werden. Die Änderungsanträge der Fraktion der CDU/CSU lehne man ab, weil sie sich mit den Änderungsanträgen der Koalitionsfraktionen erledigt haben. Auch den Änderungsantrag der Fraktion DIE LINKE. lehne man ab, da dieser keine Gegenfinanzierung aufzeige.

Die **Fraktion der CDU/CSU** kritisierte den Ablauf der parlamentarischen Beratungen, insbesondere auch die sehr kurzfristige Übermittlung der Änderungsanträge. Obwohl das Thema inhaltlich bereits seit geraumer Zeit als große Pflegereform angekündigt gewesen sei, handele es sich tatsächlich nur um ein auf wenige Punkte fokussiertes, durch die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, erzwungenes Gesetz. Entscheidende Kritik der CDU/CSU-Fraktion sei daher die Tatsache, dass man es bei dem Gesetz nicht wirklich mit einer strukturellen Pflegereform zu tun habe, sondern nur mit einer Aneinanderreihung von Einzelpunkten. Vor diesem Hintergrund sei man der Auffassung, dass insgesamt keine wirkliche Verbesserung der unter dem Druck der Pflegesituation leidenden Pflegenden bzw. Pflegeangehörigen herbeigeführt werde. So werde der hohen Inflationsrate nur unzureichend Rechnung getragen und zudem würden beim Entlastungsbudget letztlich Taschenspielertricks angewandt. Den Gesetzentwurf lehne man daher insgesamt ab. Auch der Erledigungserklärung des wortgleichen Gesetzentwurfs der Bundesregierung schließe man sich in Ansehung der Verfahrenssituation nicht an.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** erklärte, dass ein Großteil der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland zuhause durch Angehörige betreut werde. Dass man in diesem Zusammenhang auch über die Betreuung pflegebedürftiger Kinder spreche, zeige die Wichtigkeit des Gesetzesvorhabens. Es enthalte wichtige Bausteine, um die Familien zu unterstützen. Wichtige Leistungen, wie das Pflegegeld, aber auch Zuschüsse zum ambulanten Pflegedienst und zu den Eigenanteilen im Pflegeheim, würden in den nächsten Jahren endlich schrittweise angehoben. Auch die Maßnahmen zur Hebung des Potenzials der Digitalisierung seien begrüßenswert. In der parlamentarischen Beratung habe man weitere Verbesserungen, wie etwa die Wiedereinführung von Modellvorhaben zur Förderung von Unterstützungsmaßnahmen für die Pflege im Quartier oder die Verlängerung der Fördermaßnahmen für bessere Arbeitsbedingungen in der Pflege, eingearbeitet. Gerade in der Langzeitpflege seien die Arbeitsbedingung zudem besonders hart. Insbesondere die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf sei der Fraktion daher ein wichtiges Anliegen. Die Änderungsanträge der Unionsfraktion lehne man ab, da diese inhaltlich zwar zu begrüßen seien, sich durch den Koalitionsentwurf aber erledigt hätten. Den Antrag der Linksfraktion lehne man ab, da dieser sich insbesondere nicht zur Finanzierung der vorgeschlagenen Dynamisierung von Leistungen äußere.

Die **Fraktion der FDP** erklärte, dass die Umsetzung des Verfassungsurteils zur stärkeren Berücksichtigung der Kinderzahl ein zeitiges Handeln des Gesetzgebers notwendig gemacht habe. Künftig würden Eltern ab dem

zweiten Kind daher zusätzlich entlastet. Zudem bringe man weitere wichtige Maßnahmen zur Entlastung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen auf den Weg. Der Fokus sei insoweit verstärkt auf die Situation der Menschen gelenkt worden, die in der eigenen Häuslichkeit gepflegt werden. Durch die im Koalitionsvertrag verankerte Wiedereinführung des Entlastungsbudgets erleichtere man den pflegenden Angehörigen flexibel und nach ihrem Bedarf auf Entlastungsangebote zurückgreifen zu können. So gewähre man insbesondere Familien mit pflegebedürftigen Kindern dringend benötigte Freiräume. Daneben schaffe man mehr Transparenz bei der Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit und öffne die Möglichkeit, Folgebegutachtungen auch im Rahmen strukturierter Telefoninterviews durchführen zu können. Zusätzlich erhöhe man das Pflegegeld und hebe auch die ambulanten Pflegesachleistungen und die Leistungszuschläge in der stationären Pflege an. Die Gegenfinanzierung dieser Vorhaben erfolge durch eine moderate Anhebung des Beitragssatzes in Höhe von 0,35 Prozentpunkten. Den Antrag der AfD lehne man ab, da der Gesetzentwurf der Koalitionsfraktionen bereits zusätzliche Begutachtungsangebote einführe. Auch den Antrag der Fraktion DIE LINKE. lehne man ab, da dieser zu einer zusätzlichen Belastung der Arbeitnehmer und Unternehmen führe und keine Gegenfinanzierung aufzeige.

Die **Fraktion der AfD** führte aus, dass die eingebrachten Änderungsanträge zur Verbesserung des Entwurfes beigetragen hätten. Die Erhöhung des Beitragssatzes und die damit einhergehende Belastung der Bürger, sei allerdings weiterhin problematisch. Die Ermächtigung der Bundesregierung, den Beitragssatz in Zukunft gegebenenfalls auch ohne Beteiligung des Parlaments anheben zu können, sei ein Angriff auf den Parlamentarismus und daher abzulehnen. Die Menschen und Unternehmen bräuchten demgegenüber langfristige Planungssicherheit. Etwaige kurzfristige Beitragserhöhungen seien vor diesem Hintergrund nicht hinnehmbar und schädeten auch dem Standort Deutschland und dessen Wettbewerbsfähigkeit. Die Möglichkeit, Begutachtungen zukünftig nicht nur physisch, sondern auch telefonisch oder anderweitig durchführen zu können, begrüße man, auch wenn die Vorschläge hinsichtlich der oftmals belastenden Regelmäßigkeit von Begutachtungen nicht weit genug gingen. Insgesamt lehne man den Gesetzentwurf ab.

Die **Fraktion DIE LINKE.** begrüßte den Gesetzesentwurf dem Grunde nach. Dennoch lehne man ihn ab, da dieser der gegenwärtigen Krise im Gesundheits- und Pflegesystem nicht ausreichend Rechnung trage. Die Regierungsfaktionen blieben größtenteils hinter ihren Ankündigungen aus dem Koalitionsvertrag zurück. Der Gesetzentwurf weise zudem inhaltliche Absurditäten auf, etwa die Belastung von Familien mit wenigen Kindern, um kinderreiche Familien stärker zu entlasten. Angesichts einer gegenwärtigen Inflation von ungefähr 17 Prozent führe der Gesetzentwurf zusätzlich zu erheblichen und nicht hinnehmbaren Mehrbelastungen der Bürgerinnen und Bürger. Die demgegenüber gewährten Entlastungen und Erhöhungen seien insbesondere für die sich in der Pflege befindlichen Menschen weitaus zu gering. Die Fraktion DIE LINKE. habe selbst verschiedene Anträge gestellt, um die Probleme auf diesem Gebiet lösen zu können. So habe man etwa eine Erhöhung des Pflegegeldes auf 20 Prozent und eine Dynamisierung ab dem nächsten Jahr vorgeschlagen. Die Finanzierung des Vorhabens könne durch die Einführung einer solidarischen Pflegeversicherung sichergestellt werden.

## B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksachen 20/6544, 20/6869 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

### Zu Artikel 1

#### Zu Nummer 1 Buchstabe g (§ 142a SGB XI)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung zu Nummer 49.

#### Zu Nummer 3a (§ 7c SGB XI)

Gemäß § 7c Absatz 1a Satz 1 können die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe auf Grund landesrechtlicher Vorschriften von den Pflegekassen und Krankenkassen den Abschluss einer Vereinbarung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten verlangen. Die Pflegestützpunkte sind in gemeinsamer Trägerschaft von beteiligten Kosten- und Leistungsträgern zu führen. Über Pflege- und Krankenkassen und Initiatoren hinaus können ferner im Land zugelassene und tätige Pflegeeinrichtungen beteiligt werden. Pflegestützpunkte haben unter anderem das Ziel,



eine wohnortnahe Beratung zu gewährleisten und dabei vorhandene Beratungsstellen für eine strukturierte Zusammenarbeit besser zu vernetzen, so dass Doppelstrukturen vermieden werden.

Das Initiativrecht wurde über das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III) eingeführt und die Frist bereits 2022 verlängert. Die Frist für die Ausübung des sogenannten „kommunalen“ Initiativrechts wird entfernt, um für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägern und für die Altenhilfe zuständigen Stellen ohne zeitliche Begrenzung zu ermöglichen, Pflegestützpunkte einzurichten.

Die Pflegestützpunkte sind ebenso wie die Pflegestützpunkte nach Absatz 1 an die Regelungen der Rahmenverträge nach Absatz 6 gebunden.

#### **Zu Nummer 4 (§ 8 SGB XI)**

##### **Zu Buchstabe a**

Mit dieser Änderung wird das Förderprogramm zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf kostenneutral bis zum Jahr 2030 verlängert. Zu diesem Zweck können in den Jahren 2023 und 2024 nicht in Anspruch genommene Mittel im Zeitraum von 2025 bis 2030 weiterhin abgerufen werden. Die nicht in Anspruch genommenen Mittel aus den Jahren 2023 und 2024 stehen insgesamt bis zum Jahr 2030 zur Verfügung. Sie werden nicht als „Jahresbudgets“ aufgeteilt, sondern sind in der jeweils noch nicht ausgeschöpften Höhe bis zum Jahr 2030 verfügbar. Dabei wird das in den Jahren 2025 bis 2030 verfügbare Fördervolumen um die für Modellvorhaben nach § 123 beanspruchten Mittel des Ausgleichfonds verringert.

Die weitere Förderung guter Arbeitsbedingungen in der Pflege, insbesondere für eine bessere Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, ist mit Blick auf den Koalitionsvertrag und die in diesem Gesetz enthaltenen Regelungen zur Eindämmung der Leiharbeit notwendig. Gute Arbeitsbedingungen können mehr Menschen dazu motivieren, in der Pflege zu arbeiten und ein Abwandern in die Leiharbeit verhindern. Es ist davon auszugehen, dass die bisher geringe Inanspruchnahme des Förderprogramms auch eine Folge der insgesamt hohen Arbeitsbelastung der Pflegeeinrichtungen durch die Pandemie war. Die Pflegeeinrichtungen sollen daher bis zum Jahr 2030 weiter die Möglichkeit erhalten, die bis Ende 2024 nicht in Anspruch genommenen Fördermittel zu nutzen und wichtige betriebliche Prozesse zur Förderung der besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf anzustoßen. Aufgrund von Rückmeldungen aus der Praxis hat sich gezeigt, dass kleinere Pflegeeinrichtungen häufig die finanziellen Mittel zur Umsetzung von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf fehlen. Gerade für kleinere Pflegeeinrichtungen sind jedoch tragfähige Konzepte gefragt, mit denen auch kurzfristige Personalengpässe unter Berücksichtigung der Vereinbarkeit von familiärer Pflege, Familie und Beruf erfolgreich überbrückt werden können. Ab dem 1. Juli 2023 werden daher zudem die Höhe und der Förderanteil aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach der Größe der Pflegeeinrichtungen gestaffelt. Kleinere Pflegeeinrichtungen und insbesondere die ambulanten Pflegedienste mit bis zu 25 in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sollen für die Maßnahmen mehr Mittel erhalten und einen geringeren Anteil selbst aufwenden müssen.

Pflegeeinrichtungen, die am Projekt der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung „GAP - Gute Arbeitsbedingungen in der Pflege zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf“ teilnehmen, können weiterhin nach § 8 Absatz 7 gefördert werden.

##### **Zu Buchstabe b**

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.

**Zu Nummer 14 (§ 30 SGB XI)**

Die Höhe der Dynamisierung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung gemäß dem neuen § 30 zum 1. Januar 2025 beträgt 4,5 Prozent.

Die Bundesregierung wird unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit bis zum 31. Mai 2024 Empfehlungen für eine stabile und dauerhafte Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung vorlegen. Hierbei wird insbesondere auch die Ausgabenseite der sozialen Pflegeversicherung betrachtet. Dabei wird auch die langfristige Leistungsdynamisierung berücksichtigt. 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 maßgeblich beteiligt. Außerdem legt das Bundesministerium für Gesundheit bis zur parlamentarischen Sommerpause 2023 einen Bericht über die Evaluation der Eigenanteilsbegrenzung nach § 43c SGB XI vor.

**Zu Nummer 20 (§ 55 SGB XI)****Zu Buchstabe b (Absatz 1) und Buchstabe c (Absatz 1a)**

Angesichts der politischen Bedeutung einer Anpassung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung wird der Bundestag an dem Rechtsverordnungsverfahren hierzu beteiligt, ohne auf die mit einem Rechtsverordnungsverfahren verbundene schnellere Reaktionsmöglichkeit gegenüber einem Gesetzgebungsverfahren zu verzichten. Die Regelung orientiert sich diesbezüglich an einem in § 33 des Pflegeberufgesetzes vorgesehenen Verfahren.

Zur Verbesserung der Übersichtlichkeit werden die Voraussetzungen, Grenzen und das Verfahren zum Erlass einer Rechtsverordnung zur Beitragssatzanpassung nunmehr in einem neuen Absatz 1a des § 55 geregelt. In § 55 Absatz 1 Satz 2 wird dementsprechend nun bestimmt, dass die Bundesregierung ermächtigt wird, den Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 ausschließlich nach Maßgabe des neuen Absatz 1a durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates anzupassen.

**Zu Buchstabe d (Absatz 3 ff.)**

Absatz 3 in der Fassung des Gesetzentwurfs der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP wird im Hinblick auf eine bessere Verständlichkeit neu strukturiert und teilweise inhaltlich geändert.

**Zu Absatz 3**

Der neue Absatz 3 beinhaltet die bisherigen Sätze 1 bis 5 des Gesetzentwurfs. Ergänzend wird geregelt, dass der Abschlag auch für Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres gilt, wenn diese vorher versterben. Dies ist als Folge einer gesetzgeberischen Typisierung zulässig. Diese kann insbesondere mit Blick auf die geringe Anzahl der Kinder, die vor Vollendung des 25. Lebensjahres versterben, hingenommen werden: Laut Statista 2021 und der Sterbestatistik des Statistischen Bundesamtes 2022 gibt es in Deutschland bei den unter 25-Jährigen 5.000 bis 10.000 Sterbefälle pro Jahr.

Zu dieser geringen Anzahl stünde der Verwaltungsaufwand in keiner Relation, der anfielen, wenn die Kinder mit Versterben nicht mehr berücksichtigt würden. Insbesondere wäre der Programmieraufwand für einen Abgleich von lebenden und verstorbenen Kindern im digitalen Verfahren erheblich.

**Zu Absatz 3a**

Die Umformulierungen tragen dem Umstand Rechnung, dass zukünftig der Nachweis auch über ein zu entwickelndes digitales Verfahren (siehe Absatz 3c Satz 1) erfolgen kann. Sind die bekannten Angaben zu den berücksichtigungsfähigen Kindern unvollständig, wird den Eltern durch Vorlage geeigneter Nachweise eine Änderung ermöglicht.

**Zu Absatz 3b**

Absatz 3b regelt die Wirkung des Nachweises von berücksichtigungsfähigen Kindern. Dabei wird zwischen Kindern unterschieden, die

- vor dem 1. Juli 2023 geboren wurden,
- im Zeitraum zwischen dem 1. Juli 2023 und dem 30. Juni 2025 geboren werden und
- ab dem 1. Juli 2025 geboren werden.

Diese Unterscheidung trägt dem Umstand Rechnung, dass bis zum 31. März 2025 ein digitales Verfahren zur Erhebung und zum Nachweis der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder entwickelt werden soll und ein weiterer Zeitraum von drei Monaten für die Rückabwicklung zum 1. Juli 2023 erforderlich ist (s. auch die Begründung zu Absatz 3d).

Für Kinder, die zwischen dem 1. April 2023 und dem 30. Juni 2023 geboren werden, wird sichergestellt, dass der Nachweis der Elterneigenschaft im Hinblick auf den Wegfall des Beitragszuschlags für Kinderlose mit Beginn des Monats der Geburt des Kindes als erbracht gilt, wenn der Nachweis innerhalb von drei Monaten nach der Geburt erfolgt. Dies entspricht der bisher geltenden Rechtslage.

### **Zu Absatz 3c**

Gemäß Absatz 3 Satz 7 in der Fassung des Gesetzentwurfs der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP wird das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern und für Heimat sowie dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft ein Verfahren zur Erhebung und zum Nachweis der Anzahl der Kinder bis spätestens zum 1. Juli 2023 entwickeln, um eine einheitliche Rechtsanwendung sicherzustellen und ein möglichst effizientes, schnelles und digitales Verwaltungshandeln zu gewährleisten. Intensive Prüfungen in den letzten Wochen unter Einbeziehung der beitragsabführenden Stellen und ihrer Interessenvertretungen haben ergeben, dass die Entwicklung und Einrichtung eines digitalen Verfahrens nicht bereits zum 1. Juli 2023 möglich ist, sondern ausreichenden Vorlauf benötigt. Aufgrund der unterschiedlichen IT-Verfahren und Softwareprodukte, die bei den beitragsabführenden Stellen und den Pflegekassen zur Anwendung kommen, müssen Schnittstellen zunächst hergestellt, Programme angepasst und Testläufe durchgeführt werden. Im Ergebnis ist die Einrichtung eines digitalen Verfahrens zur Erhebung und zum Nachweis der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder bis spätestens zum 1. April 2025 möglich. Damit werden den beitragsabführenden Stellen sowie den Pflegekassen die Daten zu den berücksichtigungsfähigen Kindern bis spätestens zu diesem Zeitpunkt in digitaler Form zur Verfügung stehen. Die weiteren Arbeiten zur technischen und rechtlichen Umsetzung des digitalen Verfahrens zur Erhebung und zum Nachweis der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder werden mit Nachdruck vorangetrieben. Die Bundesregierung berichtet bis zum 31. Dezember 2023 über den Stand der Entwicklung.

Mit der Entwicklung und Einrichtung eines digitalen Verfahrens wird der Hinweis einiger beitragsabführender Stellen aufgegriffen, dass eine analoge Nachweisprüfung und -erfassung mit nicht unerheblichem Verwaltungsaufwand verbunden sei. Der Gesetzgeber möchte allen beitragsabführenden Stellen und den Pflegekassen eine Wahlmöglichkeit geben. Sie können entscheiden, ob sie sich die berücksichtigungsfähigen Kinder in analoger Form nachweisen lassen oder die erforderlichen Daten über das einzurichtende digitale Verfahren abrufen.

### **Zu Absatz 3d**

Der neue Absatz 3d Satz 1 beinhaltet den bisherigen Satz 11, jedoch werden der Übergangszeitraum um sechs Monate verlängert und der bisher vorgesehene Ausschluss der Verzinsung für das zweite Halbjahr 2023 aufgehoben.

Die Einrichtung eines digitalen Verfahrens zur Erhebung und zum Nachweis der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder ist bis spätestens zum 1. April 2025 möglich. Den beitragsabführenden Stellen sowie den Pflegekassen stehen die Daten zu den berücksichtigungsfähigen Kindern somit bis spätestens zu diesem Zeitpunkt in digitaler Form zur Verfügung. Ab spätestens diesem Zeitpunkt können die beitragsabführenden Stellen und die Pflegekassen folglich mit der Rückabwicklung und der Erstattung zu viel gezahlter Beiträge beginnen. Es ist davon auszugehen, dass dies innerhalb von drei Monaten erfolgen kann. Vor diesem Hintergrund ist eine Verlängerung des Übergangszeitraums um sechs Monate erforderlich.

Das Bundesverfassungsgericht hat die einschlägigen beitragsrechtlichen Regelungen für verfassungswidrig erklärt, jedoch ihre weitere Anwendung bis spätestens zum 31. Juli 2023 gestattet. Mitglieder mit mindestens zwei Kindern sind somit ab spätestens 1. August 2023 im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung besser zu stellen. Wenn dies aufgrund der Komplexität des Verfahrens nicht rechtzeitig möglich ist, müssen sie rückwirkend zum 1. August 2023 bessergestellt werden. Dazu gehört auch, dass der Erstattungsbetrag gemäß § 27 Absatz 1 Viertes Buch zu verzinsen ist. Der in § 55 Absatz 3 Satz 11 zweiter Halbsatz in der Fassung des Gesetzentwurfs der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP bisher für das zweite Halbjahr 2023 vorgesehene Ausschluss der Verzinsung wird deshalb aufgehoben. Die beitragsabführenden Stellen und Pflegekassen erhalten

die Möglichkeit, am digitalen Verfahren teilzunehmen und eine Erstattung bis spätestens zum 30. Juni 2025 vorzunehmen. Dies kann dazu führen, dass die begünstigten Mitglieder gegebenenfalls zeitlich erst später von den Abschlägen profitieren. Um finanzielle Nachteile für sie zu vermeiden, ist der Erstattungsbetrag vollständig zu verzinsen.

Zudem werden die beitragsabführenden Stellen und Pflegekassen bis zum 30. Juni 2025 vom Aufwand zur Prüfung von Nachweisen weitestgehend entlastet, indem sie auf Anforderung auch die von den Mitgliedern mitgeteilten Angaben über die berücksichtigungsfähigen Kinder ohne weitere Prüfung verwenden dürfen. Spätestens nach dem Übergangszeitraum steht den beitragsabführenden Stellen und Pflegekassen das digitale Verfahren zur Verfügung, das sie nutzen können. Alternativ müssen sie eine analoge Prüfung und Erfassung der Nachweise durchführen.

#### **Zu Buchstabe e (Absatz 4)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur.

#### **Zu Nummer 28 (§ 75 SGB XI)**

##### **Zu Buchstabe b**

Die Regelung stellt eine Konkretisierung zu den Anforderungen an die nach § 85 Absatz 3 geeigneten Nachweise zur Darlegung der Aufwendungen für die Personalbeschaffung aus Drittstaaten dar. Ziel ist die Sicherstellung einer nachhaltigen und wirtschaftlichen Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland, die hohen ethischen Standards gerecht wird. Als geeigneter Qualitätsnachweis für die Vermittlung gilt das Gütesiegel „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“. Mit dem Gesetz zur Sicherung der Qualität der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland wurde ein freiwilliges Gütesiegel „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ für selbst anwerbende Leistungserbringer und Unternehmen der privaten Personalvermittlung eingeführt. Ziel des Gütesiegels ist, Vorgaben für einen hohen ethischen Standard gerecht werdende Anwerbung von Pflegekräften aus Drittstaaten zu bestimmen. Das beinhaltet insbesondere Maßnahmen zur betrieblichen und sozialen Integration, Sprachförderung und Begleitung bei der Einarbeitung. Die Vorgaben des Gütesiegels sind der Qualitätssicherung der Pflege zugeordnet, weil sie dazu beitragen, dass die internationalen Pflegekräfte sicher, effektiv und nachhaltig in der Patientenversorgung mitarbeiten können. Unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit der Aufwendungen für die Personalgewinnung aus dem Ausland ist insbesondere der mit der Qualitätssicherung verbundene Aspekt der Nachhaltigkeit der Anwerbung in den Vordergrund zu stellen.

Das Siegel hat inzwischen eine weite Verbreitung gefunden und die Qualität der Vermittlung und Integration in den deutschen Arbeitsmarkt konnte so erhöht werden. Das Siegel kann unkompliziert von anderen Einrichtungen, die Arbeitskräfte aus Drittstaaten anwerben bzw. angeworbene Fachkräfte beschäftigen erworben werden. Dadurch wird eine flächendeckend hohe Qualität gewährleistet und der Schutz der Arbeitnehmenden wird gesichert. Das Siegel kann damit als geeigneter Nachweis für die Qualitätssicherung bei der Anwerbung aus Drittstaaten dienen.

Bei der staatlichen Vermittlung durch die Bundesagentur für Arbeit ist die Qualitätssicherung durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen gewährleistet und es sind insofern keine weiteren Nachweise erforderlich.

##### **Zu Buchstabe c**

Mit dem Auftrag an die Pflegeselbstverwaltung zur Ergänzung der Landesrahmenverträge sollen für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen die Rahmenbedingungen dafür geschaffen werden, Personalpools sowie vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte zu etablieren. Das Ziel ist – entsprechend der Vereinbarungen der Konzierten Aktion Pflege – die Anzahl der Leiharbeiterinnen und -arbeiter in der Langzeitpflege zu reduzieren und – entsprechend der Vereinbarungen des Koalitionsvertrags – Pflegekräfte zügig und spürbar zu entlasten und den Pflegeberuf wieder attraktiver zu machen.

Vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte können auch Springerkonzepte wie

- Springerkräfte, die innerhalb eines Springerdienstplans eingesetzt werden,
- Springerdienste, die gleichmäßig auf alle Pflegefachkräfte im Team verteilt werden, sowie

- Springerpools, die sich aus mehreren Pflegefachkräften oder einem Mix aus Fach- und Hilfskräften zusammensetzen, die zu vereinbarten Dienstzeiten einspringen, sein.

Für vollstationäre Pflegeeinrichtungen wird die Möglichkeit zur Vereinbarung von Personal für Personal- bzw. Springerpools ergänzend in § 113c Absatz 2 konkretisiert.

#### **Zu Nummer 30 (§ 82c SGB XI)**

Als sachlicher Grund für eine über die Höhe der Bezahlung von Gehältern nach Absatz 2a hinausgehende Bezahlung der Beschäftigten kann – wie auch in den Fällen von Absatz 3 Satz 1 und Satz 2 – beispielsweise die Zahlung von Flexi-Zulagen oder -zuschlägen oder Springer-Zulagen für Beschäftigte, die regelhaft im Rahmen betrieblicher Springerpools tätig sind, sowie vergleichbarer Zulagen oder Zuschläge anerkannt werden.

Mit dem erprobten Verfahren der gemeinsamen Empfehlungen auf Bundesebene soll eine bundeseinheitliche Anwendung der Regelung in Satz 4 durch die Pflegekassen befördert werden. Zudem soll dafür gesorgt werden, dass zwischen den Zielen der Regelung des § 82c Absatz 2b (Rückführung des Einsatzes von Leiharbeit auf das notwendige Maß) und der Sicherstellung der Versorgung ein angemessener Ausgleich geschaffen wird.

#### **Zu Nummer 35 (§ 111 SGB XI)**

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.

Im Übrigen handelt es sich um Folgeänderungen zur Einführung der Regelung in den §§ 123 f. Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier sowie des in § 125b geregelten Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege. Die genannten Vorschriften sehen eine finanzielle Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, vor, sodass sie in die Vorschrift des § 111 zum Risikoausgleich ebenfalls aufgenommen werden.

#### **Zu Nummer 40 (§ 113c SGB XI)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur.

Ferner wird gesetzlich klargestellt, dass besondere Personalbedarfe nach § 113c Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 SGB XI nicht in den Personalanhaltswerten nach § 113c Absatz 1 SGB XI enthalten und daher als zusätzliche Personalbedarfe in den Rahmenverträgen nach § 75 Absatz 1 SGB XI zu regeln sind. Bereits heute ist dies ausweislich der Begründung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) zu § 113c Absatz 1 SGB XI möglich. Denn dort wurde erläutert, dass die Personalanhaltswerte auf die bereinigten, bundesdurchschnittlichen Ist-Stellenschlüssel aus dem 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)“ abstellen.

#### **Zu Nummer 43a (§§ 123, 124 SGB XI)**

##### **Zu § 123 SGB XI**

##### **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 und vergleichbar Nahestehenden 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 niedrighwelligen 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 intensiviertere Unterstützung der häuslichen Pflege verbessern, die Situation der stationären 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 60 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. Finanziert wird er über eine Umschichtung von in den Jahren 2023 und 2024 nicht in Anspruch genommenen Mitteln des Förderprogramms zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. 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 vier Jahre beschränkt. Im Rahmen der Bewilligung der Förderung sind die Modellprojekte darauf hinzuweisen, dass eine Anschlussförderung aus Mitteln der Pflegeversicherung über vier 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. Die §§ 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 des Grundgesetzes, 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 für die Förderung nach Absatz 1 Satz 1 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 SGB XI****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 49 (§ 142a neu SGB XI)**

Während der Coronavirus-Pandemie (SARS-CoV-2) war es zum Schutz pflegebedürftiger Personen vor zusätzlichen Ansteckungsgefahren durch das Coronavirus SARS-CoV-2 nach § 147 Absatz 1 übergangsweise möglich,



dass Pflegegutachten aufgrund der zur Verfügung stehenden Unterlagen erstellt werden. Zugleich waren die antragstellende Person und andere zur Auskunft fähige Personen, wie Angehörige, Nachbarn oder Ärztinnen und Ärzte von den Gutachterinnen und Gutachtern in strukturierten Interviews telefonisch oder auf digitalem Weg zu befragen.

Mit § 142a wird die Möglichkeit geschaffen, das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit regelhaft mittels strukturierter Telefoninterviews, das heißt allein durch Sprachübermittlung am Telefon, bei bestimmten Personengruppen oder in bestimmten Fallkonstellationen als Ergänzung oder Alternative zur persönlichen Untersuchung im Wohnbereich der versicherten Person zu prüfen.

Da die Erfahrungen der Medizinischen Dienste mit strukturierten Telefoninterviews Anhaltspunkte dahingehend geben, dass für bestimmte Fallkonstellationen so beispielsweise bei erstmaligen Pflegebegutachtungen eine telefonische Befragung nicht angezeigt ist, erfolgt die Möglichkeit, Telefoninterviews durchzuführen, nicht uneingeschränkt, sondern nur unter den in Absatz 2 aufgeführten Voraussetzungen.

#### **Zu Absatz 1**

Die Begutachtung durch ein strukturiertes Telefoninterview setzt eine Anpassung der Pflegebegutachtungs-Richtlinien nach § 17 Absatz 1 durch den Medizinischen Dienst Bund unter Beachtung der Anforderungen des Absatzes 2 voraus. Die Anpassung der Begutachtungs-Richtlinien muss auf den Ergebnissen mindestens einer pflegewissenschaftlichen Studie beruhen, in der festgestellt wurde, ob, in welchen Fallkonstellationen und jeweils unter welchen Voraussetzungen eine Pflegebegutachtung ergänzend oder alternativ zur persönlichen Untersuchung der versicherten Person durch ein strukturiertes Telefoninterview erfolgen kann. Die Studie oder die Studien müssen fachlich begründete Aussagen dahingehend treffen, ob die Ergebnisse durch diese Begutachtungsform den Ergebnissen einer persönlichen Untersuchung hinsichtlich des Pflegegrades und den gutachterlichen Empfehlungen und Stellungnahmen nach § 18 gleichzusetzen sind.

#### **Zu Absatz 2**

Bisherige Erfahrungen und Erkenntnisse mit der telefonischen Begutachtung haben gezeigt, dass bestimmte Begutachtungssituationen von vornherein nicht für eine Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch ein strukturiertes Telefoninterview in Frage kommen: Bei einer Erstbegutachtung kommt es besonders darauf an, eine unmittelbare Einschätzung der Pflegebedürftigkeit der antragstellenden Person in ihrem Lebensumfeld (Wohnsituation, Sicherstellung der Pflege, Erfolgsaussichten von präventiven und rehabilitativen Angeboten oder weiteren Leistungen) zu gewinnen. Einer Erstbegutachtung ist die Konstellation gleichzusetzen, dass eine vorherige Begutachtung nicht zur Feststellung vorliegender Pflegebedürftigkeit geführt hat. Die Einlegung eines Widerspruchs gegen den festgestellten Pflegegrad ist seitens der Antragsteller mit hohen Erwartungen verbunden, denen eine telefonische Abklärung regelmäßig nicht entsprechen kann. Auch die Begutachtung von Kindern verlangt in besonderer Weise Kenntnisse und Einfühlungsvermögen in die Situation des zu begutachtenden Kindes sowie einer besonderen Sorgfalt und Sensibilität der Gutachterinnen und Gutachter, um Pflegebedürftigkeit zutreffend feststellen zu können; dem kann bei einer Begutachtung allein durch eine Sprachübermittlung nicht verlässlich nachgekommen werden.

Sollte aus fachlicher Sicht eine Begutachtung mittels eines strukturierten telefonischen Interviews hinsichtlich bestimmter Personen- und Altersgruppen oder Begutachtungsanlässe und Begutachtungssituationen nicht oder – aufgrund eines gesundheitlich bedingten Unterstützungsbedarfs der antragstellenden Person – nur bei Anwesenheit einer weiteren Person angezeigt sein, ist die Begutachtungsform des Telefoninterviews ausgeschlossen oder nur bei Anwesenheit einer weiteren Person möglich. Dies kann insbesondere aufgrund eines gesundheitlich bedingten Unterstützungsbedarfs der antragstellenden Person der Fall sein oder wenn eine sprachliche Verständigung mit der zu begutachtenden Person nicht möglich ist. Weitere Einzelheiten zu den genannten und vergleichbaren Fallkonstellationen sind in den Begutachtungs-Richtlinien zu regeln.

Die Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit sind zu beachten.

Da die Möglichkeit zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit aufgrund strukturierter Telefoninterviews erstmals Eingang in die Begutachtungs-Richtlinien findet und damit eine neue Begutachtungsform ermöglicht wird, sind telefonische Begutachtungen vorzugsweise durch Gutachter/innen vorzunehmen, die bereits Erfahrung mit der Erstellung von Pflegegutachten im Wohnbereich des Versicherten nachweisen können. Das Nähere ist in den Anpassungen nach Absatz 1 zu bestimmen.

**Zu Absatz 3**

Die angepassten Richtlinien sind durch das Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen. Eine Genehmigung wird frühestens am 15. August 2023 wirksam. Es gilt § 17 Absatz 1 Satz 2 bis 6 und Absatz 2.

**Zu Absatz 4**

Mit dem Inkrafttreten der angepassten Begutachtungs-Richtlinien ist – in Abweichung von § 18 Absatz 2 Satz 1 – im Rahmen der Anpassungen eine ergänzende oder alternative Begutachtung durch ein strukturiertes Telefoninterview möglich. Allerdings hat die Gutachterin oder der Gutachter dem Wunsch der antragstellenden Person, persönlich in ihrem Wohnbereich untersucht zu werden, nachzukommen. Die Möglichkeit der telefonischen Begutachtung darf nicht dazu führen, dass dem Anliegen der zu untersuchenden Person, in ihrer konkreten Situation in der für sie bestmöglichen Weise begutachtet zu werden, entgegengewirkt wird. Die antragstellende Person ist durch die Gutachterin oder den Gutachter im Rahmen der Terminabsprache über ihre Wahlmöglichkeit der Begutachtungsform zu informieren. Ein aufgrund der gewählten Begutachtungsform gegebenenfalls früherer oder späterer Begutachtungstermin darf die Entscheidung der antragstellenden Person nicht beeinflussen. Die Entscheidung ist im Begutachtungsformular zu dokumentieren.

**Zu Absatz 5**

Die auf Grundlage dieser Neuregelung gesammelten Erkenntnisse müssen begleitend und systematisch ausgewertet werden. Der Medizinische Dienst Bund hat daher dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. Juni 2024 über die Erfahrungen der Medizinischen Dienste mit der Durchführung von strukturierten telefonischen Interviews zu berichten. Zu diesem Zweck hat der Medizinische Dienst Bund eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit der Evaluation der Begutachtungspraxis im Hinblick auf die vorgenommenen Anpassungen nach Absatz 1 und deren Umsetzung zu beauftragen. Hierfür können die Möglichkeiten nach § 18e genutzt werden.

**Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)****Zu Nummer 5a (§ 39 SGB XI)****Zu Buchstabe a**

Gemäß der Neufassung des § 30 werden die im Vierten Kapitel benannten, ab 1. Januar 2024 geltenden Beträge für die Leistungen der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2025 sowie zum 1. Januar 2028 wie in § 30 geregelt automatisch dynamisiert und im Bundesanzeiger bekannt gemacht. Die Regelung zur Übertragbarkeit von noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf die Verhinderungspflege in § 39 Absatz 2 Satz 1 ist mit Bezug auf einen festen Euro-Betrag formuliert und nähme ohne die vorliegende Ergänzung an der automatischen Anpassung nicht teil, da es sich nicht um einen Leistungsbetrag, sondern den maximalen Betrag der Übertragung handelt. Damit die gleiche prozentuale Übertragbarkeit wie im geltenden Recht bei Durchführung der Dynamisierungen weiterhin gewährleistet wird, wird daher geregelt, dass § 30 Absatz 1 und 2 auf den in § 39 Absatz 2 Satz 1 genannten Erhöhungsbetrag von bis zu 806 Euro im Kalenderjahr entsprechend angewendet wird.

**Zu Buchstabe b**

Mit den neuen Absätzen 4 und 5 des § 39 werden die wesentlichen Rechtswirkungen, die mit der Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege zum 1. Juli 2025 verbunden sein werden, für die Gruppe der Pflegebedürftigen vorgezogen, die in die Pflegegrade 4 oder 5 eingestuft sind und das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Diese Gruppe der Pflegebedürftigen wird typischerweise von ihren Eltern gepflegt, die besonders stark belastet sind. Daher wird für sie der Höchstzeitraum einer Verhinderungspflege im Vorgriff auf die Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags bereits ab dem 1. Januar 2024 auf bis zu acht Wochen im Kalenderjahr ausgedehnt und ebenso der Kostenerstattungsbetrag, der gemäß Absatz 3 Satz 1 regelmäßig übernommen wird, auf den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu zwei Monate angehoben. Gemäß dem neuen § 39 Absatz 5 wird dementsprechend auch ein bisher bezogenes (anteiliges) Pflegegeld während einer Verhinderungspflege in halber Höhe für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr weitergezahlt.

Des Weiteren ist es bei Verhinderung einer Pflegeperson dieser Gruppe von Pflegebedürftigen bereits ab dem 1. Januar 2024 möglich, auf den vollen Leistungsbetrag für die Kurzzeitpflege zuzugreifen: Soweit die Mittel in

dem Kalenderjahr noch nicht für eine Kurzzeitpflege verbraucht worden sind, können nach Wahl der Anspruchsberechtigten bis zu 100 Prozent des Leistungsbetrags für eine Kurzzeitpflege zugunsten der Verhinderungspflege umgewidmet werden. Damit stehen im Jahr 2024 bis zu 3.386 Euro im Kalenderjahr für die Verhinderungspflege zur Verfügung.

In dem in Absatz 4 Satz 1 geregelten Fall der Verhinderung ist es zudem – ebenfalls im Vorgriff auf den Gemeinsamen Jahresbetrag – nicht erforderlich, dass die Pflegeperson die pflegebedürftige Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in der häuslichen Umgebung gepflegt hat.

#### **Zu Nummer 6 (§ 42 SGB XI)**

##### **Zu Buchstabe b**

Gemäß der Neufassung des § 30 werden die im Vierten Kapitel benannten, ab 1. Januar 2024 geltenden Beträge für die Leistungen der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2025 sowie zum 1. Januar 2028 wie in § 30 geregelt automatisch dynamisiert und im Bundesanzeiger bekannt gemacht. Die Regelung zur Übertragbarkeit von noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf die Kurzzeitpflege in § 42 Absatz 2 Satz 3 ist mit Bezug auf einen festen Euro-Betrag formuliert und nähme ohne die vorliegende Ergänzung an der automatischen Anpassung nicht teil, da es sich nicht um einen Leistungsbetrag, sondern den maximalen Betrag der Übertragung handelt. Damit die gleiche prozentuale Übertragbarkeit wie im geltenden Recht bei Durchführung der Dynamisierungen weiterhin gewährleistet wird, wird daher geregelt, dass § 30 Absatz 1 und 2 auf den in § 42 Absatz 2 Satz 3 genannten Erhöhungsbetrag von bis zu 1.612 Euro im Kalenderjahr entsprechend angewendet wird.

#### **Zu Artikel 2a (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

##### **Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)**

Bei den Änderungen der Inhaltsübersicht des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen zu den Änderungen des SGB XI, die mit dem Artikel 2a vorgenommen werden.

##### **Zu Nummer 2 (§ 7b SGB XI)**

###### **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 mit genannte § 42 wird in Satz 5 überführt und dort in Verbindung mit § 42a genannt.

Der zum 1. Januar 2024 eingeführte § 42a mit dem Anspruch auf Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson wird § 42b und der Verweis auf diesen daher entsprechend angepasst.

###### **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 den §§ 39 sowie 42 jeweils in Verbindung mit § 42a.

##### **Zu Nummer 3 (§ 28 SGB XI)**

###### **Zu Buchstabe a**

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

###### **Zu Buchstabe b**

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

**Zu Buchstabe c**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung dazu, dass der zum 1. Januar 2024 eingeführte § 42a nun § 42b wird.

**Zu Nummer 4 (§ 28a SGB XI)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung dazu, dass der zum 1. Januar 2024 eingeführte § 42a nun § 42b wird.

**Zu Nummer 5 (§ 34 SGB XI)**

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 (§ 37 SGB XI)**

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

**Zu Nummer 7 (§ 38 SGB XI)**

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

**Zu Nummer 8 (§ 39 SGB XI)****Zur Überschrift des § 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 zu einem 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. Die zeitliche Höchstgrenze wird jedoch nun auf bis zu acht Wochen im Kalenderjahr angehoben. Neu ist außerdem, dass die Voraussetzung, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat, ab dem 1. Juli 2025 wegfällt. Damit ist der Anspruch auf Verhinderungspflege bereits unmittelbar ab Vorliegen des Pflegegrades 2 nutzbar.

Die Abschaffung der Vorpflegezeit dient vor allem zur Entlastung der Pflegebedürftigen und der Pflegepersonen, da diese eine notwendige 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. Außerdem entspricht dies den Bedürfnissen insbesondere kognitiv beeinträchtigter Menschen, die durch einen Ortswechsel ggf. belastet werden.

Zudem dient der Wegfall der Vorpflegezeit der Harmonisierung mit dem bereits bisher bestehenden Einsetzen des Anspruchs auf Kurzzeitpflege unmittelbar ab Vorliegen des Pflegegrades 2. Die mit Abschaffung der Vorpflegezeit erreichte Harmonisierung mit dem Anspruch auf Kurzzeitpflege macht den Gemeinsamen Jahresbetrag damit ohne Weiteres flexibel einsetzbar. Dies macht das Leistungsrecht für die Anspruchsberechtigten und die sie Pflegenden ebenfalls besser nachvollziehbar und trägt so zu einer besseren Verständlichkeit bei.

Zur besseren Rechtsklarheit wird in § 39 zudem in den Wortlaut aufgenommen, dass eine vorherige Antragstellung vor der Durchführung der notwendigen Ersatzpflege nicht erforderlich ist. 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: [www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien\\_vereinbarungen\\_formulare/empfehlungen\\_zum\\_leistungsrecht/2022\\_12\\_20\\_Pflege\\_Gemeinsames\\_Rundschreiben.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/empfehlungen_zum_leistungsrecht/2022_12_20_Pflege_Gemeinsames_Rundschreiben.pdf), Abrufdatum: 17.05.2023). 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. Es liegt jedoch weiterhin im Interesse der Pflegebedürftigen und Pflegepersonen und ist ihnen nachhaltig 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.

Wie bisher prüft die Pflegekasse bei der (ggf. späteren) Beantragung der Kostenerstattung für die notwendige Ersatzpflege auch weiterhin, ob die Voraussetzungen einer Verhinderungspflege nach § 39 vorliegen bzw. vorliegen. 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 erforderlichenfalls am besten schon im Rahmen der Beantragung der Kostenerstattung bei der Pflegekasse die entsprechenden Unterlagen mit eingebracht werden, aus denen sich der Anfall der Kosten ergibt, für die die Erstattung erfolgen soll.

### **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 9 (§ 42 SGB XI)**

##### **Zu Buchstabe a**

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. Juli 2025 auf bis zu 3.539 Euro beläuft.

##### **Zu Buchstabe b**

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

#### **Zu Nummer 10 (Neuer Dritter Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels des SGB XI)**

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

#### **Zum Dritten Titel (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 den §§ 39 und 42 vorgesehenen Leistungsbeträge für Leistungen der Verhinderungspflege und für Leistungen der Kurzzeitpflege werden in dem neuen Gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege zusammengeführt. Damit steht für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege künftig ein Gesamtleistungsbetrag zur Verfügung, den die Anspruchsberechtigten nach ihrer Wahl flexibel für beide Leistungsarten einsetzen können. Bei der Zusammenführung wird jeweils auf die Leistungsbeträge nach den §§ 39 und 42 abgestellt, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gemeinsamen Jahresbetrags am 1. Juli 2025 gelten. Der neue Gemeinsame Jahresbetrag nach § 42a beläuft sich damit auf eine Höhe von bis zu insgesamt 3.539 Euro pro Kalenderjahr.

Die jeweiligen Tatbestandsvoraussetzungen, unter denen Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden können, bleiben weiterhin in den §§ 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 Kurzzeitpflegeberbringung müssen auch nicht zwischen Pflegebedürftigen und Pflegeberbringenden 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 in Artikel 2 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. Es reicht hierbei 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. Dies gilt auch dann, wenn die Einreichung der zur Kostenerstattung im Rahmen der Verhinderungspflege erforderlichen Nachweise und Unterlagen innerhalb der Anzeigefrist durch andere erfolgt ist und die Pflegeeinrichtung nachweisbar sicher davon Kenntnis hat, dass die Pflegekasse entsprechend informiert worden ist. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn eine zivilrechtlich zur unmittelbaren Abrechnung ermächtigte Pflegeeinrichtung Dritte – wie entsprechende Unternehmen – zulässig damit beauftragt, die Abrechnung der durch sie erbrachten Leistungen durchzuführen. Ein bloßes Sich-darauf-verlassen oder ein Abwälzen der Verantwortung für die Durchführung der Anzeige und die Einhaltung der Anzeigefrist auf Dritte, insbesondere auf den Pflegehaushalt, sind jedoch nicht zulässig. Die Pflegeeinrichtung bleibt für die Einhaltung der Anzeigepflicht innerhalb der geltenden Frist verantwortlich.

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 hierzu 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 zu der pflegebedürftigen Person besteht und diese und ihre Vertreter oder Betreuer daher darüber informiert sind, welche Kostenerstattungsbeträge und -zeiten im Rahmen der Verhinderungspflege geltend gemacht werden. Daher werden natürliche Personen von der Verpflichtung nach Absatz 3 ausgenommen.

#### **Zu Nummer 11**

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

#### **Zu Nummer 12**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung dahingehend, dass der zum 1. Januar 2024 eingeführte § 42a nun § 42b wird.

#### **Zu Nummer 13**

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

#### **Zu Nummer 14**

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

#### **Zu Nummer 15**

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

#### **Zu Nummer 16**

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

#### **Zu Nummer 17 (§ 144 SGB XI)**

Für das Kalenderjahr 2025 wird im Hinblick auf die Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege zum 1. Juli 2025 eine Überleitungsregelung in § 144 aufgenommen. Im Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis einschließlich zum 30. Juni 2025 sind die kalenderjährlichen Leistungsbeträge für die Leistungen der Verhinderungspflege und für die Leistungen der Kurzzeitpflege noch jeweils separat in § 39 und in § 42 geregelt. Zum 1. Juli 2025 werden die beiden Leistungsbeträge dann in dem Gemeinsamen Jahresbetrag nach dem neuen § 42a zusammengeführt. Die im ersten Halbjahr 2025 bereits für Leistungen der Verhinderungspflege oder Leistungen der Kurzzeitpflege verbrauchten Leistungsbeträge werden dabei auf den Gemeinsamen

Jahresbetrag nach § 42a im Kalenderjahr 2025 angerechnet. Dies gilt auch für Leistungsbeträge, die im ersten Halbjahr 2025 gemäß den §§ 39 und 42 im Rahmen einer Übertragung vom Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege auf die Verhinderungspflege oder vom Leistungsbetrag der Verhinderungspflege auf die Kurzzeitpflege verbraucht worden sind.

Entsprechendes gilt für die Fälle der Ersatzpflege im Rahmen der Verhinderungspflege, in denen die Ersatzpflege von Personen übernommen wird, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben und die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig ausüben. Hierbei dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse im Kalenderjahr bis einschließlich zum 30. Juni 2025 regelmäßig den für den Pflegegrad des Pflegebedürftigen geltenden Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu sechs Wochen nicht überschreiten, ab dem 1. Juli 2025 wird die Übernahme der Aufwendungen in diesen Fällen auf den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu zwei Monate ausgedehnt. Die Beträge, die für die genannten Fälle der Verhinderung im ersten Halbjahr 2025 diesbezüglich bereits verbraucht worden sind, werden bei dem ab dem 1. Juli 2025 gemäß § 39 hierfür geltenden Höchstbetrag im Kalenderjahr 2025 mit berücksichtigt.

Hinsichtlich der zeitlichen Höchstgrenze nach § 39 gilt, dass die Höchstdauer der Verhinderungspflege von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr am 1. Juli 2025 auf bis zu acht Wochen im Kalenderjahr angehoben wird. Es handelt sich also um eine Ausdehnung der laufenden kalenderjährlichen Höchstdauer. Gleichmaßen werden die zeitlichen Höchstdauern der hälftigen Fortzahlung von (anteiligem) Pflegegeld nach § 37 Absatz 2 Satz 2 und § 38 Satz 4 von zuvor bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr am 1. Juli 2025 auch bei der Verhinderungspflege auf bis zu acht Wochen im Kalenderjahr angehoben. Die im ersten Halbjahr 2025 bereits zu berücksichtigenden Dauern der Inanspruchnahme von Verhinderungspflege sowie der hälftigen Fortzahlung von (anteiligem) Pflegegeld sind bei der ab 1. Juli 2025 geltenden jeweiligen Gesamtdauer von bis zu acht Wochen im Kalenderjahr 2025 ebenfalls jeweils zu berücksichtigen. Entsprechendes gilt für das Nichtruhens von Leistungen nach § 34 Absatz 3.

### **Zu Artikel 6 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Zu Nummer 7a (§ 120 Absatz 3b SGB V)**

Der Gesetzgeber hat mit § 120 Absatz 3b SGB V dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Juli 2021 den Auftrag erteilt, eine Richtlinie mit Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 an ein Krankenhaus wenden, zu beschließen. Ziel der Richtlinie soll es sein, bei Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden, mit einer standardisierten Ersteinschätzung den medizinischen Versorgungsbedarf und damit die jeweils medizinisch gebotene Versorgungsebene zu definieren, um eine sachgerechte Steuerung der Patientinnen und Patienten zu erreichen. Die Richtlinie sollte bis zum Juli 2022 erstellt sein. Die Frist wurde mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) bis zum 30. Juni 2023 verlängert.

Seit Februar 2023 liegen die Empfehlungen der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung in Deutschland“ zur Reform der Akut- und Notfallversorgung vor, die erhebliche strukturelle und organisatorische Änderungen der Notfallversorgung vorsehen.

Die Regierungskommission empfiehlt, insbesondere die Steuerung in die richtige Versorgungsebene schwerpunktmäßig in den zukünftigen weiterentwickelten gemeinsamen Leitstellen vorzunehmen. Damit soll eine Inanspruchnahme der Notaufnahmen und eine Weiterleitung der Hilfesuchenden von dort in die Vertragsarztpraxen möglichst vermieden und der Aufwand sowohl für Bürgerinnen und Bürger als auch für das Personal im Gesundheitswesen verringert werden. Ein Ersteinschätzungsverfahren soll darüber hinaus für Bürgerinnen und Bürger, die vor Ort in einem Krankenhaus Hilfe suchen, an einem dortigen sogenannten gemeinsamen Tresen in Integrierten Notfallzentren erfolgen, um eine interne Steuerung in die Notaufnahme des Krankenhauses oder die angegliederte Notdienstpraxis zu ermöglichen.

Vor diesem Hintergrund ist eine Verweisung an die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Absatz 1 nicht mehr sachgerecht. In den Richtlinien des G-BA soll daher eine solche Verweisung nicht mehr vorgegeben werden. Im Ergebnis ist im ambulanten Bereich nur noch eine Weiterleitung oder Verweisung an Notdienstpraxen in oder an dem jeweiligen Krankenhaus gemäß § 75 Absatz 1b Satz 3 möglich. Mit der Einfügung in Satz 4 wird diese Änderung auch im

Bereich der Vergütung nachvollzogen. Wird kein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt, erfolgt eine Vergütung der ambulanten Leistung eines Krankenhauses nur dann, wenn eine Notdienstpraxis in oder an dem jeweiligen Krankenhaus nicht verfügbar ist.

#### **Zu Nummer 7b (§ 132a SGB V)**

##### **Zu Buchstabe a**

Verträge mit Leistungserbringern über die Erbringung von häuslicher Krankenpflege werden künftig auf Landesebene von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich geschlossen. Die Rahmenempfehlungen nach Absatz 1 sind dabei verbindlich zugrunde zu legen.

##### **Zu Buchstabe b**

Mit der Änderung wird hinsichtlich der Berücksichtigung von Tariflöhnen wieder ein Gleichklang mit den im Bereich des SGB XI geltenden Regelungen hergestellt. Bei nicht tarif- oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen ambulanten Pflegediensten kann danach eine Bezahlung bis zur Höhe von 110 Prozent des regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Damit wird sichergestellt, dass bei demselben ambulanten Pflegedienst beschäftigten Pflegekräften die gleichen Entlohnungsbedingungen gelten können, unabhängig davon, ob sie ausschließlich oder schwerpunktmäßig Pflegeleistungen nach dem Fünften oder Elften Buch erbringen, und die gezahlten Vergütungen unter den genannten Voraussetzungen sowohl von den Pflege- als auch von den Krankenkassen refinanziert werden.

##### **Zu Buchstabe c**

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung zur Korrektur eines unrichtig gewordenen Verweises.

##### **Zu Buchstabe d**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Buchstabe a. Die für die Bestimmung der Schiedsperson zuständige Aufsichtsbehörde kann vereinheitlicht werden, da Verträge über die Erbringung von Häuslicher Krankenpflege künftig gemeinsam und einheitlich geschlossen werden. Damit die Schiedsverfahren zügig verlaufen und vertragslose Zustände verhindert werden, wird zudem geregelt, dass Klagen und Widersprüche gegen die Benennung der Schiedsperson durch die Aufsichtsbehörde keine aufschiebende Wirkung haben.

#### **Zu Nummer 7c (§ 275b SGB V)**

Es handelt sich um eine Verweiskorrektur als Folge zur Einfügung des neuen Satzes in § 132a Absatz 4.

#### **Zu Artikel 6a (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

##### **Zu Nummer 1 (§ 23 SGB V)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung dazu, dass der zum 1. Januar 2024 eingeführte § 42a SGB XI zum 1. Juli 2025 § 42b SGB XI wird.

##### **Zu Nummer 2 (§ 40 SGB V)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung dazu, dass der zum 1. Januar 2024 eingeführte § 42a SGB XI zum 1. Juli 2025 § 42b SGB XI wird.

#### **Zu Artikel 9a (Änderung des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 10 (Neustrukturierung der Regelungen der §§ 18 ff. SGB XI). § 282 Absatz 1 FamFG verweist für das Verfahren zur Bestellung eines Betreuers auf die Verwendung eines bestehenden ärztlichen Gutachtens des Medizinischen Dienstes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, dessen Verfahren bisher in § 18 SGB XI geregelt ist. Da die Regelungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit neu strukturiert wurden, ist die Verweisung entsprechend anzupassen. Den Inhalt des Gutachtens regelt nunmehr § 18b SGB XI.

**Zu Artikel 10 (Inkrafttreten)****Zu Absatz 1**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung dazu, dass dem Artikel 10 der neue Absatz 5 mit weiteren Regelungen zum Inkrafttreten angefügt wird.

**Zu Absatz 3**

Artikel 9a steht als Folgeänderung im engen Zusammenhang mit der neuen Regelungssystematik der §§ 18 bis 18e SGB XI und ist an deren Inkrafttreten gebunden. Dies wird in Absatz 3 umgesetzt.

**Zu Absatz 5**

Der Inkrafttretens-Artikel wird um einen neuen Absatz 5 ergänzt. Die in Artikel 2a aufgeführten Änderungen treten hiernach am 1. Juli 2025 in Kraft. Es handelt sich dabei um alle erforderlichen Anpassungen, die im Zusammenhang mit der Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege stehen (§§ 39, 42, 42a SGB XI und die dazugehörigen Folgeänderungen). Artikel 6a enthält redaktionelle Folgeänderungen hierzu und tritt demgemäß ebenfalls am 1. Juli 2025 in Kraft.

Berlin, den 24. Mai 2023

**Claudia Moll**  
Berichterstatlerin

**Erich Irlstorfer**  
Berichterstatter

**Kordula Schulz-Asche**  
Berichterstatlerin

**Nicole Westig**  
Berichterstatlerin

**Martin Sichert**  
Berichterstatter

**Ates Gürpınar**  
Berichterstatter